

**NEOLİBERAL POLİTİKALAR
BAĞLAMINDA ÖZEL HASTANELERİN
SAĞLIK HİZMETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Müjdat YILDIRIMCI
Yüksek Lisans Tezi
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Osman METİN
Ağustos, 2021
Afyonkarahisar

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

NEOLİBERAL POLİTİKALAR BAĞLAMINDA ÖZEL
HASTANELERİN SAĞLIK HİZMETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Hazırlayan
Müjdat YILDIRIMCI

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Osman METİN

AFYONKARAHİSAR 2021

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Neoliberal Politikalar Bağlamında Özel Hastanelerin Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilen eserlerden oluştuğunu, bunlara atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

13/08/2021

İmza

Müjdat YILDIRIMCI

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ENSTİTÜ ONAYI

Öğrencinin	Adı- Soyadı	Müjdat YILDIRIMCI
	Numarası	190642112
	Anabilim Dalı	Sosyoloji Anabilim Dalı
	Programı	Sosyoloji Anabilim Dalı
	Program Düzeyi	<input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> Sanatta Yeterlik
Tezin Başlığı	Neoliberal Politikalar Bağlamında Özel Hastanelerin Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	
Tez Savunma Sınav Tarihi	13.08.2021	
Tez Savunma Sınav Saati	16:00	

Yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez, Afyon Kocatepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek oy birliği – oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Elbeyi PELİT
MÜDÜR

ÖZET

NEOLİBERAL POLİTİKALAR BAĞLAMINDA ÖZEL HASTANELERİN SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Müjdat YILDIRIMCI

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

Ağustos, 2021

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Osman METİN

Neoliberal politikalar kapsamında özel hastanelerin sağlık hizmetlerindeki rolünün artması, sağlık hizmetlerinin temel bir sosyal politika olarak verilmesinden uzaklaştırmış ve bu alanı adeta bir ticaret alanına dönüştürmüştür. Sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesine sebep olan bu süreç beraberinde birçok problemi doğurarak, hizmet sunucuların sağlık hizmetlerini piyasa dinamikleri üzerinden değerlendirmesine neden olmuştur. Bu araştırmanın amacını sağlık hizmetlerinin hizmet niteliğinde değişime neden olan ve bu alanı ekonomik ilişkilerin hâkim olduğu bir alana dönüştüren nedenleri ortaya koyabilmek oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini Ağrı, Muş ve Patnos'ta bulunan özel hastanelerde tedavi görmüş ve bu hastanelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmış hastalar oluşturmaktadır. Evreni temsil ettiğine inanılan, Muş, Ağrı ve Patnos'ta bulunan özel hastanelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmış Ağrı'dan 10, Muş'tan 15 ve Patnos'tan 10 kişilik hasta gruplarına, amaçlı nitel örneklem tekniği kullanılarak ulaşılmıştır. Araştırmanın örneklemini oluşturan bu hastalara, araştırmanın konusu ve amacına göre yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak sorular yöneltilmiş ve görüşmeler yapılmıştır. Elde edilen bulgular betimsel analiz yöntemi kullanılarak, araştırmanın amacı ve konusuna göre analiz edilip yorumlanmıştır. Araştırma neticesinde elde edilen temel sonuç, sağlık hizmetlerinde özel hastanelerin rolünün artması, bu alanda ekonomik ilişkilerin ve kâr anlayışının hizmet sunumunda öne çıkan temel amaç olduğudur.

Anahtar Kelimeler: Neoliberalizm, ticarileşme, sağlık, sağlık politikaları, özel hastaneler.

ABSTRACT

EVALUATION OF HEALTH SERVICES OF PRIVATE HOSPITALS IN THE CONTEXT OF NEOLIBERAL POLICIES

Müjdat YILDIRIMCI

AFYON KOCATEPE UNIVERSITY
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

August, 2021

Advisor: Asist. Prof. Dr. Osman METİN

The regulation of health policies within the scope of neoliberal policies caused the private sector in healthcare to be supported by the states and this led to a significant increase in the number of private hospitals. Increasing the role of private hospitals and the private sector in health services, has moved away from providing health services as a basic social policy and has transformed this area into a commercial area. By commercializing health services and transforming them into a tradable commodity that can be bought and sold, has caused many problems and causing service providers to evaluate health services through market dynamics and this brought the field away from its original purpose. The purpose of this research is to determine the changes in the service quality of health services and to reveal the reasons that transform this area into an area dominated by economic relations. The stage of the research consists of patients who were treated in private hospitals in Ağrı, Muş and Patnos and benefited from the health services of these hospitals. The patient groups who benefited health services from private hospitals in Muş, Ağrı and Patnos, which are believed to represent the stage; 10 from Ağrı, 15 from Muş and 10 from Patnos, were reached using the purposeful qualitative sampling technique. The patients who constitute the sample of the study, were asked conducted questions and interviews by using semi-structured in-depth interview technique according to the subject and purpose of the research. The findings were analyzed and interpreted according to the purpose and subject of the research by using the descriptive analysis method.

Keywords: Neoliberalism, commercialization, health, health policies, private hospitals.

ÖN SÖZ

Sağlık hizmetleri birey ve toplum için hayati önemi olan bir konudur. Bu bakımdan sağlık politikalarının toplumun bütün üyelerini kapsamayı ve herkesin ulaşabileceği bir yapıda olması sağlıklı bir toplum için önem ifade etmektedir. “Neoliberal Politikalar Bağlamında Özel Hastanelerin Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu araştırma, neoliberal politikalar ile sağlık hizmetlerindeki rolü gittikçe genişleyen özel hastanelerin, sağlık hizmetlerinin niteliğinde meydana getirdiği değişimleri bilimsel bir şekilde incelemiştir. Neoliberal politikalar kapsamında sayıları gittikçe artan özel hastanelerin, sağlık hizmetlerinin sunulmasında rolünün anlaşılabilmesi adına, çalışmanın sahaya önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada bana danışmanlık yapan, büyük bir çaba gerektiren araştırma sürecinde her defasında bana değerli zamanını ayırmaktan kaçınmayan, sabırla bana süreç boyunca destek olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Osman METİN’e teşekkürlerimi bir borç bilirim. Ayrıca araştırma sürecinde bana yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Reşat AÇIKGÖZ, Öğr. Gör. Mesut Hayati AVAM, Doç. Dr. Adem PALABIYIK, Doç. Dr. Ahmet GÖKÇEN, Doç. Dr. Ahmet Ayhan KOYUNCU ve Doç. Dr. Ejder ULUTAŞ hocama teşekkürlerimi bir borç bilirim. Çalışma sürecinde bana destek olan sevgili kuzenim Sabahattin YILDIRIMCI’ya teşekkür ederim. Yine eğitim hayatım boyunca bana maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen babam Feyzi YILDIRIMCI ve annem Müslüme Yıldırımci’ya, araştırma sürecinde yanımda durup bana destek olan başta kardeşim Rukiye YILDIRIMCI ve diğer kardeşlerime gönülden teşekkür ederim. Son olarak hayatımın her alanında olduğu gibi bu araştırma sürecinde de bana destek olan, eşim Zehra YILDIRIMCI’ya teşekkür ederim.

Müjdat YILDIRIMCI
2021, Afyonkarahisar

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
YEMİN METNİ.....	ii
ENSTİTÜ ONAYI	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
ÖN SÖZ	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYEDE SAĞLIK POLİTİKALARI

1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL GELİŞİMİ.....	5
1.1. CUMHURİYET ÖNCESİ SAĞLIK POLİTİKALARININ DEĞERLENDİRMESİ	5
1.2. 1920-1938 YILLARI ARASINDA SAĞLIK POLİTİKALARI.....	8
1.3. 1938-1960 YILLARI ARASINDA SAĞLIK POLİTİKALARI.....	11
1.4. 1960-1980 YILLARI ARASI SAĞLIK POLİTİKALARI	13
1.5. 1980-2000 YILLARI SAĞLIK POLİTİKALARI	15
1.6. 2002 YILI VE SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI	20

İKİNCİ BÖLÜM

NEOLİBERAL POLİTİKALAR VE SAĞLIK

1. NEOLİBERALİZME TARİHSEL BİR YAKLAŞIM.....	24
2. NEOLİBERALİZM VE SAĞLIK	35
2.1. NEOLİBERAL POLİTİKALAR VE COVID-19 (CORONA VİRÜS) SALGINI.	51
3. TÜRKİYE’DE NEOLİBERALİZM.....	53
3.1. TÜRKİYE’DE NEOLİBERALİZM VE SAĞLIK SEKTÖRÜ	58
3.1.1. Türkiye’de Özel Hastaneler.....	60

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

1. ARAŞTIRMANIN KONUSU	64
2. ARAŞTIRMANIN AMACI	64
3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	65
4. ARAŞTIRMANIN KAPSAM VE SINIRLILIKLARI.....	66
5. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	67
5.1. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ	69
5.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	70
5.3. VERİ ANALİZ YÖNTEMİ	71

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE YORUMLAR

1. DEMOGRAFİK ANALİZ	73
2. HASTALARIN HASTANE TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER ...	76
2.1. ÖZEL HASTANELERDE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ: HİJYEN VE KONFOR	81
2.2. MÜŞTERİYE YAKIN OLMAK: HASTANE BİNASININ KONUMU.....	83
2.3. ÇEVRE TAVSİYESİ İLE HASTANE TERCİHİ.....	84
3. ÖZEL HASTANELER VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TİCARİLEŞMESİ..	86
3.1. TİCARİ BİR NESNE OLARAK SAĞLIK HİZMETİ	90
3.2. ÖZEL HASTANELERDE POLİKLİNİKLER VE GELİR İLİŞKİSİ.....	95
3.3. ÖZEL HASTANELER VE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK	98
4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE DOKTOR HASTA İLİŞKİSİ.....	103
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	115
KAYNAKÇA.....	123
EKLER	131

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
AK PARTİ: Adalet ve Kalkınma Partisi
Akt: Aktaran
ANAP: Anavatan Partisi
BAĞ-KUR: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
Çev: Çeviri
DB: Dünya Bankası
DP: Demokrat Parti
DPT: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ: Dünya Ticaret Örgütü
DYP: Doğru Yol Partisi
Ed: Editör
FDA: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
GSS: Genel Sağlık Sigortası
IMF: Uluslararası Para Fonu
MR: Manyetik Rezonans
PTT: Posta ve Telgraf Teşkilatı
SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHP: Sosyal Demokrat Halkçı Parti
SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCDD: Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları
TDK: Türk Dil Kurumu
TKİ: Türkiye Kömür İşletmeleri
TUIK: Türkiye İstatistik Kurumu
Vb: Ve benzeri
Vd: Ve diğerleri

GİRİŞ

Sağlık insan yaşamının en önemli boyutunu oluşturmaktadır. Sağlıklı bir birey fiziksel ve psikolojik anlamda kendisini gerçekleştirip, potansiyelini ortaya çıkarabilirken, sağlığı yerinde olmayan bir birey fiziksel anlamda kendisini tam manasıyla gerçekleştiremediği gibi psikolojik olarak da hasta psikolojisiyle yaşamını sürdürüp, normal bir insanın psikolojisinde olamamaktadır. Bundan kaynaklı hasta birey, toplumsal rol ve görevlerinde de işlevsel olamamakta, görev ve sorumluluklarını tam anlamıyla yerine getirememektedir. Bu bakımdan bir araya gelerek toplumu oluşturan bireylerin sağlık durumu, aynı zamanda toplumun geleceğini ve sağlığını ilgilendiren bir husustur. Nitekim toplumların bilimsel, teknolojik, ekonomik vb. alanlarda ilerleme kat edebilmesini sağlayabilecek temel etkenlerden biri de sağlıklı ve zinde olan bireylerin üretimi, gelişmeyi sağlamaya yönelik çabaları ve potansiyelleridir. Bireylerin bu potansiyellerini gerçekleştirmelerine olanak tanıyan temel faktörlerden biri de sağlıklı bir toplumda yaşamaları ve sağlıklı olmalarıdır. Bu bağlamda sağlıklı bireylerden oluşmayan bir toplumun, gelişip ilerleme kat edemeyeceği gibi, hastalıklarla ve dolayısıyla krizlerle karşı karşıya kalacağı da ayrı bir gerçekliği ifade etmektedir.

Sosyo-ekonomik anlamda toplumların karşılaştığı sorunlar, devletler ve toplumsal tabakalar arasında gittikçe açılan ekonomik ve sosyal farklar, insanların sağlık durumlarını da doğrudan etkileyebilmektedir. Bu bağlamda bir tarafta yaşam standartları ve imkânları doğrultusunda, en sağlıklı şartlara sahip olup, en iyi sağlık hizmetini alabilen bir toplumsal kesim bulunurken, bir tarafta da yaşam standartlarından kaynaklı hastalanabilen ve hastalandığında da sağlığa erişim sürecinde ciddi problemlerle karşılaşabilen bir toplumsal kesim bulunmaktadır. Dinamiğini küresel anlamda belirlenen ekonomi ve sosyal politikalardan alan bu süreç, genel olarak toplumun sağlık durumunu etkilerken, özellikle toplumda dezavantajlı olan kesimlerin sağlığa erişim sürecini de ciddi bir şekilde etkilemektedir. Bu durum devletlerin temel bir sosyal politika olarak sunması gereken sağlık politikalarının piyasa merkezli, ekonomi politikaları ile ilişkili değerlendirilmesinin bir neticesi olarak da belirtilebilir.

Sağlık hizmetlerinde özel sektörün hâkimiyet alanının artması, sağlığa erişim sürecinde yaşanan dengesizliklerin temel nedeni olarak ifade edilebilir. Neoliberal politikaların 1980'li yıllardan sonra dünya devletlerinin büyük çoğunluğu tarafından benimsenmesi, sağlıkta özel sektörün devlet destekli bir şekilde gittikçe genişlemesine neden olmuştur. Sağlık alanında neoliberal politikalar birçok faktör üzerinden

gelişmekle birlikte, özel hastanelerle somut bir biçimde görünür hale geldiği ifade edilebilir. Bu bağlamda özel hastanelerle rekabet ortamı oluşturup, hizmet sunumunda verimliliği ve kaliteyi amaçlayan bu süreç, beraberinde birçok yan etkiyi de doğurabilmektedir. Özellikle özel hastanelerde hizmet sunumunun maddi bir karşılıkla yürütülmesi, dar gelirli olup alt toplumsal tabakalara mensup olan insanların bu hizmetten yararlanamamasına neden olmakta ve beraberinde sağlık alanında ciddi eşitsizliklerin yaşanmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin neoliberal politikalar ekseninde dönüşüm yaşaması sağlık alanını hizmet mantığından uzaklaştırmış ticaretin, kâr ve sermaye ilişkilerinin belirleyici olduğu bir alana dönüştürmüştür. Sağlığın metalaştırılmasının ve alınıp satılabilen bir ürüne dönüştürülmesinin önünü açan bu süreç, devlet hastaneleri, özel hastaneler, ilaç şirketleri, tıp teknolojisi cihazları gibi birçok faktör üzerinden gelişerek, sağlık hizmetlerinin neredeyse her alanında etkili olmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde neoliberal politikalar sadece özel hastaneler ile değil, her alanıyla devasa bir sektörü oluşturan sağlık alanının, neredeyse bütün yönlerini kapsamına almakta ve bu alanları bir kâr kapısı olarak değerlendirebilmektedir. Sağlıkta ticari merkezli ve kâr amaçlı şekillenen hizmet sunumu, sağlık hizmetinin niteliğini, doktor hasta ilişkilerini, ilaç tüketimini ve genel olarak hasta hizmet sürecini de etkileyerek, hastaların birer müşteri olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır. Hastaları müşteri, doktorları sağlık hizmetinin satıcısı konumuna getiren bu yaklaşım, her hasta üzerinden maksimum kâr elde etmeyi amaçlayan bir hizmet mantığını hedefleyebilmektedir. Sağlık alanının bir ticari nesne olarak değerlendirilmesinin önünü açan bu süreç, aynı zamanda sağlık alanında belirlenen politikaların da önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde genel hatlarıyla Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel gelişimine değinilmiştir. Devletler, yerel ve küresel anlamda yaşanan sosyal, ekonomik, toplumsal vb. değişimlere paralel siyaset üretmekte ve politika belirlemektedir. Bu bağlamda Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel gelişimine bakıldığında, kategorilendirilen her dönemde, yaşanan ekonomik ve sosyal değişimlerin yapısına uygun, sağlık politikalarında da değişimlere gidildiği görülmektedir. Bu bağlamda cumhuriyetten önce, Osmanlı döneminde sağlık hizmetlerine bakıldığında, genel olarak saray ve ordu merkezli geliştirilen bir sağlık hizmetleri anlayışı bulunmaktadır. Osmanlıda halkın geneline ulaşmada yeterli olamayan bir sağlık hizmeti anlayışı olmakla birlikte, 19. yüzyıla gelindiğinde batıdaki bilimsel ve teknolojik

gelişmeler daha yakından incelenmeye başlanmış ve bu gelişmelere uyum sağlamak amaçlı düzenlemelere gidilmiştir. Bu anlamda yapılan düzenlemelerle dünyadaki gelişmeler ışığında adımlar atılmış ve sağlık hizmetlerinde modern bir anlayış yakalanmaya çalışılmıştır. Osmanlı döneminde hayata geçirilen yenilikler, cumhuriyet kurulduktan sonra da devam etmiş ve her tarihsel dönemde sağlık alanına daha ağırlık verilerek, toplumun tamamına ulaştırılabilecek bir hizmet anlayışı oluşturulmaya çalışılmıştır. Özellikle 1920’de cumhuriyet kurulduğunda ilk kurulan bakanlığın sağlık bakanlığı olması, devletin sağlık hizmetlerine vermiş olduğu önemi ortaya çıkarabilecek niteliktedir. Bu bağlamda çalışmanın birinci bölümünde Türkiye’de sağlık politikalarının tarihsel gelişimi beş ayrı dönemde kategorilendirilerek, her dönemde sağlık hizmetleri alanında yapılan yenilikler ve yaşanan politik gelişmelere yer verilmeye çalışılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde neoliberal politikalar kapsamında sağlık hizmetleri alanında yaşanan değişimlere değinilmiştir. 1980’li yıllardan sonra dünya konjektöründe yaşanan gelişmeler, dünya siyasetinde neoliberal politikaların oldukça görünür hale gelmesine neden olmuştur. Dünya siyasetinde oldukça etkili olan ve dünya devletlerinin birçoğu tarafında benimsenen neoliberal politikalar, 1980’li yıllardan sonra Türkiye’de de benimsenmeye başlanmış ve bu kapsamda başta sağlık alanı olmak üzere birçok alan bu politikalarla yeniden dizayn edilmeye başlanmıştır. Başta sağlık alanı olmak üzere neredeyse bütün kurumsal alanlarda özelleştirmelere gidilmesi biçiminde gelişen bu süreç, kendisinden önce dünya siyasetinde hâkim olan politikalarından etkilenerek oluşturulmuştur. İnsanlık tarihi boyunca birçok ideoloji, ekonomik ve sosyal politika var olmuştur. Dünya siyasetine yön veren her ideoloji tarihsel süreçlerden ve politikalarından etkilendiği gibi kendisinden sonraki süreçleri de etkileyebilmektedir. Bu anlamda neoliberalizm, liberalizmin dönemin konjektörüne göre güncellenmiş yeni bir biçimi olarak ifade edilebilir. Neoliberal politikaların benimsenmesine paralel, gerek dünyada ve gerekse Türkiye’de özel sektör devletler tarafından desteklenmiş ve özel sektörün hâkimiyet alanı gittikçe genişletilmiştir. Sağlık alanında özel sektörün desteklenmesi, özel hastane sayısında ciddi bir artışa neden olmuş, temel bir sosyal politika olarak sunulması gereken sağlık hizmetlerinin, ticari yaklaşımlarla özel sektör tarafından yürütülmesinin önünü açmıştır. Bu bağlamda neoliberal politikalar kapsamında sağlık alanında yapılan düzenlemelerin, sağlığı metalaştırarak alınıp satılabilen bir ürüne dönüştürdüğü ifade edilebilir. Çalışmanın ikinci bölümünde

neoliberal politikalar ile sağlık alanında özel hastanelerin ve özel sektörün hâkimiyet alanının genişlemesinin, sağlık hizmetlerini ticarileştirdiğine odaklanılarak, neoliberal politikalar ile birlikte sağlık hizmetleri alanında meydana gelen değişimler ifade edilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümü, araştırmanın metodolojisini oluşturmaktadır. Bu bölümde araştırmanın konusu, önemi, kapsam ve sınırlıkları, veri toplama teknikleri, evren ve örnekleme ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünü, araştırmanın bulguları ve yorumlar boyutunu oluşturmaktadır. Bu bölümde nitel araştırma yöntemi kullanılarak elde edilen saha verileri, betimsel analiz yöntemi kullanılarak analiz edilip, yorumlanmıştır. Neoliberal politikalar, sağlık hizmetlerini hizmet anlayışından uzaklaştırarak, alışveriş ilişkilerinin hâkim olduğu, bir ticaret alanına dönüştürmüştür. Bu bağlamda araştırmanın bu bölümünde elde edilen veriler doğrudusunda, neoliberalizm ve sağlıkta ticari yaklaşımların ilişkiselliği analiz edilip, yorumlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYEDE SAĞLIK POLİTİKALARI

1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL GELİŞİMİ

Sağlık politikalarının belirlenmesi devletin ve toplumun değişimi ile sıkı bir ilişki içindedir. Devletler sosyal ve ekonomik alandaki değişimleri gözlemlemek ve politikalarını bunlara göre belirlemek durumundadır. Nitekim yaşanan değişimin ruhuna uygun politik duruşu belirleyemeyen devletler, ünlü sosyolog Marx Weber'in perspektifi ile rutinleşip karizmalarını kaybetme ile yüz yüze kalırlar. Bütün devletler dünya konjektöründe yaşanan siyasal, toplumsal, ekonomik vb. politik değişimlere paralel siyaset üretmektedir. Bu bağlamda bütün alanlarda olduğu gibi sağlık alanı da yaşanan değişimlere uygun şekillenmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve bu alandaki politikaların belirlenmesinde bütün devletleri aynı kategoride değerlendirmek mümkün değildir. Nitekim dünyada birçok farklı sağlık sistemi bulunmaktadır. Fakat söz konusu çeşitliliğin birçok benzer yönü de bulunmaktadır. Farklı niteliklerine rağmen sağlık sistemlerini benzer yönleri ile de kategorilendirmek mümkündür (Belek ve Soyer, 1995: 32). Türkiye'de de sağlık politikalarının oluşumu, ifade edildiği gibi toplumun değişimi ve dünyadaki gelişmeler ile paralel gelişmiştir. Bu anlamda sağlık hizmeti ve sağlık politikaları cumhuriyetten önce farklı niteliklere sahipken, cumhuriyetten günümüze dönemlerin konjektörel niteliklerine göre şekil alarak, çeşitli kategorilere göre değerlendirilmektedir.

1.1. CUMHURİYET ÖNCESİ SAĞLIK POLİTİKALARININ DEĞERLENDİRMESİ

Anadolu toprakları tarih boyunca birçok medeniyete beşiklik etmiştir. Bunlardan biri olan Selçuklular döneminde topluma sağlık hizmetini sağlamak için devlet sağlık hizmeti alanında bazı düzenlemeler yapmıştır. Bunlar, maddi karşılıkla yürütülen ve herkesin ulaşamadığı sınırlı sağlık hizmetleriydi. Bu dönemde toplumun yoksul kesiminin yararlanabildiği Vakıf Tıp Okulları ve Hastaneleri de kurulmuştur. Selçuklu döneminden sonra sağlık hizmetlerinin sistemli bir şekilde oluşturulduğu dönem, Osmanlı dönemidir. Selçuklu döneminden kalan vakıf hastaneleri bu dönemde de korunmuş, ayrıca bunlar geliştirilerek yenileri inşa edilmiştir. Bu dönemde toplumun sağlığını ilgilendiren çevre, yol ve hayat standartlarının yükseltilmesi gibi alanlara önem verilmiş ve böylece sağlık hizmeti geliştirilmeye çalışılmıştır. 15. Yüzyılda Fatih Sultan

Mehmet hekimbaşılık kurumuna ciddi önem vermiş ve sağlık hizmetlerine yönelik önemli sorumlulukları bu kurum üstlenmiştir (Bulut, 2007: 111-112).

Osmanlının imparatorluk döneminde hekimbaşı, sağlık sisteminin en önemli kurumudur. Bu kurum 380 yıl boyunca devam etmiş ve 46 hekim bu dönem boyunca görev yapmıştır. Osmanlı devletinin idari niteliğinden ötürü sağlık politikaları da saray ve ordu merkezli bir hizmet sunmuştur. Devlet eliyle yürütülen sağlık hizmeti saray çevresi ile sınırlı kalırken, halk özel çalışan hekimlerden ücret karşılığı istifade edebilmiştir (Beylik vd., 2015: 184). Bu dönemde padişah ve yakınları tarafından yapılan, yoksul halka hizmet vermek amaçlı, hayır maksatlı oluşturulan hastane, şifa evleri, askeri tabiplikler gibi sağlık hizmet alanları da oluşturulmuştur. Fakat bu süreçte hâkim olan sağlık hizmeti, halkın kendi imkânları ile hekimlerden doğrudan hizmet alması şeklinde olmuştur. Bu sağlık hizmetlerinin tamamı İstanbul, Bursa, Edirne, Kayseri ve Selanik gibi dönemin büyük kentleri ile sınırlı kalarak, genele ulaşmada yetersiz kalmıştır. Osmanlı'da 19. yüzyıla gelinceye kadar sağlık ve sosyal hizmetler devlet eliyle yürütülmemiş ve devletin temel mesuliyeti olarak görülmemiştir. Bunun neticesinde sağlık hizmetleri dönemin gelişmiş toplumlarının oldukça gerisinde kalmıştır (Akdur, 1999: 10-11).

19.yüzyıla gelindiğinde Osmanlı devleti batıdaki gelişmeleri daha yakından incelemeye ve bu gelişmelere ayak uydurmak için gerekli adımları atmaya başlamıştır. Bu yüzyılda Osmanlı devletinin bütün alanları batıdaki gelişmelere paralel değiştirilmiş ve yaşanan modernleşme sürecine uyum sağlamak amaçlı yeniliklere gidilmiştir. Batının bilimsel, teknik ve sosyal gelişmişliğini yakalayabilmek bir devlet politikası olarak benimsenmiştir. Modernleşme süreci Osmanlı devletinin kurtuluş reçetesi olarak ifade edilmiştir. 1839 yılında ilan edilen Tanzimat Fermanı bu sürecin en önemli göstergesidir. Bu süreç kendini tıp alanında da göstermiş, tıbbi eğitim ve öğretimin yeniden değerlendirilmesini sağlamıştır. Darüşşifalardaki usta-çırak yöntemi ile verilen eğitim, dönemin gerekliliklerine cevap olmada yetersiz kaldığı için modern yöntemlerle yürütülecek bir tıp eğitimi oluşturulmaya çalışılarak ilk adımları bu dönemde atılmıştır (Ülman, 2007: 92-93).

Avrupa tarzı modern tıp okulları bu dönemde kurulmuştur. Hekimbaşının talepleri doğrultusunda 1827 yılında Tıphane adıyla kurulan kurum daha sonra Cerrahhene ile birleşerek Mektebi Tıbbiye-i Şahane adını almıştır. 1871'e kadar çeşitli yeniliklerle gelişme gösteren sağlık sistemi, 1871' de memleket tabipliği

örgütlenmesinin kurulmasıyla devlet sağlık görevini asli bir sorumluluk olarak görmüştür. Bu süreçte genel halk sağlığı ile ilgilenilmiş ve bu maksatla hekimler istihdam edilmiştir. Bu dönemde devlet özel hekimlik yapan hekimlere belli bir ücret vererek sağlık hizmeti sunmayı hedeflemiştir. Fakat hayat standartlarının zorlaşması buna karşılık hekimlere verilen ücretlerde herhangi bir değişimin olmaması, hekimleri devletin izni ile özel çalışmaya yönelterek ücret karşılığı hasta bakmalarına neden olmuştur (Bulut, 2007: 112).

19.yüzyılın sonlarına kadar sağlık hizmetinin geniş halk kesimlerini kapsayacak bir biçimde oluşturulması devletin sorumluluğu olarak görülmemiştir. Bundan önceki dönemde saray ve ordu merkezli yürütülen bir sağlık sistemi söz konusu iken, Vakıf vb. kurumlar ile verilen sağlık hizmeti de sadece bazı kentlerle sınırlı kalmıştır. Bu anlamda halkın kendi imkânlarıyla ulaşabildiği sağlık hizmeti bu dönemde istifade edilen birinci seçenek olmuştur (Karayaman, 2005: 1). Bu dönem yaşanan modernleşme sürecine paralel, devletin bütün kurumlarında olduğu gibi sağlık alanında da kurumsal değişimlere gidilmiştir. Bu bağlamda hekimbaşılık kurumunun yetkileri de başka kurumlara devir edilmiştir (Bayat, 2008: 63).

19.yüzyılın sonlarına doğru sağlık hizmetlerinin kurumsallaşmasına paralel devlet sosyal alanlarda daha aktif sorumluluk almaya başlamıştır. Bu anlamda önceki dönemde ordu ve saray merkezli yürütülen sağlık hizmeti daha genele ulaştırılmaya çalışılmıştır. Bu paralelde hekimbaşılık kurumu 1849 yılında kaldırılmış, yetki ve sorumlulukları 1850 yılında kurulan Tıbbiye Nezaretine devir edilmiştir. 1862 yılında hekimlik yapabilmenin şartları değiştirilerek, yayımlanan yeni düzenlemede tıp okullarından mezun olunma şartı getirilmiştir. 1867 yılında yapılan düzenlemeler ile sağlık alanının idari yapının içinde yer edinmesine olanak tanınmıştır (Beylik., vd, 2015: 185).

Sağlık hizmetlerinin bütün halka ulaştırılmaya çalışılması amacı ile 1870 yılında Sivil Tıp Bakanlığı kurulmuştur. 1871 yılında sivil tıp ile ilgili oluşturulan düzenlemeler kapsamında memleket tabiplikleri, sağlık müfettişlikleri gibi oluşumlar inşa edilerek, hükümet eli ile sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde yürütülmesi hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve yönetimi, 1914'te yapılan bir düzenleme ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devir edilmiştir. Bu kurum içişlerine bağlı olup, yapılan düzenlemeler bu bakanlık bünyesinde gerçekleştirilmiştir (Fişek, 1983: 158). Bu şekilde toplumun genelini ilgilendiren sağlık hizmetleri içişleri bakanlığına bağlanarak, sağlık

devlet eliyle yürütülen bir hizmet alanı olmuştur (Akdur, 1999: 11). Osmanlı döneminde birçok yasal düzenleme yapılarak, sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına ulaştırılması ve etkili bir organizasyonla yürütülmesi hedeflenmiştir. Fakat netice itibari ile cumhuriyet dönemine kadar sağlık hizmeti, belirlenen hedeflere ulaşmada yeterli olamamıştır. Cumhuriyetin ilanı ile sağlık hizmeti devletin birinci sorumluluğu olarak görülüp, ilk olarak sağlık alanındaki sorunlara odaklanılmıştır (Beylik vd., 2015: 186).

1.2. 1920-1938 YILLARI ARASINDA SAĞLIK POLİTİKALARI

1920'de TBMM'nin kuruluşuna paralel sağlık bakanlığı 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. Sağlık hizmetlerinin ayrı bir bakanlığın bünyesinde yürütülmesi devletin sağlık hizmetlerine olan yaklaşımını belirleyip, bu hizmeti asli bir sorumluluk olarak gördüğünü göstermektedir. İlk sağlık bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. 1920-1923 yılları TBMM kurulduktan sonraki ilk üç yıldır. Bu dönem, içinde bulunulan sürecin etkilerinden ötürü, sağlık ile ilgili olarak sistematik bir kayıt tutma ve yasal mevzuatın tam anlamıyla geliştirilmediği bir süreci ifade etmektedir. Bu bağlamda sağlık çalışmaları daha çok yasal bir mevzuatı geliştirme ve savaş yıllarının yarattığı tahribatları gidermeye yönelik olmuştur. Bu yıllarda sağlık hizmetlerine yönelik en dikkat çekici nokta, cumhuriyetin ilk yıllarında birçok sorunun var olduğu bir dönemde, devletin sağlık bakanlığını kurması ve sağlıkla ilgili düzenlemelere önem vererek bu alandaki sorunlara eğilmesidir (Akdağ, 2012: 45). 1920-1923 yıllarında devlet, sağlık alanındaki kurumsal yapıyı oturtmaya çalışmış ve yapılan düzenlemeler bu paralelde şekillenmiştir (Can, 2019: 238).

1923'te cumhuriyet ilan edildikten sonra Dr. Refik Saydam sağlık bakanı olmuştur. Saydam 1937 yılına kadar bu görevi sürdürmüştür. Görev yılları boyunca sağlık sisteminin kurumsallaşması ve gelişmesi adına önemli çalışmalar yapmıştır. Elde bulunan bilgiler ışığında söz konusu yıllar arasında sağlık sisteminin, belediyeler ve karantina tabiplikleri, hükümet kurumları, küçük sıhhiye memurlukları biçiminde bir örgütlülükle inşa edildiği görülmektedir. Bu dönem sağlık hizmetlerinin verilmesinde 86 yataklı tedavi kurumu, 6437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe bulunmaktaydı. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin hukuki yapısını inşa etmeye yönelik birçok düzenleme yapılarak yeni kanunlar çıkarılmıştır. Bu kanunlar; 992 sayılı bakteriyoloji ve kimya laboratuvarları kanunu (1927), 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928), 1262 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930), 3153 Sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve

Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun (1937) gibi kanunlar bu dönemde çıkarılmıştır (Akdağ, 2012: 45).

1923-1937 yılları arasında sağlık bakanlığını yapan Refik Saydam döneminde sağlık politikaları temelde dört ana madde etrafında belirlendiği söylenebilir. Bu maddeler; 1. Sağlık politikalarının oluşturulmasında belirlenen plan ve program çerçevesinde, yönetim merkezi bir organizasyonla yürütülmüştür. 2. Koruyucu ve tedavi edici hekimliğin birbirinden farklı mercilerin sorumluluğunda yürütülmesi ve bu anlamda tedavi edici hekimlik yerel yönetimlerin inisiyatifinde sürdürülürken, koruyucu hekimlik merkezi yönetimin sürdürdüğü bir hizmet olmuştur. 3. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesindeki en önemli faktör olarak doktor sayısının ihtiyaçlar doğrultusunda karşılanması adına tıp fakültelerinin cazip hale getirilmiştir. Yatılı öğrenim ihtiyaçlarını karşılamak için tıp öğrenci yurtlarının açılması ve mezun olan öğrencilere zorunlu hizmet uygulaması getirilmiştir 4. Bu dönemde etkili olan bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak gerekli önlemlerin alınması ve bu hastalıklarla mücadele adına gerekli plan oluşturulmuştur. Bu maddeler dönemin sağlık plan ve programını belirleyen temel ilkeler olarak ifade edilmektedir (Can, 2019: 238-239).

Bu dönem belirlenen ilkeler doğrultusunda sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde temel hedef alt yapı unsurlarının ihtiyaçlara cevap olabilecek düzeye getirilmesidir. Bu amaçla personel açığını kapatmak, koruyucu sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde geliştirmek gibi faktörlere yoğunlaşmış ve oluşturulan ilkeler bu doğrultuda belirlenmiştir (Akdur, 2008: 4). Kırsal bölgelere sağlık hizmetini sunmak ve bu bölgeleri oluşturulan sağlık politikalarının kapsamına almak ta belirlenen temel hedefler arasındadır. Bu dönemde sağlık politikaları bağlamında ülkenin her alanına sağlık hizmeti götürülmüş ve bu doğrultuda sağlık çalışanı atanmıştır. Ayrıca kırsal bölgelere sağlık üniteleri de kurularak, sağlık hizmetlerinin verilmesinde ihtiyaç olan alt yapı inşa edilmeye çalışılmıştır. Dr. Refik saydam döneminde sağlık politikalarının sunumunda izlenen temel yöntem “dikey örgütlenme”¹ yöntemidir. Bu örgütlenme yönteminde, sağlık bakanlığına bağlı olmak üzere hem taşrada hem de merkezlerde hizmet birimleri oluşturulmuştur. Bu birimler dönemin sıtma, frengi, verem gibi salgın hastalıklarına karşı mücadele etmede önemli işlevleri yerine getirmiştir (Aydın, 2002: 189).

¹ “Dikey örgütlenme: İşlevlerin ve işbölümünün dikey olarak (yukarıdan aşağıya) farklılaştığı, yöneten ile yönetilenin hiyerarşik biçimde konumlandığı, yetki ve emir komutanın baskın olduğu bir örgütlenme biçimidir. Üst düzey, orta düzey, alt düzey yönetim işlevleri ve katları ile en altta da yönetilenler şeklinde hiyerarşik bir iş bölüşümü vardır” (Akdur, 2003: 6). “Belli bir sağlık sorununu çözmek için özel bir yöntemin ve örgütün kullanılmasını esas alan yaklaşım” (Google.com.tr)

Dr. Refik Saydam görevde bulunduğu dönem boyunca koruyucu hekimlik uygulamasına daha fazla önem vererek hasta tedavisinden ziyade, bireylerin sağlıklı olma durumlarını muhafaza etme perspektifi ile hareket etmiştir. Bu bağlamda koruyucu hekimlik doğrudan hükümet sorumluluğunda yürütülürken, tedavi edici hekimlikte ise yerel yönetimlere yol göstericiliği yapıp, bu konuda inisiyatif yerel idarelere verilmiştir. Bu paralelde bazı illerle sınırlı kalarak numune hastaneleri açılmış, ülkenin geri kalanında ise hastane açma ve tedavi edici sağlık hizmetini yürütme sorumluluğu belediyelere bırakılmıştır. Ayrıca hükümet bu konuda yerel yönetimleri teşvik etmiştir (Fişek, 1983: 159).

Dr. Refik Saydam döneminde sağlık politikalarının belirlenmesi, gerekli altyapı ve örgütlülüğün sağlanabilmesi adına birçok yasal düzenleme gerekli görülmüş ve bu anlamda yeni yasalar çıkarılmıştır. Çıkarılan bu yasalar devletin sağlık hizmetlerindeki sorumluluğunun çerçevesini belirlemek adına önemli görülmektedir. Bu dönem çıkarılan yasalardan en önemlisi “Tababet ve Şaubatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” dur. Bu kanun doktorların mesleklerini icra etme alanlarını belirleme adına oldukça önemlidir. Bu kanunun çıkışına kaynaklık eden temel sebep, önceki kanunların günün koşullarına cevap olmada yetersiz kalmasıdır. Bu kanunda hekimlik yapabilmek için gerekli nitelikler ifade edilmiştir. Aynı zamanda özel muayenehane açma şartları belirtilerek, özel muayenehane açma imkânı sağlanmıştır. Özel çalışma imkânının yasal olarak ifade edilmesinin temel nedeni ise günün ekonomik koşullarından kaynaklıdır. Ayrıca bu yasada hukuk dışı hareket eden tıp çalışanlarına yönelik cezai yaptırımlarda ifade edilmiştir (Karabulut, 2007: 155).

1924 te çıkarılan “Tababet ve Şaubatı Tarzı İcrasına Dair Kanun” ile hekimlere hem kamuda çalışma hem de özel muayenehane açma imkânı verilmiştir. Çıkarılan yasada hekimlik bir sanat dalı olarak belirtilmiştir. Hekimlik mesleğinin bir sanat dalı olarak ifade edilmesi bir imtiyazı simgelemektedir. Bu imtiyaz hem kamuda çalışma hem de özel muayenehane açma imkânı olmuştur. Bu ayrıcalığı ifade etmenin bir diğer nedeni de devlet bünyesinde çalışan hekimleri burada tutabilmektir. Nitekim devlette çalışan hekimlere oranla özelde çalışan hekimler çok daha fazla para kazanmıştır. Bu süreçte bu problem karşısında daha farklı bir çözüm geliştirilememiştir. Akabinde 1930 yılında “Umumu Hıfzıssıhha kanunu” ve 1936 yılında “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu” çıkarılmasıyla özel sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ret edilmiş ve bu alandaki temel yetkinin devlet sorumluluğunda olduğu

belirtilmiştir (Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi, 1995: 1721). Çıkarılan yeni yasalarla devlet toplumsal sağlık alanında temel sorumluluğu üstlenmiştir. Bu bağlamda koruyucu hekimlik tamamen devlet kontrolünde ve ücretsiz iken, tedavi edici sağlık hizmeti yerel idareler tarafından yürütülmüştür. Geliştirilen politikalara bağlı olarak hastane ve sağlık çalışanı sayısında yıllara göre ciddi artışlar yaşanmıştır (Akdur, 2008: 47).

Cumhuriyetin kuruluşundan 1940'lara kadar sağlık alanında yapılan çalışmalar sağlık sisteminin temel yapıtaşlarının oluşturulduğu parlak bir dönem olarak ifade edilebilir. Bu dönemde devlet, sağlık sisteminin örgütsel yapısını oluşturmak, sağlık insan gücünü geliştirmek, numune hastaneleri açmak, salgın hastalıklara karşı mücadele etmek gibi önemli çalışmalar yapmıştır. Ayrıca köyler dâhil olmak üzere ülkenin her alanına sağlık hizmeti götürülmeye çalışılmıştır. Bu dönemde ifade ettiğimiz bu çalışmaları hukuksal bir zeminde yürütmek adına gerekli yasalar çıkarılmıştır (Kasapoğlu, 2016: 136).

1.3. 1938-1960 YILLARI ARASINDA SAĞLIK POLİTİKALARI

1939 yılında 2. dünya savaşının başlaması Türkiye'de birçok alanda ciddi zorlukların yaşanmasına neden olmuştur. Bu anlamda sağlık alanı da savaştan oldukça etkilenmiş ve savaşın etkileriyle çıkan birçok salgın hastalıkla mücadele etmek zorunda kalınmıştır. Bu süreçte sıtma, tifüs ve çiçek gibi salgın hastalıkların çıkması, sağlık hizmetlerini olağanüstü şartlarla karşı karşıya getirmiş ve bundan kaynaklı 1945 yılında "Olağan Üstü Sıtma Savaş Kanunu" çıkarılmıştır (İstek, 2016: 24).

1938-1960 yılları arasında sağlık alanında yaşanan en önemli gelişmeler, Dr. Behçet Uz'un sağlık bakanlığını yaptığı yıllarda olmuştur. Behçet Uz'un yaptığı çalışmalar Türkiye'nin sağlık sisteminde önemli bir yer teşkil etmektedir. Bu dönem yapılan en önemli çalışma Behçet Uz tarafından hazırlanan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı" olmuştur. Hazırlanan bu plan ile sağlık hizmetlerinin tamamı hükümetin sorumluluğunda yürütülerek, günün şartlarına uygun hale getirilmeye çalışılmıştır. Bu durum sağlık hizmetleri sunumunda yerel yönetimler ve merkezi idare tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülerek, merkezi hükümete bağlanmasını sağlamıştır. Modern sağlık sisteminin temel bir prensibi olarak hedeflenen bu yaklaşım, aynı zamanda yataklı tedavi hizmetlerinin sadece belli kentlerde değil, kırsal alanlara da ulaştırılmasını hedeflemiştir (Akdur, 2006: 27). Hazırlanan bu plan Behçet Uz'un

görevden ayrılması ve hükümet değişikliklerinin yaşanmasından kaynaklı uygulanamamıştır. Ayrıca planın uygulamaya geçememesinin bir diğer nedeni olarak planda yer alan; ilaç sanayinin denetlenmesi, koruyucu hekimliğe ilişkin ilaçların bakanlık tarafından üretilmesi, çocukların beslenmesinde gerekli olan yiyecek ve içeceğin kurulacak tesislere tedarik edilmesi gibi maddeler olduğu iddia edilmektedir. Bu maddelerin sermaye sahiplerinin çıkarları ile zıt nitelikte olduğu gerekçesiyle planın engellendiği ifade edilmektedir (Er, 2011: 95-96). Hazırlanan bu planın her ne kadar uygulanma imkânı olamamışsa dahi, düşünce ve önerileri ile Türkiye'nin sağlık sistemini oldukça etkilemiş, sağlık yapılanmasına yönelik ciddi bir perspektif sunmuştur (Can, 2019: 240).

Milli sağlık planı çerçevesinde köylerde tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte sunulduğu sağlık merkezlerini kurmak hedeflenmiştir. Bu bağlamda her 40 köye 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak, iki ayrı hizmet bir merkezden vermeye çalışılmıştır. Ayrıca bu merkezlerde 2 hekim, 1 sağlık memuru, 1 ebe, 1 ziyaretçi hemşire atamasının yapılması öngörülmüştür (Akdağ, 2008: 15). Bu sürecin yaşam standartları çeşitli hastalıkları tetikleyerek ölüm oranlarında ciddi artışlara neden olmuştur. Özellikle çocuk ölümleri ve enfeksiyona bağlı ölümler önemli bir düzeyde yaşanmaktaydı. Bunlara bağlı olarak bu dönemde nüfus artırıcı politikalar geliştirilerek, doğum evleri ve enfeksiyon ile ilgili sağlık tesisleri artırılmıştır. Ayrıca bu dönemde sağlık çalışan sayısını artırıcı politikalara da öncelik verilmiştir. Milli sağlık planı kapsamında, araştırma hastanelerinin açılması da hedeflenmiştir. Bu kapsamda ülke yedi bölgeye ayrılarak, her bölgeye bir araştırma hastanesi ve gerekli insan kaynağı alımı öngörülmüştür (Akdağ, 2008: 16).

1945'te "İş Güvenliği Kanununun" çıkarılmasıyla Sosyal Sigortalar kurumu (SSK)'nin temelleri atılmıştır. Bu kanunla SSK'ya hastane açma ve istihdam sağlama yetkisi verilerek bu alanda merkezi bir yetkiye sahip olan sağlık bakanlığı tekeli ortadan kalkmıştır. 1953 yılında özel idarelerin yürüttüğü sağlık hizmetleri devlet sorumluluğuna alınarak, tedavi bir devlet görevi haline getirilmiştir. Bu bağlamda önceki dönemlerde koruyucu hekimliğe verilen önem arka planda bırakılarak tedavi edici hekimlik öncelik kazanmıştır (Ulutaş, 2011: 156-157). Bu dönemde İşçi Sigortası Kurumu'nun kurulması ve bu kuruma hastane açma ve istihdam sağlama yetkisinin verilmesi, sağlıkta çok başlı bir yapının oluşumuna zemin hazırlamıştır. Bu kurumun oluşması sigortalı işçiler ve yakınları için avantajlı bir etkiye sahip olmakla birlikte,

beraberinde birçok dezavantajı da getirmiştir. Bu yaklaşımın temel dezavantajlarından bir tanesi PTT, TCDD, TKİ gibi kurumlara özendirici bir yaklaşım sunarak bunların da sağlıkla ilgili kurumsal çözüm geliştirmelerine zemin hazırlamıştır. Bu durum sağlık hizmetlerini sunmada farklı özelliklere sahip, çok başlı bir sisteme kaynaklık etmiştir. Bu farklı niteliklere sahip olan yapı hizmetinde farklı niteliklerde verilmesine neden olmuştur (Er, 2011: 94-95).

1950-1960 yılları arasında Demokrat Parti(DP) iktidara gelmiştir. Bu yıllar arasında sağlık alanında yapılan düzenlemeler ile Refik Saydam dönemindeki prensipler önemli oranda değişime uğramıştır. Bu dönem yapılan en önemli değişimlerden bir tanesi yerel yönetimlerin sunduğu sağlık hizmetinin devlet bünyesinde, sağlık bakanlığı tarafından yürütülmeye başlanmasıdır. Bu düzenleme çağdaş sağlık hizmeti ilkesine uygun olarak, tedavi edici ve koruyucu hizmeti bir arada vererek, tedavi standardını daha yükseltmiştir. Ayrıca bu dönem benimsenen en önemli ilkelerden biri de hastaneciliğin geliştirilmeye çalışılmasıdır. Nitekim bu yaklaşımla birçok hastane inşa edilerek sağlık hizmetinde önemli bir mesafe kat edilmiştir (Fişek, 1983: 162-163).

1.4. 1960-1980 YILLARI ARASI SAĞLIK POLİTİKALARI

1950’de yapılan seçimlerle iktidara gelen Demokrat Parti aynı zamanda Türkiye’de çok partili hayatın başlangıcını da temsil etmektedir. Demokrat Partinin iktidarda bulunduğu yıllarda güçlü bir muhalefet oluşmuş, özellikle son yıllarında bu muhalefet önemli bir yükseliş kazanmıştır. Bunların neticesinde 1960’ ta askeri müdahale yaşanmış ve Demokrat Parti’nin iktidarına son verilmiştir. Bu dönemin öne çıkan en önemli gelişmesi, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)’nin inşa edilmesi ve ülkenin beşer yıllık planlar ile yönetilmesidir. Darbenin yaşanmasından sonra 1961 yılında yeni bir anayasa hazırlanmıştır. Bu anayasa kendisinden önceki anayasalara göre daha demokratik, hak ve özgürlüklerin güvence altına alındığı bir niteliğe sahiptir. Bu anayasa iktidarın yetki dışına çıkmasını engelleyebilecek bütün kurumsal yapıları bünyesinde barındırmıştır. Bu anlamda DPT, Anayasa Mahkemesi gibi kurumlar oluşturularak, sendikalar kanunu, toplu iş sözleşmesi grev, bağ-kur gibi yeni yasalar yürürlüğe girmiştir (Er, 2011: 98).

1960’lı yıllar küresel anlamda sağlık alanında yeni dönüşümlerin yaşandığı ve sağlıkta kamusal hizmeti esas alan politikaların geliştirildiği bir dönemi ifade etmektedir. Bu bağlamda ülkemizde de sağlık, temel insani bir hak olarak anayasal

düzlemde yer edinmiştir. Bu dönemde belirlenen politikalar, sağlık hizmetinin sosyal bir sorumluluk olduğu ilkesi ile oluşturulmuştur. Bu anlamda verilen hizmetin insani bir hak olduğu perspektifi hâkim olmuştur. 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa” dönemin önemli adımlarındandır. Bu yasa ile sağlık hizmeti herkesin eşit biçimde istifade edebildiği bir niteliğe sahip olmuştur. Sağlık yönetiminin merkezi bir idare ile yürütülmesini öngören bu yasa, aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetlerinin kurulacak sağlık ocaklarıyla köy ve kent olmak üzere ülkenin her yerinde verileceğini yasal olarak kabul etmiştir. 224 sayılı yasa ile yukarıda ifade edilen beşer yıllık kalkınma planlarının sağlık alanındaki yansıması söz konusu olmuştur (Ulutaş, 2011: 158). Çıkarılan bu yasa ile sağlıkta dikey örgütlenme modelleri aşamalı biçimde azaltılarak, birbirinden farklı sağlık hizmeti sağlayan yapılar, sağlık ocakları ile tek merkezden yürütülmüştür. 1960’tan sonra sağlık politikalarında belirleyici olan beş yıllık kalkınma planları olmuştur (Mollahaliloğlu, 2007: 100).

1961 yılında çıkarılan 224 sayılı kanun, 1963 yılında pratiğe geçirilmiştir. Farklı nitelikte sağlık hizmetini veren yapıları il ve ilçe düzeylerinde tek çatı altında koordine eden yaklaşım yasanın önemli bir yönünü oluşturmaktadır. Bu dönem, 1955 yılında çıkarılan kanun ile nüfus arttırıcı politikadan, nüfus artış hızını sınırlandırıcı politikalara geçilmiştir (Can, 2019: 242). 1967 yılında Genel Sağlık Sigortası’na yönelik olarak yapılan çalışmalar bir kanun taslağı haline getirilmiştir. Bu kanun taslağı ve sonraki yıllarda yapılan çalışmalar resmiyette bir karşılık bulamayarak, meclis görüşmelerine alınmamıştır. 1978 yılında çıkarılan kanun ile kamuda çalışan doktorların özel muayenehane açmaları yasaklanmıştır. Fakat 1980’li yıllarda yapılan değişikliklerle bu yasak tekrar kaldırılmıştır (Akdağ, 2012: 49).

1961 yılından sonra oluşturulan kalkınma planları kapsamında sağlık alanında iki önemli düzenleme söz konusu olmuştur. Bunlardan ilki, yukarıda ifade ettiğimiz gibi sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik kanun, diğeri de nüfusun planlanmasına yönelik kanundur. Sağlığın sosyalleştirilmesi kanunu dünya çapında örnek bir kanun olarak kabul edilmektedir. Bu kanunun, 1978 yılında yayınlanan “Alma-Ata”² bildirgesi ile benzer niteliklere sahip olduğu belirtilerek, Türkiye’nin yıllar

²“1978 yılında Kazakistan’ın Alma Ata kentinde Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı sonucunda yayımlanan bildirge, temel sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır” (Kıvanç, 2015: 163).

önce sağlık politikalarında ciddi gelişmeler kat ettiği ifade edilmiştir (Orhan, 2006: 82-83).

Yukarıda ifade edildiği gibi 1960-1980 yılları arasında belirlenen politikalar beşer yıllık kalkınma planları çerçevesinde oluşturulmuştur. Bu bağlamda sağlık politikaları da bu paralelde şekillenmiştir. Bu dönem aralığında dört kalkınma planı belirlenmiştir. Belirlenen bu planlarda gündemden düşmeyen en belirgin başlık sosyalleştirme politikalarıdır (Döşkaya, 2019: 23). Sosyalleştirme politikaları; ekonomik durumu gözetmeden, toplumun tamamının mal ve hizmetlerden eşit biçimde istifade etmesine olanak verilmesidir (Kurt ve Şaşmaz, 2012: 22). Devlet bu politikalar ile sağlık hizmetini bütün vatandaşlara eşit biçimde vererek, ülkenin her alanında sağlık hizmetini sunmayı hedeflemiştir. Sosyal devletin benimsediği temel ilkelerden biri olan bu yaklaşım, sağlık alanında oldukça görünür hale gelmiştir. 1970’li yıllara gelindiğinde hükümet politikalarında neoliberal yaklaşımlar söz konusu olmuştur. Hükümetin bu yıllarda, genel politikalarında neoliberal bir yaklaşım benimsemeye başlaması, sağlık alanında uygulanan sosyalleştirme politikaları ile çelişmesine neden olmuştur. Nitekim neoliberal politikalarda özelleşmeye aktif rol biçilirken, sosyalleştirme politikalarında sosyal devlet politikası benimsenmekte ve aktif rolü devlet oynamaktadır. Bu anlamda 1980’li yıllara kadar sosyalleştirme politikaları tam manasıyla engellenemediği gibi aktif özelleştirme de uygulamaya konulamamıştır (Döşkaya, 2019: 23).

1.5. 1980-2000 YILLARI SAĞLIK POLİTİKALARI

1980’li yıllar neoliberal politikaların yükselişe geçtiği ve buna bağlı olarak sosyal devlet anlayışının minimize olduğu bir dönemi ifade etmektedir. Bu dönemde devlet politikaları bütün alanlarında önemli değişimlere sahne olmuştur. Bu yenedünya düzeninde neoliberalizm, küreselleşme gibi kavramların çıkması sosyolojik anlamda önemli değişimleri yaratarak, ulus-devletleri de karakteristik anlamda etkilemiştir. Dünya konjektöründe yaşanan bu gelişmeler Türkiye’yi de kapsamına almış, kamu yönetiminde önemli değişimlerin yaşanmasını sağlamıştır. Dolayısıyla yaşanan bu değişimler sağlık alanını da etkilemiş, sağlık alanında oluşturulan politikalar yaşanan değişimlere göre şekillenmiştir (Büyükses, 2012: 45).

1980’li yıllarda sosyal ve siyasal anlamda var olan sorunların kaynağı olarak devletin gösterilmesi, neoliberal politikalar için önemli bir meşruiyet zeminini oluşturmuştur. Bu anlamda Türkiye’de de 1980’li yıllardan sonra dünya siyasetini

şekillendiren neoliberalizm ve küreselleşme eksenli politikalar etkisini artırmıştır. Bu dönemde devletin sosyal ve siyasal olgularla olan ilişkisinde soyutlamaya gidilmiş ve devlet pasif pozisyonda kalarak, müdahaleci bir yaklaşım benimsememiştir. (Sönmez, 2003: 33).

1980’li yıllardan sonra ülkemizde önemli bir etkinlik kazanan neoliberal politikalar bütün alanlarda olduğu gibi sağlık alanını da kapsamına almıştır. Bu anlamda sağlığın devlet sorumluluğunda olduğu ve bütün vatandaşlara temel bir hak olarak sunulması gerektiğine yönelik yaklaşım terk edilerek, sağlık hizmeti piyasalaştırılıp, arz-talep şartlarında verilen bir hizmet olmuştur. Neoliberal politikalara göre devlet sorumluluğunda yürütülen hizmetler yüksek maliyetli, verimliliği düşük ve dolayısıyla etkililiği sınırlı olan hizmetlerdir. Neoliberal yaklaşıma göre bu sorunların çözümü ise kamu hizmetlerinin aşamalı olarak özelleştirilmesi ile mümkündür. Bu özelleştirmeler tamamen piyasa ilişkileri ile şekillenerek, hizmet bu şartlarda sunulmaktadır (Soyer, 2009:301-302). Sağlık hizmetlerinde neoliberal yaklaşım yaşanan sorunların kaynağını devlet eksenli görerek, çözümü aktif özelleştirmede bulmaktadır. Bu durum bütün dünya devletlerinde olduğu gibi Türkiye’de de 1980’den sonra devletin özelleştirmede aktif rol alıp, sağlık sisteminde piyasa egemenliği anlamına gelen süreci destelemesi demektir (Soyer, 1995: 27).

1980’li yıllardan sonra neoliberal politikalar dünya devletlerinin büyük çoğunluğunda hâkim olmuştur. Bu sürecin Türkiye’ye yansması 24 Ocak 1980 yılında alınan kararlarla olmuştur. Resmi anlamda hükümet, 24 Ocak kararlarıyla bu süreci politika olarak benimsemiştir (Akdur, 2006: 31). Bu kararlarla Türkiye dünyada yaşanan gelişmelerle uyumlu, dünya ekonomisine eklemlenmeyi temel hedef olarak benimsemiştir. Bu süreçte Türkiye, 1947 yılında üye olduğu IMF ile olan ilişkilerini güçlendirerek, dünyada etkili olan neoliberal politikalara geçebilmek adına birçok yeni değişimi gündemine almış ve yeni uygulamalara gitmiştir (Öztürk vd., 2008: 16). 24 Ocak kararlarıyla devletin resmi politikası olan neoliberal politikalar kapsamında aktif özelleştirme dönemine geçilmiş ve bu anlamda anayasal düzenlemeler yapılmıştır (Büyükses, 2012: 47).

1961 anayasasında devletin vatandaşına karşı sağlıkla ilgili sorumluluğu 49. maddede şöyle ifade edilmiştir; “devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.” Bu madde ile devletin sorumluluğu ifade edilerek, sosyal devlet anlayışı öne çıkarılmıştır. Fakat 1982

anayasasında yapılan düzenleme ile anayasanın 56. maddesinde, devletin bu hizmeti düzenleyici niteliğine vurgu yapılarak şu ifadelere yer verilmiştir: “ herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesinin sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırmak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesinin düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir.” Görüldüğü gibi 1961 anayasasında temel insani bir hak olarak belirtilen sağlık hakkının devlet sorumluluğunda olduğu ifade edilirken, 1982 anayasasında devletin düzenleyici bir pozisyonda olduğu ifade edilmiştir. Aynı zamanda 1981 yılında, milli güvenlik konseyi zamanında çıkarılan yasa ile özelleştirmenin bizzat devlet teşviki ile olacağı ifade edilmiştir. Bu dönem çıkarılan kalkınma planlarında da özel sağlık kuruluşlarının teşvik edileceğine açıkça yer verilmiştir (Ulutaş, 2011: 166-167).

1980’li yıllardan sonra sağlık alanında oluşturulan politikaların belirleyici niteliği, bu alanı yeni dönemin politikalarına uyumlu hale getirebilme çaba ve zorlamaları olarak ifade edilebilir. Bu amaçla sağlık hizmetinin finans ve örgütlenmesi birçok tartışmaya konu olmuş ve hükümetlerce genel olarak farklılık taşımayan modeller geliştirilmiştir. Genel anlamda 1980’den sonra sağlık alanında sürekli biçimde reform tartışmaları yürütülerek, uygulamaya geçirilmeye çalışılmıştır (Akdağ, 2008: 6).

Sağlık alanında özelleştirme politikalarının ivme kazanmasının en önemli nedenlerinden biri, küreselleşme kavramının 1980’den sonra dünya gündeminde oldukça etkili olmasıdır. Küreselleşme kavramı, hem teorik hem de uygulamada klasik liberal yaklaşımdan beslenmektedir. Dolayısıyla bu yaklaşım devletin gittikçe sınırlandırılmasını ve buna karşılık özelleşmeye ağırlık verilmesini desteklemektedir. Küreselleşmenin etkili olduğu politikalar özellikle gelişmekte olan ülkelerde beraberinde birçok olumsuzluğu getirerek işsizlik, yoksulluk gibi sorunların çıkmasına neden olmuştur. Bu ülkelerde sağlık gibi temel ihtiyaçların serbest piyasa mantalitesi ile sunumu devletin verdiği sağlık hizmetinde önemli sorunları tetikleyerek, bu hizmetlerin yetersiz ve kalitesiz sunumuna neden olmuştur. Küreselleşme süreci ile paralel, özellikle ilaç ve tıp teknolojisi alanında örgütlenmiş çok uluslu şirketler piyasa egemenliğinin sağlayarak, sağlık alanını istedikleri gibi yönlendirebilmişlerdir (Altay, 2007: 39-40).

Sağlık hizmetleri alanında meydana gelen değişimlerin temel dinamiğini uluslararası kuruluşlar oluşturmaktadır. Bu anlamda başta Dünya Bankası(DB) olmak üzere IMF gibi kuruluşlar sağlık politikalarının desteklenmesi, gerekli finansmanın sağlanması gibi yaklaşımlarıyla sağlığı “piyasa ekonomisi” merkezli kanallara yönlendirmeye çalışmaktadırlar (Büyükses, 2012: 56-57). Türkiye’de 1980’den sonra özel teşebbüsün yükselişe geçmesi, dünya konjektöründe yaşanan değişimlerin etkisi ile olmuştur. Uluslararası kuruluşlar bu dönemde ülkelerin siyasi ve ekonomik yönetimlerine yön verme adına önemli aktörler olarak rol oynamışlardır. Bu anlamda Dünya Bankası’nın 1987’de oluşturduğu “Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Raporu” Türkiye gibi devletlerde sağlığın özelleştirilmesi tezini öne sürerek, bu anlamda teşvik edici olunmuştur (Orhan, 2006: 91).

Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik düzenlemeler ve reform çalışmaları 1980’lerden sonra, özellikle dünyada yaşanan gelişmelerle paralel şekillenmiştir. Bu anlamda 1982 anayasasında devletin misyonu ifade edilerek yeni dönemde izlenilecek perspektif belirlenmiştir. Aynı zamanda anayasanın aynı maddesinde “Genel Sağlık Sigortası’nın (GSS) kurulabileceğine” dair bir ifadeye de yer verilmiştir. Bu dönemde sağlık reformuyla ilgili yasal zeminin oluşturulabilmesi için birçok düzenlemeye gidilmiştir. Bu anlamda 1987 de “Sağlık Hizmeti Temel Kanunu” çıkarılmıştır. Fakat yasa tam manasıyla uygulamaya geçirilememiştir. 1987 yılında “Genel Sağlık Sigortası” gündeme alınmasına rağmen pratik herhangi bir adım atılmamıştır. Nitekim 1986 yılında BAĞ-KUR’lulara da sağlık desteği verilerek sağlık sigortası sisteminde üç başlı bir yapıya neden olunmuştur (Can, 2019: 247-248). 1992 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) sağlık ile ilgili yeni hedefler belirleyerek, Sağlık Bakanlığı ile koordineli düzenlediği kongrelerde sağlık hizmetlerine yönelik reform çalışmalarına ağırlık verilmiştir. 1992 yılında herhangi bir sosyal güvencesi olmayan ve ekonomik durumları yetersiz olan vatandaşlar için “Yeşil Kart” verilmiştir. Bu uygulama ile kısmen de olsa düşük gelirli vatandaşlara sağlık hizmeti sunulmuştur (Akdağ, 2012: 49).

1991 yılında iktidara gelen DYP-SHP koalisyonunun sağlık ile ilgili yaptığı en önemli çalışma Yeşil Kart uygulaması olmuştur. Bu uygulama 1992 tarihinden sonra Türkiye’nin tamamına ulaştırılmaya başlanmıştır. Bu kapsamda sağlık ihtiyacını karşılayamayan vatandaşlara, Genel Sağlık Sigortası kurulana kadar Yeşil Kart ile hizmet verilmesi hedeflenmiştir (Orhan, 2006: 105). 1990’lı yıllara gelindiğinde Türkiye’de özel sağlık kuruluşlarında somut olarak önemli bir yükseliş yaşanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin firmalaştırılması / işletmeleştirilmesi adına 1990'lı yıllarda ciddi bir pratik söz konusu olmuştur. Bu dönem yayımlanan “Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında” sağlık hizmetlerinin “Rasyonalizasyonuna” yer verilmiştir. Bu kalkınma planında sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasına yönelik olarak önemli ayrıntılara yer verilmiştir (Ulutaş, 2011: 170-171). 1998 yılında Genel Sağlık Sigortası'nın kurulmasına yönelik olarak hazırlanan ve “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” ismiyle Bakanlar Kurulu tarafında meclise sunulan tasarı kanunlaşmamıştır. 2000'li yıllara gelindiğinde bu konuda çeşitli çalışmalar yapılmış fakat somut bir netice alınamamıştır (Can, 2019: 249).

Akdağ (2012: 49)'a göre;

“1. Sosyal Güvenlik Kurumlarını tek çatı etrafında toplanarak Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması

2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi

3. Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi

4. Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren, sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturması,”

Sağlık reformu alanında 1990'lı yıllarda yapılan çalışmaların ana bileşenleridir.

Türkiye'de neoliberal politikaların yükselişine bağlı olarak, 1990'lı yıllara gelindiğinde özel sağlık kurumları önemli bir yükseliş kazanmıştır. Türkiye'de özellikle 1990'lı yıllardan sonra Dünya Bankası'nın ekonomik ve teknik desteği ile sağlık reformları gerçekleştirilmiştir. Genel Sağlık Sigortası'nı kurma, sağlık hizmetinin verimliliğini artırma, adaletli bir erişim sistemi kurmak gibi reform çalışmaları bu dönemde yapılmıştır. Fakat yapılan bu reform çalışmaları 2000'li yıllara kadar istenilen neticeye ulaştırılamamıştır. Sağlık alanında 2000'li yıllara kadar yapılan politikalara bakıldığında, bu döneme kadar izlenen politikalar toplumda ekonomi ve sağlık hizmetlerine erişim eşitsizliğinin önemli bir seviyeye yükseldiği gözlenmektedir. Bu yıllarda ekonomik problemlerin de kaynaklık etmesiyle sağlık alanında önemli dönüşümlerin yaşanması ihtiyaç halini almıştır (Can, 2019: 249-250).

1.6. 2002 YILI VE SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI

1970’lerde başlayan küresel ekonomik krize bir tepki olarak gelişen neoliberal politikalar, yaşanan krize neden olan temel faktör olarak sosyal devlet politikalarını göstermiştir. Yaşanan bu küresel krizden çıkışın formülü ise serbest piyasa dinamiğine dayalı sosyal, iktisadi ve politik olarak yeniden yapılanmada görülmüştür. Sağlık alanında pratiğe geçirilen neoliberal politikaların temel gerekçesi, artan kamu sağlık harcamalarının devasa bir boyuta ulaşması ile birlikte verilen hizmetin kalitesiz ve verimsiz olmasıdır. Türkiye’de 2000’li yıllarda pratiğe konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), sağlık alanındaki dönüşüm ihtiyacını, kamu harcamalarının devasa bir boyuta ulaşması ve verilen hizmetin kalitesiz, verimsiz olmasına dayandırmaktadır. Nitekim neoliberal politikalar da aynı dayanakları temel gerekçeleri arasında göstermektedir (Elbek ve Adaş, 2019: 34-35).

Sağlık alanında değişimi hedefleyen reform programlarının esas amacı, sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi ve maliyetinin düşürülmesidir. Neoliberal politikalar kamu hizmetlerini verimsiz ve kalitesiz olarak nitelendirerek, devletin bu alandan çekilmesini hedeflemektedir. Bu amaçla sağlık hizmetinin satın alınması, özerk hastanelerin geliştirilmesi gibi piyasa rekabetini güçlendirecek politikalar benimsenerek, yaşanan sorunların çözüleceği iddia edilmiştir (Ergun, 2010: 122).

Bu doğrultuda, 2002 yılında iktidara gelen Ak Parti, acil eylem planı ile ilan ettiği programında, Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla yeni bir süreci başlatmıştır. 2003 yılında pratiğe konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın öncesindeki reform çalışmalarından farkı, özel sektörün daha aktif olduğu ve piyasaya yönelik reform çalışmalarının ağırlık kazandığı bir süreç olmasıdır. 1980’li yıllarda uygulamaya çalışılan sağlıkta reform programlarının bir devamı niteliğinde olan Sağlıkta Dönüşüm Programı, öncesindeki gidişatı sonlandırıp yeni bir sistemi geliştirme iddiasında değildir. Bundan kaynaklı Sağlık Bakanlığı, geliştirilen yeni sürecin yeni bir reform çalışması olmadığını kabul etmiş ve yeni süreci Sağlıkta Dönüşüm olarak isimlendirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 24).

2002 yılında iktidara gelen Ak Parti acil eylem planı kapsamında birçok konuda olduğu gibi “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanına da yer vererek, bu alanda yapılmak istenilen hedefleri belirtmiştir. Acil Eylem Planı (2003: 99-101)’ninde sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler şöyle ifade edilmektedir;

- “1. Sağlık bakanlığı yeniden yapılandırılacak
2. Devlet hastaneleri, sigorta hastaneleri, kurum hastaneleri ayrımı kaldırılarak hastaneler tek bir çatı altında toplanacak
3. Hastaneler idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulacak
4. Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı ayrılacak
5. Genel Sağlık Sigortası sistemi ve kurumu kurulacak
6. Aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulacak
7. Anne ve çocuk sağlığına özel bir önem verilecek
8. Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak
9. Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecek”

Acil eylem planınının 58. Hükümet tarafından açıklanmasından sonra, 59. hükümet te aynı planı programına alarak 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı hazırlayıp kamuoyu ile paylaşmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı sekiz ana bileşen etrafında şekillenmiştir. Akdağ (2008: 20), bu ana bileşenleri şöyle ifade etmektedir;

- “1. planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi tek çatı etrafında toplayan Genel Sağlık Sigortası
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi
 - a. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
 - b. Etkili, kademeli sevk zinciri
 - c. idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemi”

2003 yılında kamuoyu ile paylaşılan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amaçları;

a.izlenecek temel politikalar ile toplumun sađlık dűzeyini yűkselterek sađlık hizmetini etkili bir biçime getirmek.

b.sağlık hizmetlerine ayrılan mali kaynakları stratejik bir şekilde değerlendirerek, verimliliği en yűksek seviyeye çıkarmak.

c.hakkaniyetli bir politika izlenerek herkesin ihtiyacı dođrultusunda ulařabileceđi ve verilen hizmetin finansmanına ekonomik yeterlilikleri oranında katkıda bulunabilecekleri bir dűnűřűm hedeflenmektedir (Tanrıverdi, 2019: 29).

Tűrkiye’de 2000 yılından ۆnce birçok sađlık reformu projesi hazırlanmış fakat hazırlanan bu projelerin neredeyse tamamı uygulamada karřılık bulamamıştır. Bu reform projelerinde istenilen neticenin elde edilememesinde birçok faktűrűn etkisi bulunmaktadır. Bu dűnemde űlkenin koalisyon hűkűmetleriyle yűnetilmesi siyasi anlamda ciddi istikrarsızlıklara neden olmuřtur. Aynı zamanda demokrasi kűltűrűnűn tam manasıyla oturamaması, entelektűel anlamda yeterli zeminin olmaması gibi nedenler bu sűreçte istenilen amaçlara ulařamamada oldukça etkili olmuřlardır (Yıldırım, 2013: 12).

Sađlıkta Dűnűřűm Programı ile belirlenen amaç ve ilkeler 2000 yılından ۆnce sađlık politikalarında yařanan olumsuzluklar temel alınarak oluřturulmuřtur. Bu bađlamda 2000 yılından ۆnce gerek çalıřanlar gerekse hastalar sađlık sisteminde ۆnemli sorunlarla karřılařabilmıştır. Bu dűnemde doktorların bıçak parası adı altında hastalardan yasal zemini bulunmayan űcret talep etmekteydiler. Aynı zamanda devlet hastanelerinde bűyűk bir yođunluk oluřmakta, SSK, BAĐ-KUR, Emekli Sandıđı gibi birbirinden farklı sađlık sistemleri bulunmaktaydı. Hastanelerde para ۆdeyemeyen hastaların rehin kalması, sevk ve bűrokratik iřleyiřin gűçlűđű gibi sorunların da olması toplumun sađlık sistemine olan bakıř açısını oldukça etkilemiştir (Aykır, 2014: 251). Bu dűnemde sađlık sisteminde karřılařılan sorunlardan kaynaklı, insanların sađlık hizmetlerine yaklařımı “sađlıđını koruma ve hastaneye gitmemeye çalıřma” biçiminde řekillenmiştir. ۆnceki sađlık politikalarının neden olduđu bu bakıř, toplumun sađlık sistemine yűnelik ciddi bir gűvensizliđinin olduđunu gűstermektedir (Can, 2019: 251).

Sađlıkta Dűnűřűm Programı’nın açıklanmasında yukarıda ifade ettiđimiz, Tűrkiye’nin iç politikalarından kaynaklı problemlerle birlikte, uluslararası kuruluřların da kaynaklık ettiđi ۆnemli bir zemini bulunmaktadır. Bu anlamda gűnűműz kűresel kuruluřları olarak bilinen bařta Dűnya Bankası olmak űzere IMF, Dűnya Sađlık ۆrgűtű

(DSÖ) gibi kuruluşlar küresel anlamda sağlık politikalarının dönüşümünde önemli rol oynamaktadır.

Türkiye’de SDP’nin içeriği ile 1980’den sonra etkili olmaya başlayan yeni kamu yönetiminin ilkeleri önemli benzerlikler taşımaktadır. Bu anlamda sağlıkta dönüşüm sürecinin bileşenleri belirttiğimiz yeni düşüncelerin temel ilkeleri ile şekillenmiştir. Dönüşüm programı kapsamında yerleşme pratikleri, devlet kurumlarının özel sektöre benzer yapıya gitmesi gibi yeni uygulamalar küreselleşme sürecinin kaynaklık etmesi ile şekillenmiştir (Atılgan, 2017: 110).

Sağlıkta Dönüşüm Program’ının temel bileşenleri Dünya Bankası’nın sunmuş olduğu perspektif ile şekillendiği açıkça gözlenebilmektedir. Dünya Bankası’nın yayınlamış olduğu “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu” adlı raporu ile sağlık sistemin sorunları ve çözüm önerileri birebir aynı paralelde durmaktadır. SDP’nin küresel aktörlerin görüş ve önerileri ile uyumlu olduğunu gösteren bir diğer belge de SDP’ye dünya bankası tarafından 2004-2007 yılları arasında kullanılmak üzere önemli bir kredi desteğinin sağlanmasıdır. Özellikle SDP’nin ilk dört maddesi ile Dünya Bankası’nın sağlık hizmetleri için öngördüğü adem-i merkezîyetçilik, özelleştirme, fiyatlandırma ilkeleri tam manasıyla uyumludur (Yaşar, 2008: 53-54).

Sonuç olarak SDP 1980’li yıllarda uygulamaya konulan yeni küresel politikalarla uyumlu bir yapıda oluşturulmuştur. 1980’den günümüze Türkiye’de sağlık alanında birçok reform programı oluşturulmuştur. SDP hazırlanan bu programları bir devamı niteliğindedir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunları da gündemine almış ve çözüm önerileri geliştirilmiştir. Fakat geliştirilen bu çözüm önerileri küresel kuruluşların desteği ile şekillenmiş ve sağlığın piyasalaşmasında önemli rol oynamıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

NEOLİBERAL POLİTİKALAR VE SAĞLIK

1. NEOLİBERALİZME TARİHSEL BİR YAKLAŞIM

Neoliberalizmin doğru bir şekilde anlaşılabilmesi için neoliberal politikaların doğuşuna kaynak teşkil eden nedenlerin bilinmesi gereklidir. Nitekim neoliberalizmden önce birçok ekonomik, siyasi ve toplumsal gelişmeler yaşanmış ve bu gelişmeler neoliberalizmin doğuşuna zemin oluşturmuştur. Neoliberalizm, isminden de anlaşıldığı gibi liberalizmin değişen dönemsel koşullara göre güncellenmiş, yeni bir biçimi olarak ifade edilebilir.

Neoliberal politikalar, liberalizmin güncel bir versiyonu olup esasen liberalizme göndermede bulunarak kendisini inşa etmektedir. Bundan kaynaklı olarak neoliberalizmin, 19. yüzyılda İngiltere’de çıkan iktisat sisteminin felsefi ve düşünsel temellerinden beslendiği söylenebilir (Palley, 2014: 42). Bu bakımdan neoliberalizmden söz edildiğinde, liberalizm ve tarihsel gelişimine değinmek, konunun anlaşılması adına yerinde olacaktır.

Liberalizm kelime olarak TDK sözlüğünde serbestiyet olarak tanımlanmaktadır (TDK sözlüğü, 02.02.2021). Köken olarak liberalizm İngilizceden türetilmiş “liberty” kelimesinden gelmektedir. Hürriyet, özgürlük, serbestlik gibi kavramlara karşılık gelen liberalizm, özgürlüğü savunan bir düşünce olarak tanımlanmaktadır (Aktan, 1995: 1). Liberal düşünce, bireylerin bütün alanlarda özgür eylemde bulunmasını savunan bir akımdır. Kişi serbestiyetini savunan liberal düşüncenin, özellikle ekonomi alanında ilk bilimsel ve politik niteliği Adam Smith ile karakter bulmuştur. Bu anlamda Smith, ekonomi alanında doğal bir düzenin olduğunu savunarak bireylerin sermayelerini kendilerine maksimum gelir sağlayacak biçimde kullandığını belirtir. Birey bu kişisel yararı gözetirken kamu yararının nasıl sağlanacağını bilmemektedir. Smith, insanların kendi çıkarlarından başka hiçbir kamusal çıkarı gözetmediğini belirtir. Her insanın kendi çıkarlarını gerçekleştirmeye çalışırken aynı zamanda kamusal faydayı da sağladığını belirten Smith, bu süreci “görünmeyen bir el” olarak ifade etmektedir (Hançerlioğlu, 1996: 259).

Klasik liberal düşünce iktisadi ve felsefi olmak üzere iki şekilde gelişme göstermiştir. Liberalizm siyasi anlamda doğal hukuk ve insan hakları teorilerinin olduğu dönemlere kadar götürülebilecek bir tarihsel sürece sahiptir. Doğal hukuk

öğretileri Eski Mısır, Antik Yunan ve Stoacılara kadar uzanır. Aynı biçimde insan haklarına ilişkin düşünsel temeller de Antik Dönem'e kadar inen tarihsel bir sürece sahiptir. Belirtilen bu uzun tarihsel sürecin belli bir bütünsellik içinde değerlendirilmesi ciddi yanlış değerlendirmelere neden olabilecek komplekstedir. Bu bağlamda literatürde genel kabul gören yaklaşıma göre; John Loucke siyasi anlamda liberalizmin kurucusu olarak kabul görülürken, Adam Smith ise iktisadi anlamda liberalizmin temsiliyetine kabul görülmektedir. Aynı zamanda David Hume, Herbert Spencer, Frederic Bastiat ve John Stuart Mill gibi isimler de liberal düşüncenin temsiliyetinde önemli bir yere sahiptirler (Yayla, 2011: 35-36).

John Locke toplum sözleşmesi ile devletin doğal toplumdan siyasi topluma geçtiğini belirtmektedir. Bu toplum biçiminde devletin meşru varlığı toplum sözleşmesine bağlıdır. Lock'a göre devletin esas sorumluluğu özgürlüğü korumaktır. Ekonomik anlamda liberalizmi temsil eden Adam Smith ise devletin sorumluluk alanlarını belirleyerek, bunları; güvenlik, adalet ve bayındırlık olarak sıralamıştır. Bu anlamda bireylerin artan çıkarlarına paralel kamusal çıkarların da arttığını belirterek, devletin, bireylerin hareket alanında minimize olması gerektiğini ifade etmektedir (Taşcıer, 2019: 12-13). Liberal düşüncenin şekillenmesinde etkili olan birçok düşünürün katkısı bulunmaktadır. Bu düşünürlerden David Hume, aklın bireysel çıkarları gözeterek hareket ettiğini ifade etmektedir. Adil bir sistemin kurulabilmesi için kendiliğinden bir düzenin gerekli olduğunu belirterek, devletin bu doğal düzene kesinlikle müdahale etmemesi gerektiğini savunur. Hume, insan doğasının özgürlük ve fayda ile şekillendiğini belirtmektedir. Yine J. Stuart Mill ise haz duygusunun ahlak ve devleti oluşturduğunu belirtmektedir. Bu hazzın ise özgürlük olduğunu belirten Mill, devletin en önemli sorumluluğunun özgürlüğü en yüksek seviyeye çıkarmak olduğunu belirterek, liberal düşüncenin gelişmesinde önemli bir rol oynamıştır (Çetin, 2001: 220). Belirtilen bu düşünürlerin dışında birçok düşünürün, liberalizmin felsefi kökenlerinin oluşumunda katkıları olmuştur.

Liberalizmin gelişim süreci birçok siyasal, ekonomik olayın kaynaklık emesiyle şekillenmiştir. Liberalizmin 17. yüzyılda İngiltere'de ortaya çıktığı kabul görülmektedir. Bu yüzyılda yaşanan olaylar, özellikle aydınlanmanın entelektüel birikimi liberal düşüncenin şekil almasında oldukça etkili olmuştur. Liberal düşünce çeşitli tanımlar ve yaklaşımlarla şekillenmiş bir doktrin olmasına rağmen, faydacılık ve klasik ekonomi yaklaşımlarıyla ortak noktalarda birleşen bir politik düşüncedir. Aydınlanma döneminde

ortaya çıkan birçok felsefi düşüncede olduğu gibi liberalizmde de bireyin çıkarlarını her şeyden üstün tutan “akılcı birey” yaklaşımı esas alınmıştır. Feodalizmin sona ermesi, sanayi ve ticaretin gelişmesi bu anlamda yaşanan siyasi ve sosyal gelişmeler liberal bireycilik yaklaşımının oluşmasını sağlamışlardır. Rönesans ve reform hareketlerinin gelişmesi ve aydınlanma düşüncesi geleneksel yapıları etkisizleştirip, bireyci ve özgürlükçü bir kültürün önünü açarak bu sürecin 1688 İngiliz Devrimi’ne yol açmasını sağlamıştır (Gül, 2006: 9-10).

“Muhteşem devrim” olarak da adlandırılan İngiliz Devrimi ile birlikte kralın geleneksel yetkilerine sınırlama getirilerek bu dönemdeki hâkim sınıfların mülk sahipleri ile tüccarların olmasına neden olmuştur. Bu süreç kapitalist ilişkilerin gelişmesine neden olmuş ve kapitalist bir topluma kapı aralamıştır. Liberal düşüncenin insan hak ve özgürlüklerine olan yoğunlaşması, Fransa’da ilan edilen İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirisi’nden beslenmektedir (Güner, 2019: 51). İngiliz Devrimi ile İngiltere’nin geleneksel değerleri dışlanmamış ve liberalizm evrimsel bir süreçle gelişmiştir. Bu anlamda zamanla insan hak ve özgürlüklerine olan ilgi güçlenerek sistemde oturtulmuştur. Bu süreç Fransa’da İngiltere’den farklı bir şekilde, daha devrimci bir karakter izlemiştir. Fransa’da mevcut yönetimin değişimi doğrudan gerçekleştirilmiş, birey hak ve özgürlüklerine daha derin bir vurgu yapılmıştır. Fransa’da değişim süreci, mevcut yönetime son verip yerine anayasal bir hükümeti inşa etme biçiminde şekillenmiştir. Özgürlük, eşitlik, güçler ayrılığı, kanunların üstünlüğü, düşünce özgürlüğü gibi kavramlar etrafında şekillenen Fransız Devrimi, liberal düşüncenin yeni bir boyut almasını sağlamıştır (Gül, 2006: 11).

Liberal politikalar 20. yüzyıla kadar sadece ekonomi ile ilgili kuralların ve ilkelerin işleyişi ile değil, toplumun bütün alanlarını kapsamına almış bir toplum politikası haline gelmiştir. Toplumsal işleyişin temel yasaları liberal politikaların piyasaya dayalı okuyabildiği bir alan olmuştur (Lazzarato, 2013).

Foucault, “liberal aklın” piyasa ve fayda olmak üzere iki noktadan beslendiğini ifade etmektedir. Foucault’a göre piyasa; değer ve fiyat ilişkisini uyumlu ve düzen içinde doğrulandığı bir değiş-tokuş sahasıdır. Foucault’un ikinci dayanak noktası olarak belirttiği fayda ilkesi ise yapılan tüm mübadele süreçlerinin fayda kriterine dayalı gerçekleştirilmesini ifade etmektedir. Fayda ve mübadele süreçlerinin ortak noktası ise çikardır. Bu anlamda gerek mübadelenin temel bir prensibi olarak ve gerekse faydanın dayandığı zemin çıkar üzerinden şekillenmektedir. Liberal yönetim mantığı çıkar

ilkesiyle şekillenen bir yapıdadır. Foucault'a göre geleneksel yönetim anlayışında yönetim ya da iktidar her alanda söz sahibi olup bireyler üzerinde doğrudan etkiye sahipti. Fakat liberalizmin hâkim olduğu yönetimde müdahale etme gerekliliği ortadan kalkmıştır. Devlet çıkar ilkesini gözeterek hareket alanı oluşturur (Foucault, 2015: 40-41).

Tarihsel anlamda devletin piyasaya müdahale edip etmemesi hep bir tartışma konusu olmuş ve uygulamada dönemlerin niteliklerine göre birbirinden farklı politikalar benimsenmiştir. Bu anlamda devlet müdahaleciliğini savunan ilk yaklaşım 15-16. yüzyıllarda etkinliğini korumuş merkantilist politikalar olarak ifade edilmektedir (Doğangün Yasa, 2017: 283). Merkantilist yaklaşım liberalizmden farklı olarak bireyin değil devletin çıkarlarını ön plana çıkartmaktadır. Bu politikalar ihracata yoğunlaşarak, dış ticaret fazlası elde etmeye ve bu anlamda ülkedeki değerli maden miktarı artırılarak, zenginliğin artırılması hedeflenmektedir. İhracatın artırılması için devlet, gümrük vergilerinin artırılması gibi kısıtlayıcı düzenlemeler geliştirerek, ulusal çıkarların yükseltilmesini amaçlamaktadır (Ölmezogulları, 2003: 45). Merkantilist politikalarından sonra gelişen liberal politikalar, Avrupa ve Amerika'da etkinliğini geliştirerek hâkim politika olmuştur (Güner, 2019: 53).

Devletin müdahaleci bir yaklaşım geliştirmesini savunan bir diğer yaklaşım, John Maynet Keynes'in düşünceleri ile şekillenen Keynesçiliktir. Birinci dünya savaşına kadar etkili olan liberal politikalar, birinci dünya savaşından sonra birçok sosyal ve ekonomik sorunun yaşanması liberalizmin ciddi bir şekilde gerilemesine neden olmuştur. Ekonomide yaşanan problemler, işsizliğin giderek artması gibi nedenler devletin müdahaleci bir yaklaşım benimsemesini gerekli bir noktaya getirmiştir. Savaştan sonra devlet müdahaleciliğinin gündeme gelmesi, 1929 küresel ekonomik krizin patlak vermesi ile daha belirgin hale gelmiştir (Hayek, 2013: 24-25).

17. yüzyıldan sonra etkili olmaya başlayan ve 19. yüzyılın son çeyreğine kadar derinleşen liberal politikaların gerileyişi, sanayi devriminden sonra yaşanan değişimlerin etkisi ile gerçekleşmiştir. Bu anlamda sanayi devrimi toplumlarda büyük dönüşümleri yaratarak işsizlik, eşitsizlik, ani göç gibi önemli sorunlara kaynak oluşturmuştur. 19. yüzyılın sonlarında farklı ideolojilerin etkili olmaya başlaması da liberal politikaların gerileyişinde önemli bir rol oynamıştır (Butler, 2018: 105). 19. yüzyılın sonlarında sanayi kapitalizminin derinleşmesi sonucu yaşanan sorunlar, sonrasındaki süreçte devletlerin ham madde arayışları ve sermayelerini büyütme

çabaları Birinci Dünya Savaşı'nın önünü açmış ve yaşanılacak krizleri kaçınılmaz kılmıştır. Nitekim liberal politikaların gerileyişi savaştan sonra artmış ve 1929'da yaşanan ekonomik krizle birlikte devletin müdahaleci yaklaşımı görünür olmaya başlamıştır (Çubukçu, 2019: 32).

Çeşitli sorunların kaynaklık etmesiyle 19. yüzyılın son çeyreğinden sonra gerileme sürecine giren liberal politikalar, Birinci Dünya Savaşı'na kadar etkili olmaya devam etmiştir. Fakat savaş sonrasında yaşanan ekonomik ve sosyal sorunlar liberal politikaların işlerliğini kaybetmesine neden olmuştur (Hayek, 2013: 24). Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra başta sosyalizm olmak üzere farklı ideolojik alternatiflerin yaygınlık kazanması liberalizm için ciddi bir güç kaybına neden olmuştur. Özellikle Avrupa'da 1920'lerden sonra faşizm ve nasyonel sosyalizmin ortaya çıkması, liberalizmin en güçlü olduğu Avrupa'da da güç kaybetmesine neden olmuştur (Yayla, 2011: 13-14). Liberalizmin yaşamış olduğu güç kaybı beraberinde devlet müdahaleciliğini savunan yaklaşımları gün yüzüne çıkarmıştır. Keynesçi devlet teorilerinin öncülük ettiği bu süreç, büyük buhran denilen küresel krizden sonra başat ekonomik model olarak ileri sürülmüştür. Bu anlamda İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Keynesçi politikaların yükselişine paralel bu dönem liberalizmin en kötü yılları olarak ifade edilmektedir (Çubukçu, 2019: 33).

1929 yılında yaşanan "Büyük Bunalım"dan sonra Keynes'in önerdiği düzenlenmiş yeni ekonomik model, dünya ekonomi sisteminde yeni bir kamu politikası devrimini yaşatma iddiasında olmuştur (Klein, 2010: 26). Keynesyen ekonomik politikalar, uluslararası sermaye pazarının kontrol edilmesi, devlet harcamalarının yükseltilmesi ve refah devleti uygulamalarının ivme kazanması gibi önemli dönüşümleri sağlamıştır. Bu yaklaşımla öne çıkan aktif devlet müdahalesi, iktisadi hareketliliğin etkili bir biçimde kontrol edilmesini sağlamıştır. Bu dönemde refah devleti uygulamaları sosyal bir ekonomik modelin gelişmesini sağlamıştır (Harvey, 2015: 19).

Keynes, kapitalist sistemin kendisini güncelleme niteliğine sahip olmadığını iddia etmekte ve bu noktada arz ve talep arasında zorunlu bir dengenin olduğunu iddia eden klasik liberal yaklaşıma karşı çıkmaktadır. Serbest piyasa ekonomisinin yaşanan durgunluk ve kriz süreçlerine kendiliğinden çözüm geliştiremeyeceğini ifade eden Keynes, serbest piyasanın güvenilmez olduğunu iddia etmektedir. Keynes'e göre kapitalist sistem olası ekonomik hareketlilikleri kestiremediği için kendi içinde belirsizliklerle doludur. Bu bağlamda liberal sistemi eleştiren Keynes kapitalist sistemin

işlevselliği için aktif devlet müdahalesini önermektedir (Bilir, 2019: 90-91). Anlaşıldığı gibi Keynes, kapitalist sistemin yerine başka bir düzen önermemektedir. Aksine kapitalist sistemin daha güçlü işleyebilmesi için çözüm önerileri geliştirip sistemin zayıf, aksayan yönlerine vurgu yapmaktadır.

Keynes'in düşünceleri ile devletin yetki ve işlevleri gelişmiştir. Liberal devletin savunduğu minimal devlet anlayışı eleştirilmiş ve devletin doğrudan müdahaleci bir yaklaşım benimseyerek, yönlendirici güç olması düşüncesi savunulmuştur. Keynesyen politikalarda devlet, piyasa sistemini düzenleyerek fiyatlarda yaşanan sorunların giderilmesini hedeflemektedir. Keynes'in devlet modeline göre devlet, adaletli bir gelir dağılımını oluşturma, ekonomik dengenin sağlanması, ekonomik büyüme, kaynakların etkili bir şekilde kullanımı vb. işlevleri yerine getirmelidir (Tayyar ve Çetin, 2013: 116).

1960'lı yılların bitimine gelindiğinde Keynesyen politikalar gerek dünya siyasetinde ve gerekse devletin iç ekonomik politikalarında gerilemeye başlamıştır. İşsizlik ve enflasyonun yükselmesi, ekonomik durgunluk gibi problemler küresel anlamda ciddi sorunlara yol açmıştır. Bu süreç 1970'lerin sonuna kadar devam etmiştir. Bu süreçte devletlerin harcamalarının gittikçe yükselmesi ve buna karşılık vergi gelirlerinin düşmesi önemli krizleri beraberinde getirmiştir (Harvey, 2019: 20).

1929 krizinden sonra birçok ülke Keynesçi yaklaşımı bir çıkış yolu olarak görmüştür. Bu ülkeler 1970'lerin sonuna kadar Keynesçi ekonomi modelini başat politika olarak kabul etmişlerdir. Keynesçi politikaları benimseyen ülkeler 1970'lerin sonuna kadar işsizliği dengeli bir noktada tutabilmiş ve ciddi büyüme oranlarını yakalayabilmişlerdir. Bu bağlamda 1945-1975 yılları kapitalizmin Keynesçi altın çağı olarak ifade edilmektedir. 1970'li yıllarda Arap ülkelerinin petrol ambargosu ilan etmesi neticesinde, petrol krizinin yaşanması ve buna bağlı stagflasyonun³ yaşanması Keynesçilikte ciddi bir güç kaybına neden olmuştur. 1970'lerde ekonomik durgunluk ve enflasyonun birlikte etkili olması ve beraberinde yaşanan IMF borçlanmaları uluslararası borç krizlerine neden olmuştur. Bu süreçte ABD'de de Ronald Reagan ve İngiltere'de Margaret Thatcher hükümetlerinin kurulması başta bu ülkelerde olmak üzere devlet müdahaleciliğine yönelik yaklaşım işlevini yitirmeye başlamıştır. Bu dönemde yaşanan ekonomik ve sosyal sorunların kaynaklık etmesiyle Keynesçi

³“Stagflasyon; “Sözlük olarak; 1970 yılında İngilizcede stantant (durgun) ile inflation (enflasyon, fiyatlar genel düzeyinin sürekli ve hissedilir artışı) kelimelerinin birleşmesinden türetilmiştir. Terim olarak; resesyon (durgunluk) ile enflasyonun aynı anda görüldüğü durumdur. (Blinder,1979, s:1) Bu durumda ekonomideki işsizlik oranı artarken fiyatlar da hızla yükselmektedir” (Bal, 2019: 485).

politikalar etkisini yitirmiş ve 1970'lerin sonunda neoliberal olarak isimlendirilen “rekabetçi ve serbest piyasa” yaklaşımı ile şekillenmiş yeni bir sürece girilmiştir (Kılınçoğlu ve Özçelik, 2016: 13). 1970'li yıllarda yaşanan petrol krizine paralel, ülkelerin dış borçlanmalarında artışlar yaşanmış, enflasyon ve işsizlik ciddi boyutlara ulaşmıştır. Bu durum dünya piyasalarının ve dünya para sisteminin ciddi bir ekonomik krizle karşı karşıya kalmasına neden olmuştur. Bu küresel ekonomik krize bir tepki olarak başta ABD ve İngiltere olmak üzere, gösterilen ortak tepki neoliberal politikaların benimsenmesi biçiminde olmuştur (Turner, 2011: 207).

Keynesyen politikaların etkili olduğu süreç 1980'li yıllarda etkinliğini tamamen kaybetmiş ve yerini, günün değişen sosyal ve ekonomik gerekliliklerine cevap olabilmek adına neoliberal politikalara bırakmıştır. Teorik çalışmaları öncesindeki yıllara dayanan neoliberal politikalar, 1980'den sonra uygulama sahası bulabilmiş ve dönemin sorunlarına çözüm iddiasını geliştirmiştir (Çubukçu, 2019: 35). 1970'li yıllarda yaşanan ekonomik krizlere bir reaksiyon olarak neoliberal politikalar gelişmiştir. Neoliberal politikaların esas bileşeni müdahaleci devlet yaklaşımının terk edilerek kamu kurumlarının özelleştirilmeye başlanmasıdır (Lapavitsas, 2014: 65).

Neoliberalizm, genel kanaate göre Chicago okulunun ekonomi teorilerine göre biçim alan ve tarihsel kökeni Adam Smith'in düşüncelerinden gelen bir ideolojidir (Dardot ve Laval, 2016: 3). Neoliberalizm, minimal devlet yanlısı, piyasa ilişkilerinin ve şahsi teşebbüsün çıkarlarını düzenleyen bir ideoloji olarak ta ifade edilmektedir. Neoliberalizm, özgün nitelikte yöntemlerle kendisini gerçekleştirmektedir. Meydana gelen toplumsal krizlere bir tepki olarak gelişen neoliberal politikalar, yaşanan olumsuzluklardan etkilenen üst sınıfların çıkarlarına hitap edip, kayıp edilen güç ve zenginliği yeniden tesis etme işlevinde de olmuştur. Neoliberalizm toplumu bir bütünen yeniden şekillendiren, yeni bir sosyal sistemdir (Dumenil ve Levy, 2014: 26).

Neoliberal sistem, gerek dünyada ve gerekse ülkelerin iç politikalarında yaratmış olduğu değişim ile üs sınıfların yaşam kalitesini sürekli arttırmışken işsizlik, eşitsizlik gibi olguların yükselmesine zemin oluşturmuştur. Bu anlamda küresel olarak hegemonik bir güce dönüşen neoliberalizm, azınlık iktidarının hâkim olduğu ve ekonomik eşitsizlikler başta olmak üzere, sınıflar arasındaki yaşam standartlarının gittikçe birbirinden uzaklaştığı bir döneme işaret etmektedir (Johnstan ve Saat-Filho, 2014: 219).

Refah devleti uygulamalarının son süreçlerinde yaşanan krizleri fırsata dönüştürme, neoliberal ideolojinin esas ilkeleri arasında yer almaktadır. Neoliberal düşüncenin birincil niteliği, kriz süreçlerini fırsata dönüştüren yapısıdır. Nitekim neoliberalizm bu önemli niteliğini Şili’de yaşanan krizle göstermiştir. Şili’de 1973 yılında ABD destekli yapılan darbe neticesinde neoliberal yaklaşımı benimseyen bir iktidarın başa getirilmesi, neoliberalizmin pratikleştirme biçimini de ortaya koymuştur (Çubukçu, 2019: 35). Neoliberalizmin uygulama alanı bulabilmesi, gelişmiş kapitalist ülkelerde rıza ile gerçekleşirken, gelişmekte olan devletlerde ise zorla, darbe benzeri aygıtlarla kabul ettirilmiştir (Kazgan, 2016: 14). Bu anlamda neoliberal politikaların darbe ile uygulama alanı bulduğu ilk devlet Şili olmuştur.

Neoliberal politikalar, 1980’lerin ilk yıllarında ABD ve İngiltere’de iktidara gelen hükümetlerin kabul etmesiyle devlet, piyasa ve toplum alanlarını yeniden oluşturmuş ve bu alanlar arasındaki ilişkileri dizayn etmede merkezi bir rol almıştır. Neoliberalizm yapı olarak farklı yönleri kendisinde barındıran bir yaklaşımdır. Neoliberal politikaların en önemli özelliği toplumsal düzenin tıkanıp dönemlerde ekonominin, sosyal hayatın bir bütünen olumsuz bir gidişatta olduğu süreçlerde alternatifsiz ve ideal bir çözüm yolu olarak gösterilmesidir. Nitekim bu konuda İngiltere’de neoliberal politikaların uygulanmasında öncülük eden Margaret Thatcher’in “ Başka alternatif yoktu” sözü çarpıcı bir örneği ifade etmektedir. Neoliberalizm serbest piyasa ekonomisini geliştirmekte ve kamuya ait alanların neredeyse tamamında özelleştirmeye gitmektedir. Aynı zamanda uluslararası ilişkilerde her türlü ticari ve ekonomik ilişkinin önünü açmaktadır. Bu anlamda devlet bütün alanları özelleştirerek, küresel şirketlerin ve IMF, Dünya Bankası gibi uluslararası güçlerin kontrolünde şekillenen bir sürecin önünü açmıştır. Kapitalizm, bu dönemde bütün toplumsal ilişkileri yeniden dönüştürme adına kendisini derinleştirmiştir. Bu anlamda neoliberal ideoloji sadece ekonomi alanının düzelmesiyle değil, bütün toplumsal yaşamı şekillendirmeyi hedeflemektedir. Bu bağlamda toplumla ilintili, toplumu ilgilendiren her şey gözlemlenmesi, müdahale edilmesi gereken bir alana dönüşmektedir (Özbay, 2010: 103-108).

Neoliberal politikaların küresel boyutta etkinliğine bakılarak tek boyutlu bir şekilde değerlendirmek bir yanılgıya yol açacaktır. Nitekim neoliberalizm, devletlere ve içinde bulunan süreçlere göre farklılıklar taşımaktadır. Hatta bazı devletlerin iç politikalarında da içinde bulunan süreçlere göre farklılaşabilmektedir. Fakat ekonomi politikaları açısından ayırıcı özellikleri bütün ülkelerde aynı biçimde uygulanmıştır.

Neoliberalizmin devlet müdahaleciliğine ilişkin yaklaşımı da ülkelere göre farklı uygulama şekilleri ile gerçekleştirilmiştir (Kurmuş, 2010: 16).

Neoliberalizm esasen bir siyasi ve iktisadi uygulamalar teorisidir. Bu ideoloji, toplumun yaşam standartlarını artırmanın en başat yolunun, serbest piyasa ekonomisine dayalı, serbest ticaret ve özel mülkiyet haklarının esas olduğu bir düzeni oluşturmak olduğunu iddia etmektedir. Bu düzende inşa edilen kurumsal çerçeve ile şahsi teşebbüs ve özgünlüklerin önünün açılması toplumsal refahı artırmanın önemli bir kriteri olarak gösterilmektedir. Bu sistemde devletin misyonu, bu uygulamaların işleyebilmesini sağlayabilecek bir kurumsal zemini oluşturmaktır. Devlet, oluşturmuş olduğu bu kurumsal çerçeveyi muhafaza etmeli ve gerektiğinde ordu, emniyet, hukuk gibi aygıtları kullanarak piyasa işleyişini sağlamalıdır. Devlet, özelleşmenin ve serbest piyasanın aktif işleyişi açısından piyasaya alan açmalıdır. Örneğin; sağlık gibi bir alanda piyasa bulunmuyorsa, devlet piyasa yaratma işlevini üstlenmelidir. Ancak devlet bu işlevinin dışına çıkmamalı ve alanı piyasaya açtıktan sonra, müdahaleyi minimum düzeyde tutmalıdır (Harvey, 2015: 10).

Neoliberal dönemde devletin belirlediği kurallar, rekabeti artırma ve teşvik etme işlevindedir. Rekabetin en etkili şekilde yürütülebilmesi için kurallara ihtiyacın olduğu fikri neoliberalizmin temel düşüncelerini oluşturmaktadır. Devlet bu dönemde pasif kalmadığı gibi geliştirdiği düzenlemeler ile şirketlere alan açmış ve adeta şirket biçiminde bir idare geliştirmiştir (Dardot ve Laval, 2012: 6-7). Aynı zamanda devletin önemli bir sorumluluğu da toplumun ve bireylerin özgürlüğünü korumaktır. Devlet bu korumayı hem dış güçlere hem de içte yurttaşları birbirlerine karşı korumalıdır. Düzeni koruma, rekabetçi piyasanın işleyişine teşvik edici politikalar geliştirme ve özel sözleşmeleri hayata geçirmek devletin temel görevleridir. Bu sorumlulukların ötesinde ücretsiz eğitim gibi bir uygulama olsa bile yapılan her müdahale, devletin piyasaya karışması olarak tanımlanmakta ve yersiz olarak kabul edilmektedir (Klein, 2010: 4).

Neoliberal politikalar toplumsal yaşamın her alanında etkili olmuş ve bu alanları biçimlendirmiştir. Milletler arası ilişkilerden insanların düşünce dünyalarının şekillenmesine kadar, gündelik yaşamın neredeyse bütün yönleri neoliberal düşüncenin egemenliğinde biçim almıştır. Bu anlamda bireylerin birbirleriyle olan ilişkileri, aile yapıları ve toplumun yeni alışkanlıklar edinmesine kadar çok yönlü bir etkililiğe sahip olan bu sistem eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi temel toplumsal kurumları, piyasa ilişkilerinde araçsallaştırmış ve alınıp satılabilen bir metaya dönüştürmüştür (Kurmuş,

2010: 15). 1979’da İngiltere’de iktidara gelen ve neoliberal politikaların uygulanmasında öncülük eden Margeret Thatcher’in “İktisat yöntemdir ama amaç ruhu değiştirmektir” ifadeleri neoliberalizmin kapsayıcılığı açısından çarpıcı bir örnektir (Harvey, 2015: 31).

Neoliberalizmde devlet, liberalizmden farklı olarak sadece serbest piyasayı geliştirmeye çalışmamaktadır. Neoliberal sistemde devlet, piyasaya adapte olarak piyasa rekabetine müdahil olmaktadır (Foucault, 2017: 111). Devlet bu dönemde piyasa rekabetine katılarak gerek iç politikalarında gerekse uluslararası politikalarda adeta bir şirket biçiminde politika geliştirir. Bu anlamda devlet piyasayı oluştururken, kendisini de piyasa ilişkilerine göre biçimlendirir. Küresel anlamda geliştirilmeye çalışılan rekabet unsuru, devletleri bu normlar doğrultusunda inşa ederken aynı şekilde bu normlar bireylere de uzanmakta ve bireyi de aktif rekabet eden bir girişimci biçiminde şekillendirir. Devletin bu dönemde edindiği temel rol “girişimci yönetimsellik” ifadesiyle açıklanmaktadır. Bu yeni yönetim anlayışının benimsediği devlet girişimciliği ilkesi bireylerin benliğine kadar uzanan bir yapıya sahiptir (Dardot ve Laval, 2012: 410). Neoliberalizmde liberalizmden farklı olarak, devletin piyasaya müdahale etmesinin bir zorunluluk olduğu vurgulanır. Fakat bu müdahale piyasa düzenini ve piyasa rekabetini arttırabilecek, piyasa lehine bir müdahale olarak gerçekleşmelidir. Bu anlamda liberalizmdeki devletin pasif olma durumu reddedilir (Dardot ve Laval, 2012: 138).

Neoliberal devlet toplumun yaşam standartlarını yükseltmek, refah seviyesini geliştirmek adına yapılan harcamaların minimize edilmesi gerektiğini ileri sürmektedir. Bu anlamda sosyal güvencenin de azaltılması gerektiğini ileri süren neoliberal ideoloji, bunların ekonomik gelişmeye zarar verdiğini iddia etmektedir. Yapılan sosyal harcamaların kısıtlanmasıyla devlet harcamalarının azalacağı ve sosyal devletin yaptığı harcamaların, vergi indirimi veya üretimi arttırıcı yatırımlara dönüştürüleceği ileri sürülmektedir. Aynı zamanda devlet, vatandaşa sosyal güvence sağlamadığı zaman yoksul insanların zorunlu çalışma gerekliliği doğacaktır. Bu durumda işçiler, düşük ücretle çalışıp şirketlerin kâr oranlarını arttırıcı bir işlevde olacaklardır. Neoliberal devlet ulaşım, telekomünikasyon, sağlık, petrol, eğitim, doğal kaynaklar vb. neredeyse bütün alanlarda özelleştirmeyi sağlayarak, piyasanın rekabetçi işleyişi açısından gerek iç politikalarında ve gerekse uluslararası ilişkilerde ciddi çaba sarf ederek sermayenin engelsiz dolaşımına imkân yaratmaktadır (Ritzer, 2011: 138).

Neoliberal toplumda devlet, neredeyse bütün alanları özelleştirerek, bu alanların işleyişinde meydana gelen sorunlar ve bu sorunların toplumsal alana yansımalarından kendisini sorumlu tutmamaktadır. Bu bağlamda yaşanan sorunların sorumluluğu özel mülkiyet hakkından faydalananlardan aranmaktadır. Bu anlamda devletin topluma karşı mesuliyeti azalmış, esas sorumluluk özel sektöre yüklenmiştir (Sinha, 2014: 277).

Neoliberalizm piyasa ilişkilerinin güçlendirilip geliştirilmesine paralel toplumsal yararın da en üst seviyeye yükseleceğini iddia etmektedir. Bu anlamda toplumsal yarar sağlama adına insanların bütün eylemlerinin piyasaya müdahil olması gerektiği belirtilmektedir. Günümüzde teknolojinin ileri düzeyde gelişmesi, bilginin teknolojik aletler aracılığıyla depolanıp kullanılmasını beraberinde getirmiştir. Bu anlamda neoliberal politikalar bilgi kullanımında ve bireyleri yönlendirmede etkili birer araç olan bilgi teknolojisini küresel piyasaları yönlendirmede etkili birer araç olarak kullanmaktadır. Neoliberalizmin enformasyon teknolojilerine olan ilgisinin temelinde, küresel piyasaları yönlendirme ve alınan kararlara etki etme amacı yatmaktadır (Harvey, 2007: 11).

Neoliberalizm teorik temelleri öncesindeki yıllara dayanan uygulamada ise 1970'li yıllarda dünya siyasetinde yer edinmeye başlayan bir politik ekonomik sistemdir. Temel olarak liberalizmden etkilenip gelişen neoliberalizm, liberalizmden birçok açıdan farklılaşmaktadır. Neoliberalizm, ekonomik merkezli bir yaklaşımla ortaya çıkmış olmakla birlikte, sadece ekonomiyi değil toplumun bütün alanlarını kapsamına almakta ve bu alanları dönüştürmektedir. Bu anlamda sağlık, eğitim, politika, kültür, aile başta olmak üzere toplumun temel yapılarını oluşturan bütün kurumları kendi perspektifine göre dönüştürmektedir. Neoliberalizm insanların alışkanlıklarını, eylemlerini, düşünce dünyalarını etkileyerek adeta bireyi yeniden inşa edip yeni bir toplum oluşturmaktadır. Aynı zamanda neoliberal politikalar teknoloji ve teknolojik gelişmeler ile de yakından ilgilenmektedir. Özellikle günümüzde bilgiye ulaşmanın kolaylaşması, medya araçlarının aktif kullanımı ve kitlelere ulaşmada etkili teknolojik araçların kullanılması neoliberal politikalar açısından önemli avantajları getirmektedir. Nitekim bu alanlar küresel piyasaların yönlendirilmesinde önemli işlevleri gerçekleştirmektedirler.

Neoliberal politikalar küreselleşmenin de etkisiyle 1980'li yıllardan sonra neredeyse bütün dünyada etkili olmuş, ekonomik ve politik anlamda dünya siyasetinde etkilemiştir. Küreselleşme ve neoliberal politikaların etkisiyle ulus devletler küresel

siyasete eklemlenme sürecine girmiş ve ulus devlet ideolojisi bu süreçte birçok açıdan gerilemeye başlamıştır. Bu dönemde başta ekonomi politikaları olmak üzere sağlık, eğitim gibi temel kurumlar neoliberal politikalara göre dizayn edilmiş ve devletler küresel piyasalara uyumlu şekil almıştır. Neoliberal politikaların dünya siyasetinde etkili olmasında IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşların birinci derecede etkisi bulunmaktadır. Bu kuruluşlar gerek gelişmiş ve gerekse gelişmekte olan ülkelerde yapısal uyum programları, borç ve kredi ödemeleri gibi uygulamalarla bu ülkeleri neoliberal politikalara uyumlu biçime getirme siyasetini izlemişlerdir. Bu anlamda sağlık, eğitim, ulaşım, elektrik, su gibi önemli hizmet alanları bu politikalarla bağlantılı olarak aşamalı olarak özelleştirilmeye başlanmıştır (Gönç, 2017: 162).

Neoliberal politikaların gelişmiş kapitalist ülkeler ve uluslararası kuruluşlar tarafından benimsenip dünya siyasetinde konumlandırılmaya çalışılması Türkiye'yi de kapsamına almış ve özellikle 1980'li yıllardan sonra Türkiye'de bu anlamda önemli dönüşümler yaşanmasına neden olmuştur. Türkiye 1980'li yıllarda neoliberal politikalara eklemlenme sürecine girmiş ve devlet bünyesinde bulunan neredeyse bütün kurumları bu anlamda biçimlendirmeye başlamıştır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri alanı da diğer kamusal alanlarda olduğu gibi neoliberal politikalar doğrultusunda dönüştürülerek, özel sektörün aktif olduğu ve piyasa ilişkilerinin güdümünde şekillenen bir alana dönüşmüştür. Sağlık sektörü bünyesinde barındırdığı ciddi kâr potansiyeline sahip alanlar ile neoliberal politikalar için ciddi bir sektörü oluşturmaktadır. Sağlık, ilaç endüstrisi, tıp teknolojisi cihazları ve tedavi sürecinde kullanılan hastane masrafları, muayene ve tetkikte kullanılan uygulamalar ile ciddi bir piyasayı oluşturmaktadır. Bu anlamda sağlık hizmetleri, neoliberal politikalarla uyumlu kâr oranları yüksek, piyasa açısından önemli avantajlara sahip bir sektöre dönüştürülmüştür.

2. NEOLİBERALİZM VE SAĞLIK

Neoliberalizm, toplumun refah seviyesinin yükseltilmesinin temel çözümünü, insanların özgür girişimde bulunmasının maksimum seviyeye çıkarılmasında bulmaktadır. Özgür teşebbüsün oluşabilmesi için şahsi mülkiyet haklarının korunması, bireysel özgürlük, serbest piyasa gibi faktörleri esas alarak, oluşturulacak kurumsal düzenlemeler gerekli görülmektedir. Devletin bu süreçteki temel sorumluluğu serbest piyasanın ve özgür girişimciliğin oluşabilmesi için gerekli şartları oluşturmaktır. Bu anlamda mülkiyet haklarının korunması ve serbest piyasanın gelişimi gibi noktalarda devlet; ordu, polis, hukuk gibi aygıtları kullanarak, piyasa lehine düzenlemeler yapar.

Bu bağlamda piyasanın olmadığı eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi alanlarda gerekli görüldüğünde devlet piyasa oluşturmaktadır. Bu süreçte devlet, sorumluluklarının dışına çıkıp piyasa müdahalesinde bulunmamalıdır (Harvey, 2012: 68).

1980’li yıllara kadar devletler, sosyal devlet anlayışı ile politika geliştirerek, hizmet sunumunda devletin sorumluluk sahibi olduğu bir yaklaşım benimsenmiştir. Devlet sağlık, eğitim, elektrik, su gibi temel alanlarda asli bir sorumluluk üstlenerek hizmet sunumunu gerçekleştirmiştir. Fakat 1980’li yıllardan sonra uluslararası anlamda piyasaların önündeki engellerin kaldırılması, mal ve sermayenin küresel anlamdaki dolaşımını engelleyebilecek sınırların yok edilmesi, dünyada neoliberal politikaların hâkim olduğu yeni bir dönemi başlatmıştır. Bu dönemde devletler küresel piyasalarla uyumlu politika belirleyerek, piyasaya entegre olma amacıyla hareket etmişlerdir. Bu politikalar neticesinde devlet ekonomiden uzaklaşmış ve asli bir sorumluluk olarak görülen hizmet alanları piyasa dinamiklerine göre şekillenmeye başlamıştır. Bu bağlamda neoliberal politikalar, bilişim ve iletişim teknolojilerinin de gelişimi ile ciddi bir dinamizm kazanmış ve sermaye birikimi açısından yeni alanları oluşturma çabasında olmuştur. Bu anlamda sağlık alanı, sermaye birikimi noktasından önemli bir potansiyel olarak değerlendirilerek, bir endüstri biçimine getirilmeye başlanmıştır (Sönmez, 2012: 160).

Sağlık hizmetlerinin kâr ve sermaye ilişkileri üzerinden değerlendirilip, alınıp satılabilen bir metaya dönüştürülmesi 1980’li yıllara kadar hâkim olan sosyal devlet yaklaşımıyla sınırlandırılmıştır. Bu döneme kadar sağlık hizmeti temel insani bir hak olarak devlet sorumluluğunda yürütülmüştür. Sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasında önemli bir fonksiyona sahip olan ilaç sektörü de dâhil olmak üzere, sağlık hizmetlerinin tamamı bu dönemde devlet denetiminde şekillenmiştir. Sağlık hizmetlerini kamunun dışında, özel olarak sunulması uzun yıllar hekimlerin özel muayenehane açmaları biçiminde olmuştur. Fakat başta gelişmiş ülkeler olmak üzere, 1980’li yıllardan sonra dünya ülkelerinin büyük çoğunluğunda sağlık alanında özelleşmenin önü açılmıştır. Yaşanan bu değişimler sağlık hizmetlerini alınıp satılabilen bir sektör haline getirerek sağlık hizmetini metalaştırmıştır. Sağlık hizmetlerinde etkili olmaya başlayan özel hastane zincirleri, özel sigorta şirketleri, özel klinikler bu alanı bir endüstriye dönüştürmeye başlamıştır (Sönmez, 2017: 66).

Neoliberal politikalar temel olarak devlet sorumluluğunda yürütülen hizmetlerin özelleştirilmesi ve bu alanların piyasa ilişkilerine bırakılması biçiminde

şekillenmektedir. Bu politikalar başta ABD ve İngiltere’de uygulanmakla birlikte zamanla hâkimiyet alanını geliştirerek, dünya ülkelerinin büyük çoğunluğunda etkili olmaya başlamıştır. Neoliberalizmin dünya devletlerinde kabul görülmesinde Dünya Bankası (DB), Uluslararası Para fonu (IMF), Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) gibi uluslararası kuruluşlar oldukça etkili olmuştur. Neoliberal politikaları uygulamak istemeyen ülkeler, ekonomik yardıma ihtiyaç duymalarından ötürü, ifade ettiğimiz uluslararası kuruluşlardan maddi destek alarak, bu kuruluşların belirlediği programlar doğrultusunda düzenlemeler gerçekleştirip, neoliberal politikaları kabul etmek durumunda kalmışlardır. Nitekim küresel bir piyasanın oluşmasından ötürü devletler bu piyasalara eklenme durumunda kalmışlardır (Cansever ve Tüfekçi, 2020: 20).

DB ve IMF gibi uluslararası kuruluşların neoliberal politikaları bütün dünya devletlerinde uygulayabilme çabası hâkimiyetini oldukça arttırarak sermaye birikimini sağlama noktasında kamusal hizmetlerin neredeyse tamamını kapsamına almıştır. Bu bağlamda sağlık hizmeti de bu kapsamda yapılan düzenlemeler ile şekillenmiştir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi biçiminde şekillenen neoliberal politikalar, bu hizmet alanını uluslararası kuruluşların da etkisiyle ticarileştirmiş ve adeta endüstriyel bir alana dönüştürmüştür. Türkiye’de de 1980’li yıllardan sonra başlayan bu süreç 2000’li yıllardan sonra Dünya Bankası destekli Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hayata geçirilmesi bu sürece ivme kazandırmıştır. Bu süreçten sonra özel hastane sayısında ciddi artışlar yaşanmış ve sağlıkta özel kesimin hâkimiyet alanı gittikçe genişlemiştir (Sönmez, 2017: 67). Neoliberal politikaların uygulanmaya başlamasıyla birlikte sağlık hizmetlerinde kâr temelli şekillenen bir yaklaşım hâkim olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün, Dünya Bankası ve IMF gibi kuruluşların güdümünde hareket etmesi, sağlıkta kâr temelli yaklaşımın gelişmesine etki eden bir diğer önemli faktördür. Neoliberal politikaların özellikle 1990’lı yıllarda etkinliğini arttırmaya başlaması sağlık hizmetine erişimi olumsuz etkileyerek, sağlıkta eşitsizliği gittikçe derinleştirmiştir. Toplumların sağlık hizmetine olan ihtiyacı ile sağlıkta özelleşmenin paralel gelişimi söz konusu eşitsizliğin yükselmesinde önemli bir temeli oluşturmaktadır (Akalin, 2015: 15).

Sağlıkta özelleşmenin artmasına paralel toplumda dezavantajlı durumda olan insanların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını ciddi biçimde düşürmektedir. Özel sağlık hizmetlerinde, sağlık hizmetinden yararlanabilme hastalık ya da ihtiyaca göre değil, ekonomik güç ile şekillenen bir süreç olmasından ötürü temelinde önemli bir eşitsizliği doğurmaktadır (Belek, 2004: 23). Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmede

yaşanan eşitsizlik şüphesiz özel hastanelerin ve özel sağlık anlayışının artmasıyla ilişkili bir süreçtir. Fakat aynı zamanda neoliberal politikaların uygulanmasına paralel sosyal, ekonomik, kültürel, sınıfsal faktörlerde giderek artan eşitsizlikler de toplumun sağlık durumunu etkilemektedir. Toplumsal gruplar arasında gittikçe artan ekonomik ve sosyal farklar, sağlık alanındaki eşitsizliğin sadece sağlığa erişim noktasında değil, toplumun sağlık durumunda belirleyici olan ekonomik ve sosyal faktörlerle de ilişkili bir süreç olduğunu göstermektedir (Demirel ve Akın, 2014: 238). Neoliberal politikaların etkisiyle hem toplumsal ve sosyal yapı hem de sağlık hizmetleri alanı kâr ve piyasa ilişkileri üzerinden şekillenerek bünyesinde ciddi toplumsal eşitsizliklere kaynaklık etmektedir. Bu bağlamda toplumsal kesimler arasındaki sınıfsal farklılıkların ve eşitsizliklerin artması, dezavantajlı kesimlerin gerek sağlık durumlarını ve gerekse sağlığa erişimlerini olumsuz etkileyerek sağlıkta eşitsizliği doğurmaktadır (Şimşek ve Kılıç, 2012: 117).

Neoliberal politikaların uygulanmasına paralel küresel anlamda eşitsizliğin gittikçe derinleştiği gözlemlenmektedir. Bu anlamda neoliberalizmin ciddi biçimde uygulama bulduğu ABD ve İngiltere eşitsizlik meselesinin yaygın yaşandığı ülkeler olarak örnek verilmektedir. Ayrıca bu dönemde zengin ve fakir ülkeler arasındaki farkın gittikçe açılması da gözlemlenen ayrı bir gerçekliktir. Devletler ya da toplumsal kesimler arasındaki eşitsizliğin artması sağlık durumunu da doğrudan etkilemektedir. Bu anlamda toplumun yoksul kesiminde enfeksiyon, stres, beslenme yetersizliği, işsizlik, geçim sıkıntısı gibi birçok neden hastalıkların yaşanmasına zemin oluşturmaktadır. Dolayısıyla toplumun sosyo-ekonomik durumu ile sağlık durumu arasında doğrudan bir ilişki söz konusudur (Leys, 2010: 22). Neoliberal politikaların uygulanmasıyla gittikçe tırmanan toplumsal eşitsizlikler, toplumun sağlık durumunu ve sağlığa erişim sürecini ciddi şekilde etkilemektedir. Sağlıkta özel sektörün rolünün artması yaşanan eşitsizliği gittikçe derinleştirmiştir. Nitekim sosyo-ekonomik standartların etkilemiş olduğu sağlık durumu, özel hastaneler ve özel sağlık hizmetlerinin parasal ilişkileri ön plana çıkaran yaklaşımlarından ötürü, ekonomik durumu düşük olan kesimlerin sağlık hizmetlerine erişememesine neden olmuştur. Bu durum özellikle sağlık hizmetleri alanında önemli eşitsizliklerin yaşanmasına neden olmaktadır.

Neoliberal politikalarla ivme kazanan özel sağlık hizmeti, devletlerin desteklediği bir alan olmuştur. Devletlerin sosyal sigorta fonu gibi kaynaklarla, ilaç firmaları ve özel hastaneleri desteklemesi, sağlık harcamalarında da yıllara göre ciddi

artışların yaşanmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin ticari bir boyut kazanması hızla genişlemeye ve farklı yöntemlerle sektör büyütülmeye çalışılmaktadır. Bu anlamda sosyo-ekonomik nedenlerle insanların sağlık durumlarının bozulmasının yanında, sağlık sektöründe kâr amaçlı bulunan şirketlerin, ilaç ve tedavi kurumlarının, sağlıkta tüketimi geliştirebilecek faaliyetlerde bulunmaları, medya gibi aygıtlarla harcamaları geliştirme çabaları günümüzde oldukça etkili olabilmektedir (Sönmez, 2017: 17-18).

Sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyacın artmasına paralel, medya sağlık ile ilgili olarak bilgi edinme noktasında önemli bir kaynak olarak tercih edilmektedir. Bireyler sağlıkları ile ilgili olarak medya araçlarını, internet ve teknolojik imkânları aktif bir şekilde kullanmaktadır. İnsanlar bu kaynaklardan edindikleri bilgilerle kendileri ile ilgili teşhiste bulunup tedavi geliştiren, sağlık hizmetleriyle ilgili alternatif ve imkânları değerlendirerek, uygun gördüğü sağlık hizmetini satın alan bir tüketici gibi rol oynamaktadırlar. Günümüzde hastaların bir müşteri ya da tüketici pozisyonunda görülmesi, sağlık sektörü ile birlikte, medya ve birçok ticari işletmenin istifade edebildiği ciddi bir piyasayı oluşturmuştur. Bu anlamda medya bireye sağlıklı olma durumunu nasıl koruyacağını, hangi hizmeti satın alması gerektiğini gün geçtikçe artan oranlarda sunmaktadır. Günümüzde medyanın sağlık ve hastalığa ayırdığı yer geçmişte görülmemiş seviyelerdedir (Sezgin, 2011: 53). Sağlığın medyadaki sunumu, haber bültenleri, sağlıkla ilgili programlar, gazete ve dergiler, internet ve dizi gibi birçok faktör aracılığıyla yapılmaktadır. Ayrıca medya da sunulan ürünlerin sağlık ve hastalık kavramları üzerinden tanıtılması, pazarlama iletişimde sağlık ve hastalık kavramlarının ticari birer unsur olarak kullanıldığını göstermektedir. Bu bağlamda günümüzde medyada sağlığın sunumu, tüketimi artırıcı bir formatta sunulurken, sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi sürecinde önemli bir rol oynamaktadır (Can, 2019: 183-184).

Medyada sunulan sağlık haberleri ilgi çekici konular üzerine yoğunlaşarak, ürün satma ve tüketimi geliştirmeyi hedeflemektedir. Özellikle yaşlanmanın geciktirilmesi, zayıf ve fit beden, güzel görünme gibi vurgularla medya, insanların yüksek harcamalar yapmasını sağlamaktadır. Örneğin Türkiye’de ciddi miktarlarda paraların harcandığı vitamin, mineral, balık yağları vb. ürünler yaşlanmayı geciktirdiği iddiasıyla medyada sunulmaktadır. Fakat bu ürünlerin yaşlanmayı geciktirdiğine ilişkin bilimsel anlamda hiçbir kanıt yoktur. Zayıf ve güzel görünme profili mankenler aracılığıyla medyada sunulurken, güzel görünmek için harcama yapılması gerektiği bir şekilde izleyiciye

hissettirilir. Bu anlamda sağlıklı yaşama, güzel görünme, uzun yaşama kavramları günümüzde birçok sektöründe barındıran, ciddi bir endüstriye dönüşmüş durumdadır (Gültüvin Gür, 2009: 80-81).

Sağlık haberlerinin medyadaki sunumunun yönlendirmeye açık olması, haberlerin güven problemi taşıması, pazarlama ve reklam amacı taşıması gibi nedenlerden ötürü problemlili görülmektedir (Can, 2009: 185). Medyadaki sağlık haberlerinin büyük çoğunluğu sağlık kavramını bir medya ürünü gibi sunmaktadır. Sağlık ile ilgili bilgi verme sürecinde medya, bireye de biçim verme amacını taşımaktadır. Birey medya aracılığıyla edindiği bilgilenme ile şahsi çıkarlarını maksimum düzeyde amaçlamaktadır. Bu anlamda neoliberal yaklaşımın amaçladığı “bireyci” yaklaşım medya aracılığıyla sunulmakta ve her birey üretim ilişkilerinin içinde bir başına kendisini konumlandırmaktadır (Yücesan Özdemir ve Özdemir: 2006: 34).

Sağlık hizmetlerinin alınıp satılabilen bir metaya dönüştürülmesi, günlük yaşamın tıbbileştirilmesi ile daha fazla etkinlik kazanmaktadır (Kurttaş, 2017: 993). Tıbbileştirme ya da medikalasyon olarak ifade edilen kavram; öncesindeki süreçlerde tıbbin kapsamına girmeyen konuların, tıbbi kapsama alınması olarak tanımlanmaktadır (Gönç Şavran, 2010: 38). Tıbbileştirme kavramı ile geçmişte doğal ve normal kabul edilen durumlar, günümüzde hastalık biçiminde görülerek, tıbbi kapsama alınıp tedavi edilmeye çalışılmaktadır (Bauman, 2019: 125).

Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesine paralel tıbbileştirme kavramı da etkinliğini gittikçe artırmaktadır. Özellikle 2000’li yıllardan sonra neoliberal politikaların yükselişe geçmesi, ilaç endüstrisinin önemli bir ivme kazanması gibi faktörler, tıbbileştirme kavramının da yaşamın birçok yönünü kapsamına almasına neden olmuştur. Tıp teknolojisinde yaşanan gelişmeler ve tüketim alışkanlığının da etkisi ile günümüzde tıp sadece hastalıkla değil, kapsamını geliştirerek gündelik hayatın birçok doğal faktörünü de kapsamına almıştır (Can, 2019: 88). Bu bağlamda önceden tıbbi kapsamda olamayan alkolizm, hiperaktivite, anoreksiya, kronik yorgunluk sendromu, travma sonrası stres hastalığı, panik atak, fetal alkol sendromu vb. durumlar günümüzde tıbbi kapsama alınarak, tedavi edilmesi gereken birer hastalık olarak tanımlanmaktadır (Kurttaş, 2017: 986). Yaşanan bu süreçler insanları sağlıklı yaşam adına sağlık kurumları, ilaç sektörü gibi alanlara yönlendirilerek, sağlık tüketimi kısıktılmaya çalışılmaktadır.

Gündelik yaşamın birçok yönünü kapsamına alan tıbbileştirme kavramı, aynı zamanda sağlıklı yaşama düşüncesini de yeniden üreterek, sağlıkla ilintili olan veya olmayan meseleler sağlıkla ilişkilendirilmektedir. Bu bağlamda sağlık, önemsenen ve ciddiye alınan bir konu olmasından ötürü bu konuda insanlar tüketim yapmaktan çekinmemektedirler (Kurttaş, 2017: 993). Sağlıklı yaşam algısı gelişen sağlık endüstrisi ile paralel şekillenmektedir. Bu bağlamda bitkisel ilaçlar, diyetler, cinsellikle ilgili ürünler, yaşlılıkla ilgili ürünler, kişisel bakım ürünleri vb. birçok alanı kapsamına alarak özellikle ilaç endüstrisinde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlığın büyük bir fazilet olarak görüldüğü günümüzde, sadece hastalık olduğunda değil, sağlıklı olduğunda da sağlığını korumak ve ideal sağlık standartlarına erişmek için sağlık kurumlarına ve ilaç sektörüne olan talep yükselmektedir. Sağlıklı yaşam büyük bir erdem olarak görülmektedir. Bu algıya paralel tıp, insanların daha fazla sağlıklı olmasını bir vaat olarak sürekli sunmaktadır. Bu bağlamda bireylerin sağlıklarını korumaları adına erken teşhisin önemli bir durum olduğu belirtilmektedir. Bunun için birçok yüksek maliyetli testin, belli aralıklarla düzenli bir şekilde yapılması gerektiği, periyodik kontrollerle bedenin sürekli gözlem altında tutulması gerektiği, sağlığını korumak için ek ya da destek amaçlı birçok ilacın alınması gerektiği belirtilerek, sağlıklı olma adına harcama yapmaktan çekinilmemesi gerektiği ısrarla vurgulanmaktadır (Açıkgöz, 2021: 40-41).

Günümüzde sağlık hizmeti piyasa mantığı içinde (kâr zarar hesabıyla) alınıp satılabilen bir mal olarak değerlendirilmektedir. Sağlık piyasası günümüzde silah piyasasından sonra en fazla kâr getiren bir alandır. Bu bağlamda tıp, kapitalist ilişkiler kapsamında değerlendirilerek, üretim sürecinin bir parçası olarak görülmektedir. Sağlık alanında ilaç ve tıbbi ürünlerin üretim ve satışını yapan firmalar, günümüzde sağlık ve hastalıkla ilişkili olan neredeyse her şeyi tekellerine alarak, sağlığı alınıp satılabilen bir meta haline getirmişlerdir. Sağlığın tüketim kültürünün bir parçası olması, sağlık hizmetini satılabilen bir ürüne, bireyleri de alış veriş yapabilecek müşteri ya da tüketiciye dönüştürmüştür. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin bireyselleştirilmesi de sağlık tüketiminin oluşmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda birey kendi sağlığını korumak ya da hastalığına çözüm bulmak için sağlık hizmetini satın alan bir tüketici olarak, sağlık piyasasında hizmet satın almaktadır (Kurttaş, 2016: 6).

Sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasında önemli bir yeri olan ve dünya genelinde ciddi bir piyasaya sahip olan alanların başında ilaç sektörü gelmektedir. Sağlık sektöründe tekelleşmiş ilaç şirketleri, günümüzde sağlık ve hastalıkla ilgili konuları

yönlendirebilecek potansiyeli taşımaktadır. Bu anlamda ilaç endüstrisi sağlık sektörünün motor gücü olarak ifade edilebilir. Günümüzde ilaç endüstrisi ve buna paralel ilaç tüketimi hızlı bir şekilde yükselmektedir. Yüksek kâr getirisi olan ilaç sektörü, günümüzde diğer üretim alanlarının neredeyse tamamını geride bırakacak büyüklüğe sahip olduğu belirtilmektedir (IIIich, 2011: 51). Dünyada ilaç pazarının büyüklüğü, İşverenler Sendikası verilerine göre 2016 yılında 1,1 trilyon dolar olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ilaç endüstrisinin hızlı bir şekilde gelişmesi göz önüne alındığında bu sayı her geçen yıl katlanmaktadır. ABD %43 oranındaki ilaç sektörü ile dünyanın en büyük ilaç pazarına sahiptir. ABD'den sonra sırasıyla; Çin, Japonya, Almanya ve Fransa dünya ilaç pazarında en büyük oranlara sahiptirler (KPMG, 2018: 5-6).

İlaç endüstrisinde ilaç üretiminin birincil hedefi kâr etmektir. Bu durum hangi alandaki ilaç üretimine yoğunlaşacağına da etkili olabilmektedir. Bu bağlamda kâr getirisi en fazla olan ilaçların üretilip dağıtıldığı belirtilmektedir. Kâr getirisi yüksek olan ilaçlar gelişmiş, zengin ülkelerde tüketilirken, fakir ülkelerde ihtiyaç duyulan ve kâr getirisi düşük olan ilaçlar ya üretilmez ya da çok az miktarlarda üretimi yapılmaktadır. Afrika gibi fakir ülkelerde günümüz dünyasında bulunmayan sıtma gibi pek çok hastalık bulunmaktadır. Fakat bu hastalıklar yoksul ülkelerde bulunduğu için bu hastalıklarla ilgili ilaçların maliyetinin fazla olabileceği ve dolayısıyla kâr getiremeyeceği endişesiyle ilaç şirketlerince üretim yapılmamaktadır (Açıkgöz, 2021: 154-155).

İlaç piyasasında temel hedef üretilen ilacın satışını yapmak ve bundan kâr elde edebilmektedir. Bundan kaynaklı hastaları tamamen iyileştiren ve ilaç talebini düşüren ilaçlarda üretime yanaşılmamaktadır. İlaç sektöründe en büyük pazara sahip olan başta ABD olmak üzere, ilaç piyasasında insan sağlığı ve iyiliğinden ziyade temel hedef “iş yapmak” üzerine kuruludur. Bu anlamda ilaç şirketleri hastaları tam iyileştiren ve bir daha tüketilmesi gerekmeyen ilaçların yerine, daha çok kronik hastalarda kullanılabilir “ne tam iyileştiren ne de tam öldüren” ilaç üretimine odaklanılmaktadır. Nadir bulunan hastalıklarda kullanılabilir ilaçların ABD’de çıkarılan “öksüz ilaç yasası” adı altında üretimi hedeflenmiştir. Fakat bu ilaçlarda da yüksek kârlar hedeflenmiş, sistemi değiştirmekten ziyade, piyasada çok yüksek fiyatlara satış yapılarak, daha fazla kâr hedeflenmiştir (Korkmaz, 2020).

İlaçlara olan ihtiyacın canlı tutulması ve ilaç tüketiminin sürekliliği için ilaç şirketleri birçok girişimde bulunmaktadır. “Araştırmaların finanse edilmesinden,

bilimsel yayınların basımına FDA(Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) onayının alınmasından halk sağlığı tedavi protokollerine, ürün etiketlerinden tıp konferanslarının bilimsel programlarına ve tıp okullarındaki, eğitime kadar, tıbbi bilgi zincirini oluşturan her halka planlı ikna kampanyalarının bombardımanı altında bugün” (Applbaum, 2010: 102). İlaç üretim sürecinin sadece insan tedavisini hedefleyen, objektif bir yaklaşımla sürdürülmediği belirtilmektedir. Bu anlamda ilaç üretim sürecinde yapılan araştırmaların büyük çoğunluğu gizli yürütülmekte ve yayınlanan araştırma sonuçlarında ise rakip ilaçları kötüleyen, kendi ilacının iyi olduğunu iddia eden yaklaşımlar ön plana çıkmaktadır. Öte yandan ilaçların piyasaya sunulması için onay süreci de oldukça basit işlemektedir. FDA(Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) gibi denetleyici kurumlar olmasına rağmen, bir ilaçtan onay alınabilmesi için yapılan iki olumlu deney sonucunu göstermek yeterli olmaktadır. Örneğin; 998 kişide işe yaramayan fakat iki kişide olumlu sonuç veren bir ilacın muhtemelen onay alacağı belirtilmektedir (Açıkgöz, 2021: 156-157). 2008 yılında New York Times gazetesinde yayınlanan bir habere göre pediatri uzmanlarına göre yetişkinlik evresinde yaşanabilecek kalp hastalıklarının önlenmesi için bu anlamda gerekli taramaların yapılması ve muhtemel hastalıkları önleyici ilaçların kullanılması gerektiği belirtilerek, bu işlemlerin kullanılabilme yaşının sekize indirilmesi gerektiğini belirtilmiştir (Can, 2019: 99). Çocuklarda kullanılması ön görülen bu ilaçların ileriki süreçlerde nasıl olumsuz sonuçlar doğurabileceği kestirilmeden, birçok çocukta bu ilaçlar kullanılmaktadır (Applbaum, 2010: 113).

Küresel anlamda örgütlenmiş ilaç şirketleri, tüketimi kısırtma adına günümüzdeki bütün imkânları kullanabilmektedir. Bu anlamda medya, teknolojik imkânlar vb. bütün faktörler bu süreçte aktif rol oynamaktadır. Ayrıca yukarıda ifade edilen sağlığın tıbbileştirilmesi, sağlıklı yaşam kavramları da ilaç tüketiminin oluşmasında oldukça etkili olabilmektedirler. Tekelleşmiş ilaç şirketleri bütün dünyada olduğu gibi Türkiye ilaç pazarında da oldukça etkili durumdadır. Dünya ilaç pazarının %50’sini tekelinde tutan ilk 20 ilaç firmasının Türkiye pazarındaki payı ise %73.95 oranındadır. Ayrıca ilaç şirketlerinin birleşmesi ile bu oranlar gittikçe yükselmektedir. Örneği; Sanofi-Aventis şirketlerinin birleşmesi Türkiye ilaç pazarında ikinci sıraya, Cilon- Sandoz şirketlerinin birleşmesi ise Türkiye pazarında birinci sıraya yükselmesini sağlamıştır (Şahin: 2007).

Neoliberal politikalarla paralel gelişen sağlıkta ticari yaklaşımın etkisi en somut şekliyle özel sağlık kurumlarında görülmekle birlikte, aynı zamanda gelişen ilaç endüstrisinin yapısı ve işleyişi, ilaç üretim ve tüketiminin yükselmesi de bu politikalara bağlı gelişme göstermektedir. Bu bağlamda yeni hastalık şekillerinin çıkması, cerrahi operasyon ve tedavilerin bazı bölgelerde yoğun yapılması, özel sağlık sigortalarına yönlendirmelerin artması, özel hastane sayılarının ciddi bir şekilde yükselmesi gibi birçok faktörle ilişkili sağlıkta ticari yaklaşımın etkisi gözlemlenmektedir (Turancı ve Bulut, 2016: 44).

Neoliberal politikaların benimsenmesine paralel ticari ilişkilerin hâkim olduğu sağlık hizmetlerinde, aynı veya birbirine yakın hastalıklarda birçok farklı tedavi şekli uygulanmaktadır (Deppe, 2010: 46). Bazı hastalık ve tedavi yöntemlerinin bazı toplumlarda daha yoğun görülmesi o toplumların sosyal ve ekonomik durumları ile ilişkili olduğu değerlendirilirken aynı zamanda devletlerin sağlık politikaları ve sağlıkta ticari yaklaşımın bir sonucu olarak ta değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin bir ticaret alanına dönüştürülmesiyle paralel bazı ülkelerde belirli ameliyatlara sıklığında da ciddi artışlar gözlemlenmiştir (Turnacı ve Bulut, 2016: 43).

Kültürel ve ekonomik anlamda birbirine yakın niteliklere sahip olan ülkelerde yapılan araştırmalara göre ABD’li doktorlar İsveçli meslektaşlarına göre 2,5 kat daha fazla rahim alma ameliyatı ve iki kat daha fazla sezaryenle doğum yöntemine başvurduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda ABD’li doktorların Kanadalı doktorlara göre 4,4 kat daha fazla baypas ameliyatı yaptığı ortaya çıkmıştır. Yine Amerika Tıp Birliği’nin ikinci safha prostat büyümesine ilişkin yaptığı bir araştırmada ürologlara transüretal prostat rezeksiyonu (prostatın kapalı ameliyat yöntemi ile kesilerek dışarı çıkarılması) ameliyatını kendileri için tercih edip etmeyeceğine ilişkin soruya, sadece %40,5’i tercih edebileceğini belirtmiş. Ancak aynı ameliyat toplumun genelinde %80 oranında uygulanmaktaydı. Aynı zamanda başka ülkelerde de bu anlamlı karşılaştırmalara benzer uygulamalar söz konusu olmuştur. Bu anlamda Almanya’da kendilerine ait röntgen cihazı olan dâhilye uzmanları, olmayanlara kıyasla 3-4 kat daha fazla röntgen çektiği ortaya çıkmıştır. Çekilen bu röntgenlerin üçte birinden fazlasının gerekli olmadığı tespit edilmiştir. Yine Hollanda’da yapılan araştırmalara göre diz eklemi artroskopileri (eklemlerde açılan küçük deliklerle görüntüleme cihazları kullanılıp emaliyat edilmesi) araştırıldığında uygulanan müdahalelerin %78’inin gereksiz olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda yapılan araştırmalar neticesinde sağlık

hizmetlerinde para, rekabet vb. olguların var olması verilen tıbbi kararların da şekil almasına neden olmaktadır (Deppe, 2010: 46-47). Sağlık hizmetlerinde uygulanan neoliberal politikalar ve sağlıkta ticari yaklaşımın bir sonucu olarak ameliyat başı para alma, performansa dayalı ek ücretler, özel hastanelerin kâr temelli yaklaşımları sağlık hizmetlerini asıl işlevinden uzaklaştırıp, ticari bir alana dönüştürmektedir.

Monthly Review dergisinin 2005 Ocak sayısında “Toplumsal Tıp Nedir” adlı bir makale yayınlayan M.R. Anderson, L. Simth ve V.W. Sidel sağlık hizmetlerinin özeld ABD olmak üzere, dünyada nasıl bir gidişatta ilerlediğini ve sağlıkta giderek gelişen ticari yaklaşımın nasıl bir boyut kazandığını gözler önüne sermektedir (Sönmez, 2013: 23). Yayınlanan makalede sağlık hizmetlerine yönelik şu ifadeler yer verilmektedir;

“Son 20 yıl, şirketlerin sağlık alanına hızlı bir şekilde girip alanı kendi çıkarlarına göre dönüştürülmelerine tanık oldu. ABD’de nüfusun tamamının sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlayacak bir sistem geliştirmek yerine, sağlık hizmetlerine erişebilmek gitgide sigorta şirketlerinin belirlediği bir sermayeye dönüşüyor. Artık hastalara “müşteri”, hastane hizmetlerine de üretim hattı olarak bakılıyor. Klinik araştırmalarının çoğu artık Ulusal Sağlık Kurumu’nun değil ilaç endüstrisinde finanse ediliyor. Önde gelen akademisyenlerin maaşları ilaç şirketlerince ödeniyor ve araştırma gündemini şirketler belirliyor. Hekimler ve hastalar, şifa gücü şüpheli pahalı ilaçları tükettirmeye yönelik (çoğu kez eğitim süsü verilmiş) yoğun ve incelikli reklam kampanyalarına maruz kalıyor.” (Anderson vd., 2005’den akt. Sönmez, 2013: 23).

ABD özelinde yapılan değerlendirmeler dünya sağlık sistemi ve sağlık politikaları açısından anlamlıdır. Nitekim ABD teknolojik alt yapısı, ilaç sektörü, tıbbi cihaz sektörü gibi alanlarda dünya piyasasında öncü olan şirketlere sahiptir. Aynı zamanda ABD’nin öncülük ettiği ve dünya devletlerinin büyük çoğunluğunda uygulanan neoliberal politikalar, sağlık sektörüne yön verici durumdadır (Karafazlı, 2013: 30).

ABD örneği üzerinden yukarıda ifade edilen araştırmaya benzer araştırmalar Türkiye’de de yapılmış ve benzer sonuçlarla karşılaşmıştır. Sağlık Emekçileri Sendikası tarafından, Sağlık Bakanlığı verileri baz alınarak yapılan bir araştırmada, performansa dayalı sistemin ameliyat sayılarında ciddi bir artışa neden olduğunu ortaya çıkarmıştır. Performans sistemi hasta ya da ameliyat başı ek ücret alma biçiminde

olmaktadır. Türkiye’de 2004 yılında başlayan bu sistem ile devlet hastanelerinde de sağlık hizmetinin para ilişkileri üzerinden şekillendiğini ve dolayısıyla neoliberal politikaların devlet hastanelerinde de birçok açıdan etkili olduğunu gözler önüne sermektedir. Yapılan araştırmada 2002 yılında 1,5 milyon cerrahi operasyon yapılmışken, 2009 yılında bu sayı üç kat artarak 4,5 milyona yükselmiştir (Haber Türk, 2011). Ayrıca performans sistemi ile birlikte kamu hastanelerinde hasta yoğunluğunda da ciddi bir artış yaşanmıştır. Önceki yıllarda hasta yoğunluğu artışı %2-4 yaşanırken, performans sistemi ile birlikte 2004 yılında %32, 2005 yılında ise %81 oranında hasta artışı yaşanmıştır. Bu artışların temel sebebinin ise bir kere hastaneye gidildikten sonra yeni tetkikler için hastanın tekrar çağrılmasından kaynaklı olduğu ifade edilmektedir. Bu süreçte sezaryen ile doğum oranı %45,2 artış göstermiştir. Yine bu süreçte ilaç tüketiminin 750 milyondan 1,5 milyar kutuya yükselmesi de dikkat çekicidir (Hürriyet Gazetesi, 2011).

Performans sistemine yönelik olarak Türk Tabipler Birliği’nin 2009 yılında yaptığı bir araştırmada etik olmayan uygulamaların arttığı belirtilmiştir. Her hastaya ayrılan muayene süresinin azaldığı ve uygulama hatalarının arttığı da araştırmada ifade edilmiştir. Bu anlamda hekimlerle yapılan araştırmada hekimlerin %67,3’ü hasta başına düşen muayene süresinin azaldığını, %70’i etik olmayan uygulamalarda artış olduğunu belirtmiştir. Aynı araştırmada hekimlerin %63,3 performans sisteminden dolayı verilen sağlık hizmetinin niteliğinin düştüğünü ifade etmiştir (TTP, 2009: 36). Yukarıda belirtilen verilerde de görüldüğü gibi neoliberal politikalar ve sağlığın ticarileşmesi sadece özel sağlık kuruluşlarıyla sınırlı olmayıp, kamu sağlık kuruluşlarında da birçok açıdan etkili olmaktadır. Devlet hastanelerinde uygulanan performans sistemi, ilaç ve tıbbi cihaz tedarikinin şirketler aracılığıyla sağlanması, yemek, temizlik vb. hizmetlerin özel firmalar veya özel yatırımcılar tarafından sağlanması, devlet hastanelerinin de ciddi bir sektör haline geldiğini göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinin kamu eliyle yürütülme oranı neoliberal politikalar ile paralel ciddi bir gerileyişinin içine girmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmeti ABD ve Meksika’da %45, İsrail ve Güney Kore’de %55, Yunanistan’da %60, Türkiye’de %68 oranında kamu eliyle yürütülmektedir. Bu oran İngiltere, Japonya ve İsveç’te %80 civarlarındadır. Fakat bu oranlar tedavilerin devlet hastanelerinde yapıldığını göstermemektedir. Devletler tedavi ve hizmet alıcısı olarak rol oynarken, tedavi ve ilaç satışının yapılmasında özel sektör ön plana çıkmaktadır. Bu anlamda bir devlette kamu

sağlık harcamalarının oranlarının artması, sosyal devlet anlayışının benimsendiği anlamına gelmemektedir. Bu süreçte kamu, işin finans boyutunu üstlenmektedir. Hizmet tedarikinde ise özel kuruluşlar ön plana çıkmaktadır. Nitekim günümüzde özel hastaneler, gerek sağlık hizmetini satın alan hastalara ve özel sigorta şirketlerine ve gerekse de sağlık hizmetini satın alan devlete “hizmet sunan” kurumlar olarak önemli bir sektör biçiminde gelişmektedirler (Sönmez, 2017: 20-23).

Neoliberal politikalar başta sağlık hizmeti olmak üzere, devletin kamusal alanlardan aşamalı olarak çekilerek bu alanları özelleştirmesi olarak ifade edilmektedir. Fakat bu ifade neoliberal politikaların kapsamı açısından daraltıcıdır. Nitekim özel sağlık sektöründe etkili olan ticari mantık ve kapitalist ilişkiler devlet hastanelerinde de oldukça etkili olmaktadır. Kamuya ait sağlık hizmetleri kâr ve artı değer oluşturma hesabıyla şekillenmekte olup, özel sektör ile arasındaki farklar gittikçe daralmaktadır (Zencir, 2012: 50). Kamu hastanelerinde neoliberal politikaların bir yansıması olarak performans sistemi, ilaç ve tıbbi cihaz tedariki gibi uygulamalar ön plana çıkmakla birlikte, dışarıdan taşeronlaştırma yöntemi ile hizmet satın alama da önemli bir sektörü oluşturmaktadır. Bu bağlamda temizlik, yemek, güvenlik vb. alanlar özel sektör aracılığıyla yürütülmektedir. Aynı zamanda bunların dışında özel hastaneler ve özel sağlık kuruluşlarıyla yapılan anlaşmalar neticesinde buralardaki hizmetler de satın alınabilmektedir. Bu yöntem ile hastalar özel sağlık kuruluşlarına yönlendirilerek, daha çok manyetik rezonans (MR) görüntüleme, bilgisayarlı tomografi gibi alanlara yoğunlaşmak suretiyle, her hastaneden minimum bir hizmet dışardan satın alınmaktadır (Etiler, 2011: 6). Yine SGK ile anlaşma yapan özel hastanelere, hizmet karşılığı SGK tarafından ödenerek vatandaşların yararlanması sağlanmaktadır. Bu yöntemde özel hastaneler SGK’ den aldıkları ücretin dışında, vatandaşlardan %30-%90 civarlarında ek ücret tahsil edilmektedir (Karafazlı, 2013: 54).

Kamu hizmetlerinin piyasa dinamiklerine göre şekil alması, piyasa işleyişindeki mekanizmalara benzer bir işleyişin uygulanması ile belirginleşmektedir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 34). Öncelikle temizlik, yemek, otelcilik hizmetleri, çamaşırhane gibi alanlarda başlayan, sonrasında klinik hizmetlere kadar ulaşan taşeronlaşma sistemi kamu sağlık hizmeti içinde bir iç pazar olarak genişlemiştir (Hermann, 2010: 154). Taşeronlaşma sürecinin uzun dönemli şekli, kamu özel ortaklığı olarak tanımlanan yöntem ile neticelenmektedir. Bu yöntem Sağlıkta Dönüşüm programlarının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Özellikle son dönemlerde dünya devletlerinde kamu özel

ortaklığı modelinin uygulanabilmesi için teknik, siyasi, ideolojik vb. engelleri oradan kaldırmaya yönelik stratejiler oluşturulmaktadır (Güzelsarı, 2012: 154).

Sağlık hizmetlerinde neoliberal politikaların uygulanmasına imkân tanıyan kamu özel ortaklığı önemli bir yöntemdir. Bu yöntem, herhangi bir sektörde kamu ve özel aktörlerin işbirliği yapıp, birlikte hareket etmesi anlamına gelmektedir. Bu modelin sağlık alanına yansımaları gerek dünyada gerekse Türkiye’de oldukça etkili olmaya başlamıştır. Bu yöntem ile kamu, özel sektörden hizmet satın alabildiği gibi bir kamu hizmeti için gerekli olan bina veya yapının yapılması ve yapıldıktan sonra 25-50 yıllığına yapılan anlaşmalar ile işletilmesi anlamına da gelmektedir (Belek, 2014: 80-81). Kamu özel ortaklık modelleriyle, günümüzde sağlık harcamalarının yüksek seviyelere çıkması gibi sorunların üstesinden gelmek amaçlı, özel sektör aktif olarak kullanılmaktadır. Bu modelde riskler devlet ve özel kesim arasında paylaşılır. Bu işbirliğinde doğrudan hasta hizmeti devlet tarafından sağlanırken, ekipman ve malzeme sağlama gibi işlemler özel yatırımcı tarafından sağlanmaktadır (Ayhan ve Önder, 2018: 113). Sağlık alanında kamu özel ortaklık modeli, doğrudan ya da tamamen bir özelleştirme modeli olmasa da, özel yatırımcıların desteklediği ve aktif rol oynadığı bir yöntemdir. Dolayısıyla bu yöntemle neoliberal politikalar etkili olmakta ve sağlık hizmeti bir işletme yöntemi ile sürdürülmektedir. Sağlıkta ticari yaklaşımın bir sonucu olarak devlet hastaneleri, kamu özel ortaklıkları, özel hastaneler, ilaç şirketleri, hastane binasını yapan inşaat firmaları, tıbbi ilaçları ve teknoloji cihazlarını üreten fabrikalar vb. bütün aktörler, sağlık hizmetini üreten bir fabrikanın farklı alanları gibi rol oynamaktadırlar (Canıvar, 2018).

Sağlık hizmetlerinde neoliberal politikaların yansımaları sadece özel sağlık kurumlarıyla sınırlı olmayıp, kamu sağlık hizmetlerinde de birçok açıdan etkili olmaktadır. Bu anlamda hem kamu hastanelerinde hem de devlet hastanelerinde bu politikaların yansımaları hasta hekim ilişkilerinde de görülmektedir. Bu süreçte hasta hekim ilişkisi sağlıkta ticari yaklaşımın etkisiyle yeni bir boyut kazanarak, adeta müşteri satıcı ilişkisine dönüşmüştür.

Sağlıkta ticari yaklaşımın bir sonucu olarak kâr ve rekabetin ön plana çıktığı sağlık hizmetlerinde, hasta hekim ilişkisi de bu paralelde değişime uğramıştır. Sağlık hizmetinin belli bir fiyata bağlı olarak verilmesi, hastanın belirlenen fiyat doğrultusunda hizmet satın almasına ve böylelikle bir müşteri ya da tüketici konumuna itilmesine yol açmaktadır. Hasta hekim ilişkisinin müşteri satıcı ilişkisine dönüşmesi, verilen sağlık

hizmetini de rekabet şartlarında üretilen, alınıp satılabilen bir metaya dönüştürmektedir (Turancı ve Bulut: 44). Sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişimlere paralel müşteri odaklı yaklaşım ön plana çıkmış ve yurttaş haklarından tüketici haklarına doğru bir kayma olmuştur (Ünlütürk Ulutaş: 29).

Doktor hasta ilişkisinin müşteri satıcı odaklı dönüşümü, özel sağlık hizmetlerinde somut bir şekilde görülmekle birlikte, devlet hastanelerinde de ilişkilerin bu yönlü dönüşümüne tanık olunmaktadır. Özellikle devlet hastanelerindeki performansa bağlı ücretlendirme sistemi, hastaya müşteri odaklı yaklaşımı beraberinde getirmiştir. Hasta başı ya da muayene başı para alma biçiminde olan performans sistemi, doktorların birbirlerinin hastalarını çalmasına kadar varabilecek düzeyde bir rekabet ortamını doğurmaktadır. Doktorlar arasında ciddi ücret farklarının da oluşmasına neden olan bu sistem, hizmet kalitesinin giderek düşmesi, tüketimin artması, gereksiz tetkik ve tedavilerin artması ve etik olmayan uygulamaların artması gibi birçok probleme yol açabilmektedir (Kart, 2013: 112-113). Günümüzde sağlık hizmetlerinde yaşanan değişimlere paralel hekimlik mesleğine yüklenen insancıl değerlerin de giderek aşınmasına neden olmaktadır. Neoliberal politikaların etkisi ile sağlık hizmetlerine pazar dinamikleri yerleşmiş, performans sistemi ile hekimler daha fazla hasta bakıp, daha fazla ücret kazanma kaygısı ile hareket etmeye başlamışlardır (Aksu, 2008: 15). Bu durum hastanın müşteri hekimin de sağlık hizmetlerinin satıcısı konumuna itilmesine neden olmaktadır.

Hasta hekim ilişkisi sağlık hizmetlerinin köşe taşı niteliğindedir. Uluslararası bildirgelerde de bu ilişkinin nasıl olması gerektiği belirtilmiştir. Bu anlamda Cenevre Bildirgesi'nde, hekimin temel sorumlğunun hasta sağlığını öncelemesi olduğu vurgulanmıştır. Yine Uluslararası Tıp Etiği Kuralları'nda hekimin bütün birikimini hastasının hizmetine sunmakla sorumlu olduğu ifade edilmiştir (Williams, 2005: 36). Hasta hekim ilişkisi hastanın sağlığına erişmesini sağlamak, bedensel, davranışsal ve sosyal anlamlarda hastanın tam iyiliğini sağlama amacıyla şekillenmelidir (Atıcı, 2007: 91). Hasta hekim ilişkisinin ticari odaklı dönüşümü, kâr etme ve para kazanma endişesinin var olması, hekim hasta ilişkisinin uluslararası bildirilerde de ifade edilen, olması gereken biçiminden gittikçe uzaklaştığını göstermektedir.

Neoliberal politikaların etkisi ile sağlık hizmetlerinde giderek hâkim olan piyasa, rekabet, kâr gibi olgular bütün sağlık hizmetlerinde olduğu gibi hasta hekim ilişkisini de temelden etkilemiştir. Bu süreçte hasta hekim ilişkisinin temel dinamiğini oluşturan

“güven” duygusunda da ciddi aşınmalar olmuştur. Güven, hastanın en mahrem bilgilerini dahi hekimle paylaşabilme imkânını doğuran, tedavi sürecinde önemli yeri olan bir ilişki biçimidir. Bu süreçte hastanın hekimden beklentisi hekimin bilgi ve tecrübelerini kullanarak onu sağlığına kavuşturmasıdır. Hekime güven duyan hasta, hekimin söylediklerine güvenmektedir. Bu anlamda hekimin iyi niyetli ve sorumluluk bilinciyle davrandığına inanmaktadır. Fakat günümüzde alıcı satıcı ilişkisine dönen hasta hekim ilişkisi, hastanın para karşılığı hizmet aldığı, hekimin ise bağlı olduğu sözleşme gereği hizmet sattığı bir şekil almıştır. Nitekim güven duygusu satılan bir şey olmadığı için, bu ilişki biçimi, her iki tarafın da kendi çıkarlarına göre davranması ile şekillenmektedir (Deppe, 2010: 49-50).

Neoliberal politikaların hasta hekim ilişkisine olan yansıması, özel sektör ile birlikte devlet hastanelerinde de görülmektedir. Devlet hastanelerinde, özellikle performans sistemi ile hekimler daha çok hastaya bakıp daha fazla para kazanmayı hedeflemektedir. Bu süreçte hekimin hasta ile olan ilişkisi daha çok tekdüze, resmi ve hiyerarşiye dayalı bir şekilde olmaktadır. Devlet hastanelerinde, hekimin talimat ve hâkimiyetinin olduğu tek taraflı bir ilişki biçimi bulunmaktadır. Fakat özel hastanelerde hekim hasta ilişkisi kamudan farkı olarak, kâr ve ticari kaygını yoğun yaşanmasından ötürü hekimin hastaya samimi davranışlar gösterdiği, hastaya daha fazla süre ayırarak hastayı dinlediği ve hastayı genişçe bilgilendirdiği iki taraflı bir ilişki bulunmaktadır. Dolayısıyla ekonomik duruma göre insanların hekimlerle olan ilişkisinde de farklılaşmalar olmaktadır. Bu anlamda özel sağlık hizmeti alabilecek ekonomik duruma sahip olan insanlar daha ilgili bir sağlık hizmeti görürken, dar gelirli insanlar ise daha yüzeysel bir sağlık hizmetini almak durumunda kalmaktadırlar (Can, 2019: 38).

Özel hastanelerde hasta hekim ilişkisinde samimi, ilgili, bilgilendirici ve iki taraflı bir ilişkinin oluşturulmasındaki temel dinamik, müşteri memnuniyetini ve müşteri sadakatini esas alan perspektiften gelmektedir. Müşteri sadakati, uzun dönemli ilişkilerin kurulması ve hastanın her hastalandığında aynı kurumu tercih etmesi anlamını taşımaktadır. Müşteriyi dinleyen, ona bilgi veren ve sorununa çözüm üretmeye çalışan bir yaklaşım, müşterinin sadakatini sağlayacaktır. Lüks bir hastane ortamı, ilgili doktor ve hemşireler/hemşirler, müşterinin hizmeti pozitif yönlü değerlendirmesini ve dolayısıyla çevresindeki insanlara da bu hizmeti önermesini sağlayarak, kurumun kâr ve Pazar payını artıracaktır (Derin ve Demirel: 214-215). Dolayısıyla hasta hekim ilişkisinin olumlu denilebilecek yönlerinde dahi derin bir ticari kaygının yattığı

görülmektedir. Hasta sadakati, hasta bağıllığı gibi kavramlar tamamen hastaya müşteri merkezli yaklaşımın ürünleridir. Bu ilişki biçimi güven, karşılıklı samimiyet, inanmak gibi duygulardan ziyade karşılıklı çıkarların olduğu bir zeminde gerçekleşmektedir. Nitekim doktor, hastanenin hizmetini iyi sunma ve müşteriyi kazanma kaygısını taşıırken, hasta ise verdiği paranın karşılığını alma beklentisini taşımaktadır.

2.1. NEOLİBERAL POLİTİKALAR VE COVID-19 (CORONA VİRÜS) SALGINI

Covid-19 pandemisi 2019 yılının sonlarında Çin'nin Vuhan kentinde ortaya çıkmış ve kısa zamanda dünyanın tamamını etkisi altına alan bir salgın hastalıktır. İnsanlık tarihinden günümüze toplumlar belli dönemlerde salgın hastalılarla karşı karşıya kalmış ve bu salgın hastalıklar birçok krize neden olmuştur. Bu anlamda günümüzde dünyanın tamamını etkisi altına almış olan covid-19 salgını da dünyada ciddi krizlerin yaşanmasına neden olmaktadır. Bu krizler başta sağlık sistemleri olmak üzere eğitim, ekonomi, sosyal yaşam gibi bütün alanları etkilemiş ve adeta bu alanları işleyemez hale getirmiştir.

Corona virüs salgını döneminde devletlerin sosyal hizmetlerine olan talep artmış, başta sağlık hizmetleri olmak üzere eğitim, konut, sosyal yardım alanlarındaki gereksinimler gittikçe artarak, devletlerin temel sosyal politikalarına olan ihtiyaç yükselmiştir. Bundan kaynaklı sözü edilen temel sosyal politikalar da dâhil olmak üzere neredeyse bütün hizmet alanlarının özel sektör tarafından yürütülmesini benimseyen neoliberal politikalara yönelik eleştiriler daha fazla dile getirilmeye başlanmıştır. Salgın döneminde devletin sosyal rolü ile toplumsal ihtiyaçlar arasındaki farkın giderek açılması, devletin rolünün değiştirilmesine yönelik söylemleri ön plana çıkarmaya başlamıştır (Yavuz ve Es, 2021: 105).

2019 yılının sonlarında çıkan ve günümüzde de devam eden salgın hastalık bütün alanları olumsuz etkilemekle birlikte özellikle sağlık sistemlerini etkilemiş ve birçok ülkenin sağlık sistemi işleyemez hale gelmiştir. Sağlık sistemleri en çok etkilenen ülkeler neoliberal politikaların uygulanmasına öncülük eden ve sağlık sistemlerinde derin özelleşmenin hâkim olduğu başta ABD olmak üzere İngiltere, Fransa, İspanya ve İtalya gelmektedir. Bu süreçte özellikle ABD'nin sağlık sistemi adeta tıkanma seviyesine ulaşmıştır. Sözü edilen ülkelerin gelişmişlik durumları ile salgın sürecinde geliştirilen önlemlere ve çözümlere bakıldığında bir ters orantının olduğu görülmektedir. Başta sözü edilen ülkeler olmak üzere neoliberal politikaların

benimsendiği devletlerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yaşanan sorunların temel sebebi olarak görülmektedir. Nitekim özel sektör kâr oranı düşük olan alanlara yatırım yapmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından yürütülmesi, özellikle toplumun tamamını ilgilendiren çevre kirliliği, salgın hastalıklarla mücadele gibi konularda pasif kalınmakta ve bu hizmetlerin verilmesinde ciddi sorunlar yaşanabilmektedir. Örneğin; ABD'nin 45. Başkanı Donalt Trump, corona virüs testinin ücretsiz yapılmasını sağlamış fakat corona virüse yakalandığı belirlenen hastalar, özel sağlık hizmetinin çok pahalı olmasından kaynaklı sağlığa erişimde ve tedavi olmada ciddi sıkıntılarla karşı karşıya kalmışlardır (Karakaş, 2020: 548).

Pandemi sürecinde yaşanan sorunlar ve bu sorunlara çözüm geliştirmede hızlı ve etkili olunmaması milyonlarca insanın ölümüne neden olmuştur. Bu süreçte anlaşılan en temel nokta, toplumsal refahın sağlanmasında devletin ne kadar gerekli bir kurum olduğudur. Özellikle toplumun temel ihtiyaçlarını oluşturan sağlık, eğitim, sosyal güvenlik gibi alanlarda devletlerin asli bir sorumluluk üstlenerek, sosyal politikalarını genişletmesi toplum için hayati öneme sahip olduğu görülmektedir (Aysan, 2020: 683). Pandemi sürecinde sosyal devletin hayati öneminin anlaşılması, gelecekte devletin daha aktif olacağı ve ekonomik süreçlere daha fazla müdahil olacağı beklenmektedir. Bu bağlamda neoliberal politikaları benimseyen devletlerin bu modelde ciddi değişimlere gitmesi beklenmektedir (Yavuz, 2020: 89-90).

Corona virüs salgını küresel anlamda ciddi krizlerin yaşanmasına neden olmuştur. Bu süreçte işsizlik ve yoksulluk ciddi bir yükselişe geçmiş, eğitim ve sağlık gibi temel sosyal hizmetler tıkanma seviyesine ulaşmıştır. Yaşanan bu sorunlara devletlerin çözüm geliştirememesi, neoliberal politikalara yönelik eleştirilerin daha yüksek sesle ifade bulmasına neden olmuştur. Neoliberal politikaların kriz yaşadığı ve yaşanan bu sürecin neoliberalizmin de sonu olabileceğine yönelik tartışmalar devam ederken, ABD'nin 46. başkanı Joe Biden'nın geçtiğimiz aylarda açıkladığı 1,9 trilyon dolarlık sosyal yardım paketi, sosyal devlet yaklaşımı geri mi geliyor tartışmalarını alevlendirmiştir. Açıklanan paket ile vatandaşlara tek seferlik 1400 dolarlık yardım verilirken, 300 dolarlık işsizlik yardımı da yılsonuna kadar yapılacaktır. Ayrıca destek paketi, düşük gelirli ailelere vergi indirimini sağlanması, kira yardımı vb. birçok yardımları da içeriyor (Sözcü Gazetesi, 2021). Joe Biden'nin neoliberalizm ile ideolojik anlamda bir karşıtlığının olmadığı bilinmekle birlikte günümüzde yaşanan ekonomik ve toplumsal sorunların derinliği, yapısal bir değişimin olabileceğine ilişkin kanaatleri de

güçlendirmektedir (Tuğal, 2021). Corona virüs salgınının halen devam ettiği günümüzde net ifadelerde bulunmak ancak sonuçların nasıl olacağını kestirebilmekle mümkündür. Fakat neoliberal politikaların, virüsün yaratmış olduğu sorunlara karşı çözüm üretememesi, özellikle sağlıkta özel sektörün hâkim olduğu ülkelerde ciddi tahribatların yaşanması, sosyal politikaların önemini ön plana çıkarmıştır.

3. TÜRKİYE'DE NEOLİBERALİZM

Neoliberalizmin dünya devletlerinde uygulanmaya çalışılmasında küresel kuruluşların etkisi olmakla birlikte, bütün ülkelerde aynı biçimde ve aynı zamanda uygulamada karşılık bulduğunu ifade etmek, her ülkenin özel şartlarını ıskalamak anlamına gelecektir. Bu anlamda ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, iç politikaları gibi nedenlerin etkisiyle, neoliberal politikaların gelişimi de farklılık göstermektedir. Örneğin gelişmiş ülkeler bu süreci rızaya dayalı kabul edip uygularken, Şili gibi ülkelerde darbeden sonra uygulanmaya çalışılmıştır. Bu anlamda ülkelerin genel durumlarına göre bu politikaları uygulama biçimleri de farklılık göstermektedir

1946 yılı Türkiye için hem siyasi hem de iktisadi sonuçları olan bir süreci ifade etmektedir. Siyasi anlamda çok partili sisteme geçiş yaşanmışken, iktisadi anlamda ise uzun yıllar sürdürülen korumacı, dış kapalı politikalarından dışa açık, yabancı sermayeyi teşvik eden ve küresel piyasalarla eklemleme politikaları benimsenmiştir (Baratov, 2014: 94). 1950 yılında DP(Demokrat Parti)'nin iktidara gelmesiyle liberal dış ticaret politikaları benimsenerek, uluslararası ticaret kısıtlamaları minimize edilmiştir. Bu dönem ekonomi politikalarının dinamizmi dış ticaret üzerinden inşa edilmeye çalışılmıştır. İthal ikameci ve liberal dış ticaretin benimsenmesi, sonrasındaki süreçte ekonomiyi ciddi sıkıntılarla karşı karşıya bırakmıştır. Özellikle dış ticaret açığının büyümesi, Türkiye'yi IMF gibi uluslararası kuruluşların telkinleri ile hareket etmek zorunda bırakmıştır. Fakat hükümetin bu dönem aldığı önlemler ekonomik sıkıntıları gidermede çözüm geliştirememiş ve hükümet dış borçları erteleme uğraşısına girmiştir (Karafazlı, 2013: 17). Bu sürecin getirmiş olduğu etkilerden ötürü Türkiye IMF ile ilk borç anlaşmasını imzalamıştır. “Stand-by” olarak ifade edilen bu anlaşmalarla IMF hükümetlerin politikalarını yönlendirmede oldukça etkili olmuştur. IMF ile yapılan anlaşmalar Türkiye'yi yüklü borçlarla karşı karşıya getirmiştir. Bu anlaşmalar hükümetlere bir baskı unsuru olarak kullanılmış ve politika oluşturmada özgür hareket etmeyi engellemiştir (Yavuz, 2009: 216-217).

1970’li yıllarda petrol fiyatlarının birden yüksek seviyelere fırlaması dünya ekonomisini oldukça etkilemiş ve dünyayı ciddi bir ekonomik krize sürüklemiştir. Bu süreçte Türkiye çeşitli önlemlerle belli bir süre krizin önünde durmaya çalışmışsa dahi 1977 yılında gecikmeli olarak, yaşanan kriz Türkiye’yi de kapsamına almıştır (Baratov, 2014: 141). 1970’lerin sonuna gelindiğinde mevcut politikaların Türkiye’yi içinde bulunduğu ekonomik krizden çıkarmak için çözüm geliştiremediği anlaşılmıştır. Bu dönem benimsenen ekonomik ve siyasi politikalar sonucunda enflasyon yüksek oranlara ulaşmış ve toplumda giderek yükselen ciddi bir muhalefet gelişmiştir. Bu anlamda 1970’lerin sonlarında ortaya çıkan tablo, devletin karşı karşıya kaldığı mali kriz gelişen toplumsal ve politik problemler hükümetleri yeni bir strateji izleyemez duruma getirmiştir. Belirtilen bu problemlerden çıkışın çözümü 24 Ocak kararları olarak ifade edilen, neoliberal dönüşümü esas alan kararlarda aranmıştır (Turgut, 2019: 43).

Türkiye 24 Ocak kararları ile uluslararası piyasalara entegre olma sürecine girmiştir. 1947 yılında başlatılan küresel piyasalarla eklemlenme süreci, 24 Ocak kararlarıyla ivme kazanmış, IMF ile olan ilişkileri derinleştirmek ve dünya konjektöründe etkili olmaya başlayan neoliberal sürece geçiş amaçlanmıştır. Bu süreçte alınan kararlarda IMF gibi uluslararası kuruluşlar doğrudan etkili olmuş ve Türkiye alınan kararlarda özgürce hareket edememiştir (İçöz, Öztürk ve Nas, 2008: 15-16). Bu bağlamda 1978 yılında açıklanan 4. Kalkınma Planı ile ekonomi politikaları yapısal anlamda bir değişim sürecine girmiştir. 1978-1983 dönemini kapsayan bu plan ile serbest piyasa, küresel piyasalarla eklemlenme gibi neoliberal dönüşümü hedefleyen kararlar alınmıştır (Bakırcı, 2007: 146).

İlki 1958’de olmak üzere 1980’e kadar dört kalkınma planı oluşturulmuştur. Bu planların tamamı IMF ile yapılan anlaşmalar neticesinde şekillenmiştir. 24 Ocak kararları ABD ve İngiltere öncülüğünde başlatılan neoliberal dönüşüme uyum programı biçiminde oluşturulmuştur. Bu kararlarla kısa ve uzun vadeli uygulamalar amaçlanmıştır. Kısa vadede; ödeme zorluklarını gidermek, enflasyonu düşürmek gibi hedefler belirlenmişken, uzun vadede ise devlet bünyesinde bulunan kurumları özelleştirmek, piyasalara devlet müdahalesini engellemek gibi neoliberalizmin temel esasları hedef olarak belirlenmiştir (Öztürk, Nas ve İçöz, 2008: 17).

1980’li yıllara gelindiğinde Türkiye’nin izlediği ekonomik ve siyasal politikalar, yaşanan sorunlara karşı tıkanmış ve çözüm geliştirememiştir. Benimsenen bu politikaların sermaye birikiminin sağlanmasında işlevsel olamaması ve küresel

politikalarda meydana gelen değişime uyum sağlayamamasından kaynaklı yeni bir ekonomik ve politik modele gereksinim duyulmuştur. Bu anlamda 24 Ocak kararları bu gereksinimi karşılama adına, sermaye birikiminin karşılaşılabileceği engelleri ortadan kaldırmak için gerekli hedefleri oluşturmuştur. 24 Ocak kararlarının uygulanması 12 Eylül darbesinin yaşanmasıyla hız kazanmış ve darbe adeta bu kararları uygulamada yol açıcı olmuştur. Bu anlamda ekonomi politikalarını amaç edinen 24 Ocak kararları, 12 Eylül darbesi sonucunda politik sahaya yapılan müdahaleyle ivme kazanmıştır (Akkaya, 2004: 151).

Neoliberalizmin Türkiye’de pratik anlamda ekonomi politikalarında uygulanacağına ilişkin ilk karşılaşma Turgut Özal’ın 1983’te düzenlenen bir televizyon programında “Boğaziçi köprüsünün gelirlerini satacağız” şeklindeki seçim vaadiyle ifade edilmiştir. Özal’ın söylemine rağmen kurulan iktidarın programında özelleştirmeye yer verilmemiştir. Fakat 1987’de yapılan seçimlerle iktidara tekrar gelen Özal hükümetinin programında özelleştirmeye kapsamlı yer verilmiştir. Özal dönemi özelleştirmeleri neoliberal politikaların bir metodu olarak uygulamaya konulmuştur. Bu dönem izlenilen özelleştirme politikalarının etki veya kapsamından ziyade, günün şartlarında devlet malının satılması kamuoyu açısından ciddi bir problemi ifade etmekteydi. Nitekim izlenilen bu politikalara karşı tepkiler yükselmişse dahi etkili olamamıştır (Kurmuş, 2010: 19-20).

1980’li yıllarda dünyada neoliberal dönüşüm yaşanırken Türkiye de bu konjektörden etkilenmiş ve 24 Ocak kararlarıyla neoliberal politikaları gündemine almıştır. 24 Ocak kararlarıyla birlikte ekonominin uluslararası rekabete açılması, yabancı sermayeyi teşvik etme, devlet bünyesinde bulunan kurumların özelleştirilmeye başlanması ve devlet müdahalesinin minimuma indirilmesi gibi uygulamalar hedeflenmiştir. Aynı zamanda özel sektör devlet tarafından desteklenerek, piyasa işleyişinin neoliberal ilkeler doğrultusunda işleyebilmesi amaçlanmıştır (Eştürk, 2006: 117). 24 Ocak kararları Türkiye ekonomisinde neoliberal dönüşümü hedeflemektedir. 1980’den sonra Özal’ın iktidara gelmesi, ekonomik ve politik anlamda neoliberal bir yaklaşıma sahip olması, Türkiye’nin neoliberal dönüşümü açısından önemli bir dönemi ifade etmektedir.

Turgut Özal’ın iktidara geldiği ilk yıllarda “minimum devlet” söylemleri ön plana çıkmaya başlamıştır. Bu anlamda ANAP(Anavatan Partisi) “bireyin devlet için değil, devletin birey için olduğunu” bir siyasi söylem olarak dile getirmeye başlamıştır

(Eştürk, 2006: 94). Turgut Özal yaptığı konuşmalarında neoliberal politikalara ilişkin düşüncelerini şöyle ifade etmiştir (Özal,1992); “1980’li yıllar da ise bütün dünyada ortak bir kanaatler bütününden, yani devletçi doktrinlerden yeni bir bütüne, devletçilik karşıtı mücadeleye girişildiği yıllardır. Yeni görüşte devlet kavramının da mutasyona uğraması kaçınılmazdı. Ekonomik kalkınma sürecinde devlet fertlerle mücadeleye girmez; tersine ona gelişmesini, kalkınmasını kolaylaştıran akılcı hizmetler sunar”. Turgut Özal’ın konuşmalarından da görüldüğü gibi Türkiye’de neoliberalizmin gerek söylem gerekse uygulamada meşruiyet kazanmasında, toplumun neoliberal uygulamaları kabullenip, bu sürece alışmasında Özal dönemi önemli bir süreci ifade etmektedir.

Yeni konjektörde Turgut Özal’ın devlet için belirlediği sorumluluk alanı, dünyada yaşanan gelişmelerle paralel şekillenmiş ve dünya siyasetinde etkili olmaya başlayan neoliberal politikalarla uyumlu olma hedeflenmiştir. Bu anlamda devlet, toplumun refahını ilgilendiren temel hizmetleri kendi bünyesinden çıkarmaya başlayarak sağlık, eğitim, sosyal güvenlik gibi kurumları aşamalı olarak özel sektöre devretmeye başlamıştır. Yeni dönemde devlet tamamen ekonomiden uzaklaşmamaktadır. Bu dönemde devlet, düzenleyici ve koruyucu ilkeler doğrultusunda piyasa lehine müdahalelerde bulunabilmektedir. Turgut Özal, neoliberal döneme geçişle birlikte klasik devlet biçiminin sorumluluklarını yerine getiremeyecek düzeyde hantallaştığını belirtmiştir. Bundan kaynaklı devletin küçültülerek, bireyin hürriyet ve girişimini ön planda tutan politikaların derinleştirilmesi gerektiğini ileri sürmüştür (Haydaroğlu ve Tatlısu, 2016: 33).

1983’te iktidara gelen Anavatan Partisi’nin en temel özelliği darbeden hemen sonra iktidara gelen bir parti olmasından ötürü darbe yönetiminin bir devamı olma özelliğini taşımasıdır. ANAP Türkiye’de neoliberal ideolojinin uygulanmasında bir ilki temsil etmektedir. ABD’nin de desteği ile neoliberal politikaların uygulanmasında 1980’li yıllarda önemli dönüşümleri gerçekleştiren ANAP, 1991 yılına kadar iktidarda kalmıştır. Bu dönemde serbest piyasa, özelleştirme ve ihracatı artırmaya yönelik önemli gelişmeler yaşanmıştır. Fakat ANAP iktidarının son yıllarında dış borçların ve dış açıkların artması ekonomik sorunların çıkmasına kaynaklık etmiştir. Ekonomik ve sosyal sorunların arttığı 1991 yılında yapılan seçimlerde ANAP seçimleri kaybetmiş, iktidara DYP-SHP koalisyonu gelmiştir (Eren, 2011). Bu dönem yaşanan ekonomik sorunlar 1994 yılında çıkacak ciddi bir ekonomik krize zemin hazırlamıştır. Aynı

zamanda koalisyon hükümetinin yol açtığı istikrarsız siyasi atmosfer bu sorunların gelişmesinde oldukça etkili olmuştur.

1994 yılına gelindiğinde Türkiye’de büyük bir ekonomik kriz yaşanmıştır. Bu dönemde krizi aşmaya yönelik olarak alınan ve 5 Nisan kararları olarak ifade edilen kararlar, neoliberal politikalar açısından yeni bir süreci başlatmıştır. Yaşanan ekonomik krize çözüm geliştirme adına, bu kararlarla birçok yeni düzenleme uygulanmaya konulmuştur (Turgut, 2019: 64). Bu kararların temel hedefleri enflasyonu kısa vadede düşürmek, ihracatı yükseltip ithalatı düşürmek, devletin dış borçlarını azaltmak, kamu harcamalarını minimize edip gelirleri artırmaya çalışmak biçiminde özetlenebilir. Bu kararlarla geniş zamanda özelleştirmeyi hızlandırmak, ihracatı teşvik etmeye yönelik düzenlemeler yapmak gibi hedefler benimsenmiştir (Güloğlu ve Altınoğlu, 2002.123). 1994 yılı ve sonrasındaki süreç, neoliberal politikaların Türkiye’de yaşanan kriz süreçlerinden istifade ederek etkinliğini artırdığı yıllar olarak tarihe geçmiştir. 1980 yılında darbe gibi bir zor aygıtının da etkili olmasıyla uygulamaya giren neoliberal politikalar, 1994’ten sonraki yıllarda hükümetlerin piyasa lehine politika belirlediği yıllar olmuştur. 1994’te yaşanan ekonomik kriz ve sonrasında alınan kararlar piyasa dinamiklerinin çıkarları doğrultusunda şekillenmiştir. Bu anlamda neoliberal politikalar, 1990’lı yıllardan sonra Türkiye’de kuruluşunu tamamlamıştır (Karahanoğulları, 2019: 461).

1990’lı yıllar dış borçların giderek arttığı ve buna paralel ekonomik problemlerin büyüdüğü süreçlere tanıklık etmiştir. Bu dönemde koalisyon hükümetlerinin birbirlerini tamamlayamayan uyumsuz yapıları birçok sorunun yaşanmasına zemin oluşturmuştur. Yaşanan bu sorunlar 2000’li yıllara kadar devam etmiş ve bu süreç neoliberal politikaların kriz tehlikesi ile karşı karşıya kalmasına neden olmuştur. 2000’li yıllara kadar yaşanan ekonomik krizler, sosyal sorunlar, siyasi istikrarsızlıklar neoliberal politikaların toplum nezdinde de prestij kaybetmesine neden olmuştur. Bu bağlamda yaşanan sorunlardan ötürü neoliberal yaklaşımın tekrar güçlü bir şekilde uygulanabilme gerekliliğini doğurmuştur. Bu anlamda 2000’li yıllar neoliberal politikaların yeni yapılandırmalarla daha güçlü bir şekilde uygulandığı yıllar olmuştur (Bal, 2011: 51).

Ak Parti iktidara gelmeden önce 2001 yılında Türkiye’de büyük bir ekonomik kriz yaşanmaktaydı. 1990’lı yıllarda koalisyon hükümetlerinin kaynaklık ettiği istikrarsız siyasi ve ekonomik ortam neoliberal dönüşümü olumsuz etkilemiş ve bu politikaların tam anlamıyla uygulanmasını sekteye uğratmıştır. Bu anlamda tek parti

iktidarı Dünya Bankası, IMF ve Türkiye'deki sermaye çevrelerinin arzuladığı bir durumdur. Nitekim tek parti iktidarının beraberinde getireceği siyasi istikrar neoliberal politikaların uygulanması açısından uygun bir zemini oluşturacağı düşünülmüştür. Bu anlamda Ak Parti, neoliberal politikalarla uyumlu bir program ile politika belirlemiş ve neoliberal politikaların uygulanabilmesi açısından uygun bir zemini inşa etmiştir (Durmaz, 2016.153-154). 2002 yılında Ak Parti'nin tek başına iktidar olması neoliberal politikaların daha kapsamlı ve derinlikli bir şekilde uygulanmasını sağlamıştır. Özelleştirme sürecine hız verilmesi, küresel piyasalarla eklemlenme, piyasalaştırma gibi neoliberalizme özgü pratikler bu dönemde benimsenen temel politikalarlardır (Akdemir, 2017: 84-85).

1980'li yıllarda Turgut Özal ile Türkiye'de etkili olmaya başlayan neoliberal politikalar, 2002'de Ak Parti'nin iktidara gelmesiyle devam ettirilmiş ve bu süreç tamamlanmaya çalışılmıştır. Yeni dönemde Ak Parti, neoliberalizmi politikalarında benimseyerek sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, ekonomi gibi alanlarda yaptığı düzenlemelerle bu politikaları uygulamaya geçirmiştir (Eren, 2011).

3.1. TÜRKİYE'DE NEOLİBERALİZM VE SAĞLIK SEKTÖRÜ

1970'li yıllarda dünya ekonomisinde yaşanan krize karşı Keynesçi iktisat politikalarının çözüm geliştirememesi, başta ABD ve İngiltere olmak üzere neoliberal politikaların küresel politikalarda etkili olmasına neden olmuştur. Dünya devletlerinin birçoğunda ve küresel piyasalarda yaşanan bu dönüşüm Türkiye'yi de kapsamına almış ve 1980'den sonra Türkiye de neoliberal sürece entegre olmaya başlamıştır. 1980'lerden sonra Türkiye'de neoliberal dönüşüm kapsamında kamu alanlarının özelleştirilmeye başlanması sağlık hizmetleri alanında da kendisini göstermiştir.

1980'li yıllardan sonra Dünya Bankası birçok devlette sağlık hizmeti ile ilgili yaptığı araştırmalar neticesinde yayınladığı raporla, bu ülkelerde sağlık hizmetlerinde maliyet artışından kaynaklı olarak bir sağlık krizinin yaşandığı ifade edilmiştir. Araştırmaya konu olan bu ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, benimsedikleri siyasi ve ekonomik politikalar gözlemlenmeden, bütün ülkelerde aynı program ve öneriler uygulamaya geçirilmiştir. Sağlıkta reform düşüncesinin çözüm olarak ön plana çıkarıldığı bu süreçte, hükümlere düşük faizli krediler tahsil edilerek dönüşüm süreci hızlandırılmaya çalışılmıştır. Dünya Bankasının geliştirdiği tespitlere göre söz konusu devletlerin sağlık hizmetleri yüksek maliyetli ve verimliliği düşük biçimde

uygulanmaktadır. Bundan kaynaklı sağlık krizinin yaşandığını belirten Dünya Bankası, çözümü desantralizasyon⁴ ve özelleştirme olmak üzere iki temel başlıkta belirttiği, sağlıkta reform sürecinde bulmuştur. Bu programda devletlerin sağlık hizmeti sunumu etkili, verimli, adaletli ve müşteri memnuniyeti esasıyla yapılacağı iddia edilmiştir (Hamzaoglu, 2011: 26).

Neoliberal politikaların gerek dünyada gerekse Türkiye’de uygulanmaya başlanması, sağlıkta sosyal devlet anlayışını ortadan kaldırarak, bu alanı piyasa ilişkilerine tabi kılmıştır. Küreselleşme ve neoliberalizmin neticesi olarak devletin sorumluluğu yeniden tarif edilerek sınırlı, düzenleyici bir şekle indirgenmiştir (Karafazlı, 2013: 28).

Dünya devletlerinde olduğu gibi Türkiye’de de neoliberal politikaların uygulama bulduğu alanların başında sağlık hizmeti gelmektedir. Sağlık hizmetleri 1980’li yıllardan sonra neoliberal politikalar çerçevesinde düzenlenmeye başlanmıştır. 2002 yılında Ak Parti, Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile sağlık alanında başlattığı yeni program kapsamında neoliberal politikalarla uyumlu olmayı hedeflemiştir.

Sağlık alanı, Ak Parti hükümetlerinin siyasi prestij kazanmasında da önemli bir fırsat olmuştur. Bu dönemde sağlıkta özel teşebbüs desteklenmiş ve aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişim noktasında var olan problemler giderilerek, herkesin erişebildiği bir sağlık hizmeti geliştirilmiştir. Bu anlamda Ak Parti’nin siyasi sermayesinin artmasında, geçmişte var olan sağlığa erişim problemlerinin giderilmesi önemli katkıda bulunmuştur. Bu dönemde hükümetler özel sağlık hizmetinin desteklemiş ve özel hastane sayısında ciddi bir yükseliş yaşanmıştır (Akdemir, 2017: 104).

Ak Parti’nin programına aldığı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile tedavi edici sağlık hizmetine öncelik verilmiştir. Bu öncelik beraberinde ilaç ve tıp teknolojilerinin tüketimini artırmıştır. Gerek ilaçların gerekse tıbbi cihazların tedarik edilmesinde çoğunlukla dışa bağımlı olan Türkiye’de, sağlık harcamalarında yıllara göre ciddi artışlar yaşanmıştır (Altınok ve Üçer, bt: 1). Bu bağlamda Türkiye’de 2010 yılında toplam sağlık harcamalarına 62 milyar TL harcanmışken, bu oran 2019 yılında 201 milyar TL’ye yükselmiştir. Aynı zamanda 2019 yılına ait toplam sağlık harcamaları 2018 yılına göre %21 oranında artış göstermiştir (TUİK, 2019). Sağlıkta yaşanan bu

⁴ Yerelleşme, adem-i merkezîyetçilik.

harcamaların büyük bir oranı küresel ilaç ve tıbbi cihaz şirketlerine aktarılmaktadır. Bu durum uluslararası kuruluşların sağlıkta reform taleplerinin küresel piyasalarla olan ilişkisini gözler önüne sermektedir (Akdemir, 2017: 104). Sağlık harcamalarında yıllara göre yaşanan artışa karşın, hizmetin verimliliğinde beklenen netice alınamamıştır. Bu anlamda odaklanılması gereken temel nokta, harcamaların artışı değil kaynakların etkili ve verimli değerlendirilmesidir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan ve 53 ülkenin sağlık hizmetini değerlendiren Avrupa Sağlık Atlantı'nda Türkiye'nin son sıralarda yer alması Türkiye'nin küresel aktörlere göre değil, ulusal stratejilerle sağlık politikalarını oluşturması gerektiğini ortaya koymaktadır (Altınok ve Üçer, bt: 5).

Ak Parti döneminde sağlık politikaları SDP kapsamında, uluslararası kuruluşların yayınladığı raporlarla uyumlu gelişme göstermiştir. Bu yıllarda özel sağlık hizmeti ciddi biçimde desteklenmiş ve yıllara göre özel hastane sayısı hızla artış göstermiştir. Neoliberal politikalar ile uyumlu bir program belirleyen Ak Parti'nin bu politikaları, başta sağlık olmak üzere eğitim, sosyal güvenlik, elektrik, su gibi temel alanların tamamında uygulamaya geçirilmiştir.

3.1.1. Türkiye'de Özel Hastaneler

Türkiye'de özel hastanelerin kuruluşu 1933 yılında çıkarılan 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu'na dayanmaktadır. Bu dönemde özel hastaneler sayıca çok az olmakla birlikte 1980'den sonra özel hastanene sayısında artış yaşanmaya başlamıştır. Özellikle 1985-1990 yılları arasında bu sayı hızlı bir artış göstermiştir. 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Kanunu'nun 5. maddesinde "Milli Savunma Bakanlığı hariç kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık hizmetlerine dönüştürülmesine olanak tanınmıştır." Bu süreçten sonra özel hastaneler neoliberal politikalar kapsamında desteklenmiş ve sayıca hızlı bir artış göstermiştir (Yıldırım ve Konca, 2018: 7).

2000'li yıllara gelindiğinde Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, sağlık alanında gerçekleştirilen reformlarla neoliberal politikaların uygulanması açısından önemli bir zemin oluşturulmuştur. Dünya Bankası destekli Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın en önemli boyutunu özel hastaneler oluşturmaktadır. Bu dönemde gittikçe gelişen sağlık sektörü, gerek yerli ve gerekse yabancı yatırımcılar açısından büyük bir kâr kapısı olarak değerlendirilmiştir. Bu anlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özel hastanelerin sayısı ciddi artış göstermiştir (Karafazlı, 2013: 63). Sağlık

Bakanlığı verilerine göre 2002 yılında 271 olan özel hastane sayısı 2018 yılına gelindiğinde 577'ye yükselerek büyük bir artış göstermiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018: 119).

Dağılım itibariyle özel hastaneler Türkiye'nin geneline yayılmakla beraber, özel olarak metropol denilebilecek kentlerde daha yoğun bulunduğu görülmektedir. Bu anlamda Türkiye'de nüfus yoğunluğunun en fazla olduğu, en zengin kesimlerin yaşadığı ve ülke gelirlerinin %40'nın tüketildiği bir şehir olarak İstanbul'da 155 özel hastane bulunmaktadır. Aynı zamanda İstanbul, yaşam standartları itibari ile çalışmanın zorunlu bir boyut kazandığı bir yapıdadır. Nüfus yoğunluğu düşünüldüğünde, milyonlarca sigortalı çalışanın olduğu, dolayısıyla bu durumun da özel hastaneler açısından ciddi bir potansiyel olarak değerlendirildiği görülmektedir. İstanbul'dan sonra Ankara, İzmir gibi büyük kentler gelmektedir. Ayrıca Doğu ve Güneydoğu'da da Diyarbakır, Van, Batman, Gaziantep gibi iller özel hastane yoğunluğu bağlamında ilk 20 ilin içinde yer almaktalar (Sönmez, 2011: 71-73).

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında özel hastane sayısında yaşanan yükselişin en önemli nedenlerinden biri de kamunun özel hastanelerden hizmet satın almasıdır. 2008 yılında yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası, Bağkur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart gibi sosyal güvenlik kurumlarını tek çatı altında toplamıştır. Bu uygulama ile Sosyal Güvenlik Kurumu'na özel hastanelerle yapılacak sözleşmeler neticesinde hizmet satın alabilme yetkisi verilmiştir. Bu bağlamda Genel Sağlık Sigortası'nın kapsamında olanlar, SGK ile anlaşma yapmış hastanelerden hizmet alabilmiştir. Fakat yapılan yasal düzenlemeler ile özel hastaneler SGK'den aldıkları ücret ile sınırlı kalmamış, hastalardan fark ücreti adı altında ciddi paralar tahsil etmişlerdir (Özcan, 2011). Türkiye'de özel hastanelerin neoliberal politikalar kapsamında desteklenmesi ciddi bir yatırım alanını oluşturmuştur. Sağlık alanında Türkiye'ye yapılan yatırımlar yerli yatırımcılarla birlikte yabancı yatırımcıların da oldukça ilgisini çekmiştir. 2008 yılından sonra yükselişe geçen yabancı yatırımlar, 2011 yılından sonra yüksek bir orana çıkmıştır. Bu bağlamda yabancı yatırımcıların Türkiye'de sağlık sektörüne yaptıkları yatırım 2011 yılında 1750 milyar doları bulmuştur (Karafazlı, 2013: 67).

Türkiye'de özel hastanelerin sahibi olan yerli yatırımcılara bakıldığında, hastane sahipleri özel hastane ile birlikte başka alanlarda da yatırım yaptıkları görülmektedir. Bu durum aynı zamanda sağlık hizmetlerine ticari odaklı yaklaşıldığını ve alınıp satılabilen

bir meta gibi değerlendirildiğini gözler önüne sermektedir. Bu bağlamda örneğin; Turgut Aydın Holding'in faaliyet alanlarına bakıldığında A-101 market, Eve market kişisel bakım ve kozmetik, Taaf İnşaat(bu firma birçok hastane binasını da yapmıştır) ve en önemlisi de hızlı servis olarak ifade edilen, sağlıklı beslenme adına olumlu değerlendirilmeyen yiyeceklerin satılabildiği restoran zincirlerinin de sahibi olmasıdır. Bu holding bütün bunların yanında Memorial Sağlık Gurubu'nun da sahibidir. Bu anlamda hem özel hastanenin sahibi hem de sözü edilen restoran zincirlerinin sahibinin aynı olması oldukça dikkat çekicidir. Türkiye'de özel hastanelerin sahiplerine bakıldığında, genel olarak hastane ile birlikte birçok farklı alanlarda da yatırım yapan kesimlerin hastane sahibi olduğu görülmektedir. Bu durum sağlık alanının yüksek kâr potansiyeli taşımasından ötürü özellikle tercih edildiğini göstermektedir.

Neoliberal politikalarla hedeflenen temel yaklaşım, özel sağlık hizmetleriyle sağlık hizmetlerinin daha verimli hale getirilmesidir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde özelleştirmeye gidilerek devlet sorumluluğunun azaltılması amaçlanmaktadır. Fakat sağlık hizmetlerinin işleyişine bakıldığında devletin özellikle finansman boyutundan çekilmediği görülmektedir. Özel hastanelerin sağlık hizmetini sağlamasında izlenen temel yol, devletin harcamaları karşılayacak biçimde finansmanı üstlenmesidir. Devletin özel sağlık hizmetlerine vermiş olduğu ek desteklerin yanında, kamu çalışanlarının özel hastanelerden hizmet alabilmelerine olanak tanınması da özel hastanelere kaynak aktarımının bir diğer yönünü oluşturmaktadır. Türkiye'de özel hastaneler, sağlık piyasasında güç kazanmak ve mevcut rekabet şartlarında ayakta kalmak adına, son yıllarda hastanelerin kendi bünyeleri altında hastane zincirleri kurmaları, pazardaki güçlerini oldukça artırmıştır. Bu anlamda hastane zincirleri son süreçte farklı şehirlerde de hastane açarak faaliyet alanlarını oldukça genişletmektedirler (Karakaş ve Yılmaz, 2011: 94).

Türkiye'de 2003 yılında uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile neoliberal dönüşüme uygun biçimde sağlık hizmetleri reforma tabi tutulmuştur. Bu süreçte sağlıkta özelleşme, devlet desteği ile ön plana çıkmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sayısı hızla artan özel hastaneler, Türkiye'de sağlık turizmi açısından da oldukça ilgi bulmuştur. 2012 yılına ait verilere göre Türkiye'ye sağlık turizmi için gelenlerin %9'u devlet hastanelerini tercih etmişken %91'i özel hastaneleri tercih etmiştir (Karafazlı, 2013: 86). Sağlık turizminin gelişimi ülke ekonomisine ciddi katkıları olmakla birlikte,

Türkiye'deki yoğunluğu ve özel hastaneleri tercih etme oranları düşünüldüğünde Türkiye'de özel hastanelerin boyutu da anlaşılmaktadır.

ÜÇÜNÇÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Sağlık politikalarının belirlenmesi toplumsal değişimin oluşturduğu beklentiler doğrultusunda sürekli güncellenen bir alanı ifade etmektedir. Bu anlamda toplumsal ihtiyaçlar temel alınarak oluşturulan sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin niteliğinde de önemli değişimlere yol açmaktadır. Devletler, dünya konjektöründe meydana gelen teknolojik ve sosyolojik gelişmeler ekseninde politika oluşturmaktadır. Bu bağlamda 1980’li yıllarda yaşanan gelişmeler ve bu paralelde neoliberal politikaların görünür hale gelmesi, dünya siyasetini oldukça etkilemiş ve birçok alanda yeni gelişmelerin yaşanmasına kaynaklık etmiştir. Neoliberal politikalar bütün alanlarda olduğu gibi sağlık alanını da kapsamına alarak, sağlık hizmetlerinin verilmesinde özel sektörün hâkimiyet alanını gittikçe genişletmiştir. Özel sektörün özel hastaneler, ilaç şirketleri, tıbbi teknoloji gibi birçok faktör üzerinden gelişmesinin önünü açan bu süreç, sağlık hizmetlerinin piyasa dengelerine göre şekil almasına neden olmuştur.

Araştırmanın konusu, neoliberal politikalar ekseninde gelişen özel hastanelerin sağlık hizmetlerinin sunulmasında yarattığı değişimdir. Sağlık hizmetlerinde neoliberal politikaların en somut yansıması özel hastaneler ile görünmektedir. Nitekim 1980’den sonra uygulanan neoliberal politikalar ile paralel özel hastaneler desteklenmiş ve günümüzde özel hastane sayısı ciddi bir boyuta ulaşmıştır. Bu anlamda özel hastaneler sağlık hizmetlerinin değişimi noktasında yeni bir dönemi ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında özel hastanelere herkesin ulaşamaması ciddi bir eşitsizliğe kapı aralarken, aynı zamanda özel hastaneler, hizmeti müşteri memnuniyeti esasıyla yürüterek, daha kaliteli bir hizmetin sunulmasını da sağlayabilmektedir. Bu bağlamda çalışmanın ana konusu, sağlıkta neoliberal politikaların ve bunun somut bir görünümü olarak özel hastanelerin sağlık hizmetini gittikçe ticarileştirdiğine odaklanmaktadır. Bu anlamda özel hastanelerde hasta hizmet süreci, doktor hasta ilişkisi, özel hastaneler ve devlet hastanelerinin belli noktalarda karşılaştırması gibi noktalar çalışmanın konusu bağlamında üzerinde durulacak temel noktaları oluşturmaktadır.

2. ARAŞTIRMANIN AMACI

1980’li yıllardan sonra sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde özel sektörün rolü görünür hale gelmiş ve özel hastaneler sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli bir

yer edinmeye başlamıştır. Özel hastanelerin kuruluşundaki temel amaç daha kaliteli ve verimli bir sağlık hizmetini verebilmektir. Fakat bu amaçla sağlıkta özel hastanelerin rolü yükseltirirken, sağlık hizmeti ekonomik bir alana dönüşmüş ve önemli bir eşitsizliğin kaynağını oluşturmuştur. Özünde hizmet etme anlayışını taşıyan sağlık hizmetinin, ekonomik bir bedele karşılık yürütülmesi ve tedavi niteliğinin bu bedelin miktarına göre değişim göstermesi, sağlık hizmetlerini hizmet anlayışından uzaklaştırmış ve para karşılığı yürütülen bir sektör haline getirmiştir.

Bu araştırmanın amacını, sağlık hizmetlerinin hizmet niteliğinde değişime neden olan ve bu alanı ekonomik ilişkilerin hâkim olduğu bir alana dönüştüren nedenleri ortaya koyabilmek oluşturmaktadır. Özel hastaneler, sağlık hizmetini niteliksel olarak dönüştürüp ekonomikleştirmesine rağmen, bu hastanelere yönelik talep yoğunluğunda herhangi bir azalma olmamaktadır. Devlet hastaneleri ile karşılaştırıldığında, özel hastaneler önemli bir talep yoğunluğunu oluşturmaktadır. Çalışmanın amaç olarak odaklandığı temel noktalardan bir tanesi de özel hastanelerin talep edilmesindeki nedenleri ortaya çıkarmaktır.

3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Araştırmada hastaların ekonomik durumu, eğitim seviyeleri, meslekleri, hastaların sağlık hizmetlerinden beklentileri ve genelde sağlık hizmetlerinin, özelde ise özel hastanelerin hasta gözündeki imajı gibi faktörlere odaklanılarak, hastayı özel hastaneye yönelten nedenler, bilimsel yöntemler ile araştırılıp tespit edilemeye çalışılmıştır. Bu bağlamda sağlıkta neoliberal politikaların ve buna bağlı olarak özel hastanelerin, sağlık hizmeti sunumunda oynadığı rolün anlaşılabilmesi adına çalışma literatüre önemli katkı sağlayacaktır.

Literatür taraması neticesinde görülmüştür ki yapılan yüksek lisans ve doktora çalışmaları çoğunlukla sağlık bilimleri gibi alanlarda yoğunlaşmış ve araştırmalar ilgili bölümler ile sınırlı kalmıştır. Sosyolojik perspektif ile yapılan çalışmalar bulunmakla birlikte, bu alanda önemli bir boşluğun olduğu da ifade edilmelidir. Özellikle sağlık sosyolojisi çalışmaları oldukça sınırlı bir sayıda olmakla birlikte, bu çalışmaların genelde spesifik denilebilecek konulara odaklandığı görülmüştür. Bu bağlamda beslenme, kültür ve sağlık, sağlık ve toplumsal cinsiyet, doktor hasta ilişkileri, geleneksel tıp gibi başlıkların etrafında şekillenen bu çalışmaların, sağlık hizmetleri ile alakalı bir noktaya yoğunlaşarak genelde bu nokta üzerinden şekillendiği görülmüştür.

Bu çalışmanın sağlık hizmetlerinde yaşanan birçok konuya temas etmesi, sağlık hizmetlerinde yaşanan birçok problemi belli bir sistematığe bağlı analiz etmesi araştırmanın diğer çalışmalardan farkı ve literatürdeki özgünlüğü açısından vurgulanması gereken bir husustur. Bu bağlamda özel hastanelerin sağlık hizmetlerinin sosyolojik bir perspektif ile değerlendirilmesi ve bu hastanelerin sağlık hizmetlerinin değişimi noktasında oynadığı rolün anlaşılabilmesi adına bu çalışma önem ifade etmektedir.

Çalışmada neoliberal politikaların sağlık hizmetleri alanında oluşturduğu değişimler bağlamında sağlık hizmetlerinin sunulmasında yaşanan eşitsizlikler, hastaların hastane tercihlerinde belirleyici olan etkenler, hastaların hastane ve sağlık personellerine karşı güven duygusu, hizmet kalitesinin devlet hastaneleri ve özel hastaneler biçiminde karşılaştırması, doktor hasta ilişkilerinin karşılaştırmalı analizi gibi konular ele alınmıştır. Bu konularda yapılan değerlendirme ve analizler nitel araştırma yöntemi kullanılarak elde edilen bulgular neticesinde yapılmıştır. Bu anlamda çalışmada sağlık alanındaki birçok konunun ve problemin belli bir bütünsellik içinde ele alınmasının literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bakımdan özellikle özel hastanelerin sağlık hizmetlerinin birçok yönüyle saha bulgularından yararlanarak analiz edilmesi anlamında çalışmanın özgün olduğu düşünülmektedir.

4. ARAŞTIRMANIN KAPSAM VE SINIRLILIKLARI

Sağlık hizmetlerinde neoliberal politikaların benimsenmesine paralel önemli dönüşümler yaşanmıştır. Bu süreçte özel hastaneler sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yer edinerek, sağlık hizmetlerinin piyasa dengelerine göre şekil almasına sebep olmuştur. Araştırmanın odağını, sağlık hizmetlerini hizmet anlayışından uzaklaştırıp, maddi karşılıkla yürütülen bir sektör haline gelmesini sağlayan gerekçeler oluşturmaktadır.

Araştırmanın evrenini Ağrı, Muş, Patnos'ta bulunan özel hastanelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmış hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise bu şehirlerde bulunan özel hastanelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmış Ağrı'dan 10 Muş'tan 15 ve Patnos'tan 10 kişilik hasta gurupları seçilerek oluşturulmuştur. Bu hastalara araştırmanın amacına uygun görüşmeler yapılarak, sorular yöneltmiştir.

Türkiye'de bulunan bütün özel hastanelerle bağlantının kurulması araştırmanın amacına daha sağlıklı bilgilerin sunulmasını sağlayacaktır. Fakat araştırmanın tek kişi

tarafında yürütülmesi ve hastane sayısının çok fazla olması araştırmanın bu biçimde yapılmasını engelleyerek, araştırmanın yürütülmesinde bir sınırlılık olarak ifade edilebilir. Araştırmanın planlanması aşamasında, araştırmanın evreni olarak, lisans eğitimimi tamamladığım Muş, yaşadığım yer olarak Ağrı ve yüksek lisans eğitimimi sürdürdüğüm Afyonkarahisar'da bulunan özel hastaneler düşünülmüştür. Fakat öngörülemeyen bir şekilde corona virüs salgını başlamış ve bütün dünyada adeta bir kaos ortamını yaratmıştır. Bilindiği gibi bu süreçte eğitime ara verilmiş, şehirlerarası seyahat kısıtlamaları, sokağa çıkma yasakları gibi birçok önlem alınmıştır. Bu süreç araştırmanın ilk safhasındaki planın değiştirilmesine neden olarak, Afyonkarahisar yerine Patnos'taki özel hastanenin evren olarak seçilmesine neden olmuştur.. Bu bağlamda araştırma sürecinde salgın hastalığın olması, konunun hasta ve hastanelerle ilişkili olması, araştırma açısından ciddi bir sınırlılığı oluşturmuştur. Aynı zamanda hastane ve hastaların görüşmeye ikna edilmesi de araştırma açısından bir sınırlılığı oluşturmuştur.

5. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bilimsel araştırmalarda hedeflenen temel amaç, araştırmanın problem olarak gördüğü soruya yanıt bulabilmektir. Bu anlamda yapılan araştırmalarda, güvenilir ve geçerli bilgilere ulaşmak, gerek istenilen cevapları bulmak ve gerekse çalışmanın bilimselliği açısından oldukça önem ifade etmektedir. Bu bağlamda bilimsel araştırmalarda hedeflenen bilgileri elde edebilmek adına izlenen yola yöntem denilmektedir (Gönç Şavran, 2012: 65).

Bu araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada nitel yöntem kullanıldığından dolayı bunun üzerinde durulacaktır. Bu çalışmada nitel araştırma yönteminin kullanılmasının temel nedeni toplumsal gerçekliği, toplumsal aktörlerin gözünden, onların yaşanmışlıkları üzerinden inceleme imkânını sunmasından ötürüdür. Nitekim olguları deneyimleme süreci toplumsal ve kültürel duruma göre değişkenlik gösterdiği gibi her aktörün bu süreci anlamlandırma biçimi de farklılaşabilmektedir. Nitel yöntemin sosyal olguları kendi bağlamı içinde, yorumlayıcı bir yaklaşımla incelemesi, incelenen konuyu da derinlemesine kavramayı sağlamaktadır. Bu anlamda araştırmanın konusu bağlamında özel olarak her hastanın ekonomik, sosyal, kültürel, eğitsel durumu farklılaşmaktadır. Her hasta farklı bir sosyal tabakada yer almakta ve her hastanın sübjektif durumuna göre hastanelere ve sağlık sektörüne yönelik yaklaşımı da farklılaşmakta, düşünce ve algıları değişkenlik göstermektedir. Bundan kaynaklı

toplumsal gerçekliği, söz konusu farklılıkları dikkate alarak, onların perspektifinden görebilmek önem ifade etmektedir.

“Nitel kavramı; nicelik, kapsam, yoğunluk ya da frekans terimleriyle kesin olarak sınıp ölçülemeyen süreçlere ya da anlamlara vurguda bulunur” (Kuş, 2012: 106). Nitel araştırma bireylerin ya da gurupların toplumsal problemlere yükledikleri anlamları ortaya çıkarma ve anlamaya ilişkin yorumlayıcı bir yaklaşımla yürütülen araştırma yöntemidir (Creswell, 2013: 44). İnsanı esnek bir yaklaşımla tetkik etme olanağını sunan bu yöntem, sosyal bilimler alanında özellikle tercih edilmektedir. İnsanın kendine has, sübjektif niteliğinden ötürü insan ilişkilerinde iletişimsizlik, karmaşıklık ve anlaşmazlık gibi birçok sorun görülebilmektedir. İnsan yapısının ve insan ilişkilerinin bu özellikleri nitel araştırma yöntemine olan gereksinimin nedenleri olarak görülmektedir (Yılmaz, 2016: 76).

Nitel araştırma, fiziksel olguların incelendiği yöntemlerden farklı olarak, sosyal süreçlerin zamana ve içinde bulunulan kültüre göre değişen yapısından ötürü, sosyal süreçlerin kendi bağlamı içinde incelenmesi gerektiğini savunan yorumlayıcı yaklaşımı esas alır. Bu araştırma yönteminin birçok özelliği ile birlikte, sosyal olguları parçalara bölmeden, bütüncül bir perspektifle kavramaya çalışması ve incelenen olguyu kendi bağlamı içinde, deneyimleyenlerin bakış açısıyla, derinlemesine incelemesi oldukça önem ifade etmektedir. Nitel araştırma yöntemi, nicel araştırmalarda açıklama merkezli gelişen ne, ne kadar, nerede gibi soruların aksine, neden, nasıl gibi anlama merkezli gelişen sorularla, sosyal süreçlere yönelik derin bir yaklaşımı kavramayı hedeflenmektedir (Gönç Şavran, 2012: 69). Nitel araştırmalarda sayısal verilerden ziyade araştırmacılar, görüşülen kişilerin düşünce ve deneyimlerinden hareket eder ve bu fikirleri kendi bağlamları içinde değerlendirerek, tümevarımsal bir yaklaşımla incelerler. Nitel araştırmacılar olayları belgelemeyi, görüşmecilerin görüşlerini jest, mimik, kullanılan cümlelerle gözlemleyerek kaydetmeyi gerektirir. Bu durumların tamamı nicel verilerde olduğu gibi toplumun ve dünyanın somut görünümleridir (Neuman, 2014: 233).

Toplumsal süreçler birbirleriyle etkileşim halindedir. Bu anlamda sürekli değişen, farklı, karmaşık ve belirsiz niteliktedirler. Bu özelliklerinden ötürü sosyal olguların birbirleriyle olan ilişkilerinin yönünü kestirebilmek olanaksızdır. Bundan kaynaklı nitel araştırma yöntemi toplumsal olgular arasındaki nedensellik ilişkilerini tespit etme, tahmin ve genellemelerde bulunma amacını taşımamaktadır. Toplumun en

iyi bir şekilde tanımlanabilmesi için toplumu oluşturan sosyal aktörlerin, yani bireylerin anlamlı eylemlerine odaklanması gerektiğini benimseyen nitel yöntem, toplumsal gerçekliği anlamının, sosyal aktörlerin bakış açılarını ve algılarını anlamayla mümkün olduğunu kabul etmektedir. Bu bağlamda nitel araştırma yöntemi, sosyal aktörlerin deneyim ve algılarına odaklanarak, toplumsal gerçekliği bu perspektiften, kendi bağlamından koparmadan araştırmaktadır (Gönç Şavran, 2009: 85). Nitel araştırma yönteminin genel bir tanımını yapmak gerekirse; “gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi veri kullanma tekniklerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma olarak tanımlamak mümkündür”(Yıldırım ve Şimşek, 2000: 19).

5.1. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Nitel araştırma yönteminin en önemli özelliği, görüşülen aktörlerin yaklaşımlarını, algılarını, anlam dünyalarını aktörlerin perspektifi ile kavramaya çalışmasıdır. Bundan kaynaklı olarak nitel araştırmalarda bir veri toplama tekniği olarak kullanılan görüşme tekniğinin en temel niteliği de görüşülen insanların düşüncelerini, algı ve yaklaşımlarını derinlemesine bir şekilde kavramak ve bunları ortaya çıkarmaktır (Kuş, 2012: 87). Görüşme tekniği nitel araştırmalarda sıklıkla tercih edilen veri toplama tekniklerinden biridir (Kuş, 2012: 20). Görüşme tekniğinde, görüşülen kişilere açık uçlu sorular yöneltilir, alınan cevaplar dinlenerek kaydedilir. Aynı zamanda bu teknikle konunun amacına uygun, görüşmecilere ek sorular yöneltilerek, konuyu ayrıntılı ele alınması sağlanabilir. Derinlemesine görüşme tekniği, araştırmacının görüşülen kişilerle iletişime geçerek araştırılan konu hakkında ayrıntılı konuşmasını sağlar. Bu bakımdan görünüşte bütün araştırmacıların yapabileceği bir durum gibi görünüyorsa dahi, görüşme esnasında kabiliyet, motivasyon, görüşmeciyi anlama ve disiplin gerektiren bir süreçtir. Nitekim görüşme tekniğinde araştırmacı, daha önce bir araya gelmediği ve yabancı olduğu bir kişi ile belli bir konu hakkında, klasik bir görüşmeden farklı bir yoğunlaşma ile iletişim kurmaktadır. Bundan kaynaklı görüşme esnasında araştırmacının motivasyonu ve özeni önem ifade etmektedir (Kümbetoğlu, 2008: 71-72).

Bu çalışmada nitel araştırma yönteminde kullanılan görüşme tekniğinin, yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme türü kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme türü, yapılandırılmış görüşme türüne göre daha esnek bir yapıda olmasından ötürü tercih edilmiştir. Bu görüşme tekniğinde araştırmacı önceden

hazırladığı sorularla bir görüşme protokolü oluşturur. Aynı zamanda araştırmacı görüşme sürecinde, görüşmeyi kanalize etme adına ek ya da alt sorular sorabilir. Bu şekildeki sorularla görüşmecinin konunun derinliğine inmesini ve konuyu ayrıntılandırmasını sağlayabilir. Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniğinin araştırmacıya sağlamış olduğu en önemli avantaj, görüşmenin önceden hazırlanmış protokolle sürdürülmesi ve aynı zamanda önemli bir esnekliğe de sahip olmasından ötürü, sistematik ve karşılaştırılabilir bilgileri elde etme imkânını vermesidir (Türnüklü, 2000: 547). Araştırmada genel olarak görüşme tekniğinin tercih edilmesindeki temel neden, araştırmanın konusuna ve amacına uygun deneyimlere sahip olan aktörlerin bilgi ve yaşamışlıklarını derinlemesine bir şekilde kavrayıp, bunlardan yararlanmaktır.

5.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Ağrı, Muş ve Patnos'ta bulunan özel hastanelerde tedavi görmüş ve bu hastanelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmış hastalar oluşturmaktadır. Evreni temsil ettiğine inanılan, Muş, Ağrı ve Patnos'ta bulunan özel hastanelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmış Ağrı'dan 10, Muş'tan 15 ve Patnos'tan 10 kişilik hasta gruplarına, amaçlı nitel örneklem tekniği kullanılarak ulaşılmıştır. Amaçlı nitel örneklem tekniği; "Araştırmacının önce örnek olayların ya da kişilerin seçileceği genel kategorileri belirlediği ve daha sonra her bir kategoride önceden belirlenmiş örnek olay sayısına ulaşmak için örnek olayları seçtiği rastlantısal olmayan bir örneklemdir" (Neuman, 2014: 322). Araştırmanın örneklemini oluşturan bu hastalara, araştırmanın konusu ve amacına göre yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak sorular yöneltilmiş ve görüşmeler yapılmıştır. Ayrıca araştırmanın örnekleminde yer alan hastaların devlet hastanesi deneyimi de bulunmaktadır. Bu durum elde edilen bulguların karşılaştırma yapabilme olanağı tanıyabilmesi açısından anlamlı görülmektedir.

Araştırmanın evren ve örneklemini her ne kadar Ağrı, Muş ve Patnos'taki özel hastanelerde tedavi görmüş hastalar oluşturuyor olsa dahi, araştırma neticesinde elde edilen bulguların, genel olarak Türkiye'deki özel hastanelerin sağlık hizmetleri açısından değerlendirilebilecek nitelikte olduğu düşünülmektedir. Bu bakımdan araştırmanın evreni kapsamında elde edilen bulguların, Türkiye'de ki özel hastanelerin sağlık hizmetlerinden yararlanan hastalardan da kolayca elde edilebilecek nitelikte olduğu öngörülebilmektedir.

Özel hastaneler 2000’li yılların başına kadar sadece büyük kentlerde veya talebin olabileceği, dolayısıyla nüfus yoğunluğunun olduğu kentlerde yoğunlaşırken, günümüzde Türkiye’nin neredeyse her yerinde özel hastane görmek mümkün hale gelmiştir. Ekonomik durumu iyi olup üst sosyal tabakalara mensup insanların gelişmiş şehirlerde yaşayabileceği düşünüldüğünde, özel hastanelerin de bu yerlerde yoğunlaşması anlaşılır bir durumdur. Nitekim bu insanlar estetik, güzellik ve beden sağlığına önem verebilecek imkânlarla sahip olmakla birlikte, bu konularda harcama yapmaktan da çekinmemektedirler. Bu bağlamda özel hastanelerin kâr getirisi yüksek olan bu potansiyeli değerlendirmesi anlaşılmaktadır. Fakat günümüzde özel hastaneler sadece üst sınıfların ulaşabileceği sağlık hizmetlerine değil, sosyo-ekonomik anlamda gelişmemiş, dar gelirlili insanların yaşadığı yerlerde de yatırım yapabilmektedirler. Bu yerlerde sadece temel sağlık sorunlarıyla ilgili olan ve toplumun sosyo-ekonomik durumundan ötürü oluşabilecek sağlık sorunlarından kaynaklı tahliye, genel cerrah, kadın doğum gibi hizmetlere ağırlık verilerek kâr hesabının yapılabilirdiği görülmektedir.

Türkiye’de illerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasına bakıldığında Ağrı sondan ikinci, Muş’un ise sondan üçüncü şehir olduğu görülmektedir (Acar vd., 2019: 35). Bu illerde bulunan özel hastanelere bakıldığında doğum oranlarının yüksek olmasından kaynaklı kadın doğumun, temel sağlık problemlerinden kaynaklı olarak ta diğer bazı polikliniklere yer verildiği görülmektedir. Bu bağlamda araştırmanın evreninin belirlenmesinde bu illerin seçilmesi, özel hastanelerin ticari ve kâr mantığının anlaşılabilmesi adına anlamlı görülmüştür. Patnos’un evrende tercih edilmesinin, araştırma sürecinde karşılaşılan sınırlılıkların etkisi olmakla birlikte, yakın olması, araştırmanın sağlıklı yapılabilmesi için uygun şartlara sahip olması ve araştırmanın evrenini zenginleştirebileceği düşünüldükten yer verilmiştir.

5.3. VERİ ANALİZ YÖNTEMİ

Bu çalışmada nitel araştırmanın fenomenolojik deseni ve yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniği ile elde edilen veriler, veri analiz yöntemlerinden betimsel analiz yöntemi kullanılarak analiz edilip yorumlanmıştır.

Betimsel analizde görüşmeler neticesinde ulaşılan veriler, oluşturulmuş olan temalara göre özetlenerek yorumlanır. Veriler görüşme sorularının oluşturacağı temalara göre analiz edilebileceği gibi doğrudan sorular da tema olarak kullanılabilir. Betimsel analizde aktörlerin görüşlerinin özgün biçimini korumak

ve çarpıcı noktalara yer vermek adına doğrudan alıntılara sık bir şekilde yer verilmektedir (Yıldırım ve Şimşek: 2000: 158-159). Araştırmada betimsel analizin tercih edilmesindeki temel amaç, görüşmecilerin düşüncelerini ve görüşlerini özgün biçimde yansıtabilmektir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE YORUMLAR

1. DEMOGRAFİK ANALİZ

Tablo 1. Demografik Analiz

	Gittiği Poliklinik	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Medeni Durum	Yaptığı İş	Aylık Gelir
M1	Covit-19	47	Erkek	Ortaokul	Evli	Ticaret	4-5 Bin
M2	Kadın Doğum	25	Kadın	Ön lisans	Evli	Ev hanımı	4-5 Bin
M3	Kadın Doğum	25	Kadın	Ortaokul	Evli	Ev hanımı	4-5 Bin
M4	Kadın Doğum	37	Kadın	Lisans	Bekâr	Kütüphaneci	5000
M5	Dahiliye+Acil	34	Kadın	Doktora	Evli	Arş. Gör.	9000
M6	Göz+ Acil	31	Erkek	Lisans	Bekâr	Memur	5000
M7	Diyetisyen	25	Kadın	Yüksek Lis.	Bekâr	Arş. Gör.	9500
M8	Acil	34	Erkek	Doktora	Bekâr	Dr.Öğr.Gör	9000 +
M9	Andokroloji	38	Kadın	Lisans	Evli	Hemşire	5000
M10	Göğüs	41	Kadın	Ortaokul	Evli	El Sanatları	2-3 Bin
M11	Dâhiliye	42	Erkek	Ortaokul	Evli	Serbest Mes.	3000
M12	Nöroloji	46	Kadın	Yok	Evli	Ev hanımı	Eşi:4-5 Bin
M13	Üroloji	25	Erkek	Lisans	Bekâr	Memur	4-5 Bin
M14	Dâhiyle	25	Kadın	Lisans	Evli	Ev hanımı	Eşi: 2800
M15	Ortopedi	22	Erkek	Lise	Bekâr	Esnaf	7-8 Bin
A1	Kadın Doğum	28	Erkek	Lisans	Evli	Öğretmen	4-5 Bin
A2	Üroloji	26	Erkek	Lisans	Bekâr	Çiftçi	3-4 Bin
A3	Dâhiliye	24	Erkek	Lisans	Bekâr	Sporcu	500
A4	Ortopedi	25	Erkek	Lise	Bekâr	Öğrenci	1500
A5	Dâhiliye	21	Erkek	Lise	Bekâr	Öğrenci	1500,2000
A6	Ortopedi	19	Erkek	Lise	Bekâr	Öğrenci	3-4 Bin
A7	Dâhiliye	31	Erkek	Lisans	Evli	Kurs Hocası	3-4 Bin
A8	Dâhiliye	28	Kadın	Lisans	Evli	Ev hanımı	3-4 Bin
A9	Ortopedi	32	Erkek	Lisans	Bekâr	Esnaf	3000
A10	Genel Cerrah	46	Erkek	Lisans	Evli	Esnaf	4000
P1	Dâhiliye	24	Kadın	Ön Lisans	Bekâr	Ücretli Öğret.	2000
P2	Dâhiliye	31	Erkek	Lisans	Evli	Esnaf	4-5 Bin
P3	Dâhiliye	34	Erkek	İlkokul	Bekâr	Esnaf	5-6 Bin
P4	Ortopedi	37	Erkek	Ön Lisans	Evli	Esnaf	6-7 Bin
P5	Dâhiliye	39	Erkek	Lise	Bekâr	Çiftçi	3-4 Bin
P6	Kardiyoloji	53	Erkek	İlkokul	Evli	Esnaf	5-6 Bin
P7	Acil	22	Erkek	Lise	Bekâr	Hazırlık Öğr.	-
P8	Covit-19	18	Kadın	Lise	Bekâr	Öğrenci	-
P9	Dâhiliye	24	Kadın	Lisans	Bekâr	Muhasebeci	2800
P10	Göz	19	Kadın	Lise	Bekâr	Hazırlık Öğr.	-

Bu araştırmanın evrenini oluşturan ve söz konusu görüşmelerin gerçekleştirildiği şehirlerin demografik yapısına bakıldığında, bu illerin sosyo-ekonomik anlamda Türkiye iller sıralamasında en alt sıralarda yer aldığı görülmektedir. Araştırmanın evrenini oluşturan şehirlerin hastane sayısına bakıldığında ise her ilde bir özel hastane ve bir de devlet hastanesi bulunmaktadır.

Araştırmanın evrenini oluşturan şehirlerden biri olan Ağrı toplamda 542,225 nüfusuyla Türkiye’de nüfus sayısı bakımında 39. sırada yer almaktadır. Sosyo-ekonomik anlamda Türkiye iller sıralamasında en alt sıralarda yer alan Ağrı’nın ekonomisi tarım ve hayvancılık merkezlidir. Türkiye İstatistik Kurumu’nun verilerine göre kişi başı gayri safi yurtiçi hasılda Ağrı Türkiye iller sıralamasında en son sırada yer almaktadır (Kaya, 2018: 2).

Ağrı’da toplam uzman hekim (özel hastanelerde dâhil) sayısına bakıldığında 2000 yılında 21 uzman hekim bulunurken, 2015 yılında bu sayı 224’e yükselmiştir. Bu bağlamda Ağrı ilinin toplam nüfusuna göre on bin kişiye 4,09 uzman hekim düşmektedir. Ağrı ilinin toplam hekim sayısına bakıldığında ise 519 hekim bu ilde çalışmaktadır. Bu anlamda on bin kişiye 9.48 hekim düşmektedir (Çınar, 2018: 47-48). Ağrı ilinin eğitim durumuna bakıldığında ise %7 lisans ve üzeri eğitime sahipken %93’ünün ise diğer eğitim seviyelerine sahip olduğu görülmüştür (www.endeksa.com). Bu oranlar Ağrı ilinin eğitim düzeyi bakımından da son sıralarda yer aldığını göstermektedir.

Araştırmanın evrenini oluşturan şehirlerden biri olan Muş ilinin toplamda 411,117 nüfusu bulunmaktadır. Bu sayının %50,99’unu erkekler oluştururken, %49,01’ni ise kadınlar oluşturmaktadır (www.endeksa.com). Ekonomisinin merkezini tarım ve hayvancılık oluşturan bu ilin, sosyo-ekonomik anlamda Türkiye iller sıralamasında alt sıralarda yer aldığı ifade edilebilir.

Muş ilinde çalışan hekim sayılarına bakıldığında, çalışan uzman hekim sayısı (özel hastanelerde dâhil) 161 iken, pratisyen hekim sayısı ise 202’dir. Hekim başına düşen kişi sayılarına bakıldığında ise uzman hekimlere 2554 kişi, pratisyen hekimlere ise 2035 kişi düşmektedir. Genel olarak hekim başına ise 1133 kişinin düştüğü görülmektedir (www.muş.gov.tr). Muş ilinin eğitim durumuna bakıldığında ise Muş nüfusunun %11’i lisans ve üzeri eğitime sahipken %89’unun ise diğer eğitim

seviyelerine sahip olduğu görülmektedir (www.endeksa.com). Bu oranlar Muş ilinin eğitim düzeyinin oldukça alt sıralarda yer aldığını göstermektedir.

Evreni oluşturan Patnos'un demografik özelliklerine bakıldığında ise Ağrı'nın ilçesi olması hasebiyle, çoğunlukla Ağrı ile benzer özelliklere sahip olduğu ifade edilebilir. 123,203 kişilik nüfusa sahip olan Patnos'un %59'unu genç nüfus oluştururken %35'ini orta ve %6'sını yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Patnos nüfusunun eğitim durumuna bakıldığında ise %5 lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahipken %95'inin ise diğer eğitim durumlarına sahip olduğu görülmüştür (www.endeksa.com). Araştırmanın evrenini oluşturan şehirlerin ekonomi, sağlık, eğitim gibi alanlarda Türkiye'deki diğer şehirlere oranla oldukça alt sıralarda yer aldığı belirtilebilir. Bu şehirlerde toplumun büyük çoğunluğunu dar gelirli toplumsal kesimler oluşturmaktadır. Sosyo- ekonomik anlamda düşük standartlara sahip olan bu şehirlerde, özel hastanelerin yatırım yapması ve yatırım alanlarını da toplumun talep edebileceği alanlar üzerinden organize etmesi, neoliberal politikaların derinliği ve kapsayıcılığı açısından oldukça anlamlıdır.

Görüşmeler Ağrı merkezde 10 Muş merkezde 15 ve Patnos'ta 10 kişi olmak üzere toplamda 35 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin kategorilendirilmesi ve kodlanması, şehirlerin baş harfleri baz alınarak yapılmıştır. Görüşmecilerin sadece kadın ya da sadece erkek olması ile yapılacak bir çalışmanın eksik kalabileceği düşünüldüğünden kadın- erkek seçiminde belli bir denge gözetilerek, görüşmeler 14 kadın ve 21 erkek ile gerçekleştirilmiştir. Nitekim toplumumuzda sosyo-ekonomik anlamda kadın ile erkeğin rolleri farklılaşmaktadır. Bu anlamda kadın ile erkeğin olay ve olgulara yönelik bakış açıları, duyguları ve düşünceleri de değişkenlik gösterebilmektedir. Bu bakımdan farklı yaklaşımları yakalayabilme olanağı artarken, aynı zamanda kadın ile erkeğin üstlenmiş oldukları roller çerçevesinde olguları görebilme imkânı da artmaktadır. Görüşmecilerin eğitim durumlarına bakıldığında; 14'ü lisans, 7'si lise, 5'i ortaokul, 3'ü ön lisans, 2'si ilkokul, 2'si doktora, 1'i okula gitmemiş ve 1'i de yüksek lisans mezunu şeklinde dağılım göstermektedir. Bu dağılıma bakıldığında her eğitim kademesinde görüşmecinin olduğu görülmektedir. Bu anlamda görüşmecilerin eğitim durumlarının değişkenlik göstermesi, sağlık hizmetlerinin gözlemlenmesini, her eğitim seviyesine sahip aktörlerin penceresinden görebilme imkânını sunmaktadır. Bu bakımdan eğitim seviyesinin insanların dünya görüşlerini,

yaklaşımlarını ve gözlemlerini etkileyebilen önemli bir faktör olduğu düşünüldüğünde, görüşmecilerin eğitim durumlarının değişkenlik göstermesi anlamlı görülmektedir.

Görüşmecilerin medeni durumlarına bakıldığında 19 kişi bekâr ve 16 kişi evlidir. Görüşmecilerin gelir durumları ise askeri ücretin altından başlayıp 7000 ve üzeri gelire sahip olanlar biçiminde dağılım göstermektedir. Bu anlamda görüşmecilerden 12'si 0-3001, 16'sı 3001-5001, 3'ü 5001-7001 4'ü ise 7001 ve üzeri şeklinde dağılım göstermektedir. Görüşmecilerin gelir dağılımına bakıldığında dar gelirliler, orta gelirliler ve üst gelirliler şeklinde bir dağılım olduğu görülmektedir. Görüşmecilerin yaş aralığına bakıldığında 18'kişi 18-29, 11 kişi 30-39 ve 6 kişinin ise 40-59 yaş aralığına sahip olduğu görülmektedir. Görüşmecilerin gittikleri polikliniklere bakıldığında genel olarak temel sağlık hizmetleri ile ilgili olan polikliniklere gidildiği görülmektedir. Bu anlamda ağırlıklı olarak dâhiliye, kadın doğum, ortopedi ve acil gibi bölümlere gidildiği görülmektedir. Aynı zamanda özel hastanelerin poliklinik açarken dikkat ettikleri temel noktalardan bir tanesi de polikliniğe olan taleptir. Nitekim özel hastanelerdeki polikliniklere bakıldığında, bulunulan bölgeye göre hangi poliklinik daha yoğun tercih ediliyorsa ağırlığın o polikliniğe verildiği gözlemlenmektedir. Bu anlamda hastaların poliklinik tercihleri ile hastanelerin poliklinik açma politikasının paralellik gösterdiği görülmektedir.

2. HASTALARIN HASTANE TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sağlık hizmetlerinde neoliberal politikaların uygulanmasına paralel özel sektör birçok açıdan desteklenmiş ve özel hastane sayısında ciddi bir artış yaşanmıştır. Neoliberal politikalar ile özel hastane sayısında yaşanan artış, kamu hastanelerinin yanında özel hastanelerin de güçlü bir alternatif oluşturmasına neden olmuştur. Özel hastanelerin esasen kuruluş mantığında verimliliği ve kaliteyi artırmayı hedefleyen bir amaç bulunurken, günümüzde ekonomi politikalarının ve buna bağlı özel hastanelerin sağlık hizmetlerini ticarileştirdiği ve alınıp satılabilen bir metaya dönüştürdüğü görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde neoliberal politikalar sadece özel hastanelerle değil, sağlık hizmetlerinin neredeyse bütün alanlarında olduğu gibi kamu hastanelerinde de birçok açıdan etkili olmaktadır. Devlet hastanelerinde ilaç şirketleri, tıbbi cihaz sektörü, temizlik hizmetleri gibi birçok faktör üzerinden etkili olan bu süreç, özellikle uygulanan performans⁵ bağlı ücretlendirme sistemi ile sağlık hizmetinin niteliğini de ciddi

⁵ Performans sistemi; doktorların baktıkları hasta sayısı kadar ücret almaları şeklinde olan bir ücretlendirme sistemidir.

biçimde etkilemektedir. Özel hastanelerde daha çok müşteri memnuniyeti esası ile yürütülen sağlık hizmeti, devlet hastanelerinde hastayla daha az zaman geçiren, hızlı ve performansı artırmaya yönelik bir hizmet anlayışının benimsendiği belirtilebilir. Bu durum sağlık hizmetlerinin niteliğinde önemli değişimleri oluşturarak, devlet hastanelerinde ve özel hastanelerde niteliksel anlamda birbirinden oldukça farklı hizmetlerin yürütülmesine neden olmakta ve hastaların hastane tercihlerinde de belirleyici olmaktadır.

Devlet hastanelerinde genel olarak hizmet kalitesini olumsuz yönde etkileyen bu süreç, özel hastanelerde hizmetin daha kaliteli yürütülmesini sağlayarak, olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Devlet hastanelerinde hasta hizmet sürecinde daha fazla hasta bakma yaklaşımı benimsendiğinden ötürü, hastaya daha az zaman ayrılmakta ve dolayısıyla hastayla daha az ilgilenilmektedir. Bu durum hastalığa çözüm geliştirme ve hastayı tedavi etme sürecinde daha yüzeysel olduğunu göstermektedir. Bu anlamda devlet hastanelerinde yüzeysel, zaman ayırmayan, resmi ve hastayla yakınlık kurmayan hizmet süreci, hastaların kamu hastanelerine yönelik algılarında belirleyici olan faktörlerdir. Buna karşılık özel hastanelere bakıldığında, ticari yaklaşım benimsendiğinden ötürü, esasen müşteriye memnun etme ve müşterinin bir dahaki sefere aynı hastaneyi tercih etmesini sağlayabilmek amaçlandığından ötürü hastayla daha fazla zaman ayırıp ilgilenen, yönlendiren, samimi ve yakınlık kuran ve bu anlamda hastanın kendisini özel hissettiği bir yaklaşım benimsenmektedir. Bu bağlamda hastalarla yapılan görüşmeler neticesinde konuyla ilgili olarak şu düşünceler ifade edilmiştir;

“Beni özel hastaneye yönelten birinci neden özel hastanenin hastaya özel hissettirdiği içindir. Mesela direk randevu alabiliyorum, gittiğimde sıram hemen geliyor, doktor kapısında çok beklemiyorum. Doktorun yanına gittiğimde devlet hastanesindeki doktorlar gibi yukardan direk kontrol etmiyor beni. Devlet hastanesine gittiğimde doktor sandalyesinde oturup yukardan teşhis koyuyor. Özel hastaneye gittiğimde gelip kontrol etmesi, derdimi dinlemesi, daha samimi davranması onları tercih etmeme neden oluyor, devlet hastanesi bu noktada çok yetersiz...” (P1).

“Bunun temel sebebi şu; normal koşullarda devlet hastanesine gidildiğinde tam olarak bir ilgilenme durumu olmuyor. Sağlık çalışanları genelde hastaları başlarından salva derdindeler. O şeyi bildiğimden dolayı özel hastaneye gittim. Ana etken buydu yani. Özeldeki doktorlar bire bir ilgileniyorlar, sonuçta bir bedel ödeyip oraya gidiyorsun o bedelin de karşılığını alıyorsun yani” (M13).

Devlet hastanesinde uygulanan sağlık hizmetlerinde özellikle uygulanan performansla dayalı ücretlendirme sistemi, tedavi sürecinde doktor hasta iletişiminin genel olarak resmi ve hastaya yeterli zaman ayrılmadan sürdürülmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda hastayı memnun etme kaygısının olmaması, resmi ve otoritenin hastaya hissettirilmesi de hastanenin tercih edilmesinde önemli bir faktör olarak öne sürülmektedir. Buna karşılık özel hastanelerin müşteriye her açıdan memnun etme uğraşısı, özel hastanelerin sağlık hizmetini ön plana çıkarmaktadır. Özel hastanelerde sağlık personelinin her hastayla özel olarak ilgilenmesi, doktor otoritesinin kurulmaya çalışılmadığı, karşılıklı iletişime dayalı ilişki şekli, hastaların değer gördükleri hissettirilerek, müşteri memnuniyeti sağlanmaktadır. Bu durum hastaların hastane tercihinde önemli bir ölçüt olarak belirtilmektedir.

“Yani özel hastanede hoşça karşılandım. Hastane baya iyiydi. Devlet hastanesindeki sağlık hizmetinin iyi görmediğim için zaten özel hastaneyi tercih ettim. Daha detaylı baktıkları için. Yani orda kendimi rahat hissettiğim için daha iyi bir sağlık hizmeti aldığım için oraya gittim” (P2).

“ ...Örneğin bu doğu bölgesinde de 30 kişiye bakması gerekiyorken 60 kişiye bakılıyor. Devlet hastanesinde bir doktor günde 60 kişiye nasıl bakacak? Bundan dolayı özel hastaneler bence daha iyi hizmet veriyor. Devlet hastanesi çok kalabalık olduğu için sıkıntı oluyor. Özel daha iyi, daha temiz, daha güzel. İnsanlarla daha ilgileniyorlar...”(A2).

Katılımcıların görüşlerinde de görüldüğü gibi hastanelerde hastaya zaman ayrılması, ilgilenilmesi ve yakınlık kurulması gibi faktörlerin hastanelerin tercih edilmesinde oldukça belirleyici olmaktadır. Nitekim hastaların, devlette genelde bizimle ilgilenmiyorlar, yüzeysel ve hızlı bir şekilde muayene ediyorlar, hizmet sunumunda devlet hastanesi çok yetersiz gibi görüşleri ön plana çıkarken, buna karşılık özel hastanelerde ise sağlık personellerinin samimi olduğu, zaman ayırıp ilgilendiği ve bizi memnun etmeye yönelik bir hizmetin sunulduğu ifade edilmiştir. Bu bağlamda her iki hastanede de hastaların tercihlerinde özellikle ön plana çıkan temel faktörlerin zaman ayırma ve ilgilenme kavramları olduğu belirtilebilir.

Hastaların hastane tercihlerine etki eden faktörlere ilişkin yapılan bir araştırmada, hastaların hastaneyi tercih etmesinde en belirleyici kriterin temizlik ve

hijyen⁶ olduğu ifade edilirken, önemli ve belirleyici görülen bir diğer hususun da doktorların ve sağlık personelinin hastayla ilişkisi, tutum ve davranışları olduğu belirtilmiştir (Şantaş, vd., 2016: 27). Yine konuyla ilgili yapılan başka bir araştırmada da doktorların hastaya zaman ayırıp ilgilenmesi, hastayı hastalığı ile ilgili yeterli derecede bilgilendirmesi hastane tercihi açısından önemli kriterler olarak tespit edilmiştir (Işık, vd., 2016: 104). Bu bağlamda yapılan araştırmalarda da görüldüğü gibi hastaların hastane tercihlerinde, onlarla ilgilenilmesi ve dolayısıyla zaman ayrılması önemli faktörler olarak ön plana çıkmaktadır. Nitekim yukarıda görüşmecilerin görüşlerinde de ifade edildiği gibi özel hastanelerin tercih edilmesinde, devlet hastanelerindeki doktorların yüzeysel, ilgisiz ve bu anlamda daha fazla hasta bakma yaklaşımları hastaların tercihlerinde belirleyici olduğu vurgulanmıştır.

Günümüzde özel hastane sayısında yaşanan artışa rağmen, toplumun devlet hastanelerine yönelik talebinde ciddi bir artış bulunmaktadır. Örneği; Muş Devlet Hastanesi ve Muş Özel Şifa hastanesine bakıldığında 2020 Ocak ayından, 2020 Ekim ayına kadar, toplam 10 aylık bir zaman diliminde, devlet hastanesinde toplam 686748 kişi sağlık hizmeti görmüştür (Muş devlet hastanesi, 2020). Aynı zaman aralığında Muş Özel Şifa hastanesine bakıldığında ise 74083 kişi hizmet görmüştür (Muş özel şifa hastanesi, 2020). Görüldüğü gibi devlet ile özel hastane arasında ciddi bir fark görülmektedir. Bu anlamda toplumun sosyo-ekonomik durumu düşünüldüğünde, toplumun büyük bir bölümünü dar ve orta gelirli aileler oluşturmaktadır. Bu anlamda özel hastanelerin ticari odaklı yaklaşımı ile şekillenen hasta hizmet süreci, hastaların ciddi ödemelerle karşı karşıya kalmasına neden olmakta ve dolayısıyla ücretsiz olan kamu hastanelerini tercih etme olasılıklarını artırmaktadır. Fakat buna karşılık devlet hastanelerinde hasta yoğunluğunun çok fazla olması ve buna bağlı olarak yaşanan problemler, hizmet kalitesini de ciddi bir şekilde etkileyerek, insanların özel hastaneyi tercih etmesine neden olmaktadır. Nitekim yaptığımız görüşmelerde de ön plana çıkan temel nokta, devlet hastanelerinin aşırı yoğun olmasından dolayı özeline tercih edilmesidir. Hastalar genel olarak devlet hastanelerini birinci seçenek olarak değerlendirmektedir. Fakat devlet hastanesinin aşırı yoğunluğu ve buna bağlı hizmette yaşanan sıkıntılar, ikinci planda yer alan özel hastanenin tercih edilmesine neden olmaktadır. Bu bağlamda görüşmecilerin konuyla ilgili düşüncelerine aşağıda yer verilmiştir;

⁶ Hastanelerin temizlik ve hijyeniyle ilgili olarak ilerleyen sayfalarda ayrıntılı değerlendirmeler yapılmıştır.

“...Özele girdiğinde daha iyi bir sonuç alabileceğini biliyorsun. Ama mesela devlete gittiğinde sıra fazla oluyor ve seni üç kişiyle birlikte odaya sokup teker teker dinleyip tamam geç diyorlar. Bence bu çok yanlış, orda istediğini söyleyemiyorsun. Ama özeldeyken doktor bana hadi anlat diyor. Anlattıktan sonra, tamam diyor geç muayene edeyim. Yani özeldeyken gayet rahat oluyor” (P9).

“Muş devlet hastanesi, özellikle bizim özele gitmemizde birinci sebep devlet hastanesine gittiğimizde tahlillerimiz geç çıkıyor. Bizde tahlillerimizi erken almak için özele gidiyoruz. Özelde bizden yüksek miktarda para alıyorlar. Devlet hastanesini daha tercih ediyoruz ama gecikmelerden dolayı oraya gidemiyoruz...” (M1).

Günümüz toplumlarında, insan yaşamında birçok uğraşının olması, insanların iş kaygısı, sürekli bir yerlere yetişme telaşını taşıması, zamanı da oldukça değerli kılmaktadır. Özellikle sağlık gibi bir konuda zaman kaybetme, boşa zaman geçirme oldukça ciddi görülmektedir. Bu bağlamda devlet hastanelerinde görülen hasta yoğunluğu, tahlil ve işlemlerin oldukça yavaş yürümesine neden olmaktadır. Devlet hastanesinde çekilen bir röntgeni ya da bir tahlili saatlerce beklemek, hastaların hizmetten şikâyetçi olmalarına ve özel hastaneleri tercih etmelerine neden olmaktadır. Özel hastanelerin tercih edilmesinde, işlemlerin hızlı yürütülmesi ana etken olarak öne sürülse dahi özelde yüklü miktarlarda ödemelerin yapıldığı vurgulanarak, aslında bu tercihin bir mecburiyet olduğu ifade edilmektedir.

“...Hastaneye kadın doğum veya çocuk polikliniklerine gidiyorum. Bu iki poliklinik de devlet hastanelerinde çok kalabalık, devlet hastanesinde çok ilgisiz oluyorlar. Hem hemşireler hem doktorlar ilgilenemiyorlar. Çünkü çok hasta oluyor. Mesela oğlum hastalanmıştı, hastaneye gittiğimizde orada sadece ilaç verip gönderiyorlardı” (M2).

Görüşmecilerin görüşlerinde de görüldüğü gibi özel hastanelerin tercih edilmesinde ön plana çıkan temel faktör, devlet hastanesinin yoğun olması ve buna bağlı olarak yaşanan sorunlardır. Dolayısıyla özel hastanelere gidilmesi bir istekli tercihten ziyade, devlet hastanesinde yaşanan sorunlardan ötürü bir mecburiyet olarak görülmektedir. Görüşmeciler bu konuda, özel hastanelere gidildiğinde sıranın beklenilmemesi, randevu ve hasta işlemlerinde hızlı olunması, erken teşhis ve hızlı müdahale noktasında özel hastanelerin oldukça olumlu bir profil çizmesi gibi nedenlerden ötürü devlet hastanelerine gitmediklerini ifade etmişlerdir.

2.1. ÖZEL HASTANELERDE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ: HİJYEN VE KONFOR

Hastaların hastane tercihlerinde ön plana çıkan önemli kriterlerden biri de temizlik ve hijyendir. Devlet hastanelerinde yoğunluğun çok fazla olması, doğal olarak hastanenin temiz tutulmasını da zorlaştırmaktadır. Bu durum hastaların enfeksiyon kapma gibi temizlik kaynaklı risklerle karşı karşıya kalmasına ve dolayısıyla hastane tercihlerini de belirlemeye neden olabilmektedir. Bu konuda özel hastanelere bakıldığında ise temizlik ve hijyenin en iyi şekilde korunmaya çalışıldığı görülebilmektedir. Özel hastanelerin içine girildiği andan itibaren konfor, temizlik ve hijyenin en üst seviyede tutulduğu bir ortamla karşılaşmaktadır. Özel hastaneler, işletme mantığı ile verilen bu temel hizmetleri bir otel konforuyla müşterisine sunmaya çalışmaktadır. Bu anlamda özel hastaneler, müşteriyi her açıdan memnun etme anlamında başta temizlik ve hijyen olmak üzere, temel hizmetlerin tamamında oldukça iyi bir profil çizmeyi amaçlamaktadır. Nitekim yapılan görüşmelerde de hastaların bu anlamda memnuniyetleri ön plana çıkmaktadır. Bu bağlamda yapılan görüşmelerde görüşmeci, özel hastanenin otelcilik hizmeti olarak ifade edilebilecek hizmeti ile ilgili olarak şu ifadelerde bulunmuştur;

“...Eşim burada (özel hastane) dün doğum yaptı, biz ne istersek oluyor. Abi diyoruz oda soğuk, soba getiriyorlar, çorba istiyoruz, çorba getiriyorlar, üçlü piriz istiyoruz, üçlü piriz getiriyorlar. Devlette hiçbir şekilde böyle bir şey yok. Şimdi burada dün bizimle bir hemşire bi ilgilendi, ben sanmıyorum bunun yarısı devlette olsun” (A1).

Özel hastanelerde verilen hizmetle müşterinin adeta her istediği yerine getirilerek, sadece hastanın hastalığı ile değil temel ihtiyaçları da dikkate alınmaktadır. Oda hizmetlerinde lüks bir otel hizmetini aratmayacak bir yaklaşımla hasta ve refakatçilerine yaklaşılmaktadır. Bu hizmet biçimi ile özel hastane, hastaların hastane tercih etmesinde ilk seçenek olmayı amaçlamakta ve bu anlamda müşteri memnuniyeti oldukça dikkate alınmaktadır.

Hastaların hastane tercihlerini etkileyen bir araştırmaya göre, hastaların tercihlerini belirleyen en önemli faktör, hastanenin temizlik ve hijyeni olarak ön plana çıkmaktadır (Şantaş, vd., 2016: 30). Yine konuyla ilgili olarak Kırıkkale merkezde yapılan bir araştırmada da hastaların hastane tercihini belirleyen en önemli kriterin temizlik ve hijyen olduğu ortaya çıkmıştır (Işık, vd., 2016:104). Bu bağlamda devlet hastanelerinde hasta memnuniyetini etkileyen önemli etkenlerden biri temizlik ve

hijyendir. Nitekim bu konuda devlet hastaneleri ile özel hastaneler arasında ciddi bir fark bulunmaktadır. Bu anlamda özel hastanelerin, devlet hastanelerinde yaşanan sorunlar üzerinden kendilerini tamamladıkları ve bu anlamda müşteri nezdinde de bir fark yaratabildikleri görülebilmektedir. Özel hastanelerde yatan hastaların oda hizmetlerinden, koridor ve lavaboların temizliğine kadar her alanda oldukça temiz bir atmosfer oluşturulmaktadır. Lüks, konfor ve temizlik meseleleri sadece bir görünüm ya da otelcilik hizmeti değil, aynı zamanda hastanenin sağlık hizmetini de doğrudan ilgilendiren ve hastaların bunlar üzerinden hastanenin sağlık hizmetine güven duymasını sağlayan ciddi etkenlerdir. Bu bağlamda lüks ve konforlu bir görünüm ile karşılaşan hastalar, bunu sağlık hizmetinin niteliği ile de ilişkilendirebilmektedir. Bu bakımdan temizlik ve hijyen hastanelerin tercih edilmesinde oldukça yönlendirici olabilmektedir. Bu anlamda yapılan görüşmelerde konuyla ilgili olarak görüşmeciler şu ifadelerde bulunmuştur;

“....Şimdi ben gece burada (özel hastanede) yattım, burası bomboştu, sadece bizim oda vardı ama adam saatte bir temizliyor buraları. Ama devletin bir lavabosuna giriyorsun! Benim babaannem devlette covid kaptı, vefat etti” (A1).

“....Kalitesi daha iyi özelin, daha temiz olduğunu düşünüyorum. Hele şu korona döneminde temizlik çok önemli o yüzden tercih ettim. Yeterli personel sayısı var. Doktorlar, hemşireler, yardımcıları yeterli o yüzden tercih ettim” (M2).

Görüşmelerde de görüldüğü gibi devlet hastanelerinde temizlik ve hijyen noktasında yaşanan sorunlar ve buna karşılık özel hastanelerin bu konularda titiz davranması, hastaların özel hastaneyi tercih etmesinde belirleyici etkenler olarak ifade edilmiştir. Nitekim bu konuda özel hastaneler, müşteri memnuniyetini oluşturma ve bir dahaki sefere aynı hastaneyi tercih etmelerini sağlayacak bir hizmet kalitesini yakalamaya çalıştıkları görülmektedir. Hastanelerdeki temizlik ve hijyenin korunması özellikle günümüzün şartlarında daha da önem verilen bir konu olmuştur. Bu araştırmanın yapıldığı dönemde yaşanan corona virüs salgın hastalığı, hastanelerdeki temizliğin hastalar nezdinde daha da önemsenmesine neden olmaktadır. Hastalığın bulaşıcı olması ve hastalıktan korunmak için temizliğe önem verilmesi gerektiğinden ötürü, hastanelerin bu konudaki uygulamaları daha da önem kazanmaktadır. Bu bağlamda özel hastanelerin bu konudaki titizliği hastane tercihlerinde belirleyici olabilmektedir.

2.2. MÜŞTERİYE YAKIN OLMAK: HASTANE BİNASININ KONUMU

Hastaların hastane tercihinde önem verdikleri önemli durumlardan biri de hastanenin yakınlık veya uzaklığıdır. Bu bağlamda hastane binalarının bulunduğu yerlere bakıldığında, devlet hastanelerinin genelde şehirlerin dışında, şehir merkezine uzak yerlerde yapıldığı görülmektedir. Bu durum gerek acil durumlarda hastaneye ulaşabilmeyi gerekse zaman kaybının yaşanması açısından, hastaların bu hastaneleri tercih etmesini olumsuz etkileyebilmektedir. Buna karşılık özel hastanelerin buldukları yerlere bakıldığında ise genelde şehirlerin göbeğinde, ulaşılabilirliği gayet iyi olan yerlerde faaliyette buldukları görülebilmektedir. Nitekim sadece özel hastaneler için değil, herhangi bir işletme ya da işyeri için önem derecesi ilk sırada yer alan etken, bulunulan konumdur. İşletme konumunun stratejik olması, iş yapabilme potansiyelinin fazla olması ekonomik sürdürülebilirliğini sağlamaktadır. Bu anlamda özel hastanelerin müşteriye yakın ve göz önünde olması, aynı zamanda her zaman bir seçenek olarak görünmelerini sağlamaktadır. Fakat müşterinin erişimine uzak olmak, özel hastanelerin bir avantaj olarak müşterisine sunmuş olduğu, erişilebilirliğini ortadan kaldırmaktadır. Bu bağlamda devlet hastanelerine göre özel hastanelerin, şehrin içinde ya da işlek yerlerde faaliyet göstermeleri, hastalar açısından hastane tercihinde önemli bir kriter olarak görülmüştür.

Hastaların hastane tercihleri ile ilgili olarak 120 bilimsel kaynağın incelendiği bir literatür araştırmasında, hastaların hastane tercihlerini etkileyen en önemli faktörler, önem derecelerine göre sıralandığında, hastane binasının bulunduğu yerin ev, iş yeri, şehir merkezi ve toplu taşıma yerlerine olan yakınlığı ilk sırada yer almıştır (Hoşgör ve Gündüz Hoşgör, 2019: 447). Bu anlamda yapılan görüşmelerde özel hastanenin yakınlığının tercih edilmesinde etkili bir etken olduğu, doğrudan şu ifadelerle dile getirilmiştir; “çünkü özel hastane evime yakındı. Devlet hastanesinde çok sıra bekliyorsun. Burada pat diye hemen alıyorlar seni...” (A1). Görüldüğü gibi özel hastanede uygulamaların hızlı işlemesi hastanenin tercih edilmesinde önemli görülürken aynı zamanda eve yakın bir mesafede olması da tercih edilmesinde etkili olmuştur. Yine hastanenin yakınlığı ile ilgili olarak başka bir görüşmeci şu ifadelerde bulunmuştur;

“Şimdi ben olayın başından başlıyorum, yani nasıl devlet değil de özele gittim. Ani rahatsızlandım özel yakın olduğu için özeli seçtim, oraya gittim yani. Özele gittiğinde biraz daha işlemlerin seri gidiyor. Mesela devlet hastanesine gittiğinde sanki zamanından gidiyormuş gibi bana öyle geliyor yani...” (P4).

Özellikle acil durumlarda hastane binasının şehir merkezine ya da bulunulan yere yakın olması oldukça önem ifade etmektedir. Bu anlamda özel hastanelerin genelde şehirlerin merkezinde yer almaları, hastalar açısından önemli bir avantaj olarak değerlendirilmektedir. Devlet hastanelerinin şehrin dışında yer alması ve ulaşımın her saatte bulunamaması hasta tercihlerinde de etkili olabilmektedir.

2.3. ÇEVRE TAVSİYESİ İLE HASTANE TERCİHİ

Sağlık hizmetlerinde kalite, hastanenin diğer hastanelere göre tercih edilebilirliğini artırırken, aynı zamanda rekabet şartlarında hastanenin oldukça avantajlı bir konuma yükselmesini de sağlamaktadır. Özellikle özel hastane sayısında yaşanan artışa paralel kalite kavramının da önemi gittikçe artmaktadır. Bu anlamda sağlık durumu insan yaşamının en önemli boyutu olduğu düşünüldüğünde, hastalar şartları doğrultusunda en kaliteli ve iyi sağlık hizmetini tercih etmeyi amaçlamaktadır. Bu bakımdan özel hastaneler, hastaların beklentilerine cevap olmak ve hasta memnuniyetini sağlamak adına birçok noktada fark yaratmaya çalışmaktadır. Nitekim özel hastanelerin sağlık hizmetlerinden memnun olan hastaların, aynı hastaneyi tercih etme olasılıkları artarken, aynı zamanda çevresindeki insanlara memnun kaldığı hastaneyi önererek, hastaneye müşteri de kazandırabilmektedir (Bilgin ve Göral, 2017: 152). Bu anlamda yaptığımız görüşmelerde hastanelerin tercih edilmesinde, çevrenin tavsiyeleri ve tanıdık doktorların olması gibi faktörler de ön plana çıkmıştır. Konuyla ilgili görüşmeciler şu ifadelerle yer vermiştir;

“Bana orda bir arkadaş dedi ki sen eğer ciddi bir şekilde kafadaki soru işaretleri yani vücudunla ilgili, bitirmek istiyorsan orda bir doktor var oranında sahibi, onun yanına git...” (P4).

Görüşmede hastane tercihinde arkadaşın önerisine göre hareket edildiği görülmektedir. Bu anlamda hastanelerin hastalarda oluşturdukları memnuniyet derecesinin, sadece hastayla değil, hastanın tanıdıklarında ve çevresinde de önemli bir etkiye sahip olabileceği ve dolayısıyla hastanenin vermiş olduğu sağlık hizmetinin bir hasta üzerinden birçok insana tanıtılarak, potansiyelini artırabildiği görülmektedir.

“Ben dükkânda milletle konuşuyordum. Millet onu çok tercih ettiği için iyi bir doktor olduğunu söylediler, Hanefi diye bir isim vardı ben onun yanına gittim. Tahlilleri falan iyi aldılar...” (P7).

“....Oradaki devlet hastanesi genelde çok kalabalık oluyor ve oranın hastane doktorlarının genel bir şeyi var yani, pek kaliteli doktorlar değiller. O yüzden bu şey de halk arasında yaygın olduğu için gittiğin zaman bir güven oluşturmuyor sana oranın doktorları...”(M14).

Gerek devlet hastanesinin gerekse özel hastanelerin oluşturmuş oldukları imaj tercih edilebilirliklerine ciddi etkide bulunmaktadır. Bu anlamda özellikle devlet hastanelerinde yaşanan olumsuzluklar ve bunun hastane imajında yaratmış olduğu etkiler, toplumun hastane tercihini de etkilemektedir. Nitekim insanların hastane tercihinde bulunurken, tercih edilebilecek hastaneye güven duyması önemli bir faktördür. Özellikle devlet hastanelerinde oluşan imaj, hastaların hastaneye gitmeden bile çevredeki insanların algıları üzerinden güven problemi yaşamasına neden olmaktadır. Özellikle sağlık gibi hassas bir konuda ve insanların hastalanırken girmiş oldukları psikolojik durum düşünüldüğünde, hastanenin güvensiz bir imaj oluşturması hastane tercihinde doğrudan etkiye sahiptir.

Hastaların hastaneleri tercih etmesinde, hastaların gelir durumu önemli bir etkiye sahiptir. Nitekim dar gelirli olup, yeterli imkânlara sahip olmayan hastaların hastane tercihinde bulunurken çoğunlukla birinci seçenek olarak devlet hastanelerini tercih ettikleri gözlemlenmiştir. Devlet hastanelerinde yeterli sağlık hizmetini alamayan ve hastalıklarının çözümü noktasında bir neticeye ulaşamayan dar gelirli insanların zorunlu olarak özel hastaneye gittikleri görülmektedir. Fakat buna karşılık gelir durumu iyi olan hastaların, ekonomik durumun vermiş olduğu güvenle en iyi sağlık hizmetini satın alabilecekleri algısıyla özel hastaneyi tercih ettikleri gözlemlenmiştir. Yine hastane tercihi noktasında, devlet hastaneleri dışında birçok özel hastane tercihi bulunan gelir durumu iyi olan hastaların, bu seçenekleri değerlendirebilme motivasyonu ile daha rahat davrandığı gözlemlenirken, devlet hastanelerinin dışındaki alternatifleri değerlendirebilme imkânı olmayan hastaların daha kaygılı olduğu görülmüştür. Gelir durumlarından ötürü, hayat standartları yüksek olan hastaların hastanenin temizlik ve konforuna daha önemle yaklaştıkları ve bunun hastaneleri tercih etme süreçlerinde de oldukça dikkate alındığı gözlemlenmiştir. Aynı zamanda kadın hastaların erkek hastalara göre, doktorların ilgili olma durumuna daha fazla önem verdikleri gözlemlenmiştir. Nitekim kadınların duygusal yapısı düşünüldüğünde, doktorların ilgili olması, onlara zaman ayırması ve dolayısıyla onları dinlemesi hastalarda olumlu bir imaj oluşturabilmektedir. Toplumumuzun sosyal özellikleri düşünüldüğünde, ekonomik

anlamda erkeklerin aileyi geçindirme ve ailenin ekonomik ihtiyaçlarını karşılama adına daha fazla sorumlu olduğu bir sosyal yapı bulunmaktadır. Bu anlamda erkeklerin özel hastaneleri tercih ederken daha fazla ekonomik kaygı taşıdığı da görüşmeler esnasında gözlemlenebilmiştir. Özellikle özel hastanelerde kadın hastaların mahremiyetine daha özen gösterilmesi de ayrıca kadın hastaların özel hastane tercihlerini etkilemektedir.

Yapılan görüşmeler neticesinde, eğitim durumu lisans ve üzeri olan hastaların özel hastanelerde yapılan uygulamalara daha şüphe ile yaklaştıkları, işin arka planında ticari odaklı yaklaşımların olabileceği düşüncesini, diğer eğitim durumuna sahip olan hastalara göre daha fazla gözlemleyebildikleri görülmüştür. Örneğin; eğitim durumu lisans ve üzeri bir hasta için fazla tetkik istenildiği zaman bunun para için olabileceği düşüncesi oluşabilirken, diğer eğitim durumuna sahip olan hastalar ise bunun gerekli olabileceğini düşünülebilmiştir. Bu anlamda eğitim durumunun insanların bakış açılarını, düşüncelerini ve algılarını etkileyebilen önemli bir faktör olduğu düşünüldüğünde, lisans ve üzeri eğitim durumuna sahip olan hastaların özel hastanelerdeki uygulamaları daha farklı bir perspektifle gözlemleyebilmeleri de anlaşılabilir.

3. ÖZEL HASTANELER VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TİCARİLEŞMESİ

Sağlık hizmetlerinin sunulması 1980’li yıllardan önce sosyal devlet yaklaşımı ile devletler tarafından yürütülen temel bir hizmet olarak görülmüştür. Devlet sağlık hizmetini temel bir sosyal politika olarak görmekte ve bu hizmetin yürütülmesine de asli bir sorumluluk olarak yaklaşmaktaydı. Fakat 1980’li yıllardan sonra dünya siyasetinde ve dünya ekonomi politikalarında, dünya devletlerinin büyük çoğunluğu neoliberal politikaları benimsemeye başlamıştır. Neoliberal politikalar ile birlikte kamu hizmetlerinin büyük çoğunluğunda aşamalı bir özelleşmeye gidilmeye başlanmıştır. Bu anlamda başta sağlık hizmetleri olmak üzere elektrik, su, yol/köprü gibi temel hizmetlerde özel sektör desteklenmiş ve hâkimiyet alanı genişletilmiştir. Özel sektörün neoliberal politikalar kapsamında desteklenmesinde, esasen devlet yükünü hafifletmeyi ve özel sektör aracılığı ile söz konusu alanlarda daha verimli ve kaliteli bir hizmetin yürütülebileceği amaçlanmıştır. Fakat özel sektörün söz konusu temel hizmet alanları üzerinden daha fazla kâr elde edebilme yaklaşımı bu alanları hizmet mantığından uzaklaştırmış ve bu alanları piyasa dinamikleri ile şekillenen birer ticari alana dönüştürmüştür. İşletme mantığı ve ticari amaç güdülen bu hizmetler, esas amaç olarak kalite, verimlilik ve faydayı değil daha fazla para kazanma ve daha fazla

kâr elde edebilme amacı benimsenmiştir. Bu yaklaşım, temel insani bir hak olarak sunulması gereken hizmet alanlarının, ticari birer unsur olarak alınıp satılmasına ve böylece metalaşmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda kâr getirisi açısından ciddi bir potansiyeli taşıyan sağlık hizmetleri alanı gerek ulusal gerekse uluslararası birçok yatırımcının ilgisini çekmiş ve bu alanda ciddi yatırımlara gidilmiştir. Uluslararası kuruluşların da destekleyip, yönlendirdiği neoliberal süreç, sağlık hizmetlerinin ticarileşmesinin adeta önünü açmış ve sağlık alanı ulusal ve uluslararası ilaç şirketleri, tıbbi cihaz ve tıbbi teknoloji yatırımcıları, özel hastaneler, zincir özel hastaneler gibi birçok yatırım alanlarının yer aldığı devasa bir sektör haline gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinde ticari yaklaşım temelde daha fazla müşteriye ulaşabilme ve daha fazla kâr edebilme amacını taşımaktadır. Bu bağlamda sağlık sektöründe bulunan bütün alanlar esasen bu faktörleri göz önünde bulundurmaktadır. Bu bakımdan ilaç üretim ve satışını yapan şirketler daha fazla ilaç satabilme yöntemlerini, tıbbi cihaz sektöründe bulunan şirketler daha pahalı ve daha fazla kâr getirebilecek cihazları satmayı, özel hastaneler daha fazla hastaya ulaşmayı ve her hasta üzerinden daha fazla para kazanabilmenin yollarını aramaktadır. Bu durum beraberinde sağlık hizmetlerinde ciddi problemlere de yol açmaktadır. İnsan bedeni ve insan sağlığı gibi hassas bir konunun bir ticaret nesnesi olarak değerlendirilmesi, insanların sağlık hizmetlerini bir ticaret olarak görmesine ve böylece sağlık hizmetlerine güven duymamaları gibi sorunlara yol açabilmektedir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerine sadece imkânları ve ekonomik yeterliliği olan insanların erişebilmesine neden olmakta ve birçok insanın sağlığından olabildiği gibi büyük problemlere de yol açabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde devlet hastaneleri ve özel hastanelerin oluşturmuş oldukları imajlara bakıldığında; devlet hastanelerinin kalabalık, hijyenin olmadığı, sağlık personellerinin ilgisiz ve resmi olduğu, doktorların hastalara fazla zaman ayırmadığı ve bu anlamda samimi olmadığı bir imajı bulunmaktadır. Buna karşılık özel hastanelere bakıldığında ise hijyen ve konforun çok iyi olduğu, sağlık personellerinin güler yüzlü ve ilgili olduğu, hasta işlemlerinin çok hızlı ve hastanın zamanını almadığı, doktorların samimi, yakınlık kuran, zaman ayıran bir imajının olduğu görülebilmektedir. Bu bağlamda bu iki hastane türünde, sağlık hizmetlerinin birbirinde oldukça farklılaşan niteliğinin arka planına bakıldığında, esasen bu farklılaşmayı yaratan temel faktörün ticari yaklaşım olduğu görülmektedir. Bu anlamda devlet hastanelerinin hasta üzerinden kendisini finanse etme, ekonomik

sürdürülebilirliğini sağlama, müşteri kazanma gibi kaygılarının olmaması ve buna karşılık özel hastanelerin ticari kaygılar taşıması ve bu kaygılarla hasta memnuniyetine özen göstermesi söz konusu farklılaşmayı beraberinde oluşturmaktadır. Bu bağlamda yapılan görüşmelerde görüşmeciler konuyla ilgili şu ifadelerle yer vermişlerdir;

“Özel hastaneyi çok iyi değerlendiriyorum. Devlet hastaneleriyle arasında çok fark var. Adamın oradaki hastalarla olan davranışları bile çok farklı. Bir özel hastaneye gittiğin zaman en azından kendini insan hissediyorsun. Devlet hastanelerindeki kafa şudur; sallabaşı al maaşı. Yani diyor baksam da paramı alırım bakmasam da. Özel hastanede sen parasını veriyorsun. Ama devlette adam uzaktan bakıyor tamamdır diyor. Paran varsa zaten özele gidiyorsun en azından kendine bakıyorsun. Maddi durumu olmayan insanların da Allah yardımcısı olsun. Başka da diyecek bir şey yok yani” (P3).

Özel hastanelerde gerek hastane yönetimi ve gerekse sağlık personeli ticari kaygılarından kaynaklı müşteriye en iyi şekilde menün etmeyi amaçlamaktadırlar. Nitekim müşteri memnuniyetsizliği doktor ve sağlık personeli için işinden olmaya veya patronuyla ya da hastane yönetimiyle karşı karşıya gelme anlamına gelirken, hastane yönetimi açısından da imaj zedelenmesi, müşteri kaybı gibi sorunlara karşılık gelmektedir. Özel hastanelerin varlıklarını sürdürebilme, ekonomik anlamda ayakta kalabilmek için müşteriye memnun etme zorunluluğu bulunmaktadır. Bu kaygıların yansımalarını özel hastanelerin neredeyse bütün uygulamalarında gözlememek mümkündür. Fakat devlet hastanelerinde bu biçimde bir kaygı güdülmediğinden dolayı neredeyse bütün hastalara karşı sıradan ve aynı formatta davranılmaktadır. Devlet hastanelerindeki bu durumun hastane imajına olumsuz etkileriyle birlikte, sağlık hizmetinin niteliğini de olumsuz etkilemektedir.

Tüketicilerin herhangi bir ürünü satın alıp tüketmesinde nasıl ki memnun olma önemli bir kıstas ise günümüzde sağlık hizmetini satın alan müşterilerin de hizmetten tatmin olması, o hizmetten memnun kalması önemli bir kriterdir. Nitekim müşterinin memnun olması, aynı kurumu tekrar tercih edebileceği anlamına gelirken, memnuniyetsizlik ise başka bir sağlık kurumunu tercih edebileceği anlamına gelmektedir. Bu durum rekabet koşullarında hasta memnuniyetsizliğine neden olan sağlık kurumunun, rekabet edememesine ve dolayısıyla tercih edilememesine neden olacaktır (Taşlıyan ve Gök, 2012: 78). Bu bağlamda özel hastanelerde hasta memnuniyetini sağlamaya çalışmanın esas nedeni olarak, diğer sağlık kurumlarıyla rekabet edebilme ve dolayısıyla ekonomik olarak kendisini sürdürebilme, kâr edebilme

amacı bulunmaktadır. Bu bakımdan hastayla iletişimde, hastanenin kalite ve temizliğinde, personellerin güler yüzlü ve samimi görünümünde, çoğunlukla bir içtenlikten ziyade, parasal kaygılarla müşteriye tatmin edebilme odaklı bir yaklaşımın olduğu görülebilmektedir. Bu anlamda konuyla ilgili yapılan görüşmelerde şu ifadeler yer verilmiştir;

“Devlet hastaneleriyle karşılaştırıldığında ciddi bir fark var. Örneğin; devlet hastanesine gittiğinde seninle ilgilenmiyorlar, umursamıyorlar. Ama özelde para olduğu için çok iyi ilgileniyorlar. Daha samimi davranıyorlar. Özelde doktorla ilişkimiz daha samimiydi, devlette samimiyetsizdir. Bu samimiyet parasal yöndendir bence. Devletteki doktor resmi bide maaş sistemi olduğu için, kurumsal olduğu için soğuk davranıyorlar, samimiyetleri yok” (P5).

Özel hastanelerde hastanın karşılaştığı neredeyse bütün uygulamaların parasal amaçlı olduğu vurgulanmaktadır. Devlette müşteriye tatmin etme gibi bir kaygı güdülmeyeceği için hizmet kalitesi de buna bağlı olarak düşmektedir. Nitekim müşteriler tıbbi alanda herhangi bir uzmanlığa sahip olmadıkları için ilk aşamada bu konuda herhangi bir yargıda bulunmaları da zorlaşmaktadır. Bu anlamda hastayı ilk bakışta etkileyebilecek temel faktörler hastanenin temizliği, konforu, görünümü, doktor ve sağlık personelinin hastayla kurmuş oldukları ilişkinin niteliğidir. Bu konuların tamamında özel hastanelerde oldukça titiz davranılmakta ve müşterilerde verdikleri paranın karşılığını almış oldukları algısı oluşturulabilmektedir. Konuyla ilgili yapılan görüşmelerde şu ifadeler yer verilmiştir;

“....Özel de böyle bir şey yok on kişiye bakıyor mecbur ilgilenmek zorunda. Artı ekstra para aldığı için o hizmetin karşılığını karşı taraf sorma hakkına sahip olduğu için bu şekilde geliyor yani. Hakkınızı arama şeyiniz oluyor en azından. Diyorsun sen benden bu kadar ücret aldın hani karşılığında ne yaptın ya da bana bu şekilde hitap edemez bu şekilde davranamazsın. Samimiyet göstermezse söylüyorsun zaten memnun olduğunuzu da söylüyorsunuz eleştirinizi de yapıyorsunuz. Devlette böyle bir şey yapamıyorsunuz, yapsanız bile çık odadan derler, sizi kovarlar ki gördüğümüz şekilde” (M4).

“İnsan kendisini bir mal gibi hissediyor. Sanki sağlığınız paraylaymiş gibi oluyor. Devlet hastanesinde para vermediğim için kendimi daha rahat hissediyorum.

Özelde karşılığını verdiği için adam sana daha güzel davranıyor. Özel hastanenin içine girdiğinde insan diyor acaba ne kadar param gidecek...” (M3)

Özel hastanelerde para ödendiği için daha iyi bir hizmetin alındığına yönelik bir algı oluşabilmektedir. Paranın belirleyici etken olması insanların parasal kaygılar yaşamalarına, para olmazsa tedavi olamam tedirginliğini yaşamlarına neden olmaktadır. Hasta olan kimse hastalık kaynaklı yaşadığı psikolojik durumun yanında ekonomik kaygıları da yaşanmasına ve böylece hastaların tedavi süreçlerine de olumsuz yansımaları olabilmektedir. Aynı zamanda özel hastanelerde insan sağlığı üzerinden bir ticaretin döndüğünü ve bu uygulamadan rahatsız olunduğu da gözlemlenebilmektedir. Aynı zamanda tedavi sürecinin içinde paranın olması, hastanın memnun olmadığı hizmete karşı hesap sorma, eleştirme hakkını da bulmasına neden oluyor. Günümüzde yasal olarak düzenlenen hasta haklarına ilişkin yeterli bilgiye sahip olmayan hastaların, para ödemelerinden ötürü bir tüketici gibi hak talep edebildiği görülebilmektedir. Bu durum, sağlıkta ticari yaklaşım ve parayla sağlık hizmetinin satın alınmasının, hasta haklarını tüketici haklarına doğru bir dönüşüme uğrattığını göstermektedir.

“Özel hastanede daha rahat hareket ediyorsunuz, çünkü paranızla gidiyorsunuz. Daha iyi bir ilgi görüyorsunuz. Yani devlet hastanesi de yeterli olmadığı için bir gerekliliktir bence. Özele gittiğinde para verdiği için ilgi göstermek zorundalar. Ama devlette böyle bir şey yok. Tabi özel hastanelerin ticari boyutu da var” (M10).

Özel hastaneler de hastayla olan iletişimde hasta memnuniyetinin sağlanması, hastalar tarafından bir zorunluluk olarak görülmektedir. Nitekim parasını verip bir hizmet satın aldığını düşünen hastalar, doğal olarak verilen paranın karşılığını alma beklentisini de yaşamaktadırlar. Devlet hastanelerinin tercih edilmemesini, devlet hastanelerindeki yetersizliklere bağlayan hastalar, devlet hastanelerinin sağlık hizmetlerine karşı olumsuz bir algıyı da taşımaktadırlar.

3.1. TİCARİ BİR NESNE OLARAK SAĞLIK HİZMETİ

Özel hastanelerde para ile yürütülen tedavi süreci, sağlık hizmetini hizmet mantığından uzaklaştırmış, alışverişin olduğu, ticari kaygılar ile hareket edilen bir süreci doğurmuştur. Esasen devletlerin ücretsiz bir şekilde vatandaşına sunması gereken bir hizmet alanının, ticari kaygılarla yürütülmesi, hastaların da sağlık kurumlarına birer ticarethane olarak yaklaşmalarına, beklenti ve bakışlarının bu yönlü şekillenmesine neden olmaktadır. Hastaların özel hastaneleri ticarethane olarak görmeleri verilen

hizmete şüphe ile yaklaşımlarına yapılan bütün uygulamaların da para için yapılabileceğine ilişkin bir kanaati taşımalarına neden olmaktadır. Konuyla ilgili olarak yapılan görüşmelerde şu ifadeler yer verilmiştir;

“Yani biz kendimizi nesne, meta olarak görüyoruz. Metalaştırıyorlar bir noktadan sonra bizi yani nedir biz onlar için tamamen müşteri bile değil belki daha farklı bakıyorlar. Sadece kazanç kapısı, nasıl sömürebileceklerini düşünüyorlar. Mesela burada özellikle özel hastaneye giderken zaten şu kadar parayı vereceğim boş yere vereceğim ama ne yapıyım mecbur gidiyorum yani” (M9).

“Özelin anlamı ticari demektir yani. Mesela ne kadar hasta oraya giderse o kadar oranın potansiyeli yükselir. Devamlılığı gelir yani. Ben devletin daha para gözetmeden yaptığını düşünüyorum. Özel tabi ki ticarethanedir. Düşünsene, gidiyorsun başın ağrıyor tamam mı ya da ayak için gidiyorsun, orda bir tomografi çekecek, adam diyor ki hele bir göğsüne bakalım acaba beyin damarları mı acaba oraya atıyor” (P4).

Sağlık hizmetlerinin para karşılığı yürütülmesi, yapılan bütün uygulamaların da para için olabileceği şüphesini hastalarda uyandırmaktadır. Özel hastanelerde hastayla olan bütün ilişkilerde hasta para faktörünü göz önünde bulundurmakta ve yapılanın sadece bir görüntü olduğunu düşünebilmektedir. Bu anlamda hastalar, asıl amacın onlar üzerinden para kazanma olduğunu düşünerek verilen hizmete de şüphe ile yaklaşabilmektedir. Nitekim biz mecbur özele gidiyoruz denilerek devlet hastanelerinin yetersizliğine değinilmekte ve bu anlamda özel hastanelerin ticari yaklaşımlarından hoşnutsuzluk ifade edilmeye çalışılmaktadır.

Özel hastanelerin ticari yaklaşım göstermeleri, paran yoksa tedavi de yok yaklaşımı, günümüzde sağlık hizmetlerinin kâr amaçlı kullanıldığının açık bir göstergesidir. Devlet hastanelerinde yaşanan problemler ve buna karşılık özel hastanelerin ön plana çıkması, toplumda sosyo-ekonomik anlamda dezavantajlı durumda olan kesimlerin ciddi sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bu anlamda hastaların ekonomik sıkıntı yaşadığı durumlarda dâhil, özel hastanelerin sadece kâr odaklı yaklaşarak, hizmet anlayışından oldukça uzak bir tavır gösterdiği görülebilmektedir. Konuyla ilgili yapılan görüşmelerde şu ifadeler yer verilmiştir;

“...Kendim 3-4 defa özel şifa hastanesine gittim bizden yüksek meblağlarda para aldılar. Covid-19'a yakalandığımda beş günlük yatış için benden 9000 TL para istediler. Gece yarısı gitmiştim, hatta bana dediler para yatırdıktan sonra yatış

yapıyoruz. Gece yarısında parayı yatıramadığımdan dolayı yatışım o gece yapılmadı. Sonra sabah parayı yatırdıktan sonra beş gün yatışım oldu. Eve geldikten sonra hastanenin kontrolünde tedavi gördüm...” (M1).

Görüşmede de görüldüğü gibi hasta para vermediği için hastanın sağlık durumu değil, vereceği para düşünülerek tedaviye başlanmamıştır. Bu durum sağlıkta ticari yaklaşımın yol açabileceği riskleri gözler önüne serdiği gibi, sağlık hizmetlerinde sosyal devlet yaklaşımının önemini de ortaya koyan bir yaklaşımdır.

Özel hastanelerin ticari yönünü ön plana çıkaran ve görüşmelerde de sık bir şekilde vurguda bulunulan temel nokta, hastalara gerekmediği halde fazla tetkik ve tedavi uygulanmasıdır. Özel hastanelerin ücret alma şekillerine bakıldığında, SGK’lı vatandaşların ücret kısmının bir bölümünü devlet karşılıyorken, bir kısmı da fark ücreti adı altında hastalardan tahsil ediliyor (Karafazlı, 2013: 54). Özel hastanelerde muayene olduktan sonra alınan her bir tahlil için ayrı bir ücretlendirme politikası uygulanmaktadır. Bu anlamda tahlil ve tetkik sayısı arttıkça, buna paralel ödenen para miktarı da artış göstermektedir. Özel hastanelerde kâr etme, fazla para kazanma yaklaşımı beraberinde fazla tahlil isteme, hastayı başka polikliniklere yönlendirme ve böylece yüklü paralar tahsil etme durumunu da doğurabilmektedir. Konuyla alakalı olarak yapılan görüşmelerde şu ifadeler yer verilmiştir;

“Şüpheli değil yani bir gerçek var. Örneğin özele gittiğimde daha çok para kazansın diye bir tahlil isteyeceğine yüz tahlil isterler. Böyle bir şey var, paragözler. Faturayı şişirmek için her şeyi yapıyorlar” (P5).

“Yani bir defa gereksiz dahlil zaten çok fazla alıyorlar. Mesela sizin söylemediğinizin dışında da tahlil istemeye çalışıyorlar. Devlet hastanesinde giderseniz o ilişkilendirmeyi yapmıyor ama özelde her şekilde ilişkilendirmeyi yapıp hani şuna bakalım buna bakalım diyorlar. Ben farkındayım ama farkında olmayan kişi demek benim farklı sıkıntılarım da var psikolojisinin de bozulmasına neden oluyor. Mesela hamile bir bayana sizin şurası düşük çıkmış, şuna da bakalım dediğinizde kişi doğal olarak bir sıkıntım var, bebeğime bir şey olacak der. Bu bütün hastalar için böyle. Kanseri hastası değilsiniz ama şuna da bakalım ne olur ne olmaz diye dendiğinde hemen kötü kötü düşünmeye başlarsınız...” (M9).

Özel hastanelerde temel amaç olarak hasta üzerinden para kazanma ve kâr edebilme yaklaşımı bulunmaktadır. Bu yaklaşım doğal olarak hastaneye gelen hastalar

üzerinden her şekilde para kazanma arayışını da doğurabilmektedir. Nitekim görüşmelerde de görüldüğü gibi hastalardan alakasız testler istenmesi, hastaların yönlendirilmesi ve böylece yüklü ücretlendirmelerle karşılaştığı gözlemlenmektedir. Nitekim özel hastanelerde yapılan tahlillerin tamamı, hastanın doğrudan cepten ödemeye karşıladığı bir ücretlendirmeye tabidir.

“Yani şimdi gidenlerin hepsi şikâyetçi, mesela benim köydeki yengem gitti bir gün gitti o gün içinde 1000 lira para aldılar. Bütün doktorlara göndermişlerdi. Mesela annem gitti fitiğin kaç yerden patlamış hemen ameliyat etmemiz gerekiyor dediler sonra biz Elazığ’a götürdük hâlbuki ki öyle bir şey yokmuş. Biz genellikle başka şehirleri tercih ediyoruz. Buraya fazla gitmiyoruz. Önce gidiyorduk ama şimdi gitmiyoruz. Yani özelde gerekmediği halde başka doktorlara yönlendiriyorlar” (M12).

Özel hastanelerde gidilecek polikliniğe göre verilecek ücret miktarı değiştiği gibi her poliklinikte ayrı bir ücret tahsil edilmektedir. Örneğin; hasta genel cerraha gittiğinde ayrı bir ücret öderken, aynı muayenede başka bir polikliniğe yönlendirildiğinde o polikliniğin ücreti de ayrı bir şekilde tahsil edilmektedir. Yine ameliyat vs. gibi durumlarda da SGK’dan gerekli ücretler tahsil edilebilmektedir. Bu durum hastaların özel hastanelerde yüksek miktarlarda fark ücretleriyle karşı karşıya gelmesine neden olmaktadır. Hastaların özel hastanelerde karşılaştığı bu uygulamalar sağlığın metalaştırıldığını, insanın yaşamının en değerli ve önemli boyutu olan, insan sağlığının bir ticaret nesnesi olarak değerlendirildiğini gözler önüne sermektedir.

Sağlık insan yaşamının bütün yönlerini etkileyen, yaşamın en önemli boyutunu oluşturmaktadır. Bu bakımdan hastalanan veya sağlık problemi yaşayan bireyler, sağlıklı olmak adına her türlü çabayı gösterebilme eğiliminde olmaktadır. Hastalanan ya da sağlığı tehlikede olan bir insan ile sağlıklı bir insanın psikolojik durumu oldukça farklılaşmaktadır. Bu farklılaşma sağlık kurumlarından yararlanırken de oldukça farklı sonuçlara karşılık gelebilmektedir. Bu bağlamda sağlıklı olma durumunu korumak için sağlık kurumlarından yararlanan bir bireyin gözlemi ile hastalığına çözüm bulmak için giden bir bireyin psikolojik durumu, gözlemi ve tüketim yapabilme potansiyeli oldukça değişmektedir. Toplumumuzun genel durumuna bakıldığında, çoğunlukla hastalık kaynaklı sağlık kurumlarına başvurulduğu görülebilmektedir. Bu durum sağlık tüketimi açısından önemli bir potansiyeli ifade etmektedir. Nitekim hasta birey, sağlığı için bütün ekonomisini seferber edebilme potansiyelinde olup, sağlık için her türlü harcamanın yapılabileceği psikolojisini taşımaktadır. Bu bağlamda özel hastanelerde yapılan

tetkiklere, poliklinikler arası yönlendirmelere ve hasta üzerinden daha fazla para kazanma anlayışına bakıldığında, ifade ettiğimiz hasta psikolojinin ticari yaklaşımla değerlendirildiği gözlemlenebilmektedir. Konuyla alakalı olarak yapılan görüşmelerde şu ifadelere yer verilmiştir;

“...Özel hastaneye gittiğimde kendimi kötü hissediyorum. Sağlığım üzerinden para kazanıyorlar. Ama devletin eksikliğinden dolayı özel hastaneler oluyor. Zaten hasta insanın psikolojisi düzgün değil, adam diyor ben kurtulayım bütün malım gitsin. Devlet bunu düzgün yaparsa sıkıntı olmaz... Özel hastane ticaridir. Ticari olmazsa adam niye orayı açsın. Özel hastane devlet değil ki vatandaş için iş yapsın. Sonuçta orası bir ticarethanedir. Mesela özel hastanelerde kötü niyetli yönetimler vatandaş üzerinden devleti kandırıyorlar. Sen şimdi gidip diyorsun başım ağrıyor adam gidip başka film çekiyor. Para verdiğimiz için yani. Ben de ticaret yapıyorum, bisküvi satıyorum, onlarda öyle, ama keşke dürüstçe yapsalar. Devletin verdiği imkânlarla insanları kandırıyorlar. Adam ilacı kime satacak, vatandaşı bir kazanç meselesi olarak görüyor” (A10).

Görüşmede de görüldüğü gibi hasta psikolojisinin bir kazanç meselesi olarak görüldüğü, gereksiz tetkiklerle hastanın tüketim yapmaya sevk edildiği vurgulanmaktadır. Bu durum hastanın kötü hissetmesine, özel hastaneleri bir ticarethane olarak değerlendirmesine neden olmaktadır. Hastalarda genel olarak devlet tarafından sağlık hizmetlerinin karşılanmasına yönelik bir beklentinin olduğu da ayrıca öne çıkmaktadır. Özel hastanelerinin SGK ile yaptıkları anlaşmalar neticesinde, devlet tarafından desteklendiği ve bu durumun da özel hastaneler tarafından bir kâr kapısı olarak görüldüğü de vurgulanmaktadır.

Özel hastanelerin sağlık hizmetlerinden yararlanıp, eğitim durumu lisans ve üzeri olan hastaların, özel hastanelerin ticari odaklı yaklaşımlarına yönelik daha kapsamlı bir gözlem edindikleri görülebilmektedir. Nitekim eğitim durumu insanlara daha hassas ve daha derinlikli bir perspektif kazandırmaktadır. Bu bakımdan özel hastanelerde doktor ve sağlık personellerinin hastalarla olan ilişkileri, hastanelerin temizlik ve konforu, hasta işlemlerinin hızlı ve zaman almadan sonuçlandırılmaya çalışılması gibi uygulamaların tamamında hastalar en iyi şekilde memnun edilmeye çalışılmaktadır. Eğitim durumu lisans ve üzeri olan hastaların neredeyse tamamı bu uygulamaların arka planında ticari odaklı bir amacın bulunduğunu ve bu uygulamaların müşteri memnuniyeti esasıyla yapıldığının bilincinde olarak özel

hastaneye gittikleri görülmüştür. Fakat diğer eğitim durumuna sahip hastaların bu kapsamda bir perspektifle hareket edemedikleri gözlemlenmiştir. Örneğin; özel hastanelerde bir hastadan gerekli olmadığı halde birçok tahlil istenildiğinde, eğitim durumu lisansın altında olan hastalarda, bunun gerekli olduğu, boşa istenilmediği izlenimi oluşabilirken, lisans ve üzeri eğitim durumuna sahip hastalar bunun ticari odaklı olduğunu düşünerek, bazı noktalarda müdahalede bulunabildikleri de gözlemlenmiştir. Bu anlamda eğitim durumunun hastaların gözlem ve perspektifleri anlamında belirleyici bir etkide olduğu ifade edilebilir.

Hasta insan psikolojisi düşünüldüğünde hasta birey, hastalığına çözüm bulabilmek için elindeki bütün imkânları kullanarak bir an önce hastalıktan kurtulup sağlıklı olmayı istemektedir. Bunun için harcama yapmaktan çekinmemekte ve bütün ekonomik imkânlarını kullanma potansiyelini taşımaktadır. Bu bakımdan gelir durumu iyi olan hastaların, özel hastaneye giderken sağlığının tedavisini satın alabileceğini düşünerek daha rahat davrandığı gözlemlenmiştir. Nitekim bu hastaların bir tüketici gibi davranarak, vermiş oldukları paranın karşılığını almadıkları takdirde hesap sorabilme hakkını kendilerinde gördükleri gözlemlenmiştir. Buna karşılık dar gelirli insanların daha fazla parasal kaygılarla özel hastaneye gittikleri ve bundan kaynaklı rahat bir psikolojiyle davranmadıkları görülmüştür. Nitekim özel hastanelerde yüklü miktarlarda ödemelerle karşılaşan dar gelirli hastaların, paralarının bir yere kadar yetebileceği psikolojisini taşıyabildikleri de gözlemlenebilmiştir. Aynı zamanda evli olup ailevi sorumluluk taşıyan hastaların da bekâr hastalara göre, özel hastanelerde daha parasal kaygı taşıyabildikleri de gözlemlenmiştir.

3.2. ÖZEL HASTANELERDE POLİKLİNİKLER VE GELİR İLİŞKİSİ

Özel hastanelerin şehirlerarası dağılımına bakıldığında, genel olarak nüfus yoğunluğunun ve çalışan nüfusun yoğunluklu bulunduğu yerlerde özel hastane sayısının daha fazla olduğu ve dolayısıyla müşteri potansiyeli gözetilerek, kâr edebilme yaklaşımının benimsendiği görülebilmektedir (Gültekin Karakaş ve Yusufi Yılmaz, 2011: 93-94). Bu bağlamda özel hastaneler poliklinik açma sürecinde de aynı yaklaşımı gözeterek, bölgelere ve şehirlere göre açılacak olan polikliniğin, gelir getirme potansiyeline özen gösterdiği belirtilebilir. Özel hastanelerdeki polikliniklere bakıldığında gelir getiren ve gelir getirmeyen poliklinikler şeklinde bir kategorilendirmeye gidildiği görülmektedir (Kısakürek, 2010: 233).

Özel hastaneler, toplumun üst sınıflarının daha yüksek oranlarda olduğu bölgelerde estetik, güzellik merkezli, daha çok tüketimin yapılabildiği bölümlere ağırlık verildiği görülmektedir. Alt ve orta sınıfların veya dar gelirli vatandaşların ağırlıkta yaşadığı bölgelerde ise daha çok temel sağlık problemleri ile ilgili olan dâhiliye, çocuk polikliniği, genel cerrah, kadın doğum gibi polikliniklerin açıldığı gözlemlenmektedir. Nitekim ekonomik anlamda üst toplumsal tabakalarda yer alan insanlar, sağlıklı yaşama adına daha avantajlı standartlara sahiptirler. Bu anlamda beslenme, çalışma koşulları, barınma, kaygı ve stres gibi birçok konuda daha iyi imkânlarda yaşayabilmektedirler. Bu durumlar, doğrudan insan sağlığını etkileyen önemli faktörlerdir. Bu bağlamda ekonomik yeterliliği bulunan insanlar daha sağlıklı yaşayabildiği gibi aynı zamanda sağlıklı olma durumlarını korumaya, daha iyi ve güzel görünmeye de çalışmakta ve bu konuda harcama yapmaktan çekinmemektedirler. Bu bakımdan özel hastaneler söz konusu potansiyeli değerlendirmekte ve poliklinik belirlemede, insanların tüketim yapabilecekleri alanlara özen göstermektedir. Fakat buna karşılık dar gelirli insanların yaşadığı koşullara bakıldığında işsizlik, geçim sıkıntısı, sağlıksız çalışma koşulları, sağlıksız beslenme ve bunların yol açmış olduğu stres ve kaygılar doğrudan sağlık durumlarını etkilemekte ve birçok temel sağlık sorununa kapı aralamaktadır. Yaşam standartlarının büyük çoğunlukta etkilediği sağlık sorunları bu doğrultuda, temel sağlık sorunlarıyla ilgili polikliniklere gereksinimi doğurmaktadır. Bu bağlamda dar gelirli insanların yaşadığı bölgelere bakıldığında; dâhiliye, doğum oranlarının yüksek olmasından kaynaklı kadın doğum, genel cerrah gibi polikliniklerin açıldığı görülebilmektedir. Bu anlamda özel hastaneler, toplumun çoğunluğunun tercih edebileceği ve dolayısıyla üzerinden kâr elde edilebilecek polikliniklere ağırlık verdiği görülmektedir. Konuyla alakalı olarak yapılan görüşmelerde, görüşmeciler şu ifadelerle yer vermiştir;

“Yani özel hastaneler bölgeye göre poliklinik oluşturuyorlar. Örneğin; bugün Patnos'ta estetik cerrahinin açılması mantıksızdır. Çünkü geliri olmayan bir poliklinikdir. Bu bölge dâhiliyeye gidiyor, kadın doğuma gidiyor. Belli başlı poliklinikler iş yapıyor. Örneğin diş hekimliği açsa iş yapamaz. İstenen parayı elde etmediği için orda personel tutamaz. Böyle bir yaklaşım var” (P5).

Poliklinik açmada özel hastanelerin esasen geliri gözettiği, toplumun çoğunluğunun tercih edebileceği polikliniklere ağırlık verdiği görülmektedir. Bu anlamda özel hastaneler, toplumun tamamının ihtiyaçlarına cevap olma yerine,

toplumun büyük bir bölümünün tercih edebileceği poliklinikleri bulundurmaktadırlar. Devlet hastanelerine bakıldığında ise örneğin; Muş ve Ağrı gibi dar gelirli kesimlerin çoğunlukta olduğu yerlerde estetik cerrah gibi polikliniklerin de olduğu görülmektedir. Bu bağlamda devlet hastanelerinde toplumun tamamının gereksinimlerinin gözetildiği, özel hastanelerde ise çoğunluğun tercihlerinin gözetildiği ve polikliniklerin buna bağlı oluşturulduğu gözlemlenmektedir.

“Muşta özel hastane hangi poliklinik daha çok gelir getirir anlayışı ile açılıyor. Çünkü buralarda doğum oranı daha fazla onun için buradaki özel hastane bir ara sadece kadın doğum ve çocuk polikliniklerini tek açmıştı. Çünkü burada onların geliri var. Diğerlerini daha yeni yeni açmış, poliklinikte de daha çok gelir getirenlerin açıldığını düşünüyorum” (M2).

Doğu bölgelerinde doğum oranları yüksek olduğundan dolayı, özellikle kadın doğum ve çocuk polikliniklerinde ciddi bir yoğunluk yaşanmaktadır. Örneğin; Muş devlet hastanesi verilerine bakıldığında 2020 yılında 10 aylık bir zaman diliminde kadın doğum polikliniğinde 43725 kişi muayene olmuştur. Aynı zaman aralığında diğer polikliniklere bakıldığında ise kadın doğumda hasta sayısı ortalama on bin daha fazla görülmektedir (Muş devlet hastanesi, 2020). Aynı zaman aralığında muş özel şifa hastanesi kadın doğum polikliniğinde 15972 hasta muayene olmuştur. Yine diğer polikliniklere göre kadın doğumda hasta sayısı yaklaşık on bin daha fazla görülmektedir (Muş özel şifa hastanesi, 2020). Bu bağlamda hastanede bir ara sadece kadın doğum ile çocuk polikliniklerinin bırakılması, başka bir polikliniğin bulundurulmaması, açılan poliklinik ile gelir ilişkisi açısından oldukça anlamlı görülmektedir.

“Bugün İzmir, Alanya, Bodrum, Muğla gibi yerlerde çoğunlukla estetik alanına önem verir. Ama Patnos'ta ya soğuktan böbreğini kaybetmiş ya eşi hamiledir. Yani bilindik şeyler. Yere göre poliklinik getiriyorlar. Bugün Ege kesimi ile Doğu Anadolu'nun kesimi çok farklı. Hastalık tipleri de çok farklı” (P4).

“Aynı zamanda hastaneler poliklinik oluştururken geliri gözetmektedir. Örneğin batı da insanlar dış görüşlerine önem verirken. Burada insanlar temel ihtiyaçlarına önem veriyor. Özel hastaneler de buna göre poliklinik oluşturuyor” (P10).

Batı bölgelerinde üst toplumsal tabakalara mensup insanların yoğun bulunması ve bu kesimlerin daha çok estetik, güzellik gibi konulara önem göstermesi özel hastanelerin poliklinik bulundurma sürecine de etki etmektedir. Nitekim özellikle bu

poliklinikler, diğ er temel polikliniklere göre gelir ve kâr getirisi oldukça yüksek olan polikliniklerdir. Fakat dar gelirli insanların yaşadığı bölgelere bakıldığında ise gelir getirisi yüksek olan belirli polikliniklere yer verildiği görülmektedir. Özel hastanelerde polikliniklerin gelir durumunun gözetilmesinin yanında doktorların da bu kriteri gözettiği ifade edilmektedir. Bu anlamda doktorların da alan belirlerken ekonomik kaygılarla hareket edebildiği ifade edilmektedir. Konuyla alakalı görüşmeciler şu ifadelere yer vermiştir;

“Gelir getiren poliklinikler açılıyor. Çünkü işin içinde olduğum için de biliyorum çoğu kişi becerisi ve yeteneği olmadığı halde o bölümlerde uzmanlık seçmeye çalışır, niye çünkü getirisi daha fazla, fazla hasta sayısı vardır. Yani doktorlarda gelir getiren polikliniği seçiyorlar. Yani hastane de polikliniği seçerken geliri gözetiyor” (M9).

Tıpta uzmanlaşma tercihlerini etkileyen faktörlere ilişkin yapılan bir araştırmaya göre; katılımcıların %53’ü ekonomik faktörlerin etkili olduğunu belirtmiştir (Balcı Yapalak vd., 2021:7). Bu bağlamda doktorların tercihlerinin de çoğunlukla ekonomik getirisi yüksek olan alanlara ilişkin olduğu ifade edilebilir. Görüşmede de ifade edildiği gibi görüşmeci bu konuda doktorların söz konusu ekonomik kıstasları göz önünde tuttuğu ve özel hastanelerin de aynı kaygılarla poliklinik oluşturduğu ifade edilerek, özel hastanelerde poliklinik açma sürecinin de ticari kaygılarla şekillendiği vurgulanmaktadır.

3.3. ÖZEL HASTANELER VE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK

Sağlık hizmetlerinde eşitsizlik, farklı toplumsal ve ekonomik özelliklere sahip kesimlerin, sağlık hizmetlerine erişim noktasında aynı ve eşit düzeyde sağlık hizmetlerinden yararlanamaması olarak ifade edilebilir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan eşitsizliklerin esas nedenleri, bireysel farklılıklardan ziyade, toplumsal anlamda yaşanan farklılıklardan kaynaklıdır. Özellikle neoliberal politikaların küresel anlamda yaygınlık kazanması, toplumsal kesimler arasındaki farkların gittikçe artmasına sebep olmuş ve dünya genelinde eşitsizlik meselesinin günümüzün en önemli konularından biri haline gelmesine neden olmuştur. Bu anlamda günümüzde yaşanan eşitsizlikler sadece ülkelerin içinde, toplumsal sınıflar arasında değil, aynı zamanda dünya ülkeleri arasında da gittikçe derinlik kazanan bir eşitsizliğin olduğu belirtilebilir (Demirel ve Akan, 2014: 238).

Sağlıkta eşitsizlik, sadece sağlık hizmetlerine erişebilmede ya da sadece toplumsal farklılıklardan kaynaklanmamaktadır. Sağlıkta eşitsizlik, söz konusu iki faktörün bir arada bulunmasıyla yaşanan ve derinlik kazanan bir olgudur. Bundan kaynaklı olarak sağlıkta eşitsizliğin minimize edilmesi ya da yok edilebilmesi için, söz konusu iki faktörün de gözetilmesi ve her iki alanda da yaşanan sorunlara eğilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerine erişim noktasında herkesin ulaşabileceği, eşit şartlara sahip bir hizmet sunumu gerçekleştirilse dahi, toplumda ekonomik ve sosyal anlamda alt toplumsal tabakalara mensup, dezavantajlı kesimler daha erken hastalanmakta ve daha kısa yaşamaktadırlar. Bu bağlamda yapılan bazı araştırmalara göre; aynı yaş ve cinsiyete sahip yoksul insanların, aynı yaş ve cinsiyete sahip zengin insanlara göre İngiltere’de erkekler 8, kadınlar ise 6 yaş daha az yaşarken, ABD ve Almanya’da ise yoksulların 4 yıl daha az yaşadığı ortaya çıkmıştır (Şimşek ve Kılıç, 2012: 119). Söz konusu araştırmaların dünyanın gelişmiş ülkelerinde yapıldığı düşünüldüğünde, bu farkların yoksul ülkelerde yaşayan insanlar arasında ve yoksul ülkeler ile zengin ülkeler arasında daha ciddi sonuçlara karşılık gelebileceği öngörülebilmektedir. Bu anlamda günümüzde ekonomik ve sosyal dengesizliklerin, özellikle sağlık alanında önemli eşitsizliklere kaynaklık ettiği belirtilebilir. Dolayısıyla parası olan kesimler daha sağlıklı bir yaşam sürme imkânlarına sahip olmanın yanında, en iyi ve en kaliteli sağlık hizmetini de alabilmektedirler. Konuyla alakalı olarak yapılan görüşmelerde şu ifadeler yer verilmiştir;

“Tabi burada yaşam kalitesini en çok yükselten şeylerden biri besindir, yiyecek, gıda. Dar gelirli vatandaşlar bundan yararlanamıyorlar. Hatta bunu eğitim çalışmalarında bile görüyoruz. Batıda mesela şuan okular kapandı ya bunun en büyük tehlikelerinden birinin şey olduğu düşünülüyor, oradaki okullarda öğle yemekleri veriliyor çocuklara ve bu çocuklar dar gelirli ailelerden gelen çocuklar bu öğle yemeğindeki kazanımları elde edemeyecekler. Maddi durumları düşük olduğu için ve bu da sağlıklarını etkileyecek ve bu da toplum sağlığını etkileyecek. Şöyle yani parası olan iyi yer iyi tedavi olur mesela” (M7).

Dar gelirli olup, ekonomik yeterliliği bulunmayan kesimler, ekonomik yeterliliği olan insanlara göre birçok açıdan dezavantajlıdırlar. Sağlığın korunması ve sağlıklı bir bedene sahip olma adına yaşam standartları oldukça önemlidir. Fakat günümüzde toplumsal tabakalar arasında gittikçe açılan sosyal ve ekonomik farklar, toplumda

dezavantajlı durumda olan insanların yaşam standartlarının düşmesine ve dolayısıyla sağlıklarının da etkilenmesine neden olmaktadır.

“Bazı hastalıklar bazı insanlar için kader iken bazı insanlar için iyileşilebilir bir şey, mesela kanser hastaları bakıyorsunuz orta sınıf ve ortanın altındaki dar gelirli insanların kanserden kurtulma ihtimali çok düşük. Niye işte ilaca ulaşabilme imkânı zayıf, ilaca ulaşsa bile yaşam standardı düşük. Stresli, psikolojik problemler, ailevi problemler, işsizlik, düşünün böyle bir ortamda kanser olma. Şimdi kanser olduktan sonra nasıl iyileşeceksin. Doktora gidiyorsun doktor diyor ki moralini yüksek tut ya moralimi yüksek tutayım da nasıl yüksek tutacağım. Nasıl gezip dolaşacağım, nasıl mutlu olacağım. Ama kanser bazıları için tedavi edilebilir bir şeydir. Niye çünkü iki hasta da aynı ilacı alıyor. İkisinin de iyileşmesi gerekmez mi? Ama motivasyon, yaşam standardı, ekonomik durum, sosyal durum bütün bunlar belirleyici şeyler. Dolayısıyla orda bir problem var. Yaşam standardınızın iyi olduğu durumda hastalıktan kurtulma ihtimaliniz çok daha yüksek” (M8).

Dar gelirli durumda olan insanların sağlık durumları, yaşanan toplumsal eşitsizliklerden kaynaklı etkilenirken, sağlık hizmetlerinin sunulmasında ekonomik merkezli, ticari yaklaşımlardan ötürü, hizmetten yararlanma süreçleri de ciddi bir şekilde etkilenmektedir. Toplumsal eşitsizliklerden kaynaklı yaşam standartlarında oluşan eşitsizlikler, dar gelirli insanlarda hastalıklara kapı aralayan şartları oluştururken, imkânları olan insanlar ise sağlığını koruma ve hastalandığına çözüm bulma adına oldukça elverişli şartlara sahip olabilmektedir. Özellikle kanser gibi hastalıklarda moral ve motivasyon hastalığın atlatılması anlamında oldukça önemli bir konu olarak görülmektedir. Bu anlamda sosyo-ekonomik anlamda dezavantajlı durumda olan insanların yaşam standartlarından kaynaklı bu gibi hastalıklara yakalanabilme olasılıkları artarken, hastalığın tedavisi noktasında da hem yaşam standartları hem de sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri zorlaşmaktadır.

“....Zengin insanların sağlık düzeyleri çok daha yüksek. Geliri düşük aileler her zaman daha ağır hastalıklarla boğuşuyorlar. Evet, özel hastanelere karşı bir güvensizlik var ama seçenek çok yani. Bir özele gitsen o hizmeti o tedaviyi vermezse sen paran olduğu için başka bir özel, başka bir özel yani seçeneklerin çok dolayısıyla bir şekilde o sağlığına erişiyorsun yani. Bir şekilde deneye yanıla veya duyumlarla veya araştırmalarla bir şekilde iyi bir hizmet alıyorsun özel hastanelerde” (M14).

Günümüzde özel hastane sayısında yaşanan artışa paralel, devlet hastanelerinin yanında özel hastanelerin de güçlü bir alternatif oluşturmasına neden olmuştur. Bu alternatif ekonomik durumu yerinde olan insanlar için bir seçenek ve hatta çoğunlukla birinci seçenek olarak dururken, dar gelirli insanlar, ekonomik sıkıntılardan dolayı özel hastanelerde verilen sağlık hizmetine çoğunlukla erişemedikleri için, bir alternatif olarak görünmemektedir. Bu anlamda ekonomik yeterliliği olan insanlar hem devlet hem de sayısı yüzlerce olan özel hastaneler içinden seçim yapma imkânlarına sahipken, dar gelirli insanlar, şartları ve hizmet kalitesi nasıl olursa olsun sadece devlet hastanelerine gidebilmektedirler. Bu durum sağlık hizmetlerine erişim noktasında yaşanan eşitsizlikleri gözler önüne sermektedir.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan eşitsizliğin ciddi boyutlar kazanmasına ve gittikçe derinleşmesine etki eden nedenlerin başında, sağlıkta özel sektörün desteklenmesi ve hâkimiyet alanının genişlemesidir. Özel sağlık hizmetlerinin sunulmasındaki temel ilke, toplumun ya da hastaların sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları değil, ekonomik bir bedele karşılık olarak, imkânları olan insanların yararlanabildiği bir yapıdadır. Bu durum özel sağlık hizmetlerinin en temel sorununu oluşturmakta ve bu bağlamda yaşanan eşitsizliklerin de temelinde bulunmaktadır (Belek, 2004: 23). Hastanelerde kamu ve özel hastaneler şeklinde bir ayrımın bulunması, doğal olarak ekonomik yeterliliği bulunan insanların çoğunlukla özel hastaneleri, ekonomik anlamda alt ve orta toplumsal tabakalara mensup olan insanların da devlet hastanelerini tercih etmesine neden olmaktadır. Toplumun büyük çoğunluğunu oluşturan bu kesimlerin devlet hastanelerini tercih etmesi, ciddi bir yoğunluğun yaşanmasına neden olmakta ve buna bağlı olarak sağlık hizmetinin kalite ve verimliliği de düşebilmektedir. Buna karşılık özel hastanelerin ticari kaygı taşımaları ve sağlık hizmetlerindeki mevcut rekabet ortamının da etkisi ile daha kaliteli bir hizmet vermeye çalışması, sağlık hizmetlerinden yararlanma sürecinde, alınan hizmetin kalitesinin de farklılaştığı ve bu konuda da ciddi bir eşitsizliğin görüldüğü ifade edilebilir. Bu anlamda yapılan görüşmelerde şu ifadelere yer verilmiştir;

“Şimdi zenginler her zaman özel hastaneye gidebiliyor. Ama fakir insana devlet hastanesinde bakılmazsa, özel hastanede belki daha çok imkân olur, daha fazla bakılır ama adam gidemiyor. Bu da bir eşitsizliktir bence” (A8).

“Kesinlikle oluyor bence. Maddi durumu iyi olanlar gidip özelde tedavi olabiliyor ama maddi durumu iyi olmayanlar mecburen devlet hastanesine gidiyor. Devlet hastanesi de yeterli hizmet alamıyor. Onun için bir eşitsizlik var” (A3).

Görüşmelerde de görüldüğü gibi hastalar özel sağlık hizmetlerine herkesin erişemediğini, devlet hastanelerinde yeterli bir hizmetin sunulmadığını vurgulamaktadırlar. Bu anlamda dar gelirli insanların devlet hastanelerinin dışında başka bir seçeneğinin olmadığı, dolayısıyla devlet hastanelerinde verilen hizmetten alınan faydaya bakılmaksızın, bir zorunlulukla oraya gidildiği ifade edilmektedir. Buna karşılık maddi imkânları olanlar için hem seçeneklerin çok olduğu hem de daha kaliteli bir hizmetin alınabildiği öne çıkmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin sunulmasında, hem hizmete erişim noktasında hem de yararlanılan hizmetin kalitesi anlamında ciddi bir eşitsizliğin olduğunu gösterebilmektedir. Devlet hastanelerinde doktorun performansını artırma ve dolayısıyla daha çok hastaya bakabilme uğraşısı, hastayla yüzeysel ilgilenmesine ve tedavi sürecinin olumsuz etkilenmesine neden olarak, hizmet kalitesini düşürmektedir. Aynı zamanda devlet hastanelerinde yaşanan aşırı yoğunluk, hasta işlemlerinin uzun sürmesine neden olmakta ve genel olarak hastaların devlet hastanelerinde verilen hizmetlerden memnun olmamasına neden olmaktadır. Fakat yaşanan bu problemlere rağmen, ekonomik sıkıntılardan dolayı toplumun büyük çoğunluğu devlet hastanelerini tercih etmek zorunda kalmaktadır. Fakat ekonomik durumu iyi olan insanlar açısından durum çok daha farklı işlemekte ve daha kaliteli bir sağlık hizmeti alabilme seçenekleri artmaktadır. İnsanların temel bir hak olarak, eşit fırsatlar dâhilinde yararlanması gereken bir hizmet alanının, parasal ilişkiler üzerinden sürdürülmesi ve bu ilişkilerin gittikçe piyasa dinamikleri üzerinden derinlik kazanması, toplumsal bir eşitsizliğe neden olmakta ve beraberinde birçok sorunu doğurmaktadır. Yapılan görüşmelerde, paran kadar sağlık anlayışını ortaya koyabilen şu ifadelere yer verilmiştir;

“Tabi bence bir eşitsizlik var. Bir ara televizyonda izlemiştim parası olmayan bir vatandaşımızı, çok hasta olduğu halde sedye üzerinde devlet hastanesinin önüne bırakmışlardı. Bunun da bir eşitsizlik olduğunu düşünüyorum” (P6).

Görüldüğü gibi para ödeyemediği için verilen sağlık hizmetinin de sonlandırıldığı ve hastanın adeta kaderiyle baş başa bırakılabildiği bir uygulama söz konusu olmuştur. Bu durum temel bir insani hak olan sağlık hizmetinin parayla satın

alınmasından dolayı ortaya çıkabilecek sorunların bariz bir göstergesi olarak ifade edilebilir.

“Adam var aile geliri çok iyi, ekonomik şartları çok iyi, istediği hastanede tedavi olabiliyor, istediği rahatlıkta özel hastaneye gidebiliyor. Ama maalesef şu durumda aile geliri kötü olan insanlar, devlet hastanelerinde ya sırada bekleyerek sıkıntı yaşıyor ya da Erzurum’a giderken yolda başına bir şey geliyor. Bir kalp krizi geçirip ölüyor yani. Bir eşitsizlik var kesinlikle” (A7).

Dar gelirli insanların istenilen sağlık hizmetini devlet hastanelerinde alamaması ve özel hastanelerde tedavi olma imkânlarının da bulunmaması, hastaların büyük şehirlere gitmek gibi yollara başvurmasına neden olmaktadır. Bu durum hastaların tedavi süreçlerinin uzaması, büyük şehirlere giderken de ciddi ekonomi problemler yaşamaları gibi sıkıntıları doğurabilmektedir. Fakat sosyo-ekonomik durumu uygun olan hastalar, istedikleri özel sağlık hizmetini satın alabilmekte, tedavi süreçlerini hızlı ve kaliteli bir hizmetle sürdürebilmektedirler. Bu bakımdan sosyal devlet yaklaşımı ve bütün vatandaşlara eşit hizmet anlayışı, sağlık hizmetlerine erişim noktasında yaşanan eşitsizlikleri bitirebileceği gibi sağlıklı bir toplum için önemli bir zemini oluşturarak, toplum geleceği açısından önemli bir adım olarak ta değerlendirilebilir.

Birbirlerinden farklı demografik özelliklere sahip olan görüşmecilerin tamamı, sağlıkta özel hastanelerin ve özel sektörün bir eşitsizliği oluşturduğu fikrini taşıdıkları gözlemlenmiştir. Bu anlamda dar gelirli olan görüşmecilerin devlet hastanesi deneyimlerinin daha fazla olmasından ötürü, devlet hastanelerine yönelik daha eleştirel yaklaşabildikleri gözlemlenmiştir. Geliri iyi olan hastaların da devlet hastanelerine yönelik eleştirel yaklaştıkları görülmekle birlikte, özel hastanelerin yüksek miktarlarda paralar tahsil etmelerinden ötürü, dar gelirli insanların hizmete erişimini olumsuz yönde etkileyebileceğini, dolayısıyla bunun bir eşitsizliği doğurduğuna yönelik bir yaklaşımda oldukları gözlemlenmiştir.

4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE DOKTOR HASTA İLİŞKİSİ

Sağlık hizmetlerinde öne çıkan önemli konulardan biri de hekim hasta ilişkileridir. Doktorlar zorlu bir eğitim sürecinden geçerek, kamu ve özel sağlık kurumlarında hekimlik yapabilme hakkını kazanan kişilerdir. Doktorların esas sorumluluğu, hastalığı için kendilerine başvuran insanların hastalıklarına çözüm bulmaktır. Bundan kaynaklı olarak doktorlar iyi bir ücret alabilmekte ve toplumda

saygın bir statü kazanabilmektedirler. Hastalar ise, hastalıklarından dolayı sağlık kurumlarına başvuran, bir an önce hastalığına çözüp bulup, ondan kurtulmak için sağlık kurumları aracılığı ile doktorlarla iletişime geçen kişilerdir. Doktor ile hastanın birbiri ile iletişime geçmesi, büyük oranda ikisinin de iradesi dışında gerçekleşen bir karşılaşmadır (Açıkgöz, 2021: 123).

Hastaların tedavi edilmesinde doktor hasta ilişkisi oldukça kritik bir öneme sahiptir. Tedavi sürecinde bu ilişkinin sağlıklı bir zeminde yürütülmesi ve özellikle iletişimin güven esasıyla gerçekleştirilmesi hayati bir öneme sahiptir. Bu anlamda doktorun hastayla doğru bir iletişim gerçekleştirerek, hastaya zaman ayırıp onu dinlemesi, hastalığın teşhis ve tedavisinde oldukça önemli bir yer edinmektedir. Aynı zamanda doktorun hasta mahremiyetine önem göstermesi, hastaya rahatsızlığı ile ilgili olarak bilgi verip, durumu anlatması, hastayı incitecek bir üsluptan kaçınması ve hastaya samimi davranarak güven veren bir yapıda olması, tedavi sürecinin önemli boyutlarını oluşturmaktadır (Can, 2019: 34). Bu bağlamda günümüzde doktor hasta ilişkilerine bakıldığında, hastanelerin kamu ya da özel olma durumuna göre hekim hasta ilişkilerinin de değiştiği görülebilmektedir. Bu bakımdan devlet hastanelerinde sıradan, resmi, hiyerarşiye dayalı ve doktorun otorite olduğu bir ilişki biçimi bulunmaktadır. Buna karşılık özel hastanelerde ise ticari kaygı ve kâr edebilme yaklaşımı esas alındığı için doktorların daha samimi davranmaya çalıştığı, hastaya zaman ayırıp onu dinlediği, hastayı hastalığı ve tedavi süreci ile ilgili bilgilendirdiği, ideal bir iletişim biçimi benimsenmektedir (Can, 2019: 38). Bu bağlamda yapılan görüşmelerde konuyla ilgili olarak, görüşmeciler şu ifadelerle yer vermiştir;

“Özeldeki doktor daha içtendir. Sorduğu zaman gerçekten sanki o anı yaşamış gibi nasıl olduğunu merak eder gibi. Sormak için sormuyordu. Yani gerçekten rahatsızlığımı soruyordu. İyileşmemi istediğini ve tedavi etmek için soruyordu. Ama devletteki o kadar değil, sorup da geçeyim yazıyım de geçiyim gibi. Devletteki sadece işini yapmak için yapıyor, resmidir. Ama özeldeki daha içtendi. San ki akrabamış, o acıyı hissediyormuş gibi yardım ediyordu” (P3).

Özel hastanelerde doktor hasta ilişkisine bakıldığında, görüşmede de görüldüğü gibi doktorun hastayla, o anı yaşıyormuş gibi bir yakınlığa geçtiği, hastanın kendisinin rahat ifade edebileceği bir ilişki tarzının geliştirildiği görülebilmektedir. Müşteri memnuniyeti esas alınarak gerçekleştirilen bu ilişki tarzı, hastanenin ve sağlık personelinin imajını, hasta gözünde oldukça olumlu yönde etkilemektedir. Nitekim

devlet hastanelerindeki sağlık hizmetini ve doktor hasta ilişkisini değerlendiren hastalar, özel hastanelerde kendilerini her açıdan memnun etmeye çalışan bir sağlık hizmetine, oldukça olumlu yaklaşabilmektedirler.

“Özelde daha güler yüzlüler, personel sayısı yeterli, tetkikler de daha çok ilgilendiklerini düşünüyorum. Doktorun iletişimi devlet hastanesine göre çok daha iyi. Özelde diksiyon olsun, samimiyet olsun, ilgilenmesi olsun daha iyi. Özelde sana daha çok zaman ayırıyor. Devlette daha böyle acele acele işler yapılıyor. Muayene olduğunuzda da hızlı hızlı bir sonraki hastalar içeri giriyor. O tarz gereksiz bir kalabalık var. Devlet hastanesinde muayene olurken kendimi rahat hissedemiyorum” (M6).

Devlet hastaneleri ve özel hastanelerde doktor hasta ilişkilerine bakıldığında, bu hastanelerde, ilişkilerin birbirinden oldukça farklılaştığı görülmektedir. Devlet hastanelerinde hekimler, bir an önce diğer hastanın muayenesine başlama telaşıyla, hastalara olabildiğince az zaman ayırmaktadırlar. Günümüzde tıp teknolojisinin oldukça gelişmiş olmasından kaynaklı, her ne kadar hastalıkların teknolojik aletlerle tespit edilebilme olasılıkları yüksek olsa dahi, hastaların kendilerini rahat bir şekilde ifade etmeleri, hastalıkları ile ilgili doktorlara yeterli bilgiyi verebilmeleri, teşhis ve tedavi sürecinin önemli boyutlarını oluşurmaktadır. Bu anlamda hastalara yeterli zamanın ayırılmaması ve hastaların kendilerini rahat ifade edebilecekleri bir ilişki biçiminin oluşturulmaması, tedavi sürecinin de olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır.

Doktor hasta ilişkilerinin önemli bir boyutunu da güven oluşurmaktadır. Güven duygusu, hastaların en özel bilgilerini dahi doktorla paylaşabilme yakınlığını oluşturan bir ilişki biçimini oluşurmaktadır. Bu anlamda doktor hasta ilişkisinde güven, tedavi sürecinin de önemli bir boyutunu oluşurmaktadır. Tedavi sürecinde, hastanın doktordan beklentisi, bilgi ve birikimini kullanarak hastalığına çözüm bulup, onu tedavi etmesidir. Bu anlamda güven esasıyla şekillenen ilişkide, hasta doktorun bilgisine güven duyarak, söylediklerine inanır. Bu bakımdan hasta, doktorun yaptığı uygulamalarda sorumluluk bilinciyle hareket edeceğine inanmaktadır (Deppe, 2011: 49). Bu bağlamda doktor hasta ilişkisinin, hastanenin idaresinin ve sermayesinin kamu ya da özele ait olma durumuna göre değişkenlik göstermesi, aynı zamanda doktor hasta ilişkilerinde güven duygusunu da etkileyerek, bu değişkenlere göre şekillenmesine neden olmaktadır. Bu bakımdan devlet hastanelerinde doktor hasta ilişkisinin yüzeysel, samimiyetten uzak bir yapıda olması, hastaların doktora karşı güvenini olumsuz etkilemekte ve doktorların

sorumluluk bilinciyle hareket etmediği düşünülmektedir. Fakat buna karşılık özel hastanelerde doktorların samimi bir görünümde olması, hastayla olabildiğince yakınlık kurarak hastayı dinlemesi, ilgili olması hastaların özel hastanelerdeki doktorlara karşı güveninde belirleyici olduğu gözlemlenmektedir. Özel hastanelerde tedavi gören hastalar, sağlık hizmetini satın aldıklarını düşünerek, verilen ücretin karşılığında hesap sorabilme hakkını kendilerinde görebilmektedirler. Bu anlamda belli bir ücret karşılığında hastayı muayene eden doktorun, verilen ücretin karşılığını verebilme sorumluluğu ile hareket edebileceği düşünülmektedir. Devlet hastanelerinde bu gibi bir kaygısı bulunmayan doktorların, baştan salma davranmaları, hastaların yeterli güveni duymamalarına neden olmaktadır. Bu bağlamda konuyla alakalı olarak görüşmeciler şu ifadelere yer vermiştir;

“....Devlet hastanesinde doktor sandalyesinde oturup yukardan bana bakıyor ve neyin var dediğinde, midem böyle ağrıyor falan dediğimde, tamam diyor bunu yeme, bunu yap deyip direk gönderiyor yani. Ben buna güvenemiyorum. Onun için ilaçlarını falan bile kullanmıyordum. Devlet hastanesi bende güvensizlik oluşturuyor onun için özele gidiyorum” (P1)

Devlet hastanelerinde doktorların resmi ve otoriter bir ilişki tarzını geliştirmeleri, hastanın kendisini tam manasıyla ifade edememesine neden olabilmektedir. Aynı zamanda doktorun hastaya zaman ayırmadan, performansını artırmaya yönelik hareket etmesi, hastanın doktora güven duymamasına neden olmakta ve tedavi sürecini doğrudan etkilemektedir. Nitekim hastanın verilen ilaçlara dahi güven duymaması ve buna karşılık özel hastaneyi tercih etmesi, tedavi sürecinde güven duygusunun önemini gösterebilmektedir.

“Özel hastanede hem temizlik bakımından olsun diğer konularda olsun baya ilgileniyorlar. Araştırmalarını iyi yapıyorlar tabi bu hastanenin başarısı için de önemlidir. Özel hastanede daha detaylı bilgilere ulaşıyorsun. Daha derdini anlatabiliyorsun, daha uzun süre ayırıyor insana. Ama devlet hastanesinde böyle bir imkânı sana sağlamıyorlar. Devlet daha kısa süre ayırıyor ve resmidir” (M1).

Özel hastanelerde müşteri memnuniyetini sağlama yaklaşımı, sadece doktor hasta ilişkilerinde değil hastanenin neredeyse bütün uygulamalarında görebilmek mümkündür. Özel hastanede tedavi sürecinde hassas davranılarak, hastayla ilgilenilmesi, hastalığın tedavisi noktasında bir uğraşın ortaya konulması, hastaların özel

hastanelere daha fazla güven duymalarını sağlamaktadır. Devlet hastanelerinde ise doktorun ilgisiz, resmi ve otoriter bir profil sergilemesi, hastane imajını da etkileyerek, hem hastaneye hem de doktorlara güven duyulmamasına neden olabilmektedir.

“Çok güzeldi, özelde gayet ilgileniyorlar. Ben acile gittiğimde de gördüm bunu doktorda, diyetisyende de gördüm. Gayet sevecen bir yaklaşımları var. Devlet hastanesinde kadın doğuma gitmiştim. Çok ciddi bir tavrı var. Yani endişelerinizi anlamaya biliyor. Hani bir an önce göndermek istiyor...” (M7).

Görüşmede de görüldüğü gibi doktorun performansını artırmaya yönelik davranması, hastanın ona karşı güvenini doğrudan etkilerken, öte taraftan özel hastanede doktorun sevecen yaklaşımı hastaya güven vererek, özel hastaneyi tercih etmesine neden oluyor. Devlet hastanelerinde doktorların bir an önce hastayı muayene edebilme telaşı, beraberinde hastanın endişelerini anlayamamaya neden olarak, hastanın tedavi sürecine kuşku ile yaklaşarak, güven duymamasına neden olabilmektedir.

Özel hastanelerde ticari kaygılar ve kâr edebilme yaklaşımıyla şekillenen tedavi süreci, beraberinde doktorların alınan ücretin karşılığını verebilme sorumluluğu ile hareket etmesine neden olurken, hastaların da aynı şekilde verilen ücretin karşılığını alabilme beklentisinde olmasına neden olmaktadır. Bu ticari ilişki, hastalara hesap sorabilme hakkını doğururken, doktorların da hesap verebilme yükümlülüğü doğmaktadır. Bu bağlamda sağlıkta ekonomik ilişkiler, performansa bağlı ücretlendirilen ve ücretini devletten alan hekimlerin güvensiz olmasına yol açarken, özel hastanede çalışan ve ücretini hastane yönetimi aracılığı ile doğrudan hastadan tahsil eden doktorlara güven duyulmasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda yapılan görüşmelerde konuyla ilgili şu ifadelere yer verilmiştir;

“Yani tabi ki de şöyle bir şey var; orda bir para kaygısı olduğu için yani kâr amacı güttükleri için hastaya karşı bir güler yüz zorunluluğu oluyor. Memnun etme isteği zorunluluk olarak onlarda zaten var yani. Atıyorum hasta o güler yüzü, o ilgiyi, o sıcaklığı hissetmediği zaman en basitinden gidip hastane müdürüne bile şikâyet edebiliyor ama devlet hastanesinde doktor sana nasıl davransa da, hakaret boyutuna da getirse hiçbir şey yapamıyorsun...” (M14).

Özel hastanelerde hastaların doktorlardan hesap sorabilme hakkını kendilerinde görmesi ve doktorların da ticari kaygı ile hareket ederek, hastayı her açıdan memnun edebilme uğraşısı, hastanın güven duymasını da sağlayabilmektedir. Buna karşılık

devlet hastanelerinde doktorların hastaya karşı yeterli sorumluluğu göstermemesi ve olabildiğince resmi davranarak samimiyeti engellemesi, hastada güvenin oluşmasını engelleyerek, tedavi sürecine de olumsuz yansıyabilmektedir.

“....Sana bir şey söyleyim mi? Bugün git sen devlet hastanesine para ver, para verdiğin zaman doktora daha çok soru sorarsın daha çok hastalığını anlatabilirsin. Bunu parayla yaptığın zaman daha çok hizmet istersin ve daha çok soru sorarsın, cevabını almak istersin” (M11).

Özel hastanelerde ticari kaygı ile hareket eden doktorlar, hastalara karşı daha sorumlu davranabilmektedir. Nitekim görüşmede de görüldüğü gibi hasta parayla daha iyi bir hizmetin alınabildiğini, hastaların hesap sorabilme hakkını kendisinde görebildiği ifade edilmektedir. Fakat devlet hastanelerinde ticari kaygı ve hastayı memnun edebilme yaklaşımını benimsemeyen doktorların, hastalara karşı yeterli sorumluluğu göstermediği gözlemlenebilmektedir. Bu durum hastaların özel hastanelerdeki doktorlara, yaklaşımlarından ötürü daha fazla güven duymalarına yol açmaktadır. Özel hastanelerde tedavi gören hastalar, hastane ortamından ve sağlık personellerinin yaklaşımlarından memnun kalmakta ve daha mutlu olabilmektedirler. Buna karşılık devlet hastanelerine giden hastalar hem hastanenin ortamından hem de sağlık personellerinin davranışlarından ötürü, hastaneden mutsuz ayrılabilirler. Bu bağlamda hastaya iyi gelen ve onu mutlu eden sağlık hizmeti daha güvenilir de gelmektedir.

Hastaların hastane tercihlerini, doktor ve sağlık personellerine karşı güvenini ve memnuniyet düzeyini belirleyen önemli konulardan biri de hasta mahremiyetidir. Toplumumuzun kültürel kodlarından ötürü kadın hastaların mahremiyeti daha hassas görülmekte ve kadın doğum gibi polikliniklerde hasta mahremiyetine özen gösterilmesi gerektiği daha ön plana çıkabilmektedir. Fakat her hastanın hastalığı ve özel durumu farklılaşmaktadır. Bu bakımdan hasta mahremiyeti genel olarak cinsiyet farkı gözetilmeksizin, hassas yaklaşılması ve özen gösterilmesi gereken bir konudur. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde hasta mahremiyetine ilişkin yapılan bir araştırmaya göre, hasta mahremiyetine en fazla özel hastanelerde özen gösterildiği ortaya çıkmıştır (Özer, 2015: 106). Bu bağlamda özel hastanelerde müşteri memnuniyetini esas alan ticari odaklı yaklaşım, hastane yönetimlerinin de bu konuda daha özenli olmasını sağlayabilmektedir. Hastane yönetimi ile doktor ve sağlık personellerinin, patron çalışan ilişkisi düşünüldüğünde, hastane imajı açısından yönetimin bu konuya özen

göstermesi, doğrudan çalışanlarına da yansıyabilmekte ve doktor hasta ilişkilerinde bu konuya daha özenli yaklaşılabilir. Fakat buna karşılık devlet hastanelerine bakıldığında, aşırı yoğunluğun olması ve sağlık çalışanlarının yüzeysel yaklaşımları, hasta mahremiyetine de yeterli özenin gösterilememesine neden olabilmektedir. Konuyla alakalı olarak yapılan görüşmede şu ifadeler yer verilmiştir;

“....Devlet hastanesi burada kıyas yapmam gerekiyor bunu demek için, çok kalabalıktı bir kere ikincisi devlet hastanesinde fizik tedaviye gitmişim ben bir kere, orada herkes aynı anda giriyordu, sırayla girme diye bir şey zaten yok, hasta mahremiyeti denen bir şey yok, kadın doğuma da gitmişim. Devlet hastanesine mahremiyet denen bir şey yoktu, inanılmaz kalabalıktı. Rahatsız olmuştum açıkçası rahat olamadım...” (M7).

Devlet hastanelerinde yoğunluğun fazla olması ve doktorların performanslarını yükseltebilme çabası, hassas olunamamasına ve hasta mahremiyetine yeterli özenin gösterilememesine neden olabilmektedir. Fakat bu durumun tam tersi biçimde, özel hastanelerde hastaya karşı olabildiğince özenli davranılarak, sürekli onları tercih edebilecek bir müşteriye kazanma çabası, birçok konu da olduğu gibi hasta mahremiyeti konusunda da hastanın memnun kalmasına dikkat edilmektedir. Bu bakımdan doktor hasta ilişkilerinde ticari kaygıların etkisiyle hasta mahremiyetine dikkat edildiği ve bu durumu devlet hastaneleri ile karşılaştıran hastaların özel hastanelerde daha memnun kaldıkları gözlemlenebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi, beraberinde ciddi bir eşitsizliğe kaynaklık ederken, aynı zamanda bu eşitsizliğin doktor hasta ilişkilerinde de somut bir biçimde yaşandığı görülebilmektedir. Bu anlamda dar gelirli olup, özel sağlık kurumlarına gidebilme imkânı bulunmayan hastalar, devlet hastanelerine gitmek zorunda kalırken, ekonomik yeterliliği olan insanlar ise özel hastanelerdeki hizmetten yararlanabilmektedir. Dar gelirli olup devlet hastanelerinin dışında başka alternatifini bulunmayan hastalar yüzeysel, samimi olmayan, otoriter ve resmi bir doktor profili ile karşılaşırken, ekonomik durumu iyi olup özel hastanelere gidebilen hastalar ise samimi, sıcakkanlı, ilgilenen ve dinleyen bir doktor profili ile karşılaşmaktadır. Bu durum aynı zamanda dar gelirli insanların, hizmete erişim sürecinde olduğu gibi doktor hasta ilişkilerinde de eşitsiz şartlarla karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir. Bu bağlamda yapılan görüşmelerde şu ifadeler yer verilmiştir;

“Devlet hastanesinde doktor somurtkandır, suratsızdır, hastanın doğru düzgün yüzüne bakmaz. Birkaç nedeni var bunun birincisi para kazanma gibi bir derdi yok zaten sabit maaşı var. Hastayla daha fazla ilgilenirse daha fazla gelir elde ederim diye bir şey yok. Doktorun hastaya karşı sorumsuz davranışı vardır, soğuk davranışı vardır. Bu da şundan dolayıdır yani doktorun kendi kişisel şeyinden dolayı değil doktor sayısı azdır hasta yoğunluğu fazladır. Dolayısıyla bir hastaya ayırması gereken yarım saatse on dakika ayırıyor ona. On dakikada hızlandırılmış bir şekilde konuşacak bu da jestlere, davranışlara, mimiklere yansiyacak... Yani dar gelirli aile nereye ulaşır devlet hastanesine, ulaşabildiği yere ulaşır. Dispansere ulaşır yani. Belki dolaylı yoldan devlet hastanesinin iyileştirilmesi onun hayat standardını yükseltecektir. Yoksa zaten özele direk ulaşamıyor ki yani kamu hastaneleri dar gelirli aileler için bir alternatif değil bir zorunluluktur. Oraya gitmek durumundadır yani” (M8).

Devlet hastanelerinin dışında özel hastaneler gibi bir alternatifi bulunmayan dar gelirli insanlar, görüşmede ifade edilen doktor profili ile karşılaşmaktadır. Bu anlamda devlet hastanelerinde doktorların performansına göre ücret alması, doktor hasta ilişkilerini olumsuz etkilerken, özel hastanelerde ticari kaygı ve kâr edebilme yaklaşımı müşteriye memnun edebilme kaygısını doğurmakta ve buna bağlı doktor hasta ilişkileri daha ideal biçimde şekillenmektedir.

“Özel hastanedeki doktor da, hemşire de daha çok ilgili oluyor. Devlet hastanesine gittiğimizde, doktora bir soru soruyoruz doktor doğru düzgün başını kaldırıp bakmıyor bile ama özel hastanede bir nevi parayı verdiği için seninle daha çok ilgileniyor. Yani bir daha ki sefere gelsinler diye de ilgileniyorlar. Özelde parayı verdiği için seninle daha ilgileniyor yani. Devlette o kadar çok hasta var ki doktor sorduğun soruya bile cevap vermeyebiliyor” (M2)

Devlet hastanelerinde sağlık personellerinin hasta memnuniyetine önem göstermeyen yaklaşımları ve buna karşılık özel hastanelerde ticari kaygı ile hasta memnuniyetinin esas alınması, devlet ve özel hastanelerde doktor hasta ilişkilerinin farklılaşmasının ana nedeni olarak ifade edilebilir. Bu farklılaşma devlet hastanelerine gitmek zorunda olan insanların doktor hasta ilişkilerinde, geliri olan insanlara göre eşitsiz bir muamele ile karşılaşmasına neden olmaktadır. Nitekim devlet hastanelerinde doktorun “başını kaldırıp bakmadığı” ifadesi bile söz konusu eşitsizliğin boyutunu gözler önüne sermektedir.

Doktor hasta ilişkilerinin ticari odaklı dönüşümünü belirleyen en önemli faktör, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesidir. Hasta doktor ilişkilerinin ekonomik ilişkiler doğrultusunda düzenlenerek, ticarileşmesi, sağlık hizmetlerinin de piyasa dinamikleri doğrultusunda alınıp satılabilen bir metaya dönüşmesine neden olmuştur. Bu bağlamda ticari ilişkilerin hâkim olduğu sağlık hizmetlerinde, hastalara müşteri rolü ile yaklaşılırken, doktorlar ise metaya dönüştürülen sağlık hizmetlerinin satıcısı rolünde olmaktadır. Bu bakımdan bir ticaret alanına dönüştürülen sağlık hizmetlerinde doktor hasta ilişkisi, müşteri satıcı ilişkisi temelinde şekillenmektedir (Can, 2019: 38). Bu bağlamda metalaşan sağlık hizmetinin satıcısı olarak doktor, müşterisini olabildiğince memnun etmeye ve müşterisinin hastalandığında tekrar kendilerinden hizmet satın almasını sağlamaya çalışmaktadır. Aynı zamanda kâr edebilme yaklaşımı benimsendiğinden ötürü, her hasta üzerinden maksimum düzeyde kazanç sağlanmaya da çalışılmaktadır. Bu bakımdan poliklinikler arası hasta yönlendirmeleri, gerekli olmayan tahliller vb. uygulamalara gidilebilmektedir. Bu bağlamda yapılan görüşmelerde konuyla alakalı olarak şu ifadelere yer verilmiştir;

“...Eşim için nst'ye gidiyorum, diyor biz şimdi alalım 75 lirayı, gidiyorum başka bir yere diyor, aşağıya 20 lira ödemeniz gerekiyor. Yani ödüyorum oraya mabuzu veriyorum, sanki parasız hiçbir şey yapamayacaktım gibi. Kardeşim özel bir şirkette çalışıyor. Anlaşmaları da özel hastaneyle, kardeşimi çok uğraştırdılar. Ortopediye gittik, buraya gittik. Çünkü çocuğun cebinden para çıkmıyor, şirketin cebinden para çıkıyor ya, bu arabalardan sigortadan para kazanmak gibi oluyor. O oraya gönderiyor, o oraya gönderiyor. Kardeşim zaten gider. Mesela ortopediye gitti, başka bir polikliniğe gönderdiler belki başka bir şey çıkar diye kardeşim sıkıntı etmez. O yüzden böyle dolaştırıyorlar ama bunu tamamen özel sigorta şirketleriyle hastanelerin paslaşması olduğunu düşünüyorum” (A1).

Özel hastanelerde doktor hasta ilişkilerinin müşteri satıcı ilişkileri doğrultusunda dönüşümü, hasta üzerinden maksimum kâr elde edebilme yaklaşımı ile şekillenmektedir. Bu bağlamda hastaların poliklinikler arası yönlendirilerek fazla ücret elde edilmeye çalışılması ve her uygulamada ayrı bir ücretin tahsil edilmesi hastanın kendisini bir müşteri olarak hissetmesine neden olabilmektedir. Özel hastanede belli bir ücret karşılığında çalışan ve patronlarına karşı sorumlu olup, işini en iyi şekilde yapma zorunluluğu bulunan doktor, aynı zamanda patronunun fazla kâr edebilme stratejilerini de uygulamalıdır. Nitekim belli bir sözleşmeye bağlı çalışan doktor, işini kayıp etme

gibi bir riskle de karşı karşıyadır. Bu bağlamda görüşme de ifade edildiği gibi, hastane masrafları özel sigorta şirketleri tarafından karşılanan hastalar üzerinden de sigorta şirketlerinden maksimum kâr elde edilmeye çalışılabilmektedir.

Özel hastanelerde doktor hastaya güler yüzlü, ilgili, samimi yaklaşıma çalışırken, esas olarak müşteri memnuniyetini amaçlamaktadır. Bu bakımdan doktorun hastayla olan yaklaşımı bir içtenlikten ziyade, ilişkinin arka planında para kazanma ve kâr edebilme amacıyla oluşturulmuş bir amacın yattığı gözlemlenebilmektedir. Bu bağlamda şu ifadeler yer verilmiştir;

“Bence tamamen ticaridir. Mesela ben gittim paramı verdim adam ilk para verdiğimde çok iyi ilgilendi, bende kendi kendime dedim vay be iyiymiş hani ilgileniyorlar. Sonra üç ay sonra dişimi tekrar göstermek için gittiğimde, ben acı çekiyordum adam hiç dikkate almıyordu beni. Bana ağrı kesici yazıyor, antibiyotik yazıyor başından salıyordu, ilgilenmiyordu yani. İkinci defa para almıyordu çünkü. Ben baktım bir şey yok başka bir özele gittim. O diğeri de aynı şekilde parayı aldıktan sonra ilgilenmedi. İkinci defa gittiğim özel hastaneye iki üç defa gittim. İlk defa ilgileniyorlardı, sonra gittiğimde ilgi yoktu” (A4).

Görüşmede de görüldüğü gibi ilk seferde ücretle muayene yapan doktorun, ücret aldığı ve ücret aldığı için de oldukça ilgilendiği vurgulanmıştır. Sonraki muayenelerde ücret alınmadığı için doktorun baştan savma davrandığını belirten görüşmeci, doktor hasta ilişkilerinin ticari odaklı yapısını da ortaya koyabilmektedir. Özel hastanelerde hizmetin satın alıcısı olan hastalar, ücret verip hizmet satın aldıklarında en iyi şekilde ilgilenen, onlara zaman ayıran, dinleyen ve samimi olan bir doktor profili ile karşılaşp, verilen ücretin karşılığını alırken, ücret verilmediği zaman, sağlık hizmetinin satıcısı olarak doktor, ücretsiz aynı profilde olmamakta ve karşılıksız aynı ilişki tarzını geliştirmemektedir.

“Evet, tam anlamıyla müşteri gibi hissettim. Kendimi dükkâna gidip bir elbise alacakmışım gibi hissediyorum. Tabi sen devlete gittiğinde cebinden bir para çıkmıyor. Ama özel gittiğinde küçük bir pansumanda bile 15-20 lira para alınıyor. Yani gittiğinde her şey için para alan bir kurum var. Bir müşteri gibi düşünmekte normal oluyor yani. Özel de müşteriyi memnun etmeye çalışıyorlar. Çünkü diyorlar ne kadar memnun olsa bir daha ki sefere tekrar gelir” (P10).

Özel hastanelerde tedavi olan hastaların kendilerini bir müşteri olarak hissetmesi, aynı zamanda bir hizmetin satın alındığını ve buna karşılık doktorun en iyi şekilde ilgilenmesi gerektiği beklentisini de oluşturmaktadır. Doktorun göstermiş olduğu ilginin arka planında verilen ücretin etkili olduğunun bilincinde olan hastalar, kendilerinin sadık birer müşteri olup, her zaman aynı hastaneyi tercih etmelerini sağlayacak bir uğraşın olduğunu ve bu anlamda kendilerinin memnun edilmeye çalışıldığını düşünmektedirler. Bu bakımdan özel hastanede doktorların, sağlık personellerinin ve hastane ortamının hastalarda oluşturduğu memnuniyet düzeyi verilen ücretin de hakkının verildiği izlenimini oluşturabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde ticari yaklaşımların giderek derinleşmesi hizmetin neredeyse bütün boyutlarını etkileyerek, bu alanı öz niteliğinden uzaklaştırmakta ve birçok problemi beraberinde oluşturmaktadır. Sağlık gibi temel bir hizmet alanının ekonomi politikaları ile paralel dönüşüm yaşaması, sağlık alanındaki neredeyse bütün faktörlerin ticari boyutları ile ele alınmasını ve hizmetin ticari bir amaçla yürütülmesini beraberinde doğurmuştur. Sağlık birey için nasıl ki hayati önemi olan, kritik bir konu olarak ele alınıyorsa, toplum sağlığı da aynı kritik öneme sahiptir. Bu bakımdan sağlıklı bir toplum için, sağlık hizmetlerinin temel bir sosyal politika olarak sunulması ve eşit şartlarda, herkesin yararlanabileceği bir yapıda olması oldukça önem ifade etmektedir. Ayrıca sunulan hizmetin kaliteli olması, doktor hasta ilişkilerinde ticari amacın dışında, hastalığa çözüm geliştirmenin ana amaç olması, birey ve toplum sağlığının öneminin kavranarak, bu bilinçle hastalara yaklaşıp, her hastanın memnun edilmesine özen gösterilmesi toplumun geleceği için ciddi önemi bulunan bir konudur.

Doktor hasta ilişkilerinde eğitim durumu lisans ve üzeri olan hastaların, doktorun davranışlarını anlamlandırma biçimi ile diğer eğitim durumuna sahip olan hastaların anlamlandırma biçiminin birbirinde farklı perspektiflere sahip olduğu gözlemlenmiştir. Lisans ve üzeri eğitim durumuna sahip olan hastalar, doktorların para aldıkları için ilgi göstermek ve müşteriyi memnun etmek zorunda olduklarına yönelik bir düşüncede oldukları gözlemlenmiştir. Bu bakımdan özel hastanelerde onlarla ilgilenmeyen, onları dinleyip zaman ayırmayan bir doktoru hastane yönetimine şikâyet edip, hak talep eden bir yaklaşımda olan bu hastaların, özel hastanelerin ticari yaklaşımlarının oldukça bilincinde oldukları gözlemlenmiştir. Buna karşılık diğer eğitim durumuna sahip olan hastaların, bu derece bir farkındalığa sahip olmadığı görülebilmektedir.

Devlet hastanelerindeki doktor profili ile karşılaştırma yapıp, özel hastanelerdeki doktor ve sağlık personellerini değerlendiren, özellikle dar gelirli hastaların özel hastanelerde müşteri memnuniyeti esasıyla yürütülen hizmete ve doktor profiline karşı oldukça olumlu yaklaşımları görülmüştür. Devlet hastanelerinde sürekli, otoriter, ilgilenmeyen, yüzeysel yaklaşan bir doktor profili ile karşılaşan hastalar, özel hastanelerde sevecen, güler yüzlü, ilgilenen bir doktor profili ile karşılaştıklarında oldukça memnun kaldıkları gözlemlenmiştir. Buna karşılık geliri iyi olan hastalara bakıldığında ise ilgilenmenin olduğu fakat bunun genel olarak ticari odaklı olduğuna yönelik bir düşüncede olduğu görülmüştür. Bu bakımdan gelirli durumu iyi olan hastaların genel olarak yaklaşımları “paramızı veriyoruz ilgilenmek zorundalar” yaklaşımında oldukları görülmüştür.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Neoliberal politikaların 1980'li yıllardan sonra dünya devletlerinin birçoğu tarafından benimsenmesi, başta sağlık hizmetleri olmak üzere neredeyse bütün kurumsal alanlarda özel sektörün hâkimiyet alanının oldukça genişlemesine neden olmuştur. Neoliberal politikalar kapsamında düzenlenen sağlık hizmetleri, temel bir sosyal politika olarak verilmekten uzaklaşmış, özel hastanelerin ve özel sektörün desteklenerek, aktif olduğu bir alana dönüşmüştür. Sağlık hizmetlerinde özel sektörün hâkimiyet alanının genişlemesi, bu alanın ticari ilişkiler doğrultusunda şekillenmesine neden olmuş ve beraberinde birçok sorunu doğurmuştur. Uluslararası kuruluşlar tarafından da desteklenerek, yönlendirilen neoliberal politikalar, sağlık alanını neredeyse bütün yönleriyle kapsamına almıştır. Bu anlamda neoliberal politikalar sadece özel hastaneler ile değil, her alanıyla devasa bir sektörü oluşturan sağlık alanının bütün boyutlarını ticari amaçlar doğrultusunda değerlendirebilmektedir.

Sağlık hizmetleri bünyesinde barındırdığı alanlarla devasa bir sektörü oluşturmaktadır. Bu bakımdan sağlık alanı kâr potansiyeli en yüksek olan alanlardan birisini oluşturmaktadır. Özellikle sağlıkta ilaç sektörü kâr potansiyeli anlamında gerek ulusal gerekse uluslararası yatırımcıların oldukça ilgili olduğu bir alandır. İnsanlara ilaç tedarik etmenin bir kâr kapısı olarak değerlendirilmesi, beraberinde ilaç tüketimini artırmaya yönelik bir yaklaşımı doğurabilirken, aynı zamanda gereksiz ilaç kullanımlarıyla insanların sağlıklarının bozulmasına ya da zarar görmesine yol açabilecek sonuçları da doğurabilmektedir. Bu bakımdan özel sektörün sağlık gibi hassas ve önemli bir konuyu ekonomik ilişkiler doğrultusunda ele alması, ortaya çıkabilecek sonuçların birey ve toplum sağlığını nasıl etkileyebileceği yönünde değil, esasen kâr getirisinin ne kadar olabileceğine odaklanıldığı görülmektedir. Bu bağlamda sağlıkta özel sektörün gittikçe genişlemesi, bu alanın kâr potansiyelinin her yönüyle değerlendirilerek, yatırım yapılacak alanların başında görüldüğü belirtilebilir.

Sağlık hizmetlerinde neoliberal politikalar her ne kadar somut olarak özel hastaneler üzerinden görünüyorsa dahi, bu politikaların yansımalarını devlet hastaneleri başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin neredeyse her alanı üzerinden görebilmek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında esasen kâr edebilme yaklaşımı üzerinden gelişen bu süreç, devlet hastanelerinde hizmet sunumunda kullanılan temel araç gereçlerin neredeyse tamamında görülürken aynı zamanda uygulanan performansa dayalı ücretlendirme sistemi ile doğrudan tedavi sürecinde de

görülebilmektedir. Devlet hastanelerinde, özel sektör aracılığı ile karşılanan tıbbi cihazlar, temizlik malzemeleri, hasta odaları için gerekli olan malzemelerin tamamı gibi alanlar özel sektör açısından ciddi bir kâr kapısı olarak değerlendirilmektedir. Özel sektörün aktif rol oynadığı ve ciddi bir sektörü oluşturan bu alanların yanında, taşeron şirketleri aracılığı ile sağlık personellerinin karşılanmasıyla, özel sektörün sağlık hizmetlerindeki rolü gittikçe derinleşmektedir.

Özel sektör, yatırım yaptığı alanlar üzerinden, doğal olarak maksimum derecede kâr elde etmeyi hedeflemektedir. Bu anlamda özel sektör hizmet sunumunu gerçekleştirirken ya da bir alandaki gereksinimi karşılarken, esas olarak elde edebileceği kâr oranına ve ticari faaliyetinin getirisine odaklanmaktadır. Bu bağlamda devlet hastanelerinde uygulanan performansla bağlı ücretlendirme sistemi ile doktorlar fazla hastaya bakarak, fazla ücret almayı amaçlarken, özel sektör yatırımcılarında olduğu gibi ekonomik kazanca odaklanmaktadır. Bu durum doğrudan hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilediği gibi devlet hastanelerinin imajına da ciddi zararlar vermektedir. Nitekim bu amaca odaklanarak hizmet sunan hekimlerin, her hastaya ayırdığı zaman azalırken, hastayla ilgilenerek onu dinlemesi de yüzeysel bir şekilde olmaktadır. Bu bakımdan muayene sürecini olabildiğince kısa ve hızlı bir şekilde yürüterek bir an önce diğer hastaya geçebilme telaşını taşıyan devlet hastanelerindeki hekimler, hastaya karşı resmi, otoriter ve samimiyetten uzak bir ilişki biçimini geliştirmektedirler. Bu anlamda ekonomik kaygılarla gerçekleştirilen bir hizmetin, kaliteli ve verimli olmaktan uzak olacağı gibi aynı zamanda esas amacının dışına da çıktığı görülebilmektedir. Esasen hastayı tedavi etme ya da insanların sağlığını korumaya yönelik bir yoğunlaşma ile yürütülmesi gereken sağlık hizmetlerinin, ticari amaçlara odaklanılarak yürütülmesi, bu alanı öz amacından uzaklaştırarak bir ticaret alanına dönüştürmektedir.

Sağlık hizmetlerinde neoliberal politikalar ve buna bağlı olarak gelişen ticari odaklı yaklaşımlar, devlet hastanelerinde hizmetin verimliliğini ve kalitesini olumsuz yönde etkilerken, özel hastanelerde müşteri memnuniyetinin esas alınmasından ötürü, hizmet kalitesinin daha olumlu etkilendiği belirtilebilir. Nitekim özel hastanelerin, rekabet koşullarında ekonomik sürdürülebilirliklerini sağlamaları adına kendilerini tercih edebilecek müşterilere ihtiyacı bulunmaktadır. Bu anlamda özel hastaneler, hastanenin temizlik ve konforuna daha özen göstermekte, daha güler yüzlü ve sevecen bir yaklaşım geliştirerek, müşterinin her açıdan memnun olmasına özen göstermektedirler. Bu anlamda devlet hastaneleri ile karşılaştırıldığında, ekonomik

merkezli yaklaşımlarından ötürü, özel hastanelerin daha kaliteli bir hizmet sunumunu yakalamaya çalıştıkları ifade edilebilir. Bu bakımdan devlet hastanelerinde parasını devletten alan, fazla hasta bakıp, fazla para kazanmayı amaçlayan ve hasta memnuniyeti gibi bir kaygıyı taşımayan hekimler, hizmet kalitesinde olumsuz bir profil gösterirken, özel hastanelerde parasını doğrudan hasta üzerinden alan hekimlerin, müşteriye memnun etme kaygısı taşıdığı ve dolayısıyla daha olumlu bir profil gösterdiği görülmektedir.

Hastaların hastane tercihlerini belirleyen temel faktörlere bakıldığında, özel hastanelerin, devlet hastanelerinde yaşanan problemler üzerinden kendilerini tamamladıkları ve müşteri memnuniyetine özen göstererek tercih edilebilirliklerini artırdıkları görülmektedir. Özel hastaneler ticari kaygılarından ötürü hizmet sunumunda müşterisine daha avantajlı görünmek durumundadır. Bu anlamda özel hastanelerin görünümü ve konforu, hastane binasının stratejik bir konumda olup, müşterisinin her an ulaşabileceği bir yakınlıkta olması, doktorların hastayla kurduğu ilişkide ideal bir boyutun yakalanmaya çalışılması gibi faktörlerin tamamına özen gösterilmekte ve müşterinin kendilerini tercih etmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Buna karşılık devlet hastanelerine bakıldığında, hastanelerin genelde şehirlerin dışında, uzak bir yerde yer aldığı, temizlik ve hijyenin korunamadığı, doktor ve sağlık personellerinin ilgisiz olduğu bir hizmet sunumu bulunmaktadır. Bu bakımdan araştırmada, hastanelerin hastane tercihlerini belirleyen temel unsurların; devlet hastanelerindeki hizmet kalitesinin düşük olması ve buna karşılık özel hastanelerde kalite ve müşteri memnuniyetine özen gösterilmesinden kaynaklı, hastaların özel hastaneleri tercih ettikleri görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesinin somut bir görünümü olarak özel hastaneler, sağlık hizmetini sunarken gerçekleştirdikleri neredeyse bütün uygulamalarında kâr ve para kazanma yaklaşımının asıl amaç olarak benimsendiğini hastalara yansıtabilmektedir. Hastanenin lüks bir otel konforunda olması, doktor ve sağlık personellerinin olağan üstü ilgileri ve müşteriye memnun edebilme çabaları, hastalar neslinde bir içtenlikten ziyade, ticari amaçlı bir çaba olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda araştırma sonucunda, özel hastanelerde yapılan uygulamaların esasen ticari amaçlı olduğu, kâr etme ve para kazanmanın işin arka planında yatan temel neden olduğu görülmüştür. Özel hastanelerin sağlık hizmetlerinden yararlanan hastalar, hastanenin içine girdiklerinde, yapılan bütün uygulamalarda ücret ödemek durumunda kalmaktadırlar. Bu anlamda her polikliniğin

muayenesine ayrı ayrı ücretler verilirken, yapılan her tahlil ve tetkike de ayrı bir ücret verilmektedir. Ayrıca SGK ve özel sigorta şirketleri ile anlaşmaya giden özel hastaneler bunlardan da ayrı ücretler tahsil etmektedirler. Bu bağlamda özel bir işletme mantığı ile hizmet sunan özel hastaneler, her hastadan ekonomik olarak maksimum derecede yararlanmayı ve kâr etmeyi amaçlamaktadır. Araştırma sonucunda vurgulanması gereken çarpıcı noktalardan biri de, özel hastanelerin hastaların gelir durumuna bakmaksızın hastaları yüklü miktarda ödemelerle karşı karşıya bırakmasıdır. Her uygulamada ayrı bir ücretlendirmeye tabi tutulan hastalardan, gerekmediği halde alakasız tahlillerin istenmesi, doktorlar arası yönlendirmelerin yapılması, araştırma sürecinde hastaların özellikle vurguladığı bir konu olmuştur.

Özel hastaneler ve sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesinin yol açtığı önemli problemlerden biri de herkesin sağlık hizmetlerine eşit bir şekilde erişememesidir. Toplumumuzun sosyo-ekonomik durumu düşünüldüğünde, toplumun büyük bir bölümünü dar ve orta gelirli insanlar oluşturmaktadır. Bu bakımdan sağlık hizmetlerinin özel sektör ya da özel hastaneler tarafından yürütülmesi, toplumun bir kesiminin ücretle kaliteli bir hizmet almasına neden olurken, bir kesiminin de hizmete erişememesine neden olmaktadır. Devlet hastanelerinde hizmet kalitesi anlamında olumlu bir seviyenin yakalanamaması, doğal olarak insanların başka alternatifleri değerlendirmesine neden oluyor. Bu bakımdan ekonomik yeterliliği olan hastalar özel hastane gibi bir alternatifi değerlendirebilirken, dar gelirli insanlar ekonomik sıkıntılardan dolayı bu alternatifi değerlendirememekte ve devlet hastanelerinde yeterli olamayan sağlık hizmetini almak zorunda kalmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin ekonomik bir bedele karşılık yürütülmesinin yol açmış olduğu bu eşitsizlik, dar gelirli insanların eşitsiz şartlarla karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda araştırma sonucunda gerek dar gelirli insanların gerekse ekonomik durumu iyi olan hastaların özel hastanelerin sağlıkta bir eşitsizliği oluşturduğu noktasına ortak bir fikre sahip olduğu görülmüştür.

Sağlıkta eşitsizlik sadece hizmete erişim noktasında değil, aynı zamanda hayat standartları anlamında da yaşanan bir durumdur. Nitekim dar gelirli, sağlıklı ve kaliteli hayat standartlarına sahip olmamakla birlikte, bu standartların neden olduğu hastalıklara da yakalanabilmektedir. Fakat ekonomik durumu iyi olan ve yaşam standartları yüksek olan insanlar, hem sağlıklarını koruyabilme imkânlarına sahipken hem de hastalandıklarında, en iyi sağlık hizmetini de satın alabilmektedirler. Aynı zamanda tedavi sürecinde aynı hizmet kalitesinden yararlanamayan hastaların, doktor hasta

ilişkilerinde, hastanenin temizlik ve hijyeninden ve genel olarak insani muameleden eşit şartlarda yararlanamadığı da ulaşılan temel sonuçlardır. Bu bakımdan araştırma neticesine neoliberal politikaların ve özel sağlık hizmetlerinin sağlık alanında ciddi eşitsizliklere neden olduğu görülmüştür.

Özel hastanelerin sağlık hizmetleri alanında yarattığı önemli değişimlerden biri de doktor hasta ilişkileridir. Doktor, bilgi ve tecrübelerine dayanarak hastalığa çözüm geliştirmeyi temel amaç olarak benimsemesi gereken tıp uzmanıdır. Hasta ise, doktorun bilgi ve tecrübesine güvenerek, hastalığına çözüm bulmak için hekime ya da sağlık hizmetlerine başvuran kişidir. Bu anlamda doktor hasta ilişkisinin ortak amacının hastalığa çözüm bulmak olduğu belirtilebilir. Fakat özel sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve doktorların para kazanma kaygıları bu ilişkiyi de doğasından uzaklaştırdığı görülmektedir. Nitekim devlet hastanelerinde fazla para kazanmak için fazla hasta bakmaya çalışan bir doktor profili bulunurken, özel hastanelerde ise adeta sağlık hizmetini pazarlayan bir doktor profili bulunmaktadır. Bu anlamda sağlık hizmetleri alanında yaşanan değişimlere paralel, doktor hasta ilişkilerinin de alıcı satıcı ilişkilerine doğru bir dönüşümü yaşadığı görülmektedir. Araştırma sonucunda hastaların geneli özel hastanelerde doktorların bir hizmet satıcısı gibi davrandığını, kendilerini memnun edebilme çabalarının altında ticari bir kaygının olduğunu vurgulamıştır. Bu bağlamda doktor, sağlık hizmetinin satıcısı konumuna gelirken, hastaların da hizmet alıcısı olarak, sağlık hizmetinin müşterisi konumuna geldiği belirtilebilir.

Bu Araştırmanın evrenini Ağrı, Muş ve Patnos'ta bulunan özel hastanelere giden hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini Muş'tan 15, Ağrı'dan 10 ve Patnos'tan 10 hastanın seçilmesiyle oluşturulmuştur. Araştırmada elde edilen bulguların niteliğine bakıldığında, bu bulguların özel sağlık hizmetleri ve özel hastanelerin genel olarak hizmet mantığını yansıtabildiği ifade edilebilir. Nitekim genel anlamda neoliberal politikaların ve buna bağlı olarak özel hastanelerin sağlık hizmetleri alanında yol açtığı değişimlere ve problemlere bakıldığında, araştırmanın evreninde de aynı sonuçlara rastlandığı görülmektedir. Bu bakımdan araştırma neticesinde elde edilen bulguların Türkiye'deki özel hastanelerin sağlık hizmetlerinde de rastlanabilecek sonuçlar olduğu, araştırmanın neticesine görülebilmektedir.

Sağlıkta özel sektörün ve özel hastanelerin neoliberal politikalar kapsamında desteklenerek hâkimiyet alanının genişlemesi ve bundan kaynaklı sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar düşünüldüğünde, sağlıkta sosyal devlet yaklaşımının gerekliliği de

görülebilmektedir. Devletler, özellikle sağlık hizmetleri gibi önemli bir alanı, temel bir sosyal politika olarak görmeli ve her vatandaşına eşit imkânlar doğrultusunda hizmet sağlayabilmelidir. Sağlıkın ticarileştirilerek metalaştırılması süreci, sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından yürütülmesi ile gerçekleşen bir durumdur. Özel sektör sağlık hizmetlerini yürütürken tamamen kâr ve ekonomik kazanç odaklanmaktadır. Bu durum asıl yoğunlaşma noktası ve asıl amaç olarak benimsenmesi gereken tedavi etme, çözüm geliştirme gibi önemli noktaların ikinci planda yer almasına neden olmaktadır. Bu bakımdan sağlık hizmetlerinin piyasa dinamikleri üzerinden yürütülmesi, bu alanı asıl amacından uzaklaştırmaktadır. Bu bağlamda sağlığın birey ve toplum geleceği noktasındaki önemi hassasiyetle değerlendirilmeli ve herkesin ulaşabileceği bir hizmet anlayışı geliştirilmelidir. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin sosyal devlet yaklaşımıyla yürütülmesi toplumun sağlığı ve geleceği açısından önem ifade etmektedir.

Sağlık hizmetlerine erişim sürecinde ve kaliteli bir sağlık hizmeti alma noktasında toplumsal guruplar arasında ciddi eşitsizlikler yaşanmaktadır. Yaşanan bu eşitsizliklerin temel nedeni ise özel hastanelerdeki sağlık hizmetlerinden dar gelirli olanların yararlanamayıp, ekonomik yeterliliği olan insanların yararlanabilmesi ve devlet hastanelerinde yeterli bir sağlık hizmetinin verilememesidir. Bu anlamda özel hastanelerden yararlanamayan hastaların devlet hastanelerinde kalitesiz ve yeterli verimli olmayan bir sağlık hizmetini almak zorunda olması, yaşanan eşitsizliklerin önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Bu bakımdan devlet hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerinin kalite, verimlilik, memnuniyet gibi noktalarda değerlendirilerek, standartlarının iyileştirilmesi noktasında ciddi düzenlemelere gereksinim duyduğu vurgulanmalıdır. Özellikle devlet hastanelerinde çalışan doktor ve sağlık personellerinin hastalarla olan ilişkilerinde hasta memnuniyetini gözeterek, ilgilenen, zaman ayıran, iktidar ilişkilerinin kurulmaya çalışılmadığı ve gerçekten tedavi odaklı bir yaklaşıma sahip olunması önem ifade etmektedir.

Devlet hastanelerinde uygulanan performansa bağlı ücretlendirme sistemi, doktorların ekonomik kaygılarla hareket etmesine neden olmakta ve tedavi sürecinde verimli olamamalarına neden olmaktadır. Bu ücretlendirme sisteminin kaldırılması, sağlık hizmetinin kalitesine ve verimliliğine önemli katkılar sağlayacaktır. Nitekim bu ücretlendirme sistemine göre hizmet yürüten doktorlar, fazla hastaya bakmaya çalışmakta ve dolayısıyla her hastayla olabildiğince kısa ve yüzeysel ilgilenmektedir. Bu durum sağlık hizmetinin de kalitesini doğrudan etkileyebilmektedir. Bu anlamda

doktorların hastalarla kurmuş oldukları ilişkinin denetlenmesi ve hasta memnuniyetini ölçebilecek sistemlerin geliştirilmesi anlamlı olacaktır.

Toplumun büyük bölümünün dar ve orta gerili insanlardan oluşmasından dolayı, ücretsiz olan devlet hastanelerine yönelik talebi de artırmaktadır. Bu bakımdan devlet hastanelerinde hasta yoğunluğu fazla olabilmektedir. Hasta sasisının fazla olması beraberinde bekleme sürelerinin artması, tahlil ve sonuçların günlerce çıkmaması gibi sorunlara yol açabilmektedir. Bu sorunların giderilmesi için gerekli alt yapının oluşturulması, sağlık personelleri ve doktorların yeterli sayıda olması ve yeterli ekipmanların sağlanması önem ifade etmektedir. Devlet hastaneleri gerek yoğunluktan kaynaklı gerekse hasta memnuniyeti gibi bir kaygının olmamasından kaynaklı temizlik ve hijyen konularına yeterli özen gösterilmemektedir. Hastane ortamının temiz olması, hastalıklarla mücadele edilen bir yer açısından kritik öneme sahiptir. Bu bakımdan devlet hastanelerinin temizliği ve hijyenikliği noktasında bir denetleme mekanizmasının oluşturulması, bu konuya yeterli önemin gösterilmesi devlet hastanelerinin imajı açısından önemli olduğu gibi, sağlık hizmetinin kalitesi adına da ciddiye alınması gereken bir konudur.

Mevcut durumu ile özel hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinin ciddi bir kontrole tabi tutulması önem ifade etmektedir. Özel hastaneler, vermiş oldukları sağlık hizmetleri ile her hasta üzerinden maksimum kâr elde etmeyi amaçlamaktadırlar. Bundan dolayı hastalardan gerekmediği halde tahliller alınmakta ve bir şekilde hastanın ödemesi gereken fatura kabartılmaya çalışılmaktadır. Bu bakımdan özel hastanelerin her yönüyle denetlenmesi, hastalardan fark ücreti ya da tahlil başı para alma gibi uygulamalara gidilmesinin önüne geçilmelidir. Bu durumun önüne geçebilmek için gerekli önlemlerin devlet tarafından alınması anlamlı olacaktır. Sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliğin sağlanması adına özel hastaneler aynı zamanda önemli bir perspektif sunabilmektedir. Bu bakımdan devlet hastanelerindeki eksikliklerin ve yetersizliklerin tespit edilmesi, bu anlamda özel hastanelerdeki kalite düzeyinin yakalanması için gerekli düzenlemelerin yapılması anlamlı görülmektedir.

Hastaları müşteri kendilerini de sağlık hizmetinin satıcısı gibi görüp, adeta hizmet pazarlayan doktorların ekonomik odaklı olmayıp, hizmet anlayışıyla mesleklerinin gerekliliklerini yapmaları sağlanmalıdır. Nitekim doktorların bu yaklaşımları, doktor ve hasta rollerini değiştirmekte sağlığı adeta bir ticaret ve pazarlama alanına dönüştürmektedir. Bundan kaynaklı özel hastanelerde çalışan

doktorların hakları devlet tarafından korunarak, hizmet anlayışı ile donatılmaları sağlık hizmetlerinin amacından uzaklaşmadan yurütulmesine katkı sağlayacaktır.

Sağlık hizmetlerinde kâr potansiyelinin yüksek olduğu alanların başında ilaç sektöru gelmektedir. Bunun için ilaç sektöru yatırımcıların oldukça ilgili olduğu bir alandır. İlaç piyasasının işleyebilmesi için doğal olarak üretilen ilaçların tüketilmesi ve yerine yenilerinin üretilmesi gereklidir. İlaç tüketiminin yapılabilmesi için ya hastaların olması gerekmekte ya da gereksiz ilaçlar insanlara tükettirilerek kâr elde edilemeye çalışılacaktır. Özel sektörün temel olarak kâr elde etmeyi amaçladığı düşünülüdüğünde, insanları ilaç tüketimine teşvik edebilecek girişimlerde de bulunulabileceği olasıdır. Bu bağlamda ilaç sektöründe özel sektörün yer alması ile oluşabilecek riskler düşünülüdüğünde, ilaç üretim ve tedarikinin doğrudan devlet eliyle, ihtiyaçlar doğrutusunda sağlanması önemli sorunların önüne geçecektir.

KAYNAKÇA

- AAekonomi. (13. 03. 2021). ABD Başkanı Biden: 1,9 Trilyon Dolarlık Yardım Paketi 7 Milyon Kişiyi İş Alanı Açacak, <https://www.aa.com.tr/tr/ekonomi/abd-baskani-biden-1-9-trilyon-dolarlik-ekonomik-yardim-paketi-7-milyon-kisiye-is-alani-acacak/2174489> (Erişim Tarihi: 21.06.2021).
- Acar, S., Kazancık Bilen, L., Meydan, M. C, ve Işık, M. (2019). *İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması SEGE-2017*. Ankara: Kalkınma Ajansları Genel Müdürlüğü Yayını.
- Açıkgöz, R. (2021). *Hastalık, Sağlık ve Toplum*. İstanbul: Dün Bugün Yarın Yayınları.
- Adalet ve Kalkınma Partisi. (2003). 58. *Hükümet Acil Eylem Planı*, <https://dSPACE.ceid.org.tr/xmlui/handle/1/229> (Erişim Tarihi: 27.01.2021).
- Akalın, A. (2015). *Sağlığa ve Hastalığa Toplumcu Yaklaşım*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (2002-2008) Alma Ata'nın 30. Yılı Hatırası*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akdağ, R., Aydın, S, ve Demirel, H. (2008). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akdemir, A. (2017). *Türkiye'de Neoliberal-Muhafazakâr Politikalara Kısmi Rızanın Serüveni: 2002-2017*. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslaması*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basım Evi.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basım Evi.
- Akdur, R. (2008). Cumhuriyet'ten Günümüze Türkiye'de Sağlık. İçinde; *Cumhuriyet'ten Bugüne ve Geleceğe Sağlık*, 21-25 Ekim, Ankara, Türkiye, 45-72.
- Akdur, R. (2013). *Sağlık Hizmetlerinde İzleme Değerlendirme ve Eğitim Klavuzu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akkaya, Y. (2004). Düzen ve Klakınma Kısılcında İşçi Sınıfı ve Sendikacılık. *Neoliberalizmin Tahribatı Türkiye'de Ekonomi, Toplum ve Cinsiyet içinde* (139-163). İstanbul: Metis Yayınları.
- Aksu, F. (2008). Sağlıkta Dönüşüm Tıp Eğitimini Nasıl Etkiliyor?. *Eskişehir Tabip Odası Bülteni, Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı*, 14-17.
- Aktan, C. C. (1995). Klasik Liberalizm, Neoliberalizm ve Liberteryenizm. *Amme İdaresi Dergisi*, 28(1), 3-32.
- Altınok, M, ve Üçer, A. R. (bt). *Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Sağlık Harcamaları*, <http://www.tipkurumu.org/ideas.php?newsId=167> (Erişim Tarihi: 03.03.2021).
- Applbaum, K. (2010). Sağlıkta Küresel Pazarlama: İlaç Entrikaları. *Kapitalizmde Sağlık ve Sağlıksızlık Septomları* (2) İçinde (99-119). İstanbul: Yordam Kitap.
- Aslanoğlu, İ. (2012). *Tıp Bu Değil*. İstanbul: İthaki Yayınları.
- Asuman, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirmesi. *Sayıştay Dergisi, Ocak-Mart* (64), 33-57.
- Atıcı, E. (2007). Hata-Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(2), 91-96.
- Atılğan, Y. (2017). Küreselleşme Süreci ve Türkiye'de Sağlık Ploitikaları. *Yüksek Lisans Tezi*.

- Aydın, E. (2002). Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri. *Anakara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 31(3), 183-192.
- Ayhan, E. ve Önder, E. (2018). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(1), 109-121.
- Aykır, E. (2014). 2002-2012 Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm. (Yayınlanmış *Yüksek Lisans Tezi*). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Aysan, M. E. (2020). Bildiğimiz Refah Devletini Yeniden Düşünmek Covid-19 Pandemisi ve Sonrasında Sosyal Politikalar. İçinde; *Küresel Salgının Anatomisi: İnsan ve Toplum Geleceği* (Ed: M. Şeker, A. Özer ve C. Korkut), (669-687). Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayını.
- Bal, E. (2011). Türkiye'de 2000 Sonrası Neoliberal Politikalar Çerçevesinde İmar Mevzuatındaki Değişimler ve Yeni Küreselleşme Pratikleri: İstanbul Örneği. (Yayınlanmış *Doktora Tezi*). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Bal, O. (2019). Enflasyon ve Stagflasyon Olgularına Yönelik Çözüm Politikaları ve Türkiye Örneği. *İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 8(1), 473-785.
- Balcı Yapalak, A. N., Uçar, A., Yüce, S ve Ataç, Ö. (2021). Tıpta Uzmanlık Seçimini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 84(1), 1-10.
- Baratov, K. (2014). *Türkiye'de İktisat Tarihi (1908-2009)*. Ankara: İmge Kitapevi.
- Belek, İ. (1995). *Sağlıkta Özelleşme*. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek, İ. (2004). *Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler: Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Belek, İ. (2009). *Sağlığın Politik Ekonomisi*. İstanbul: Yazılama Yayınları.
- Belek, İ. (2014). *Avrupa'da Sağlık Reformları: Kel Göründü*. İstanbul: Yazılama Yayınları.
- Beylik, U., İbrahim, K. H. ve Çıraklı, Ü. (2015). 13. Yüzyıldan 21.Yüzyıla Türk Sağlık Sisteminin Gelişim Süreci Üzerine Bir Derleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2(4), 183-189.
- Bilgin, Y. ve Göral, M. (2017). Sağlık Kuruluşlarında Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bartın Devlet Hastanesi Örneği. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*, 8(16), 151-176.
- Bilir, H. (2019). Entellektüel Bir İktisatçı: John Maynard Keynes. *Dört Öge Dergisi*, 8(16), 82-97.
- Bulut, A. (2007). Türkiye'de Sağlık Politikalarının Tarihçesi. B. İçinde; *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*, (Ed: B. Akkıyal), 112-113. İstanbul: İletişim Yayıncılık.
- Butler, E. (2018). *Klasik Liberalizm*. (Çev: A. Akçiçek). Ankara: Liberte Yayınları.
- Büyükses, Y. (2012). 1980 Sonrası Türkiye'deki Sağlık Politikalarında Dönüşüm. (Yayınlanmış *Yüksek Lisans Tezi*). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Canıvar, C. (2018). *Sağlık Hizmetlerinin Metalaşması ve Yalın Sağlık*, <http://atasoyersaglikpolitikaokulu.org/saglik-hizmetlerinin-metalasmasi-ve-yalin-saglik-coskun-canivar/> (Erişim Tarihi: 27.03.2021).
- Costas, L. (2013). Neoliberal Dönemde Anayasalacı İktisat Kuramı. İçinde; *Neoliberalizm: Muhalif Bir Seçki*. (59-75). İstanbul: Yordam Kitap.
- Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi. (1995). Sağlık. 7. sayı.
- Creswell, J. W. (2013). *Nitel Araştırma Yöntemleri*. (Çev:M. Bütün, ve S. B. Demir) Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Çubukçu, N. D. (2019). Neoliberal Ekonomik Düzenin Hegemonik Erkeklik Üzerindeki Etkisi. (Yayınlanmış *Yüksek Lisans Tezi*). Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

- Dardot, P. ve Laval, C. (2016). *Dünyanın Yeni Aklı: Neoliberal Toplum Üzerine Deneme*. (Çev: I. Ergüten) İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Demirel, T, ve Akın, B. (2014). Sağlıkla İlişkili Olarak Sosyal Adalet, Eşitlik ve Hemşirelik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 238-245.
- Deppe, H. U. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaştırmaya Karşı Dayanışma. İçinde; *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Septomları* (43-54). İstanbul: Yordam Kitap.
- Derin, N, ve Demirel, E. T. (2011). Hasta Görüşlerine Göre Oluşan Kurum Ünu Hasta Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(2), 208-235.
- Doğangün Yasa, B. (2017). İktisat Düşüncesinde Devlet Müdahaleciliği Kuramının Evrimi. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 281-298.
- Döşkaya, İ. E. (2019). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003-2017 Yılları Arasında Türkiye'ye Katkısının İncelenmesi. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Durmaz, O. S. (2016). Neo-Liberal Sosyal Politika Rejiminin Tesisi ve AKP. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 48(1), 143-168.
- Elbek, O, ve Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Dğerlendirme. *Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1), 33-45.
- Endeksa. (2021). <https://www.endeksa.com/tr/analiz/agri/demografi> (Erişim Tarihi: 17.08.2021).
- Erdem, R. ve Uğurluoğlu, D. (2020). *Modern Tıbbı ve Sağlık Sektörüne Eleştirel Yaklaşımlar*. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Eren, M. (2011). *Ak Parti'nin Neoliberalizm Çerçevesinde Yükselişi ve Ekonomik Politikaları*. <http://politiksoylem.com/ak-partinin-neoliberalizm-cercevesinde-yukselisi-ve-ekonomi-politikalari/> (Erişim Tarihi: 02.05.2021).
- Ergün Sallan, S. (2010). Türkiye'de Neoliberal Politikalar Doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm: Isparta-Burdur Örneği. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Eştürk, Ö. (2006). Türkiye'de Neoliberalizm: 1938-1989 Turgut Özal Dönemi Örneği. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay.
- Etiler, N. (2011). Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emek Gücü Üzerindeki Etkileri. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(42), 2-11.
- Foucault, M. (2015). *Biyopolitikanın Doğuşu*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Gönç Şavran, T. (2009). Ünite 3-5. İçinde; *Sosyolojide Araştırma Yöntem ve Teknikleri* (98-115). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Gönç Şavran, T. (2010). Tolumsal Eşitsizlikler ve Sağlık: Eskişehirde Sosyolojik Bir Araştırma. (Yayınlanmış Doktora Tezi). Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Gönç Şavran, T. (2012). Ünite 3-5. İçinde; *Sosyolojide Araştırma Yöntem ve Teknikleri* (64-104). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Gönç, T. (2017). Neoliberal Politikaların Küresel Düzeyde Sağlık Üzerindeki Etkileri. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 159-178.
- Güloğlu, B, ve Altunoğlu, E. (2002). Finansal Serbertleşme Politikaları ve Finansal Krizler: Latin Amerika, Meksika ve Türkiye Krizleri. *İÜ Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 0(27), 107-134.
- Gültekin Karakaş, D, ve Yılmaz, F. Y. (2011). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Ticarileşmesi: Özel Hastane Sektörünün İnşa Süreci. *Tolum Hekim Dergisi*, 26(2), 84-108.

- Gültüvin GUR, E. (2009). Tüketim Kültürü Bağlamında Sağlık Haberleri. (Yayınlanmış *Doktora Tezi*). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Güner, D. (2019). Türkiye'de Sivil Toplum Çalışanları: Neoliberalizm, Özelleşme ve Karşı Tutumları. (Yayınlanmış Doktora Tezi). Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, İstanbul.
- Güzelsarı, S. (2012). Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu Özel Ortaklığı. *Amme İdare Dergisi*, 45(3), 29-57.
- Haber Türk(2011). *Hekimlerin Ameliyat Yarışı*, <https://www.haberturk.com/saglik/haber/621330-hekimlerin-ameliyat-yarisi> (Erişim Tarihi: 25.03.2021).
- Hamzaoğlu, O. (2011). Sağlık Reformu Pandemisi: Neden ve Niçin? Sağlıkın Ekonomi Politikası. İçinde; *Kapitalizmin Krizi ve Sağlık*, 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara, Türkiye, 25-29.
- Hançerlioğlu, O. (1986). *Ekonomi Sözlüğü*. İstanbul: Remzi Kitap Evi.
- Harvey, D. (2012). Yaratıcı Yıkım Olarak Neoliberalizm. *Atılım Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 67-88.
- Harvey, D. (2015). *Neoliberalizmin Kısa Tarihi*. (Çev: A. Onacak) İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Hasan, Y. H. (2013). *Türkiye'de Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Haydaroğlu, C, ve Tatlısu, S. (2016). Turgut Özal Dönemi Yeni Sağlık Devlet ve Ekonomik Liberalizm: Devlet ve Piyasa İlişkisinin Politik Ekonomisi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 27-41.
- Hayek, F. A. V. (2013). *Liberalizm EL Kitabı*. Ankara: Kadim Yayınları.
- Hermann, C. (2010). Avrupa'da Sağlık Hizmetleri ve Piyasalaştırma Süreci. İçinde; *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Septomları* (143-163). İstanbul: Yordam Kitap.
- Hoşgör, H, ve Gündüz Hoşgör, D. (2019). Hastaların Hastane Tercihlerini Etkileyen Faktörler: Sistemik Derleme (1996-2017). *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 437-457.
- Hürriyet Gazetesi (2011). Doktor Performans Yarışına Girdi Ameliyatlar Patladı, <https://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/doktor-performans-yarisina-girdi-ameliyatlar-patladi-17560632> (Erişim Tarihi: 21.06.2021).
- Illich, I. (2011). *Sağlığın Gaspi*. (Çev: S. Sertabiboğlu) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- İslam, C. (2019). *Sağlık Olsun*. Konya: Çizgi Yayınevi.
- Işık, O., Ereşen, M. A, ve Fidan, C. (2016). Tüketicilerin Hastane Seçiminde Etki Eden Faktörlere İlişkin Algılamalar. *İşletme Bilimi Dergisi*, 4(1), 99-110.
- Karabulut, U. (2007). Cumhuriyet'in İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937). *Çağdaş Türkiye Araştırmaları Dergisi*, 6(15), 150-159.
- Karabulut, K. (Ed). (2018). Ağrı İlinin Sosyo-Ekonomik Profili. AİÇÜ Yayınları: Ağrı.
- Karafazlı, D. (2013). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Neoliberal Dönüşüm. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Kadirhas Üniversitesi, İstanbul.
- Karahanogulları, Y. (2019). Türkiye'de Neoliberalizmin Kuruluş Süreci: 1980-1994. *Ankara Üniversitesi SBF dergisi*, 74(2), 429-464.
- Karakaş, M. (2020). Covit-19 Salgının Çok Boyutlu Sosyolojisi ve Yeni Normal Meselesi. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, 40(1), 541-573.
- Karayaman, M. (2005). İzmir'de Sağlık (1920-1938). (Yayınlanmış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Kart, E. (2013). "Sağlıkta Dönüşüm" Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2013(3), 103-140.

- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kazgan, G. (2016). *Liberalizmden Neoliberalizme: Neoliberalizmin Getirisi ve Götürüsü*. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Kılınçoğlu, D. ve Özçelik, E. (2016). *John Maynat Keynes: Yine Yeniden*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Kısakürek, M. (2010). Hastane İşletmelerinde Bölüm Maliyet Analizi: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Bir Uygulama. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(3), 229-256.
- Klein, N. (2010). *Şok Doktorini*. (Çev: S. Özgül). İstanbul: Agora Kitaplığı.
- Korkmaz, M. E. (2020). *Öldürmeyen ve Tam İyileştirmeyen Tedavi İlaç Sanayi İçin İdeal Tedavidir*, <https://www.gazeteduvar.com.tr/oldurmeyen-ve-tam-iyilestirmeyen-tedavi-ilac-sanayii-icin-ideal-tedavidir-haber-1506464> (Erişim Tarihi: 04.02.2021).
- KPMG. (2018, 1). *Sektörel Bakış-İlaç*, <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/tr/pdf/2018/01/sektorel-bakis-2018-ilac.pdf> (Erişim Tarihi: 04.02.2021).
- Kurmuş, O. (2010). Türkiye'de Neoliberalizm. *Mülkiye Dergisi*, 34(268), 9-41.
- Kurt, Ö, ve Şaşmaz, T. (2012). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961-2003. *Lokman Hekim Dergisi*, 2(1), 21-30.
- Kurdaş, Ç. (2016). "Sağlıklı Yaşam"! Sloganı Etrafında Şekillenen Yeni Tüketim Biçimleri. *Sosyolojik Düşün Dergisi*, 1(1), 1-10.
- Kurdaş, Ç. (2017). Medikalizasyon Süreci, Sağlıkın Ticarileşmesi ve Bedenin Denetlenmesine Sosyolojik Bir Bakış. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(27), 983-1012.
- Kuş, E. (2012). *Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri: Sosyal Bilimlerde Araştırma Teknikleri Nicel mi? Nitel mi?* Ankara: Anı Yayıncılık.
- Kümbetoğlu, B. (2008). *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma*. Ankara: Bağlam Yayıncılık.
- Lazzaratto, M. (2013, 05 20). Neoliberalizm İş Başında: Eşitsizlik, Güvensizlik ve Toplumsalın Yeniden Kurulumu: Politik-Ekonomik Alanın İncelenmesi Temel Ögeler. *e-skop Dergisi* 2013(4).
- Leys, C. (2010). Sağlık ve Kapitalizm. İçinde; *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Septomları* (10-15). İstanbul: Yordam Kitap.
- Madenoglu Kıvanç, M. (2015). Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye'de Sağlık Reformları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 2(3), 162-166.
- Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Yardım, N., Özbay, H., Çaylan, A. K., Ünüvar, N, ve Aydın, S. (2007). *Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Muş Nüfusu. (2021). Muş Nüfusu, <https://www.nufusu.com/il/mus-nufusu#:~:text=Mu%C5%9F%20n%C3%BCfusu%202020%20y%C4%B1l%C4%B1na%20g%C3%B6re,%2C%20%49%2C01%20kad%C4%B1nd%C4%B1r> (Erişim Tarihi: 17.08.2021).
- Muş Valiliği (2014). Sağlık, <http://www.mus.gov.tr/saglik-mus> (Erişim Tarihi: 17.08.2021).
- Neuman, W. L. (2014). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nitel ve Nicel Yaklaşımlar 1*. (Çev: S. Özge). Ankara: Yayınoda.
- Nusret, F. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını.
- Orhan, Ö. (2006). Kürselleşme Süreci ve Türkiye'de Sağlık Politikaları. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

- Ölmezoğulları, N. (2003). *Ekonomik Sistemler ve Küreselleşen Kapitalizm*. Bursa: Ezgi Kitap Evi.
- Özal, T. (1992). *İzmir İktisat Kongresi Konuşması (4 Haziran 1992)*, <https://halilturgutozal.wordpress.com/2008/07/26/izmir-iktisat-kongresi-konusmasi-4-haziran-1992/> (Erişim Tarihi: 02.10.2021).
- Özaltay, B., Yıldırım, N, ve Çekin, M. (2008). *Prof. Dr Ali Haydar Bayat Anısına Düzenlenen Osmanlı Sağlık Kurumları Sempozyumu*. İstanbul: İstanbul Zeytinburnu Belediyesi Kültür Yayınları.
- Özbay, C. (2010). Neoliberalizm ve Erkekliğin Halleri. İçinde; *Yeni Sol Yeni Sağ* (101-132). Ankara: Phoenix yayınları.
- Özcan, C. (2011). *Özel Hastaneler Genel Sağlık Sigortalılarından Ne Kadar Fark Ücreti Alabilir*, T24 Bağımsız İnternet Gazetesi: <https://t24.com.tr/yazarlar/celal-ozcan/ozel-hastaneler-genel-saglik-sigortalilarindan-ne-kadar-fark-ucret-alabilir,3073> (Erişim Tarihi: 04.07.2021).
- Özer, K. (2015). Sağlık Kuruluşlarında Hasta Mahremiyeti Uygulamalarının ve Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi (Konya Örneği). (Yayınlanmış Yüksek Lisan Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Öztürk, Ş., Nas, F, ve İçöz, E. (2008). 24 Ocak Kararları, neo-liberal Politikalar ve Türkiye Tarımı. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(2), 15-32.
- Ritzer, G. (2011). *Küresel Dünya*. (Çev: M. Pakdemir) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Sallan Gül, S. (2006). *Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa: Yeni Liberalizm ve Muhafazakarlık Kıskaçında Refah Devleti*. Ankara: Ebabil Yayınları.
- Sarı, N., Altıntaş, A., Başağaoğlu, İ., Özaydın, Z., Doğan, H., Ülman, Y. I., Dinç, G, ve Hat, İ. (2007). *Tıp Tarihi ve Etiği Ders Kitabı*. İstanbul: İstanbul Cerrah Paşa Tıp Fakültesi Yayınları.
- Serap, S. U. (2016). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma (2000-2015).(Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Muş Alparslan Üniversitesi, Muş.
- Sezgin, D. (2011). Yaşam Tarzı Önerileri Bağlamında Sağlık Haberleri Analizi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 52-78.
- Soyer, A. (2009). 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları. *Praksis, Kış-Bahar* (9),301-319.
- Sönmez, M. (2013). *Paran Kadar Sağlık: Türkiye'de Sağlıkın Ticarileşmesi*. İstanbul: Yordam Kitap.
- Sönmez, U, ve Dinler, D. (2003). Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı: Halkın İhtiyaçlarına Yönelik Refrom mu? Neoliberal Dönüşümün Kurumsallaşması mı? *Ankara Üniversitesi SBF Kamu Yönetimi Reformu İncelemeleri: Mülkiye'den Perspektifler*(2), Özel sayı(2), 32-43.
- Sözcü Gazetesi. (2021). *Biden'nin 1,9 Trilyon Dolarlık Yardım Paketine Temsilciler Meclisi'nden Onay*, <https://www.sozcu.com.tr/2021/dunya/bidenin-1-9-trilyon-dolarlik-yardim-paketine-temsilciler-meclisinden-onay-6284741/> (Erişim Tarihi: 04.10.2021).
- Şahin, R. (2014). *Neoliberal Politikaların İlaç ve Eczacılık Alanına Etkisi*, <http://www.ced.org.tr/?p=2883> (Erişim Tarihi:04.04.2021).
- Şantaş, F., Kurşun, A, ve Kar, A. (2016). Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. *Hacattepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 17-33.
- Şimşek, H, ve Kılıç, B. (2012). Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(2), 116-127.

- Tanrıverdi, F. (2019). Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Hasta Memnuniyetinin Demografik Faktörlere Göre İncelenmesi: Gaziantep İlinde Bir Araştırma.(Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş.
- Taşcıer, A. M. (2019). Neoliberalizm Ekseninde Türkiye'de Yerelleşme Tartışmaları ve Yerelde Merkezleşme. (Yayınlanmış Doktor Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Taşlıyan, M, ve Gök, S. (2012). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*(1), 69-94.
- Tayyar, A, ve Çetin, B. (2013). Liberal İktisadi Düşüncede Devlet. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(1), 107-120.
- TDK Sözlükleri. (2021). Liberalizm, <https://sozluk.gov.tr> (Erişim Tarihi: 02.02.2021).
- Thomas, P. I. (2014). Keynesçilikten Neoliberalizme: İktisat Biliminde Paradigma Kayması. İçinde; *Neoliberalizm: Muhalif Bir Seçki* (42-58). İstanbul: Yordam Kitap.
- Tuğal, C. (2021). *Neoliberalizm Sona mı Eriyor ?*, www.evrensel.net: <https://www.evrensel.net/yazi/88421/neoliberalizm-sona-mi-eriyor> (Erişim Tarihi: 21.04. 2021).
- TÜİK. (2020). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*, TÜİK Ana Sayfa: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sağlık-Harcamaları-İstatistikleri-2019-33659> (Erişim Tarihi: 03.03.2021).
- Turancı, E, ve Bulut, S. (2016). Neoliberalizm ve Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü: Özel Sağlık Hizmetlerinin İletişim Politikaları Üzerine Bir Analiz. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, Göz(43), 40-63.
- Turner, B. S. (2011). Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi. (Çev: Ü. Tatlıcan). Bursa: Sentez Yayıncılık.
- Turgut, A. E. (2019). Türkiye'de Neoliberalizm ve Sosyal Devletin Dönüşümü. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Türk Tabipler Birliği. (2009). *Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Türnüklü, A. (2000). Eğitim Bilim Araştırmalarında Etkin Olarak Kullanılabilecek Nitel Araştırma Tekniği: Görüşme. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, Göz(24), 543-559.
- Ulutaş Ünlütürk, Ç. (2011). *Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. Ankara: Notabene Yayınları.
- Ünal, E. (2011). Sağlıkta Dönüşümünün Aracı Genel Sağlık Sigortası. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Williams, J. R. (2005). *Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El Kitabı*. (Çev: M. Civaner) Fransa: Dünya Hekimler Birliği Etik Birimi Yayını.
- Yavuz, A. (2009). Başlangıcından Bugüne Türkiye'nin Borçlanma Serüveni: Durum ve Beklentiler. *SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2009(20), 203-226.
- Yavuz, K. (2020). Covid-19 Salgınının Sosyal Politikaların Geleceği Üzerine Etkileri. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(45), 181-193.
- Yavuz, K. ve Es, M. (2011). Covid-19 Sonrasında Devletin Refah Hizmetlerindeki Değişen Rolü. İçinde; *Değişen Dünyada Sosyal Politika* (103-122). Bursa: Ekin Yayınevi.
- Yayla, A. (2011). *Liberalizm*. Ankara: Liberte Yayınları.
- Yenimahalleli Yaşar, G. (2008). Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Bir Değerlendirme. *Mülkiye Dergisi*, 32(260), 157-191.

- Yıldırım, A. (2020). Toplumun Bireyler Üzerindeki Temel Belirleyicisi 'Namus Algısı ve Yaptırımları': Kayseri Örneği. (Yayınlanmış Yüksek Lisan). Ömer Halis Demir Üniversitesi, Niğde.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2000). *Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, H. H. ve Konca, M. (2018). *Türkiye'de Özel Sağlık Kurumları Sektörü: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. Ankara: TUSPE Yayınları.
- Yılmaz, N. (2016). Tıpta Uzmanlaşma Üzerine Nitel Bir Araştırma. (Yayınlanmış Doktora Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Yücesan Özdemir, G, ve Özdemir, A. M. (2006). Medya ve Sağlık Patalojik Bir İlişki? *Toplum ve Hekim Dergisi*, 21(1), 32-38.
- Zencir, M. (2012). Sağlık Reformlarının Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Doğrudan Katkısı. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Aralık-Temmuz(45-46), 46-58.
- Zygmunt, B. (2019). *Akışkan Modernite*. (Çev: S. O. Çavuş) İstanbul: Can Sanat Yayınları.
-Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1961.
-Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982.

EKLER

Ek 1: Görüşme Soruları

1. Sizi özel hastaneye yönelten nedenleri anlatabilir misiniz?
2. Sizce özel hastanelerin varlığı bir gereklilik mi? Yoksa ticari bir alanı mı ifade etmektedir?
3. Özel hastanedeki doktorların ve sağlık personellerinin size olan yaklaşımlarını nasıl değerlendiriyorsunuz? Devlet hastaneleri ile karşılaştırıldığında değerlendirmeleriniz nasıl olur?
4. Özel hastanede yapılan tetkiklere şüphe ile yaklaşıyor musunuz?
5. Özel hastaneye gittiğinizde kendinizi bir müşteri gibi hissetiniz mi?
6. Özel hastanede tedavi gördüğünüz süreç uzadı mı? Eğer uzadıysa bu süreç sizde bir güvensizlik oluşturdu mu?
7. Tedavi sürecinin içinde paranın olması sizde nasıl bir algı oluşturuyor? Bu konudaki düşüncelerinizi alabilir miyiz?
8. Özel hastanede yapılan tahlillerin aynısı (aynı sayıda) devlet hastanesinde yapılırsa buna yaklaşımınız nasıl olur?
9. Sizce özel hastanelerin varlığı bir eşitsizliğe neden oluyor mu?
10. Sizce sağlık hizmetlerinin sunulmasında “kâr odaklı” bir anlayış söz konusu mu? Bu anlayış devlet hastanelerindeki hizmet kalitesini etkiliyor mu?
11. Özel hastanelerin ve parasal ilişkilerin varlığı dar gelirli ailelerin sağlık sorunlarını nasıl etkiliyor? Sizce kamu hastaneleri bu konuda yeterli alternatifi oluşturabiliyor mu?
12. Şu ifadeye katılıyor musunuz? “paran kadar sağlık” bu konudaki düşünceleriniz nelerdir?