

PİYASA ODAKLI BİR UYGULAMA OLARAK AİLE HEKİMLİĞİ: SAĞLIK HİZMETİNİN SUNUMUNDA OLASI KAYIPLAR

Songül Sallan Gül
Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayşe Dericioğulları Ergun
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

ÖZET

1970'lerin ortalarında kapitalist sistemin dünya genelinde yaşadığı krizin bir yansıması olarak ortaya çıkan devletin rolünün ve yapısının yeniden tanımlanma sürecinin en çarpıcı etkileri, kamu kesimi ve kamu yönetimi üzerinde olmuştur. Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması, devletin piyasadaki varlığının küçültülmesi, piyasa yöntemlerinin yaygınlık kazanması, yetkilerin alt birimlere devredilmesi, rekabetin ve tercihin geliştirilmesi, hesap verebilirliğin sağlanması ve performans uygulamalarının yaygınlık kazanması anlayışlarının gelişmesiyle birlikte kamu hizmetlerinin önemli bir parçasını oluşturan sağlık hizmetleri alanında da benzer değişimler yaşanmıştır. Bu doğrultuda piyasa ekonomisi modeli; rekabet, verimlilik, toplam kalite, esneklik gibi işletme değerleri sağlık hizmetleri alanında hayata geçirilmiş, böylece sağlık hizmetleri sunumunun özel kesime devredilmesi ve sağlık hizmetlerinde piyasa egemenliğinin oluşturulmasına odaklanılmıştır. Bu yaklaşım, bir yandan yurttaşları artık müşteri olarak görürken, kamu hizmetlerini de temel yurttaşlık hakları olmaktan çıkarıp piyasada alınıp satılan birer metaya dönüştürmektedir.

Yeni liberal ideoloji çerçevesinde kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz olarak etiketlenmesi, hizmet sunumu ve finansmanının ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesinin sağlanması, hizmet satın alma ve hastanelerin özkerleştirilmesi gibi adem-i merkeziyetçi politikaların hayata geçirilmesi ile sağlık alanı tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açılmıştır. Bu yaklaşımın mevcut sorunlara çözüm getireceği öne sürülmüştür. Sağlık alanında piyasalaşmaya gidilmesi sağlık çalışanlarını da olumsuz etkilemiştir. Hizmet sunan anlayıştan hizmet satan anlayışa doğru yaşanan değişimler sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını kötüleştirmiştir. Ayrıca, çalışma hakkı konusunda önemli ölçüde kayıplar ortaya çıkmaya başlamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini piyasacı anlayış doğrultusunda yeniden yapılandıran bir model olan aile hekimliği sistemi ile sağlık çalışanları işsizlik, esnek istihdam, çalışma sürelerinin düzensizleşmesi, iş yoğunluğunun artması ve güvencesiz çalışma gibi olumsuz durumlarla karşı karşıya kalmaya başlamışlardır. Bu çalışmada yakın dönemde tüm ülke çapında hayata geçirilmesi planlanan aile hekimliği uygulaması değerlendirilecek ve bu uygulamanın sağlık personeli açısından ortaya çıkardığı hak kayıpları tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Neoliberalizm, aile hekimliği, sağlıkta dönüşüm programı, sağlık çalışanı, çalışma hakkı.

ABSTRACT

In the mid 1970's, the outstanding effects of the process of redefining the state's role and structure coming out as a reflection of the crisis from which the capitalist system suffered worldwide were on the public sector and the public administration. The restructuring of public administration, the minimization of state existence in the market, the proliferation of market methods, decentralization, and the permeation of competition, choice, responsiveness, and concerns for performance have also taken place in the area of health care services that constitute a significant part of public services. Accordingly, the model of market economy and its values such as competition, productivity, total quality, and flexibility have been implemented in the area of health care services, thus the focus was shifted onto the transfer of the provision of health care services to the private sector and the establishment of market dominance in the area of health care. While this approach considers the citizens as customers, it also transforms public services into market commodities exchanged or traded in the market and treats them as if they were not civil rights.

In the framework of new liberal ideology, with the implementation of decentralist policies such as labeling public health care sector as unproductive and unqualified, forcing the state to withdraw from providing service by separating it from its finance, outsourcing and making hospitals autonomous, healthcare field has been opened to the competition of market actors. Thus it was asserted that such an approach would provide solutions for the existing problems. Making healthcare field increasingly privatized has affected negatively healthcare workers. The change from service provision to service marketing has affected significantly the working conditions of healthcare workers. Furthermore, considerable losses have started to emerge in the issue of right to work. With a family physician system that reconstructs primary healthcare according to market ideology, healthcare workers started to have faced deteriorated situations such as unemployment, underemployment, disorder in working hours, increase in workload, and unsecured working. In this study, the new family physician system, which will be put into practice nationwide in a very short time, is evaluated and the losses of rights by healthcare personnel are discussed.

Key Words: Neoliberalism, family physician, transformation program in health, health worker, right to work.

GİRİŞ

Özellikle II. Dünya Savaşı sonrasında altın çağını yaşayan refah devleti anlayışında, devletin sosyoekonomik yaşama müdahale etmesi gerektiği vurgusundan hareketle; sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, barınma ve çalışma alanlarında vatandaşlık hak alanları genişlemiş ve bu hakların karşılanması devletin yükümlülüğü olarak kabul edilmiştir (Şaylan, 2003: 93-94). 1970'li yıllara kadarki dönemde refah devletinin etkin ve güçlü bir biçimde gelişmesi kamu hizmetlerinin kapsamını da genişletmiştir.

Refah devleti döneminde, dönemin siyasal ve ekonomik gerekliliklerine uygun biçimde toplumsal alan, ekonomik alana ve iş gücünün yeniden üretimine yönelik doğrudan devlet müdahalesiyle düzenlenmiştir. Bu düzenlemeler, bireyin sahip olduğu üretme kapasitesinin korunmasının ve bu kapasitenin hem bireysel anlamda hem de nesiller arasında yeniden üretiminin yoğunlukla kamusal hizmetler aracılığıyla sağlanmasını hedeflemiştir.

Bu dönemde, eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi hizmetler devlet tarafından vatandaşlara ücretsiz ya da minimum ücretler karşılığında sağlanmış, bu hizmetlerden istisnasız bütün toplumsal kesimlerin faydalandırılmasına yönelik gelişmeler yaşanmış, tam istihdam hedeflenmiş, yoksulluğun sona erdirilmesine yönelik sosyal politikalar geliştirilmiştir. Kamusal hizmetlerin finansmanı, vergilerle oluşturulan bütçeden sağlanarak, ihtiyaçların karşılanması bireylerin ödeme gücüne endeksli olmayan bir biçimde örgütlenmiştir. Genel olarak da bireysel sorunların toplumsallaştırılması yoluyla işleyen bir yönetim mekanizmasının varlığından söz edilebilir. Toplumsal alana dair düzenlemelerde bireyler standart tipler olarak ele alınmış, dolayısıyla ihtiyaçlar ve sorunlara dair standart çözümler oluşturulmuştur (Sarı, 2009). Bu çerçevede temel bir hak olarak değerlendirilen sağlık hakkına da ulusal (T.C. 1982 Anayasası madde 56) ve uluslararası metinlerde (özellikle Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi; Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi) yer verilmiş; devletler tüm vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimi konusunda sorumlu tutulmuşlardır.

1970'lerin sonlarından itibaren refah devleti ve onun tüm uygulamaları ile araçları yoğun eleştiri ve baskı altında kalmış; özellikle de 1980'li yıllarda yeni liberal politikaların egemen hale gelmesiyle birlikte refah devleti uygulamaları sorgulanmaya ve yönetim yapıları yeniden gözden geçirilmeye başlanmıştır. Refah devletinin eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, emeklilik, sosyal yardım vb. uygulamalarının; sorunları çözmek yerine devlet harcamalarını arttırdığını, yatırım ve istihdamı olumsuz etkileyerek adaletsizliğe yol açtığını dile getiren yeni liberaller, eleştirilerini refah devletinin bu hizmetleri çerçevesinde yoğunlaştırmışlardır. (Sallan Gül, 2004: 1-2; Savran, 1988, 52; Yıldız, 2008: 31). Yeni liberal anlayışın refah devletine yönelik eleştirilerinin bir boyutu da; "refah devletinin hantal bir yapıya sahip olduğu ve kamunun verimsiz çalıştığı" şeklindedir. Devletin yeniden yapılandırılması ile bu sorunun çözülebileceği ileri sürülmektedir. Hantal yapının değiştirilmesi ve devletin yeniden yapılandırılması söylemiyle; verimsiz olduğu vurgulanan devletin verimli hale getirilmesi hedeflenmektedir. Yeni liberal anlayış, devletin verimsiz çalışmasının nedeni olarak refah harcamalarının artmasını ve devlet tekellerini göstermektedir. Yeni liberal bakışa göre, devletin verimli hale getirilmesi için; personel, yatırım, sağlık, eğitim vb devlet harcamalarında kısıtlamalara gidilerek sosyoekonomik yaşamda devletin etkinliğinin azaltılması ve piyasa aktörlerinin etkin kılınması gerekmektedir (Kerman, 2006: 167-168). Bu bağlamda; geleneksel kamu yönetimi uygulama ve yöntemlerinin yol açtığı sorunların çözümünün, piyasa ilke ve yöntemlerinin uygulamasından geçtiği belirtilmiş ve bu öneriyeye uygun politikalar geliştirilmiştir (Müftüoğlu, 2006: 43; Hamzaoğlu, 2006: 59; Gül ve Sallan Gül, 2007: 495; Gül ve Memişoğlu, 2007: 57-59).

Refah devleti döneminde insan / vatandaş, kamusal hakları üzerinden tanımlanırken ve bu haklardan faydalanmak ödeme gücünden bağımsız biçimde kamusal bir güvenceye dayandırılırken, 1980'li yıllardan itibaren kamuya ait işletme ve ekonomik etkinlik alanlarının özelleştirilmesiyle beraber devlet- vatandaş ilişkilerinde yeni bir dönem başlamıştır. Asıl olarak bireysel ödeme gücüne göre sunulan ve arkasındaki kamusal güvencenin çeşitli müdahalelerle eritildiği kamusal hizmet anlayışı ön plana çıkmış, devlet kamusal hizmetlerin sunumu ve üretilmesi yerine bu işlerin organize edildiği bir birim olarak belirmeye başlamıştır. Kamu hizmetlerinin finansmanının kaynağı artık devlet bütçesi değil, çoğunlukla bu

hizmetleri talep edenlerin yaptıkları ödemelerdir. Kamusal hizmetler alanı arz yönlü bir alan olmaktan çıkarılmaya başlanmış ve talebin belirleyiciliği üzerine inşa edilen bir kamu hizmeti piyasası oluşmaya başlamıştır (Sarı, 2009).

Yeni liberal anlayışın temelinde büyümeyi, istikrarı, etkinliği ve refah artışını garanti altına alan, işsizliği ve yoksulluğu önleyen, ekonomiyle birlikte toplumu da düzenleyen tek mekanizma olarak piyasayı yüceltmek yer almaktadır. Mal ve sermaye hareketleri üzerindeki tüm sınırlamaların kaldırılarak piyasa aktörlerinin serbestleştirilmesi, özelleştirmeler, sosyal devlet müdahalelerinin tasfiye edilmesi, işgücü maliyetlerini düşürmek üzere emek piyasalarının esnekleştirilmesi ve ekonomi ile birlikte toplumun da piyasaya teslim edilmesi gerektiği yeni liberal anlayış doğrultusunda sıklıkla dile getirilmektedir (Mütevelliöğlu, 2010: 161). Her şeyi metalaştıran ve piyasa aktörlerinin etkinliğini savunan yeni liberal anlayışın temel tezi daha az devlet ve daha çok piyasa şeklindedir (Mütevelliöğlu, 2010: 149; Sallan Gül, 2004: 36-37). Bu çerçevede öncelikli olarak devletin küçültülmesi gerektiği ileri sürülmektedir. Devletin küçültülmesine yönelik olarak özelleştirme, rekabetçi seçenekler ve piyasa temelli söylemlerle devletin sosyoekonomik yaşama yönelik müdahalelerinin azaltılması düşüncesi ön plana çıkmıştır. Yeniden yapılanma sürecinde devletin rolünün yeniden tanımlanmasıyla kamu hizmetlerinde de köklü bir dönüşümün önü açılmıştır. Refah devletinin vatandaşlık hakkı olarak gördüğü kamusal hizmetlerin sunumunda, yeni liberal anlayış doğrultusunda müşteri temelli bir anlayışla parası olana hizmet şeklinde bir dönüşüm yaşanmıştır. Bu doğrultuda devletin etkinliğinin azaltılması ve piyasa koşul ve aktörlerine bırakılması gerektiği ileri sürülen alanlardan biri de sağlık hizmetleri olmuştur.

Türkiye özelinde 1980 sonrası dönemde neoliberal politikalar hayata geçirilmeye başlanmış ve devletin sosyo-ekonomik alanlardaki etkinliği daraltılarak devletten boşalan bu alanlarda piyasa aktörlerinin etkinliğinin artırılmasına yönelik bir anlayış yerleşmiştir. Bu çerçevede kamusal niteliği boşaltılarak meta formuna sokulan hizmet alanlarından biri de sağlık hizmetleri olmuştur. Yaklaşık 30 yıldır süregelen sağlık hizmetlerinin sunumunun piyasa aktörlerine devredilmesi çabaları 58. ve 59. Hükümetler döneminde somut karışıklarını bulmaya başlamıştır. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması çabalarının en önemli ayaklarından birini, birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocaklarının yerine aile hekimliği uygulamasının getirilmesi oluşturmaktadır. Ülkemizde 2003 yılında kamuoyuna açıklanan Acil Eylem Planı'nda yer alan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile gerek kurumsal yapılanma gerekse kurumların işlevlerini yeni liberal anlayışa göre köklü bir biçimde dönüştürmeyi amaçlayan düzenlemeler yer almaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programında yer alan düzenlemelerden biri birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda "aile hekimliği" modeline geçilmesidir (Dericioğulları Ergun, 2010: 9). 2005 yılında pilot uygulama olarak Düzce ilinde başlayan aile hekimliği modelinin 2010 yılı sonu itibarıyla tüm ülkeye yaygınlaştırılması planlanmaktadır. Uygulamaya konulduğu dönemden itibaren bazı kesimler tarafından sağlık hizmetlerini etkili, kaliteli ve verimli hale getirip bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırdığı yönünde olumlu değerlendirmeler yapılmıştır. Ancak aynı zamanda aile hekimliği uygulaması, bazı kesimler tarafından da vatandaşın müşteri konumuna getirildiği, birinci basamak sağlık hizmetlerini piyasalaştırdığı, sağlık çalışanlarının özlük haklarında kayıplara neden olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerini

olumsuz yönde etkilediğine dair olumsuz eleştiriler almış ve haklar alanında yeni tartışmalara neden olmuştur. Bu çalışmada yakın dönemde tüm ülke genelinde yaygınlaştırılması hedeflenen aile hekimliği uygulamasının hizmeti sunanlar açısından ortaya çıkardığı hak ihlal ve kayıplarına ilişkin bir değerlendirme yapılmaktadır.

I. YENİ LİBERALİZM VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık; temel ve evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Sağlık hakkı, bir kişinin insan onuruna yaraşan asgari bir yaşam düzeyi içinde yaşayabilmesi için gerekli bir haktır ve bu özelliğiyle çağdaş sosyal devlet anlayışının en yaygın hizmetlerinden birisidir. Refah devleti döneminde de gelişmiş ülkeler, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında ağırlıklı bir rol oynamaya başlamıştır. Bu dönemde, gelişmiş ülkelerdeki (ABD hariç) sağlık sistemleri kapsayıcı tip sağlık sistemlerine dönüşmüştür. Bu durum ise, refah devletin düzenleyici ve ekonomik yaşam içinde aktif olarak rol almasının sağlık alanına yansması olarak değerlendirilebilir. Ekonomik sistemin devamlılığı açısından üretimin önemli bir girdisi olan emeğin verimliliği ile toplumun diğer kesimlerinin sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, sistemin sürekliliği için gerekli görülmüştür. Bunun yanında toplumun sağlık ihtiyaçları konusunda artan örgütlü talepleri de devletin sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarının genişletilmesinde etkili olmuştur. Yeterli sağlık hizmeti arzını sağlık piyasasına sunmak ve bunu organize etmek; yani etkili bir sağlık sistemi oluşturmak, refah toplumunun temel politikalarından biri olmuştur (Belek, 2001: 232; Bulut, 2009: 207).

1970'lerin ortalarında kapitalist sistemin dünya genelinde yaşadığı krizin bir yansıması olarak ortaya çıkan devletin rolünün ve yapısının yeniden tanımlanma sürecinin en çarpıcı etkileri, kamu kesimi ve kamu yönetimi üzerinde olmuştur. Dünya genelinde yaşanan değişimlerle birlikte; kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması, kamu sektörünün küçültülmesi, özel sektörde kullanılan yöntemlerin yaygınlık kazanması, yetkilerin alt birimlere devredilmesi, rekabetin ve tercihin geliştirilmesi, hesap verebilirliğin sağlanması ve performans uygulamalarının yaygınlık kazanması anlayışlarının gelişmesiyle birlikte kamu hizmetlerinin önemli bir parçasını oluşturan sağlık hizmetlerinde de benzer değişimler yaşanmıştır (Balcı ve Kırılmaz, 2007: 141; Saran, 2001: 43). Bu doğrultuda piyasa ekonomisi modeli; rekabet, verimlilik, toplam kalite, esneklik gibi işletme değerleri sağlık hizmetleri alanında hayata geçirilmiş, böylece sağlık hizmetleri sunumunun özel kesime devredilmesi ve sağlık hizmetlerinde piyasa egemenliğinin oluşturulmasına odaklanılmıştır (Belek, 2001: 250; Yıldız, 2008: 31; Stambolovic, 2003: 78).

Refah devletinin eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, emeklilik, sosyal yardım vb. uygulamalarının; sorunları çözmek yerine devlet harcamalarını arttırdığını, yatırım ve istihdamı olumsuz etkileyerek adaletsizliğe yol açtığını dile getiren yeni liberaller, eleştirilerini refah devletinin bu hizmetleri çerçevesinde yoğunlaştırmaktadırlar. (Sallan Gül, 2004: 1-2; Savran, 1988, 52; Yıldız, 2008: 31). Yeni liberal anlayışın refah devletine yönelik eleştirilerinin bir boyutu da; “refah devletinin hantal bir yapıya sahip olduğu ve kamunun verimsiz çalıştığı” şeklindedir. Devletin yeniden yapılandırılması ile bu sorunun çözülebileceği ileri sürülmektedir. Hantal yapının değiştirilmesi ve devletin yeniden yapılandırılması söylemiyle; verimsiz olduğu vurgulanan devletin verimli hale getirilmesi hedeflenmektedir. Yeni liberal

anlayış, devletin verimsiz çalışmasının nedeni olarak refah harcamalarının artmasını ve devlet tekellerini göstermektedir. Yeni liberal bakışa göre, devletin verimli hale getirilmesi için; personel, yatırım, sağlık, eğitim vb devlet harcamalarında kısıtlamalara gidilerek sosyoekonomik yaşamda devletin etkinliğinin azaltılması ve piyasa aktörlerinin etkin kılması gerekmektedir (Kerman, 2006: 167-168).

1980’li yıllarda yeni liberal ideolojinin tüm dünyada egemen olması ve kamu hizmetlerinin küçültülerek, piyasanın rekabetine açılmasıyla birlikte devletlerin sağlık hizmetlerindeki rolü azalırken, boşalan bu alanlarda özel sektör aktörleri daha etkin olmuşlardır. Kamu tarafından sunulan sağlık hizmetinde de yeni kamu hizmeti anlayışının etkisiyle hizmeti kullananların katkı payı ödemesi uygulaması hayata geçirilmiştir. Bu değişiklikler; sağlık hizmetleri sunumunda ekonomik anlamda verimliliği artırırken; ne yazık ki sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliğe yol açmaktadır (Isaacs ve Solimano, 1997: 71). Benzer biçimde sağlık hizmetlerinin devlet yerine piyasa aktörlerince sunulması, geniş bir kitlenin temel sağlık hizmetlerine erişimini sınırlandırmakta ve toplumun temel sağlık gereksinimleri değil, küresel sağlık piyasasının istekleri ön planda tutulmaktadır (Yıldız, 2008: 32). Stamboloviç; “yeni liberal dönüşümle birlikte sağlık politikalarındaki değişimlerin, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirme, hizmete erişimdeki eşitlik ve hizmetin yaygınlaştırılmasını göz ardı ettiğini ve yalnızca sağlık hizmetlerinin sunumunun özel kesime devredilmesi ve sağlık hizmetlerinde piyasa egemenliğinin oluşturulmasına odaklanıldığına” dikkat çekmektedir (2003: 78).

Yeni liberaller; devlet tarafından sunulan birçok hizmet gibi sağlık hizmetlerinin de etkin, verimli ve bireysel özgürlükleri de artıracak şekilde serbest piyasa tarafından ya da en azından serbest piyasanın rekabetine açılarak verilmesi gerektiğini savunmaktadırlar (Sallan Gül, 2004: 133). Yeni liberaller, sağlığın; diğer mal ve hizmetler gibi bir ürün ya da meta olduğunu ve dolayısıyla sağlığın da arz-talep dengesi içinde düşünülmesi gerektiğini ileri sürmektedirler. Böylece sağlık; kaliteli ve etkin bir biçimde piyasa koşulları içinde kolaylıkla üretilebilecektir. Piyasa tabanlı kalkınma modelinde sosyal güvenlik, sağlık, eğitim gibi sosyal hizmetlerin piyasaya devredilmesi, özelleştirilmesi ya da gönüllü kuruluşlara bırakılması teşvik edilmektedir (Yıldız, 2008: 31-32). Bu anlamda tüm dünyada kamu hizmeti olarak sunulan sağlık hizmetlerinde reform çalışmaları başlatılmış, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı alanlarında yeni liberal dönüşümler ortaya çıkmıştır.

1970’li yıllarda yaşanan ekonomik krizler, başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm ülkeleri etkilemiş; sonuçta kronik bütçe açıklarının yaşandığı, kamu harcamalarının yükseldiği, ekonomik büyümenin yavaşladığı, yüksek oranlarda yapısal işsizliğin doğduğu ve enflasyonun sürekli arttığı bir ortam ortaya çıkmıştır. Bu dönemde, devlet müdahalelerinin azaltılması ve devletin ekonomik ve sosyal alana daha az karışacak şekilde küçültülmesi taleplerini doğurmuştur. Yeni liberalizm adını alan Friedmancı yaklaşımların temel amacı sosyal refah döneminde artan kamu harcamalarını ve kamu hizmetlerini kısımtır. Yeni liberaller; yaşanan krizlere gerekçe olarak, devletin ekonomi üzerindeki hâkimiyeti gösterilmekte ve çözüm olarak da ekonomi üzerindeki hakimiyetinin kaldırılmasını sunmuşlardır. Ayrıca kamu sektörünün müşterilerinin isteklerini göz önüne almadığını, kaynaklarını etkin dağıtmadığını, eski geleneksel yol ve yöntemlerde ısrar edildiğini, değişime karşı

koyulduğunu ve bu nedenle de başarısız olduğunu ifade etmişlerdir. Friedman'a göre, devletin görevleri; kanun hâkimiyetini sağlamak, düzeni sürdürmek, mülkiyet hakkının sınırlarını belirlemek ve korumak, ekonomik uyumun diğer kurallarını değiştirmede bir aracı işlevi üstlenmek, sözleşmelere uymayı sağlamak, rekabeti desteklemek ve geliştirmek, parasal bir düzen kurmak, akıl hastaları ya da çocuklar gibi sorumluluk üstlenemeyecek kişileri korumak için özel hayır derneklerine ve aileye ek yardımlar sağlamaktır. Kamu- özel kesim sınırının yeniden çizildiği bu dönemde, daha etkin, etkili ve ekonomik kamu hizmeti sunumunun sağlanması söylemiyle kamu yönetimi yapılanmaları ve örgütlenmeleri yeni liberal anlayış çerçevesinde yeniden yapılandırılmıştır (Erdem, 2003: 33-35; Eralp, 2002; 248; Özdemir, 2007: 205-206; Öngen, 2003: 167; Sallan Gül, 2004: 42; Friedman, 1988: 65; Karabulut Uçar, 2007; 411).

II. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNE NEOLİBERAL ANLAYIŞIN YANSIMALARI

Türkiye'de sağlık alanının yeni liberal politikalar doğrultusunda yeniden yapılandırılması çerçevesinde uygulamaya konan programların temel gerekçesi olarak; bir yandan kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaşması, diğer yandan da sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olması gösterilmektedir. Küreselleşmenin ülkeler ve şirketler arasında acımasız bir rekabeti öngördüğü, sosyal hakların istihdam açısından engel olarak tanımlandığı, ülkelerin sermaye çekmek için sosyal haklar, esnek istihdam ve enformel sektör açısından dibe doğru yarıştığı ve sıcak para hareketleri sayesinde finansal gücün ciddi ekonomik krizlere yol açtığı günümüzde; sağlık hizmetlerinin verimliliğinin yükseltilerek maliyetinin düşürülmesi, uygulanan sağlık reform programlarının ana hedefi olarak tanımlanmıştır. Yeni liberal paradigma çerçevesinde kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz olarak etiketlenmesi, hizmet sunumu ve finansmanının ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesinin sağlanması, hizmet satın alma ve hastanelerin özertleştirilmesi gibi adem-i merkezietçi politikaların hayata geçirilmesi ile sağlık alanı tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açılmış ve bu sayede mevcut sorunlara çözüm getirileceği öne sürülmüştür (Elbek ve Adaş, 2009: 34; Ağartan, 2007: 40).

Bu doğrultuda 2002 yılında erken seçimler sonucu iktidara gelen AKP Hükümeti tarafından açıklanan Acil Eylem Planı ile dört ana politika başlığında değişiklikler yapılması planlanmıştır. Bu politika başlıkları ise kamu yönetimi reformu, ekonomik dönüşüm programı, demokratikleşme ve hukuk reformu ile sosyal politikalar olarak sıralanmıştır. Sosyal politikalar başlığı altında ise gelir dağılımında adaletin sağlanması, işsizliğin önlenmesi, nitelikli eğitim, herkese sosyal güvenlik, kentleşme ve yerleşme ile sağlıklı toplum alanlarında çeşitli değişiklikler yapılacağı belirtilmiştir. Acil Eylem Planı ile sağlık sektöründe öngörülen değişiklikler; "Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılacağı; devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak tüm hastanelerin tek bir çatı altında toplanacağı; hastanelerin idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulacağı; sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının ayrılacağı; genel sağlık sigortası sistemi ve kurumu kurulacağı; aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zincirinin kurulacağı; anne ve çocuk sağlığına önem verileceği; koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılacağı; özel sektörün sağlık

alanına yatırım yapmasının özendirileceği” şeklinde belirlenerek kamuoyuna açıklanmıştır. Diğer yandan Dünya Bankası’nın Türkiye için son yıllarda yürüttüğü sağlık politikasının içeriği, Banka tarafından Haziran 2002’de yayımlanan “Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” adlı raporda ayrıntılarıyla yer almaktadır. Bu rapora göre sağlık sektöründe yapılması gereken en önemli değişiklikler ise;

- Birinci basamak sağlık sisteminin çözümü bakımından Aile Hekimliği Modeli,
- Hastaneler için piyasa ekonomisine uygun idari ve mali özerkliğe sahip Sağlık İşletmeleri,
- Sağlık sektörünün yaşadığı finansman krizinin çözümlenmesi bakımından Genel Sağlık Sigortası olarak sıralanabilir.

Bu raporda yer alan hedefler daha sonra AKP Hükümeti sağlık politikası olarak dile getirilmiştir (Pala, 2003: 74).

Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması ya da dönüştürülmesi sürecinde sağlık alanında yapılması amaçlanan dönüşüm, kamuoyuna 2003 yılının Haziran ayında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olarak açıklanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ilkeleri; insan merkezlik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet şeklinde sıralanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sayılan ilkelerine bakıldığında, programın 1980’lerden sonra gündeme gelen yeni kamu yönetimi anlayışının izlerini taşıdığı söylenebilir. Özellikle güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet gibi ilkeler yeni kamu yönetimi anlayışı tarafından sıklıkla gündeme getirilen ilkelerin birer yansıması olarak değerlendirilebilir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uluslararası kuruluşlarca ortaya konulan deneyimleri de dikkate alarak hazırlanmış olması, bu uygulamanın yeni kamu yönetimi anlayışına paralellik göstermesinin altyapısını oluşturmuştur (Balci, 2005: 58-59).

Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir ve herkes tarafından faydalanılabilir olmasını sağlamanın yolu olarak; tüm ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek olarak belirlenmiştir. Bu yolla kişilerin yaşam kalitelerinin ve sağlık standartlarının arttırılması hedeflenmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hedefleri ise sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunumunun temin edilmesi olarak belirlenmiştir. Bu hedeflere ulaşabilmek için;

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi, yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir bir şekilde sunulması,
- Herkesin kendisinin seçebileceği ve kolayca ulaşabileceği bir aile hekiminin olması,
- Koruyucu hekimlik uygulamaları ile insanların hasta olmalarının önlenmesi,
- İnsan kaynaklarının uygun dağılımı,
- Malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı ve sağlık işletmeciliği,

- Farklı sosyal gruplar, kırsal ve doğu-batı arasında hizmete ulaşım ve sağlık göstergeleri arasındaki farkları azaltmak, amaçlanmıştır (Kılıç, 2007: 321; Balcı, 2005: 59-60).

Sağlıkta Dönüşüm Programı; sağlık alanında Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi uluslararası kuruluşların program ve ilkeleri ile uyumlu olarak yeni liberal anlayış temelinde yapılmak istenen düzenlemelerin genel adıdır. Programın ana hatlarını oluşturan genel sağlık sigortası ile “birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocaklarının yerine aile hekimliği sistemine geçilmesi ve bu sistemde tüm sağlık çalışanlarının sözleşmeli personel olarak istihdam edilmesi” şeklinde bir uygulama hayata geçirilmektedir (Özdemir ve Yücesan Özdemir, 2006: 49; Hamzaoğlu, 2006: 61; Akkaya ve Demircioğlu, 2007: 540).

III. SAĞLIK HİZMETLERİNİN PİYASALAŞTIRILMASI VE AİLE HEKİMLİĞİ

Neoliberal politikalar; devletin küçültülmesi, kamusal hizmet ve üretimlerin ticarileştirilmesi ve emeğin esnekleştirilmesi gibi uygulamaları bünyesinde barındırmaktadır. Bu bağlamda neoliberal anlayış doğrultusunda eğitim, sağlık, emeklilik, sigorta vb kamusal hizmetler metalara dönüştürülmekte ve yararlanılan her şey için bir bedel ödenmesi gerektiği ileri sürülmektedir (Müftüoğlu, 2006: 42; Belek, 2004: 9). Bu anlayış doğrultusunda sağlık hizmetleri yeni liberal politikalarından en çok etkilenen ve piyasa aktörleri açısından cazip bir yatırım aracı olarak görülen alanların başında gelmektedir (Sallan Gül, 2004: 294).

Kamusal alana dahil tüm hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetinin sunumunda da neoliberal anlayışın etkinliğinin hissedildiği Türkiye’de yakın dönemde sağlık ocaklarının kapatılarak işletme mantığı çerçevesinde hareket eden ve sağlık hizmeti satmayı öngören aile hekimliği birimleri kurulmaya başlamıştır (Halkevleri, 2008b: 259).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda bir bütün olarak koruyucu hekimlik anlayışı terk edilmektedir. Sağlık ocaklarının yerine hayata geçirilmeye başlanan aile hekimliği uygulaması ile belli bir bölgedeki nüfus ölçeğini temel alarak koruyucu sağlık hizmeti sunan anlayışın yerine bireyi merkeze alarak tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik bir sistem getirilmektedir (Halkevleri, 2008b: 260, 272).

Sağlık ocaklarında verilmekte olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin piyasaya entegre edilmesi çabasıyla “herkesin bir doktoru olacak” söyleminden hareketle aile hekimliği sistemi hayata geçirilmeye çalışılmaktadır. Hekimleri patron/işveren konumuna getirerek yanlarında ebe ve hemşire gibi bir iki tane aile sağlığı elemanı çalıştırmasını koşullayan, hekimler dahil hiçbir sağlık personelinin iş güvencesinin olmadığı sözleşmeli statüde çalıştığı aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar işletme mantığına göre yapılandırılmaktadır. Bu çerçevede; hekim işletmecisi/patron, ebe ve hemşire gibi sağlık elemanları bu patrona bağlı işçi, hastalarda müşteri konumuna getirilmektedir (Hamzaoğlu, 2006: 63; Hamzaoğlu ve Yavuz, 2009: 641; Özdemir ve Yücesan Özdemir, 2006: 49).

Aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık kurumlarında öngörülen yapısal değişikliğin temelini oluşturmaktadır. Uygulama ile; kişiye ve çevreye yönelik bütüncül olarak üretilen koruyucu hekimlik hizmetlerinin farklı disiplinlerden oluşan bir ekiple yürütülen

bütüncül hali değiştirilerek kişiye yönelik koruyucu hekimlik kısmı ayrılmakta ve birinci basamak tedavi edici hekimlik hizmetleri ile birlikte aile hekimlerine sorumluluk yüklenmektedir. Aile hekimliği sisteminin uygulama sürecinde mevcut sağlık ocağı altyapısının kullanılacağı ve sağlık ocaklarına ek olarak özellikle kentlerde serbest hekimlik ve özel poliklinik uygulamalarından da yararlanılacağı belirtilmektedir. Ayrıca standartları ve fiziksel özellikleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek aile hekimleri muayenehanelerinin kurulabilmesi için devletin düşük faizli ve uygun ödeme koşullarına sahip kredi vereceğinin üzerinde durulmaktadır. Bu uygulamalar aile hekimliği sisteminin “serbest hekimlik” ve özel sektör yönelimli olacağına sinyallerini vermektedir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2009: 638).

IV. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ SAĞLIK PERSONELİNE YANSIMALARI VE HAKLAR SORUNU

Çalışma hakkı diğer insan haklarının gerçekleştirilmesi için vazgeçilmez bir haktır. Çalışma hakkı kapsamında bireyler bir iş sahibi olmanın yanı sıra, iş güvencesi, sağlık güvencesi, iş sürecinde onurlarının korunması ve elverişli koşullarda çalışma gibi haklara da sahip olmalıdırlar (Bulut, 2009: 131-134). II. Dünya Savaşı sonrasında çalışanlar refah devleti uygulamaları çerçevesinde tüm bu kazanımları elde etmişlerdir. Ancak, yeni liberal anlayışla birlikte çalışanların çalışma hakkı konusunda önemli ölçüde kayıpları ortaya çıkmaya başlamıştır.

Kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi süreci kamu hizmetlerinin ve kamu sektörünün örgütlenmesini de köklü bir değişime uğratmıştır. Bu yaklaşım, bir yandan yurttaşları artık müşteri olarak görürken, kamu hizmetlerini de temel yurttaşlık hakları olmaktan çıkarıp piyasada alınıp satılan bir metaya dönüştürmektedir. Bu anlayış çerçevesinde kamu sektörü kamu hizmeti anlayışından uzaklaşıp, şirket mantığı ile çalışmaya ve istihdam politikalarında da esneklik anlayışının yaygınlık kazanmasına neden olmuştur (Tatlıcan, 2004: 213). 1980 sonrası dönemde emeğe karşı yürütülen saldırıların ve tüm kamusal hak ihlallerinin kaynağını neoliberal anlayış oluşturmakta ve neoliberal politikalar temelde çalışma hakkına ve bu hakkı tamamlayan sosyal güvenlik hakkı, iş güvencesi, örgütlenme ve eylem hakları gibi kazanımlara da müdahale etmektedir (Halkevleri, 2008a: 313). Bu bağlamda sağlık işkolu da piyasa odaklı bir dönüşümden geçmektedir. Bu dönüşüm çerçevesinde sağlık çalışanları II. Dünya Savaşı sonrasında şekillenen sağlık örgütlenmeleri ile elde ettikleri kazanımları kaybetmekte ve işsizlik, esnek istihdam, çalışma sürelerinin düzensizleşmesi, iş yoğunluğunun artması ve güvencesiz çalışma gibi koşullarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Binbay ve Kara, 2006: 189; Belek, 2004: 229).

1. Sözleşmeli ve Esnek Çalışma

Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması süreci sağlık kurumlarının iki aşamalı olarak işletmeleştirilmesi çerçevesinde yaşanmaktadır. Bir yandan özel sağlık kurumlarının öne açılmış diğer yandan kamu sağlık kurumları kar-zarar mantığıyla hizmet veren işletmeler haline getirilmiştir. Bu bağlamda sağlık personeli maliyet unsuru haline gelmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık kurumlarında ihtiyaç duyulan personel ihtiyacının altında kadro açmasının ve sözleşmeli-taşeron işçi çalıştırmaya yönelik yasal düzenlemelerin etkisiyle te-

mizlik ve yemek gibi yan unsurlardan başlayan taşeronlaştırma ve sözleşmeli personel çalıştırma uygulaması sağlık personeline kadar ulaşmıştır. Bu anlayış sağlık kurumlarında iş güvencesiz koşullarda çalışan personel tarafından hizmet verilmesine yol açarken; bir yandan sağlık emekçilerinin yaşam koşulları tahrip edilmesine diğer yandan da bu sağlık emekçilerinin verdiği hizmetin kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Halkevleri, 2008b: 271; Binbay ve Kara, 2006: 189).

Günümüzde kamu sektöründeki esneklik arayışlarının en fazla yoğunlaştığı alanlardan biri de sağlık sektörüdür. Sağlık sektöründe istihdamın esnekleştirilmesi ihtiyacı, temelde sağlığı kamu hizmeti olarak gören anlayışın terk edilerek serbest piyasa anlayışının egemen olması nedeniyle gündeme gelmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetinin kamusal alanın dışına çıkarılıp piyasaya devredilmesi ve sermayenin sosyal hizmetlerin finansmanı için vergi ödemek istemeyişi esnek çalışma arayışlarının nedenlerinden bazılarıdır. Sağlık hizmet sunumunda esneklik uygulamalarının hekimler üzerinde doğrudan etkileri olmaktadır. Hekim istihdamında görülen başlıca esneklik uygulamaları şu şekilde sıralanabilir (Tatlıcan, 2004: 214):

– Geçmişte sadece kamuda ya da özel olarak çalışan hekimlerin yeni liberal politikaların egemen olmasıyla birlikte gittikçe yarı zamanlı çalışmaya doğru yönelmektedirler.

– Geçmişte eşit işe eşit ücret anlayışı doğrultusunda bir ücretlendirme modeli uygulanmakta iken, günümüzde performans dayalı döner sermaye uygulaması ile birlikte esnek ücretlendirme mümkün hale gelmiştir. Parça başı iş yapmanın esas alındığı bu sistemde nitelik tamamen bir yana bırakılmış, nicelik esasına göre ücretlendirme gündeme getirilmiştir. Bu durum sağlık hizmet sunumunda ekip anlayışını bozmakta, meslektaşlar arasında kabul edilemez bir rekabet anlayışının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana bileşenlerinden birini sağlık personelinin istihdam modelinin değiştirilmesi oluşturmaktadır. Programın sağlık çalışanları için öngördüğü istihdam modeli de sözleşmeli çalışmadır. Sözleşmeli çalışma, esnek çalışmayı getiren ve iş güvencesini ortadan kaldıran bir çalışma düzenidir. Günümüzde kamusal istihdamın sınırlandırılmasına bağlı olarak, pek çok sağlık çalışanı sözleşmeli olarak çalışmaktadır (Uysal, 2005: 452).

Aile hekimliği uygulamasında aile hekimi, valilik ya da valiliğin gösterdiği merci (genelde il sağlık müdürlüğü) ile bir yıllık sözleşme imzalamaktadır. Sözleşmelerin yenilenmesinde performans kriterleri (hasta sayısı, müşteri memnuniyeti, başarı oranları vb) göz önüne alınmaktadır. Aile hekiminin kendisine kayıtlı kişi sayısı iki ay üst üste 1000'nin altına düşerse sözleşme feshedilmektedir. Dolayısıyla aile hekimi, müşteri memnuniyetini sağlamak adına, 8 saatlik mesai saatine sığmayan işlemler bitinceye kadar çalışmak zorunda kalabilecektir. Böylelikle çalışma saatlerinin uzayıp, belirsizleşmesi ve esnekleşmesi ortaya çıkacaktır. Aile sağlığı elemanları ise, sözleşmeyi aile hekimiyle yaptığı için ve yönetmelikte görevleri arasında yer alan; "aile sağlığı elemanları aile hekiminin verdiği her türlü görevi yapar" ifadesi nedeniyle gelecek güvencesiz ve esnek çalışmaya mecbur kalabileceklerdir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Buzgan yaptığı basın açıklamasında, AB

uyum çalışmaları içinde aile hekimliği uygulamasında ileriki dönemlerde sadece aile hekimleri uzmanlarının görev alacağını belirtmiştir (Ergüzelöğlü, 2009). Dolayısıyla günümüzde aile hekimliği uygulamasında görev alan pratisyen hekimlerin gelecekte durumlarının ne olacağı tamamen muallâktır.

Aile hekimliği uygulaması kapsamında aile hekimleri kendisine bağlı kişilerin her başvurusuna yanıt vermek durumunda kalmaktadır. Hekimlerin mesleklerini uygularken, kurumları beklenen değerleri koruyabilmeleri, sunmaları beklenen hizmeti sunabilmeleri, kendilerinden beklenen yükümlülükleri yerine getirebilmeleri için sağlanması gereken haklar hekim hakları olarak tanımlanmaktadır. Bu haklar sunulmadığında hekimin mesleki sorumluluklarını yerine getirmesi güçleşmekte ve etik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. (Civaner, 2006: 111). Hastaya (müşteriye) ekim seçme hakkı tanıyan bu sistemde aile hekimleri hastasını (müşterisini) kaybetmemek için sürekli çalışmak durumunda kalabilecek, hastasının (müşterisinin) ilaç, rapor vb her türlü isteğini yerine getirmesi gerekebilecek ve yıllık izin, hafta sonu ya da mesai saatleri dışındaki zamanlarını bile istedikleri gibi kullanamayabileceklerdir (Kılıç, 2003: 121,122). Çalışma hakkı kapsamında bireyler çalışma sürelerinin uygun ölçüde tutulmasını isteme hakkına da sahiptirler. Çalışma süresinin uzunluğu (bir diğer ifadeyle belirsizliği) kişilerin gerek ruhsal gerekse bedensel sağlığına zarar vermektedir. Dinlenme ve boş zaman bulabilme hakkı da bu bağlamda değerlendirilebilir. Gerek çalışma sürelerinin uygun ölçüde olması gerekse yıllık izin, hafta sonu ya da mesai saatleri dışındaki boş zamanları kullanabilme hakkı çalışanların korunması ve çalışma hakkının güvence altına alınması açısından yaşamsal öneme sahiptir (Bulut, 2009: 134). Ancak aile hekimlerinin ve yanlarında çalışan personelin bu hakları kâğıt üzerinde saklı olsa da yaşamsal anlamda karşılık bulamamaktadır.

Aile hekimleri, poliklinik ve kayıt iş yüklerinin eskiye oranla arttığını ve zamanlarının önemli bir kısmını aldığını, risk gruplarının periyodik izlemeleri, aile planlaması ve bağışıklama gibi koruyucu sağlık hizmetlerini ise ancak kendilerine başvuranlara sunabildiklerini belirtmişlerdir. Örneğin bulaşıcı bir hastalık ile karşılaşması durumunda aile hekimlerinin sorumluluğu yalnızca bildirim ile sınırlıdır (Özkal Sayan, 2007: 48).

Ayrıca iki kişilik bir ekiple 1000–4000 kişilik bir nüfusa belirtilen tüm sağlık hizmetlerinin götürülebilmesi için poliklinik dışında kalan zaman diliminde de Aile Sağlığı Merkezlerinde görev alanların çalışması gerekebilecektir. Bu bağlamda esnek çalışma düzeni oluşabilecektir.

2. Performansa Dayalı Ödeme

Dünya genelinde yaşanan ekonomik ve sosyal gelişmeler birçok yapıyı derinden etkilemiş, devlet ve devletin fonksiyonları sürekli değişmiş ya da değişmeye zorlanmış ve yönetim kavramı köklü değişimlere uğramıştır (Güloğlu ve Korkmaz, 2006: 812). Yaşanan hızlı değişim ve dönüşümün etkileri kamu sektöründe etkinlik, etkililik ve verimlilik şeklinde olmuştur. Etkinlik, etkililik ve verimliliği sağlayabilmek için insan kaynaklarından doğru bir şekilde faydalanmak ön plana çıkmıştır. İnsan kaynaklarını iyi bir şekilde yönetmenin başlıca yollarından biri de performans yönetimi olarak düşünülmüş ve uygulamaya konmuştur. Kamu yönetimi alanında performans uygulamalarına ilk başlayan

kurumlardan biri Sağlık Bakanlığı olmuştur (Kılıç, 2007: 307-308). Sağlık hizmetlerini toplumun bütün bireylerinin taleplerine karşılık verebilecek bir niceliğe ulaştırmak, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve kaliteli olarak sunulabilmesini sağlamak ve daha iyi sağlık çıktısı elde etmek için performans değerlendirme ve performansa göre ödeme yöntemleri kullanılmaktadır (Aydın, 2007: 252-253, 264-265).

Sistemle ilgili ilk çalışmalar 2003 yılının başlarında sağlıkta dönüşüm programının uygulamaya konulması ile başlamış, pilot uygulamaların ardından 2004 yılının başlarında bakanlığa bağlı tüm sağlık kurumlarında uygulanmaya başlanmıştır. (Çevik vd, 2008: 118; Demir, 2007: 279- 289).

Performansa dayalı ödeme, sunucu ücretlendirmesi konusundaki geleneksel düşüncelerden önemli ölçüde farklılıklar göstermektedir. Önceleri sağlık hizmetlerinde hizmeti sunan kişinin ücretlendirmesi bakım sürecine göre yapılmakta ve hastalara sunulan spesifik hizmetler ve prosedürler etkili olmaktadır. Bu süreçte, tıbbi gereklilik ve etkililik ile ilgili bazı sorunlar göz önünde bulundurulmakta, ancak ödemeler hasta için yapılanlara bağlı olarak belirlenmekteydi. Performansa göre ödemenin amacı ise; çıktıyı iyileştirmek olup, ödemenin tedavinin hasta için ne yaptığına bakılarak belirlenmesidir. Performansa dayalı ödeme yönteminde, daha iyi sonuçlar elde ederek hastaları için daha fazla şey yapan hekimlere ödeme yapılması söz konusudur (Çelik, 2007: 194-195).

Yukarıda sayılanlar performansa dayalı ödeme uygulamasının görülen ve uygulayıcılar tarafından olumlanan yüzüdür. Oysaki performansa dayalı ödeme çalışanlar arasında dayanışma yerine rekabeti teşvik eden ve sonucunda da hiçbir çalışanın yararına olmayan bir uygulamadır. Uygulama sağlık çalışanlarının kendi aralarında bölünmelerine yol açmaktadır. Bir yandan herkese performansına göre ücret verileceği söylemiyle sağlık çalışanları birbirleriyle yarışır hale getirilirken diğer yandan da ihtiyaç duyulmayan tetkik ve tedavi uygulamalarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. İhtiyaç duyulmamasına karşın yapılan tetkik ve uygulamalar tıbbi teknoloji ve ilaç tüketimini arttırdığından aslında bu alanda faaliyet gösteren sermaye aktörlerine hizmet eden bir araç olmaktadır (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2009). Performansa dayalı ücret uygulamasıyla sağlık çalışanları kazandırdıkları oranda ücret alacakları bir sistemle tüccar zihniyetinin bir parçası haline getirilmektedir. Bir diğer ifadeyle sağlık çalışanından hastayı iyi etmesi değil hastaya masraf çıkarması beklenmektedir (Halkevleri, 2008b: 271).

3. Ekip Anlayışının Değişmesi

Aile hekimliği uygulaması hekim merkezli bir uygulamadır. 5258 sayılı kanunun 3. maddesinde “ aile sağlığı elemanlarının aile hekimleri tarafından belirlenip, Sağlık bakanlığınca muvafakat verilmesi ve sözleşme yapılması” şeklinde yer alan ifadede de anlaşılacağı üzere aile hekimleri aile sağlığı elemanları ile bir yıllık sözleşme yapmaktadırlar. Bu durumda aile hekimi aile sağlığı elemanının patronu konumuna gelmektedir. Aynı şekilde yönetmelikte, koruyucu sağlık hizmetleri kavramı koruyucu hekimlik olarak ifade edilmektedir. Bu da aslında uygulanan sistemin hekim merkezli olduğunun ve ekip hizmetine dayanmadığının açık bir göstergesidir. Aile hekimliği uygulaması; hekim, ebe, hemşire, şoför, sağlık memuru vb meslek gruplarının bir bütün olarak ve her bir meslek grubunun

zincirin önemli bir parçası olduğuna dayalı ekip anlayışını ortadan kaldırmaktadır. Aile hekimliği modelinde; aile sağlığı merkezlerinde bir aile hekimi bir aile sağlığı elemanı görev yapmaktadır. Sağlık ekibi içinde sayılan diğer meslek çalışanları ise aile sağlığı merkezinde istihdam edilmemektedir (Dericioğulları Ergun, 2010: 166; Uysal, 2005: 451).

Aile hekimliği sistemi olarak adlandırılan bu uygulama, hekim temelli bir yapıdır. Sağlık ocaklarındaki ekip hizmeti yerine bir hekim ve yanında istihdam edeceği herhangi bir sağlık personeli ile hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle pilot uygulamalardaki tüm promosyonlar sözleşme imzalayan hekimlere yöneliktir. 6500- 7000 TL' ye ulaşan hizmet alım ödemeleri, kendisi ile çalışmayı kabul eden sağlık personelinin sözleşmelerinin sağlık müdürlüklerince yapılması ve maaşlarının devlet imkanları ile ödenmesi, sözleşme imzalayacak personel bulamayanların emrine geçici görevlendirme yoluyla personel verilmesi, hala pek çok ilde ofislerin ve demirbaşların kira bedellerinin kayıtları tutulsa da tahsilatlarının yapılmaması, cari giderler için verilen avanslar için fatura istenmemesi bunlardan ilk akla gelenlerdir (Değirmenci, 2009: 15).

Aile hekimliği uygulaması ekip anlayışını yok etmektedir. Hekim dışı sağlık personeli ise her biri ayrı mesleki eğitimi, görev tanımları olan çok geniş bir ekiptir. Ama sistem tüm bu disiplinleri yok sayarak, "Aile Sağlığı Elemanı" adı ile kimliksizleştirmekte ve mesleki bağımsızlıklarını yok etmektedir. Aile hekimleri, aile sağlığı elemanı olarak müşterileri memnuniyetini gözeterek hemşire ve ebelerle sözleşme imzalama eğilimindedirler. Sağlık memuru ve sağlık teknisyenleri ise tercih edilmemektedir (Değirmenci, 2009: 15). Bu uygulamada aile hekimi ve diğerleri söz konusudur. Aile hekimi bireysel çalışan bir hekimdir. Her aile hekimi yanında en az bir aile sağlığı elemanı çalışmaktadır. Aile sağlığı elemanı çalışma koşullarının özelliğine göre ebe, hemşire veya sağlık memuru olabilmektedir. Bu uygulamayla hemşirelik, ebelik ya da sağlık memurluğu gibi ayrı alanlara gerek duyulmayıp tüm bu sağlık disiplinleri aile sağlığı elemanı haline getirilmiştir. Ayrıca aile sağlığı elemanı olarak tanımlanan ebe, hemşire, sağlık memuru bağımsız işlevleri olan koruyucu sağlık hizmetlerini yapamaz hale gelmelerinin yanı sıra sözleşmeli çalışan konumuna getirilmiştir (Uysal, 2005: 451).

Aile hekimliği uygulamasında aile hekimi işveren, aile sağlığı elemanı da çalışan konumundadır. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte belirtildiği üzere aile hekimi, aile sağlığı elemanın görev tanımında belirtilen işler yapmaması veya eksik yapması, meslek ilkelerine aykırı davranması, çalışma huzurunu bozucu davranışlarda bulunması, kılık-kıyafet ve mesai saatlerine uyum göstermemesi gibi durumlarda sözleşmeyi sona erdirmeye yetkisine sahiptir. Dolayısıyla aile sağlığı elemanları işvereni konumundaki aile hekiminin her istediğini yerine getirmek zorunda hissedecek ve işine son verilebileceği korkusunu yaşamasına neden olabilecektir (Uysal, 2005: 453). Hangi sağlık personeli ile çalışma konusunda tercih ve karar hakkının sadece aile hekiminde olması beraberinde farklı sorunlar da getirebilmektedir. Örneğin aile hekimliği uygulamasına geçilen pilot illerde yapılan görüşmelerde ebe ve hemşireler aile hekimleri ile anlaşırken sorunlu olanların (sağlık problemlili, küçük çocuklu vb) aile sağlığı elemanı olarak tercih edilmediğini hatta fiziksel özelliklerin bile dikkate alındığını dile getirmişlerdir (SES, 24).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte aile sağlığı elemanının görevleri sıralanırken en son olarak yer alan “ hizmetlerin yürütülmesiyle ilgili olarak aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek ile yetkili ve görevlidir” (RG: 25867, madde 5/k) ifadesi aile sağlığı elemanlarının görev tanımlarını belirsiz hale getirmektedir. Ayrıca yönetmelikte Aile Hekimliği Modelinde yer alan gezici sağlık hizmetlerini yerine getiren aile hekimlerine ücret ödenmesi öngörülürken, gezici sağlık hizmeti veren aile sağlığı elemanları herhangi bir ücret almamaktadır. Bu durum; aile sağlığı elemanları ve aile hekimleri arasında eşitsiz bir uygulama olduğuna işaret etmektedir.

AH uygulaması hem halk sağlığına hem de sağlık çalışanlarına yönelik birçok olumsuzluğu içinde barındıran bir modeldir. Bu modelde sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak çalışması öngörülmektedir. Bu istihdam biçiminin yarattığı sorunlardan en önemlileri ise iş güvencesi ve gelecek belirsizliği ile işsizlik tehlikesidir. Bu modelde sağlık çalışanlarının asgari çalışma süresi (40 saat) belirtilmişken, üst sınırın belli olmaması, işsizlik tehlikesi nedeniyle oluşan rekabet ortamında sağlık personelinin uzun süre angarya hizmet sunması anlamına gelmektedir.

Aile hekimliği veya aile sağlığı elemanlığına geçmeyen sağlık çalışanları meslektaşlarından daha düşük bir ücretle Toplum Sağlığı Merkezlerinde görevlendirilmektedirler. Toplum Sağlığı Merkezinde çalışan sağlık personeli, aile hekimliği modelinde yer almak istemeyen personelin gözden çıkarıldığını düşünmekte, görev yaptıkları birimi, sistemi tercih etmeyenlerin düşük ücretle cezalandırılarak depolandığı yer olarak algılamaktadırlar. Çalışma barışını ciddi biçimde tehdit eden bu uygulama, Toplum Sağlığı Merkezi çalışanlarının aile hekimleri ile birlikte hizmet üretmesini engellemektedir (Özkal Sayan, 2007: 48).

4. Sağlık Personelinin İş Yükünde Değişme

Yönetmelikte aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının tam gün esasına göre çalıştığı ve haftada en az 40 saat hizmet verdikleri belirtilmiştir. Görüldüğü gibi yönetmelikte maksimum çalışma süresi belirtilmemiştir. Bu durumda aile sağlığı merkezlerinin gelecekte hafta sonu da açık olması gündeme getirilebilecektir. Aile hekimlerinin günde 8 saat çalışarak yukarıda belirtilen görevlerini yerine getirmeleri beklenmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığının 2000 yılında yaptığı bir araştırmaya göre ülkemizde kişi başı yıllık hekime başvuru ortalaması 4,2'dir. Bu durum günlük beklenen hasta sayısının minimum 50-60 olması anlamına gelmektedir. Aile hekimlerinden ve aile sağlığı elemanlarından beklenen; günde 50-60 hastanın poliklinik hizmetini vermesi (her hastaya 15 dk zaman), aynı zamanda bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini ve ev ziyaretlerini başarılı bir şekilde yürütme-leridir.

Aile hekimliği uygulaması kapsamında aile hekimleri kendisine bağlı kişilerin her başvurusuna yanıt vermek durumunda kalmaktadır. Hastaya (müşteriye) hekim seçme hakkı tanıyan bu sistemde aile hekimleri hastasını (müşterisini) kaybetmemek için sürekli çalışmak durumunda kalabilecek, hastasının (müşterisinin) ilaç, rapor vb her türlü isteğini yerine getirmesi gerekebilecek ve yıllık izin, hafta sonu ya da mesai saatleri dışındaki zamanlarını bile istedikleri gibi kullanamayabileceklerdir (Kılıç, 2003: 121,122). Çalışma hakkı kapsamında bireyler çalışma sürelerinin uygun ölçüde tutulmasını isteme hakkına da sahiptirler.

Çalışma süresinin uzunluğu (bir diğer ifadeyle belirsizliği) kişilerin gerek ruhsal gerekse bedensel sağlığına zarar vermektedir. Dinlenme ve boş zaman bulabilme hakkı da bu bağlamda değerlendirilebilir. Gerek çalışma sürelerinin uygun ölçütte olması gerekse yıllık izin, hafta sonu ya da mesai saatleri dışındaki boş zamanları kullanabilme hakkı çalışanların korunması ve çalışma hakkının güvence altına alınması açısından yaşamsal öneme sahiptir (Bulut, 2009: 134). Ancak aile hekimlerinin ve yanlarında çalışan personelin bu hakları kâğıt üzerinde saklı olsa da yaşamsal anlamda karşılık bulamamaktadır.

SONUÇ

II. Dünya Savaşı sonrasında çalışanlar refah devleti uygulamaları çerçevesinde, bir iş sahibi olmanın yanı sıra, iş güvencesi, sağlık güvencesi, iş sürecinde onurlarının korunması ve elverişli koşullarda çalışma gibi haklar konusunda kazanımlar elde etmişlerdir. Ancak, yeni liberal anlayışla birlikte çalışanların çalışma hakkı konusunda önemli ölçüde kayıpları ortaya çıkmaya başlamıştır. 1980 sonrası dönemde neoliberal politikalar doğrultusunda temelde çalışma hakkına ve bu hakkı tamamlayan sosyal güvenlik hakkı, iş güvencesi, örgütlenme ve eylem hakları gibi kazanımlara müdahale edilmiştir. Bu bağlamda sağlık işkolu da piyasa odaklı bir dönüşümden geçmektedir. Bu dönüşüm çerçevesinde sağlık çalışanları II. Dünya Savaşı sonrasında şekillenen sağlık örgütlenmeleri ile elde ettikleri kazanımları kaybetmekte ve işsizlik, esnek istihdam, çalışma sürelerinin düzensizleşmesi, iş yoğunluğunun artması ve güvencesiz çalışma gibi koşullarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Binbay ve Kara, 2006: 189; Belek, 2004: 229).

1970'lerde yaşanan ekonomik kriz sonrasında özellikle Batı Avrupa'da sosyal devlet uygulamalarından vazgeçilerek yeni liberal politikaların uygulanması gündeme gelmiştir. Yeni liberalizmin sağlık alanına yansması ise kamunun sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanındaki rolünün azalması şeklinde olmuştur. Kamunun sağlık alanındaki rolünün azalmasıyla birlikte sektör piyasalaştırılmış, özel sektör mal- hizmet sunucuları teşvik edilmiştir (Sallan Gül vd. 2009; 579).

Ülkemizde 1980'li yıllarda başlatılan devletin küçültülmesi ve yeni liberal politikaların yaygınlaştırılması süreci, 2000'li yıllarla birlikte somut karşılığını bulmaya başlamıştır. 2003 yılında açıklanan Acil Eylem Planı yeni liberal politikaların uygulanmasında anahtar role sahip olmuş, ard arda çıkarılan yasa ve yönetmeliklerle devletin etkinlik alanlarına sınırlamalar getirilerek, bu alanların piyasa aktörlerine devrinin önü açılmıştır. Acil Eylem Planı çerçevesinde sağlık alanında da yeni düzenlemeler yapılması gerektiğine vurgu yapılmış ve bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak hayata geçirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerek kurumsal yapılanmayı gerekse kurumların işlevlerini köklü bir biçimde yeniden düzenlemeyi amaçlayan yeni kamu yönetimini hakim kılmaya yönelik dönüşümler başlamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerinden biri olan aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli değişiklikler olmuştur (Dericioğulları Ergun, 2010: 216-218).

Aile hekimliği uygulamasında aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına sözleşmeli çalışma esası getirilmiştir. Aile Hekimlerinin sözleşmeleri vali veya görevlendireceği mer-

ciyle imzalanmaktadır. Sözleşmeler, bir yıl için geçerli olup, yenilenirken listedeki hasta sayıları, müşteri memnuniyeti kısacası performans kriterleri dikkate alınmaktadır. Aile hekimlerinin performansları aylık olarak hesaplanmakta ve belirlenen performans kriterlerini tutturamamaları durumunda maaşlarından belirli oranda kesintiler yapılmaktadır. Dolayısıyla bebek- çocuk izlemi, bağışıklama, gebe izlemi ve kayıtlı kişi sayısı olarak belirlenen performans kriterlerini yerine getirmek için iki kişilik ekibin yoğun bir şekilde çalışması gerekmektedir. Kendilerine kayıtlı kişi sayısını arttırabilmek için diğer aile hekimleri ile rekabet etmeleri gerekmektedir. Vatandaşların kendilerini tercih etmelerini sağlayacak şekilde hizmet sunmaları gerekmektedir. Örneğin; hastaların rapor, reçete vb isteklerini koşulsuzca yerine getirmek, aile sağlığı merkezinde EKG, USG vb cihazların bulunması gibi.

Yönetmeliğe göre aile hekimine kayıtlı kişi sayısı iki ay üst üste 1000 kişinin altına düşerse sözleşme fesh edilir. Bu durumda başarı oranlarının tutturulması için 8 saatlik süreye sığmayan işlemler bitinceye kadar çalışmak zorunda kalınmasına ve çalışma saatlerinin uzayıp belirsizleşerek esnekleşmesine neden olacaktır. Ayrıca son yapılan yönetmelik değişikliği ile aile hekimlerinin çalıştıracakları ek personelin ücretlerini kendilerinin ödemesi gerekmektedir. Bunun da neden olabileceği temel sorun ise kayıt dışı çalışmadır.

Mevcut uygulamada aile hekimlerinin birlikte çalışmak üzere sözleşme imzaladıkları aile sağlığı elemanlarının ücretleri Maliye Bakanlığı tarafından karşılanırsa da pilot uygulamaya ilişkin kanun ve yönetmeliklerde ücretlerin aile hekimi tarafından ödenmesi öngörülmektedir. Dolayısıyla bu tarz bir uygulama; aile hekimlerinin birer patron, aile sağlığı merkezlerinin ise piyasa koşullarında sağlık hizmeti üreten bir kurum haline gelmesinin önünü açacaktır. Çalışma sürecini belirleyen temel aktörün aile hekimi olması yani hekim merkezli bir uygulama olan aile hekimliği sistemi, aile sağlığı elemanlarının çalışma koşullarını (ücret, süre, iş yükü vb) hekimin belirlemesine yol açacaktır. Ayrıca hizmet sunumunda piyasa koşullarının hakim hale gelmesi, aile sağlığı elemanları arasında bir rekabete yol açarak, ücretlerde ve sosyal haklarda aile sağlığı elemanlarının kayıp yaşamalarına neden olabilecektir.

Uygulama anlamında ülkemizde beşinci yılına giren aile hekimliği sisteminin tüm ülkeye yaygınlaştırılacağı bakanlık ve hükümet nezdinde de sürekli ifade edilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda alınan yol da göz önünde bulundurulduğunda, sağlık ocakları uygulamasına geri dönüşün en azından yakın zamanda söz konusu olmadığı ön kabulünden hareketle yapılması gereken, şimdiye kadar uygulamanın hayata geçirildiği illerden hareketle genel bir değerlendirme yapılması ve sistemde ortaya çıkabilecek eksikliklere yönelik politikalar geliştirilmesidir. Bu doğrultuda, aile hekimliği sistemi mutlaka tüm ülkeye yayılacaksa ve birinci basamak sağlık hizmetleri açısından bir başka alternatif geliştirilmesi söz konusu değilse; öncelikle sevk zinciri zorunluluğunun uygulamaya konması gerekmektedir. Ayrıca çalışanlar açısından performans kriteri uygulaması gözden geçirilmeli ve pozitif performans kriterleri geliştirilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttıracığı söylenen aile hekimliği sisteminde yer alan personelin özlük hakları geri kazandırılmalı ve sistemde yer alan sağlık ekipleri gerek nitelik gerekse nicelik açısından zenginleştirilmelidir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Ağartan, T., (2007), “Sağlıkta Reform Salgını”, Ç. Keyder, N. Üstündağ, T.Ağartan, Ç. Yoltar (Der.), **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları**, İstanbul: İletişim Yayınları, s. 37-54.
- Balcı, A., (2005), **Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim, Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması**, İstanbul: Atlas Yayın Dağıtım.
- Belek, İ., (2004), **Esnek Üretim Derin Sömürü**, İstanbul: Nazım Kültürevi Yayınları.
- Belek, İ., (2001), **Sosyal Devletin Çöküşü Ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, İstanbul: Sorun Yayınları.
- Bulut, N., (2009), **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar**, İstanbul: On İki Levha Yayıncılık.
- Çevik, H.H., Göksu, T., Bilgiç, V.K., Karakaya, M., Seyhan, K., Gül, S.K. (2008), **Kamu Kurumlarında Performans Yönetimi**, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Friedman, M., (1988), **Kapitalizm ve Özgürlük**, (Çev.: D. Erberk ve N. Himmetoğlu), İstanbul: Altın Kitaplar.
- Özdemir, S., (2007), **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları.
- Sallan Gül, S., (2004), **Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa**, İstanbul: Etik Yayınları.
- Şaylan, G., (2003), **Değişim, Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi**, Ankara: İmge Kitabevi.

Makaleler

- Akkaya, Y. / Demircioğlu, F. E., (2007), “Dünden Bugüne Sosyal Güvenlik ve Reformlarının Arka Planı”, **Kamu Yönetimi Forumu (KAYFOR) IV, Kuramdan Uygulamaya (Yönetim ve Reform) Bildiriler Kitabı**, 8-10 Kasım 2006, Muğla Üniversitesi, ed: A. Göktürk, M. Özfidaner ve G. Ünlü, Muğla: Muğla Belediyesi Yayınları, s. 523-546.
- Aydın, S., (2007), “Sağlıkta Dönüşüm ve Programı ve Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Anlayışına Geçiş”, **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği** içinde, (Ed: H. Ateş, H. Kırılmaz ve S. Aydın), Ankara: Asil Yayıncılık, s. 252-277.
- Balcı, A., Kırılmaz, H., (2007), “ Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları”, **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** içinde, ed: C. C. Aktan ve U. Saran, İstanbul: Aura Kitapları, s. 134-165.
- Binbay, T., Kaya, B., (2006), “Özelleştirmeler, Sağlık Çalışanları ve Psikososyal Etmenler”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 21, Sayı: 3, s. 189-193.
- Civaner, M., (2006), “Hekim Hakkı”, **Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü** içinde (Ed: E. Nalçacı, O. Hamzaoğlu ve E. Özalp), İstanbul: Nazım Kitaplığı, s. 111-114.

- Değirmenci, H. (2009), “Aile Hekimliği Nereye?”, **Arter Dergisi**, 2009/1, s. 12-16.
- Demir, M. (2007), “Sağlık Bakanlığı’nda Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemi” , **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği** içinde, (Ed: H. Ateş, H. Kırılmaz ve S. Aydın), Ankara: Asil Yayıncılık, s. 279-305.
- Elbek, O., Adas, E. B (2009), “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”, **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**, Cilt: 12, Sayı: 1, s. 33-43.
- Eralp, A., (2002), “Değişen Dünya, Avrupa ve Türkiye”, **Liberalizm, Devlet, Hegemonya** içinde, (Derl.: F. Keyman), İstanbul: Everest Yayınları, 2002, s. 243-257.
- Gül, H., Memişoğlu, D., (2007), “Yapısal Değişim Sorunu Çerçevesinde Yönetimsel Reform”, **Kamu Yönetiminin Yapısal ve İşlevsel Sorunları** içinde, (Ed: M. A. Çukurçayır ve G. Gökçe), Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları, s. 57-112.
- Gül, H., Sallan Gül, S., (2007), “**Kamu Yönetimi ve Sosyal Güvenlik Reformları Karşısında Sosyal Devlet**”, **Kamu Yönetimi Forumu (KAYFOR) IV, Kuramdan Uygulamaya (Yönetim ve Reform) Bildiriler Kitabı** içinde, 8-10 Kasım 2006, Muğla Üniversitesi, (Ed: A. Göktürk, M. Özfidaner ve G. Ünlü), Muğla: Muğla Belediyesi Yayınları, s. 495-522.
- Güloğlu, T., Korkmaz, A., (2006), “Kooperatifçilik İlkeleri, Küreselleşme ve Kooperatifçilikte Yeni Eğilimler”, **İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası**, Prof. Dr. Toker Dereli’ye Armağan, Cilt: 55, Sayı: 1, s. 811-831.
- HALKEVLERİ, (2008a), “Çalışma Hakkı Atölyesi”, **Halkın Hakları Forumu** (içinde), 8-9-10 Haziran 2007, A.Ü. SBF, Ankara: Halkevleri Derneği Yayınları, s. 309-316.
- HALKEVLERİ, (2008b), “Halkın Sağlık Hakkı Var”, **Halkın Hakları Forumu** içinde, 8-9-10 Haziran 2007, A.Ü. SBF, Ankara: Halkevleri Derneği Yayını, 2008, s. 269-278.
- Hamzaoğlu, O., Yavuz, C. I., (2009), “Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine”, **AKP Kitabı Bir Dönüşümün Bilançosu** (içinde), (Derl: İ. Uzel ve B. Duru), Ankara: Phoenix Yayınevi, s. 633-659.
- Hamzaoğlu, O., (2006), “Kapitalizmin Depresyonu ve Sağlık: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ”, **İktisat Dergisi**, Sayı: 479, s. 58-65.
- Isaacs, S., Solimano, G., (1999), “Health Reform and Civil Society in Latin America”, **The Society for International Development**, Vol: 42, No: 2, s. 70-72.
- Karabulut Uçar, E., (2007), “**Kamu Hizmeti Kavramının Dönüşümü**”, **Kamu Yönetimi Forumu (KAYFOR) IV, Kuramdan Uygulamaya (Yönetim ve Reform) Bildiriler Kitabı**, 8-10 Kasım 2006, Muğla Üniversitesi, (Ed: A. Göktürk, M. Özfidaner ve G. Ünlü), Muğla: Muğla Belediyesi Yayınları, s. 403-422.
- Kılıç, B., (2003), “AKP, Aile Doktorluğu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (10 Soru 10 Yanıt)”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 18, Sayı: 2, s. 120-122.
- Kılıç, S., (2007), “Aile Hekimliği Türkiye Modelinde Performans Yönetimi”, **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği** içinde, (Ed: H. Ateş, H. Kırılmaz ve S. Aydın), Ankara: Asil Yayıncılık, s. 307-344.

- Müftüoğlu, B. G., (2006), “Küresel ve Yerel Aktörlerin Sosyal Güvenlik Sisteminin Dönüşümüne Etkileri” , **İktisat Dergisi**, Sayı: 478, s. 42-47.
- Mütevelliöğlu, N., (2010), “Özelleştirmelerin Krizine Karşı Toplumsal Olanı Savunmak”, **Tekel Direnişinin Işığında Gelenekselden Yeniye İşçi Sınıfı Hareketi** (içinde), (Derl.: G. Bulut), Ankara: Nota Bene Yayınları, s. 149-171.
- Öngen, T., (2003), “Yeni Liberal Dönüşüm Projesi ve Türkiye Deneyimi”, **Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar** içinde, (Derl: A. H.Köse, F. Şenses ve E. Yeldan), İstanbul: İletişim Yayınları, s. 161- 190.
- Özdemir, A. M., Yücesan Özdemir, G., (2006), “Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Derin Dönüşümü: Farklı Birey Tahayyülleri”, **İktisat Dergisi**, Sayı: 478, s. 48-54.
- Özkal Sayan, İ., (2007), “Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Sigortası”, **Memleket- Mevzuat Dergisi**, Cilt: 2, Sayı: 21-22, s. 45-51.
- Pala, K., (2003), “Dünya Bankası’nın Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 18, Sayı: 2, Mart-Nisan 2003, s. 115-119.
- Sallan GÜL, S., Dericioğulları, A., Ergun, C. ve Gül, H., (2009),“Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Çevresinde Aile Hekimliği Uygulaması”, **VI. Kamu Yönetimi Forumu, “18. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Kamu Yönetiminde Reform” Bildiriler Kitabı**, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi, 9-11 Ekim 2008, (Derl.: N. Akyıldız, S.Aydın, A. Erençin, S. Güzelsarı ve N. Aytemur Sağıroğlu), Ankara: TODAİE Yayını, s. 567-582.
- Saran, U., (2001), “Küresel Değişim Dinamiklerinin Kamu Yönetimi Alanındaki Etkileri”, **Türk İdare Dergisi**, 73, 433, s. 41-49.
- Savran, S., (1988), “Bunalım, Sermayenin Yeniden Yapılanması, Yeni Liberalizm”, **Dünya Kapitalizminin Bunalımı** içinde, (Derl: N. Satlıhan ve S. Savran), İstanbul: Alan Yayıncılık, s. 19-65.
- Stambolovic, V., (2003), “Epidemic of Health Care Reforms”, **European Journal of Public Health**, No: 13, March 2003, s. 77-79.
- Tatlıcan, S., (2004), “Esneklik Uygulamaları ve Hekimlik”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 19, Sayı: 3, s. 213-215.
- Uysal, A., (2005), “Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hemşire Nerede?”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 20, Sayı: 6, s. 448-454.
- Yıldız, Ö., (2008), “ Küreselleşme, Sağlık ve Toplum”, **Gaziantep Tıp Dergisi**, s. 30-34.

Diğer

- Dericioğulları Ergun, A. (2010), “Türkiye’de Neoliberal Politikalar Doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm: Isparta-Burdur Örnekleri”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi ABD, Isparta.

- Erdem, B., (2003), “Neoliberal Ekonomi Politikaların Eğitim Üzerine Etkileri”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İstanbul.
- Ergüzelöğlü, F., Aile Hekimliği İl Sayısı 59’a Çıkacak, 12.01.2009. www.medimagazin.com. (13.07.2009)
- Kerman, U., “Türkiye’de Devletin Küçültülmesi Sorunu”, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi (Yönetim Bilimleri) Anabilim Dalı, Ankara, 2006.
- Sarı, C., Biyosiyaset ve Yönetim Teknikleri Açısından Neoliberal “Sağlık ve Sosyal Güvenlik” Politikaları, 21.12.2009, www.sosyalhaklar.org.
- SES, Aile Hekimliği Ticarethanesinde Sözleşmeli Köle Olmak İstemiyoruz, www.ses.org.tr