

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Serol KARALAR

AVRUPA BİRLİĞİ UYUM SÜRECİ BAĞLAMINDA
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPISAL VE
FİNANSAL DÖNÜŞÜMÜ

(Yüksek Lisans Tezi)

Kübra AY

EDİRNE- 2019

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Serol KARALAR

AVRUPA BİRLİĞİ UYUM SÜRECİ BAĞLAMINDA
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPISAL VE
FINANSAL DÖNÜŞÜMÜ

(Yüksek Lisans Tezi)

Kübra AY

Destekleyen Kurum:

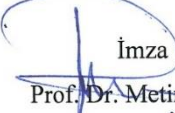
Tez No:

EDİRNE- 2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü


ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Dr. Öğr. Üyesi Serol KARALAR danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Kübra AY tarafından tez başlığı "**Avrupa Birliği Uyum Süreci Bağlamında Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yapısal ve Finansal Dönüşümü**" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **10/10/2019** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "**Yüksek Lisans Tezi**" olarak kabul edilmiştir.


İmza

Prof. Dr. Metin ATEŞ

JÜRİ BAŞKANI


İmza

Dr. Öğretim Üyesi Serol

KARALAR

ÜYE (Danışman)


İmza

Doç. Dr. Emre

ATILGAN

ÜYE (Danışman)

Yukardaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezin yazılıő sürecinde benden desteğini ve anlayışını esirgemeyen danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Serol KARALAR'a, lisansüstü eğitim sürecimde karşılaőtığım zorluklarda bana rehberlik eden saygıdeğer bölüm başkanım Doç. Dr. Emre ATILGAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Aysu ZEKİOĞLU'na, her zaman yanımda olan sevgili aileme ve desteklerinden ötürü çalışma arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER.....	3
AVRUPA BİRLİĞİ'NİN KURULUŞU VE AMAÇLARI	3
AVRUPA BİRLİĞİ'NİN SAĞLIK POLİTİKALARI	5
AVRUPA BİRLİĞİ VE TÜRKİYE İLİŞKİLERİ TARİHSEL SÜRECİ.....	10
AB ÜYELİK SÜRECİNDE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ.....	11
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMAN YAPISI.....	26
GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
BULGULAR	42
TARTIŞMA	76
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
ÖZET.....	87
SUMMARY	88
KAYNAKLAR.....	90
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	100
ÖZGEÇMİŞ.....	102
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği (European Union)

AEP: Acil Eylem Planı

AET: Avrupa Ekonomik Topluluğu (European Economic Community)

AKÇT: Avrupa Kömür Çelik Topluluğu (The European Coal and Steel Community)

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

AT: Avrupa Topluluğu (European Community)

ÇSGB: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

DB: Dünya Bankası (World Bank)

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

ES: Emekli Sandığı

EURATOM: Avrupa Atom Enerji Topluluğu

GSS: Genel Sağlık Sigortası

GSYH: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

IMF: Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund)

KHB: Kamu Hastane Birlikleri

KHK: Kanun Hükümünde Kararname

MBK: Milli Birlik Komitesi

OECD: Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic and Co-operation Development)

SB: Sağlık Bakanlığı

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SSGSS: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations Children's Fund)

WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)

WTO: Dünya Ticaret Örgütü (World Trade Organization)

GİRİŞ VE AMAÇ

Kişilerin en temel hakkı olan sağlıklı yaşam hakkına, uluslararası pek çok belgede de yer ve önem verilmiştir. Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, tedavisi, rehabilitasyonu bir kamu hizmeti olarak görülmüş ve sağlık risklerine karşı, kişiler kamu sağlık sistemi ile güvence altına alınmaya çalışılmıştır (1). Fakat nüfus artışı, demografik yapıdaki değişimler, bireylerin artan beklentileri, teknolojik ilerlemeler, kronik hastalıkların artışına bağlı tedavi masraflarının artması gibi faktörler sağlık harcamalarında da yükselişe sebep olmuştur (2). Bu artış ile mücadele etmek için devletler, sağlıkta reform arayışına girmişlerdir. 1970’li yılların sonlarında başlayan ekonomik krizi aşmak adına Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası (DB) ve Dünya Ticaret Örgütü (WTO) gibi kuruluşların yönlendirmesi ile Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde “Yapısal Uyum Programları” başlatılmıştır. Bu programlar genel olarak kamusal sistemin yeniden yapılandırılmasını, devletin küçültülmesini, kamusal ve sosyal harcamaların azaltılarak kaynakların özel sektöre yönlendirilmesini, kamu sağlık kurumlarının devredilmesini, sosyal güvenlik devlet bütçesi yerine primlerle finansal kaynak sağlanan sigortacılığın geliştirilmesini öngörmektedir (3, 4).

1980’li yıllarda Dünya Bankası (DB) pek çok ülkede, sağlık alanında çözümler gerçekleştiren raporlar hazırlayarak sağlıkta maliyet artışından kaynaklanan bir krizin varlığını tanımlamıştır. Bu krize çözüm olarak da sağlıkta reform önerisi getirmiştir. Reform paketinin içeriğini ise şunlar oluşturmaktadır (5):

- Sosyal güvenlik kurumlarının aynı çatı altında toplanarak tekrar yapılanması,
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması,

- Sağlık sektöründe kamunun payının mümkün olduğunca azaltılarak özel sektörün girişim ve yatırımlarının arttırılması,
- Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilip yalnızca düzenleyici rol alması,
- Aile Hekimliği sisteminin kurulması,
- Yerinden yönetime dayanan bir sistem kurulması,
- Hizmeti kullanacak bireylerin sağlık primi ödemesi,
- Sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımının önüne geçmek adına katılım ve katkı payı ödenmesi.

Türkiye'de 2003 yılında uygulamaya koyulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında önemli değişiklikler yaşanmıştır. DB ve IMF'nin önerileri ile örtüşen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ana amacı sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır (6-8). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasında uluslararası kuruluşların etkisi olduğu kadar Türkiye'nin Avrupa Birliği üyeliği süreci de etkili olmuştur (9). Üyelik sürecinde açılan müzakere fasıllarının doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık konularını ilgilendirmesi, Türkiye'nin sosyal politika, istihdam, iş sağlığı ve güvenliği, sosyal güvenlik gibi konular üzerine eğilmesine neden olmuştur (10). Avrupa Birliği (AB), üye olan veya üyelik sürecindeki ülkelere ortak bir sağlık politikası konusunda yaptırım uygulamamakla birlikte bazı siyasi, ekonomik kriterlerin ve AB Müktesebatının benimsenmesine yönelik zorunluluklar getirmektedir (11).

Çalışma kapsamında Türkiye'nin sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanına yönelik geçmiş ve mevcut durumu incelenerek geleceğe dair çıkarımlarda bulunulması amaçlanmıştır. Nüfus yapısı, sağlık hizmetleri kullanımı, sosyal güvenlik programının işleyişi ve finansmanı, sağlık göstergeleri, sağlık harcamaları ve bu verilerin uluslararası veriler ile karşılaştırılması ile mevcut sistemin sorunları görülmeye ve çözüm önerisi sunulmaya çalışılmıştır.

GENEL BİLGİLER

AVRUPA BİRLİĞİ'NİN KURULUŞU VE AMAÇLARI

II. Dünya Savaşı sonrası, ekonomik, siyasi ve insan gücü açısından yorgun düşen Avrupa, barışın önündeki en büyük engel saydığı milliyetçilik ve ulus-devlet anlayışını bir kenara bırakarak işbirliği kurmanın yollarını aramaya başlamıştır (12). Kuruluş amacı Avrupa'da daimi bir barış ortamı sağlamak, ekonomik ve siyasi işbirliği kurmak, üye ülkelerin yaşam standartlarını yükseltmek olan Avrupa Birliği, ülkeler açısından düzenleyici rol oynaması bakımından da önemlidir (13).

1950 yılında Fransa Dış İşleri Bakanı Robert Schuman ve Eski Milletler Cemiyeti Genel Sekreteri Jean Monnet'in tasarısı ile Avrupa devletleri kömür ve çelik üretiminde karar verme yetkisini bağımsız ve uluslararası bir kuruma devretmiş ve bu örgütlenmeye tüm Avrupa devletleri açık hale getirilmiştir (14, 15). Schuman Deklarasyonu (1950) ile Belçika, Federal Almanya, Lüksemburg, Fransa, İtalya ve Hollanda'dan oluşan 6 ülkenin katılımıyla Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu (AKÇT) kurulmuştur (14). 1951 yılında yürürlüğe giren Paris Antlaşması ile kömür ve çelik barışa hizmet etmesi için kullanılmıştır. Böylelikle tek bir pazar oluşturularak, işsizliğin azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmiştir (13, 15).

Roma Antlaşması (1957) ile altı üye devlet kömür ve çeliğin yanı sıra mal ve hizmetlerin, iş gücü ve sermayenin serbest dolaştığı ortak bir pazar oluşturmak amacıyla Avrupa Ekonomik Topluluğunu (AET) kurmuştur (14). 1958'de ise Roma'da tekrar bir araya gelerek nükleer enerjinin barışçıl amaçlar için kullanılmasını desteklemek, atom enerjisi alanındaki araştırmaları teşvik etmek, sağlık ve güvenlik konularına düzenleme getirmek, bu alanda çalışan personelin serbest dolaşımına olanak sağlamak ve kullanılan

malzeme ve materyallerin ticaretini düzenlemek amacıyla Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu'nu (EURATOM) kurmuşlardır (13, 14, 16).

1965 yılında kaynak tasarrufu ve yetki alanlarının çakışmasını önlemek amacıyla Belçika'da imzalanan Füzyon Antlaşması ile AKÇT, AET ve EURATOM tek çatı altında toplanmış ve Avrupa Topluluğu adını almıştır (13-15).

1960 yılının sonlarına doğru tarım ve ticaret alanında ortak politikalar oluşturulmuş ve 1 Temmuz 1968 yılında bu altı üye ülke arasında gümrük vergileri kaldırılmıştır (17). Bu girişimlerin başarılı olduğu görüldüğünde 1973'te Danimarka, İrlanda ve İngiltere de Avrupa Topluluğu'na katılmaya karar vermişler ve ilk genişleme hareketi üye sayısının dokuza çıkması ile gerçekleşmiştir (17, 18). Bunu izleyen 1 Ocak 1981 tarihinde Yunanistan, 1 Ocak 1986 tarihinde ise Portekiz ve İspanya birliğe katılmışlardır (13).

Roma Antlaşması'nın ikinci maddesinin gereği olan Tek Pazar oluşturma amacı için üye ülkelerin arasındaki teknik, fiziki ve mali engellerin kaldırılması adına 1987'de imzalanan Avrupa Tek Senedi ile temelde malların ve sermayenin serbest dolaşımına, üye ülkelerin hukuki entegrasyonunun sağlanmasına, Avrupa Parlamentosu'nun yetkilerinin genişletilmesine yönelik kararlar alınmıştır (15). Bu antlaşma aynı zamanda Avrupalı devletleri, sadece ekonomik bir örgüt olmaktan çıkararak politik, sosyal ve çevre gibi konularda da iş birliğine teşvik etmiştir (19).

1989'da Berlin Duvarı'nın yıkılması Avrupa'nın siyasi durumunu ciddi şekilde değiştirmiştir. 1990'da iki Almanya'nın birleşmesi, Orta ve Doğu Avrupa'nın Sovyet denetiminden çıkarak demokratikleşmesi üzerine Sovyetler Birliği'nin dağılması üye devletlerin bağılıklarını arttırma çabası içine girmesine neden olmuştur. 9-10 Aralık 1991'de Maastricht'te toplanan Avrupa Birliği Zirvesi'nde alınan kararlar ile 1999'a kadar parasal birliğin sağlanması, Avrupa vatandaşlığının oluşturulması, ortak dış ve güvenlik ile adalet ve içişlerinde iş birliği politikalarının oluşturulmasına karar verilmiştir. Bu antlaşma Avrupa Birliği'nin kurucu antlaşması olması bakımından Avrupa Birliği Antlaşması olarak da bilinmektedir (15, 17, 19). 1995 yılında, Avusturya, Finlandiya ve İsveç'in katılımıyla, Avrupa Birliği'nin üye sayısı 15'e yükselmiştir (20).

Birliğin en temel amaçlarından biri olan ekonomik iş birliği süreci için üye ülkeler arasındaki ekonomik farklılıkların giderilmesi gerekmektedir. Kişilerin, malların ve sermayenin serbest dolaşımı devletlerin ulusal para birimi yerine ortak para birimi belirlemesi ile daha verimli hale gelmesi planlanmıştır (21). Bunun için 1998'de faaliyet

göstermeye başlayan Merkez Bankası, Avrupa ortak para birimi olan Euro'nun 2002 yılında 12 ülkede kullanılmaya başlanmasını sağlamıştır (17, 22).

Avrupa Birliği'nin bir sonraki en büyük genişleme dalgası 2004 yılında Çek Cumhuriyeti, Estonya, Güney Kıbrıs Rum Yönetimi, Letonya, Litvanya, Macaristan, Malta, Polonya, Slovakya ve Slovenya'nın katılımı ile gerçekleşmiştir. Bundan sonra 2007 yılında, Bulgaristan ve Romanya'nın katılımıyla üye sayısı 27'ye, 2013 yılında Hırvatistan'ın katılımıyla ise üye sayısı 28'e ulaşmıştır (20).

AVRUPA BİRLİĞİ'NİN SAĞLIK POLİTİKALARI

Avrupa Birliği'nin ortaya çıkma amacı başta ekonomik ve ticari entegrasyon olsa da zamanla yetki sahasını sağlık hizmetlerini kapsayacak şekilde genişletmiştir (23). Ancak Avrupa Birliği'nin ortak bir sağlık sistemi bulunmamakta ve üye ülkelere ortak bir sağlık sistemi oluşturma açısından herhangi bir yaptırımda bulunmamaktadır. Ülkeler kendi sağlık sistemlerini oluşturmakta ve düzenlemekte bağımsızdırlar. Üye ülkelerin sağlık sistemleri, nüfus durumuna, sosyal güvenlik sistemlerine, yönetim biçimlerine göre çeşitlik göstermektedir (24). Üye sayısının artması sosyal faktörlerin de göz önüne alınmasına sebep olmuştur. Adaylık ve üyelik süreci içerisinde olan ülkelerin sağlık parametreleri de Avrupa Birliği'nin kriterleri haline gelmiştir (25). Her ne kadar Avrupa Toplulukları Antlaşması'nda sağlık hizmetlerinin organizasyon ve finansman görevinin üye devletlerin yetki alanına bırakıldığı vurgulansa da sağlık ve sağlık hizmetleri AB'nin doğrudan veya dolaylı olarak müdahale ettiği bir alan olmuştur (23).

Bunun sebebi olarak Avrupa Birliği'nin temel amaçlarına göz atmak gerekmektedir. Kişilerin, sermayenin, mal ve hizmetlerin serbest dolaşımı ilkeleri üye ülkeler arasındaki farklılıkların giderilmesi, belli standartların olması açısından önem arz etmektedir (15).

Sağlığın Avrupa Birliği Tarafından Ele Alınma Sebepleri

Avrupa Toplulukları kurucu antlaşmalarında sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve finansmanı üye ülkelerin yetki alanına bırakılmasına rağmen Avrupa Topluluklarının verimli bir şekilde işlemesi, uygulamada sağlık konusunun Avrupa Birliği düzeyinde ele alınmasını gerekli kılmıştır. Bu gereklilikler şu şekilde gösterilmektedir (5):

- Serbest dolaşımın sağlanması açısından iç pazar dinamiklerinin oluşturulması ve uygulanmasının sağlıkla ilgili konularda fiilî politika belirlemeyi gerekli kılması,

- Tüm topluluk vatandaşlarına aynı kalite ve standartlarda sağlık hizmeti ve olanakları sunulması,
- Topluluk vatandaşları arasında benzer düzeylerde yaşam kalitesi sağlanması,
- Belirli sağlık sorunlarının global nitelikte olması sebebiyle, üye devletlerin bu sağlık sorunları ile baş etmede iş birliği yapmasının gerekli olması,
- Üye devletlerin sağlık sistemlerinin politik, ekonomik, kültürel ve tarihsel açıdan farklılık göstermesine rağmen karşılaşılan ortak sorunlara AB düzeyinde cevap verebilmek ve çözüm bulabilmek için izlenecek yolların belirlenmesi,
- AB temel dinamiklerinde olan Avrupa Katma Değeri'nin sağlık sektörü açısından da gerçekleştirilmesi,
- Daha geniş ve derin Ortak Pazar yaratılmasına katkıda bulunulması,
- Sağlıkın sınır ötesi bir kavram olması ve coğrafi açıdan sınır tanımaması,
- Birçok politikanın AB vatandaşlarının sağlığı üzerinde doğrudan veya dolaylı etkisinin olması.

Ayrıca hastaların ve sağlık çalışanlarının serbest dolaşımının yeni ihtiyaç ve talep yaratması, kişilerin sağlık hizmetlerine yönelik beklentilerinin değişmesi ve artması, enformasyon teknolojisinin günden güne gelişerek ülkeler, sistemler ve insanlar arasında farklılıklar oluşturması sağlık politikalarının Avrupa Birliği açısından ele alınmasını zorunlu hale getirmiştir (15).

Avrupa Birliği Sağlık Politikalarının Amaçları

Avrupa Birliği sağlık politikalarının öncelikli amacı, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamaktır. AB ülkeleri, sağlık hizmetleri ve tıbbi bakım hizmetlerini organize etme ve sunma konusunda birincil sorumluluğa sahiptir. AB sağlık politikası bu nedenle ulusal politikaları tamamlamaya ve tüm AB politikalarında sağlığın korunmasını sağlamaya hizmet etmektedir (25).

AB politikaları ve halk sağlığına yönelik eylemler şunları amaçlamaktadır (26):

- AB vatandaşlarının sağlığını korumak ve geliştirmek,
- Sağlık altyapısının modernleştirilmesini desteklemek,
- Avrupa'nın sağlık sistemlerinin verimliliğini arttırmak,
- Üye ülkelerin sağlık politikalarını tamamlayıcı rol almak.

Stratejik sağlık sorunları, ulusal makamların temsilcileri ve Avrupa Komisyonu tarafından halk sağlığı üzerine üst düzey bir çalışma grubunda tartışılmaktadır. AB kurumları, ülkeler, bölgesel ve yerel yetkililer ve diğer çıkar grupları, AB'nin sağlık stratejisinin uygulanmasına katkıda bulunmaktadır (15, 26).

Topluluğun amaçlarına bakıldığında halk sağlığına öncelik verildiği görölmektedir. Halk sağlığını korumaya ve yükseltmeye yönelik uygulamaları şöyle gösterilmektedir (15, 26):

- Bulaşıcı hastalıkları önlemek ve mücadele etmek,
- Genel halk sağlığını yükseltmek,
- Üye devletlerin sağlık göstergelerini izlemek, analiz etmek, politika geliştirmek ve gerekli durumlarda destek vermek,
- Yaşlanan nüfusun tıbbi bakım ve hizmetlerinin kalitesini ve ekonomik sürdürülebilirliğini garanti altına almak,
- Sağlık politikalarının temel ilkelerinin (kalite, güvenlik vs.) uygulanmasını sağlamak ve garantilemek,
- Sağlığı önemli ölçüde etkileyen alkol, tütün ve ilaç bağımlılığı ile mücadele etmek,
- Egzersiz ve diyet gibi yaşam biçimi faktörleri konusunda toplumu bilinçlendirmek,
- Kanser taraması, aşılar, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik önlemler gibi erken dönem veya önleyici hizmetler açasından bireyleri bilinçlendirmek ve farkındalık yaratmak.

Kısacası Avrupa Birliği sağlık politikaları, vatandaşlarının sağlığının korunması, yükseltilmesi, insan sağlığı açasından risk teşkil eden faktörlerin elimine edilmesine yönelik halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri stratejilerinden oluşmaktadır (24).

Avrupa Birliği Sağlık Politikalarının Dayandığı Temel İlkeler

Avrupa Birliđi sağlık politikasının şekillenmesinde, sağlık alanındaki rolleri ve sorumluluklarının belirlenmesinde temel alınan değerler aćıklamalı olarak řu şekildedir (24):

- Önleyici Eylem Prensipleri: Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır. Çünkü toplumsal aćıdan bakıldığında bulaşıcı hastalıklar açasından kitleleri tedavi etmek, hastalık oluşumundan önce korumaktan çok daha zor ve maliyetlidir.
- Yüksek Düzey Prensipleri: Vatandaşlara yüksek düzey sağlık hizmeti sunma ve kişilerin yaşam kalitesinin maksimizasyonu amaçlanmaktadır.

- Yetki İkamesi Prensibi: Ortaya çıkan ya da çıkması muhtemel sorunlara yönelik kaynakların, örgütlerin ve dolayısıyla yetkilerin ortak olarak kullanılması amaçlanmaktadır.
- Dayanışma Prensibi: Sağlık politikası içinde finansman ve sigorta kısmını kapsamaktadır. Sağlık politikasının temel amacı, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit şekilde yararlanabilmesi ve tüm vatandaşları kapsaması gerekliliği göz önüne alınırsa kişilerden ödeme gücüne göre prim veya vergi alınmasını ifade etmektedir. Ancak burada hakkaniyetin göz önünde bulundurulması çok önemlidir.
- Şeffaf Koordinasyon Yöntemi: Örgütlerin oluşturulması ve faaliyetlerin yürütülmesinde yeterince açık olunması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Antlaşmalarda Avrupa Birliği Sağlık Politikaları

Avrupa Birliği hukukunun temelini oluşturan Avrupa Kömür Çelik Topluluğu (1951), Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu (1957) ve Avrupa Ekonomik Topluluğu (Roma Antlaşması 1957) antlaşmalarının hiçbirinde doğrudan sağlık politikası ile ilgili bir düzenleme yoktur. Çünkü birliğin kuruluş amacı ekonomik ve ticari entegrasyondur. Ancak AKÇT'nin kurulduğu yıllardan itibaren çalışanların sağlık ve güvenliği, üzerinde durulan bir konudur. Benzer şekilde, Avrupa Atom Enerjisi Topluluğunda (AAET), sağlığın korunmasına yönelik politikalara yer verilmiştir. Roma Antlaşması'nda ise yaşam kalitesinin yükseltilmesi, mesleki kaza ve hastalıkların önlenmesi, sağlık çalışanlarına ve hastalara serbest dolaşım hakkı verilmesi gibi sağlık ile ilgili bazı konulara yer verilse de bunlar yaptırım niteliğinde değildir (27, 28).

Avrupa Tek Senedi (1987)

Sağlık konusunun birincil hukuka girişi, topluluğun ekonomik ve ticari iş birliğinin yanında siyasal iş birliğini de amaçlaması 1987'de Avrupa Tek Senedi ile olmuştur. Avrupa Tek Senedi'nin 100a ve 118a maddeleri sağlık, güvenlik, tüketicinin korunması ve çevrenin korunmasına dair hükümler barındırmaktadır. Ayrıca üye olan devletleri, çalışanları sağlığının ve güvenliğinin korunmasından, çalışma ortamlarının iyileştirilmesinden sorumlu tutmaktadır (28, 29).

Böylece başta yalnızca “mal ve hizmetlerin serbest dolaşımı” amacına uygun olarak standardizasyon ilkeleri geliştirilmiş olsa da “tüketicinin sağlığının ve güvenliğinin korunması” ilkesi de benimsenerek sağlık konuları AB'nin politikaları arasına girmiştir ve

AB Sağlık Departmanı kurulmasını sağlamıştır (28, 29). Antlaşmanın 130 R Maddesi'nde Topluluğun amacının “kişilerin sağlığının korunması için çalışma” olduğu ifade edilerek ilk defa bir Halk Sağlığı Programı'ndan söz edilmiştir (29).

Avrupa Birliği (Maastricht) Antlaşması (1992)

Birliğin, halk sağlığı programını oluşturması açısından Maastricht Antlaşması önem taşımaktadır. Antlaşma, halk sağlığının iyileştirilmesine, hastalıkların ve insan sağlığı açısından risk teşkil eden faktörlerin engellenmesine yönelik maddeler içermektedir. Ayrıca üye ülkeleri sağlık alanında araştırma-geliştirme faaliyetlerinde iş birliği içinde olarak insan sağlığının yükseltilmesi için çalışmaya ve ülkeler veya uluslararası kuruluşlar ile koordine olmaya özendirilmeyi amaçlamıştır. Antlaşma metninde “Tüketicinin Korunması”, “Halk Sağlığı”, “Çevrenin Korunması” başlıkları altında üye ülkelerin görev ve sorumlulukları belirtilmiştir (30).

White Paper (1994)

Avrupa sosyal politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla yayımlanan White Paper, Avrupa Birliği'ne üye olan ülkelerin sosyal ve ekonomik politikalarının tamamlayıcısı olarak eş zamanlı gerçekleştirilmesine ilişkin hükümler içermektedir. Bu politikaların içinde halk sağlığı, çalışma alanı, iş sağlığı ve güvenliği, eğitim, barınma, kadın-erkek eşitliği, sosyal güvenlik gibi konulara yer verilmiştir. Buradaki amaç, Avrupa Sosyal Modeli'ni geliştirmeye ve korumaya yönelik olarak üye ülkelerdeki bireyler arasında ekonomik refahın sağlandığı, yaşamın her evresinde yüksek kalitede ve herkese eşit faydanın gözetildiği bir toplum oluşturmaktır. Halk sağlığına dair birçok önemli kararın ve eylem planının bulunduğu bu kitap, üye ülkelerin sağlık politikaları oluşturma çerçevesi belirlemesi ve işbirliği içinde olmasını destekler niteliktedir (31).

Nice Antlaşması (2001)

2001 yılında imzalanan Nice Antlaşması'nda sağlık konularına doğrudan yer verilmemesine rağmen zirvede kabul edilen Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nda sağlık konularına yer verilmesi önemlidir. Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı, sosyal güvenlik ve sosyal yardımlaşmaya, çalışan haklarına, birlik yurttaşları için herhangi bir ülkede iş arama ve iş kurma özgürlüğüne, çevrenin ve tüketicinin korunmasına dair hükümler içermektedir (32).

AVRUPA BİRLİĞİ VE TÜRKİYE İLİŞKİLERİ TARİHSEL SÜRECİ

Avrupa Birliği, dünyada entegrasyonların hızlı bir biçimde yaşandığı değişim ortamında, bilhassa gelişmekte olan ülkelerin dikkatini çeken ve üye olmak için yoğun çaba sarf ettiği, önemli bir birlik olmuştur (33). Türkiye'nin de üye olma çabaları AET'nin kurulmasından kısa bir süre sonra başlamıştır. Avrupa Birliği ile Türkiye ilişkileri uzun ve çetrefilli bir dönemi ifade etmektedir.

Türkiye, uluslar üstü bir organizasyon olan Avrupa Birliği'nin içinde yer alabilmek için 1959 yılında harekete geçmiş ve 1963 yılında AET ile tam üyeliği öngören Ortaklık Antlaşması'nı (Ankara Antlaşması) imzalamıştır (25). Bu antlaşma, Türkiye'nin Topluluğa üyelik koşullarını sağlayıncaya kadar geçerli olacak bir ortaklık antlaşmasıdır. Ayrıca bu antlaşma Türkiye ve Avrupa Birliği ilişkilerinin temelini oluşturması açısından önemlidir (34). Ankara Antlaşması ile Türkiye ve AB arasındaki bağların güçlendirilmesi, Türkiye'nin ekonomik olarak hızlı bir toparlanma sürecine girmesi, yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve Toplulukla uyumlu bir alışveriş geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu süreçte Türkiye'nin tam üyeliğe hazırlanması öngörülmüştür. Antlaşma'nın 2. Maddesine göre Topluluk ile Türkiye arasında gümrük birliği kurulması amaçlanmıştır. Ancak Türkiye'nin hazır olmadığı öngörülerek kabul edilmemiştir. Ankara Antlaşması ile Türkiye-AET ortaklığı üç dönem olarak planlanmıştır (35, 36).

Hazırlık Dönemi

1964'te başlayan ve 10 yıl sürecek olan bu dönemde Topluluk, üstleneceği tek taraflı yükümlülüklerle Türk ekonomisini güçlendirmeyi ve Gümrük Birliği'ne hazır duruma getirmeyi planlamıştır.

Geçiş Dönemi

22 yıl süren bu dönem Katma Protokol'ün 1973 yılında yürürlüğe girmesi ile başlamıştır. Bu süreçte Türkiye'nin ekonomi politikalarının Topluluk politikalarına yaklaştırılması, sanayi ve tarım ürünleri ile kişilerin serbest dolaşımının sağlanmasını planlanmıştır. Ancak 12 Eylül 1980 askerî darbesi Türkiye ile Topluluğun ilişkilerinin askıya alınmasına sebep olmuştur. 14 Nisan 1987'de Türkiye, tam üyelik başvurusunda bulunmuştur.

Nihai Dönem

Gümrük Birliği, 1 Ocak 1996'da Türkiye ile AB arasındaki Ortaklık Konseyi toplantısında alınan kararla yürürlüğe girmiştir. Bu dönemin asıl amacı iki taraf arasında devam eden ekonomi politikalarındaki koordinasyon çalışmalarının kuvvetlendirilmesidir. 1999'da Helsinki Zirvesi'nde Avrupa Birliği, Türkiye'ye tam üyelik için aday ülke statüsü vermiştir (34-36). Avrupa Birliği ile Türkiye arasında tam üyelik müzakerelerinin başlatılması, Kopenhag Kriterleri'nin yerine getirilmesine bağlanmıştır. Türkiye, 2001 yılından itibaren bu kriterleri sağlamak amacıyla geniş kapsamlı hukuki düzenlemelere gitmiştir. 2002 Kopenhag Zirvesi'nde Türkiye'nin bu kriterleri yerine getirdiğinin onaylanması üzerine Avrupa Birliği ile resmî müzakereler 3 Ekim 2005'te başlatılmıştır (23, 25). 2006 yılının sonunda Avrupa Birliği Konseyi, Türkiye'nin Katma Protokol yükümlülüklerini yerine getirmediğini öne sürerek malların serbest dolaşımı, iş kurma hakkı ve hizmet sunumu özgürlüğü, mali hizmetler, tarım ve kırsal kalkınma, balıkçılık, taşımacılık politikası, gümrük birliği ve dış ilişkiler olmak üzere 8 konu başlığında müzakerelerin açılmamasını, şirketler hukuku, fikri mülkiyet hukuku, istatistik, işletme ve sanayi politikası, Trans-Avrupa şebekeleri, mali kontrol ve tüketicinin korunması ve sağlık konularının kapanmamasını karara bağlamıştır (25).

Türkiye'nin üyelik sürecini sekteye uğratması açısından Güney Kıbrıs Rum Cumhuriyeti'nin 2009 yılında Türkiye için açılması planlanan 6 başlığı (Dış, Güvenlik ve Savunma Politikaları, Özgürlük ve Güvenlik, Enerji, Adalet, Eğitim ve Kültür, Yargı ve Temel Haklar, İşçilerin Serbest Dolaşımı) bloke etmesi önemli olmuştur. Ülkemizin, AB ile ilişkilerinde son dönemde 2015 Kasım ayında Brüksel'de yapılan "AB-Türkiye Zirvesi" sonucunda Türkiye'nin, Birliğe katılım sürecinin canlandırılması kararına varılmıştır (34).

AB ÜYELİK SÜRECİNDE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

Türkiye'de sağlık hizmetleri, 1923-1982 yılları arasında devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiştir ve 1961 Anayasası'nda hüküm olarak yer almıştır (37).

TBMM Hükümeti'nin ilk sağlık bakanı olarak göreve başlayan Dr. Adnan Adıvar döneminde sağlık hizmetlerine yönelik yasal düzenleme, düzenli bir örgüt ve alt yapı bulunmamaktadır (38). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasına önem atfedilmiştir ve koruyucu sağlık hizmetleri modeli temel alınmıştır (39).

Dr. Adnan Adıvar'dan sonra göreve gelen Dr. Refik Saydam dönemi ise sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, ülkeye yayılması ve çağdaş sağlık anlayışının kurulması açısından önemli bir dönemdir (28, 40). Bu dönemde birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerine ayrıca önem verilmiştir. Bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları ile karşılanmıştır (40).

Dr. Refik Saydam bu dönem için şunlara önem ve öncelik vermiştir (41):

- Devletin sağlık teşkilatını genişletmek ve geliştirmek,
- Hekim ve sağlık personeli sayısını artırmak,
- Bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek,
- Sağlık ve sosyal yardım yasaları yapmak ve bu hizmetleri köylere kadar ulaştırmak.

Dr. Refik Saydam dönemi, sağlık hizmetleri devletin görevi olarak ele alınmış ve uygulanmıştır. Görevler devletin çeşitli organları arasında paylaştırılmış olsa da bu görevlerin denetleyicisi ve görevlendiricisi Sağlık Bakanlığı olmuştur (40, 42).

Dr. Refik Saydam'dan sonra ilk önemli girişim 1946-1950 yılları arasında bakanlık yapan Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak 1946 yılında 9. Milli Tıp Kongresi'nde sunulan ve yürürlüğe sokulan Birinci On Yıllık Sağlık Planı'dır (42). Bu plan çağdaş anlamda koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini aynı çatı altında toplamayı amaçlamıştır. Devlet, yerel yönetimlere bıraktığı yataklı tedavi hizmetlerinin sorumluluğunu üstlenmeye başlamıştır. Ülkeyi yedi coğrafi bölgeye ayırarak, kırk köye bir sağlık merkezi kurulması planlanmıştır. Ancak her ilçeye bir hastane yapımı dolayısıyla tedavi hizmetlerine ağırlık verilen bir anlayış geliştiği için plan başarısız olmuştur. Sağlık merkezlerinde çalışan hekimlerin ücretlerinin düşük olması buralarda çalışacak hekim bulunmasını zorlaştırmıştır. Hekimlerin önemli bir kısmı sağlık merkezleri yerine serbest çalışmayı tercih etmişlerdir (28, 43).

1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuş olup, bu kanunla kurum, sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisine sahip olmuştur (44). 1952'de işçilere sağlık hizmeti vermeye başlanmasıyla ülkedeki sağlık hizmeti sunumunun ve sağlık personeli istihdamının yalnızca Sağlık Bakanlığı'nın görevi olduğu anlayışının dışına çıkmıştır (42). Refik Saydam'ın kamu sektöründe çalışan hekim ve diğer

sağlık personelinin tayin hakkının Sağlık Bakanlığı dışında İşçi Sigortaları Kurumu'na vermesi sektörler arası personel dağılımını olumsuz etkilemiştir (44).

Batı tipi demokrasiye geçişle birlikte ulusal sağlık politika ve stratejilerinde de değişiklikler olmuştur. Sağlık Bakanlığı tedavi hizmeti vermeyi de üstlenmiş, belediye hastanelerinin neredeyse tamamı kamulaştırılarak bakanlığa bağlanmıştır. Yeni devlet hastanelerinin açılmasıyla kırsal alanda çalışan sağlık personeli kent hastanelerine görevlendirilmiştir. 1960 yılında DPT'nin kurulması ile birlikte sağlık dâhil tüm sektörler yeniden düzenlenerek planlı bir kalkınma dönemine girilmiştir (42). Bu dönemde gerçekleşen bir diğer önemli gelişme ise 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun kurulmuş olmasıdır. 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti verilmeye başlanmasıyla birlikte kurumun, finansmanın yanı sıra sağlık örgütü, hastane kurma, işletme, personel atama yetkilerine sahip olması istihdam ve hizmet sunumunda Sağlık Bakanlığı tekelinin ortadan kalktığını göstermektedir (42, 44).

1960 yılı sonrası planlı dönem başlamıştır. Hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık hizmetlerinin temel amacının halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine önem ve öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu amaç doğrultusunda az sayıda kişinin faydalanabildiği ve pahalı tedavi edici hizmetlerden olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, toplumun her kesiminin rahatça ulaşabileceği koruyucu sağlık hizmetleri örgütünün kurulması planlanmıştır (42). Bu hedefleri gerçekleştirmek için sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi amacı ile dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" (224 sayılı kanun) 5 Ocak 1961'de kabul edilmiştir ve 1963 yılında uygulanmaya başlanmıştır (40, 42). 1961 Anayasası ile ortaya çıkan sosyal devlet kavramının bir yansıması olarak, sağlık ve sosyal güvenlik hakkı bir devlet ödevi olmuştur (39). Böylece Türkiye'de sosyalleştirme dönemi olarak bilinen dönem başlamıştır (40, 42). Başka ülkelerin sağlık sistemlerini inceleyen Fişek, birinci basamağa önem veren evrensel ve kapsayıcı bir sağlık sistemi üzerine çalışmıştır. 15 yıl içinde tüm sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi amaçlanmıştır (45). 224 sayılı kanun, sağlıklı yaşam ve tedavi hakkının doğuştan kazanılan bir hak olduğunu, devletin bunun sağlayıcısı olduğunun açık bir ifadesidir. Bu yasa ile sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi ve tek elden yurda yayılması amaçlanmıştır (40). Ayrıca halkın sağlık seviyesini yükseltmeyi amaçlayan bu yasa ile korucu sağlık hizmetlerine (halk sağlığı) öncelik

atfedilmiştir (46). 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun uygulama ve yaygınlaştırmasında ana ilkeler şunlardır (46):

- Türkiye'de tüm sağlık hizmetleri bir devlet görevidir. Sağlık hizmeti, kamu hizmeti anlayışı ile sunulacaktır.
- Sağlık hizmetlerinden herkes eşit şekilde yararlanacaktır.
- Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti örgütü, köyden merkeze kadar birçok birimden oluşturulmuştur. Bu birimler, sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri ile sağlık müdürlükleri, bölge hastaneleri ve laboratuvarları, sağlık personeli eğitim kurumlarıdır.
- Sağlık hizmetleri sosyalleştirilen bölgelerde, ilçelerde en az bir sağlık ocağı bulunacaktır.
- Kent ve köylerde birinci basamak sağlık hizmetini sağlık ocakları sunacaktır. Bu ocaklar hastaneler ile entegre olarak tedavi hizmetlerini de yürütecektir.
- Nüfusa göre örgütlenme anlayışı ile yaklaşık 5–10 bin kişinin yaşadığı bölgeye bir sağlık ocağı hizmet verecektir. Sağlık birimlerinin hizmet götürmekle yükümlü olduğu coğrafi bölgenin il içinde idari sınırlara uyması gerekmeyecektir.
- Ekip hizmeti anlayışı ile bir sağlık ocağında en az bir hekim ve yeterli sayıda diğer sağlık personeli bulunacaktır ve köyde bu ekibe yardımcı olmak amacı ile sağlık evlerinde ebeler görev yapacaktır.
- Her ekibe ihtiyacı olan ulaşım aracı, malzeme ve lojman tahsis edilecektir.
- Entegre sağlık hizmeti (koruma ve tedavi) ile sağlık ocakları ve evleri koruyucu hekimlik hizmetlerini, hastaların muayene ve tedavisini dar bölgede çok yönlü hizmet (yatay örgütlenme) yaklaşımıyla sunacaktır.
- Herkese, sürekli hizmet politikası ile sağlık hizmetleri, vatandaşların ihtiyaçları halinde kolay erişebilecekleri şekilde örgütlenecektir.
- Kademeli hizmet sistemi ile sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen bireyler (acil durumlar hariç) öncelikle sağlık evine veya sağlık ocağına başvuracaktır.
- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği nahiyelerde hasta muayenesi, tedavisi ve bazı ilaçların bedelleri sevk zincirine uyduluğu takdirde ücretsiz karşılanacaktır.
- Sağlık hizmetlerine ilişkin kayıt ve istatistikler düzenli olarak tutulacaktır.
- Hekimler, kamu veya özel olarak çalışma konusunda özgür bırakılacaktır ancak kamuda görev yapan bir hekim aynı zamanda özel hekimlik yapamayacaktır.

- Tek elden yönetim esası ile kamu sağlık kurum ve kuruluşları tek elden yönetilecektir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği nahiyelede bütün kamu kurumlara ait sağlık hizmetleri (Millî Savunma Bakanlığı'na bağılı sağlık kurumları dışında) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yürütülecektir.
- Sosyalleştirme yapılacak bölgelerde sağlık hizmetlerinin uygun şekilde yürütülmesi için önce gerekenler (malzeme, tesis, personel, lojman vs.) sağlanıp sonra sosyalleştirme uygulanacaktır.
- Sağlık personeli eksiklikleri ve finansal sorunlar nedeniyle tüm ülkede uygulanması 15 yılda tamamlanacaktır.
- Toplumun katılımı esas alınarak, sağlık örgütü ile halk arasındaki ilişkiyi oluşturmak amacıyla sağlık ocaklarında, sağlık merkezlerinde ve illerde, sağlık kurulları kurulacaktır.
- Hekimler ve diğere sağlık personelleri kamuda sözleşmeli olarak çalışacaktır. Sözleşme süresi üç yıl olmakla beraber istifa etmeyen sağlık personelinin hizmet süresi üçer yıllık devreler için uzatılmış sayılacaktır.
- Sözleşmeli çalışan sağlık personeline ödenecek maaş, bu meslek gruplarında serbest çalışanların kazançları düzeyinde olacaktır.
- Bakanlar Kurulu tarafından tespit edilen pilot bölgelerde 1 Mart 1962'den itibaren sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için hazırlıklara başlanacaktır.
- Sosyalleştirmenin (pilot bölgelerdeki sonuçlar göz önünde bulundurularak) en geç 1 Mart 1964'den itibaren aşamalı olarak yaygınlaştırılması planlanmıştır.

Kanun tasarlanırken sosyalleştirilen nahiyelede yaşayan vatandaşlardan prim toplanması planlanmıştır ancak Maliye Bakanlığı kişilerin gelir seviyesinin düşüklüğü gerekçesi ile bunu kanundan çıkarttırmıştır (47). Böylece sosyal devlet olma anlayışının gereğı olan sağlık harcamalarının genel bütçeden yapılmasına karar verilmiştir. 1959 yılında sağlığa ayrılan bütçe 25 milyon lira iken sosyalleşme sonrası 1962'de 58,3 milyon liraya çıkarılmıştır (48). En önemli hizmet ünitesi sağlık ocakları olan bu yeni örgütlenme dünyada neoliberal anlayış ve politikaların hâkim olmaya başlaması ve Türkiye'ye yansması sonucunda finansman, örgütlenme ve insan gücü konularında karmaşa ve belirsizlik oluşturarak var olan kaynakların da verimsiz kullanılması sonucu başarısız olmuştur (40). 1970-1980 yılları arasında sağlık politikalarında önemli bir değışim yaşanmamış olup sağlık hizmetleri mevcut sistemin doğal akışına bırakılmıştır (42).

1970’li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların öne çıktığı yıllar olarak bilinmektedir. Sosyal devlet olma anlayışı yerini özelleştirmeye bırakmıştır. Bunun Türkiye’ye yansımaları da uzun sürmemiştir. 24 Ocak 1980 Kararları ile resmî ve yazılı hükümet politikaları niteliğine bürünmüştür. 1961 Anayasası’nda yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan “insan haklarına dayalı devlet” tanımı 1982 Anayasası’nda “insan haklarına saygılı devlet” biçimine dönüşmüştür. Aynı şekilde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin devletin bir görevi olduğu politikası yerini, bu hizmetleri devletin gözeteceği ve düzenleyeceği ifadesine bırakmıştır (28). 1982 Anayasası Madde 56’da “*Devlet, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, iş birliğini geliştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler*” ifadesi yer almaktadır. Bahsi geçen madde ile devlet bu görevi kamu ve özel sağlık ve sosyal güvenlik kurumlarından faydalanarak, onları denetleyerek yerine getireceğini belirtmektedir. Buradaki önemli husus Anayasa’da özel sektörün de vatandaşlara hizmet sunumuna yardımcı olması istenmesidir (40, 42, 49). 1980’den sonraki yılların temel özelliği, sağlık sektörünü kabullenilen bu yeni politika yolunda örgütlemek için sürekli yeni reform arayışında bulunulmasıdır. Çözüm ise genel hatları ile sağlık ocaklarının yerine muayenehane benzeri aile hekimlikleri kurmak, devlet hastanelerinin önce özleştirilmesi sonra özelleştirilmesi ve finansman kaynağı olarak “genel sağlık sigortası” üzerine oturtulmuş özel sigortacılık ve cepten ödemelerdir. Bu programın yansımaları Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yürürlüğe girmiştir (40).

2000’li Yıllarda Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye’de sağlıkta reform tartışmalarının temeli 1980’li yıllara dayanmaktadır. 12 Eylül 1980 askeri darbesi sonunda değiştirilen 1982 Anayasası’nın 56. Maddesi, sağlık hizmetlerini devletin sunması gereken bir hizmet olmaktan çıkarmıştır. Devlet, sağlık hizmetlerinin tek elden planlayıcısı ve denetleyicisi konumuna gelmiştir (37).

Dünyada etkili olan neo-liberal politikalar çerçevesinde, IMF ve Dünya Bankası gibi aktörlerin etkisi ile sağlık hizmetleri sunum ve finansmanında reformlar yapılmıştır. Gerek kamu harcamalarının artışı gerek ekonomik göstergelerdeki ve sağlık göstergelerindeki kötüleşme Türkiye’nin de sağlık hizmetleri konusunda reforma gitmesine sebep gösterilmiştir. Genel olarak Yapısal Uyum Programları’nın hedefleri şöyle gösterilebilmektedir (37, 50);

- Piyasa/ Pazar ekonomisi mekanizmalarının ekonomiye hâkim olması,

- Kamunun mal ve hizmet sunumunun özelleştirilmesi,
- Kamu düzenleyici müdahalesinin azaltılması,
- Yabancı yatırımcılara serbestlik tanınması,
- Emek gücü maliyetinin düşürülmesi.

2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında IMF ve DB hedefleri ekseninde önemli değişimleri de beraberinde getirmiştir. Yapısal Uyum Programları, sağlık hizmetlerine dair sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi, hizmet sunum ve finansmanının ayrılması, kamu sağlık kurumlarının önce özleştirilip sonra özleştirilmesi, sağlık bakanlığının karar vericilik arındırılıp denetleyici ve düzenleyici role girmesi, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanılmasının önüne geçilmek için katkı ve katılım payı toplanması gibi kararlar içermektedir.

Reform hareketinin, 2003-2009 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve 2009-2014 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi olmak üzere iki aşamalı uygulanması planlanmıştır (50).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Ortaya Çıkmasının Nedenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye'de 1990'lı yıllardan beri uygulanmaya çalışılan sağlıkta reform hareketinin uygulama bulmuş halidir (8). Neo-liberal politikaların etkisi altında gelişen bu süreçte sağlık reformunun gerekliliğinin başlıca nedenleri şu şekilde sıralanabilir (51-53):

- Kamu sağlık harcamalarının karşılanmasının giderek zorlaşması,
- Kamu sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olduğunun tespit edilmesi,
- Sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlik,
- Nüfusun büyük bir kısmının sağlık güvencesinin olmaması,
- Nüfus yapısının değişmesi ve yaşlı nüfustaki artış,
- Vatandaşların sağlık hizmet ve sunumunda artan beklentileri ve mevcut sistemden memnuniyetsizlikleri,
- Uluslararası örgütlerin (özellikle DB ve IMF) etkisi ve yönlendirmesi,
- Sağlık sektöründe teknoloji kullanımının günden güne artması,
- Dünya genelinde görülen küresel sağlık reformları salgını.

Bu nedenler, hükümetleri sağlık hizmetlerini yeniden gözden geçirmeye, reform aramaya itmiştir. Bu noktada Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, sunumu ve finansmanında yeniden yapılandırmaya gidilmiş bir programdır (52).

58. Hükümet programında yer alan Acil Eylem Planı'nda (AEP) "Sağlıklı Toplum" başlığı altında şu ifadelere yer verilmiştir (54):

- Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacak,
- Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak tüm hastaneler tek bir çatı altında toplanacak,
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı ayrılacak,
- Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulacak,
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilecek,
- Koruyucu hekimlik uygulamaları yaygınlaştırılacak,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması teşvik edilecektir.

Ayrıca sağlık finansmanına yönelik ifadeleri de içeren AEP, "Herkes Sosyal Güvenlik" başlığı altında Sosyal Güvenlik Sistemi'nin içeriğini de ana hatlarıyla şöyle çizmiştir (54):

- Sosyal güvenlik kurumlarında kural ve standart birliği sağlanacak,
- Entegre bir sosyal güvenlik sistemi kurulacak,
- Uzun ve kısa vadeli sigorta programları birbirinden ayrılacak,
- Prim karşılığı olmayan ödemeler kaldırılacak,
- Entegre bir sosyal hizmet, yardım ağı ve kurumsal yapı oluşturulacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Amaçları ve Hedefleri

SDP'nin genel anlamdaki amacı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Etkililik, uygulanan programın halk sağlığını yükseltecek uygulamalar içermesi anlamına gelmektedir. Verimlilik, kaynakları uygun biçimde kullanarak, maliyetin düşürülüp aynı miktardaki kaynak ile daha fazla hizmet elde etmektir. İnsan kaynakları yönetimi, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesi içinde yeniden yapılandırılacaktır. Hakkaniyet ise kişilerin sağlık

hizmetlerinden ihtiyaçları oranında yararlanabilmesi ve hizmetlerin finansmanına ekonomik güçleri oranında katkıda bulunabilmeleridir. Farklı sosyal gruplar arasında veya kıır/ kent ayrımı olmaksızın sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri açısından farklılıkların azaltılması amaçlanmaktadır (8).

Sağlıkta Dnşim’n Temel İlkeleri

Sağlık Bakanlığı’nın 2003 yılı başında ilan ettiği SDP’nin temel ilkeleri şunlardır (8, 55):

- İnsan Merkezlilik: Sistemin planlanmasında ve uygulanmasında hizmetten faydalanacak olan bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerinin esas alınmasıdır. Sağlığın aile ortamında olduğu gerekçesi ile birey “aile sağlığı” ile ele alınmalıdır.
- Sürdürülebilirlik: Sistemin, lke koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendi kendine bir devamlılık oluşturmasıdır.
- Sürekli Kalite Gelişimi: Sunulan hizmetin kalitesinin devamlı yükseltilerek, tutulan sağlık kayıtları ve geri bildirimler ile sistemin iyileştirilmesi amaçlanmıştır.
- Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanmasında tüm paydaşların görüş ve önerilerinin alınarak yapıcı bir tartışma ortamı sağlanması anlamına gelmektedir. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.
- Uzlaşmacılık: Sağlık sektörünün farklı bölümleri arasındaki karşılıklı çıkarların gözetilerek ortak nokta arayışıdır. Çatışma yerine yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve paydaşların buna uymasídır.
- Gönüllülük: Hizmeti arz veya talep eden, birey veya kurum ayrımı yapılmaksızın sistem içerisindeki bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmasının sağlanmasıdır. Hizmet alan veya üreten kesimin sisteme iştirak etmesidir.
- Gler Ayrılığı: Sağlık hizmetlerinde finansman, planlama, denetleme ve üretim birbirinden ayrılması ilkesidir.
- Desantralizasyon: Değişen, gelişen koşullara ve ağdaş anlayışa paralel olarak yerinden yönetim ilkesinin uygulanmasıdır. İdari ve mali açıdan özerk olan işletmelerin karar verme sürecinin hızlanması, kaynakların verimliliğinin artmasını öngörmektedir.

- Hizmette Rekabet: Sağlık hizmetlerinin tekelleşmesinden ziyade farklı hizmet sunucularının belli standartlara uygun olarak sisteme dâhil edilmesidir. Bu sayede sağlıkta hizmet kalitesinin artması ve maliyetin azalması hedeflenmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, belirlenen ilkeler çerçevesinde oluşturulan amaçlara ulaşmada, Dünya Sağlık Örgütü'nün "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesi" ve ülkemiz tarafından hazırlanan "Ulusal Program" doğrultusunda Türk sağlık mevzuatının, Avrupa Birliği sağlık mevzuatı ile uyumlaştırılması ve diğer uluslararası deneyimleri de dikkate alınması planlanmıştır (8).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bileşenleri

Planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığı: Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesindeki Sağlık Bakanlığı, politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumdadır. Ülkedeki kamu veya özel kurum ve kuruluşların sağlık finansmanını etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir biçimde oluşturulmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması sağlanacak ve Bakanlık, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacaktır (8).

1982 Anayasası'nın 56. Maddesi'nde "*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.*" şeklinde ifade edilmiştir (56).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında kabul edilen kanunların başında 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun" gelmektedir. Bu kanun ile kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi kabul edilmiş ve kamu hastaneleri arasında ayırım gözetmeksizin tüm hastaneler devlet hastanesi olarak kabul edilmiştir (52, 57). Diğer bir düzenleme ise 663 sayılı KHK ile kurulan Kamu Hastane Birlikleri'dir. Bu kararname ile Sağlık Bakanlığı hizmet sunumunun dışında politika üreten, düzenleyici ve denetleyici bir yapıya dönüşmüştür (58). Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasa'da

tanımlandığı şekli ile devletin sağlık sektörünü “tek elden planlama” görevini yerine getirecektir. Bu hedef doğrultusunda Sağlık Bakanlığı’nın dikey yapılanmayı ortadan kaldıran ve entegre sağlık hizmetini ön plana çıkartan bir yapılanma modeli esas alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumu konusunda sosyal devlet anlayışı içinde koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecek bu amaçla birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir. Sağlık Bakanlığı’nın buradaki görevi ve sorumluluğu politika yapmak ve sağlık kurum ve kuruluşlarının düzenini denetlemek olacaktır (8, 42).

Bakanlığın odaklanması gereken diğer hususlar arasında, tüketicinin eğitilmesi ve kalite kontrol gelmektedir. Sağlık sektörü açısından önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu, uzmanlara lisans verilmesi, sigortanın düzenlenmesi ve denetimi, halk sağlığının yönetimi ve salgın hastalıkların gözetimi bakanlığın görevleri arasında gösterilmektedir (8, 42).

Genel sağlık sigortası: Anayasa’nın 56. Maddesi’ne “*Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir*”e istinaden Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hakkaniyet ilkesi çerçevesinde bireylerin ödeme güçleri oranında katkıda bulunacakları ve ihtiyaçları ölçüsünde kullanabilecekleri bir sigorta modeli öngörülmüştür (8). Hizmet kalitesini ve verimliliğini arttırmak, her bireye eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak, hekim ve hasta arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak amacıyla toplumun tümünü kapsayan zorunlu sağlık sigortası sistemi kurulmuştur. Böylece hem sağlık hizmeti harcamaları maliyetinin düşmesi hem de koruyucu sağlık hizmetlerine yönelimin teşvik edilmesi hedeflenmiştir (8, 42). Genel Sağlık Sigortası’nın yanında özel sağlık sigortalarının da gelişimi desteklenerek, sağlık sistemi içinde tamamlayıcı bir rol alması sağlanacaktır (42). Var olan sosyal güvenlik kuruluşlarındaki (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) emeklerin sigortası ve sağlık sigortası birbirinden ayrılması, sağlık sigortası işlemlerinin tek yapı altında toplanması amaçlanmıştır (8, 42).

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur’dan oluşan çok başlı yapının ortadan kaldırılmasını, sosyal güvenlik sisteminin tek şemsiye altında toplanmasını hedeflenmiştir (59). Bu amaca paralel olarak çıkarılan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile tüm vatandaşlara sağlık güvencesi sağlanmasını, finansman ve ödeme yöntemlerinin belirlenmesini sağlamıştır (60). Genel Sağlık Sigortası ile ilgili önemli hususlar şunlardır (42):

- Her Türk vatandaşı sigorta kapsamına alınarak, MERNİS numarası ile takip edilecek,
- Sağlık sigortası diğer sigorta türlerinden ayrılacak,
- Primi yatırma veya sigortasız olma durumunda konunun muhatabı sağlık kuruluşu yerine sigorta kurumu olacak; takipler bu vasıta ile yapılacak,
- Hizmet üretenlere geri ödeme tek elden düzenli ve zamanında yapılacaktır.

Yaygın ve erişimi kolay sağlık hizmetleri: Her ülkenin içinde bulunduğu sosyo-ekonomik, kültürel ve coğrafik şartlar farklı olduğu için, bir ülkede uygulanan sağlık sisteminin başka bir ülkede başarılı bir şekilde uygulanması olası değildir. Aynı ülke içinde bile farklı kültürel ve coğrafik özelliklere sahip bölgelere götürülecek sağlık hizmetlerinin sorunları ve çözümlerinin kendi içerisinde farklılık arz etmesi kaçınılmazdır. Çağdaş, etkili, verimli, hakkaniyete uygun bir sağlık hizmetini sunmak için bu farklılıkların göz önünde bulundurulması gerekmektedir (42). İhtiyaç olan bölgelerde kamu olanaklarının nitelik ve nicelik bakımından geliştirilmesi ayrıca özel sektör ile hizmet rekabetine girilmesi hedeflenmektedir (8).

Temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği: Türkiye’de sağlık hizmetlerinin planlı, kapsamlı ve rasyonel bir biçimde örgütlenmesi ve modellenmesi 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı kanun ile olmuştur. Koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetleri arasındaki farkın en keskin ayrımı bu yasa ile gerçekleşmiştir denilebilir. Kademeli sevk zincirini (yani kişi önce birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuracak, daha sonra hekim uygun görürse kişiyi bir üst basamağa sevk edecektir) kurmayı hedefleyen yasa, çıkar çatışmaları sebebiyle tam anlamıyla uygulanamamıştır (45, 61).

Kırsal bölgelerde önceden sağlık ocaklarının üstlendiği topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesinin yanında, kentlerde yetersiz kalan bu hizmetlerin kamu sağlığı merkezleri tarafından yaygın, örgütlü ve disiplinli bir biçimde yürütülmesi amacı ile 5258 sayılı kanun ile aile hekimliği sistemi kurulmuştur (8, 62). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireylerin kendi seçebilecekleri bir aile hekimi ile hastalıkların önlenmesi, sağlık eğitimi ve sağlığın yükseltilmesi hususunda hem daha yakın ilişkiler kurarak hem de bireyleri daha yakından tanıyarak risk faktörlerinin belirlenmesi ve önlem alınması noktasında işlevsel olması öngörülmektedir. Ayrıca kişilerin sağlık kayıtlarının düzenli olarak tutulması, kontrol, takip ve risk analizlerinde önemli fayda sağlayacaktır (8).

Kademeli sevk zinciri: Etkili ve kademeli sevk zincirinin kurulabilmesinin en önemli koşulu, kişinin kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak sağlık hizmeti almasıdır. Burada kilit rol hekimdedir çünkü hastanın bu hizmetten memnun kalması hem aile hekimliği sisteminin gelişmesine hem de sevk zincirinin işlevsel olmasını sağlamaktadır. İşlevsel olan sistem sayesinde hastaların büyük çoğunluğunun sorunları birinci basamakta çözülmüş olacak, ikinci ve üçüncü basamak hizmet veren hastanelerde gereksiz yığılma azalacak, tedavi hizmetlerinin kalitesi artacak ve sağlık harcamalarındaki israfın önüne geçilmiş olacaktır. Tanı ve tedavi için bir üst basamağa sevk edilen hastaların birçoğunun bu işlemler bittikten sonra tedavinin devamı, izleme ve bakım için yine bir alt basamağa yönlendirilmesi, hem tıbbi kayıtların tutulmasına olanak sağlayacak hem de bireylerin sağlık durumlarının aile hekimlerince yakından izlenmesi sağlanmış olacaktır. Hastaların sevk zincirine girme zorunlulukları yoktur ancak sevk zincirine uymaksızın hastaneye başvuran bireylerin ek ücret ödemesi uygun görülmüştür (8, 42)

İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri: Türkiye genelindeki hastanelerin tümü, aralarından ayırım gözetmeden, sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak şartı ile tüm bireylere hizmet verebilecektir. Hastaneler bu hizmeti verirken hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun olarak fiyat uygulamaları konusunda denetim altında olacaklardır. Sağlık finansmanında kurumların değil, bireylerin desteklenmesi amaçlanmıştır ve hizmet sunucu kurumlar, ürettikleri hizmet oranında pay alacaklardır. Kamu hastanelerine, bu değişen yapıya ayak uydurabilmeleri, sektördeki diğer kurumlar ile rekabet edebilmeleri ve daha verimli işler hale gelmeleri açısından özerklik tanınması öngörülmüştür. Sağlık tesislerinin devlete direkt bağlı olması zorunluluğu ortadan kaldırılarak, belediyelere, özel şirketlere, vakıflara, il idarelerine, üniversitelere sağlık kuruluşu kurma hakkı verilmiştir. Kamu sağlık kuruluşlarının kendilerini finanse etmeleri istenmiştir ancak daha fazla kâr elde etmek amacı ile hizmet kalitesinin düşürülmesine veya yüksek ücret talep etmelerine izin verilmemiştir. Bu kararın yansıması olarak, her hastane kendi yönetim kararlarından, hizmet kalitesinden ve verimliliğinden sorumlu tutulacaktır. Ancak ülkenin heterojen olan demografik durumu göz önüne alındığında (mahrumiyet bölgeleri dahil) ekonomik olarak verimli olmayan kuruluşlar hizmetin sürekliliği ve kalitesi için desteklenmesi uygun görülmüştür (8). Tüm bunlar dikkate alındığında performans yönetimi ve performansa dayalı ek ödeme kavramı ortaya çıkmaktadır. Kaynaklardan tasarruf amacı ile bazı hastalıkların ayaktan ya da günübirlik tedavisi/cerrahisi ve tedavi

sonrası bireylerin rehabilitasyon merkezlerinde hizmet alması planlanmıştır. Bu amaçla rehabilitasyon merkezlerinin kurulması teşvik edilmiştir (8).

Sağlık insan gücü: Reformların başarılı bir şekilde gerçekleşmesi için, uygun nitelik ve niceliğe sahip insan kaynaklarının mevcudiyeti önemlidir. SDP çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin, Avrupa Birliği'ne uyum süreci de dikkate alınarak görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması sağlanmıştır.

- Hemşirelik eğitimi üniversite bazında verilerek, uluslararası standartlar göz önüne alındığında hemşirelik hizmetlerinin bilimsel bir disiplin haline gelmesi için düzenlemeler yapılacak ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alması için “aile sağlığı hemşireliği” kavramı geliştirilecektir (8).
- Sağlık çalışanlarının ülke genelinde dengeli dağılımını teşvik edici önlemler alınarak, zorunlu hizmetin kaldırılması planlanmıştır (8).
- Yerel yönetimlerin, sivil toplum örgütlerinin ve meslek derneklerinin sistemde aktif rol alması istenerek, sağlık yöneticilerinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olma adına gereken planlama, araştırma ve eğitim faaliyetlerine önem verileceği ifade edilmiştir (8).
- 5947 sayılı “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile sağlık personeline tam gün çalışma esası (ilerleyen zamanlarda düzenlemede çeşitli değişikliklere gidilmiştir) getirilmiştir (63).
- Ayrıca 1863 sayılı Ek Ödeme Yönergesi ile performansa dayalı döner sermaye uygulamasına geçilmiştir. Sağlık personeline yapılan ödemeler performans göstergeleri esasına uygun olarak yapılması planlanmıştır (52, 64).
- Hasta hakları da yasal düzenlemelerle güvence altına alınmış ve hastanelerde hasta hakları birimlerinin kurulması karara bağlanmıştır (52).

Eğitim ve bilim kurumları: Reformları gerçekleştirebilmek ve kalıcı kılmak için, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve planlaması konularını bilen bireylere ihtiyaç olduğu yadsınamaz. Ülkemizde sektörel analiz yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümete danışmanlık hizmeti verecek ve sağlık sektörünün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verebilecek bir kuruma ihtiyaç olduğu saptanmıştır. Özellikle halk sağlığı alanında çağdaş anlayışa uygun, multidisipliner bir yaklaşımla yetişmiş ekibe ihtiyaç vardır. Ayrıca tıp eğitiminin sadece

Tıpta Uzmanlık Sınavı'na hazırlık olmasından çıkarılıp, Sağlıkta Dönüşüm Programı esaslarına uygun olarak verilmesi önerilmiştir (8).

Kalite ve akreditasyon: Hizmet biriminin belli standartlara uygun olması tek başına yeterli değildir. Hizmet sunum süreci ve elde edilen çıktılar değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularının düzenlenmesi için Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu kurulmuştur. Bu kurumun özerk bir yapıda olması ve sektörün taraflarının yönetiminde söz sahibi olması planlanmıştır. Kalite ve Akreditasyon Kurumu, sağlık sonuçlarını ölçmek için yöntem geliştirmek ve bu ölçümlerin sonucunda hizmet sunucularına performans göstergesi oluşturacaktır. Böylelikle hizmetin kalitesi ve verimliliğinin sürekli takip altında olması sistemin ihtiyaçlarını belirleme ve hataları düzeltmek açısından önem taşımaktadır (8).

Akılcı ilaç ve malzeme yönetimi: İlaç, malzeme ve tıbbi cihazlarda standartların belirlenmesi, ruhsatlandırılması ve akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumların kurulması planlanmıştır.

Ulusal ilaç kurumu: İlaçla ilgili temel prosedür ve politikaların belirlenmesi, ilaçların ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olması amacı ile Ulusal İlaç Kurumu'nun kurulması planlanmıştır. Bu kurum, dış etkilerden bağımsız olacak biçimde ulusal politikaları dikkate alacak şekilde çalışacaktır. İlaçların ruhsatlandırılması ve fiyatlandırılmasındaki masraflara tüm tarafların mutabık kalacağı bir yol izlenmesine karar verilmiştir. Ayrıca Türkiye ilaç sanayinin, yurt dışı yatırımlara açılması SDP'nin önem ve öncelik vereceği konulardan olacaktır (8).

Tıbbi cihaz kurumu: Tıbbi cihaz ve sarf malzemelerin genelde ithal yollarla temin edildiği göz önünde bulundurulduğunda bu malzemelerin temini, kalibrasyonu, güvenlik karşılaştırması, cihaz ve malzeme eğitimleri hususunda ulusal standartları belirlemek amacı ile Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulması planlanmıştır. Bu sayede sağlık kurumlarında kullanılan cihaz ve malzeme israfının önüne geçilmesi, hizmet verimi ve kalitenin artırılması ve ulusal standartların oluşturulması hedeflenmiştir (8).

Sağlık bilgi sistemi: Sağlık sistemi politikalarının oluşturulması ve yönetsel kararların verilme sürecinde doğru teknikler ile toplanmış, doğru bilginin yeri yadsınamaz. Sağlık hizmeti planlaması ve sunumunda, bireylerin tıbbi kayıtlarını tutmak, sağlık uygulamalarındaki verilere ulaşmak, kaynakların nerede ve nasıl kullanıldığını bilmek, bu

verilerin düzenli olarak toplanması ve güvenli olarak depolanması amacı ile Sağlık Bilgi Sistemi'nin kurulması önemlidir. Ayrıca verilen hizmetin kalite ve verimliliğinin ölçülmesi, sistemdeki sorunların ve önceliklerin belirlenmesi bu konuda önlem alınmasında, sağlık sektörüne yapılacak yatırımların planlanmasında ve bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere veri toplanmasında bilgi sisteminin önemli bir yeri olacaktır (42). MERNİS uygulamasının bireylerin tüm sağlık verilerine, sigorta bilgilerine, sağlık hizmetinin kullanılmasına yönelik bilgilere erişmede ve sevk zincirinde kolaylık sağlanması planlanmaktadır (8).

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMAN YAPISI

Sağlık Harcamaları Kavramı ve Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleyen Faktörler

Sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerin üretimi için gerekli olan temel kaynaklardan ve/veya girdilerden birini teşkil etmektedir. Ülkeler veya toplumlar sağlık hizmetleri üretimi için harcama yapmak zorundadırlar ve her ülke kendi toplumsal, ekonomik, sosyal, kültürel farklılıklarından ötürü farklı düzeylerde sağlık harcaması yapmaktadır. Ülkelerin sağlık hizmetlerine ne kadar harcaması yapması gerektiği çokça tartışılan bir konu olmasına rağmen cevabı tek bir yöntemle veya basitçe açıklanamamaktadır. Çünkü toplumlar arasında siyasi, sosyo-kültürel, ekonomik, demografik, teknolojik farklılıklar vardır. Sağlık harcamalarının düzeyini belirleyen faktörler şöyle sıralanabilir (65):

- Siyaset ve sosyoekonomik değişimler,
- Sağlık sisteminin yönetim ve organizasyonu,
- Nüfusun sağlık hizmeti ihtiyaçları,
- Ekonomik gelişmişlik ve kişi başı gelir düzeyi,
- Hizmet sunumu ve ödeme modelleri,
- Sağlık hizmeti kullanım biçimleri,
- Nüfusun demografik özellikleri,
- Kişilerin sağlık hizmetinden beklentileri,
- Teknolojik gelişmeler ve yeni tedavi yöntemleri.

Siyaset ve sosyoekonomik değişkenler, sağlık harcamaları düzeyinin temel belirleyicilerinden biridir. Özellikle kamu sağlık harcamaları ülkedeki politik durumdan etkilenmektedir. Ayrıca, ülkenin ekonomik gücü sağlık harcamalarına ayrılacak payın

belirlenmesinde önemlidir. Araştırmalar, sağlık harcamalarının genellikle ekonomik büyüme ile doğru orantılı olarak arttığını göstermektedir. Sağlık sektörünün büyük bir istihdam alanı olması, beşeri sermayenin (çalışan sağlıklı insan gücü) ve sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi teşvik etmesi, özellikle topluma sağlanan koruyucu sağlık hizmetleri ile daha masraflı olan tedavi hizmetlerinden kar edilmesi hem ekonomik hem sosyal fayda teşkil etmektedir (65).

Teknolojik gelişmeler ise iki yönlü etki etmektedir; hem yeni ve daha az masraflı sağlık bakım hizmetlerinin ortaya çıkmasına ve sağlığın gelişmesine katkı sağlarken hem de hizmetin kullanımını arttırması, hizmeti çeşitlendirmesi ve kapsama alanını genişletmesi nedeniyle sağlık hizmetlerinin maliyetini yükseltmektedir (66). Sağlık hizmetlerinin küreselleşmesi, bireylerin tedavi için farklı seçeneklere sahip olması, yaşam süresinin artması ve nüfusun giderek yaşlanması, kişilerin bilgi düzeylerinin ve buna istinaden hizmetten beklentilerinin değişmesi gibi faktörler sağlık hizmeti harcamalarını arttırmaktadır (67).

Sağlık harcamalarının boyutu, Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)'dan ayrılan paya göre saptanabilir. Girdi olarak incelenen sağlık harcamalarının çıktısı ise sağlık göstergeleridir. Bu sayede sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirlik ve etkinlik derecesi incelenebilmektedir (68).

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetleri hem bireysel hem de toplumsal önemi nedeniyle karşılanması gereken bir hizmet türüdür. Ancak, bireysel ve toplumsal olarak sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç giderek artarken, bu hizmetlere ayrılan bütçenin kısıtlı olması ülkeleri sağlık hizmetlerinin finansmanında daha ihtiyatlı davranmaya sevk etmiştir (69).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, temelde sağlık hizmetlerine ayrılması gereken parayı, bu parayı kimlerin ödeyeceği, bu hizmetlerden kimlerin yararlanacağı, bu paranın ne kadarının hangi hizmetlere ayrılacağını ve bu sistemin kimler tarafından kontrol edileceği ile ilgilenmektedir (49). Sağlık hizmetlerinin finansmanı, hizmetin sunumunu, miktarını, kalitesini, verimliliğini dolayısıyla bireylerin ve toplumların sağlığını etkilemektedir. Sağlık sektörünün sürekli büyümesi (teknolojik gelişmeler, nüfusun artması, yaşlı nüfustaki artış ve kronik hastalıklar, bireylerin bilinçlenmesi gibi sebeplerden dolayı) sağlığa ayrılan kaynağın da artmasına sebep olmaktadır. Ülkelerin sağlık hizmetlerinin finansman çeşidi, o ülkenin tarihi, politik yapısı, sosyo-ekonomik özellikleri ve ekonomik yapısına göre farklılık

göstermektedir. Bu yüzden her ülkenin sağlık finansman yöntemi birbirine göre farklılık göstermektedir yani her ülke için uygulanabilir ve verimli olan tek bir sistem bulunmamaktadır (69). Uluslararası platformlarda tanımlanmış olan sağlıklı yaşam hakkının gerçekleştirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin kaliteli, hakkaniyetli, verimli ve sürdürülebilir olarak sunulması önemlidir. Bunun için de sağlık hizmetlerinin, etkin, verimli ve sürdürülebilir şekilde finanse edilmesi gereklidir (70).

Sağlık finansmanının üç temel fonksiyonu vardır (69):

- Gelir toplamak,
- Fon havuzlamak,
- Hizmet sunucularına ödeme yapmaktır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için gelirler, hizmetin kullanım öncesi bir havuzda toplanarak üyelerin hizmetleri kullanımı bedeli olarak hizmet sunucularına aktararak kime ödeme yapılacağı belirlenmektedir. Fon havuzlama ve ödeme genelde birlikte olmaktadır.

Sağlık Hizmetleri Finansmanının Özellikleri

Sağlık hizmetleri finansmanı için seçilen yöntem ne olursa olsun şu özellikleri taşımalıdır (49):

- Hakkaniyetli olmalı,
- Kaynak toplama ve yönetim maliyeti düşük olmalı,
- Kaynak akışının devamlılık sağlamalı,
- Hizmet alan bireyler tarafından benimsenip memnuniyet sağlamalı,
- Öncelikli olan konuları finanse etmeli,
- Hizmet sunucuları arasında rekabet sağlamalı,
- Sağlık hizmetleri ve maliyeti sürekli denetlenebilir olmalı,
- Kaliteli hizmet sunumuna elvermeli,
- Hizmet arz ve talebinde israf yaratmamalı,
- Hizmeti finanse eden tarafı, hizmet veren tarafla pazarlık aşamasında güçlü konumda tutmalıdır.

Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetleri çok çeşitli yollarla, çeşitli kuruluşlar aracılığıyla ve farklı kaynakların karışımı ile finanse edilebilmektedir. Ancak teorik olarak üç yöntem ile sağlanmaktadır. Bunlar; kamu finansmanı, özel finansman ve karma finansman olarak gruplandırılmaktadır. Çeşitli ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerine bakıldığında kamu ve özeline belli oranlarda etkin olduğu karma modelin var olduğu görülmektedir (49).

Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi ile Finansmanı

Zorunlu sosyal sigorta yöntemi ile finansman (Bismarck Modeli): Sosyal Sağlık Sigortası, kişilerin belli oranda prim ödeyerek sigorta sahibi oldukları sistemdir. Sigortanın büyük bir kısmı çalışan ve işveren katkıları ile finanse edilmesine rağmen genelde devlet katkısı da vardır. Sigorta primleri ortak bir havuzda toplanarak gerekli olduğunda sağlık hizmetleri finansmanında kullanılmaktadır (71).

Zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemlerinin temel özellikleri şunlardır (49, 70):

- Kişiler için zorunludur.
- İlk uygulama işçi ve işveren katkıları ile başlamış olsa da zamanla devlet de doğrudan veya dolaylı olarak finansmana katılmıştır.
- Belirlenen primler işçiyle işveren ve bazı durumlarda devlet arasında paylaşılmaktadır.
- Sigorta kuruluşlarının kâr amacı taşıyıp taşınamaması ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir.
- Fazla kazanan, fazla öder mantığı ile risk tüm üyeler arasında paylaştırılmış olur. Bu durum, özellikle gelir seviyesi düşük ve sağlık hizmetine olan ihtiyacı fazla olan bireylerin korunmasını amaçlar.
- Sağlık hizmetlerine ek olarak yaşlılık, sakatlık, emeklilik gibi durumlar için de finansman sağlamada kullanılmaktadır.

Zorunlu sosyal sağlık sigortasının temelinde, hizmete özgü vergi niteliğinde olan aylık primlerin, kişinin bordrosundan ya da ücretinden aylık olarak kesilerek toplanması vardır. Bu sistemin başarılı olmasında en önemli etken, yeterli sayıda sigortalı çalışan bireyin bulunması, bu kişilerin ortalama gelirlerinin yüksek olması ve Sağlık Bakanlığı

tarafından yürütülen programlarla yakından ilişkilendirilmesidir. Almanya, Fransa, Hollanda, İsviçre bu sisteme örnek gösterilmektedir (49, 70).

Genel vergiler yöntemi ile finansman (Beveridge Modeli): Beveridge Modeli olarak adlandırılan bu finansman yöntemi, sağlık hizmetlerinin kamu kaynaklı finansmanıdır. Sağlık hizmetlerinde kullanılacak olan kaynağın temelini, vatandaşlardan toplanan genel vergiler oluşturmakta ve harcamaların tümü kamu bütçesinden finanse edilmektedir. Sağlık hizmeti arz ve talebinde bulunanlar arasından doğrudan para ilişkisi bulunmamakta, para alışverişini düzenleyen üçüncü bir kurum bulunmaktadır. Yani para vergi, prim vb. adı altında aracı kurum tarafından peşin toplanmakta daha sonra bireylerin aldığı mal veya hizmetin karşılığında bu kurum tarafından üreticiye ödenmektedir (70).

Genel vergiler ile finanse edilen bu sistemde, özellikle gelişmekte olan ülkeler sağlık hizmetlerinin finansmanında zorlanmaktadır. Bunun sebebi ülkelerin, ekonomik dalgalanmalar nedeniyle, makro ekonomik dengeleri sağlamak adına kamu harcamalarını bir araç olarak görerek sağlık hizmetlerine ayırdıkları kaynağı diğer alanlarda kullanmaları veya kaynak dağılımı yapılırken sağlık hizmetlerine yeteri kadar pay ayırmamalarıdır (49). Temeli anayasaya dayanan vergiler, kişilerin ödeme gücüne göre zorunlu olarak toplanmaktadır ancak kişilerin ihtiyaç duydukları anda aldıkları hizmetin miktarına bakılmamaktadır. Yani hizmetin miktarı vergi ile orantılı değildir (67). Kişiler hizmetten yararlanmaları karşılığında vergi hariç bir ek ödeme yapmamaktadırlar. Bu yöntem, Finlandiya, İsveç, Danimarka, İngiltere, İspanya ve Portekiz örnek gösterilmektedir (71).

Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı

Cepten ödeme: Doğrudan finansman olarak adlandırılan bu yöntem, sağlık hizmeti alan bireylerin almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan ödemesidir. Günümüzde birçok ülkede sağlık hizmeti alan bireyler, hizmetin finansmanına katılmak zorundadır. Bunun sebebi ise hizmetin gereksiz ve aşırı kullanımının önüne geçmek ve ek gelir oluşturmaktır. Bu finansman yönteminde aracı bir kurum veya katkı sağlayacak birim bulunmaz, finansman yükü bireyler tarafından karşılanmaktadır (70, 71). Sağlık hizmetinden yararlanma açısından ise zengin ve yoksul bireyler arasında eşitsizlik yaratması bakımından hizmete erişimde zorluk oluşturmaktadır (42).

Özel sigorta: Özel sigorta ile bireyler kendi istekleri dâhilinde, sosyal statü ve ekonomik güçlerine göre çeşitli özel sağlık sigortalarına aylık peşin ödeme (özel sigorta primi) yapmaktadırlar. Genel çerçevesi yasa, tüzük ve yönetmeliklerle belinmiş bir sistem içerisinde kişilerin sigorta seçme ve reddetme hakkı olduğu gibi sigorta şirketinin de kişiyi seçme veya reddetme hakkı vardır. Kişilerin istek ve ihtiyaçlarına, hastalık risklerine, hizmet kullanma sıklığına göre teminat paketleri belirlenmektedir. Örneğin, bireyin hastalık riski fazla ise yüksek prim öder veya tam tersi söz konusudur. Sigorta şirketleri tamamen kâr amacı ile kurulmuş şirketlerdir bu yüzden prim toplamada sorun yaşamayacağı bireyler ile iş birliği kurmaktadırlar dolayısıyla risk paylaşımı yoktur. Ayrıca özel sağlık sigortası, emeklilik ve sakatlığı kapsamamaktadır. Gelir seviyeleri yüksek bireylerin, özel sağlık sigortası seçmesi yönünde özendirilmesi, kısıtlı kamu kaynaklarının gelir düzeyi düşük, dezavantajlı gruplara ulaşmasına imkân tanınması açısından önemlidir (42, 70).

Tablo 1. Sağlık Sistemleri Modelleri (72)

	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmeti Örn. Birleşik Krallık	Sosyal Sağlık Sigortası Örn. Almanya	Birleşik Amerika
Karar verme mekanizması	Devlet tarafından karar verme ve yönetim	Sigorta fonu ve hekim birlikleri tarafından karar verme ve yönetim	Özel girişimcilik ilkeleri
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve işverenlerin katkıları	Özel finansman
Sağlık hizmetleri sunucuları	Kamu	Kamu/Özel	Özel

Tablo 1’de sağlık sistemleri modellerinin karşılaştırılması özet olarak verilmiştir.

Karma model: Karma finansman sistemi olarak adlandırılan bu sistem hem kamunun hem de özel sigortacılık ve cepten ödemelerin birbirini tamamlayacak şekilde uygulanmasıdır. Günümüzde kişilerin bilgi birikimlerinin artması dolayısıyla sağlık hizmetlerine olan talepleri ve bu hizmetlerin maliyetleri de günden güne artmaktadır. Bu maliyeti karşılama konusunda finansman sistemleri zorlanmakta ve zaman zaman hizmet sunumunda yetersizliklere neden olmaktadır. Bu yüzden finansman sistemlerinin birbirini tamamlayacak şekilde kullanılması ve işbirliği içinde olması önem kazanmaktadır (70).

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) öncesi dönem: Cumhuriyetin ilk yıllarında sosyal güvenliğe yönelik emeklilik ve yardım sandıklarının kurulması, sağlık yardımı gibi sosyal sigortalara benzeyen ancak kapsam ve riskler açısından dar olan düzenlemeler dışında doğrudan yapılan bir düzenleme yoktur. Türkiye’de sosyal sigortaların kurulması 1936 tarihli ve 3008 Sayılı İş Kanunu ile olmuştur ve günümüzde de varlığını sürdüren bazı temel ilkeler belirlenmiştir. Ancak kanunda planlanan sistem, İkinci Dünya Savaşı’nın araya girmesi ile 1945’e kadar uygulanamamıştır (66). Cumhuriyet döneminde 1946 yılında Yüksek Sağlık Şûrası’nda kabul edilen “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” dönemin ilk yazılı planı olması açısından önemlidir. Planda uygun bir ücret karşılığı sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden karşılamak, bir sağlık bankası kurarak sağlık harcamalarının finansmanını buradan karşılamak, tıbbi malzemelerin (ilaç, serum, aşı vb.) üretimini denetim altına almak gibi hedefler bulunmaktadır (73).

Türkiye, İkinci Dünya Savaşı sonrası dünyada sosyal güvenliğe dair meydana gelen gelişmelere kayıtsız kalamamıştır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ni ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasası’nı kabul ederek üye olması (1948) Türkiye’ye sağlık ve sosyal güvenlik alanında sorumluluklar yüklemiştir (66). 1961 Anayasası’nın 48. Maddesi “*Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilâtı kurmak ve kurdurmak Devletin ödevlerindedir.*” ifadesi ile devletin sosyal güvenlikte yükümlülüğünün altı çizilmiştir (74)

Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi, hem primli sisteme dayanan sosyal sigortalardan hem de primsiz sisteme dayanan sosyal yardım ve sosyal hizmetlerden oluşan bir anlayış doğrultusunda gelişmiştir (66, 67).

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK): İşçi Sigortaları Kurumu adı ile 1945 yılında kurulmuş olup 1965 yılında kapsam bakımından sosyal güvenlik alanında genişlemiş olması sebebiyle Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) adını almıştır. SSK, özel hukuk hükümlerine uygun olarak faaliyet gösteren, idari ve mali olarak özerk olan bir devlet kurumudur. 2006 yılına kadar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı olarak faaliyet göstermiştir. Ana gelir kaynağını ise işçi ve işverenden alınan primler oluşturmaktadır (66, 75).

Sosyal Sigortalar Kurumu, risk grubu yüksek olan işçi sınıfını kapsamı altına alması ve giderek artan işçi sayısı sayesinde kapsamının genişleyerek halka yayılması sayesinde sosyal güvenlik sistemi içinde önemli bir yere sahip olmuştur. Hem işçiler ve ailesi için sağlık güvencesi oluşturması bakımından hem de işçileri iş kazaları ve meslek hastalıkları riskine karşı güvence sağlaması açısından önemli olmuştur (67). Öyle ki SSK, 2006 yılı Nisan ayı verilerine göre nüfusun %60'ından fazlasını kapsamı altına almıştır (76, 77).

Bağ-Kur: Esnaf ve sanatkârlar ve diğer bağımsız çalışanlar için sosyal sigortalar kurumu olan Bağ-Kur, 1971 tarihli 1479 sayılı kanun ile kurulmuştur (78). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı, özel hukuk hükümlerine tabi, mali ve idari olarak özerk bir kamu tüzel kişiliğine sahip olarak görev yapmıştır. Bağ-Kur'un kurulma sebebi ise bağımsız çalışan bireylerin de sosyal güvenlik kapsamı altına alınmasının amaçlanmasıdır. Sosyal güvenlik kapsamında olmayan bireyler isteğe bağlı sigortalı olmuşlardır. Kurumun finansman kaynakları, sigortalı bireylerin ödedikleri primler, gerçek ve tüzel kişi bağışları, kurumun taşınır ve taşınmaz mallarından elde edilen gelirler, gerekli hallerde genel bütçeden yapılan yardımlar, kurum iştirak ve gelirleridir. Bağ-Kur'a bağlı sigortalı bireyler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile yaşlılık veya malullük aylığı almakta olanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler sağlık sigortasından yararlanmışlardır. Bu bireyler sağlık hizmeti ihtiyaçlarını kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarından satın alma şeklinde karşılanmışlardır (66, 67).

Emekli Sandığı (ES): Emekli Sandığı, kamuda çalışan memurlar ve bunların dul ve yetimlerinin sosyal güvenlik ihtiyacını karşılamak adına 1949 yılında 5434 sayılı kanun ile kurulmuştur (79). Maliye Bakanlığı'na bağlı olan E.S, bireylere ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere, yaşlılık, malullük, hastalık ve ölüm hallerinde sosyal güvence sağlamıştır. Sandık, üyelerine ve bakmakla yükümlü olduklarına emekli aylığı bağlandıktan sonra sağlık yardımını yapmaktadır. Aktif olarak çalışan devlet memurlarının sağlık giderleri, çalıştıkları kurum tarafından yani devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Kurum, üyelerinin ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarından satın alarak (muayene, tedavi ve ilaç giderleri dâhil) karşılamıştır (66, 67).

Vakıf statüsünde sosyal sigorta sandıkları: Vakıf Statüsünde Sosyal Sigorta Sandıkları, 506 sayılı kanunun geçici 20. Maddesine dayalı olarak özel sektörde çalışanlar için kurulmuş tamamlayıcı sandıklardır. Sanayi odaları, bankalar, ticaret odaları, borsalar ve bunların oluşturdukları birliklere ait faaliyet gösteren sosyal sigorta sandıklarıdır. Bu

sandıklar üyelerine analık, iş kazası ve meslek hastalıkları, yaşlılık, malullük, ölüm ve hastalık sigortası hizmeti vermişlerdir (66). Özellikle büyük şirketler, çalışanlarının sosyal güvenliğini sağlamak için herhangi bir kamu yardımı almadan sandıklar kurmaktadırlar. Örneğin; Koç Holding Sosyal Yardımlaşma Vakfı çalışanlarına ek sosyal güvenlik garantisi sağlayan, vakıf niteliğindeki sosyal güvenlik kuruluşuna bir örnektir (67).

Primsiz sistemde sağlık yardımı uygulamaları: Primli sistemde çalışmayan, sağlık güvencesi olmayan bireylere yönelik devlet bütçesinden karşılanan sağlık yardımlarından en kapsamlısı Yeşil Kart uygulaması olmuştur. 1992 yılında 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” ile uygulamaya konulan Yeşil Kart uygulaması ödeme gücü olmayan, çalışmayan, yoksul vatandaşları kapsamı altına almıştır. Yataklı tedavi kurumlarında yatarak görülen tedavi giderlerini kısıtlı tutarak ilaç, tedavi ve diğer tıbbi malzemelerin bedellerini Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu’na karşılanmasını sağlamıştır. Yeşil Kart uygulaması genel bütçeden Sağlık Bakanlığı’na ayrılan ödenekler ile finanse edilmiştir (66).

1.1.2012 tarihinde Yeşil Kart uygulaması kaldırılmıştır. Bu tarihten sonra Yeşil kart sahibi olan bireyler gelir testine tabi tutularak 5510 sayılı kanun hükümlerince Genel Sağlık Sigortası kapsamına girmişlerdir (80). Sosyal Güvenlik Kurumu’nun 2011 yılı Aralık ayı verilerine göre Yeşil kartlı olan birey sayısı 8.865.470’dir yani nüfusun yaklaşık olarak yüzde 11.7’sini oluşturmaktadır (81, 82).

Genel Sağlık Sigortası

Genel Sağlık Sigortası, sağlık hizmetlerinin finansmanının büyük çoğunluğunun sağlık hizmetlerinden yararlananlardan direkt ve endirekt şekilde toplanan primlerle sağlanması açısından önemlidir (83). Ülkemizde 1.1.2012 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS) ile uygulamaya giren Genel Sağlık Sigortası (GSS)’nin işlevi (60);

- Sosyal sigorta ile bireyleri sağlık sigortası güvencesine almak,
- Sigortadan faydalanacak kişileri ve sağlanacak haklar ile bu haklardan yararlanacak kişileri belirlemek,
- Bu kazançlardan yararlanma şartlarını belirlemek,
- Finansman ve geri ödeme yöntemlerini belirlemek,

- Sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişine dair usul ve esaslarını tanzim etmektir.

GSS, sağlık hizmetlerinden faydalanan nüfusun büyük bir bölümünü kapsamı açısından sosyal güvenlik reformunun en mühim kısmını oluşturmaktadır (80, 83). GSS'nin amaçları (67, 80);

- Kişilerin sağlıklarının korunması ve olası sağlık risklerine karşı finansman sağlamak,
- Kişilerin ekonomik gücü veya isteğine bakılmaksızın toplumdaki tüm bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit ve etkin şekilde faydalanmasını sağlamak,
- Sosyal güvencesi olmayan bireyleri de kapsama altına alarak sosyal güvence sağlamak,
- Sosyal Güvenlik Kurumları'nı tek çatı altında toplayarak bu kurumların denetlenebilirliğini artırmaktır.

Genel sağlık sigortasının uygulanma sebepleri: Ülkemizde genel sağlık sigortasının uygulanmaya girmesinin sebepleri şöyle gösterilmektedir (67, 80, 84):

- Mevcut sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin yapısı ile finansal sürdürülebilirliğin mümkün olmaması,
- Sağlık hizmetlerine olan talebin gün geçtikçe artması ve buna paralel olarak sosyal güvenlik ve sağlık harcamalarının artması,
- Sağlık hizmet sunumunda eşitsizliklerin var olması,
- Sağlık sigortası olan bireylerin bağlı oldukları kuruma göre (SSK, Bağ-Kur veya Es) hizmetten faydalanma düzeylerinin farklılık göstermesi,
- Sosyal Güvenlik Kurumları'nın çok başlı ve karmaşık bir yapıda olması,
- Bütçeden sağlığa ayrılan payın düşük olması,
- Tedavi edici sağlık hizmetlerine ayrılan harcama miktarının, koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan miktardan fazla olması sebebiyle tedavi harcamalarının artması.

Genel sağlık sigortasının kapsamı: Türkiye'de ikamet eden herkes ve Türkiye'de ikamet izni almış ve bir yıldan fazla süredir ikamet eden yabancılar 01.01.2012 tarihinden itibaren zorunlu sağlık sigortasına alınmışlardır.

5510 Sayılı SSGSS Kanunu'nun 4. Maddesi'nde sigortalı sayılan bireyler tanımlanmıştır. Buna göre (60);

- İşçiler, bağımsız çalışanlar ve kamu personelleri,
- Yeşil kart sahibi bireyler (Gelir testi uygulandıktan sonra)
- SSK, ES ve Bağ-kur kapsamındaki kişiler ile bakmakla yükümlü oldukları eş ve çocukları,
- Vatansız ve sığınmacılar,
- Kişi başı geliri asgari ücretin üçte birinden az olan kişiler (tüm mal varlığı hesaplandıktan sonraki geliri dikkate alınarak),
- 65 yaş ve üzeri kimsesiz ve muhtaç kişiler,
- İşsizlik maaşı alan bireyler,
- İstiklal madalyası ve şeref aylığı bağlanmış bireyler,
- Savaş malulü olan bireyler,
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu uyarınca korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlanan kişiler,
- Sayılan şartların dışında kalan ve farklı bir ülkede sağlık sigortası bulunmayan bireyleri,
- Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu kazanmış sporcular ve aileleri,
- Yabancı uyruklu öğrenciler (Yüksek öğrenimde),
- Avukatlık stajı yapmakta olan bireyler GSS'li sayılmaktadırlar.

GSS'ye göre 18 yaşın üzerindeki tüm bireyler SGK tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sigorta primi ödemek zorundadır. Ayrıca sigortalıların çocukları ek işleme gerek kalmaksızın GSS kapsamına alınmıştır (84).

Tablo 2. Genel Sağlık Sigortasından Yararlananların Genel Görünümü (80)

Koruma Tipi	Koruma Statüsü
Zorunlu sigortalılar	İşçi, Bağımsız çalışanlar,Kamu görevlileri
İşsizlik sigortası edinimine hak kazananlar	İşsizlik ödeneği alanlar Kısa çalışma ödeneği alanlar İş kaybı tazminatı alanlar
Gelir ve aylık alanlar	Asli sigortalılar Bağlı sigortalılar
Sosyal korumadan yararlananlar	Sosyal yardım alanlar Sosyal hizmetlerden ücretsiz yararlananlar Sosyal tanzim alacaklıları Sosyal (Sporcuyu) teşvik aylığı alanlar Düşük gelirliler (yoksullar)
Türk vatandaşı olmayanlar	Yabancılar Mülteciler Vatansızlar
Eğitim görenler	Resmi öğrenciler Sivil (bazı) öğrenciler Yabancı (talepte bulunan) öğrenciler
İsteğe bağlı sigortalılar	Yeni sigorta ilişkisi kuranlar Zorunlu sigortanın boşluklarını dolduranlar
Diğerleri(Varsıl) kapsamında olanlar	Yukarıda belirtilenlerin dışında kalan ve GSS'nin dışında bırakılmamış kişiler

Genel sağlık sigortasından finansmanı sağlanan ve sağlanmayan sağlık hizmetleri: Genel Sağlık Sigortası kapsamında finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri 5510 Sayılı Kanun'un 63. Maddesi'nde şöyle belirtilmiştir (60);

- Koruyucu sağlık hizmetleri (madde bağımlılığını önleyemeye yönelik hizmetler dâhil),
- Hastalık halinde ayaktan veya yatarak sağlanan tedaviler (Muayeneler, tetkik ve tedaviler),

- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri (18 yaşından küçük bireylerin ortodontik tedavileri ve 45 yaş ve üzeri bireylerin diş protezlerinin %50'si),
- Çocuk sahibi olamayan kişilerin yardımcı üreme yöntemi tedavisi (Kadının 23-39 yaş arasında olması, son üç senede diğer tedavi yöntemlerinden fayda alınamaması, kişinin veya bakmakla yükümlü olduğu kişinin en az beş yıldır GSS'li olması),
- Sunulacak sağlık hizmetleri gerekli olan için kan ve kan ürünü, aşı, protez, tıbbi araç gereç ve medikal malzemelerin temin edilmesi.

Genel Sağlık Sigortası tarafından finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri şöyle sıralanabilir (60);

- İş kazası, meslek hastalığı veya doğumsal olmayan sebepler ile yapılacak olan estetik maksatlı tüm sağlık hizmetleri ve tedavileri,
- Estetik maksatlı ortodontik tedavi,
- Sağlık Bakanlığı'nın tıbbi sağlık hizmeti olarak belirlemediği hizmetler.

Genel sağlık sigortası kapsamında katılım payı: 5510 sayılı SSGSS Kanunu'nun 68. Maddesi'nde hangi sağlık hizmetlerinden katılım payı alınacağı belirtilmiştir. Buna göre (60);

- Ayaktan tedavilerdeki hekim muayenelerinden (aile hekimleri hariç),
- Protez, ortez gibi iyileştirme araç gereçlerinden,
- Ayaktan tedavide sağlanan ilaçlar,
- Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde katılım payı alınacaktır.

Kişilerden prim dışında bir ödeme olarak katılım payı alınmasının sebebi, hizmetin gereksiz ve aşırı kullanımının önüne geçilmek ve sevk zincirini işler hale getirmektir.

Katılım payı alınmayacak haller (60);

- İş kazaları,
- Meslek hastalıkları,
- Aile hekimliği muayeneleri ve koruyucu sağlık hizmetleri,
- Doğal afet ve savaş hallerinde sunulan sağlık hizmetleri,
- Belgelendirmek suretiyle belli kronik hastalıklarda ve hayati önemi olan tıbbi araç gereçlerin sağlanmasında (organ, doku, kök hücre nakilleri dâhil),
- Kanunda tanımlanan kontrol maksatlı muayeneler.

GSS ile sağlık hizmetleri birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak tasnif edilmiştir. Bu basamaklar arasında sevk zinciri esasına göre hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu içinde yer almaktadır. Acil ve özel durumlar dışında (doğal afetler, savaş, iş kazası, meslek hastalıkları vb.) sevk zincirine uyulmadan sağlık kurumlarına yapılan başvurularda kişiler katılım payı ödemek zorunda kalmaktadır (60). Katılım payı miktarları ise, ikinci basamak sağlık hizmetleri için 6 TL, üniversiteler ve sağlık bakanlığı eğitim araştırma hastanelerinde 7 TL, Üniversite Hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık tesislerinde 8 TL, özel hizmet sunucuları için ise 15 TL olarak 04.02.2018 tarihinde Sağlık Uygulama Tebliği'nde güncellenmiştir (85). Katılım payları, SGK'dan gelir ve aylık alanlar ve bakmakla yükümlü oldukları bireyler için gelir ve aylıklarından, diğer bireyler için ise reçete ile eczaneye ilk yaptıkları başvurularda nakit olarak alınır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin acil haller haricinde gereksiz kullanılmasının önüne geçmek için kişilerin ilk müracaatından sonraki 10 gün içerisinde sağlık hizmeti sunucularına yapılan ikinci başvuruda 5TL'lik ek katkı payı alınmaktadır (84, 85).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, yazın bilgisine ek olarak Sağlık Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Eurostat (Avrupa İstatistik Ofisi), OECD (Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü)'den elde edilen verilerin incelenmesi ve yorumlanmasına dayanmaktadır.

Araştırmanın temel soruları şunlardır:

- Avrupa Birliği üyelik süreci Türkiye'nin sağlık hizmetleri sunumu, finansmanı ve sağlık göstergelerini nasıl etkilemiştir?
- Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne başvurusundan itibaren (1959) günümüze Türkiye'de sağlık politikaları nasıl bir çizgide ilerlemiştir?
- Türkiye'nin mevcut sağlık sistemi sorunları ve çözüm önerileri nelerdir?

Araştırmada 2000-2017 yılları arası temel alınmaya çalışılmıştır. Bunun sebebi ise; Türkiye'de 2003 yılında uygulamaya konulan SDP öncesi ve sonrası sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanına yönelik karşılaştırma yapabilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın son yayımladığı istatistik yıllıkları 2017 yılına ait olduğu için diğer kurumlardan elde edilen verilerin de aynı yıla ait olmasına dikkat edilmiştir. Aynı şekilde Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı veri takviminde özellikle sağlık harcamalarına ilişkin düzenli verilerin 1999 yılından itibaren verilmiş olması, veri yayımlama biçimindeki farklılıklar, Sosyal Güvenlik Kurumları'nın birleşiminden (2006) önceki verilerin parçalı ve düzensiz paylaşılması inceleme için kısıtlayıcı bir etken oluşturmuştur. Ayrıca sağlık harcamaları içinde net olarak ilaç harcama tutarları verilmemesi ve kurumların paylaştığı verilerdeki tutarsızlık (örneğin

sosyal güvence kapsamı altındaki nüfus oranı DPT ve SGK'da farklı verilmiştir) sebebiyle kesin bir bakış açısı yakalanamamıştır.

Araştırmada kullanılan veriler Ocak 2019- Mayıs 2019 tarihleri arasında ilgili kurumların veri tabanları ve istatistik yıllıklarından toplanmıştır.

BULGULAR

Çalışmanın bulgular kısmında Sağlık Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Eurostat, OECD (Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü)'den elde edilen veriler;

- Türkiye'de büyük bir reform hareketi olan Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi ve sonrası sağlık hizmetlerinin durumunun, sağlık harcamalarının ve sağlık göstergelerinin incelenmesi ile OECD ve AB üye ülkeler ile karşılaştırılması,
- Türkiye'nin Avrupa Birliği Müktesebatının üstlenilmesine dair sağlık sektöründe yapılan uyum çalışmaları olmak üzere iki bölümde incelenmiştir.

TÜRKİYE'DE SDP ÖNCESİ VE SONRASI SAĞLIK HİZMETLERİNİN DURUMUNUN, SAĞLIK HARCAMALARININ VE SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN İNCELENMESİ

Ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirleyen temel etkenlerden biri sağlık göstergeleridir. Ekonomik büyüme ve kalkınma, işgücünün verimliliğinin artması, toplumun huzur ve refahının sağlanmasında sağlık hizmetleri büyük önem teşkil etmektedir. Ülke ekonomilerinin önemli bir parçası olan sağlık hizmetleri aynı zamanda büyük bir hizmet sektörüdür. Ayrıca hizmet alan bireye ve çevresine pozitif dışsallık sağlaması sağlık ekonomisinin en önemli özelliklerinden biridir. Sağlıklı bireylerin en önemli etkisi, beşerî sermaye ve girişim sermayesi üzerinde görülmektedir. Dolayısıyla ülkedeki yatırımlar ve teknolojik gelişmeler sağlıklı insan gücünün var olmasına bağlıdır. Ne kadar fazla sağlıklı insan gücü olursa ve kişiler çalışıp üretirse kalkınma ve refah düzeyi bir o kadar

yükselmekte, dolayısıyla kişi başına düşen gelir artar ve yoksulluk azalmaktadır (86). Ekonomik iyileşmeler, sağlık göstergelerini olumlu yönde etkilemektedir. Ülkelerin sanayileşmesi ve gelir seviyesinin yükselmesi, sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayırmalarını sağlamaktadır (87).

Bir ülkenin sağlık sisteminin ve sağlık düzeyinin incelenebilmesi için o ülkenin nüfus yapısını göz önüne almak gerekmektedir. Yüksek doğurganlık oranı, genç ve yaşlı nüfus oranı sağlığı doğrudan etkilerken, nüfus yoğunluğu beslenme, barınma, eğitim, kişi başına düşen sağlık personeli sayısı vb. gibi faktörler sağlığı dolaylı olarak etkilemektedir (88).

Tablo 3. Yıllara Göre Türkiye Nüfusu Özellikleri (76, 89)

	2000	2014	2015	2016	2017
Toplam Nüfus	67803927	77695904	78741053	79814871	80810525
0-14 Yaş Nüfus Oranı (Yüzde)	29.8	24.3	24	23.7	23.6
15-65 Yaş Nüfus Oranı	64.5	67.8	67.8	68.0	67.9
65 yaş ve üzeri Nüfus Oranı (Yüzde)	5.7	8.0	8.2	8.3	8.5
Yıllık Nüfus Artış Hızı (Binde)	18.3	13.3	13.4	13.5	12.4
Kaba Doğum Hızı (Binde)	21.6	17.5	17.1	16.5	16.1
Kaba Ölüm Hızı (Binde)	7.3	5.1	5.2	5.3	5.3
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)	2.5	2.2	2.2	2.1	2.1

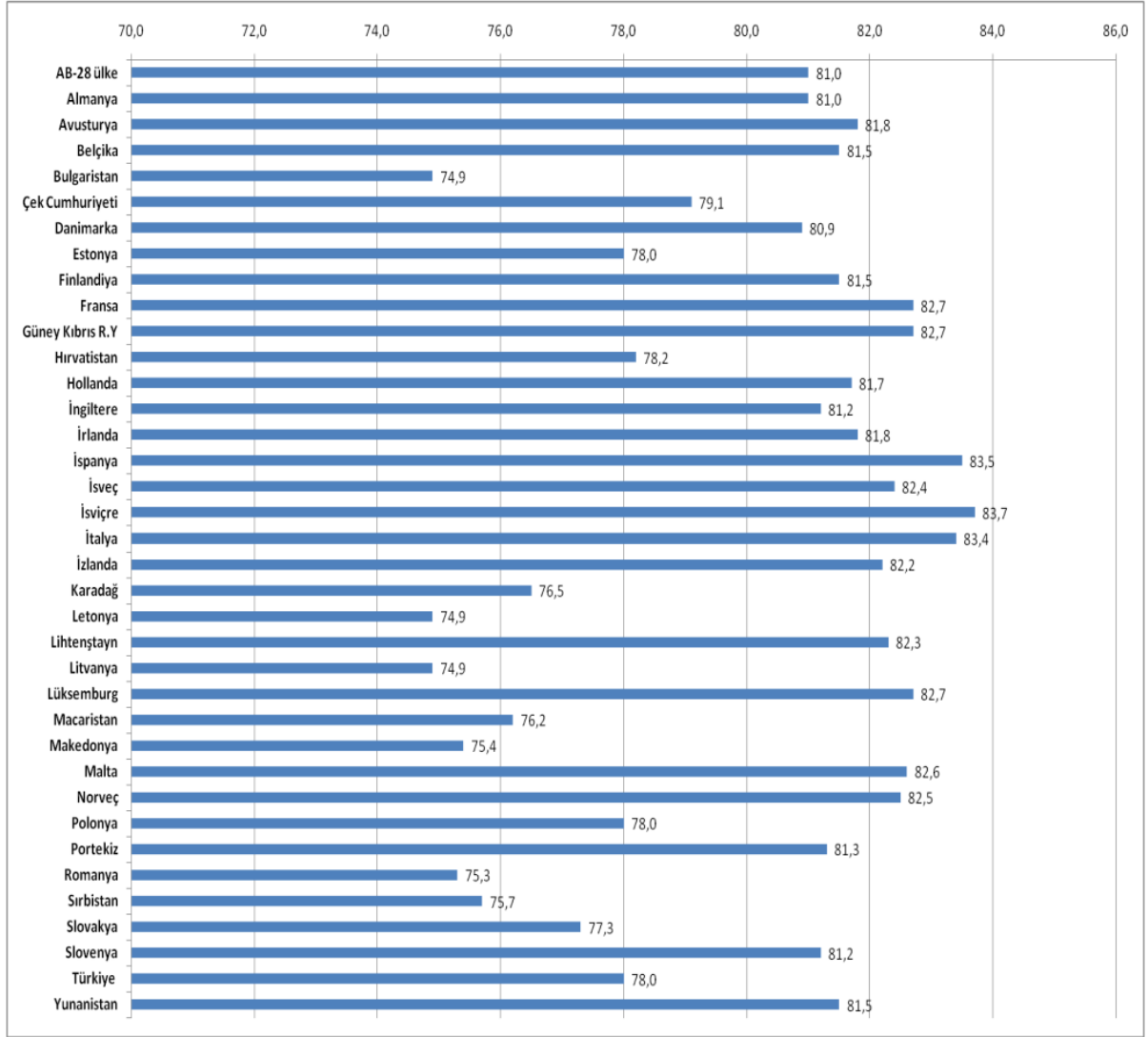
Tablo 3'e bakıldığında Türkiye'de yıllar içerisinde nüfus artış hızının düşmesine rağmen nüfusu artmaya devam etmiştir. TÜİK'in nüfus tahminlerine göre 2050 yılında Türkiye'nin nüfusunun 104 milyonu geçmesi beklenmektedir (90). Yıllara göre kaba doğum hızının ve toplam kadın başı doğurganlık oranının düşmesine bağlı olarak 0-14 yaş grubu oranında da düşüş meydana gelmiştir. 1990 yılında nüfusun %35'i 0-14 yaş grubundan oluşmakta iken, 2017 yılında bu oran 23,6'ya düşmüştür. Toplam nüfus içinde 65 yaş ve üzeri bireylerin oranı kaba ölüm hızının düşmesine bağlı olarak 1990 yılında %4,3 iken 2017 yılında bu oran %8,5'e yükselerek yaklaşık 2 kat artış meydana gelmiştir. Kaba doğum hızı 1990 yılında %7,1 iken 2017'de %16,1'e düşmüştür. Yıllar içinde çalışabilir nüfus olarak adlandırılan 15-65 yaş grubu bireylerin toplam nüfusa oranı 2000 yılında %64,5 iken 2017'de artarak %67,9'a çıkmıştır. Ayrıca 65 yaş ve üzeri bireylerin toplam nüfusa oranı 2017 yılında %8,5 olarak hesaplanmıştır. Yani görüldüğü üzere 2000 yılına göre 1,4 kat artış vardır. Global AgeWatch İndeks'ine göre 2030 yılında Türkiye' de 60 yaş ve üzeri nüfusun oranı %17, 2050 yılında %26,6 olması beklenmektedir. Türkiye, Küresel Yaş İzleme Endeksi'nde 96 ülke arasında 75. sırada yer almaktadır (91). Bu da göstermektedir ki uluslararası karşılaştırmada Türkiye'nin genç nüfus oranı diğer ülkelere göre daha fazladır.

Doğumda beklenen yaşam süresindeki artış, 65 yaş ve üzeri nüfusun artmasına da yol açmıştır. Türkiye'de 2017 yılı itibari ile doğumda beklenen yaşam süresi kadınlarda 80.8, erkeklerde 75.3, ortalama ise 78,1 olarak hesaplanmıştır (92). 2002 yılından itibaren Türkiye genelinde ortalama yaşam beklentisi 72,5'den 78'e yükselmiştir (93).

Avrupa Birliği 2018 verilerine göre 28 ülkenin yaş gruplarına göre dağılımı ise şöyledir (94) ;

- 0-14 yaş grubu toplam nüfusun %15,6'sını,
- 15-64 yaş grubu toplam nüfusun %64,7'sini,
- 65 yaş ve üzeri nüfus ise toplam nüfusun %19,8'ini oluşturmaktadır.

Türkiye'nin genç nüfus oranı Avrupa Birliği'nin genç nüfus oranı ortalamasından yüksektir. Sağlık alanında görülen gelişmeler, hastalıkların tedavisinde geliştirilen yeni yöntemler, kişilerin eğitim düzeylerinin yükselmesi, gelir artışı, kronik hastalıklarla mücadele ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olmasının kişilerin doğumda yaşam beklenen yaşam süresini arttırdığı düşünülmektedir (95). Ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça doğumda beklenen yaşam süresinde de artış görülmektedir (96) .



Şekil 1. Avrupa ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresi, 2016 (92, 97)

Şekil 1’de Avrupa ülkelerinin detaylı olarak 2016 yılına ait doğumda beklenen yaşam süreleri verilmiştir. Buna göre doğumda beklenen yaşam süresi en düşük olan ülkeler 74,9 ile Letonya, Litvanya ve Bulgaristan’dır. Doğumda beklenen yaşam süresi en uzun olan ülke ise 83,7 ile İsviçre’dir. Türkiye’de ise doğumda beklenen yaşam süresi 78 olarak hesaplanmıştır ve 36 Avrupa ülkesi arasında sondan 12. sırada yer almaktadır.

TÜİK ve OECD 2017 verilerine göre Türkiye’de 2009 yılında %13,9 olan bebek ölüm hızı, 2017 yılında %9,2’ye gerilemiştir. OECD ülkeleri ortalaması %7,2 iken AB ülkelerinde %4,1’dir. Türkiye bu oranın çok altında kalmaktadır ancak yıllar içerisinde ilerleme kaydedilmiştir. Anne ölüm oranlarına bakıldığında, 2006 yılında 100.000 canlı doğumda 28,5 olarak gerçekleşmişken, 2017 yılında bu oran 100.000’de 14,6’ya düşmüştür (98). UNICEF 2017 verilerine göre beş yaş altı ölüm hızı, 2002 yılında binde 34,1 iken

2017 yılında binde 11,6'ya gerilemiştir (99). Türkiye'de sağlık göstergelerinde yıllar itibari ile iyileşmeler olduğu görülse de halen AB ülkelerinin gerisinde kalmıştır.

Türkiye'de yaşlı nüfus oranında görülen artış, refah düzeyindeki artışın, teknolojik gelişmelerin, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması hedeflerine ulaşılmaya başlandığının göstergesi olabilmektedir. Ancak bu durum ilerleyen yıllarda Türkiye'nin sağlık harcamalarını daha da arttıracaktır. Bu durumun önüne geçmek için, koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin artırılması, erken tanı ve tedavi yöntemleri açısından bireylerin bilgilendirilmesi ve kontrolü önemlidir. Böylece hem daha maliyetli ve karmaşık olan tedavi masrafları hem de kişi başı sağlık harcamaları azaltılabilecektir.

Tablo 4. Yıllara Göre Kamu ve Özel Yataklı Sağlık Kurumlarının Yatak Sayıları (93)

Yıllar	Toplam	SB'na Bağlı	Üniversite	Özel	Diğer
2000	134950	96334	23832	12162	2616
2003	165465	107771	26619	12917	18158
2006	174342	110819	31193	14639	17691
2009	188638	115443	30112	25178	17905
2012	200072	122322	35150	35767	6833
2015	209648	122331	38361	43645	5311
2017	225863	135339	41324	49200	-

Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de sağlık sektörüne olan yatırımlar her geçen gün artmaktadır. Hastaneler ise sağlık hizmeti sunumunda önemli bir yere sahiptir. Tablo 4'te görüldüğü üzere Türkiye'de 2000 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarının yatak sayıları yaklaşık 1,5 kat artmışken, özel sağlık kurumlarının yatak sayıları 4 kat artmıştır. Bu durum son yıllarda Türkiye'de meydana gelen sağlıkta reform ve liberalleşme hareketlerinin önemli bir yansıması olarak, sağlık hizmetlerinin sunumuna özel sektörün iştiraklerinin ve yatırımlarının arttığının göstergelerinden biridir.

Tablo 5. Yataklı ve Yataksız Tedavi Kurumlarının Dağılımı (100)

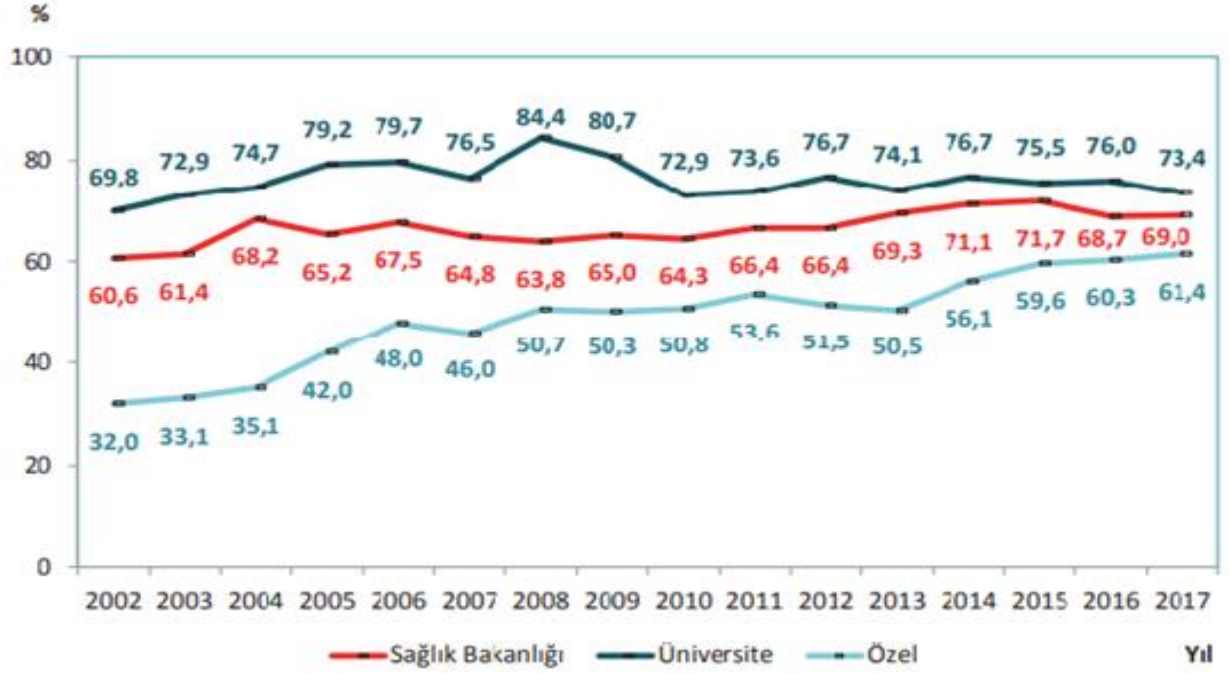
Yıllar	Genel Toplam	Yataklı Sağlık Kurumları					Yataksız Sağlık Kurumu
		Toplam	SB'na Bağlı	Üniversite	Özel	Diğer	
2000	10747	1183	861	42	261	19	9564
2003	9183	1174	789	50	274	61	8009
2006	9832	1203	767	56	331	49	8628
2009	15205	1389	834	59	450	46	13816
2012	29960	1483	832	65	541	45	28477
2015	30449	1533	865	70	562	36	28916
2017	33587	1518	879	68	571	-	32069

Tablo 5'te görüldüğü üzere 2000 yılında toplam yatakların %71,3'ü sağlık bakanlığına, %9'u özel sağlık kurumlarına, %17,6'sı ise üniversitelere bağlı sağlık kurumlarına aittir. 2017'de ise toplam yatak sayıları içinde sağlık bakanlığına bağlı yatakların oranı %59,9'a düşerken, özel sağlık kurumlarının yatak oranı %21,7'ye, üniversitelerin yatak oranı ise %18,2'ye yükselmiştir. Bu oranlardan hareketle kamunun hizmet sunumunda hala baskın olduğu görülmektedir.

OECD verilerine göre, Türkiye'de 1000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı, 2017 yılında 2,8'dir. 2016 verilerine göre OECD ülkeleri içinde 1.000 kişiye düşen yatak sayısı en yüksek olan ülke 13,1 ile Japonya iken en düşük olan ülke ise 1,5 ile Meksika'dır (101). OECD ortalaması 4,5 iken AB ortalaması 5,1 olarak hesaplanmıştır (93, 102). Avrupa ülkelerine göre kişi başına düşen yatak sayısının hala düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 5'te diğer grubunun altında belediyelere ait yataklı sağlık kurumları kapsanmış olup, 2017'de sayıları az olduğu için Özel sektöre dahil edilmiştir. Ayrıca 2002-2015 yılları arasında Millî Savunma Bakanlığı'na ait hastaneler "Diğer" grubuna dahil edilmiştir. Yataksız sağlık kurumlarının altına, Sağlık Ocakları, Aile Hekimliği, Verem Savaş Dispanserleri, AÇSAP Merkezleri, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri, Özel Poliklinikler, Özel Tıp Merkezleri dahil edilmiştir. Ancak 2000 yılı öncesi uygun ve sağlıklı verilere ulaşılamamıştır. Türkiye'de Yataklı Sağlık Kurumları'nın 2000 yılında %72,7'si Sağlık Bakanlığı'na, %22'si Özel Sağlık Kurumlarına ait iken 2017 yılında Sağlık

Bakanlığı'na bağlı Yataklı Tedavi Kurumu oranı %57,9'a düşmüş ve Özel Kurumların oranı %37,62' ya yükselmiştir. Üniversite hastanelerinin 2000 yılında toplam yataklı sağlık kurumları içindeki oranı %3,5 iken, 2017 yılında %4,4' e yükselmiştir. Buradan hareketle Türkiye'de yataklı sağlık kurumlarının büyük bir kısmı Sağlık Bakanlığı'na olduğu ancak yıllar içinde özel sağlık sektörünün payının giderek arttığı anlaşılmaktadır.



Şekil 2. Yıllara ve kurumlara göre hastanelerde yatak doluluk oranı (%) (93)

Yıllara ve kurum türlerine göre hastane yatak doluluk oranları Şekil 5'te gösterilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın yatak doluluk oranı 2002'de 60,6 iken 2017'de %69'a çıkmıştır. Üniversite hastanelerinin ise yatak doluluk oranları yıllar içinde ortalama %70 olarak seyretmiştir ve yıllar içinde yoğunluğun en yüksek olduğu sağlık kurumları olması dikkat çekmektedir. Özel sağlık kurumlarının yatak doluluk oranlarında ise 2002'den bu yana ciddi bir artış mevcuttur. 2002 yılında %32 olarak hesaplanan yatak doluluk oranı, 2017'de 61,4 olarak gerçekleşmiştir. Hastane yatak doluluk ortalaması 2017'de OECD ortalaması 75,7 olarak hesaplanmıştır (103).

Tablo 6. Yıllara göre birinci basamak sağlık kuruluşları sayıları (93)

Yıllar	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Sağlık Ocağı	5055	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği	-	21175	21384	21696	24428	25198
Toplum Sağlığı Merkezi	-	971	970	970	970	972
Sağlık Evi	2899	5594	5572	5544	5419	5320
AÇSAP Merkezi	298	183	182	182	181	177
Verem Savaş Dispanseri	277	177	179	181	180	177
Kanser Tarama (KETEM)	84	134	132	156	159	166
112Acil Yardım İstasyonu	481	2072	2186	2323	2400	2618
Halk Sağlığı Laboratuvarı	-	83	83	83	83	83

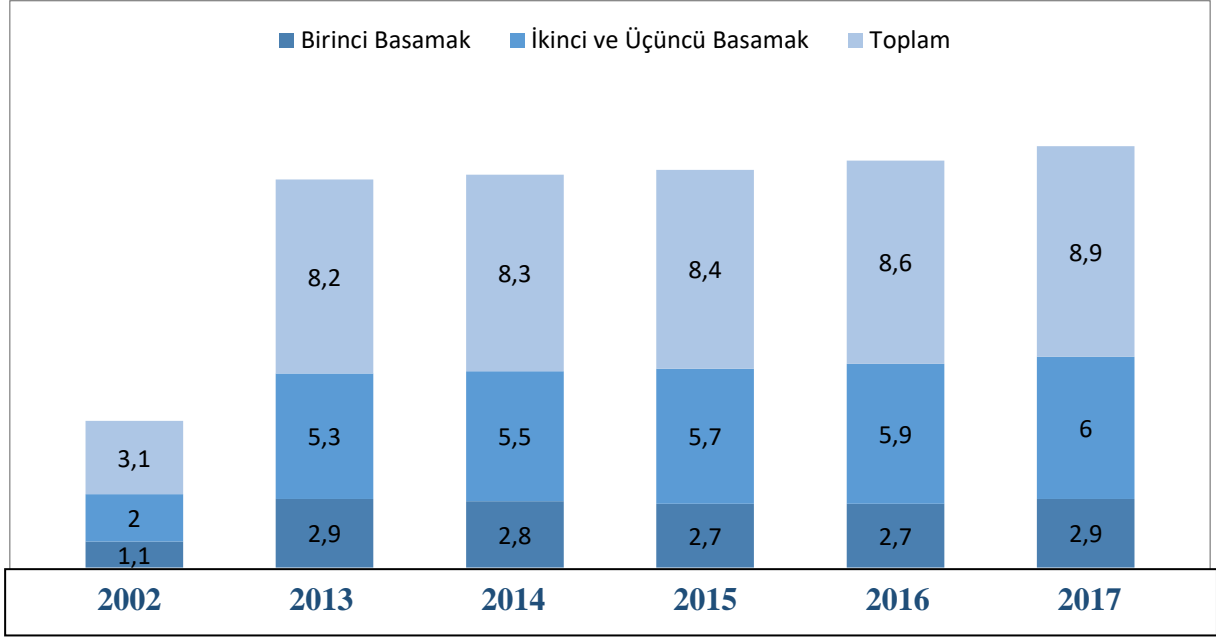
Sağlıkta Dönüşüm programı ile vurgulanan birinci basamak sağlık hizmetleri açısından, Tablo 6’de görüldüğü üzere sağlık ocaklarının yerini 2003 yılından sonra aile hekimlikleri almıştır ve her geçen yıl aile hekimliği sayıları artmıştır. 2017 yılına gelindiğinde aile hekimliği sayısı 25198’e yükselmiştir. Ayrıca erken tanı ve tedavi hizmeti veren Kanser Tarama Merkezleri’nin sayılarında da artış gözlenmiştir. 112 acil yardım istasyonu sayısı 2002’den 2017’ye 5,4 kat artarak sayıca en çok artan birim olmuştur.

**Tablo 7. Yıllara ve kurum türlerine göre tüm sektörlerde hekime müracaat sayıları
(93)**

Kurum Türü	2002	2013	2015	2017
Sağlık Ocağı	69.103.517	-	-	-
Aile Hekimliği	-	212.318.024	208.538.951	228.098.527
AÇSAP Merkezleri	2.980.481	536.707	548.433	646.856
Verem Savaş Dispanserleri	2.012.458	1.815.805	1.495.558	1.391.817
Toplum Sağlığı Merkezleri	-	4.999.980	3.457.520	4.496.425
Özel Poliklinikler	731.132	582.265	523.694	501.993
Birinci Basamak Toplam	74.827.588	220.252.781	214.564.156	235.135.618
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	31.256.100	26.953.360	18.912.829
Hastaneler	124.313.659	378.812.243	418.581.931	464.876.362
2.ve 3. Basamak Toplamı	134.138.461	410.068.343	445.535.291	483.789.191
Genel Toplam	208.966.049	630.321.124	660.099.447	718.924.809

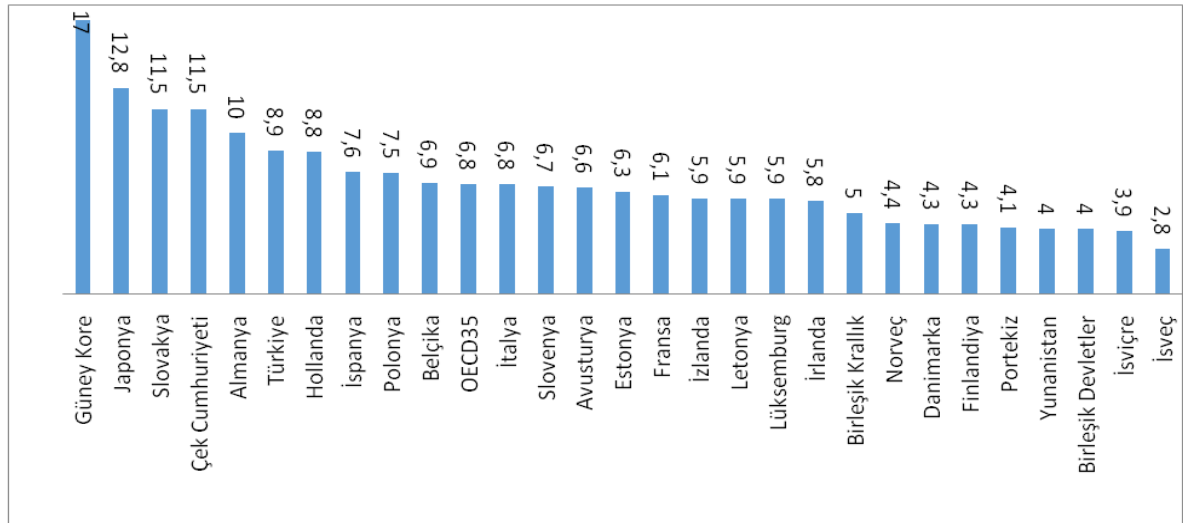
Tablo 7'ye göre birinci basamak sağlık hizmet sunan kurumlara müracaat oranı 2002'den 2017'ye 3,1 kat artmıştır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri içerisinde hekime müracaat oranı toplam başvuruların %96'sı ile Aile Hekimliği'ne aittir. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kurulması ile birlikte tüm basamaklardaki hekime müracaat oranı genel bir yükseliş trendine girmiştir. Özel Tıp Merkezleri'ne yapılan müracaatlar 2 kat artmıştır. Bu artışta 2006 yılında Genel Sağlık Sigortası'nın uygulamaya konulmasının etkisi bulunduğu söylenebilir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatlar

2002-2017 arasında yaklaşık 3,6 kat artmıştır. Bu durum hizmete olan talebin ve/veya ulaşılabilirliğinin arttığının göstergesidir.



Şekil 3. Yıllara ve hizmet kapsamına göre tüm sektörlerde kişi başı hekime müracaat sayısı (93)

Şekil 3'e bakıldığında 2002-2017 yılları arasında kişi başı birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru oranı %31-35 arasında değişmekte iken ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumuna başvuru oranı tüm basamaklar içinde %64-69 oranında değişmektedir. Bu durum 2003 yılı sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı ile planlanan kademeli sevk zincirinin uygulanmadığını göstermektedir. Ancak ortalama kişi başı hekime müracaat oranı 2002 sonrası yaklaşık olarak 2,8 kat artmıştır.



Şekil 4. Kişi başı hekime müracaat sayısının uluslararası karşılaştırılması (93)

Şekil 4’te kişi başı hekime müracaat oranlarının uluslararası karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre kişi başı hekime müracaat oranı en yüksek olan ülke Güney Kore (17) iken, en düşük olduğu ülke ise İsveç (2,8)’tir. OECD ortalaması 6,8 olarak gerçekleşmiştir (102). Türkiye’nin Avrupa ülkelerine oranla nüfusunun daha genç olmasına rağmen hekime başvuru oranı OECD’nin çok üzerindedir.

Tablo 8. Yıllara göre hekim başına düşen kişi sayısı ve hekim başına düşen hasta müracaat sayısı (104)

Yıl	Hekim Sayısı	Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı	Hekim Başına Düşen Hasta Müracaat Sayısı
2009	118 641	612	4447
2010	123 447	597	4367
2011	126 029	593	4850
2012	129 772	583	4791
2013	133 775	573	4712
2014	135 616	573	4749
2015	141 259	557	4673
2016	144 827	551	4735
2017	149 997	539	4793

Tablo 8’deki verilere göre sağlık insan gücüne bakıldığında, Türkiye’de hekim sayısında artışa ve hekim başına düşen kişi sayısında azalmaya rağmen, hekim başına düşen hasta müracaat sayısında yıllar içinde artış görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olması, kişilerin eğitim seviyelerindeki yükselme kişilerin sağlık hizmetlerine olan talebini artırmaktadır. Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının artması ve/veya sağlık hizmetlerine erişim kısıtlarının azalması (Genel sağlık sigortası ile bireylerin istedikleri kurumdan hizmet alabiliyor olması) sonucunda sağlık hizmet talebi önemli ölçüde artmıştır (105).

Tablo 9. Yıllara göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları (93)

Yıllar	2002	2013	2014	2015	2016	2017
MR	58	751	757	794	836	884
BT	323	1058	1071	1119	1152	1186
Ultrason	1005	4756	5286	5518	5470	5635
Doppler Ultrason	681	2793	3151	4015	4679	4892
EKO	259	1542	1793	1897	2121	2269

Tablo 9’da görüldüğü üzere yıllar içinde Türkiye’de tanı ve tedaviye dayalı görüntüleme yöntemi olarak kullanılan cihaz sayılarında önemli artış görülmüştür.

Tablo 10. Sektörlere göre yataklı tedavi kurumları cihaz sayıları, 2017 (93)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
MR	317	114	453	884
BT	530	142	514	1186
Ultrason	2799	718	2118	5635
Doppler Ultrason	3201	422	1269	4892
EKO	1318	249	702	2269
Mamografi	355	76	516	947

Tablo 10’a göre cihazların %53,8’i Sağlık Bakanlığı’na bağlı yataklı tedavi kurumlarına, %35,8’i özel sağlık kurumlarına, %10,8’i ise üniversitelere bağlı yataklı sağlık kurumlarına aittir.

Tablo 11. Türkiye, AB ve OECD ülkeleri 1.000.000 kişi başına düşen cihaz sayısı (93, 106)

Cihaz	Türkiye (2017)	OECD (2016)	AB (2016)
MR	10,9	16,3	14,3
BT	14,7	26,4	22,5

Tablo 11’de Türkiye, AB ve OECD ülkelerinde bin kişi başına düşen MR VE BT cihaz sayısı verilmiştir. Türkiye’de bin kişi başına düşen cihaz sayısı AB ve OECD ülkelerinden düşük olmasına rağmen sağlık istatistikleri yılı 2017 verilerine göre Türkiye’de bin kişiye düşen MR görüntüleme sayısı 174, BT görüntüleme sayısı ise 205 olarak hesaplanmıştır. 2016 OECD ortalaması MR cihazı görüntüleme sayısında 70, BT’ da ise 148 olarak verilmiştir (106, 107). Ayakta tanı ve tedavi merkezleri haricinde sadece yataklı tedavi kurumlarında istenilen görüntüleme sayılarının uluslararası karşılaştırılmasında Türkiye’de daha fazla kullanıldığını söylemek mümkündür. Ekonomik boyutun ötesinde, kişilerin herhangi bir belirti göstermeksizin bu görüntüleme yöntemlerinin kullanılması, maruz kalınan radyasyon sebebiyle toplum sağlığını da riske etmektedir. Örneğin, İngiltere’de BT tetkiklerinin yaygınlaşması üzerine gereksiz kullanımın önüne geçmek adına bir takım tedbirler alınmıştır (108).

Tablo 12. Yıllara göre Türkiye’de sağlık personeli sayıları (109)

Yıllar	Hekim	Hemşire	Diş Hekimi	Ebe	Eczacı
2000	754	924	4039	1545	2930
2002	722	917	4056	1601	2979
2004	700	898	3801	1573	3008
2008	632	716	3583	1500	2886
2012	583	561	3533	1414	2846
2015	557	515	3171	1483	2860
2017	539	486	2898	1504	2834

Tablo 12’de Türkiye’de sağlık personeli sayıları verilmiştir. Tablo 12 ve Tablo 8’e bakıldığında Türkiye’de sağlık personeli sayısı artmış ve personel başına düşen kişi sayısı

azalmıştır. Ancak hekim başına düşen müracaat sayısında da sürekli bir artış görülmüştür. Bu durum kişilerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanma isteğini ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olduğunun göstergesi sayılabilir. Öte yandan, sağlık hizmetlerinin kullanılma sıklığının artması, sağlık harcamalarının da artmasına sebep olmaktadır.

Bir ülkenin yaptığı sağlık harcamaları, o ülkenin sağlık hizmetleri hakkındaki önemli göstergelerden biridir (110). Bununla birlikte, gün geçtikçe artan sağlık harcamaları, ülkelerin yüz yüze kaldığı önemli sorunlar arasındadır (2). Sağlık bakım sistemleri arasında ciddi farklar bulunmasına rağmen OECD içerisinde yer alan ülkelerin, sağlığa ayırdıkları kaynakların gayri safi yurt içi hasılaya oranları ve kişi başı sağlık harcamaları önemli oranda artış göstermiştir (111). Bu artışın sebepleri şöyle sıralanabilir (2);

- Sağlık sektöründe kullanılan teknolojinin ve maliyetlerin yüksek olması,
- Tıbbi bakım maliyetinin yüksek olması,
- Sağlık hizmetlerinde verimliliğin ikinci planda kalması,
- Sağlık sektörünün emek yoğun bir sektör olması,
- Beklenen yaşam süresinin artması,
- Kronik hastalıkların artması,
- Fiziksel ve ruhsal bozuklukların artması,
- Bireylerin sağlık konusundaki bilinç düzeyi ve gelirlerinin artışına bağlı olarak sağlık hizmetlerine olan taleplerinin artması,
- Arzın talep oluşturması,
- Sağlık hizmetinin özellikleri nedeniyle sektörde katı düzenlemelere gitmenin zor olması sayılabilir.

Bu nedenlere ek olarak, rasyonel olmayan ilaç kullanımına yol açan birçok faktörün de sağlık harcamalarında artışa sebep olmaktadır (112). Artan sağlık harcamalarını her zaman iyi veya kötü olarak değerlendirmek mümkün değildir. Genel olarak sağlık ve ekonomi arasında çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık ve sağlık hizmetleri, ekonomi üzerinde etkili olurken; ekonomik iyileşmeler sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların artmasına ve dolayısıyla sağlık göstergelerinin iyileşmesine katkı sağlamaktadır (113). Ancak sağlık harcamalarının yüksek olması her zaman sağlık göstergelerinin yüksek olacağı anlamına gelmemektedir. Çünkü sağlık, beslenme, barınma, eğitim, koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterliliği ve yaygınlığı ile de doğrudan ilişki içindedir (114). Genel olarak ekonomik büyüme ve buna bağlı olarak halk sağlığının geliştirilmesine yönelik çalışmalar,

sağlık alanında yapılan araştırma ve geliştirme faaliyetleri sağlık göstergeleri üzerine pozitif yönde etki etmektedir (115).

Kişilerin gelir düzeyleri ile sağlık göstergeleri arasında pozitif, gelir düzeyleri ve ölüm oranları arasında negatif bir ilişkiden söz edilmektedir (116). Kişilerin gelir düzeyleri yükseldikçe, sosyal refah seviyesinin artmasına bağlı olarak beslenme, barınma gibi koşulların iyileşmesi ile birlikte, kişilerin sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırabilmesini sağlamaktadır (117). Ancak sağlık harcamalarının gereğinden fazla artması, ülkelerin kaynak paylaşımında eğitim, araştırma geliştirme faaliyetleri gibi önemli alanlara ayrılan kaynakların azalmasına ve sosyal güvenlik kurumlarına yapılan geri ödemeler konusunda ciddi sorunlar yaşatarak ekonomik yük oluşturmaktadır (118). Yapılan sağlık harcamalarının uygunluğunun değerlendirilmesinde 3 temel ölçek kullanılmaktadır. Bunlar; yapılan harcamanın miktarı, harcamaların kaynakları ve harcama yeridir. Yapılan harcamaların miktarı temel olarak kişi başına düşen sağlık harcaması ve sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı temel alınarak incelenmektedir. Harcamaların kaynakları, tüm harcamalar içerisinde kamu ve özelin oranlarının belirlenmesine dayanmaktadır. Harcama yeri ise, ayrılan kaynağın koruyucu sağlık hizmetlerine, tedavi, ilaç, insan kaynakları veya teknoloji için ayrıldığının irdelenmesidir (119).

Tablo 13. Türkiye’de kamu ve özel sağlık harcamaları ve yatırımları (93, 120)

Yıllar	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017
Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	8248	18774	30021	44069	57740	61678	74189	94750	119756	140647
Cari Sağlık Harcaması (Milyon TL)	7888	18331	28616	40949	53320	58623	70288	88878	112540	130981
Kamu Sağlık Harcaması (Milyon TL)	5190	13270	21389	30116	42159	45726	58785	73382	94012	109744
Kamu sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	62,9	70,6	71,2	68,3	73	74,1	79,2	77,4	78,5	78
Özel Sağlık Harcaması (Milyon TL)	3058	5504	8632	13953	15580	13196	15404	21368	25744	30904
Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	37,1	29,4	28,8	31,7	27	25,9	20,8	22,6	21,5	22
Kamu Sağlık Yatırımları (Milyon TL)	325	443	871	1922	4126	2756	3137	4407	5733	7958
Özel Sağlık Yatırımları (Milyon TL)	35	Yatırım yok	534	1998	1294	299	764	1464	1483	1709

Toplam sağlık harcaması, ÷lkede yapılan t÷m kamu ve özel sağlık harcamalarının toplamını ifade etmektedir. Tablo 13'e g÷re T÷rkiye'de 2000 yılında toplam sağlık harcaması 8.248 Milyon TL iken 2017'de 140.647 Milyon TL olarak 17 yılda 17 kat artış yaşamıştır.

Cari sağlık harcamaları, çoğunlukla süreklilik arz eden, etkileri geçici olan ve bir defada kullanıp tüketilen mal ve hizmetler için yapılan sağlık harcamalarıdır (121). Her türlü tedavi ve rehabilitasyon, koruyucu ve halk sağlığı, yardımcı tıbbi hizmetler ile bu hizmetlerin yönetimi ve topluma sunulması için gerekli ilaç, tıbbi sarf ve tedavi malzemeleri, hizmetin yürütülmesi için gerekli olan sağlık personeli ücret ve maaşları için yapılan t÷m harcamaları kapsamaktadır (122). Tablo 13'te gör÷ldüğü üzere T÷rkiye'nin 2000 yılında toplam sağlık harcaması 8248 Milyon TL iken cari sağlık harcaması 7888 Milyon TL'dir. 2017 yılına kadar toplam sağlık harcamaları içerisinde cari sağlık harcamaları ortalama %95 gibi bir paya sahiptir, 2017 yılında bu oran yaklaşık %93'tür. Geri kalan %7'lik pay yatırım harcamalarıdır. 2000 yılı itibariyle kamu ve özeline yatırım harcamalarına bakıldığında en büyü payı kamu sağlık sektörü elinde bulundurmaktadır. Kamunun sağlık yatırımları yıllar içerisinde 2010 yılı yaşanan kırılma haricinde sürekli bir artış gör÷lmüştür. Özel sektörün payı ise yıllar içerisinde değişkenlik göstermesine rağmen son 10 yıl içerisinde artarak devam etmektedir. Bu durum ilerleyen yıllarda T÷rkiye'de özel sektörün payının giderek artacağı ve özel sektörün sağlık hizmetlerinin sunumuna katılımının arttığı göstergesidir.

Kamu sağlık harcamalarına bakıldığında, t÷m harcamalar içerisinde minimum %62,9'luk bir paya sahiptir. Yıllar içerisinde küçük düşüşler haricinde giderek artmıştır ve 2017 yılına gelindiğinde ise bu oran %78'e çıkmıştır. T÷rkiye'de sağlık harcamalarının çok büyük bir kısmı hala kamu ağırlıklı olarak gerçekleşmektedir. Özel sağlık harcamalarına bakıldığında ise maksimum %37,1'lik paya sahiptir. Son yıllarda ise azalma trendinde olduğu söylenebilir. 2017 yılı itibariyle toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık harcamalarının payı %22 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 14. Türkiye’de tüm sağlık harcamaları içinde ilaç, tıbbi malzeme ve tıbbi tetkik harcamaları ve oranları (121)

Yıllar	İlaç Harcamaları		Tıbbi Malzeme		Tıbbi Tetkik	
	TL (Milyon)	Yüzde	TL (Milyon)	Yüzde	TL (Milyon)	Yüzde
2002	7.290	38,8	1.555	8,3	340	1,8
2003	9.003	37,1	1.938	8,0	484	2,0
2004	10.384	34,6	2.333	7,8	585	1,9
2005	11.918	33,7	2.723	7,7	700	2,0
2006	14.271	32,4	2.423	5,5	830	1,9
2007	15.646	30,5	2.712	5,3	1.212	2,4
2008	17,673	30,6	3.014	5,2	1.845	3,2
2009	21,122	36,5	3.209	5,5	2.086	3,6
2010	20,612	33,4	3.476	5,6	2.422	3,9
2011	21,334	31,1	3.812	5,6	2.681	3,9
2012	19,941	26,9	4.647	6,3	3.056	4,1
2013	21,885	25,9	5.500	6,5	3.339	4,0

Tablo 14’te görüldüğü üzere tüm sağlık harcamaları içerisinde en büyük payı 2002 yılında %38,8’lik paya sahip iken 2013 yılında %25,9’a düşen ilaç harcamaları oluşturmaktadır. SDP ile akılcı ilaç kullanımı politikasının oluşturulması, “Tek Geri Ödeme Sistemi” ile en ucuz jenerik ilacın %10 fazlasına kadar olan ilaçların karşılığının ödenmesi, ilaçtaki KDV’lerin %18’den %8’e çekilmesi, SGK’nın ilaç alımlarında sağladığı iskontolar, kişilerin ilaçlarını serbest eczanelerden alabilmesi bu dönemde ilaç harcamalarını azaltmıştır (123). Ayrıca bu dönemde ilaç ruhsatlandırma süreçlerinin Avrupa Birliği ile uyumlu hale getirilmesi önemli bir gelişmedir.

Tıbbi malzeme harcamaları ise 2002 yılında %8,3’lük paya sahip iken, 2008 yılında %5,2’e gerilemiştir. 2009 yılından sonra yatan hastaların tıbbi malzemelerinin teminin hastane tarafından yapılması zorunluluğu bu giderlerin artmasına sebep olmuştur.

Tıbbi tetkik harcamaları, laboratuvar ve görüntüleme hizmeti harcamalarını oluşturmaktadır. 2002 yılında toplam sağlık harcamaları içerisinde %1,8’lik paya sahip iken 2013 yılında %4,0’a yükselerek, 9,8 kat artış ile en hızlı artan harcamalar grubunda yer

almıştır. Konuya ilişkin 2014, 2015, 2016 ve 2017 yıllarına ait detaylı bilgi elde edilememiştir.

Tablo 15. Türkiye’de yıllara göre sağlık harcamaları türleri (120)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması	Hastaneler		Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi		Perakende Satış ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunanlar	
		TL (Milyon)	Yüzde (%)	TL (Milyon)	Yüzde (%)	TL (Milyon)	Yüzde (%)
2002	18.774	6077	32,3	74	0,3	7.080	37,7
2004	30.021	11.425	38,0	258	0,8	10.245	33,9
2006	44.069	16.170	36,6	337	0,7	14.789	33,5
2008	57.740	22.984	39,8	395	0,6	17.608	30,4
2010	61.678	24.933	40,4	664	1,0	19.275	31,2
2012	74.189	36.088	48,6	2.546	3,4	19.106	25,7
2014	94.750	46.429	49,0	3.836	4,0	24.136	25,4
2016	119.756	60.141	50,0	5.355	4,4	29.321	24,4
2017	140.647	69.636	49,5	6.011	4,2	33.908	24,1

Tablo 15’te TÜİK’ten elde edilen sağlık harcamaları istatistikleri içinde hastaneler ve halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimine yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki oranını hesapladığında yıllara göre toplam sağlık harcamaları içinde hastanelerin harcamaları en büyük paya sahip olan alandır. 2002 yılında bu oran %32,3 iken 2017 yılında %49,5’a yükselmiştir ve oran olarak 1,5 kat artmıştır. Sonrasında en büyük pay tıbbi malzemelere ayrılan paydır. 2002 yılından itibaren toplam sağlık harcamaları içindeki payı %37,7’den %24,1’e gerilemiştir. Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi harcamaları 2002 yılında %0,3’lük küçük bir paya sahip iken 2017 yılında %4,2’ye çıkarak 14 kat artış sağlamıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri kategorisinde yer alan halk sağlığı programlarının, hastane harcamalarına göre oran olarak daha fazla artmış olması önemli bir gelişmedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın, hastane ve tedavi maliyetlerini düşürmesi öngörülmektedir.

Tablo 16. 2002 ve 2017 yıllarında hizmet sunucularına göre sağlık harcamaları (120)

	Toplam Cari Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Kamu Cari Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Özel Sağlık Harcaması (Milyon TL)	SGK Payı (Milyon TL)	Hane halklarının Payı (Milyon TL)
2002	18.331	12.827	5.504	7.488	3.725
2017	112.540	88.279	24.261	62.925	18.531

Tablo 16’da 2002 ve 2017 yıllarında hizmet sunucularına göre sağlık harcamaları verilmiştir. TÜİK (120) 2002-2017 verilerine göre 2002 yılında cari sağlık harcamalarının %70’i kamu tarafından, %30’u özel kesim tarafından karşılanmıştır. Kamunun finanse ettiği kısmın %58’i SGK tarafından karşılanırken, özel kesimin finanse ettiği harcamaların %67,6’sı hane halkları tarafından karşılanmıştır. 2017’ye bakıldığı zaman cari sağlık harcamalarının %78,4’ü kamu tarafından, %21,5’i ise özel kesim tarafından karşılanmıştır. Kamunun finanse ettiği kısmın %71,2’si SGK tarafından karşılanırken, özel kesimin finanse ettiği harcamaların %76,3’ü ise hane halkları tarafından karşılanmaktadır. Yıllar içerisinde sağlığın finansmanında kamunun ve dolayısıyla SGK’nın finansman payı ortalama %13 artmıştır. Özel kesimin sağlık harcamalarının büyük bir kısmı hane halklarının ödemelerinden oluşmaktadır ve 2002-2017 yılları arasında ortalama %8,7 oranında artış göstermiştir.

Sağlık harcamalarındaki artışın bireylerin yaşam kalitesini, doğumda beklenen yaşam süresini artırdığı, sağlık sektörüne yapılan yatırımların teknolojik ilerlemeyi ve gelişimi artırmasına bağlı olarak büyümeyi desteklediği, büyümenin de sağlık harcamalarının tekrar artmasına yol açtığını göstermektedir. Ekonomik kalkınmanın temel faktörlerinden olan sağlık harcamaları, ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine ayrılan pay, gelişmekte olan ülkelere göre nispeten daha fazladır. Ayrıca Türkiye gibi sosyal devlet anlayışına sahip ülkelerde sağlık, eğitim gibi hizmetlerin kamu hizmeti sayılmasından ötürü, bu hizmetlerin sunumunda kamu ağırlıklı olarak rol almakta ve kaynak ayırmaktadır (124).

Sağlık harcamalarının artış nedenlerinden bir diğeri ise tüketimde ve kalitede bir artış olmaksızın, yolsuzluk nedeniyle görülen artıştır (125). Türkiye’de bu faktör sebepli sağlık harcamalarını arttıran etkenler şöyle sıralanabilir (126);

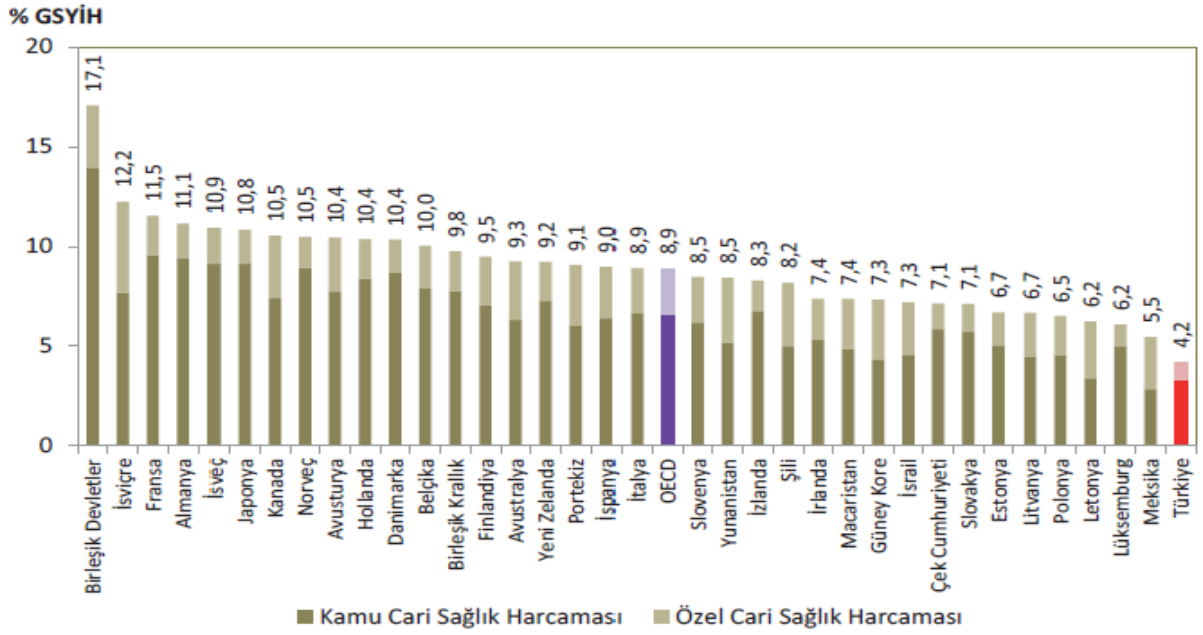
- Gereksiz tetkik ve tedaviler,
- İleri tetkik ve tedavilerin aşama uyumsuzluğu,
- Verilmeyen hizmetlerin verilmiş gibi sunulması ve faturalandırılması,
- Bazı hizmet sunucularının rekabeti bozucu şekilde desteklenmesi,
- Mevzuattaki boşluklardan yararlanarak fatura tutarlarının yükseltilmesi,
- Mevzuata aykırı biçimde faturalandırma,
- Özel sigorta kurumlarının ödemesi gereken hizmetlerin, Sosyal Güvenlik Kurumu'na faturalandırılması,
- Yurtiçi hasta fiyatlandırması ile yurtdışı hasta fiyatlandırması arasındaki farklılıklar,
- Medikal malzemelerin standart belirsizliğidir.

Sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı önemli göstergelerden biridir. Ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyi arttıkça sağlık hizmetlerine ayırdıkları kaynak, dolayısıyla da sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı artmaktadır.

Tablo 17. Yıllara göre sağlık harcamalarının GSYH içindeki Oranları (%) (93, 120, 127)

(%)	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı	4,8	5,2	5,2	5,6	5,8	5,3	4,7	4,6	4,6	4,5
Cari Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı	4,6	5,1	5,0	5,2	5,3	5,1	4,5	4,3	4,3	4,2
Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı	3,0	3,7	3,7	3,8	4,2	4,2	3,7	3,6	3,6	3,5
Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı	1,8	1,5	1,5	1,8	1,6	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0

Tablo 17'ye göre Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2000-2008 yılları arasında yükselişe geçse de 2009 yılı itibariyle düşme eğilimine girmiştir. 2017 itibari ile toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı %4,5 olarak gerçekleşmiştir ve %4,2'si cari sağlık harcamalarıdır. Kamu sağlık harcamalarının GSYH içinde oranı %3,5 iken, özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı %1'dir.



Şekil 5. Cari sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının uluslararası karşılaştırılması (%) (128)

Şekil 5'te görüldüğü üzere Türkiye'nin cari sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı, OECD ortalamasının çok altında kalmaktadır. 2016 yılı itibariyle Cari sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı en olan ülke %17,1 ile Birleşik Devletler olurken, OECD ortalaması %8,9'dur. Türkiye'nin ise 2017 itibari ile cari sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı %4,2 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 18. Yıllara göre Türkiye’de sağlık harcamalarının türleri ve oranları (93, 120)

Yıllar	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017
Cepten Ödemeler (Milyon TL)	2280	3725	5775	9684	10036	10062	11750	16819	19562	24004
Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Ödemelerin Oranı (Yüzde)	27,6	19,8	19,2	22	17,4	16,3	15,8	17,8	16,3	17,1
Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları (TL,Nominal)	---	201	316	435	593	663	782	951	1186	1366
Kişi Başı Özel Sağlık Harcamaları (TL, Nominal)	---	83	128	201	219	180	205	277	325	385
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (TL, Nominal)	128	284	444	636	813	843	987	1228	1511	1751
Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları 2017 Rakamları İle (TL, Reel)	---	822	934	1054	1198	1160	1180	1226	1318	1366
Kişi Başı Özel Sağlık Harcamaları 2017 Rakamları İle (TL Reel)	---	341	377	488	443	316	309	357	361	385
Kişi Başı Sağlık Harcamaları 2017 Rakamları İle (TL Reel)	---	1163	1310	1542	1640	1475	1489	1583	1679	1751

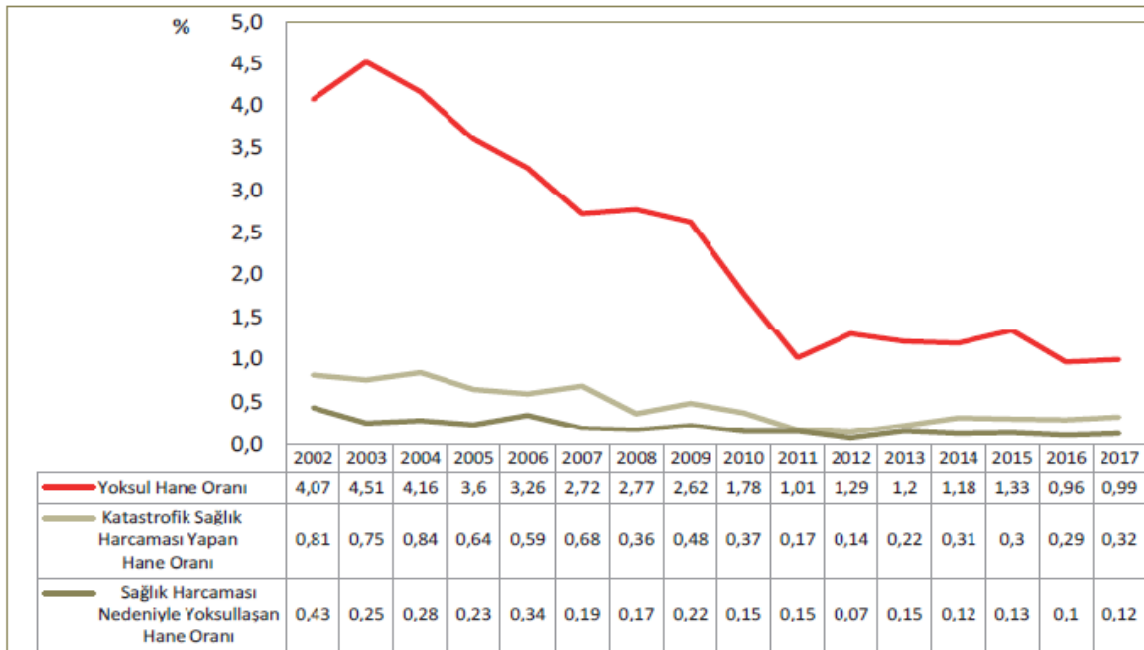
Cepten yapılan ödemeler diğer adıyla hane halkı sağlık harcamaları, katılım payı, katkı payı, maliyet paylaşımı, kendi kendine bakım ve diğer sağlık giderlerini

kapsamaktadır. Yani sağlık hizmeti talebinde bulunan kişilerin almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendileri ödedikleri harcamalardır (86).

Tablo 18’de kişilerin cepten yaptığı ödemelere bakıldığında, 2000 yılında toplam sağlık harcamaları içindeki payı %27,6 iken 2004 yılında %19,2, 2017 yılında ise 17,1 olarak hesaplanmıştır. Yıllar itibari düşüş eğilimi göstermiştir.

Kişi başı reel sağlık harcamalarına bakıldığında, 2002 yılında 1163 TL’nin 822 TL’si kamu, 341 TL’si özel sağlık harcamaları tarafından oluşturulmuştur. 2017’de ise 1751 TL’nin 1366 TL’si kamu, 385 TL’si özel sağlık harcamasıdır. 2002-2017 yılları arası kişi başı sağlık harcamalarında hem kamu hem de özel sağlık harcamaları artış göstermiştir. 2002-2017 arası kişi başı sağlık harcaması nominal olarak 6 kat, reel olarak ise 1,5 kat artış göstermiştir.

OECD 2017 sağlık harcamaları verilerine göre kişi başı sağlık harcaması 1194 ABD dolarıdır. Kişi başı sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülke Amerika Birleşik Devletleri’nde 10.209 ABD doları olarak gerçekleşmiştir. Türkiye OECD ülkeleri içerisinde kişi başı en az sağlık harcaması yapan ülkeler arasında ikinci sırada, Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslandığında ise en düşük harcama yapan ülkedir (129).



Şekil 6. Türkiye’de katastrofik sağlık harcamaları oranı (93, 130)

Cepten yapılan sağlık harcamalarının yüksek olması, düşük ve orta gelirli hane halkları üzerinde yoksullaştırıcı etki yaratmaktadır. Katastrofik sağlık harcaması olarak

adlandırılan bu durum haneler tarafından yapılan sağlık harcamasının ödeme gücüne olan oranının %40'tan fazla olması durumunda ortaya çıkmaktadır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler açısından bir risk faktörü olarak karşımıza çıkan bu durumdan en az zarar görmek adına sağlıkta finansman ve hizmet sunumunda uygun yaklaşımların belirlenmesi önemlidir (131). Şekil 6'da Türkiye'de katastrofik sağlık harcamalarının oranları verilmiştir. Yıllar itibari ile yoksul hane oranı azalmıştır ancak katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı artmıştır. Sağlık harcamaları sebebiyle yoksullaşma oranı ise düşmüştür.

Tablo 19. Yıllara göre sosyal güvenlik kurumlarının mali istatistikleri (132, 133)

Yıllar	Sosyal Güvenlik Kurumları Açıkları (Bin TL)	Toplam Gelirlerin Toplam Giderleri Karşılama Oranı (%)	Prim Gelirlerinin Emekli Aylıklarını ve Sağlık Ödemelerini Karşılama Oranı (%)	Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçe Trasferleri (Bin TL)
2003	13.419.538	67,5	59,1	15.883.617
2004	15.932.374	68,5	62,6	18.830.000
2005	18.691.935	68,8	59,2	23.322.000
2006	18.036.589	74,9	66,3	22.892.000
2007	25.040.513	69,4	60,9	33.060.241
2008	25.901.978	72,2	64,6	35.016.403
2009	28.702.655	73,1	56,0	52.599.691
2010	26.724.118	78,1	60,0	55.244.258
2011	16.235.312	88,5	69,9	52.772.218
2012	17.294.948	89,2	66,5	58.728.293
2013	19.675.361	89,2	70,2	71.253.763
2014	20.071.505	90,2	71,6	77.335.890
2015	11.443.621	95,1	75,5	79.038.817
2016	20.655.602	92,5	72,9	108.073.487
2017	24.405.871	92,2	72,4	128.182.906

Tablo 19'da görüldüğü üzere; 2003 yılında yaklaşık 13,4 Milyar TL olan sosyal güvenlik kurumları açıkları, 2017 yılında 1,8 kat artarak 24,4 Milyar lirayı bulmuştur.

Sosyal güvenlik kurumlarının gelirlerinin giderlerini karşılama oranı 2003 yılında %67,5 iken, 2017 yılında %92,2'ye yükselmiştir.

Toplanan primlerin, emekli aylığı ve sağlık harcamalarını karşılama oranı ise 2003 yılından 2017 yılına %13,3 artmakla beraber hala sadece %72,4'ünü karşılayabilmektedir.

Devlet bütçesinden Sosyal Güvenlik Kurumuna yapılan transferler özellikle son yıllarda ciddi artış göstermiştir. 2003 yılında 15,8 Milyar TL olan bütçe transferi, 2017 yılına gelindiğinde 128,1 Milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Bütçe transferleri, genel kamu bütçe dengesini bozarak iç ve dış borçlanmayı arttırmakta ve ülke ekonomisini olumsuz etkilemesi açısından risk arz etmektedir (134).

Tablo 20. Türkiye’de sigortalı istatistikleri (135, 136)

Yıllar	Aktif-Pasif Oranı	Sosyal Güvenlik Kapsamı (%)
2002	2,04	69,7
2003	1,99	71,4
2004	1,93	73,5
2005	1,92	75,9
2006	1,95	78,2
2007	1,95	79,9
2008	1,87	80
2009	1,78	81
2010	1,84	83
2011	1,87	86
2012	1,90	83
2013	1,91	81,9
2014	1,94	83,7
2015	1,92	85,5
2016	1,91	85,5
2017	1,95	87,1

Sigortalılar aktif ve pasif sigortalı olarak ikiye ayrılmaktadır. Aktif sigortalılar; çalışan, işçi, memur, esnaf, tüccar, çiftçi, muhtar ve isteğe bağlı sigortalılardır. Pasif sigortalılar ise; emekli, malul, ölen sigortalının eşi ve çocukları ve sürekli iş göremezlik

geliri alanların oluşturduğu gruptur. Dağıtım esasına dayalı bir sosyal güvenlik sisteminde ideal olan aktiflerin pasiflere oranının minimum 4 olmasıdır (137). Ancak Türkiye'deki oran bunun çok altındadır. Tablo 20'de görüldüğü üzere yıllar içerisinde aktiflerin pasiflere oranında önemli bir değişim yaşanmamakla beraber 2003 yılında bu oran 2,04 iken 2017 yılında 1,95 olmuştur. Bu durum sosyal güvenlik kurumlarının geleceği açısından tehlike arz etmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumlarının tek çatı altında toplanması ile kapsam altına alınan nüfus oranı yıllar içerisinde artmış olmakla beraber Sağlıkta Dönüşüm Programı ile amaçlanan tüm nüfusun kapsam altına alınması hedefi gerçekleştirilememiştir. 2002 yılında sosyal güvenliğin kapsamı %69,7 iken 2017 yılında bu oran %87,1 olmuştur.

Tablo 21. Türkiye nüfusunun iş gücü göstergeleri (138)

Yıllar	İş Gücüne Katılma Oranı (%)	Çalışabilir Nüfus Oranı (%) (15-65 yaş)	İşsizlik Oranı (%)	Kayıt Dışı İstihdam (%)
2005	44,9	-	9,5	48,1
2006	44,5	-	9,0	46,9
2007	44,3	66,5	9,2	45,4
2008	44,9	66,9	10	43,5
2009	45,7	67,0	13,1	43,8
2010	46,5	67,2	11,1	43,2
2011	47,4	67,4	9,1	42,0
2012	47,6	67,6	8,4	39,0
2013	48,3	67,7	9,0	36,7
2014	50,5	67,8	9,9	34,9
2015	51,3	67,8	10,3	33,5
2016	52,0	68,0	10,9	33,4
2017	52,8	67,9	10,9	33,9

Tablo 21'de gösterildiği üzere; yıllar içerisinde nüfusun işgücüne katılım oranı artmıştır. 2005 yılında toplam nüfusun %44,9'u işgücüne katılırken, 2017 yılında bu oran %52,8 olmuştur. Çalışabilir nüfus olarak adlandırılan 15-65 yaş arası nüfustaki artış, işsizlik oranlarını da artırmıştır. Yıllar içerisinde kayıt dışı istihdamda azalmalar görülse de 2017 yılında bu oran %33,9 olarak hesaplanmıştır. İşsizlik oranları ise yıllar içerisinde artış

göstermiştir. 2005 yılında %9,5 olan işsizlik oranı, 2017 yılında %10,9'a yükselmiştir. Türkiye'de ortalama yaşam beklentisindeki artış, kayıt dışı istihdamın ve işsizlik oranının yüksek olması, artan sağlık harcamaları, aktif/ pasif sigortalıların oranının düşük olması ilerleyen yıllarda sosyal güvenlik sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit edecektir (139, 140). Bu durumla mücadele etmek için emeklilik yaşının arttırılması, tarım dışı işgücü arzının arttırılması, yeni iş gücü alanlarının oluşturulması, kişilerin eğitim ve bilinç düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir (140).

Türkiye'de sosyal güvenlik kurumlarının açık verme sebepleri (141);

- Aktiflerin pasiflere olan oranının düşük olması,
- Kayıt dışı istihdam,
- İş gücüne katılım oranının düşük olması,
- Prim afları,
- Sigortalıların ilgili kuruma bildirimde bulunmaması,
- Kaçak ve çocuk işçi sorunu,
- Sigortalıların çalışma süresini eksik bildirmeleri,
- Denetim yetersizlikleri,
- Prim tahsilat oranlarının yetersiz olması,
- Kurumsal yapılanma ve siyasi müdahaleler olarak özetlenebilir.

AVRUPA BİRLİĞİ-TÜRKİYE SAĞLIK BAKANLIĞI UYUM ÇALIŞMALARI

Türkiye, Avrupa Birliği üyeliği için Avrupa Ekonomik Topluluğu'nun kurulmasından kısa süre sonra 1959 yılında ortaklık başvurusunda bulunmuştur. 1963 yılında Ankara Antlaşması'nın imzalanmasından sonra Türkiye ile AET'nin ortaklık ilişkisinin çerçevesi çizilerek, Türkiye'nin AB'ye üyelik yolu açılmıştır. Ancak bu süreç Türkiye için zorlu ve uzun bir süreç olmuştur. 1999'da Helsinki Zirvesi'nde Türkiye'ye adaylık statüsü tanınarak, bundan sonraki süreçte uyum çalışmalarına ekonomik ve ticari konular dışında sosyal konular da eklenmiştir. 2005 yılında Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne tam üyelik müzakere süreci başlamıştır (142, 143). Bu süreçte Türkiye'nin AB mevzuatına uyumu, ülke içinde makro-ekonomik istikrarlı olması ve AB ortak politikalarına uyum sağlaması beklenmektedir (144).

Türkiye, AB müktesebatına uyum amacıyla hazırladığı Ulusal Program doğrultusunda mevzuat uyum çalışmalarını sürdürmektedir. Bu alanda sadece siyasi veya ekonomik önceliklerin yanında sağlık konusu da önem ve öncelik taşımaktadır. Ancak AB Müktesebatında, sağlıkla ilgili düzenlemeler tek bir başlık altında toplanmamış olup, ağırlıklı olarak “malların serbest dolaşımı”, “iş kurma hakkı ve hizmetlerin serbest dolaşımı”, “sosyal politika ve istihdam”, “çevre”, “tüketicinin ve sağlığın korunması”, “fikri mülkiyet hukuku” gibi başlıklar altında ve diğer bazı başlıklarda dolaylı olarak sağlığı ilgilendiren konulara yer verilmiştir. Bu bağlamda Türkiye’de yapılan sağlık çalışmalarının halk sağlığını AB üye ülkelerinin seviyesine çıkarmak ve sağlık sektöründe AB standartlarını yakalama amacı taşınması gerekmektedir (144).

İlk defa 2001 yılında Avrupa Birliği Müktesebatının üstlenilmesine ilişkin Türkiye Ulusal Programı yayımlanarak yürürlüğe girmiştir ve üyelik sürecinde Türkiye’nin kısa ve orta vadede gerçekleştirmesi gereken çalışmaları kapsamaktadır (145).

Tüketimin ve Sağlığın Korunması

Tüketimin ve Sağlığın korunması, AB müktesebatında tüketicilerin ekonomik çıkarlarının korunması, halk sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik konuları kapsamaktadır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı’nın yürüttüğü mevzuat uyum çalışmaları halk sağlığı alanına yoğunlaşmıştır (144).

Malların Serbest Dolaşımı

Bu ilke ile birliğin bütün ülkeleri arasında ürün ticaretinin serbestçe yapılabilmesi amaçlanmıştır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı, tıbbi ürünler ve cihazlar, kozmetikler, deterjanlar ve oyuncaklar ile ilgili mevzuat uyum çalışmalarını yürütmektedir (144).

İş Kurma (Yerleşme) Hakkı ve Hizmet Sunum Serbestisi

Genel amaç olarak birliğe üye tüm ülkeler arasında iş kurma hakkı ve hizmet sunma özgürlüğünün gerçekleştirilmesidir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı, öncelikle sağlık çalışanlarının (tıp doktorları, diş hekimleri, eczacılar, hemşire ve ebeler) eğitimlerinde müfredat, eğitim süresi ve mesleğin icrası konusunda AB müktesebatına uyumlu hale getirilmesini amaçlamıştır.

Çevre

Birliğin çevre politikasının amacı, çevrenin korunması ve sürdürülebilir kalkınmanın geliştirilmesidir. Su ve hava kirliliği, atık ve kimyasalların yönetimi, bio-teknoloji, doğa koruma, endüstriyel kirlilik ve risk yönetimi, gürültü ve radyasyondan korunma gibi konular AB müktesebatına uygun hale getirilmesi gereken konulardır. Genel olarak Çevre Bakanlığı'nın sorumluluğunda olan bu program, bazı açılardan Sağlık Bakanlığı'na sorumluluk yüklemektedir. Bunlar; hava kalitesi, su kalitesi ve biosidal ürünler ile ilgili olan alanlardır.

Sağlık Bakanlığı'nın AB Müktesebatına uyumu açısından direkt ve endirekt sorumlu olduğu konular Tablo 22 ve Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 22. Sağlık Bakanlığı'nın AB sürecinde doğrudan sorumlu olduğu konular (144)

<u>Sağlık Bakanlığı'nın Doğrudan Sorumlu Olduğu Konular</u>	
<u>Tüketicinin Sağlığının Korunması</u>	<u>Malların Serbest Dolaşımı</u>
Bulaşıcı Hastalıklar	Tıbbi cihazlar ve ürünler
Organ-Doku-Hücre	Oyuncaklar
Kan ve Kan Bileşenleri	Kozmetikler
Tütün-Alkol	Deterjanlar
Ruh Sağlığı	Doğal Mineralli Sular
Beslenme ve Fiziksel Aktivite	Yatay Mevzuat (Ürün Güvenliği)
Kanser	
Elektromanyetik Alanlar	
(Çevre ve Orman Bakanlığı'na devredilmiş olup SB katkısı devam etmektedir.)	<u>İş Kurma Hakkı ve Hizmet Sunma</u>
<u>Enerji</u>	<u>Özgürlüğü</u>
Tıbbi Işınlamalar ve Radyoloji	Tıp Doktorları
<u>Çevre</u>	Diş Hekimleri
Biosidal Ürünler	Eczacılar
İçme Suları	Hemşireler
Yüzme Suları	Ebeler

Tablo 22'de görüldüğü üzere; uyum programında Sağlık Bakanlığı'nın sorumlu tutulduğu konular AB'nin halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik planlarına benzer bir çizgide ilerlemiştir. Çağımızın sorunu olan bazı hastalıklarla mücadele, bireylerin

sağlığını tehdit eden zararlı alışkanlıklar, malların ve emeğin ticaretinin belli standartlar çerçevesinde yürütülmesi içeren düzenlemeler ele alınmıştır.

Tablo 23. SB'nin AB sürecinde dolaylı sorumlu olduğu konular (144)

SB'nin Diğer Kurumlara Katkı Verdiği Konular	
<u>İşçilerin Serbest Dolaşımı</u> Sağlık Sigortası Kartı konusunda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın mevzuat uyum çalışmalarına katkı vermektedir.	<u>Adalet, Özgürlük ve Güvenlik</u> Uyuşturucu ile mücadele ve iltica-göç konularında İçişleri Bakanlığı'nın mevzuat uyum çalışmalarına katkı verilmektedir.
<u>Sosyal Politikalar ve İstihdam</u> İş Sağlığı ve Güvenliği konusunda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Mevzuat uyum çalışmalarına katkı verilmektedir	<u>Gıda Güvenliği, Veterinerlik ve Bitki Sağlığı</u> Tarım Bakanlığı ile mevzuat uyum çalışmaları devam etmektedir
<u>Yargı ve Temel Haklar</u> İnsan hakları, işkence ve kötü muameleyle mücadele konularında İçişleri Bakanlığı ile Adalet Bakanlığı'nın mevzuat uyum çalışmalarına katkı vermektedir.	<u>İstatistik</u> Sağlık istatistikleri konusunda Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) çalışmalarına katkı verilmektedir.
	<u>Fikri Mülkiyet Hukuku</u> Tıbbi ürünlerde ek koruma sertifikası konusunda Türk patent Enstitüsü (TPE) koordinatörlüğündeki çalışmalara katkı verilmektedir.

Tablo 23'te ise Sağlık Bakanlığı'nın AB uyum sürecinde dolaylı olarak sorumlu olduğu konulara yer verilmiştir. Bu konular sağlığı direkt olmasa da dolaylı yönlendiren konuları içermektedir. Genel olarak bireylerin çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirmek, sağlık istatistiklerinin düzenli tutulması ve takip edilebilir olmasına yönelik düzenlemeleri içermektedir.

2008 yılında yayımlanan AB müktesebatının üstlenilmesine ilişkin ulusal programda sağlık başlığı altında sağlık politikasının temel amacı, kişilerin ekonomik ve sosyal hayatta sağlıklı bireyler olarak var olabilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunulabilmek olarak tanımlanmıştır. Bu amaçla, birincil olarak anne-çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri başta olmak üzere temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Bu hedefleri gerçekleştirmede, aile hekimliği sistemi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı, sağlık hizmetlerine olan erişimin

arttırılması, altyapı ve personel ihtiyacının karşılanması çözüm yolu olarak gösterilmiştir (145).

Beşerî tıbbi ürünlerle ilgili olarak alınan kararlar ise şu şekildedir;

- Toplum sağlığının korunması amacıyla, hatalı, bozulmuş veya sahte ürünlerin piyasadan çekilmesi; söz konusu ürünlerin depolanması, nakliyesi, alım ve satımının uygun şartlarda yürütülmesi ile ilgili usul ve esasların belirlenmesi,
- Reçetesiz beşerî tıbbi ürünlerin reklamına izin verilmesi,
- Nadir görülen hastalıklar için tedavi araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin desteklenmesi.

Mevzuatın uygulanması için, Türk İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulması uygun görülmüş ve böylece 2011 yılında Türk İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur. Diğer bir ihtiyaç ise veri tabanı kurulması ve DSÖ'nün ilaç güvenliği ile ilgili hazırlamış olduğu kaynakların Türkçeye çevrilmesidir. Biyosidal ürünler ile ilgili olarak piyasaya sürülmeden önce havyan ve çevre sağlığı açısından değerlendirilmesi, ruhsatlandırılması, ithalatı, sınıflandırılması ve benzeri durumlara ilişkin uygulamalara ilişkin yaptırımlar bulunmaktadır (145).

Sosyal Güvenlik Kurumlarına dair hükümlere bakıldığında ise Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun uygulanmasının sağlanması planlanmıştır. Bu konuda ihtiyaç olarak sosyal güvenlik sistemlerinin iş birliğinin güçlendirilmesi gerekli görülmüştür. Türkiye, 2006 yılında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununu yürürlüğe koymuştur ancak zorunlu hale gelmesi 2012 yılını bulmuştur (60).

AB müktesebatının üstlenilmesine ilişkin ulusal eylem planında bireylerin sağlığını korumak ve sürdürmek amacıyla (146);

- Tütün ve tütün ürünlerinin tanıtım, reklam ve kampanyalarının yasaklanması,
- Elektromanyetik alanlara karşı halkın bilgilendirilmesi, bu konuda kurum ve kuruluşların görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi,
- İnsan doku ve organ bağışları ile ilgili olarak usul ve esasların belirlenmesi,
- Kan ve kan ürünleri ile ilgili olarak kan merkezlerinin kurulması ve var olan kan merkezlerinin yönetmeliğe uygun olarak tekrar yapılandırılması,
- Kan bankacılığı ve transfüzyon uygulama rehberinin oluşturulması,

- Kanser ile savaşın etkin yürütülebilmesi için Ulusal Kanser Enstitüsü'nün kurulması önerilmiştir ve 2014 tarihli 6569 sayılı kanun ile Türkiye Kanser Enstitüsü kurulması,
- Toplum ruh sağlığı için 2006 yılında "Ruh Sağlığı Eylem Planı" hazırlanması,
- Bulaşıcı hastalıkların sürveyansı ve kontrolünün sağlanması, bildirim zorunlu hastalıklar listesinin AB ile revize edilmesi ile bu konuda "Bulaşıcı Hastalıklar Stratejik Planı"nın hazırlanması öngörülmüştür.

2008 yılı itibariyle ana hatları çizilen AB müktesebatının üstlenilmesine dair ulusal eylem planında, 2016 yılında yayımlanan Avrupa Birliği'ne Katılım İçin Ulusal Eylem Planı (2016-2019) ile aynı konu başlıkları detaylandırılmıştır. Bunlara ek olarak Polonya ve Macaristan ile sosyal güvenlik antlaşmasına gidilmesi planlanmıştır (147).

AB'nin 2018 yılında yayımladığı Eylül 2016- Şubat 2018 dönemini kapsayan Türkiye İlerleme Raporu, Türkiye'nin genel sosyal ve siyasal sorunlarına ek olarak sağlığa dair önemli sorunlarını ve çözüm önerilerini de içermektedir. Rapora göre Türkiye, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik olarak mevzuat uyumu, uygulanması ve izlenmesini geliştirmeli, çocuk işçilik oranını 2023'e kadar ortadan kaldırmalı veya %2'nin altına düşürmeli, iş sağlığı ve güvenliği profesyonelleri işverenlerden bağımsız olarak faaliyet göstermelidir (148).

Tüketicinin korunması ve halk sağlığı alanında ise Türkiye'nin iyi bir hazırlık aşamasında olduğunu bildiren rapor, ulusal sağlık bilgi sistemi gizliliğinin ve güvenliğinin artırılmasını, tüketici örgütleri ve paydaşları arasında iş birliği sağlanmasını, evde sağlık ve bakım hizmetlerinin, sağlık turizmine yönelik yönetmeliğin geliştirilmesini önermiştir. Halk sağlığına yönelik verilerde Türkiye'de ölüm oranlarının yüksek olduğunu belirterek, bu alana yönlendirilen finansal kaynakların artırılmasını, merkezi ve il düzeyinde halk sağlığı konularını ele almak için kurumsal/ıdari sektörler arası iş birliğinin geliştirilmesi gerektiğini, nadir hastalıklar için ulusal kayıt sisteminin kurulmasını öngörmüştür. Ayrıca sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin giderilmesini, uyuşturucu ile mücadele programlarının geliştirilmesini öneren raporda, mülteciler konusuna da yer verilmiştir. Türkiye'de Aralık 2017 itibariyle yaklaşık 4 milyon mültecinin olduğunu ve bu mültecilerin sağlık ihtiyaçlarının Türkiye'nin ulusal sağlık sistemi ve finansmanında ilave baskı yarattığını vurgulamıştır (149).

AB'nin yayımladığı raporlar ve Türkiye'nin hazırladığı ulusal programlar çerçevesinde Türkiye'nin özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde var olan sorunları çözmesi, sağlığa örgütsel ve bütüncül bir yaklaşım sergilemesi, sağlık göstergelerini iyileştirmesi ve sağlığa ayırdığı kaynakları arttırması veya daha etkili ve verimli bir biçimde kullanması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

TARTIŞMA

Geçmişten günümüze Türkiye'nin sağlık politikaları sürecine bakıldığında en büyük değişimin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerçekleştiği görülmektedir. SDP ile toplumun her kesimine ulaşan, hakkaniyetli, adaletli, finansman açısından sürdürülebilir, kaliteli, verimli, hasta ile doktor arasında para ilişkisinin olmadığı yeni bir sağlık sisteminin kurulması amaçlanmıştır (8). Programın çıktıları açısından başarısız olduğu noktalar olmuştur ve program kaynaklı sağlık sistemi içinde yeni sorunlar ortaya çıkmıştır.

SDP ile tanımlanan sağlık sistemi bileşenlerinden ilki Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı'dır. 1961 Anayasası Madde 49'da "*Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.*" ifadesi 1982 Anayasası Madde 56'da "*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.*" olarak değiştirilmiştir (56, 74). Bu düzenleme ile, sosyal devlet olma anlayışından uzaklaşıldığını görülmektedir. Böylece SDP'nin ilk bileşeni için hukuki alt yapı 1982 Anayasası ile hazırlanmıştır.

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK (2011) ile Kamu Hastane Birlikleri kurulmuştur ve aynı zamanda Sağlık Bakanlığı'nın görevlerini yeniden tanımlamıştır. 663 sayılı KHK'de devlet sadece acil durum ve afet

durumunda sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinden sorumludur, bunun dışında kalan hizmetlerde sadece strateji ve hedef belirleyen, planlama, düzenleme ve koordinasyon görevi olan bir yapıya bürünmüştür (150). Kamu sağlık kuruluşlarına, verimliliğin artırılması ve özel sektör ile rekabet ortamının kurulabilmesi için idari ve mali özerklik verilmiştir. Kurumlar ürettikleri hizmet oranında pay alacak, hizmet kalitesi ve fiyatlandırma hususunda denetim altında tutulacaklardır. Bu durum kamu hastanelerinin kâr odaklı sağlık işletmeleri haline gelmesine neden olmuştur. Kâr miktarının artırılması çalışmalarından biri performansa dayalı ek ödeme sisteminin kurulmasıdır (151). Hekimin daha kısa sürede daha çok hasta muayene etmeye çalışması, yatak doluluk oranlarının yükselmesi ancak hastanede kalış süresinin kısılması, tıbbi gereklilikten ziyade performans kriterlerinin öne çıkması sağlık hizmetlerinin kalitesi için de tehdit oluşturmaktadır. Örneğin, 2017 verilerine göre AB ülkeleri arasında ortalama hastanede kalış süresi 5-10 gün arasında değişir iken Türkiye’de bu oran 4,1, OECD ülkeleri arasında ise 4,2-16 gündür (152). BT görüntüleme sayısı ise 1000 kişi başı 207 görüntüleme ile Türkiye OECD ülkeleri arasında altıncı sırada yer alırken, MR görüntüleme sayısında 1000 kişi başına 119 görüntüleme ile üçüncü sırada yer almaktadır (153, 154). Sezaryen ile doğumlarda ise OECD ülkeleri arasında 1000 doğumda 531 sezaryen ile birinci sırada yer almaktadır (155).

Sağlığı kamusal bir faaliyet olarak gören anlayışın yerini sağlıkta piyasalaşma ve ticarileşme anlayışı alması ile performans sisteminin olumsuz etkileri açığa çıkmaya başlamıştır. Sistemin kötüye kullanımı var olan adaletsizliğin daha da artmasına sebep olmuştur. Sonuç olarak hizmetin niteliğinden çok niceliği ön plana çıkmıştır. Uzun vadede sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliğini tehdit edecek olan bu sistem aynı zamanda toplumun sağlığı açısından da risk teşkil etmektedir (156). Kamu Hastane Birlikleri 2017 yılı 694 KHK ile çok başlılık yarattığı gerekçesi ile kaldırılarak tekrar Bakanlık merkez teşkilatına bağlanmıştır (157).

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel ilkelerinden biri olan hizmette rekabet ilkesi gereği sağlık hizmet sunumuna özel sektörün de katılımı amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda 2000 yılında özel sağlık kurumları yatak sayısı 12162’den 49200’e çıkarak 4 kat artış göstermiştir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hizmet sunucuları ise 2000 yılında 96334’den 135339’a yükselerek 1,4 kat artış göstermiştir (93). Yatak doluluk oranlarına bakıldığında ise 2002 yılında özel sağlık kurumlarının yatak doluluk oranı %32 iken, 2017 yılında bu oran %61,4’e yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumların yatak doluluk oranı ise 2002 yılında %69,8 iken 2017 yılında 73,4’e yükselmiştir (93). Yani en büyük

değişim yine özel sağlık hizmeti sunucularında yaşanmıştır. Bu verilere göre özel sağlık hizmeti sunucularının hizmete katılımının hızla arttığı ve SDP'nin hizmette rekabet ilkesi gereği özel sağlık hizmet sunucularının teşvik edildiğinin göstergesidir.

SDP'nin ikinci bileşeni olan SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı'nın tek şemsiye altında toplanması ile SSK'lı bireyler devlet hastanelerinden faydalanmaya, istedikleri eczaneden ilaç almaya başlamışlardır. Sigorta kurumları arasındaki ayrımcılık kalktığı için, bireylerin diledikleri kurumdan sağlık hizmeti alması kolaylaşmıştır. Kurulan GSS, vatandaşların ödeme gücü oranında katkıda bulunacakları ve ihtiyaçları ölçüsünde kullanabilecekleri bir sigorta modeli olması esasına dayandırılmıştır. Ancak GSS primi ödemeyen/ödeyemeyenlerin ve prim borcu olanların sağlık hizmetinden faydalanamaması sistemin bir dezavantajıdır (158). Oysaki sağlık hizmeti ülkenin tüm vatandaşlarının temel hakkıdır ve sigorta kapsamı olarak tüm vatandaşları kapsamı altına alması gerekmektedir. 2017 yılı itibari ile nüfusun %87,1'i GSS kapsamı altına alınmışken, hala %12,9'luk kısmın sosyal güvencesi yoktur (133). Ayrıca sağlık primlerini ödeyemeyen bireylerin, sağlık harcamalarının devlet bütçesinden karşılanması sağlık harcamalarının da artmasına, dolayısıyla SGK ve Sağlık Bakanlığı'nın finansman sıkıntısı çekmesine neden olmaktadır.

Cepten yapılan sağlık harcamalarına bakıldığında ise toplam sağlık harcamaları içindeki oranı 2002 yılında %19,8 iken 2017'de 17,1'e düşmüştür ancak kişi başı toplam sağlık harcaması 2002-2017 reel olarak 1,5 kat, nominal olarak ise 6 kat artış göstermiştir (120). Ayrıca kişilerin cepten ödeme yaptıkları alanlar da çeşitlenmiştir. Örneğin; muayene bedeli, reçete bedeli, ilaç katılım payı, tıbbi malzeme katılım payı gibi. Artan cepten harcamalar için önerilen çözüm özel sağlık sigortaları olmuştur. 23 Ekim 2013 tarihli ve 28800 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe göre Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ile tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları gündeme gelmiştir. Bu durum zamanla SGK'nın finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamını daraltabileceğini göstermektedir (37).

Sağlık harcamalarının maliyetini düşürmesi, koruyucu hekimlik uygulamasına teşvik edilmesi, ilaç ve tıbbi malzeme israfının önüne geçmesi planlanan program ile SGK finansman açıkları artmıştır. 2003 yılında SGK'nın Gelir- Gider açığı yaklaşık 13.5 Milyar Lira iken, 2008 yılında yaklaşık 26 Milyar Lira, 2017 yılında ise kısmen düşüğe geçerek 24,5 Milyar Lirayı bulmuştur. Prim gelirlerinin emekli aylığı ve sağlık ödemelerini karşılama oranı 2003 yılında %59,1 iken 2017 yılında %72,4 olmuştur (159). Finansman

açıkları bütçe transferleri ile kapatılmaya çalışılmıştır. 2008 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu'na yapılan bütçe transferi 35 Milyar TL ile 2017 yılında 128 Milyar TL'ye yükselmiştir (160).

Etkili, kademeli sevk zinciri ve aile hekimliği modeli esas alınarak oluşturulan sistemde amaç, hastaların önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına (Aile Hekimliği'ne) müracaat etmesi, hekimin lüzum halinde hastayı ikinci veya üçüncü basamak tedavi kurumlarına sevk etmesidir (161). Ancak, başvuru oranlarına bakıldığında 2017 yılında toplam hekime müracaatların sadece yüzde 32,7'si birinci basamak sağlık hizmetlerine olmuştur, bu oranın da yüzde 31,7'si aile hekimliğine başvurudur (93). Temmuz 2007 yayınlanan "Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile kamu veya özel tüm sağlık kuruluşlarına basamak ayırt edilmeksizin başvurunun yolu açılmış ve zincirine uyma zorunluluğu kaldırılmıştır (162). Böylece SDP'nin en önemli ayağı sayılabilecek aile hekimliği modeli ve sevk zinciri usulüne uygun olarak uygulanamamıştır.

Aile hekimi başına düşen kişi sayısına bakıldığı zaman da bölgesel ve şehirselleşen olarak da eşitsizlikler oluşmuştur. Sağlık Bakanlığı 2017 yılı verilerine göre Türkiye'de ortalama aile hekimliği birimi başına 3207 kişi düşmektedir. Bölgesel olarak ise Doğu Marmara'da bu oran 3273 iken Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde 2957'dir (93). Sağlık Bakanlığı 2010 yılında ilan ettiği aile hekimi başına düşen kişi sayısının 3000'in altına düşürülmesi hedefine ulaşamamıştır (163).

Kronik hastalıklarla mücadele ve entegre sağlık hizmeti sunumu, kompleks sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, artan maliyetler, yaşlanan toplum gibi sorunlar sağlık sistemlerinin günümüzde karşılaştığı en büyük sorunlardır. Bu sorunlarla baş etmek için güçlü bir birinci basamağa sahip olmak gerekmektedir (164, 165). Bu anlamda bütüncül, kapsamlı ve sürekli bir sağlık hizmetini kişisel gereksinimleri göz önünde tutarak sunabilecek hekim, hastasıyla süreç içerisinde güvene dayalı, iyileştirici niteliği olan kişisel bir ilişki kurmuş olan aile hekimidir (166). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili verilmesi ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki yoğunluğun azaltılması, daha kaliteli sağlık hizmeti verilmesinin önünü açacaktır. Ayrıca bireylerin aile hekimliğine özendirilmesi, başvuruya teşvik edilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını sağlayarak tedavi hizmetlerindeki maliyeti düşürecektir (167).

Avrupa Birliği üye ÷lkelerindeki aile hekimliği pratiği ile T÷rkiye'deki aile hekimliği pratiği tanım olarak benzerlik g÷stermektedir. Bu benzerliğin biri, aile hekimliğinin bilimsel ve evrensel bir disiplin olması, ikincisi de T÷rkiye'de aile hekimliği modeli oluşturulurken Avrupa ÷lkelerinin deneyimi ve örneklerinin göz önüne alınmış olmasıdır. Ancak T÷rkiye'deki aile hekimliği pratiği, sevk sisteminin işler olmaması, aile hekimlerinin nitelik ve nicelik olarak az olması, tıp fak÷ltelerinin eğitim sistemindeki hatalar, aile hekimliği ile diğer branşların entegrasyon eksikleri nedeniyle hala geliştirilmeye ihtiyaç duymaktadır (61).

Çetinkaya, Baykan, Naçar (168) 2012 yılında yetişkinler arasında yaptıkları bir çalışmada, katılımcıların aile hekimliğinden haberdar oldukları halde ilk başvuru yeri olarak tercih etmedikleri ve aile hekimliklerinden koruyucu sağlık hizmeti almadıkları ortaya çıkmıştır.

Atılğan (105) 2015 yılı çalışmasında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 20013-2013 yılları arasında ayaktan tedavi hizmetlerine olan talebi %141 oranında artırdığını ortaya koymuştur. İlerleyen yıllarda sistemin finansal sürdürülebilirliğinin tehlikeye girmemesi adına, sağlık hizmetlerine ulaşım yollarının düzenlenmesini, katkı payları düzenlemesinden ziyade birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini ve kalite odaklı performans sistemi kurulmasını önermiştir.

Sağlık Bakanlığı (169) 2010 yılı sağlık personeli memnuniyet araştırmasında, sağlık personelinin memnun olmadıkları konular şu şekilde sıralandırılmıştır:

- Performans sisteminin ücret dağılımda eşitsizlikler meydana getirmesi,
- Personelin izin aldıkları takdirde ek ödemelerin kesilmesi,
- Mesleklere göre ek ödemeler arasında büyük farklılıklar olması,
- Sağlık personelinin aldıkları ücretleri düşük bulması,
- Sahada çalışan personel sayısının yetersiz olmasıdır.

Araştırmada, hekimlerin tam gün yerasından büyük oranda (%66,5) memnun oldukları, yasa kaldırılrsa bile kamuda çalışmaya devam etmek istedikleri ortaya konulmuştur. Sağlık çalışanlarının, aile hekimliği ile ilgili görüşlerine bakıldığında, %39,4'ünün aile hekimliği sisteminin hasta memnuniyetini artıracacağı yönünde görüş belirtmişlerdir. Aile hekimleri ve yöneticiler, aile hekimliği sisteminin sağlık göstergelerini

iyileştireceği yönünde olumlu görüş bildirirken, diğer sağlık personelleri bu konuda anlamlı bir görüş bildirmemiştir (169).

Tablo 24. Kurumlara göre sağlık hizmetinden memnuniyet oranı (%) (170)

Yıllar	Sağlık Ocağı	Üniversite	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Özel Muayenehane Ve Tıp Merkezleri	Aile Sağlığı Merkezi
2003	39,4	46,8	41,0	49,3	46,7	-
2006	57,1	53,8	51,5	44,3	44,6	-
2009	66,3	56,5	66,5	61,2	59,9	-
2012	-	72,1	75,7	67,1	59,6	77,7
2015	-	70,3	75	60,3	47,5	73,2
2017	-	66,6	73,2	61,5	57,2	73,7
2018	-	63,7	72,6	57,5	59,6	72,0

Tablo 24’te görüldüğü üzere TÜİK (170), Yaşam Memnuniyet Araştırması’nda 2018’de memnuniyet oranı en yüksek bulunan kurum (%72,6) devlet hastaneleri olmuştur. Sonra sırasıyla aile sağlığı merkezleri (%72), üniversite hastaneleri (%63,7), özel poliklinik ve tıp merkezleri (%59,6) ve özel hastaneler (%57,5) gelmektedir. Sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranı ise 2018 yılında %70,4, SGK hizmetlerinden memnuniyet oranı ise 2018 yılında %63,1 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 24’teki oranlara göre 2003-2018 yılları arası kişilerin devlet hastanesinden memnuniyet oranları yüzde 31,6 artmıştır. 2003 yılında en memnun olunan kurum üniversite hastaneleri olurken, 2018 yılında devlet hastaneleri olmuştur. Özel hastanelerden memnuniyet oranı da yıllar içerisinde artışa geçmiş olsa da en büyük değişim (sağlık ocağı ve aile hekimliğini benzer yapı olarak değerlendirirsek) aile hekimliği memnuniyet oranında olmuştur. 2003 yılında bu oran %39,4 iken 2018’de %72’ye yükselmiştir. Genel olarak kişilerin aile sağlığı merkezlerinden memnuniyet oranı yıllar içinde yükselmiştir.

Araştırmada 2018 yılında hastalık halinde sosyal güvencesi olan bireyler ilk başvuru yeri olarak %50,4 oranında, sosyal güvence sahibi olmayan bireyler %65,9 oranında devlet hastanelerini tercih ettikleri görülmüştür. 2003-2018 yılları arasında kişilerin hastalık halinde ilk başvurdukları kurum yüksek oranda devlet hastaneleri olmuştur (170).

Tablo 25. Kişilerin ilaç ve tedavi harcamalarını karşılama yöntemi (%) (170)

Yıllar	Sosyal Güvenlik	Özel Sigorta İle Karşılama Oranı	Yeşil Kart	Bireysel Ödeme
2003	58,5	1,0	4,2	32,1
2006	67,3	1,1	11,3	19,0
2009	70,8	0,9	12,7	14,7
2012	82,0	0	7,5	Veri yok
2015	79,6	1,0	9,5	8,1
2017	81,2	1,1	9,2	7,1
2018	80,4	1,0	10,9	7,4

Tablo 25’te kişilerin ilaç ve tedavi harcamalarını karşılama yöntemi verilmiştir. Yıllar itibari ile sosyal güvenlik sisteminin kapsamının artmasına bağlı olarak kişilerin sağlık harcamalarını sosyal güvenlik kurumları üzerinden karşılama oranı da yükselmiştir. 2003 yılında %58,5 olan bu oran, 2018 yılında %80,4’e yükselmiştir. Özel sigorta ile karşılama oranına bakıldığında değişim göstermeyerek yıllar itibariyle ortalama %1’lik bir paya sahip olmuştur. En ciddi değişim kişilerin ilaç ve tedavi harcamalarını bireysel ödeme ile karşılama oranında olmuştur. 2003 yılında %32,1 olan bu oran, 2018 yılında %7,4’e düşmüştür. Bu durum sağlık harcamaları istatistikleri içerisinde Tablo 18’de verilmiş olan yıllar içinde toplam sağlık harcamaları içinde kişilerin cepten yapmış olduğu kişilerin cepten yaptığı ödeme oranlarının da düştüğünü bulgusunu destekler nitelikte olmuştur.

Sağlık hizmetleri kullanımında 2018 yılında kişilerin yapılan muayenelerden memnun kalma oranının tüm kurumlarda yapılan muayenelerde kişiler %27-29 arasında memnun olmadıklarını bildirmişlerdir. Kişilerin en büyük sorun olarak gördüğü konu ise özel hastanelere başvurularında muayene ve tahlil işlemleri için ödeme yapmaları olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye’de hane halkı tüketim harcamaları içerisinde sağlık harcamaları 2017 itibari ile %2,2’lik bir paya sahiptir. 2003 yılından bu yana ciddi bir değişim göstermemiştir (171). Kişi başına düşen gelir itibari ile Türkiye orta-üst gelir grubuna dâhil olan ülkeler arasındadır. 2017 yılında Türkiye’de kişi başına düşen gayri safi yurtiçi milli hasıla 7.007 TL (4.698 \$) iken 2017 yılında 38.680 TL (10.632 \$) olmuştur ancak dolar bazında 2014’ten

bu yana değer kaybetmektedir (172). Durum böyle olunca kişilerin sağlık hizmeti için ek ödeme yapmaları, kişiler için memnuniyetsizlik oluşturmaktadır. Ancak genel sağlık hizmetlerinde görülen memnuniyet artışı, sağlık hizmetlerine olan erişimin artması, kişilerin cepten yaptığı sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının düşmüş olması ve katastrofik sağlık harcaması yüzünden yoksullaşma oranının düşmüş olması Türk sağlık sistemi ve vatandaşları için önemlidir.

Genel olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı için amaçlarına ulaşamadığı söylenilmektedir. Kendi ilkeleri ve amaçları ile çatışan uygulamalar ortaya koyması, performans odaklı bir sistem olması, hizmetin niteliğinden çok niceliğinin ön plana çıkması nedeniyle hem teoride hem de pratikte mevcut sorunları çözmenin aksine yeni sorunlar ortaya çıkarmıştır. Bu sorunların çözümü kolay olmamakla birlikte, Avrupa Birliği yelik sürecinde her adımda Türkiye için engel oluşturmaktadır. Türkiye, sağlıkta birçok parametrede AB ortalamasının altında kalmaktadır. Bu durum Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde performans odaklı sistem yerine kalite ve verimlilik odaklı bir sistem kurmasını zorunlu hale getirmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de 1980’li yıllara kadar sağlık hizmetleri devletin sunmakla yükümlü olduğu hizmetler arasında yer almıştır. 1980 sonrası dünyada hâkim olmaya başlayan neo-liberal politikalar, DB ve IMF’nin etkileri ile Türkiye de reform sürecine girmiş bulunmaktadır. 2003 yılında uygulamaya koyulan Sağlıkta Dönüşüm programı ile sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında önemli değişimler meydana gelmiştir. Gerekçe olarak ise; kamu sağlık harcamalarının artması, sunulan sağlık hizmetinin kalite verimliliğinin düşük olması, hizmete ulaşmadaki hakkaniyetsizlikler, nüfusun büyük çoğunun sosyal güvence kapsamı altında olmaması gösterilmiştir.

SDP’nin uygulamaya koyulmasından sonra Sağlık Bakanlığı hizmet sunumundan denetleyici ve düzenleyici role geçmiştir.

Sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi ile kapsam altındaki nüfus oranının artırılması hedeflenmiştir ancak bu durum prim borcu olan veya ödeyemeyen kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanmasını engellemiştir. Nüfusun tamamının sosyal güvenlik kapsamına alınması hedeflenmişken 2017 itibari ile nüfusun %12,9’unun sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

SDP’nin en önemli ayağı olan aile hekimliği sistemi, etkili ve kademeli sevk zincirinin işler hale getirilememesi sebebiyle kişilerin ilk başvuru yeri olmaktan çıkmıştır. Ayrıca yeterli sayıda aile hekimi bulunmaması, aile hekimi başına düşen kişi sayısındaki bölgesel dengesizlikler sistemin bir sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık göstergeleri, sağlık hizmeti kullanımını açısından Türkiye ile AB ülkeleri arasında önemli farklılıklar vardır. Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresinin artması,

anne ve bebek ölümlerinin azalması, 1000 kişi başına düşen hastane yatağının artması, gibi iyileşmeler görülse de halen AB ülkelerinin gerisinde kalmaktadır.

Sağlık harcamalarına bakıldığında Türkiye'nin cari sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı %4,2, OECD ortalaması olan %8,9'un çok altında kalmaktadır. Sağlık harcamalarının %78'i kamu tarafından karşılanmaktadır. SDP'nin hedeflerinden biri olan kamunun sağlık harcamalarındaki payının düşürülmesi gerçekleştirilememiştir ancak son yıllarda özel sektörün hizmet sunumuna katılımı artmıştır.

2000-2017 yılları arasında özel sağlık kurumlarının yatak sayısı 4 kat artarken, sağlık bakanlığına bağlı kurumların yatak sayıları 1,5 kat artmıştır. Hastane yatak doluluk oranlarında ise en büyük değişim özel sağlık kurumlarında olmuştur. 2002-2017 yılları arasında özel sağlık kurumlarının yatak doluluk oranları yaklaşık iki kat artmıştır ancak sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde ve üniversite hastanelerinde önemli bir değişim yaşanmamıştır. Yine de hizmet sunum ve finansmanı ağırlıklı olarak kamu tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde yeni ve pahalı teknolojilerin kullanılması, sektörün büyümesine bağlı olarak faaliyet gösteren aktörlerin artması, Türkiye'de 65 yaş ve üzeri birey sayısının, kronik hastalıkların artması gibi faktörler nedeniyle sağlık harcamaları da 2000-2017 yılları arasında 17 kat artmıştır. Kamunun Türkiye'de hala finansman ve hizmet sunumunda büyük bir paya sahip olması, özel sigortacılık sisteminin gelişmemesi, özel sektörün hizmet sunumuna yeterli düzeyde katılamaması ilerleyen dönemlerde, mali sürdürülebilirliği tehdit etmesi nedeniyle finansman yöntemlerinde yeni reform arayışlarına sebep olabilir. Bu sorunlara bir çözüm yolu olarak;

- Koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın artırılması,
- Ekonomik durumu yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasına teşvik edilmesi,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin personel niteliği ve niceliği açısından desteklenmesi, alt yapı sorunlarının çözülmesi,
- Aile hekimliği sisteminin mevcut sorunları giderildikten sonra basamaklı sevk zincirinin işler hale getirilmesi,
- Kişilerin sağlık eğitim seviyesinin yükseltilmesi önerilebilir.

Ayrıca sağlık hizmeti sunan taraf olan sağlık personellerinin arasındaki ücret adaletsizliklerinin giderilmesi, sağlıkta performans sisteminin revize edilmesi, sağlık

personellerinin sayısal olarak artırılması hem hizmet kalitesi ve verimliliği açısından hem de çalışan memnuniyetinin artırılması açısından iyileşme sağlayacaktır.

Türkiye'nin AB katılım sürecinde ağırlıklı olarak ilgilenmesi gereken konu sağlık göstergelerinin AB ülkeleri seviyesine yükseltilmesidir. AB'nin yayımladığı 2018 Türkiye İlerleme Raporu'nda Türkiye'nin halk sağlığı alanına daha çok yatırım yapmasının özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağın artırılmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Ayrıca ulusal sağlık istatistiklerinin daha doğru ve güvenilir bir biçimde tutulmasının gerekliliğinden söz edilmiştir.

Gerek Avrupa Birliği'nin yayımladığı raporlar gerekse Türkiye'nin sağlığa ilişkin verileri incelendiğinde, Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde var olan sorunları çözmesi için sağlığa örgütsel ve bütüncül bir yaklaşım sergilemesi, sağlığa ayırdığı kaynakları daha etkili ve verimli kullanması gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır.

Son olarak ise Türkiye'nin AB'ne uyum sürecinde hedefi, herkesi kapsayan, hakkaniyet ve dayanışma ilkeleri üzerine kurulu olan "Avrupa Sosyal Modeli" yaklaşımı olmalıdır ve reformlarını bu felsefi bakış açısı içinde gerçekleştirmelidir. Bu sayede hem yasal düzenlemeler hem birliğe uyumu ve geçiş süreci daha hızlı olacaktır.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansman yapısının Avrupa Birliği üyelik süreci içinde değerlendirilmesidir.

Araştırmanın yöntemi ve veri toplama tekniğinde, incelenen konuyla ilgili olarak, Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye İstatistik Kurumu, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu gibi örgütlerin raporları kullanılarak literatür taraması yapılmıştır. Bunun sonucunda Türkiye’de sağlık sektörü ile ilgili olarak geçmişe, bugüne ve de geleceğe yönelik çıkarımlarda bulunulmuştur.

Türkiye, Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü gibi aktörlerin etkisi ile 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programını uygulamaya koyarak sağlık sektöründe ciddi bir değişim dinamiği içine girmiştir. Bu dönemde Sağlıkta Dönüşüm Programı amaçları ve ilkeleri ile çelişen uygulamalar ortaya koymuştur. Düşürülmek istenen sağlık harcamaları artmış, aile hekimliği ve sevk zinciri işler hale getirilememiş, sosyal güvenlik kurumlarının finansman açıkları artmıştır. Sağlık hizmetleri sunum ve finansmanında kamunun payı düşürülerek özel sektörün katılımının artırılması amaçlansa da kamu halen en büyük hizmet ve finansman kaynağıdır. Sağlık göstergeleri ise AB ülkelerinin çok altında kalmıştır.

AB üyelik sürecinde üzerinde durulması gereken en önemli konu ise halk sağlığı ve aile hekimliği sistemi olmuştur. Hazırlanan eylem planları ve müktesebat uyumlaştırma çabaları AB üyelik sürecinde Türkiye için zorlayıcı/ teşvik edici güç olmuştur.

Anahtar kelimeler: Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Avrupa Birliği, Sağlık Politikaları, Sağlık Hizmetleri Finansmanı

SUMMARY

STRUCTURAL and FINANCIAL TRANSFORMATION of HEALTHCARE SERVICES in TURKEY WITHIN THE CONTEXT of EU INTEGRATION PROCESS

The aim of this study is to evaluate the provision of health services and its financing structure in Turkey within the European Union membership process.

In terms of research method and data collection technique, first of all literature review was conducted using the reports of organizations such as the Organisation for Economic Co-operation and Development, Ministry of Health, State Planning Organization, Turkish Statistical Institute, United Nations Children's Aid Fund. As a result, inferences regarding the health sector in Turkey were made for the past, present and future.

Turkey entered serious change dynamics in the health sector with the impact of various actors such as The International Monetary Fund, World Bank and World Trade Organization by putting the health transformation program into practice in 2003. In this period, the Health Transformation Program revealed practices that contradicted its objectives and principles. The health expenditures that wanted to be reduced increased, family practice and referral chain could not be made operational and the financing deficits of social security institutions also increased. Although it was aimed to increase the participation of the private sector by decreasing the share of the public in the provision and financing of health services, the public is still the biggest source of services and financing. Health indicators are well below the EU countries.

The most important issue to be considered in the EU membership process is the public health and family practice system. Prepared action plans and legal acquis harmonization efforts have been challenging/ encouraging forces for Turkey in the EU membership process.

Keywords: Health-Care Services in Turkey, European Union, Health Policies, Health Care Financing

KAYNAKLAR

1. Erol H, Özdemir A. Türkiye’de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi. 2014;4(1):9-34.
2. Kılavuz E. sağlık harcamalarındaki artış ve temel bakım hizmetleri. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2010;29(2):173-92.
3. Yeldan E. Küreselleşme sürecinde Türkiye ekonomisi: Bölüşüm, birikim ve büyüme. İstanbul: İletişim Yayınları A.Ş; 2013.
4. Ünlütürk-Ulutaş Ç. Türkiye’de sağlık emek sürecinin dönüşümü. Ankara: Notabene. 2011.
5. Ülker S, Lister J. Kapitalizmin krizi ve sağlık (Crisis of capitalism and health; Ankara: Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı; 2011.
6. Ergun C, Ergun AD. Dönüşüm mü, piyasalaştırma mı?,Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı pzerine bir tartışma. Toplum ve Demokrasi Dergisi. 2014;4(8-9-10).
7. Yılmaztürk A. Türkiye’de sağlık reformlarının tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı’nın küresel niteliğinin değerlendirilmesi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi. 2013;15(1):176-88.
8. Sağlık Bakanlığı (T.C.). Sağlıkta dönüşüm. Ankara: 2003.
9. Yıldırım HH. Türkiye sağlık sistemi: sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu. Baskı, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları. 2013.
10. Kayagil ME. Türkiye-AB müzakere sürecinde sosyal politikada yaşanan gelişmeler. Çalışma Dünyası Dergisi. 2015;2:34-58.
11. https://www.ab.gov.tr/katilim-muzakereleri_37.html [Erişim tarihi:03.02.2019]
12. McCormick J, Şahin Y, Şahin HH, Durgut S. Avrupa Birliği’ni anlamak: BigBang Yayınları, 2018.

13. Türe H, Doğan S, Koçak D. Avrupa birliği 2020 stratejisi ve Türkiye. Ankara: Gazi Kitabevi; 2018.
14. https://www.ab.gov.tr/avrupa-birliginin-tarihcesi_105.html [Erişim tarihi: 04.02.2019]
15. Yıldırım HH, Yıldırım T. Avrupa birliği sağlık politikaları ve sağlık sistemleri. Ankara: ABSAM; 2013.
16. Dedeoğlu B. Dünden bugüne avrupa birliği: Boyut Kitapları; 2005.
17. <https://www.avrupa.info.tr>. [Erişim tarihi: 05.02.2019]
18. <https://europarlamenti.info/en/European-union/history/> [Erişim tarihi: 05.02.2019]
19. Akçay EY, Argun Ç, Akman E. AB'nin tarihsel gelişimi ve ortak dış ve güvenlik politikası. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 2011;3(4):117-31.
20. https://www.ab.gov.tr/_105.html [Erişim tarihi: 06.02.2019]
21. Tunçsiper B, Yakut Ş. Avrupa birliği'nin ekonomik parasal birlik hedefi ve Türkiye'nin uyumu. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 1998;102.
22. Karluk R, Tonus Ö. Avrupa para birliği, euro ve geleceği. Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi. 1998;14(1-2):261-93.
23. Yıldırım T. Avrupa birliği, sağlık çalışanları ve türkiye: serbest dolaşım ve potansiyel göç. Ankara: ABSAM; 2015.
24. Öztürk Z, Karakaş ET. Avrupa birliği'ne üye ülkelerde sağlık sistemleri yönetim ve organizasyon yapısı almanya, fransa, İrlanda ve İngiltere örnekleri. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2015;1(2):39-59.
25. Yıldırım HH, Yıldırım T. Avrupa birliği'ne üyelik sürecinde türkiye sağlık sektörü. İmaj Yayınevi. 2011;2.
26. https://ec.europa.eu/health/policies/overview_en [Erişim tarihi: 12.03.2019]
27. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Avrupa topluluklarını kuran temel antlaşmalar (akçt, aet, aact). Ankara: Ağustos; 1993.
28. Akdur R. Sağlık sektörü:" temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde durum ve Türkiye'nin Birliğe uyumu: Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi; 2003.
29. https://europa.eu/europeanunion/sites/europaeu/files/docs/body/treaties_establishing_the_european_communities_single_european_act_en.pdf. [Erişim tarihi:03.03.2019]
30. https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/maastricht_en.pdf [Erişim tarihi:13.03.2019]

31. Tanrıtanır N. Türkiye ve Avrupa Birliği'ndeki sağlık politikaları ve göstergelerinin karşılaştırılması. Technical Report; 1997.
32. Çiçekli B. Avrupa sosyal şartı temel rehber. Ankara: Seçkin yayıncılık; 2001.
33. Özer MA. Avrupa Birliği'ne tam üyeliğin eşliğinde Türkiye. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2009;16(1):89-105.
34. Telli R. Türkiye ekonomisi ve avrupa birliği. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım; 2015.
35. Uysal C. Türkiye-Avrupa Birliği ilişkilerinin tarihsel süreci ve son gelişmeler. Akdeniz İİ BF Dergisi. 2001;1:140-53.
36. Ülger İK. Avrupa Birliği Rehberi: Umuttepe Yayınları; 2008.
37. Yaşar GY, Göksel A, Birler Ö. Türkiye'de sağlık ve sosyal güvenlik: insana karşı piyasa: Nota Bene Yayınları; 2017.
38. Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A. Halk sağlığı. Akdur R Türkiye'de Sağlık Hizmetleri 1nci Baskı, Ankara: Antıp Yayınları. 1998:3-52.
39. Aksakoğlu G. Sağlıkta sosyalleştirmenin öyküsü. Memleket Siyaset Yönetim Dergisi. 2008;8:7-62.
40. Akdur R. Cumhuriyet'ten günümüze Türkiye'de sağlık. 2016.
41. Karabulut U. Cumhuriyet'in İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış, Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937). 2007.
42. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık işletmeleri yönetimi: Nobel Akademik Yayıncılık; 2012.
43. Dirican R. Türkiye'de sağlık hizmetleri'nin örgütlenmesine genel bir bakış. Bursa: 21. Milli Tıp Kongresi; 1970.
44. Fişek NH. Halk sağlığına giriş: Hacettepe Üniversitesi; 1983.
45. Fişek N. Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları. Prof Dr Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları, Sağlık Yönetimi, Türk Tabipleri Birliği, Ankara. 1991.
46. Kurt AÖ, Şaşmaz T. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2012;2(1):21-30.
47. Milli Birlik Komitesi (MBK). Genel Kurul Toplantısı Yetmiş Birinci Birleşim. 1961.
48. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Birinci beş yıllık kalkınma planı. 1963.

49. Hayran O, Sur H. Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme- finansman- yönetim- mevzuat: Yüce Yayınları; 1998.
50. Kutlar A, Torun P. Sağlıkta dönüşüm programı ve Türkiye'de sağlık hizmetleri. Edirne: III. IBANESS Kongreler Serisi; 2017.
51. Elbek O, Adaş EB. Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni. 2009;12(1):33-43.
52. Memişoğlu D. Bir kamu politikası analizi örneği: Sağlıkta dönüşüm programı. Yasama Dergisi. 2016;34:62-93.
53. Hasan Hüseyin Yıldırım TY. Avrupa birliğine'ne uyum ve katılım sürecinde Türk sağlık sektörü açısından değerlendirmeler. Ankara: Ab Sağlık Araştırma Dosyası; 2005.
54. T.C. 58. Hükümet. Acil Eylem Planı (AEP). 2003.
55. Başol E, Abdülkadir I. Türkiye'de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: sağlıkta dönüşüm programından günümüze bazı değerlendirme ve öneriler. International Anatolia Academic Online Journal/Sosyal Bilimler Dergisi. 2017;2(1):1-26.
56. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Madde 56. Resmi Gazete (17863 sayılı)1982.
57. Sağlık Bakanlığı (T.C.). Bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin sağlık bakanlığına devredilmesine dair kanun. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/01/20050119M1-1.htm>2005.
58. Sağlık Bakanlığı (T.C.). Sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>2011.
59. 5502 sayılı sosyal güvenlik kurumuna ilişkin bazı düzenlemeler hakkında kanun. Resmi Gazete (26173 sayılı). 2006.
60. 5510 sayılı sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası kanunu. Resmi Gazete (26200 sayılı). 2006.
61. Yıldırım HH. Türkiye Aile Hekimliği Modeli: Avrupa birliği pratiği ile karşılaştırmalı bir analiz. ABSAM Analiz. 2015(3).
62. 5258 sayılı aile hekimliği kanunu. Resmi Gazete (25665 sayılı). 2004.
63. 5947 sayılı. Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasına ve bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına dair kanun (27478 sayılı). Resmi Gazete2010.
64. Sağlık Bakanlığı (T.C.). Sağlık bakanlığı'na bağlı döner sermayeli kurum ve kuruluşlarda görevli personele döner sermayeden yapılacak ek ödeme hakkında yönerge. Araştırma, Planlama, Koordinasyon Kurulu Başkanlığı; 2002.
65. Bloom DE, Canning D. The health and wealth of nations. Science. 2000;287(5456):1207-9.

66. Yıldırım HH, Yıldırım T, Akbulut Y. Sağlık sigortacılığı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi AÖF yayınları; 2012.
67. Orhaner E. Türkiye'de sağlık sigortası: Gazi Kitabevi; 2000.
68. Ünal E. Sağlık ekonomisi ve yönetimi: Ekin Yayınevi; 2013.
69. Ateş M. Sağlık işletmeciliği. Ateş M, editor. İstanbul: Beta Basım; 2012.
70. Atabey SE. Sağlık sistemleri ve sağlık politikası. Ankara: Gazi Kitabevi; 2016.
71. Güvercin A, Mil Hİ, Tarım B. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). Bartın Üniversitesi İİ BF Dergisi. 2016;7(13):80-94.
72. Wild C, Gibis B. Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands, and Austria. Health Policy. 2003;63(2):187-96.
73. Sağlık Bakanlığı (T.C). Sağlık bakanlığının tarihçesi [Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>].
74. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Madde 48. Resmi Gazete (10859 sayılı)1961.
75. <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce> [Erişim tarihi: 25.04.2019]
76. Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK). Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi. 2017.
77. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). İstatistik yılığı. 2006.
78. 1479 sayılı esnaf ve sanatkarlar ve diğer bağımsız çalışanlar sosyal sigortalar kurumu kanunu. Resmi Gazete (13956). 1971.
79. Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu. Resmi Gazete (7235 sayılı). 1949.
80. Sözer AN. Türk genel sağlık sigortası. İstanbul: Beta Basım; 2014.
81. Türkiye İstatik Kurumu (TÜİK). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi. Yayın; 2011.
82. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). İstatistik yılığı. 2011.
83. Cevahir E. Türkiye'de sağlık sisteminin dönüşümü: toplumsal yansıma örnekleri: Kibele Yayınları; 2016.
84. Görmüş A. Sağlık sisteminde dönüşüm ve sağlık insan gücü üzerine etkileri. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2013.
85. Sağlık Uygulama Tebliğı. Resmi Gazete (28597 sayılı). 2013.
86. Ağır H, Tıraş HH. Türkiye'de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.15(2):643-70.
87. Mazgit İ. Ekonomik kalkınma sürecinde Türkiyede sağlık sektörünün yeniden yapılanması: DEÜ Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 1998.

88. Fişek N. Sağlık, nüfus ve çevre. Nüfus ve Çevre Konferansı; Ankara: Türkiye Çevre Sorunları Vakfı Yayını; 1982.
89. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Yıllara göre Türkiye'nin toplam nüfusun yaş gruplarına göre oranları. 2017.
90. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Nüfus projeksiyonları 2080. Erişim: www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do. 2018.
91. Global AgeWatch Index. Global ranking table. 2017.
92. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Avrupa ülkelerinde cinsiyete göre doğumda beklenen yaşam süreleri. 2017.
93. Sağlık Bakanlığı (T.C). Sağlık istatistikleri yıllığı. Ankara; 2017.
94. Eurostat (2019). Population structure by major age groups.
95. Ulutürk S. Sağlık ekonomisi, sağlık statüsü, sağlığın ölçülmesinde kullanılan ölçütler ve önemi: türkiye örneği. Finans politik & ekonomik yorumlar. 2015;52(603):47-63.
96. Tüylüoğlu Ş, Tekin M. Gelir düzeyi ve sağlık harcamalarının beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı üzerindeki etkileri. Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2009;13(1):1-31.
97. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. [Erişim tarihi: 28.04.2019]
98. Sağlık Bakanlığı (T.C). Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. 2018.
99. UNICEF (US). Trends in under five mortality rate. 2017.
100. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Yataklı ve yataksız tedavi kurumlarının dağılımı. 2017.
101. OECD (2019). Hospital beds (indicator).Erişim tarihi: 21 May 2019.
102. OECD (2019). Health care utilisation. 2016.
103. (2019) O. Healt at a glance 2017.
104. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Hekim sayısı, hekim başına düşen kişi sayısı ve hekim başına hasta müracaat sayısı 2017.
105. Atılgan E. Sağlıkta dönüşüm programının Türkiye'de sağlık hizmetleri talebi üzerine etkileri. Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi. 2015;18(96):8-23.
106. OECD.data. Health equipment. 2017.
107. OECD.Stat. Health Care Utilisation: Diagnostic exams. 2017.
108. Üçer AR. Sağlıkta dönüşüm programının yarattığı talep patlaması. Tıp Bu Değil. 2013;2:257-79.

109. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Sağlık personeli sayısı. 2017.
110. Belek İ. Türkiye’de Sağlık harcamaları: makro düzeyde bir değerlendirme. Ekonomik Yaklaşım. 1997;8(24-25):147-56.
111. Daştan İ, Çetinkaya V. OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi. 2015;5(1):104-34.
112. Demirkıran M, Şahin B. Pratisyen hekimlerin ilaç seçimlerini etkileyen faktörlere ilişkin değerlendirmeleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2010;13(1):1-28.
113. Belek İ. Sağlıkın politik ekonomisi: sosyal devletin çöküşü: Yazılama Yayınevi; 2009.
114. Kurtulmuş S. Sağlık ekonomisi ve hastane yönetimi: Değişim Dinamikleri Yayınları; 1998.
115. Mutlu A, Işık AK. Sağlık ekonomisine giriş: Ekin Kitabevi; 2012.
116. Lindahl M. Estimating the effect of income on health and mortality using lottery prizes as an exogenous source of variation in income. Journal of Human resources. 2005;40(1):144-68.
117. Memişoğlu D, Durgun A. 2008 ekonomik krizi ve Türkiye’de sağlık sektörü üzerine etkileri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2011(13):81-100.
118. Yardan ED, Demirkıran M, Yabana B. Türkiye’de sağlık harcamaları trendi. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016;9(1).
119. Akdur R. Sağlık Harcamaları. Bilim ve Ütopya. 2008;14(170):1-8.
120. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Sağlık Harcamaları İstatistikleri. 2017.
121. Atasever M. Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi 2002-2013 dönemi: Sağlık Bakanlığı yayın no:983; 2014.
122. Sağlık Bakanlığı (T.C). Türkiye ulusal sağlık hesapları hane halkı sağlık harcamaları 2002-2003. Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; 2006.
123. Akdağ R, Koç Y. Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011): herkes için sağlık: TC Sağlık Bakanlığı; 2012.
124. Sevda A. Türkiye’de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nisbi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2014;21(1):311-22.
125. Mullen PM, Spurgeon P. Priority setting and the public: Radcliffe Medical Press Abingdon; 2000.

126. Yereli A, Kobal İ, Köktaş A. Sağlık Piyasasında Düzenleyici ve Denetleyici Otorite: Türkiye Üzerine Bir Öneri. Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi. 2010.
127. Sağlık Bakanlığı (T.C). Sağlık istatistikleri yıllığı 2016 haber bülteni. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.2017.
128. <https://stats.oecd.org/Index.aspx#> [Erişim tarihi: 01.05.2019]
129. OECD (2019). Health spending. 2017.
130. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Yoksulluk sınırı yöntemlerine göre yoksul fert sayısı, Türkiye. 2017.
131. Çınaroğlu S, Şahin B. Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2016;19(1):73-86.
132. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). İstatistik yıllığı2009.
133. Sosyal Güvenlik Kurumu. SGK istatistik yıllığı. 2017.
134. Altunöz U. Sosyal güvenlik politikaları açısından bütçe transferlerinin makroekonomik etkileri: Türkiye deneyimi. International Review of Economics and Management. 2017;5(1):58-77.
135. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). İstatistik yıllığı2017.
136. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). İstatistik yıllığı. 2010.
137. Makas R. Sosyal güvenlik kurumlarının yeniden yapılanması üzerine. Çalışma ve Toplum. 2004;1:67-79.
138. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Hanehalkı işgücü araştırması veri seti. Ankara; 2017.
139. Bayrı O. Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin kurum ve kapsam olarak gelişimi ve sosyal güvenlik adaleti. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi. 2013;3(2).
140. Sarıca AO. Kayıtdışı istihdam ve mücadele yöntemleri. Yayınlanmamış DPT Planlama Uzmanlık Tezi, Ankara. 2006.
141. Fırat MS. Türkiye’de sosyal güvenlik kurumu bütçesi ve sosyal güvenlik açıkları. TBB Dergisi. 2016;127:317-38.
142. Çelik A. Avrupa birliği sosyal politikası ve Türkiye. İstanbul: Kitap Yayınevi; 2014.
143. https://www.ab.gov.tr/siteimages/2017_08/kronoloji.pdf [Erişim tarihi: 03.05.2019]
144. Sağlık Bakanlığı (T.C). Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları. Ankara: Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı. Bakanlık yayın no: 780; 2010.

145. Avrupa birliği müktesebatının üstlenilmesine ilişkin Türkiye ulusal programının uygulanması koordinasyonu ve izlenmesine dair karar. Resmi Gazete (24352 sayılı). Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme Yayın Genel Müdürlüğü, ; 2001.
146. 6569 Sayılı Türkiye sağlık enstitüleri başkanlığı kurulması ile bazı kanun ve kanun hükmünde kararnelerde değişiklik yapılmasına dair kanun. Resmi Gazete (29187 sayılı). 2014.
147. Avrupa Birliği Bakanlığı (T.C). Avrupa Birliği'ne katılım için ulusal eylem planı (Ocak 2016- Aralık 2019). 2016.
148. https://www.ab.gov.tr/siteimages/pub/komisyon_ulke_raporlari/2018_turkiye_raporu_tr.pdf [Erişim tarihi: 20.05.2019]
149. European Commission. Commission staff working document :Turkey 2018 Report. Strasbourg.2018.
150. Yenimahalleli Yaşar G. AKP'li yıllarda sağlık ve sağlık politikası. Türkiye'de sağlık ve sosyal güvenlik: İnsana Karşı Piyasa. 2017.
151. <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/10/kamu-hastane-birlikleri-modelinin-iflasi-ve-sağlik-bakanligi-teskilat-yapisinda-degisiklikler/>. [Erişim tarihi:08.05.2019]
152. OECD (2019). Lenght of hospital stay.
153. OECD (2019). Computed tomography (CT) exams.
154. OECD (2019). Magnetic resonance imaging (MRI) exams.
155. OECD (2019). Caesarean sections.
156. Kart E. Sağlıkta dönüşüm sürecinde performans dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. Calisma ve Toplum. 2013;38(3).
157. https://www.istabip.org.tr/site_icerik/2018/mart/khb_brosur.pdf [Erişim tarihi: 25.08.2019]
158. Pala K. Türkiye'de sağlık reformu sağlıkta dönüşüm programı süreci. Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa. 2017.
159. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). Aralık ayı istatistik bülteni. 2017.
160. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). Mali İstatistikler. 2017.
161. Öztekin Z. Sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25(2):1-6.
162. Resmi Gazete (26588 sayılı). Devlet memurlarının tedavi yardımı ve cenaze giderleri yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. 2007.

163. Sağlık Bakanlığı (T.C.). 2015 Yılı Bütçe Sunumu. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu.; 2015.
164. Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *Journal of health services research & policy*. 2000;5(1):22-6.
165. De Maeseneer J, Roberts RG, Demarzo M, Heath I, Sewankambo N, Kidd MR, et al. Tackling NCDs: a different approach is needed. *The Lancet*. 2012;379(9829):1860-1.
166. Akman M. Türkiye’de birinci basamağın gücü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(2):70-8.
167. Ecem Çiçek ZG. Aile hekimliği uygulaması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımının halk sağlığı açısından önemi. *Social Sciennces Studies Journal*. 2018;4(22).
168. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin aile Hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(1).
169. Sağlık Bakanlığı (T.C). Sağlık personeli memnuniyet araştırması. Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; 2010.
170. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Yaşam memnuniyeti araştırması (2013-2018). Demografi İstatistikleri Daire Başkanlığı; 2018.
171. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Yıllar itibariyle toplam hanehalkı tüketim harcamasının türlerine göre dağılımı (2002-2017) 2017.
172. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Kişi başı gayrisafi yurtiçi hasıla (1998-2018). 2018.

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. Avrupa ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresi, 2016.....	45
Şekil 2. Yıllara ve kurumlara göre hastanelerde yatak doluluk oranı (%).....	48
Şekil 3. Yıllara ve hizmet kapsamına göre tüm sektörlerde kişi başı hekime müracaat sayısı.	51
Şekil 4. Kişi başı hekime müracaat sayısının uluslararası karşılaştırılması.....	51
Şekil 5. Cari sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının uluslararası karşılaştırılması (%).	63
Şekil 6. Türkiye’de katastrofik sağlık harcamaları oranı	65

TABLolar

Tablo 1. Sağlık Sistemleri Modelleri	31
Tablo 2. Genel Sağlık Sigortasından Yararlananların Genel Görünümü	37
Tablo 3. Yıllara Göre Türkiye Nüfusu Özellikleri.....	43
Tablo 4. Yıllara Göre Kamu ve Özel Yataklı Sağlık Kurumlarının Yatak Sayıları.....	46
Tablo 5. Yataklı ve Yataksız Tedavi Kurumlarının Dağılımı.....	47
Tablo 6. Yıllara göre birinci basamak sağlık kuruluşları sayıları.....	49
Tablo 7. Yıllara ve kurum türlerine göre tüm sektörlerde hekime müracaat sayıları..	50
Tablo 8. Yıllara göre hekim başına düşen kişi sayısı ve hekim başına düşen hasta müracaat sayısı	52

Tablo 9. Yıllara göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları	53
Tablo 10. Sektörlere göre yataklı tedavi kurumları cihaz sayıları, 2017	53
Tablo 11. Türkiye, AB ve OECD ülkeleri 1.000.000 kişi başına düşen cihaz sayısı.....	54
Tablo 12. Yıllara göre Türkiye’de sağlık personeli sayıları.....	54
Tablo 13. Türkiye’de kamu ve özel sağlık harcamaları ve yatırımları.....	57
Tablo 14. Türkiye’de tüm sağlık harcamaları içinde ilaç, tıbbi malzeme ve tıbbi tetkik harcamaları ve oranları.....	59
Tablo 15. Türkiye’de yıllara göre sağlık harcamaları türleri.....	60
Tablo 16. 2002 ve 2017 yıllarında hizmet sunucularına göre sağlık harcamaları.....	61
Tablo 17. Yıllara göre sağlık harcamalarının GSYH İçindeki Oranları (%)	62
Tablo 18. Yıllara göre Türkiye’de sağlık harcamalarının türleri ve oranları.....	64
Tablo 19. Yıllara göre sosyal güvenlik kurumlarının mali istatistikleri	66
Tablo 20. Türkiye’de sigortalı istatistikleri	67
Tablo 21. Türkiye nüfusunun iş gücü göstergeleri.....	68
Tablo 22. Sağlık Bakanlığı’nın AB sürecinde doğrudan sorumlu olduğu konular	71
Tablo 23. SB’nin AB sürecinde dolaylı sorumlu olduğu konular	72
Tablo 24. Kurumlara göre sağlık hizmetinden memnuniyet oranı (%)	81
Tablo 25. Kişilerin ilaç ve tedavi harcamalarını karşılama yöntemi (%).....	82

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1991 yılında Bartın’da doğmuş olup liseyi Tekirdağ’ın Saray ilçesi Mustafa-Elmas Arıcı Anadolu Lisesi’nde okumuştur. Lisans eğitimini 2009 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde alan araştırmacı 2013 yılı mezuniyet sonrası özel bir hastanede hemşire olarak görev yapmıştır. 2014 yılında Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi’ne atanan araştırmacı görevine yoğun bakım hemşiresi olarak devam etmektedir.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onay Formu

Ek1. Sosyal Bilimler Etik Kurul Onay Formu




T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK
KURULU

Oturum Sayısı: 2018/10
KARAR NO: 2018.10.09

Karar Tarihi: 14.11.2018

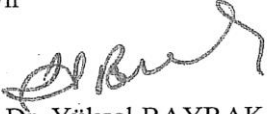
Akademik danışmanlığını Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Serol KARALAR'ın yaptığı Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Kübra AY tarafından Trakya Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulunda değerlendirilmek üzere gönderilen "Avrupa Birliği Uyum Süreci Bağlamında Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yapısal ve Finansal Dönüşümü" başlıklı araştırma dosyası incelenmiştir. Araştırmanın; gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği / oy çokluğu ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. Ayhan GENÇLER
Başkan

Araştırma ile ilişkisi var yok
Toplantı Katılım Evet hayır

Prof. Dr. Rıdvan CANIM
Üye


Edebiyat Fakültesi Öğretim Üyesi
Araştırma ile ilişkisi var yok
Toplantı Katılım Evet hayır


Prof. Dr. Yüksel BAYRAK
Üye


Fen Fakültesi Öğr.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi var yok
Toplantı Katılım Evet hayır

Prof. Ahmet Hamdi ZAFER
Üye


Devlet Konservatuvarı Öğr.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi var yok
Toplantı Katılım Evet hayır


Doç. Dr. Yılmaz ÇAKICI
Üye

Eğitim Fakültesi Öğr.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi var yok
Toplantı Katılım Evet hayır


Doç. Dr. Esmâ MIHLAYANLAR
Üye

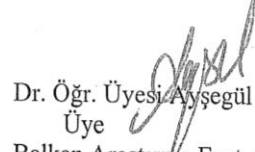
Mimarlık Fakültesi Öğretim.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi var yok
Toplantı Katılım Evet hayır


Doç. Dr. Emre ATILGAN
Üye

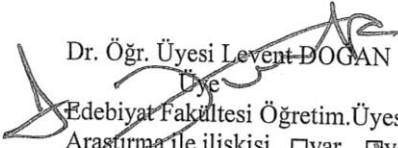
Sağlık Bilimleri Fak. Öğr.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi var yok
Toplantı Katılım Evet hayır



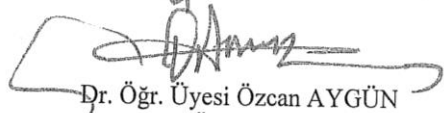
Doç. Dr. Ahmet Emre DAĞTAŞOĞLU
Üye
İlahiyat Fakültesi Öğr. Üyesi
Araştırma ile ilişkisi var yok
Toplantı Katılım Evet hayır



Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül KILIÇ
Üye
Balkan Araştırma Enst. Öğr.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi var yok
Toplantı Katılım Evet hayır



Dr. Öğr. Üyesi Levent DOĞAN
Üye
Edebiyat Fakültesi Öğretim.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi var yok
Toplantı Katılım Evet hayır



Dr. Öğr. Üyesi Özcan AYGÜN
Üye
Edebiyat Fakültesi Öğretim.Üyesi
Araştırma ile ilişkisi var yok
Toplantı Katılım Evet hayır