

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

AVRUPA BİRLİĞİ ÜYESİ ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMİ İLE TÜRK
SAĞLIK SİSTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI:
TÜRKİYE – ALMANYA ÖRNEĞİ

Sena KARAMAN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
DANIŞMAN: DOÇ. DR. ERTUĞRUL RECEP ERBAY

TEKİRDAĞ-2019
Her hakkı saklıdır.

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Hazırladığım Yüksek Lisans Tezi çalışmasının bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığını taahhüt ederim.

... /... / 20...

Sena KARAMAN

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sena KARAMAN tarafından hazırlanan “AVRUPA BİRLİĞİ ÜYESİ ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMİ İLE TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: TÜRKİYE – ALMANYA ÖRNEĞİ” konulu YÜKSEK LİSANS Tezinin Sınavı, Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği uyarınca 07.08.2019 günü saat’da yapılmış olup, tezin OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Jüri Başkanı:		Kanaat:	İmza:
Üye:		Kanaat:	İmza:
Üye:		Kanaat:	İmza:

Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu adına

...../...../.....

Prof. Dr. Rasim YILMAZ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Kurum, Enstitü, ABD	: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Tez Başlığı	: Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemi İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması: Türkiye- Almanya Örneği
Tez Yazarı:	: Sena Karaman
Tez Danışmanı:	: Doç. Dr. Ertuğrul Recep ERBAY
Tez Türü, Yılı:	: Yüksek Lisans Tezi, 2019
Sayfa Sayısı:	: 59

Türkiye uzun yıllardır Avrupa Birliği'ne girmek için çaba sarf etmektedir. Zaman zaman ilişkilerde inişler ve çıkışlar görülse de son yıllarda genellikle olumsuz gelişmelerin yaşandığı söylenebilir. Bu ortamda Türkiye'nin AB'ye girme konusunda pek heyecanlı olduğu söylenemez. AB'ye üye olunamasa da AB standartlarında bir yaşama ulaşılması gerektiği herkesin ortak kanaatidir. Hâlihazırda AB üye olacak devletlerden bazı kriterleri yerine getirmesini beklemektedir. Sağlık ise AB'nin ortak bir sisteme sahip olmadığı alanlardan biridir. Üye ülkelerin kendileri sağlık hizmetlerinin sunumu, yönetimi ve finansmanı konusunda esas belirleyicidir. Bu nedenle Türkiye ve AB arasında sağlık alanında bir karşılaştırma yapabilmek ve eksikleri tespit edebilmek adına örnek bir ülke seçilmesi daha uygun olacaktır. Bu nedenle de AB'nin en önemli ülkelerinden biri olan ve nüfusu bakımından Türkiye'ye yakın olan Almanya bu çalışmada konu edinilmiştir.

Türkiye ve Almanya sağlık sektörünün işleyişi açısından pek çok benzer noktaya sahiptir; nüfusun tamamını kapsayan bir sigorta sistemi, yakın oranlarda seyreden kamu finansmanı, sağlık hizmetlerinin kaç basamakta sunulduğu vs. Ancak

Almanya gelişmiş ekonomisi sebebiyle pek çok kalemde Türkiye'nin önünde yer almaktadır. Hastane sayısı, hastanelerdeki yatak sayısı, doktor- diş hekimi-eczacı sayısı, MR- BT gibi teknolojik cihaz sayısı göz önüne alındığında Türkiye, Almanya'nın çok gerisinde kalmaktadır. Bu çalışmada en güncel veriler ve resmi istatistikler kullanılarak farklılıklar ortaya konulmuştur. Pek çok alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de uçurumların ortadan kalkmasının ilk şartı yeterli finansmanın sağlanmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Türkiye, Almanya, Sağlık Sistemi Karşılaştırması

ABSTRACT

Institution, Institute, Department : Tekirdag Namık Kemal University, Institute of Social Sciences, Department of

Title : European Union Member Countries Of Health Systems Comparison With The Turkish Health System: Turkey Germany Case

Author: : Sena Karaman

Adviser: : Assoc. Prof. Ertuğrul Recep ERBAY

Type of Thesis Year : Master Thesis, 2019

Total Number of Pages: : 59

Turkey is striving to enter the European Union for many years. Although there are ups and downs in relations from time to time, it can be said that there have been negative developments in recent years. In this environment, on Turkey's EU membership is not very exciting. It is a common opinion that everyone should reach a life in EU standards even if they do not become an EU member. Currently, EU member states are expected to meet certain criteria. Health is one of the areas where the EU does not have a common system. Member States themselves are the main determinants of the provision, management and financing of health services. Therefore, in order to make a comparison example in the field of health between Turkey and the EU it would be more appropriate to select a country. For this reason, Germany, which is one of the most important countries of the EU and close to Turkey in terms of population, is the subject of this study.

Turkey and has many points of similarity in terms of the functioning of the health sector in Germany; an insurance system that covers the entire population, public funding at close rates, the number of steps in which health services are

provided, and so on. However, due to the advanced economies, Germany is located in front of Turkey in many areas. Considering the number of hospitals, number of beds in hospitals, number of doctor-dentist-pharmacist, number of technological devices such as MRI- CT, Turkey lags far behind Germany. In this study, differences were revealed by using the most up-to-date data and official statistics. As in many areas, the first condition for the abolition of gaps in the health sector is the provision of adequate financing.

Keywords: Turkey, Germany, Health System Comparison

ÖNSÖZ

Tezimi tamamlamam da değerli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile her daim yol gösterici olan saygıdeğer danışman hocam; Sayın Doç. Dr. Ertuğrul Recep ERBAY'a; öneri ve yardımlarını cömertçe sunan Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi dekanı hocam Prof. Dr. Rasim YILMAZ'a ve Sağlık Yönetimi anabilim dalı başkanı Dr. Öğretim Üyesi Ertuğrul Üstün GEYİK'e; tüm hayatım boyunca maddi ve manevi destekleri ile beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan canım annem, canım babama ve canım kardeşime sonsuz teşekkür ederim.

Sena KARAMAN

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
TABLO LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
GİRİŞ	1
1. AVRUPA BİRLİĞİ VE TÜRKİYE.....	3
1.1 Avrupa Birliğinin Tarihçesi	3
1.2 Avrupa Birliğinin Kurumları.....	5
1.2.1 Avrupa Parlamentosu	5
1.2.2 Avrupa Komisyonu	6
1.2.3 Avrupa Birliği Konseyi (Bakanlar Konseyi)	6
1.2.4 Avrupa Birliği Zirvesi.....	7
1.2.5 Avrupa Birliği Adalet Divanı.....	8
1.2.6 Avrupa Sayıştayı	8
1.2.7 Avrupa Merkez Bankası.....	8
1.3 Avrupa Birliği ve Türkiye İlişkileri	9
2. SAĞLIK HİZMETLERİ VE İLGİLİ KAVRAMLAR.....	11
2.1 Sağlık Hizmeti Kavramı.....	11
2.2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	11
2.2.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri	11
2.2.1.1 Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	12
2.2.1.2 Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	12

2.2.2	Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	12
2.2.2.1	Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	13
2.2.2.2	İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri	13
2.2.2.3	Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri	14
2.2.3	Rehabilitasyon Hizmetleri.....	14
2.2.3.1	Tıbbi Rehabilitasyon	14
2.2.3.2	Sosyal Rehabilitasyon	14
2.3	Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	15
2.4	Sağlık Harcamaları.....	16
2.5	Sağlık Sigortası Sistemleri	17
3.	AVRUPA BİRLİĞİ ve SAĞLIK POLİTİKALARI.....	18
3.1	Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması	19
3.1.1	Ulusal Sağlık Sistemi (Beveridge) Modeli	20
3.1.2	Sosyal Güvenlik Sistemi (Bismarck) Modeli.....	21
3.2	Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	23
3.3	AB'ye Uyum Sürecinde Türkiye'deki Sağlık Politikaları	26
4.	ALMAN ve TÜRK SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	28
4.1	Alman Sağlık Sistemi.....	28
4.1.1	Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	29
4.1.2	Sağlık Finansmanı ve Harcamaları	30
4.2	Türk Sağlık Sistemi.....	33
4.2.1	Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	34
4.2.2	Sağlık Finansmanı ve Harcamaları	36
4.3	Alman ve Türk Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması	39
	SONUÇ.....	53
	KAYNAKÇA	55

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1 Avrupa Birliği'ne üye olan ve aday ülkeler (Britannicca, 2019)..... 5

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı (Aktan, 2004).....	15
Tablo 3.1 Ulusal Sağlık Sistemi ve Sosyal Güvenlik Sisteminin Karşılaştırılması...	20
Tablo 3.2 Avrupa Birliği'nin Eski Üyesi Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kamu-Özel Karması.	24
Tablo 3.3 Avrupa Birliği'nin Yeni Üyesi Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kamu-Özel Karması.	25
Tablo 4.1 Alman Sağlık Finansman Sisteminin İşleyişi	31
Tablo 4.2 Almanya'da Sağlık Harcamalarının Seyri (1995-2011)	32
Tablo 4.3. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu	35
Tablo 4.4 Türk Sağlık Finansman Sistemini İşleyişi	37
Tablo 4.5 Sağlık Finansman Sisteminin Kaynakları.....	38
Tablo 4.6 Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamalarının Seyri.....	38
Tablo 4.7. Kişi Başı Cari Sağlık Harcamasının Uluslararası Karşılaştırması,.....	40
Tablo 4.8 Finansman Türüne Göre Cari Sağlık Harcaması Dağılımının Uluslararası Karşılaştırması.....	42
Tablo 4.9. Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırması,	43
Tablo 4.10 Türkiye ve Almanya Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.11 1000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Karşılaştırması	46
Tablo 4.12 1000 Kişiye Düşen Toplam Diş Hekimi Sayısının Karşılaştırması.....	46
Tablo 4.13 1000 Kişiye Düşen Toplam Eczacı Sayısının Karşılaştırması.....	47
Tablo 4.14 Bir milyon Kişiye Düşen Hastane Sayısının Karşılaştırması	47
Tablo 4.15 Yataklı Tedavi Kurumlarında 1.000.000 Kişiye Düşen MR Cihazı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması.	48

Tablo 4.16 Yataklı Tedavi Kurumlarında 1.000 Kişiyeye Düşen MR Görüntüleme Sayısının Uluslararası Karşılaştırması,	49
Tablo 4.17 100.000 Kişiyeye Düşen Hastane Yatağı Sayısının Karşılaştırması,	50
Tablo 4.18 İkamet edilen ülkeye göre bebek ölümleri.....	50
Tablo 4.19 Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması.	52

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	Avrupa Birliği
AET	Avrupa Ekonomik Topluluğu
AKÇT	Avrupa Kömür Çelik Topluluğu
BT	Bilgisayarlı tomografi
GSMH	Gayri Safı Milli Hasıla
GSYİH	Gayrisafi yurt içi hasıla
MR	Manyetik Rezonans Görüntüleme
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

GİRİŞ

Sağlık, ülkelerin gelişmişlik düzeyini yansıtan en önemli konular arasında yer almaktadır. Sağlıkla ilgili olan; ortalama yaşam süresi, kişi başına düşen doktor sayısı, ölü doğum oranı gibi göstergeler ülkelerin gelişmişlik seviyelerini yansıtmaktadır. Bu açıdan ele alındığında bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin devlet tarafından yürütülmesi veya en azından kontrol edilmesinin gerekli olduğu görülmektedir. Diğer taraftan ‘sağlık’ bir haktır ve gerek insan hakları evrensel bildirgesinde gerekse ülkelerin anayasalarında devletlerin vatandaşlarına karşı olan sorumlulukları arasında bu konunun yer aldığı görülmektedir (Temiz, 2014: 166).

Tarihsel süreç içerisinde yönetimlerin bir zorunluluk olarak değil de bir çıkar ilişkisi içerisinde sorumlu oldukları kişilerin sağlığını önemsedikleri de görülmektedir. Örneğin; Mısır piramitlerindeki işçilerin (veya kölelerin) iyi beslenmesi, hastalanmaması işin devamı açısından önemsenmiştir ya da Roma’daki gladyatörlerin beslenmesine sağlam bir vücut için dikkat edilmiştir (Çiçek ve Öcal, 2016).

Geçmişten günümüze süregelen uygulamalarda ‘sağlık’ kavramının yönetsel anlamda öncelikli konulardan biri olduğu görülmektedir. Kamu politikaları içerisinde önemli bir yer tutan ‘sağlık’, özellikle 1980’ ler itibariyle teknolojinin gelişmesi, yaşam süresinin uzaması ve sosyal devlet olmanın getirdiği sorumluluk ve yükümlülükler neticesinde daha fazla önem kazanmıştır. Bu nedendir ki sağlık sektörü, sürekli kendini yenileme ve iyileştirme potansiyeline sahiptir; içerisinde verimlilik, etkililik gibi ilkeleri barındırır; ekonomik kaynaklar ve sosyal politikalarla yakından ilişkilidir.

Her ülkenin sağlık politikaları ve vatandaşlarına sunduğu hizmetler sağlama yöntemi o ülkenin kültürel, sosyolojik ve politik stratejilerine, sosyo-ekonomik durumuna ve finansal kaynaklarına göre şekillenmektedir. Bu etkenlere bağlı olarak her ülkenin sağlık politikası ve verdikleri hizmet farklılık gösterse de tüm bunların altında yatan amaç ortaktır.

Ülkelerin ve benimsedikleri sağlık politikalarının çeşitliliğine rağmen Avrupa Birliği’nin sağlık hizmet ve politikalarını belirli bir standartta tutmayı

amaçladığı görülmektedir. Yakından incelendiğinde, Avrupa Birliği'ne üye birçok ülkenin farklı birer sağlık politikasına sahip olmasına rağmen birlik içinde bu politikaların amaç ve kapsamının orta noktada bulunduğu bir yapı görülmektedir. Bu nedenle, Avrupa Birliği' ne üye ülkelerin sağlık sistemleri ve politikaları Türkiye gibi birliğe aday ülkelerin sağlık sistemleri ve stratejileri üzerinde de büyük etkilere sahiptir.

Nüfusu en kalabalık Avrupa Birliği üyesi ülke Almanya'dır. Üstelik Almanya ve Türkiye'nin nüfusları birbirine yakınlık göstermektedir. Buna ek olarak, bu iki ülkenin yalnızca nüfusu değil, sağlık sistemlerinin de benzerlik göstermesi ve Almanya'da çok fazla Türk kökenli insanın yaşaması, çalışma için Almanya'nın seçilmesinin ve çalışmanın bu ülke ile sınırlandırılmasının sebebidir.

Bu çalışmanın amacı, Avrupa Birliği'nin önemli bir üyesi olan Almanya ile Avrupa Birliği'ne aday bir ülke olarak Türkiye'nin sağlık hizmetleri sunumunu, sistemini, sağlık finansmanını ve harcamalarını inceleyerek karşılaştırmaktır. Türkiye'nin AB'ye üyelik yolunda tüm alanlarda belli standartları yakalaması gerektiği düşüncesinden hareketle, sağlık alanında Almanya'ya göre bulunduğu konumun ortaya konulması, yapılması gerekenler hakkında bir fikir oluşmasına katkı sağlayacaktır.

1. AVRUPA BİRLİĞİ VE TÜRKİYE

Avrupa birliği barış, eşitlik, özgürlük, dayanışma, güvenlik ve birlik değerleri üzerine kurulmuş uluslar üstü bir örgüttür (Aktan, 2000). Bu bölümde Avrupa Birliği hakkında kısa bir bilgilendirme yapılarak, birliğin Türkiye ile olan ilişkileri tarihsel süreç içerisinde incelenecektir.

1.1 Avrupa Birliğinin Tarihçesi

Avrupa Birliği günümüzdeki haline ulaşana kadar pek çok evreden geçmiştir. İlk anlaşmalar ve birleşmeler, bugünkü anlamda çok yönlü bir birliktelikten ziyade dönemin gergin siyasi ortamında bir barış kurma çabası olarak görülebilir. İkinci Dünya Savaşının sonrasında yeni bir savaş düşüncesinden çekinen yönetimler bunu engellemenin bir takım yollarını aramışlardır. Hatta öne sürülen fikirler arasında Amerika Birleşik Devletleri örneğinin de yer aldığı görülmektedir. Yani bir Avrupa Birleşik Devletleri kurulması düşüncesi ilk anlaşmaların yapıldığı tarihlerde gündemde olsa da ülkelerin ulusal kimliklerinden vazgeçmesinin mümkün olmadığı görülmüştür ve 1948 yılında Avrupa Konseyi (Council of Europe) kurulmuştur (Kaya, 2013: 21).

Entegrasyon anlamında ilk somut adım, Fransa ve Batı Almanya arasında kömür ve demir kaynaklarının ortak kullanımını içeren anlaşma ile atılmıştır. Fransız Dışişleri Bakanı Schuman tarafından açıklanan plan diğer ülkelerin de istemesi durumunda bu anlaşmaya katılabilecekleri şekilde düzenlenmiştir. İtalya, Belçika, Lüksemburg ve Hollanda'nın farklı gerekçelerle bu anlaşmada yer almak istemesi sonucu 1951 yılında Paris Antlaşması imzalanmış ve Avrupa Kömür Çelik Topluluğu (AKÇT) kurulmuştur (Günoğur, 1995). Bu antlaşma ile kömür ve demir madenlerinin ortak kullanılması ve denetimi sağlanmıştır. Diğer taraftan bu anlaşmanın sorunsuz bir şekilde uygulanması gelecekteki diğer birleşmelerin önünü açmıştır.

AKÇT'ye üye olan 6 ülke 1957 yılında bir araya gelerek Roma Antlaşması'nı imzalamışlardır. Bu antlaşmaya göre Avrupa Ekonomik Topluluğu-

AET (European Economic Community) aynı yıl kurulmuştur. Aynı yıl imzalanan bir başka antlaşma ile Avrupa Atom Enerjisi Topluluğunun (Eurotom) kurulması kararı alınmış ve bir yıl sonra da kurulmuştur. Bu ayrıntılar sebebiyle bahsedilen iki kurumun, zaman zaman ve yanlış bir şekilde, aynı antlaşma ile kurulduğu ifade edilebilmektedir (Özdemir, 2001: 1). Avrupa Ekonomik Topluluğu'nun kurulması ile üye ülkeler, ortak pazar kurulması ve refahın üst düzeye çıkarılması gibi düşüncelerle ortak bir kalkınmayı hedeflemişlerdir (Kıraç ve İlhan, 2010: 189).

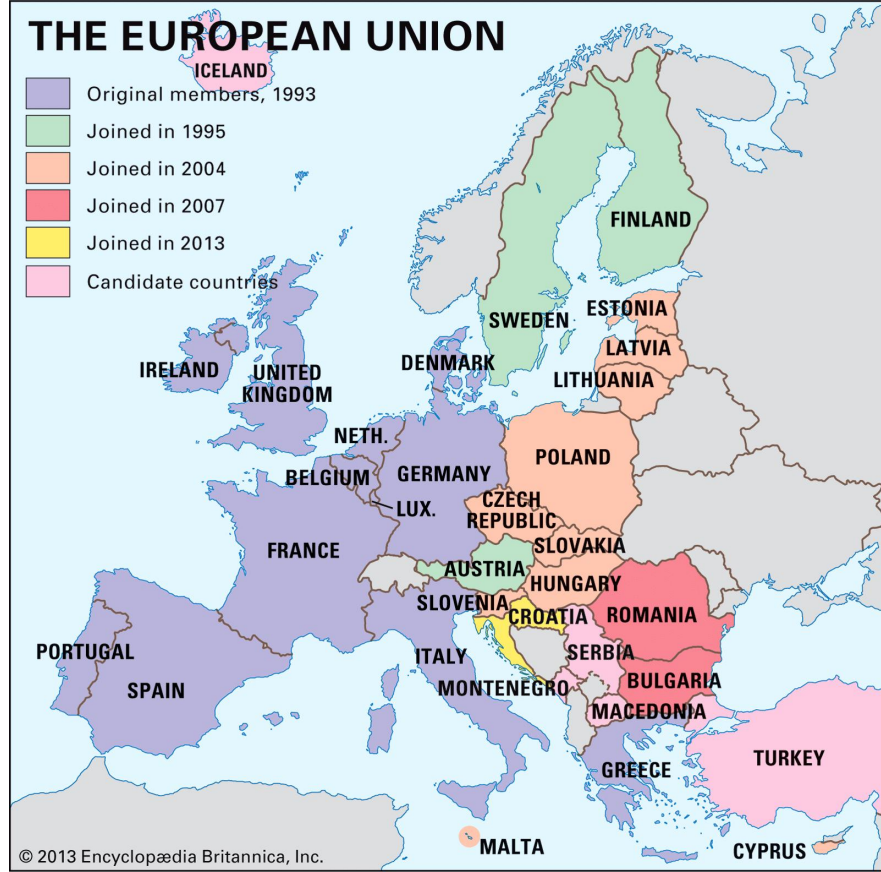
İzleyen yıllarda üye ülkeler arasında birtakım pürüzlerin yaşandığı görülse de bunlar zaman içerisinde aşılmıştır ve 1965 yılında Füzyon Antlaşması imzalanmıştır. Bu antlaşma ile yukarıda bahsedilen üç kurum (AET, AKÇT ve Eurotom) birleştirilmiştir. Daha sonra yapılan bir değişiklik ile de bu kuruma kendi bütçesini oluşturma imkanı tanınmıştır. Diğer taraftan İngiltere, İrlanda ve Danimarka'nın 1971 yılında topluluğa katılımı ile üye ülke sayısı dokuza çıkmıştır. Yunanistan 1981 yılında, İspanya ve Portekiz 1986 yılında bu topluluğa üye olmuştur ve böylece üye ülke sayısı 12'ye yükselmiştir (Akçay, Argun ve Akman, 2011: 122-123).

AB tarihinde "Avrupa Tek Senedi (Single European Act)" önemli bir yere sahiptir. Adında "antlaşma" kelimesi geçmeyen ve 1986 yılında imzalanan bu antlaşma ile üye ülkeler ABD ve Japonya karşısında rekabet gücü kazanabilmek adına ortak pazar düşüncesinden vazgeçerek tek pazar anlayışına yönelmiş, sermayenin ve iş gücünün serbestçe dolaşabilmesini kabul etmiştir (Kaya, 2013: 27).

1991 yılında Maastricht'te toplanan konferansta kararı alınan, 1992 yılında imzalanan ve bir yıl sonra da yürürlüğe giren Maastricht Antlaşması ile Avrupa Birliği kurulmuştur. Bu antlaşma ile üç önemli konuda (Ekonomik ve Parasal Birlik, Ortak Dışişleri ve Güvenlik Politikası, Adalet ve İçişlerinde İşbirliği) düzenlemeler yapılmıştır (Horvath, 2007, 44-45).

2007 yılında imzalanan Lizbon antlaşması ile Avrupa Birliği'nin genişlemesi sonucu gözlemlenen bazı sorunların çözüme kavuşturulması hedeflenmiştir (Özler, 2009).

Avrupa Birliği'nin günümüzde 28 ye ülkesi bulunmaktadır bu ülkeler ve ye olma tarihleri Şekil 1.1'de yer alan harita üzerinde görülmektedir.



Şekil 1.1 Avrupa Birliği'ne ye olan ve aday lkeler (Britannicca, 2019).

1.2 Avrupa Birliğinin Kurumları

Avrupa Birliği'ndeki kurumlar, Avrupa Birliği Antlaşmasının 13. maddesinde yedi başlık altında ele alınmaktadır (Avrupa Birliği Başkanlığı, 2017).

1.2.1 Avrupa Parlamentosu

Parlamento birliğe ye ülke vatandaşlarının doğrudan katıldığı bir seğimle oluşmaktadır ve tüm birlik vatandaşlarının menfaatlerini gözeterek çalışmaktadır. Bu nedenle gruplar ülkelere göre değil, siyasi eğilimlere göre Şekillenmektedir ve günümüzde sekiz politik grubun yer aldığı görülmektedir. Parlamenteoya ye ülkeler nüfuslar ile orantılı bir Şekilde ye göndermektedir. Hali hazırda 751 üyeli

parlamentonun başkanlığını Antonio Tajani yürütmektedir. Üyeler tarafından seçilen başkan bu görevi 2,5 yıllığına yerine getirir. Seçimler beş yılda bir yapılır ve en son 2014 yılında yapılan seçimlerin yenisi, 23-26 Mayıs 2019 tarihlerinde gerçekleştirilecektir. Parlamento yasama yetkisine sahiptir ancak bunu Konsey ile paylaşmaktadır. Diğer kurumlar üzerinde siyasi denetim yetkisine sahiptir (Europarl, 2019).

1.2.2 Avrupa Komisyonu

Her üye ülkeden bir kişi bu komisyonda yer alır ve “komiser” olarak adlandırılırlar. Komiserler AB çıkarlarını savunur ve yalnızca Avrupa Parlamentosuna karşı sorumluluk taşır. Komisyondaki üyeler belli görev alanlarından sorumludur. Komisyon yasama sürecini başlatmakta ve birliğin yürütme organı olarak görev yapmaktadır. Merkezi Brüksel’de yer almaktadır. Komisyonun bazı görevleri şu şekilde sıralanabilir (Çoban, 2016: 60):

- i. AB kazanımlarının gelişmesi ve işleyişin daha iyi hale getirilmesi konusunda yasalar sunmak,
- ii. Kurucu antlaşmalardaki ilkeleri ve kuralları göz önünde tutarak AB’nin işleyişini sağlamak,
- iii. Kurucu antlaşmaları korumak,
- iv. Gerek uluslararası seviyede gerekse üçüncü ülkelerle olan ilişkilerde AB’nin temsil edilmesi
- v. Avrupa Birliği’nin ortak politika ve bütçesinin gerçekleştirilmesi ve denetlenmesi,

1.2.3 Avrupa Birliği Konseyi (Bakanlar Konseyi)

Avrupa Birliği üyesi devletlerin hükümetlerinde görev yapan bakanların katılımı ile oluşan bir organdır. Bu konsey üye devletlerin ulusal politikaları ile AB’nin koordinasyonu görevini üstlenmektedir. Gündemdeki konuya göre üye ülkelerin ilgili bakanları bu toplantılara katılır. Diğer taraftan *Daimi Temsilciler Komitesi* (COREPER) adı verilen kurum, üye ülkelerin Brüksel’de bulundurduğu

temsilcilerden oluşmaktadır ve çalışmaların koordinasyonunu sağlar. Komisyonun görevleri maddeler halinde şu şekilde sıralanabilir (Gönen, 2013: 48):

- i. Avrupa Birliği'nin ve zaman zaman parlamentonun da katkısıyla yasama faaliyetlerini gerçekleştirmek
- ii. Hükümet ve devlet başkanları zirvelerinden çıkan kararlar doğrultusunda birliğin dış ilişkilerdeki ve güvenlik alanındaki politikalarını belirleyerek uygular.
- iii. Birliğe üye ülkeler arasındaki ekonomi politikalarının koordinasyonunu sağlar.
- iv. AB adına diğer üçüncü ülkeler ve uluslararası kuruluşlar ile anlaşma imzalayabilir.
- v. Hem konsey hem de parlamento bütçeyi kabul etme yetkisine sahiptir ve bu yetki eşit seviyededir.
- vi. Birlik üyelerinin adalet ve içişleri konusundaki işbirliklerini yürütür ve bunun için gereken önlemleri alabilme yetkisine sahiptir.
- vii. Konsey Sayıştay, Bölgeler Komitesi ile Ekonomik ve Sosyal Komite üyelerini belirler.

1.2.4 Avrupa Birliği Zirvesi

Birliğe üye ülkelerin başbakanları veya devlet başkanları altı ay içinde iki defa toplanmaktadır. Avrupa Birliği Zirvesi olarak da adlandırılan bu toplantılar Brüksel'de gerçekleştirilmektedir. Zirve'nin herhangi bir yasama yetkisi bulunmamaktadır ancak Birliğin gelişmesi ve temel politikaların belirlenmesi adına önemli kararlar alır. Seçilen başkan Birliği dışa karşı temsil etmekle görevlidir ve aynı anda herhangi bir ulusal görev yürütemez. Konseyin şu anki başkanlığını ikinci defa seçilen Donald Tusk yürütmektedir (European Council, 2019).

1.2.5 Avrupa Birliği Adalet Divanı

Avrupa Birliğinin yargı organı olarak Adalet Divanı görev yapmaktadır. Temel amacı ise Avrupa Birliği içerisinde kanunların yorumlanması ve uygulanmasında bir birliktelik sağlanmasıdır. Her üye ülkenin altı yıllığına birer yargıç göndermesi ile Divan oluşmaktadır ve bunlar yeniden görev alabilir. Yargıçların bağımsızlıkları ve statüleri çeşitli hükümlerle güvence altına alınmıştır (Avrupa Birliği Başkanlığı, 2017). Görevleri şu şekilde sıralanmaktadır (CVRIA, 2019):

- i. “Avrupa Birliği kurumlarının kanunlarının yasallığını gözden geçirir,
- ii. Üye Devletlerin Antlaşmalar kapsamındaki yükümlülöklere uymalarını sağlar ve
- iii. Ulusal mahkemelerin ve mahkemelerin talebi üzerine Avrupa Birliği hukukunu yorumlar.”

1.2.6 Avrupa Sayıştayı

Avrupa Birliği'nin gelir ve giderlerinin düzenlenmesi ve denetlenmesi gibi görevleri Sayıştay organı yerine getirir. Sayıştayın fonksiyonu ve yapısı ulusal çapta görev yapan emsallerine oldukça benzerdir, bütçe harcamaları gerçekleştikten sonra bunların kontrolü sağlanır. Her üye ülkeden birer temsilci altı yıllığına görev yapar (Gönen, 2013: 48):

1.2.7 Avrupa Merkez Bankası

Avrupa Birliğinin, ekonomik ve parasal birlikteliğe geçişi ile birlikte, merkezi bir para politikasına duyulan ihtiyacını karşılamak üzere kurulmuştur. Ortak para birimi Euro'nun değerini korumak, birlik genelinde fiyat istikrarını sağlamak esas amaçlarındadır. Euro bölgesinde kağıt para basma konusunda kontrolü elinde tutmaktadır. Merkezi Almanya'nın Frankfurt kentindedir.

Birliğe üye olan ülkelerin tamamı para birimi olarak Euro kullanmamaktadır. Bu nedenle de Avrupa merkez bankası yönteminde para birimi olarak Euro'yu kullanan ülkeler yer almaktadır (ECB, 2019).

1.3 Avrupa Birliği ve Türkiye İlişkileri

Türkiye ve Avrupa Birliği arasındaki ilk resmi ilişkiler 1959 yılında, o dönemki adı AET olan topluluğa yapılan üyelik başvurusu ile başlamıştır. Ancak bu başvurudaki etkenlerin başında Yunanistan'ın da topluluğa üyelik başvurusunda bulunması ve Türkiye'nin dezavantajlı bir konuma düşme kaygısı gelmektedir. Müzakereler araya giren 27 Mayıs 1960 darbesi sebebiyle gecikmiş olsa da, 1963 yılında Ankara Antlaşmasının imzalanması ile nihayete ermiştir. Ancak, Yunanistan ve AET arasında gerçekleştirilmiş olan Atina Antlaşması bir gümrük birliği kurulmasını sağlarken; Ankara Antlaşması, Türkiye ile ortak bir gümrük birliğinin kurulmasını içermemektedir. Gümrük birliğinin gerçekleşmesi için belli bir takvim uygulanması öngörülmüştür (Uysal, 2001: 142).

1987 yılında Türkiye AET'ye tam üyelik başvurusunda bulunmuştur. Bu döneme kadar olan zaman diliminde kitle iletişim araçlarının yaygın olmaması ve kontrolün nispeten yönetenlerde olması kamuoyunun etkisinin pek hissedilmemesine sebep olmuştur. Üyelik daha çok para yardımı alınması şeklinde düşünülmektedir. Ankara Antlaşması ile planlanan Gümrük Birliği 1995 yılında gerçekleşmiştir. Türkiye birliğe üye olmayıp gümrük birliğini kabul eden tek ülkedir. Ayrıca tarım ürünlerinin antlaşma dışında tutulması ve antlaşmanın Türkiye'de parlamento onayı aranmaksızın yürürlüğe girmesi zaman zaman eleştirilmiştir (Güreşçi, 2006: 76).

1999 yılında Avrupa Konseyinin Helsinki zirvesinde Türkiye tam aday ülke olarak kabul edilmiştir. O dönemde 13 ülke bu statü de değerlendirilmiştir. Ancak diğer ülkeler için bu adaylık tam üyelik ile neticelense de Türkiye için durum farklılaşmaktadır. Tam adaylık sonrasında gerçekleştirilmesi gereken reformları yerine getiren diğer ülkeler en geç 2007 yılında birliğe üye olmuştur. Türkiye'de ise özellikle dönemin siyasi koşullarına göre değişen bir şekilde üyelik konusunda inişli çıkışlı bir istek(-sizlik) görülmektedir (Şenyuva, 2009: 100).

Tam adaylık statüsünün kazanılması bir eşik olarak önemli olsa da sonrasında yerine getirilmesi gereken pek çok ödev bulunmaktadır. Türkiye bu amaçla 2000 yılında Avrupa Birliği Genel Sekreterliği kurumunu hayata geçirmiştir. Türkiye kendisine düşen sorumlulukları yerine getirirken diğer taraftan AB'den

gelen raporları takip etmiştir. “Kopenhag Siyasi Kriterleri”nin bir ön koşul olarak sunulduğu görülmektedir. Kıbrıs bir başka sorunlu alan iken 2004 yılında yapılan referandum da Annan planı Türk tarafında kabul edilirken Rum tarafında reddedilmiştir. 2005 yılında Türkiye ve AB arasında tam üyelik müzakereleri başlamıştır ve Türkiye’nin baş müzakerecisi Ali Babacan olmuştur. Fasıllar halinde ilerleyen görüşmeler zaman zaman Kıbrıs Rum Yönetimi tarafından bloke edilmiştir. Daha sonra görüşmelerin önemli bir ayağını vize serbestisi oluşturmuştur. Suriye’de yaşanan savaş ve göçmenlerin durumu bir başka gündem maddesi olarak görüşmelere eklenmiştir. İngiltere’nin birlikten ayrılması diğer adıyla “Brexit” AB’nin geleceği hakkında kafalarda soru işaretlerinin oluşmasına sebep olmuştur. Son olarak 25 Nisan 2017’de AKPM Genel Kurulu Türkiye’yi denetim sonrası diyalog sürecinden çıkarmış ve yeniden denetim sürecine sokmuştur (Avrupa Birliği Başkanlığı, 2017).

Türkiye ve AB arasındaki ilişkilere Türkiye kamuoyunun yaklaşımı dönemselsel olarak farklılık göstermekle birlikte sürekli bir ilgi alanı olmuştur. 2016 yılında İktisadi Kalkınma Vakfı tarafından yapılmış olan geniş çaplı bir kamuoyu araştırmasına göre ulaşılan bazı sonuçlar maddeler halinde şu şekilde sıralanabilir (İKV, 2016):

- i. Mülteci krizi en önemli konulardan biri olarak görülmektedir.
- ii. AB Türkiye’ye karşı çifte standart uygulamaktadır.
- iii. AB’ye üyelik, ekonomik gelişmişlik seviyesinde artışa sebep olacağı ve serbest dolaşım imkanı tanıyacağı için önemlidir.
- iv. Gençler AB’ye üyelik konusunda daha iyimserdir.
- v. Türkiye kamuoyunun %75’i üyeliği desteklemektedir.
- vi. AB medyadan takip edilmekte ve bilgi eksikliği görülmektedir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİ VE İLGİLİ KAVRAMLAR

Hastalıklar ve kazalar insan yaşantısının ayrılmaz parçalarından biridir ve bunun sonucu olarak da insanlar, hatta hayvan ve bitkiler açısından ‘sağlık’ her daim aranılan bir durumdur. Bu açıdan kavramın canlılığın ortak bir özelliği olduğu ve insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahip olduğu söylenebilir (Akdur, 2005: 1). Bu bölümde “Sağlık Hizmeti” kavramı detaylı bir şekilde ele alınarak kapsamı ve uygulama türleri açısından incelenecektir.

2.1 Sağlık Hizmeti Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık “Kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam iyilik halidir.” şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 1995). Bu tanıma göre bireyin bedensel olarak iyi durumda olması sağlıklı olduğu anlamına gelmemektedir. Kaldı ki tanım yoruma açık olması sebebiyle çok geniş bir alanı kapsayabilir. Örneğin, sosyal halde iyi olmak bireysel-bedensel bir iyilikten ziyade toplumsal bir iyiliği tarif etmektedir ki insanca yaşama hakkının veya iş güvenliğinin olmadığı gelir adaletsizliğinin bulunduğu ortamların kişiye “sağlıksız” kılacağı söylenebilir.

2.2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmeti denildiğinde ilk akla gelenin hastaneler ve tedavi işlemleri olduğu görülmektedir. Ancak sağlık hizmetleri yalnızca bu değildir ve önem sırasına göre şu üç başlık altında incelenmektedir (Fişek, 1997) :

- i. Koruyucu hizmetler
- ii. İyileştirici hizmetler
- iii. Rehabilitasyon edici hizmetler

2.2.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık gerçekleşmeden önce tedbirlerin alınması ile gerçekleştirilir. Bu hizmetler genel toplum sağlığını etkilediği için (aşı gibi) piyasaya bırakılamaz ve devlet tarafından yerine getirilmek zorundadır. Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye ve bireye yönelik olarak iki başlık altında incelenmektedir.

2.2.1.1 Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler insan unsuru dışındaki her şeyi kapsamaktadır. Sağlıklı olabilmenin ön koşulu sağlıklı bir çevrede yaşıyor olmaktır. Bu nedenle fizyolojik, ekonomik, sosyal çevrenin iyi bir halde olması aranılan bir durumdur. Bu hizmetler başlıklar halinde şu şekilde sıralanabilir (Arslantaş, 2013: 10).

- i. “Yeterli ve temiz su sağlanması
- ii. Besin kontrolü ve güvenliği
- iii. Atıkların kontrolü
- iv. Konut sağlığı
- v. Hava kirliliğinin kontrolü
- vi. İş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü”

2.2.1.2 Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri hastalıkların önlenmesine yönelik olarak sunulur. Bunlardan bazıları şu şekildedir (Arslantaş, 2013: 8):

Bağışıklama; bulaşıcı hastalıklardan korunmak için aktif veya pasif bağışıklama yoluyla bireyler tek tek korunduğu gibi salgın hastalıkların yayılması da engellenir.

Beslenme; dengesiz beslenme pek çok hastalığın altında yatan sebeplerdendir.

“Erken Tanı, Aile Planlaması, Kişisel Hijyen, Sağlık Eğitimi” diğer koruyucu hizmetlerden bazılarıdır.

2.2.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri adından da anlaşılacağı üzere hastalık gerçekleşikten sonra iyileşme adına yapılan çalışmaları kapsamaktadır. Burada hastalığın derecesi ve ciddiyetine göre birinci, ikinci veya üçüncü derece sağlık kuruluşları devreye girmektedir.

2.2.2.1 Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Birinci basamak tedavi hizmeti sunan özel kurumlar veya kamu kurumları ayakta tedavi gerçekleştirmektedir ve genellikle hastanın ilk başvurduğu kurum olmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (Önder, 2017: 6):

- i. Aile Hekimliği,
- ii. Aile Sağlığı Merkezleri,
- iii. Toplum Sağlığı Merkezi,
- iv. Dispanserler,
- v. Muayenehane Hekimliği,

Toplumun büyük çoğunluğu sorunları için öncelikli olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Burada yürütülen etkili ve verimli hizmetler ile diğer kurumlardaki yük hafifletilmiş olur. Bu alanda yapılan çalışmalar güçlü birinci basamak hizmetleri sayesinde sağlık alanındaki bazı sorunların çözümlendiğini ortaya koymaktadır (Başer ve ark., 2015:27). Özellikle birinci basamakta sunulan hizmetler, ikinci ve üçüncü basamakta gereksiz yığılmaların, kuyrukların ve mağduriyetlerin önüne geçilmesi açısından oldukça önemlidir. Diğer taraftan birinci derece sağlık hizmetleri toplumsal eşitsizliklerin azaltılmasında da etkili olmaktadır. Yine pek çok koruyucu sağlık hizmeti bu kurumlar aracılığıyla yürütülmektedir (Öcek ve Soyer, 2007).

2.2.2.2 İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

İkinci basamak tedavi hizmeti, orta ölçekli olup yataklı hizmet sunabilen kurumlar (hastahaneler) tarafından verilmektedir. İl ve ilçe devlet hastaneleri buna örnek olarak verilebilir. Buralarda ilgili branşlardaki uzmanlar tarafından tedavi hizmetleri sunulmaktadır. Durusoy ve ark. (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimlerine yani birinci basamağa başvuru durumları incelenmiştir. Buna göre gebelerin %10'unun aile hekimlerinde kaydı bulunmamakta ve %15'i izlenmemektedir. Bu durum ikinci ve üçüncü basamakta gereksiz bir yoğunluk

oluşturduğu gibi koruyucu hizmetlerin de yeterli bir şekilde sunulmamasına sebep olmaktadır.

2.2.2.3 Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri veren kurumlar yataklı hizmet sunmaktadır ve en üst düzey tedavileri uygulama imkanına sahiptir. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (Önder, 2017:6):

- i. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri,
- ii. Üniversite Hastaneleri,
- iii. Dal Hastaneleri (Göz, Göğüs, Kalp, Kemik hastalıkları Hastaneleri),

2.2.3 Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, hastalık veya kaza sonucunda oluşan sakatlık gibi kalıcı problemlerin kişinin hayatını en az etkilemesini sağlamak üzere gerçekleştirilen faaliyetleri kapsamaktadır. Bu açıdan sunulacak hizmetler hem bedensel hem de ruhsal iyileşmeyi gerçekleştirmek üzere planlanır.

2.2.3.1 Tıbbi Rehabilitasyon

“Tıbbi rehabilitasyon: bedensel olarak ortaya çıkan sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesi işlemi” şeklinde tanımlanmaktadır (Arslantaş, 2013). Kişinin yaşam kalitesini yükseltmek adına işitme veya görme sorunlarının azaltılması, vücut protezlerinin kullanılması gibi çalışmalar bunlardan bazılarıdır.

2.2.3.2 Sosyal Rehabilitasyon

Kişiler geçirdikleri rahatsızlık veya kaza sonucu işlerini yerine getirememe gibi bir durumla karşılaşabilmektedir. Bu durumdaki bireylerin sosyal hayattan kopmaması adına yeni iş edinmesi, buna uyum sağlaması konusunda desteklenmesi gerekmektedir. Esas hedeflenen durum ise bireylerin başkalarına olan bağımlılığını en aza indirmek ve yaşama aktif katılımlarını sağlamaktır (Arslantaş, 2013).

2.3 Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetlerinin sunumunu iki ana başlık altında ele almak mümkündür; özel sektör ve kamu (Aktan, 2004). Ancak sağlık yalnızca özel sektörün kar amaçlı ellerine teslim edilemeyecek kadar önemli bir konudur. Bu nedenle de çeşitli alternatifler ve kombinasyonların zaman içerisinde hayat bulduğu görülmektedir. Örneğin sağlık finansmanının devlet tarafından karşılandığı ama hizmeti özel sektörün sunduğu modeller pek çok farklı şekilde uygulanabilmektedir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı (Aktan, 2004).

		Sağlık Hizmetleri Arzı	
		Kamu	Özel
Sağlık Hizmetleri Finansmanı	Kamu	<ul style="list-style-type: none">• MERKEZİYETÇİ YÖNTEM (Sağlık hizmetleri tamamen devlet bütçesinde finanse edilir ve merkezi yönetimin organizasyon ve yönetiminde devlet hastanelerinde sunulur)• YERELLEŞTİRME YÖNTEMİ (Sağlık hizmetleri tamamen devlet bütçesinde finanse edilir ve yerel yönetim kuruluşlarının organizasyon ve yönetiminde hizmet arz edilir)	<ul style="list-style-type: none">• İHALE YÖNTEMİ (Devletin özel kesimden sağlık hizmetleri için gerekli tıbbi cihaz satın alımı v.s.)• HAVALE (SEVK) YÖNTEMİ (Örneğin, hastaların tedavi için özel hastanelere sevk edilmesi ve harcamalarının devlet tarafından karşılanması)• KUPON YÖNTEMİ (Örneğin, düşük gelirli kesimlere sağlık kuponu verilmesi ve özel hastanelerin bu kupon karşılığında hizmet sunması)• SÜBVANSİYON YÖNTEMİ (Hizmet arz eden özel sağlık kuruluşlarına devlet bütçesinde destek sağlanması)
	Özel	<ul style="list-style-type: none">• Kişi cebinden (ilave) para ödeyerek kamu hastanelerinde daha iyi koşullarda ve ayrıcalıklı özel sağlık hizmeti alabilir (Örneğin, devlet hastanelerinde ilave bedel ödeyerek özel odalarda kalınması)	<ul style="list-style-type: none">• PİYASA YÖNTEMİ (Kişi cebinden para ödeyerek özel hastanelerden yararlanabilir; kişi özel sigortaya kayıtlı olur ve özel hastane harcamaları özel sigorta tarafından karşılanır)

Sağlık hizmetlerinin sunumunda koruyucu sağlık hizmetlerine özel sektörün girişim yapması (karlı olmayacağı için) beklenmemektedir. Bu nedenle bu alandaki hizmetleri genellikle kamu yani devlet üstlenmek durumundadır. Diğer hizmetlerin sunumu açısından durum incelendiğinde de devletin hizmet sunması satın alma gücü olmayan bireyler açısından gerekli olmaktadır. Ancak burada sunulan hizmetlerin kimleri ve neleri kapsayacağı cevaplanması gereken oldukça zor sorulardır. Ülkelerin

sınırsız sağlık harcaması yapma gibi bir imkanı olmadığı gibi harcamalar bütçe de zorlamalara sebep olabilmektedir. Bu nedenle de sunulan hizmetlere (yoksulluğun sınırı ne olacaktır, hangi hizmetleri kapsamalıdır gibi) bazı sınırlamalar getirilmek zorundadır (Altay, 2007: 36).

2.4 Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları, bir ülkenin sağlık hizmetlerini değerlendirmede kullanılan önemli kalemlerden biridir. Bireylerin ve bunun bir benzeri olarak ülkelerin sağlık alanında yaptıkları harcamalar gelirleri ile orantılı bir şekilde artmaktadır. Kişi başına düşen doktor sayısı, yatak sayısı veya ölü doğum oranı, ölüm oranı gibi pek çok istatistik ülkelerin gelişmişlik seviyesini yansıtan göstergelerdendir. Ancak bu alandaki sürdürülebilirlik ayrı bir önem taşımaktadır. Son 30 yıldır, OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının artış gösterdiği kaydedilmektedir ve başlıca sebepler şu şekilde sıralanmaktadır (Kılavuz, 2010: 174):

- i. Sağlık sektöründe maliyeti yüksek ileri teknolojinin kullanımı,
- ii. Ortalama yaşam süresinin artmasından kaynaklanan çeşitli sorunlar (kronik hastalıklar, gelişim bozuklukları vs.)
- iii. Sağlık bilincinin artması,
- iv. Gelirin artması ile sağlık hizmetlerine olan talep artışı
- v. Emek yoğun bir sektör olması,
- vi. Asimetrik bilgiye bağlı problemlerin (ters seçim, ahlaki tehlike) neden olduğu maliyetler
- vii. Arzın talep yaratması

Ülkelerin sağlık harcamalarının artmasının tamamen iyi veya kötü olduğu şeklinde bir yorum yapılması pek doğru olmamaktadır. Sağlık harcamalarının yüksek olması yaşam süresi ve kalitesini arttırmakta, diğer taraftan teknoloji kullanımı, istihdam, ekonomi gibi alanlarda olumlu etki yapmaktadır. Ancak harcamaların artışı, ülkenin kaynaklarının farklı alanlarda kullanılmasını engelleyeceği ve bütçe

üzerinde zorlayıcı bir unsur olarak yer alacağı için de olumsuz bir durumdur (Yardan, Demirkıran ve Kiremit, 2016: 159). *

Sağlık harcamalarının değerlendirilmesinde iki esas ölçek kullanılmaktadır. Bunlardan ilki sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hasıla İçindeki (GSMH) payı, diğeri ise yapılan harcamalarda kamunun ve diğerkaynakların katkısının nasıl olduğudur. Bunlara ek olarak bir de üçüncü grup ölçekler kullanılmaktadır ki bunların harcamaların daha çok hangi tip hizmetlere ayrıldığı üzerinde durmaktadır. Uluslar arası kıyaslamaların genellikle bu göstergeler aracılığı ile yapıldığı görülmektedir (Akdur, 2008: 1).

2.5 Sağlık Sigortası Sistemleri

Sigorta kelime anlamı ile “Bir şeyin veya bir kimsenin herhangi bir yönden ileride karşılaşılabileceği zararı gidermek için önceden ödenen prim karşılığında bu işle uğraşan kuruluşla yapılan iki taraflı bağlantı sözleşmesi”dir (TDK, 2019). Hayatın her alanında kullanılan sigorta sistemleri olası tehlikelere karşı riskin taraflar arasında paylaşılması olarak da değerlendirilebilir. Sağlık sigortaları ise hastalık durumunda bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmaktadır. Sağlık sigortasına sahip kişi belli şartlar ve sınırlamalarla birlikte tedavisini gerçekleştirebilmektedir. Bu sigorta kamu veya isteğe bağlı bir şekilde özel kurumlar tarafından yapılabilmektedir (Ay, 2017: 17).

Ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin sunumu, harcamaların finansmanı ve sigorta sistemi bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Sağlık tüm toplumu ilgilendiren bir kavram olması nedeniyle bahsedilen başlıkların kişilerin veya piyasanın ellerine bırakılması mümkün değildir. Bu nedenle pek çok ülke sağlık sigortasını zorunlu tutarken maddi imkanları kısıtlı olan yoksul kesimin ödemelerini de üstlenmektedir. Ancak bu sigortalılar ve diğersigortalıların hizmete erişimi ve tedavi alma koşulları Türkiye’de olduğu gibi farklılık gösterebilmektedir.

3. AVRUPA BİRLİĞİ ve SAĞLIK POLİTİKALARI

AB, temelde kıtadaki ülkelerin ekonomik bir işbirliği gerçekleştirmesi amacıyla kurulmuş bir topluluktur. Bu birliktelik zamanla farklı alanları da içerisine alarak daha kapsamlı bir hal almıştır. Sağlık konusu ülkeler açısından bağlayıcı olan veya olmayan çeşitli mevzuat çalışmalarının yapıldığı görülmektedir. Ancak genel olarak AB'nin üye ülkelerin sağlık politikalarına doğrudan müdahalesi görülmemektedir. Bunun yerine “yerindelik ilkesi” benimsenmiştir. Üye ülkeler kendi ihtiyaçları, ekonomik durumları doğrultusunda politikalar geliştirmektedir. Bu nedenle de ülkeler arasında sağlık hizmetlerinin sunumunda farklılıklar görülmektedir (İstanbullu, 2009: 2).

AB genelinde uygulanan sağlık politikaları bir takım hedefler doğrultusunda şekillenmektedir. Katma değer yaratılması, üye ülkelerdeki sağlıkla ilgili politikaların desteklenmesi, AB vatandaşlarının bu konudaki standartlarının yükseltilmesi ve dolaylı da olsa siyasi birlikteliğin ulaşılmasına katkı sağlanması bu amaçlardan bazılarıdır. AB'nin sağlık politikaları “tedbir alma, yetki ikamesi, katma değer, şeffaf koordinasyon, dayanışma, orantılı olma” şeklinde bir takım temel ilkeler üzerinde kurulmuştur. Tedbir alma ilkesinin kapsamında sorunların ortaya çıkmadan değerlendirilmesi ve büyümeden çözülmesine yönelik kararlar alınır. Yetki ikamesi kapsamında sağlık politikalarının üye ülkelerce ulusal seviyede belirlenmesi söz konusudur. Şeffaf koordinasyon metodu açık ve karşılıklı üzerinde uzlaşılan amaçların tanımlandığı, üye ülkelerle ilgili alanlarda karşılaştırma ve birbirlerinin deneyimlerinden öğrenme imkânı veren bir süreçtir. Orantılılık prensibine göre birlik eyleminin biçimi anayasanın amaçlarını göz ardı etmemelidir (Yıldırım, 2004). Katma değer ilkesi gereğince birliğe üye ülkelerin faaliyetlerinin; birbirlerinin deneyimlerinden öğrenmeleri gereken unsurları içeren, koordinasyon gerektiren, enformasyon değişimine olanak veren projelerin gerçekleştirilmesi gibi bazı kıstasları yerine getirmesi istenmektedir.

Birlikte, sağlık bakım, sistem ve ilgili politikalar birliğe üye devletlerin yetki ve sorumluluğu altındadır. Avrupa Birliği' nin üye devletleri tek bir çatı altında toplayan herhangi bir sağlık politikası veya yaptırımı bulunmamaktadır. Üye devletler sağlık alanındaki yönetim, finansman, kaynak gibi konularda kendi

kararlarını verirler. Ancak devletler kendi sağlık hizmetleri ve politikalarında özgür olmalarının yanında bu alanda yaşanabilecek zorluk ve problemlerle de kendileri başa çıkmak zorundadırlar. Bu noktada, Avrupa Birliği' nin yetki ve sorumlulukları; vatandaşları korumak, destekleyici ortaklıklarla sinerjiler kurmak, sağlık konusunun tüm AB poliçelerinde yer almasını sağlamak ve vatandaşlar ile sağlık personelinin bilgilendirilmesidir. AB iyi sağlığa kavuşulması yolunda yapılan değişikliklerde bir katalizör görevi görmektedir (Giray 2007).

AB sağlık politikaları; sağlığın en üst seviyede korunması, kamusal sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve risklerin önceden tespit edilmesi gibi bir takım amaçlar üzerine kurulmuştur. Buna uygun bir şekilde insanların iyi halde bulunması yeterli görülmemekte, halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önemsendiği görülmektedir (Öztürk ve Karakaş, 2015).

3.1 Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Avrupa Birliğine üye ülkelerin sağlık politikaları ulusal olmakta ve farklılık göstermektedir. Avrupa Birliği, üye ülkelerin kendi Ulusal Sağlık Politikalarına sahip olmaları ilkesi benimsenmiştir.

Avrupa Birliği'nde benimsenmiş tek bir sağlık sistemi olmasa da sağlık hizmetleri finansmanında ağırlıklı olarak iki temel sistem söz konusudur: Beveridge Modeli (Ulusal Sağlık Hizmeti) ve Bismarck (sosyal primlerle finanse edilen sosyal sigorta sistemleri modeli) Modeli. Bu sistemleri birbirinden ayıran temel farklar sağlık bakımı sağlayıcıları, sağlık hizmetlerinin ödenme şekli ve sağlık sigortasını sağlayan ve alan arasında finansal risklerin nasıl bir ayırım gösterdiği (Tatar, 2011; McCanne, 2010). Buna ek olarak, ulusal sağlık hizmeti sisteminde vatandaşlık kavramı önemliyken, sosyal güvenlik sisteminin hâkim olduğu ülkelerde ise çalışma koşulu ön plana çıkmakta, kendi veya başkası adına çalışan herkesin sigortalanması zorunlu olmaktadır (Sargutan, 2005). Zaman zaman bu iki modelin birlikte kullanıldığı karma modeller ile de karşılaşmak mümkündür. Tablo 3.3'de bu iki sistemin genel bir karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 3.1 Ulusal Sağlık Sistemi ve Sosyal Güvenlik Sisteminin Karşılaştırılması

Ulusal Sağlık (Beveridge) Sistemi	Sosyal Güvenlik(Bismarck) Sistemi
Genel Vergilerle finanse edilmektedir.	Ağırlıklı olarak katkılar yoluyla finanse edilmektedir.
Evrensel Kapsam	Sağlık sigorta fonları yoluyla kapsam veya meslek başına fonlama, bölge başına, politik gruplar başına
Doktorlar (hastanelerde) maaşlı çalışmaktadır.	Bağımsız doktorlar, hizmet başı ödeme almaktadır.
Önemli düzeyde devlet müdahalesi söz konusudur	Devlet tarafından organizasyon sağlanır ancak devlet tarafından işletilmez
Hükümet tarafından merkezi olarak planlama (Sağlık Bakanlığı)	Kompleks yapı, çok sayıda kuruluş bulunmaktadır.
Kamu Altyapısı	Karma Altyapı (kamu ve özel)
Danimarka, Yunanistan, İspanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, Finlandiya, İsveç ve İngiltere	Belçika, Almanya, Fransa, Lüksemburg, Hollanda ve Avusturya

Kaynak: Karagan, 2008: 37.

3.1.1 Ulusal Sağlık Sistemi (Beveridge) Modeli

Refah devleti anlayışı, küreselleşmeye ve kapitalist düzene rağmen devletin piyasadan tamamen çekilmemesi gerektiği düşüncesinden beslenmektedir. Çünkü bu anlayışa göre, ekonomik gelişmenin devlet etkisi olmadan sağlanması mümkün değildir.

William Beveridge, 1941’ de İngiliz sosyal güvenlik sistemi kurulmasını konu alan raporunda refah devleti anlayışından yola çıkarak tüm vatandaşların devlet tarafından sunulan hizmetlerden yararlanma hakkına sahip olduğunu savunmuştur. Beveridge’ye göre devletin çalışmayan veya çalışamayacak olanlara karşı bir takım sorumlulukları bulunmaktadır. Toplumsal riskleri göz önüne alarak bu kişilerin sosyal sigorta sistemi veya yardım programları aracılığı ile asgari bir yaşam standardına sahip olması sağlanmalıdır. Beveridge tarafından önerilen geniş tabanlı modelde, istihdam konusunda problem yaşanmayan bir refah devleti söz konusudur. Aynı zamanda tüm toplum bu devletin koruması altındadır (Durdu, 2009).

Beveridge Modeli’nde sağlık hizmetlerinin sağlanması için gerekli olan finansman devletin sahip olduğu kaynaklar ile elde edilir. Bu sebepten dolayı merkezi bir planlamanın varlığından söz etmek mümkündür. Her vatandaşın sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi ve bu hizmetler için gerekli kaynakları sağlama her

ne kadar devletin üstlenmiş olduğu bir sorumluluk olsa da sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmış ve sağlık hizmet sunucuları arasında rekabet söz konusudur. Bu sistemde temel kapsam (ya da teminat paketi) oldukça kapsamlı tutulmuş ve genel bakım, hastane bakımı, dispanser, analık bakımı gibi ile ilgili tüm hizmetleri kapsamaktadır (Çakır, 2016).

Beveridge Modeli 4 ana prensip ile temellendirilmiştir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011):

- Evrensel koruma,
- Tüm nüfusu kapsamaması
- Merkezi ulusal yönetimi gerektiren bütünleştirilmiş bir sistem ve
- İhtiyaç temelinde aynı faydalardan yararlanma

Ulusal sağlık hizmetleri sistemi olarak da bilinen Beveridge Modeli, bir ülkedeki tüm vatandaşları kapsayan genel bir sağlık sigortasını tanımlamaktadır ve bu ulusal sağlık hizmetinin finansmanı ağırlıklı olarak devlet bütçesinden yani vergilerden ve çeşitli kesintilerden sağlanmaktadır. Birleşik Krallık, İspanya, çoğu İskandinav ülkeleri, Yeni Zelanda, Danimarka, Yunanistan, İspanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, Finlandiya, İsveç ve İngiltere bu modeli benimseyen ülkelerden bazılarıdır.

3.1.2 Sosyal Güvenlik Sistemi (Bismarck) Modeli

19. yüzyıl ortalarında başlayan endüstri devrimiyle birlikte işçi sınıfı ortaya çıkmış ve bu sınıf hızla büyüyüp genişlemiştir. Minimum ücret karşılığı maksimum emek satın almaya dayandırılan kapitalist düşünce karşısında işçilerin artan yoksullukları ve sosyalist ideolojiye sıcak bakmıştır. İçinde bulunduğu bu ortam Bismarck' ı yeni bir sosyal reformlar politikası izlemeye yöneltmiştir.

Refah devleti kavramı ilk defa 1880'lerde Bismarck Almanya'sında işçiler için sosyal sigorta uygulamasının getirilmesi için kullanılmıştır. Bismarck'ın temel yeniliği zorunlu sosyal sigortayı kurumsallaştırmasıdır. 80' lerin Almanya'sında ortaya çıkan Refah devleti kavramının üç fonksiyonu asgari bir gelir sağlamak, sosyal güvenliği sağlamak, sosyal hizmetleri sunmaktır (Çakır, 2016).

Bismarck Modeli'nde sağlık hizmetlerinde organizasyonu devlet gerçekleştirmektedir. Kamu ve özel sektörun birlikte yer aldığı karma bir altyapı işleyişi bulunmaktadır. Hizmetlerin sigorta katkılarıyla finanse edilmesi ve hizmet başına ödeme yapılması söz konusudur (Gök, 2012: 82).

Maliyetlerin bir kısmının çalışan bir kısmının da işverenin ödedikleri primlerle paylaşıldığı Bismarck modelinde vatandaşların tümü kapsanmaya çalışılır ve herhangi bir kar amacı yoktur. Sistemin özü, çalışma esasına dayalı sosyal sigorta mekanizmasına dayanıyor olmasıdır. Bireyler, bir işi yapmaları halinde sosyal hukuk bakımından güvence kapsamına alınmaktadır. Bu durum “karşılıklılık ilkesi” ne dayanmaktadır. Vatandaş sosyal sigortadan faydalanabilmek için çalışmalı, devlet de vatandaşı çalıştığı için korumalıdır. Bu sistemin temelde karşılıklı kazanç doğrutusunda devlet- vatandaş arasında yapılan bir anlaşmaya dayalı olduğunu söylemek mümkündür.

Bismarck sisteminin benimsendiği ölkelerde hastaneler ve doktorlar özel ağırlıklıdır. Sistemde bireyler hastalık riskine karşı sigortalanır. Tedavi edici ve ayakta bakım hizmetlerinin bu kapsamda verildiği görölmektedir. Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ölkelerin bu sistemi kullandığı görölmektedir; Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Japonya, İsviçre ve bazı Güney Amerika ölkeleri bunlardan bazılarıdır (Tatar, 2011).

Bismarck tipi programlar, ücretle bağlantılı katkılar ve ücretle bağlantılı olarak ödenen ödenekler arasındaki yakınlık nedeniyle özel sigorta anlayışına oldukça yakındır (Özdemir, 2007). Özel sigortalarda primler kişilerin risk ile karşılaşma tehlikesine göre yani kişinin yaşı, cinsiyeti, önceden hasta olup olmaması genel sağlık durumu, aile bireylerinin sayısı gibi ölçütler göz önünde bulundurularak belirlenmektedir. Ancak, kamu hukukuna göre düzenlenmiş olan zorunlu sosyal sigortasında bu ölçütlere göre değil kişinin almış olduğu ücret üzerinden prim oranları belirlenmektedir (akır, 2016).

3.2 Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

AB'de sağlık konusu sosyal politikalar başlığı altında ele alınmaktadır ve “subsidiarity principle” kategorisinde değerlendirilmektedir. Yani “alınacak kararlar ve izlenecek politikalar, vatandaşa en yakın olan yani en küçük idari birim bazında alınır”. Ulusal düzeyde planlanan sağlık hizmetleri görünürde AB için bir problem teşkil etmemekte ve bunların ortadan kaldırılmasına yönelik bir girişim bulunmamaktadır. Ancak genel anlamda kamu sağlığını riske atan veya birliğin diğer unsurlarını etkileyen problemler söz konusu olduğunda “eylem planları” uygulanabilmektedir (Öztürk ve Karakaş, 2015:40).

AB' ye üye ülkelerden hiçbirisi sağlık hizmetlerini tamamen kamu sorumluluğunda sunmamaktadır. Hatta son yıllardaki politikalar, sunulacak hizmetlerin özel sektöre kayması yönünde şekillenmektedir. Tablo 3.1 ve Tablo 3.2'de, AB üyesi ülkelerde sunulan hizmetlerde kamu ve özel sektörün nasıl iş bölümü gerçekleştirdiği görölmektedir. Buradaki karşılaştırmada hastaneler, birinci basamaktaki kurumlar ve hekimler göz önüne alınmıştır.

Tablo 3.2 Avrupa Birliği'nin Eski Üyesi Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kamu-Özel Karması.

ESKİ ÜLKELER	SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU			
	Ana Hizmet Sunucusu	Hastaneler	Birinci Basamak SH	Hekimler
Belçika	Ayakta bakım özel, yataklı tedavi kısmen kamu	Ağırlıklı olarak özel veya bağımsız kar amacı gütmeyen hastaneler	Genel pratisyenler çoğunlukla bireysel ve hizmet başı ödeme	Temelde bağımsız
Danimarka	Kamu Ağırlıklı	Hemen hemen hastanelerin tümü belediye kontrolü altında	Bağımsız GP'ler, bireysel ve grup uygulama	Bağımsız ve maaşlı uzmanlar
Almanya	Ayakta bakım özel, yataklı tedavi kısmen kamu	%50'den fazlası özel veya bağımsız, kar amacı gütmeyen hastaneler	Bağımsız bireysel uygulama	Bağımsız ve maaşlı uzmanlar
Yunanistan	Kamu Ağırlıklı	Ağırlıklı olarak özel hastaneler	Kamu mülkiyetinde sağlık merkezleri ve özel GP'ler	Kamu sektöründe maaşlı
İspanya	Kamu Ağırlıklı	%50'den fazlası özel veya bağımsız, kar amacı gütmeyen hastaneler	Ağırlıklı sağlık merkezlerinde çalışan ve tanımlanmış bir coğrafik alana hizmet eden GP'ler	Maaşlı hekimler
Fransa	Ayakta bakım özel, yataklı tedavi kısmen kamu	Kamu ağırlıkta olmak üzere, kamu ve özel karışımı	İlçelerdeki sağlık merkezleri hariç bağımsız GP'ler	Temelde bağımsız
İrlanda	Özel Ağırlıklı	Ağırlıklı kamu, ancak bazıları bağımsız olmaya yönelmektedir	Bireysel veya grup uygulama yapan bağımsız GP'ler	Kamu hastanelerinde maaşlı
İtalya	Kamu Ağırlıklı	Kamu ağırlıkta fakat özellikler güneyde özel sektör hakim	GP'ler ya bağımsız ya da yerel sağlık kurullarının çalışanları	Maaşlı ve bağımsız karışımı
Lüksemburg	Kamu Ağırlıklı	Kamu ve bağımsız kar amacı gütmeyen hastaneler	Bireysel bağımsız pratisyenler ağırlıkta	Hemen hemen bütün hekimler bağımsız, sözleşmeye dayalı
Hollanda	Özel Ağırlıklı	Özel, kar amacı gütmeyen hastaneler ağırlıkta	Bağımsız GP'ler, çoğu grup uygulama ve sağlık merkezlerinde çalışır	Ağırlıklı olarak bağımsız
Avusturya	Ayakta bakım ağırlıklı olarak özel, yataklı tedavi ağırlıklı olarak kamu	Çoğunluğu kamunun mülkiyeti ve kontrolünde	Hastanelerde ve özel kliniklerde bağımsız pratisyenler	Ağırlıklı olarak özel uygulama ancak sigorta acenteleri ile sözleşmeli
Portekiz	Kamu Ağırlıklı	Kamu hastaneleri ağırlıkta	Ağırlıklı olarak kamu mülkiyetli sağlık merkezleri ve maaşlı hekimler	Ağırlıklı olarak maaşlı
Finlandiya	Kamu Ağırlıklı	Temelde kamu, bazı özel hastaneler	Kapsamlı/kapsayıcı yerel sağlık merkezleri	Ağırlığı maaşlı kamu çalışanı, ayrıca önemli ölçüde özel çalışanlar
İsveç	Kamu Ağırlıklı	Ağırlıkta kamu hastaneleri	Temelde sağlık merkezlerinde sağlanıyor	Maaşlı kamu çalışanları ağırlıkta
İngiltere	GP'ler ve diş hekimleri ağırlıklı özel, hastaneler ağırlıklı kamu	Kamuda bağımsız hastane tröstlerine doğru bir kayma	GP'ler genelde grup uygulama içinde bağımsız sözleşme ile çalışırlar	Maaşlı hekimler

Kaynak: (Yıldırım & Yıldırım, 2011).

Tablo 3.3 Avrupa Birliği'nin Yeni Üyesi Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kamu-Özel Karması.

YENİ KATILAN ÜLKELER	SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU			
	Ana Hizmet Sunucusu	Hastaneler	Birinci Basamak SH	Hekimler
Çek Cum.	GP'ler ağırlıklı olarak özel hastaneler kamu ve özel, koruyucu sağlık hizmetleri kamusal	Özel ve kamu hemen hemen aynı düzeyde	GP'ler özel sözleşmeler kapsamında çalışırlar	Maaşlı ve bağımsız karışımı
Estonya	Kamu Ağırlıklı	Temelde kamu (belediye hastaneleri)	Ağırlıklı belediyelere ait poliklinikler, özel çalışan GP'ler	Hastanelerde maaşlı hekimler, özel uygulamalar
Macaristan	Kamu Ağırlıklı	Temelde kamu (yerel yönetimler)	Ağırlıklı kamusal (yerel yönetimler)	Ağırlıklı maaşlı, özel uygulamalar
Letonya	Kamu Ağırlıklı	Temelde kamu, bazı özel hastaneler	Temelde kamusal birinci basamak sağlık hizmetleri merkezlerinden	Ağırlıklı maaşlı, özel uygulamalar
Litvanya	Kamu Ağırlıklı (yerel yönetimler)	Temelde kamu (yarısı belediyelerce işletilmektedir)	GP'ler bireysel ve grup uygulamaları kapsamında sözleşme ile çalışırlar	Maaşlı ve bağımsız karışımı
Polonya	Temelde kamu	Ağırlıklı kamu, özel uygulamalar	Kamusal ağırlıklı	Ağırlıklı maaşlı, özel uygulamalar
Slovakya	Kamu Ağırlıklı	Kamudan özel uygulamalara kayma var	Özel sektör uygulamaları ağırlıkta	Kamudan özel uygulamalara kayma var
Slovenya	Kamu Ağırlıklı	Kamu ağırlıkta, özel uygulamalara kayma var	Kamu ağırlıkta, özel uygulamalar da söz konusu	Ağırlıklı maaşlı, özel uygulamalar
Kıbrıs	Kamu özel karışımı	Özel sektör ağırlıklı	Özel sektör ağırlıklı	Özel uygulamalar ağırlıkta
Malta	Kamu Ağırlıklı	Kamusal ağırlıklı, bazı özel uygulamalar	Kamusal sağlık merkezleri	Maaşlı hekimler ağırlıkta
Bulgaristan	Kamu Ağırlıklı	Kamusal ağırlıklı (belediyeler)	Kamusal ağırlıklı	Maaşlı hekimler ağırlıkta, özel uygulamalar
Romanya	Kamu Ağırlıklı	Temelde kamu, özel uygulamalar da var	Ağırlıklı olarak kamu	Ağırlığı maaşlı hekimler, özel uygulamalar
Hırvatistan*	Kamu Ağırlıklı	Kamusal ağırlıklı (belediyeler)	Kamusal ağırlıklı	Maaşlı hekimler ağırlıkta, özel uygulamalar

Kaynak: (Yıldırım & Yıldırım, 2011).

*2013 yılında AB'ye giren Hırvatistan yazar tarafından bu listeye dahil edilmiştir.

3.3 AB'ye Uyum Sürecinde Türkiye'deki Sağlık Politikaları

Türkiye'nin AB'ye uyum sürecinde yerine getirmesi gereken sorumluluklar farklı alanlarda birçok başlığı içermektedir. Sağlık ile ilgili fasıllar açısından Sağlık Bakanlığının doğrudan veya dolaylı olarak üstlendiği birçok konu bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığının doğrudan sorumlu olduğu alanlar şu başlıklar altında incelenebilir (Çoban, 2016: 64):

- “Tüketicinin ve Sağlığın Korunması
- Malların Serbest Dolaşımı
- İş Kurma (Yerleşme) Hakkı ve Hizmet Sunum Serbestisi
- Çevre
- Enerji”

Bunun dışında Sağlık Bakanlığı farklı konularda diğer kurumlara destek sunmaktadır. “İşçilerin Serbest Dolaşımı, Sosyal Politikalar ve İstihdam, Yargı ve Temel Haklar, Adalet Özgürlük ve Güvenlik, Gıda Güvenliği, Veterinerlik ve Bitki Sağlığı, İstatistik, Fikri Mülkiyet Hukuku” bu alanlardan bazılarıdır (Çoban, 2016: 64).

Sağlık alanında yerine getirilmesi gereken kriterlerden bazıları; su denetimi, oyuncaklar ile ilgili düzenlemeler, tüketicinin korunması ve tüketici hakları, gıda güvenliği şeklindedir. Aslında bu sayılanların tam olarak bir kriter olarak değerlendirilmesi de mümkün değildir, bunlar daha çok sağlık politikaları olarak düşünülmektedir (Gürel, 2006: 48).

Yapılan düzenlemeler ise aile hekimliği, e-sağlık uygulaması, yeşil kart, döner sermaye, sağlık sigortası, hasta hakları, ilaç ve malzeme yönetimi, sağlık sektöründe eğitim, birinci basamakta ve hastane hizmetlerinde yapılan değişiklikler şeklindeki başlıklar altında incelenebilir. Ancak yapılan düzenlemelerin olumlu olsa da yeterli seviyede olmadığı düşünülmektedir. Bu konudaki büyük sorunlar olarak finansmanın yeterli seviyede olmaması, personel dağılımının dengesiz olması,

kurumlar arasında koordinasyon ve işbirliğinin yetersizliği göze çarpmaktadır. Öte yandan yapılan bazı düzenlemelerin olumsuz etkisi olduğu da vurgulanmaktadır. Örneğin performansa dayalı döner sermaye ödemesi doktor dışındaki diğer personeli kapsamadığı için eleştirilmektedir (Gürel, 2006: 94).

Türkiye özellikle 2003 yılında başlattığı Sağlıkta Dönüşüm programı ile önemli adımlar atmaya başlamıştır. Bu anlamda 2012 yılında yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası uygulaması önemli aşamalardan birini oluşturmaktadır. Yapılan düzenleme ile Türkiye’de ikamet eden hemen herkes sağlık sigortası kapsamına alınmıştır ve gelirin e göre prim ödemektedir. Ancak Türkiye’de özel sağlık sigortası diğer ülkelere nazaran oldukça düşük oranlarda gerçekleşmektedir. Bu nedenle GSS ülkedeki tüm vatandaşların bir sağlık korumasına sahip olması açısından olumlu görülse de sürdürülebilir olmadığı eleştirilerine de maruz kalmaktadır (Orlu ve Köse, 2018: 304).

4. ALMAN ve TÜRK SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

4.1 Alman Sağlık Sistemi

Almanya zengin ve refah bir ülke olarak sağlık alanında da önemli bir gelişmişlik sergilemektedir. Ülkenin yüksek gelir seviyesi, sağlık alanındaki gelişmişliğin en önemli unsurlarından biridir. Alman sağlık sisteminin oldukça köklü bir geçmişe sahip olması da bir diğer etken olarak göze çarpmaktadır. 1883 yılında Bismark'ın öncülüğünde hayata geçirilen zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemin temelini oluşturmaktadır. Kaldı ki Almanya, Bismarck Modeli olarak anılan bu uygulamanın kaynak ülkesi niteliğindedir (Sargutan, 2005).

Almanya Federal Cumhuriyeti, AB içerisindeki en kalabalık ülke konumundadır ve 16 eyaletten oluşmaktadır. Ülke nüfusu 82 milyon 700 bin civarındadır. Genel politik konularda olduğu gibi sağlık konularında da merkezi yönetim ve yerel yönetimler arasında karar almada bir güç paylaşımı söz konusudur. Ancak zorunlu sigorta programlarının yönetişimi ise hükümet dışı korporatist kuruluşlara delege edilmiştir (Karagan, 2008; Busse ve Riesberg, 2004).

Alman sağlık sisteminde merkezi bir anlayıştan ziyade çoğulculuğun ve özerkliğin benimsendiği görülmektedir. Lander olarak adlandırılan eyaletlerin yönetimleri geniş yetkilere sahiptir. Merkezi yönetim yani federal devlet sağlık hizmetleri açısından gerekli yasaları düzenlemektedir ve bu şekilde ülke genelinde birliktelik sağlanmaktadır. Ancak bunların uygulanması yerel yönetimlere bırakılmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu).

Almanya sağlık hizmetlerinin finansmanı, yüzyıla yakın bir süredir özel sektörün ve kamunun işbirliği ile gerçekleştirilmektedir. Ülkedeki sağlık güvenlik sisteminin iki ayağı bulunmaktadır; özel sağlık sigortası ve zorunlu sağlık sigortası.

Zorunlu sağlık sigorta programının finansman kaynakları işçi, işveren, devlet prim katkılarından ve diğer gelirlerden oluşmaktadır. Prim katkıları

sigortalının gelirinin belirli bir yüzdesi olarak kesilir. Prim oranları her yıl değişebilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2006).

Bireyler elde ettikleri gelirlerin seviyesine bakılarak hastalık fonlarına belirlenen miktarı ödeyerek ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadırlar. Prim katkısının belirlenmesinde sigorta riski veya sigortalıya bağlı kişi sayısı göz önüne alınmamaktadır. Zorunlu sağlık sigortasına dahil olan her birey maliyeti paylaşır ve primlerini öder. Sigortanın yarısını çalışan ödediği gibi yarısını da işveren ödeyebilmektedir. Ayrıca, zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki bireyler istemeleri durumunda ek sigorta da yaptırabilmektedir.

Özel sigortalar kapsamında ise yaşlılıkta bakım, diğer bazı hastalık, kaza veya yaralanma gibi riskler düşünülerek anlaşmalar yapılabilmektedir. Bir bireyin zorunlu sağlık sigortasının olmaması durumunda veya herhangi bir resmi sağlık sigortası yoksa özel sigorta geriye kalan tek seçenek olmaktadır. Resmi sigortada ödemesi gereken prime oranla daha yüksek gelire sahip bireyler kısmi veya tam şekilde özel sigorta anlaşması yapabilir. Benzer şekilde devlet kademesinde çalışan memurların tamamlayıcı bir şekilde özel sigorta anlaşması yapması mümkündür (Toplum ve Hekim, 1994)

4.1.1 Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetlerinin sunumu çeşitli başlıklara altında incelenebilir. Daha önceki bölümlerde açıklandığı üzere sağlık hizmetlerini koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici şeklinde ayırmak mümkündür. Bu ana ayırmadan sonra Almanya'daki sağlık hizmetlerinin belirli karakteristik özellikleri incelenebilir. Bunların başında kamu tarafından yerine getirilen hizmetler ile birinci ve ikinci basamak ambulatory bakım arasında belirgin bir ayrımın bulunmasıdır. Hemen hemen tüm ambulatory sağlık hizmetleri bir ofiste çalışan hekim tarafından verilmektedir ki birinci ve ikinci basamak ayakta verilen bakım hizmetleri bu kapsamdadır. Hastaların hastalık fonu seçmede özgür olduğu sistemde kapı doktoru gibi bir uygulama bulunmamaktadır. Alman hastanelerinde yatan hasta bakımı oldukça önemsenmektedir. Üniversite hastanelerinin araştırma ve eğitim sebebiyle ayakta hasta bakımı imkanlarına sahip

olduğu görülmektedir. Sosyal hizmetler ise ağırlıklı olarak özel organizasyonlarca verilmektedir (Busse ve Riesberg 2004).

Aile hekimliğinin uygulandığı Almanya’da hastalar aile hekimlerine kolaylıkla ulaşabilmektedir. Zorunlu sağlık sistemi sebebiyle toplumun %90’dan fazlasının sağlık sigortasına dahil olduğu görülmektedir. Ayakta hasta bakımının gerçekleştirildiği tüm branşlarda bireylerin doktor seçme hakkı bulunmaktadır. İstisnalar haricinde sağlık hizmetlerine erişim ücretsiz olmaktadır. Ancak ilaç alımı, kural dışı hastane başvurusu, fizyoterapi hizmeti vb. bazı durumlardaki masrafların bir kısmı hastaya yansıtılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004).

Almanya ilaç ve sağlık teknolojisinde oldukça gelişmiş bir ülkedir. İlaç sektörü önemli ihracat kalemlerinden birini oluşturmaktadır. Sağlık teknolojisi alanında ise Avrupa’da üçüncü sırada yer almaktadır. Bu gibi avantajlar Almanya’nın sağlık alanında kaliteli hizmetler sunmasını da sağlamaktadır (Keskin, 2015: 14).

4.1.2 Sağlık Finansmanı ve Harcamaları

Almanya sağlığa ciddi önem vermekte, sağlık alanında izlediği politikalar sayesinde diğer ülkelere örnek bir konumdadır.

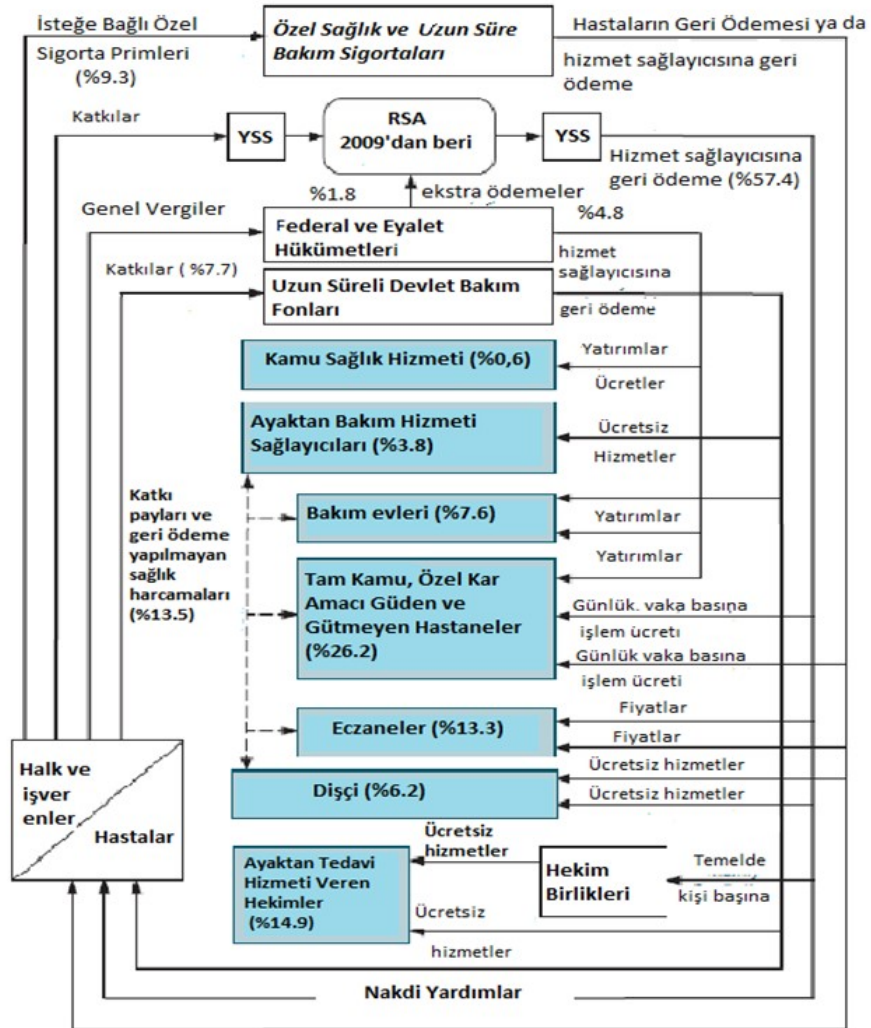
Hastanelerin altyapı ve yatırım harcamaları federal yönetim gelirleriyle, cari ve diğer harcamalar hastalık fonları ve hastaneler arasındaki anlaşmayla belirlenir. Almanya’da sigorta fonları sağlık hizmetini özel hastane ve doktorlardan satın almaktadır. Bu nedenle neoliberal politikalar Almanya’yı özelleştirme şeklinde değil sağlıkta katkı payının artırılması şeklinde etkilemiştir. Yaşlı bir nüfusa sahip olduğu için maliyetleri azaltmak amacıyla uzun dönemli hemşirelik bakım hizmeti, özel ambulans gibi hizmetler sigorta kapsamından çıkartılmıştır (Çakır, 2016).

Almanya oldukça büyük bir ekonomik zenginliğe sahip ülkedir ve bu zenginliğin önemli bir bölümü sağlık harcamalarına aktarılmaktadır. Alman Federal İstatistiklerine bakıldığında 2021 yılındaki toplam sağlık harcaması 300,4 milyon € olarak gerçekleşmiştir. Bu miktar GSYİH içerisinde %11,4 lük bir pay anlamına gelmektedir. OECD verileri göz önüne alındığında ise yıllık gerçekleşen reel büyüme 2000-2009 yılları arasında %2,1 olarak gerçekleşmiştir. Aynı dönemde

OECD ortalamasının ise %4,1 oranında arttığı görülmektedir (Atabey ve Meriç, 2016).

Almanya'da Yasal Sağlık Sigortaları sağlık finansmanında söz sahibidir. Ancak 2009 yılından itibaren RSA adı verilen ve sigortalarda görülen uyuşmazlık sorunlarının çözülmesinde görev alan sigorta şirketi de aktörlerden biri haline gelmiştir. 1996 yılından sonra hastanelerin finansmanı sabit bütçe ile sürdürülmektedir. Sağlık alanında yapılan yatırımlar eyaletler tarafından karşılanmakta iken sağlık cari giderleri hastalık fonları ve hastalar tarafından karşılanmaktadır (Atabey ve Meriç, 2016).

Tablo 4.1 Alman Sağlık Finansman Sisteminin İşleyişi



Kaynak: Busse & Blümel, 2014.

Tablo 4.1 incelendiğinde Almanya’da sağlığın payı isteğe bağlı özel sigorta primlerinde (%9,3), genel vergilerde (%1,8), katkı paylarında (%7,7), ekstra ödemelerde ise (%4,8)’dir.

Almanya daki sağlık harcamalarının 1995-2011 yılları arasında nasıl bir seyir izlediği Tablo 4.2’de yer almaktadır.

Tablo 4.2 Almanya’da Sağlık Harcamalarının Seyri (1995-2011)

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toplam Sağlık Harcaması									
Cari Fiyat (Milyar €)	186.9	212.8	240.4	246.0	254.2	264.4	278.4	287.3	293.8
Kişi Başına Cari Fiyat (ABD \$)	2.276	2.678	3.362	3.567	3.722	3.967	4.225	4.338	4.495
GSYİH’deki Payı (%)	10.1	10.4	10.8	10.6	10.5	10.7	11.7	11.6	11.3
Kamu Sağlık Harcaması									
Toplam Harcamalarda Sağlık Payı (%)	81.4	79.5	76.6	76.5	76.4	76.6	76.9	76.8	76.5
GSYİH’deki Payı (%)	8.2	8.3	8.3	8.1	8.0	8.2	9.0	8.9	8.7
Özel Sağlık Harcaması									
Toplam Harcamalarda Sağlık Payı (%)	18.6	20.5	23.4	23.5	23.6	23.4	23.1	23.4	23.5
GSYİH’deki Payı (%)	1.8	2.1	2.5	2.5	2.5	2.5	2.7	2.7	2.7
Cepten Yapılan Ödemeler Dışında Sağlık Harcaması									
Toplam Harcamalarda Sağlık Payı (%)	10.0	11.4	13.5	13.7	13.6	13.3	13.0	13.2	12.4
Özel Harcamalarda Sağlık Payı (%)	54	56	58	58	58	57	56	56	53
	1995-2000		2001-2005		2006-2010			2009-2011	
Toplam Sağlık Harcamalarında Ortalama Yıllık Büyüme Oranı (%)	2.3		1.4		2.7			2.8	
GSYİH’deki Ortalama Yıllık Büyüme Oranı	1.8		0.8		1.4			4.6	

Kaynak: OECD, 2013a; 2014b; Busse & Blümel, 2014: 108

Alman sağlık sisteminde finansman yasal sağlık sigortası kullanılarak gerçekleştirilmektedir ve bu durum veriler yardımıyla da doğrulanmaktadır. 1995 yılındaki kamu sağlık harcamalarından sosyal güvenlik harcamalarına ayrılan pay %82,5 olarak gerçekleşmişken yıllar içerisinde bu oran giderek artmıştır. 2000 yılında %87,3, 2004 yılında %90 ve 2011 yılında %91,2 olarak gerçekleşmiştir. (Burası doğru mu?)

Almanya’da cepten yapılan sağlık harcamalarının özel sağlık harcamaları içerisindeki payı görülmektedir. Bu oran 1995-2011 arasında %52,5 ile %55,9 arasında seyretmiştir. Almanya’da özel peşin planların özel sağlık harcaması içerisindeki yeri 1995 ve 2011 yılları arasında %42 ile %47 arasında seyretmektedir. Ortalama döviz kuru üzerinden kişi başına düşen sağlık harcaması kamu ve özel toplamı ABD Doları cinsinden 1995 yılında 3123 \$ olarak gerçekleşirken 2011 yılında 4371 \$’ a yükselmiştir Ortalama döviz kuru üzerinden kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları 1995 yılında 2548 \$ iken 2011 yılında 3723 \$ olarak

gerçekleşmiştir. Satın alma gücü paritesine göre kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları 1995 yılında 1848 \$ iken 2011 yılında 3813 \$'a yükselmiştir (WHO, 2015). (Burası olduğu gibi alındı).

4.2 Türk Sağlık Sistemi

80 milyonu aşan nüfusu ile Türkiye dünyadaki en fazla nüfusa sahip olan 20 ülke arasındadır. Aynı zamanda Türkiye, yüksek doğurganlık hızının etkisiyle önemli bir genç nüfus oranına sahiptir.

Türkiye sağlık hizmetleri alanında pek çok örgütün faaliyet gösterdiği bir ülkedir. Kamu, yarı kamusal işletmeler, özel kurumlar veya hayırseverler tarafından çeşitli şekillerde hizmetler sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve Savunma Bakanlığı gibi kurumlar kamu adına faaliyet gösteren kurumlardandır. Bunların haricinde dini grupların, azınlıkların, vakıf ve kar amaçlı işletilen özel hastanelerin, dış hekimlerinin veya eczacıların da sağlık hizmeti verdiği görülmektedir (Karagan, 2008).

Ülke genelinde uygulanacak olan sağlık politikası geliştirme, uygulama ve sunumu gibi görevler Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Bazı kamu kurumları ve hükümet harici kurumlar da sağlık hizmetlerinin yürütülmesi konusunda katkı sunmaktadır (Sargutan, 2005).

Türkiye son 20 yıl içerisinde sağlık alanında oldukça önemli reformlara imza atmıştır. 2003 yılında başlatılan 'Sağlıkta Dönüşüm' ile sağlık sistemi adeta yeniden dizayn edilmiştir. Sosyal Güvenlik Reformu ile Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girmiştir. Bu değişikliklerin etkisiyle bireylerin bu hizmetlere erişimi kolaylaştırılmış ve düşük gelir grubundaki vatandaşların mali olarak desteklenmesi sağlanmıştır (OECD, 2008). 2012 yılından sonra ise tüm vatandaşlar için GSS zorunlu hale getirilmiş ve sisteme dahil edilmiştir (Daştan ve Çetinkaya, 2015).

GSS kapsamında olan kişiler kanunda; tüm Türk vatandaşları, mülteciler, Türkiye'de bir yıldan fazla bir süredir yasayan ancak kendi ülkelerinde sağlık sigortası olmayan yabancılar olarak belirtilmektedir. Sigortalının 18 yaşından küçük

aile fertleri herhangi bir ek prim ödemedi otomatik olarak sigortalı sayılırlar. 18 yasından sonra ise primlerini ödemek şartıyla kendi adlarına sigortalı olacaklardır. Buna karsın GSS'nin kapsamadığı kişiler ise; diplomatlar, askerlik vazifesini ifa edenler, Türkiye'de 12 aydan daha az ikamet eden yabancılar şeklinde belirtilmektedir (Resmi Gazete, 2006).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası sağlık hizmetlerini kamu malı olarak nitelendirmektedir. Yani bu hizmetler devlet görevleri arasındadır ve sunulacak hizmetlerin sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na aittir. Kamu, yarı kamu, özel ve kar amaçlı olmayan vakıflarca sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ise kullanılan kaynaklar; vergiler, SGK primleri, özel sigorta primleri ve cepten yapılan harcamalardır (Pekten, 2006).

4.2.1 Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetinin sunucuları genel olarak kamu ve özel şeklinde iki başlıkta incelenmektedir. Sağlık Bakanlığının, SSK'nın, üniversitelerin, başta Savunma Bakanlığı olmak üzere diğer bazı bakanlıkların, KİT'lerin ve belediyelerin 2005 yılına kadar kamu adına sağlık hizmetleri sunduğu görülmektedir. 2005 yılında ise SSK'ya ait olan ve diğer bir takım kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Hali hazırda kamusal anlamda en büyük hizmet sunucusu Sağlık Bakanlığı'dır. Yapısı itibariyle koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu eliyle yürütülmesi gerektiğinden bu alanda Sağlık Bakanlığının tek yürütücüsü olduğu görülmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde ise kurumun ağırlığı yaklaşık olarak üçte ikidir. Özel sektördeki aktörler ise özel hekimler, diş doktorları, özel hastaneler, vakıflar, özel klinik ve laboratuvarlar ile eczanelerdir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri planlanırken piyasanın ihtiyaçlarına dönük olarak düzenlemelerin yapıldığı görülmektedir. Hastaların hekim seçme özgürlüğü gibi hususlar düşünülmüş, müşteri memnuniyeti, rekabet, performans göre ve kişi başı ödeme gibi özel hekimlik odaklı yapılandırmalar yapılmıştır (Erol ve Özdemir, 2014).

Tablo 4.3’de sağlık hizmetlerinin sunumu kategorik bir şekilde verilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, aslında sağlık hizmeti talep eden kişilerin ilk başvurması gereken merkezler tarafından sunulmaktadır. Bunlar en bilinen haliyle sağlık ocaklarıdır. Benzer bir şekilde işyeri hekimliği, özel muayenehaneler, AÇS-AP bu kategoride yer almaktadır. Hizmet sunumunda ikinci basamaktaki sağlık hizmetlerini hastaneler sunmaktadır. Bunlar birinci basamakta çözülememiş olan sorunları gidermek üzere görev üstlenmektedir. Ancak Türkiye’de birinci basamak hizmetlerine başvuruların istenildiği şekilde koordine edilememesi ve sevk zincirinin işletilememesi nedeniyle bireylerin doğrudan hastanelere başvurduğu görülmektedir. Bu durum arzulanmayın iş gücü, zaman ve kaynak israfına da sebep olmaktadır. Türkiye’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri, özel hastaneler vd. tarafından sunulmaktadır (Gök, 2012).

Tablo 4.3. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu

SAĞLIK BAKANLIĞI		SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU
Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri	Üniversite Hastaneleri, Eğitim Hastaneleri, Araştırma Merkezleri	
İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri	Devlet Hastaneleri, Özel Hastaneler, Askeri Hastaneler	
Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri	Sağlık Evi, Sağlık Ocağı, AÇS-AP Merkezleri (Ana Çocuk Sağlığı) Dispanserler, Özel-Kamu İşyeri Hekimliği, Özel Muayenehaneler, Bağımsız Kuruluşlar	

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, 2004.

Türkiye’de son dönemlerde aile hekimliği sistemi birinci basamakta uygulanmaya başlamıştır. Bu sistemde hekimler kamu görevlisi olarak düşünülmemekte, adeta bireysel bir girişimci haline gelmektedir (Ataay, 2008). Maliyetlerin düşürülmesi adına başvuru olan bu yöntemde aile hekimleri birlikte

çalışacağı elemanları kendisi belirlemekte, ihtiyaç duyduğu emek gücünü taşeronlar aracılığıyla sağlamaktadır.

4.2.2 Sağlık Finansmanı ve Harcamaları

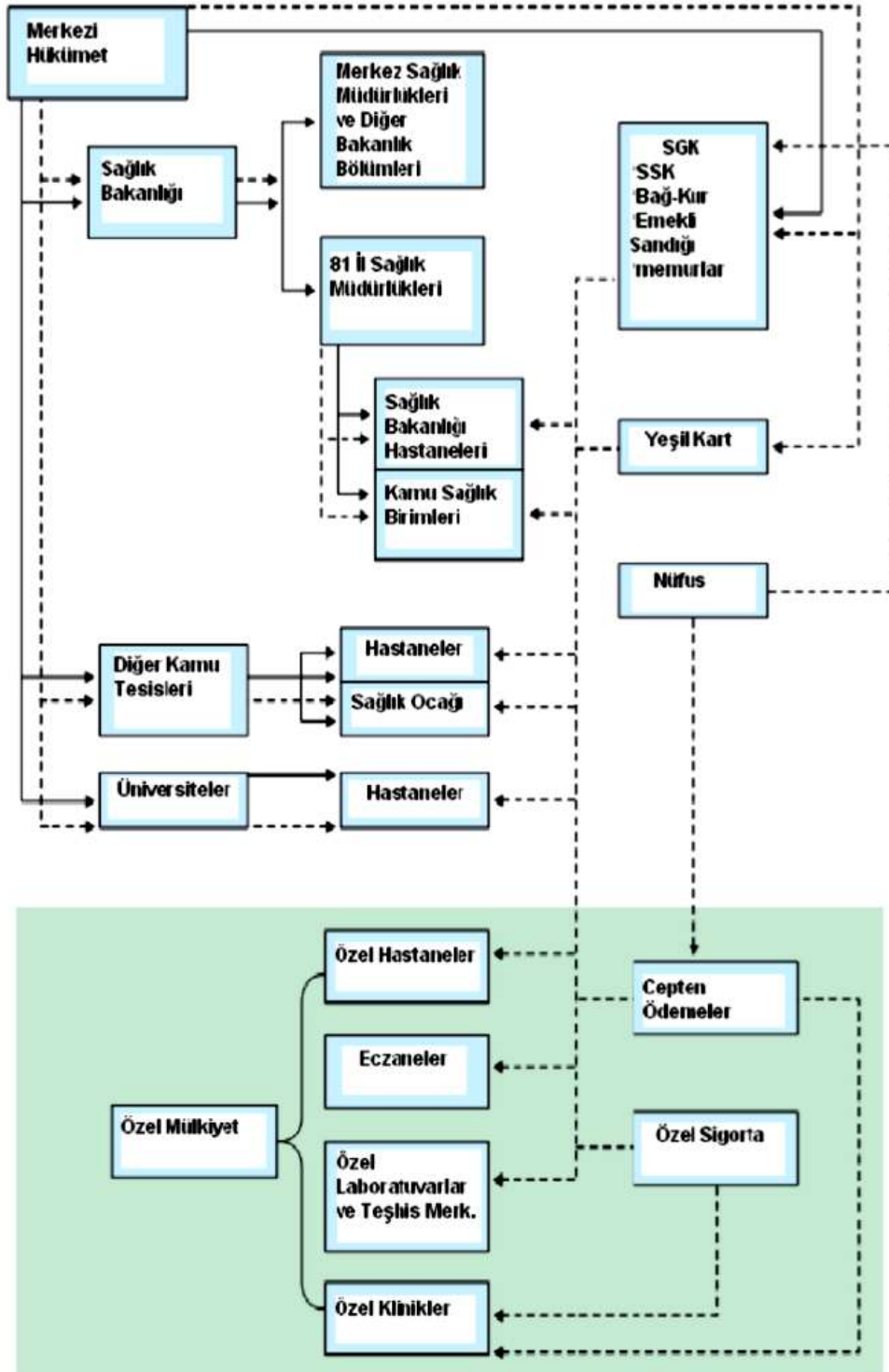
Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kaynak tahsisi genellikle genel bütçe kuralları çerçevesinde gerçekleştirilmekte ve karma ödeme biçimleri kullanılmaktadır. Sağlık bakanlığına bütçeden ayrılan kaynaklar hastanelere ve personele kalem bütçe olarak tahsis edilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu ise son yıllarda hastanelere paket fiyat üzerinden ödemeler gerçekleştirmeye başlamıştır. Ancak Danıştay paket fiyat ödemesi uygulamasını durdurmuştur. Döner sermaye gelirleri özellikle son on yılda hastanelerin gelirleri arasında önemli bir yere sahip olmuştur ve hastane yönetimleri döner sermaye gelirlerini harcama konusunda genel bütçeye nazaran daha esnektirler. Hekimlere ödemeler genellikle maaş şeklinde olmaktadır. Döner sermayeden personele pay aktarma ise performans temeline dayalı olmaktadır. Aile hekimlerine kişi başı ödeme yöntemine göre ödemeler yapılmaktadır. İlaç ödemeleri genellikle geriye dönük olarak gerçekleştirilmektedir (Karagan, 2008).

Türkiye’deki sağlık sektörünün son on yıl içinde dört kat büyüdüğü görülmektedir. Bu büyümede sağlık bakanlığının yürüttüğü politikaların büyük katkısı bulunmaktadır. SGK tarafından yapılan sağlık harcamalarında büyük bir artış olduğu gibi kamudan sağlık harcamalarına ayrılan bütçede de önemli bir artış yaşanmıştır. Bunun beraberinde özel sağlık sektörünün de hızlı bir gelişim göstermiştir. Sağlık Bakanlığı’nın rakamlarına göre; özel hastaneler sağlık harcamalarında, 2001 yılında %6,2 paya sahip iken bu oran 2008’de %17,3’e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Türkiye’nin sağlık alanında yaşadığı büyüme nüfus artış oranı ile paralel olmayan bir büyüme göstermemiştir. Sağlık alanında hizmet veren kurumların, özellikle de özel kurumların sayısının ciddi bir şekilde arttığı görülmektedir. Yine Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan rakamlara göre; 2002 yılında 1156 olan

hastane sayısı, 2011 de 1453'e ulaşmıştır. Aynı dönemde özel hastane sayısı neredeyse iki kat artarak 271'den 503'e çıkmıştır.

Tablo 4.4 Türk Sağlık Finansman Sistemini İşleyişi



Kaynak: Busse & Blümel, 2014

Tablo 4.5 Sağlık Finansman Sisteminin Kaynakları

Kaynaklar	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kamu Kaynakları	75,2	74,6	73,1	73,1	73,0	73,0	72,9	73,0	72,9	72,6	72,9
Vergiler	7,8	7,8	6,0	5,7	5,5	5,2	5,0	4,9	4,8	4,8	4,8
Yasal Sağlık Sigortası	56,9	56,7	56,3	56,8	57,0	57,5	57,5	57,8	57,6	57,3	57,4
Zorunlu Emeklilik Sigortası	1,7	1,8	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4
Zorunlu Kaza Sigortası	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Uzun Dönemli Zorunlu Bakım Sigortası	7,0	6,9	7,5	7,5	7,4	7,3	7,3	7,3	7,5	7,5	7,7
Özel Kaynaklar	24,7	25,4	26,9	26,9	27,0	27,0	27,1	27,0	27,1	24,7	27,1
Cepte Ödemeler/ Hükümetdışı Organizasyonlar	12,2	12,3	13,6	13,5	13,6	13,5	13,4	13,5	13,6	13,7	13,5
Özel Sağlık Sigortası	8,4	8,6	9,1	9,2	9,2	9,3	9,5	9,3	9,3	9,4	9,3
İşverenler	4,1	4,1	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,3	4,3

Kaynak: Busse & Blümel, 2014

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmeti özel kesim ve kamu kesimi olmak üzere iki sektör tarafından sunulmaktadır. Sağlık hizmetleri bir yandan kamu ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından sunulurken kamu sektörünün farklı gruplardaki hizmet standartları birbirinin aynısı değildir. (Burası olduğu gibi alındı).

1995 yılından itibaren sağlık harcamalarındaki kamu payının %70’ler seviyesinde gerçekleştiği görülmektedir. 1995 yılında %70,2; 2009 yılında ise %75,2 olarak gerçekleşmiştir. 1995 yılında 2009 yılına kadar en büyük düşüş 1999 yılında gerçekleşmiş ve bu oran %61,1 olarak veri kaynaklarına yansımıştır. Türkiye’de bu oran 2011 yılında %76,3 olarak gerçekleşmiştir. (WHO, 2014). (Burası olduğu gibi alındı).

Tablo 4.6 Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının Seyri

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390
Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH’ye Oranı (%)	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	6,1	5,6	5,3	5,2	5,4

Kaynak: WHO, 2015; TÜİK.

Toplam sağlık harcamaları içerisinde Türkiye dönem dış kaynaklardan yardım almıştır. Ancak bu yardımın toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı en fazla, 1995 yılında %1,5 olarak gerçekleşmiştir. 1996 yılında bu oran; %0,1; 1997 yılında %0,1; 1998 ve 1999 yılında %0,0; 2000 yılında %0,1; 2001 yılında %0,3; 2002 yılında %0,0; 2003 yılında %0,2 ve 2004 ve sonrası yıllarda ise sıfır olarak gerçekleşmiştir. (WHO, 2014). Toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sektör sağlık harcamalarının payı %25'lerin üzerinde seyretmektedir. (Burası olduğu gibi alındı).

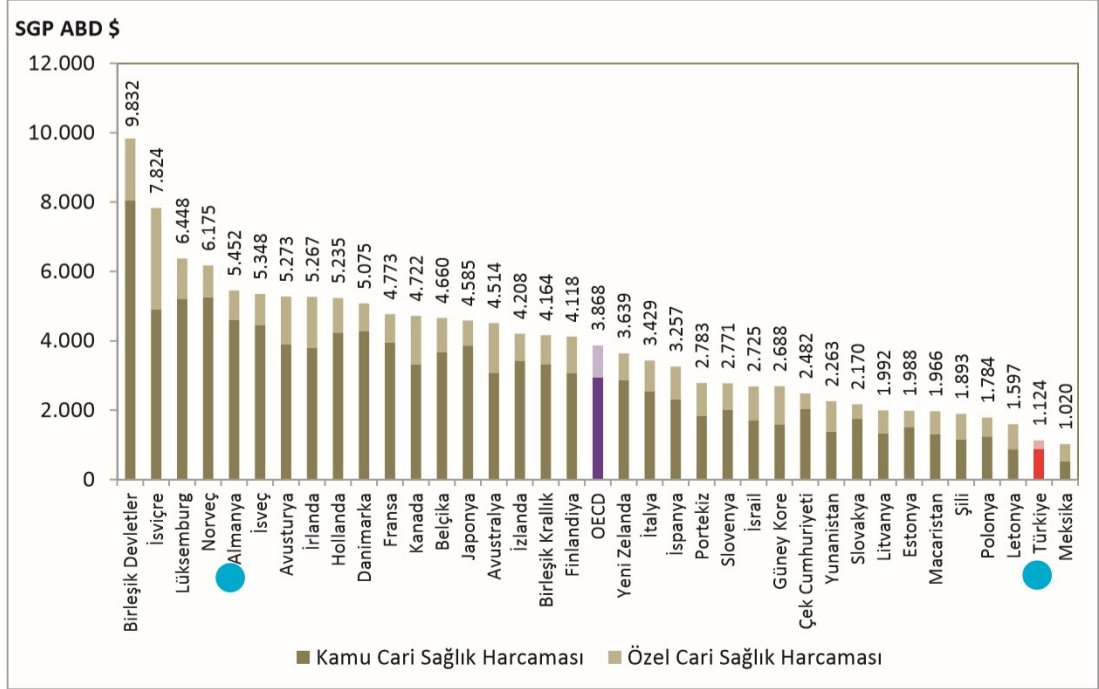
4.3 Alman ve Türk Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Dünyadaki sağlık harcamalarının önemli bir kısmı AB yesi ülkelerce gerçekleştirilmektedir. Bunun en önemli sebeplerinden birisi hiç kuşkusuz gelişmiş ülkelerdeki yaşlanan nüfus ve bunun sonucu olarak ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinde görülen artıştır. Diğer taraftan bu ülkelerdeki yüksek gelir seviyesinin bir yansıması da sağlık harcamalarına ayrılan payda görülmektedir. Tablo 4.7'de yer alan grafikte kişi başı gerçekleştirilen sağlık harcamaları grafiksel olarak görülmektedir. Grldğu üzere listenin başında ABD yer almaktadır ancak listenin genel olarak n sıralarında çoğunlukla Avrupa lkeleri yer almaktadır. Almanya'da gerçekleştirilen kişi başına sağlık harcaması hemen hemen Türkiye'nin 5 katı kadardır.

Atabey ve Meriç (2016), Gerçekleştirilen sağlık harcamalarında kamunun payı göz önüne alındığında Türkiye ve Almanya'nın benzerlik gösterdiğini aktarmaktadır. Kendi alışmalarında, 52 Avrupa lkesi içerisinde Almanya %76'lık oran ile 18. sırada ve Türkiye %75'lik oran ile 19. Sırada olduğunu aktarmaktadır. Ancak 2017 yılına ait verilere göre bu durum biraz değişmiş gözükmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın 2017 yılına ait verilerine göre Almanya sağlık harcamalarının %85'ini, Türkiye ise %78'ini kamu finansmanı ile karşılamaktadır. Tablo 4.8'de bu veriler (Finansman Türüne Göre Cari Sağlık Harcaması Dağılımının Uluslararası Karşılaştırması) yer almaktadır. Atabey ve Meriç (2016) aktardığına göre her iki ülkede de kamu kaynaklı harcamaların son 15 yılda azalması da

benzerlik görülen diğer bir noktadır. Bunun sebebi ise özel harcamaların artış göstermesi ve vergiler aracılığıyla karşılanan hizmetlerin payının azalmasıdır.

Tablo 4.7. Kişi Başı Cari Sağlık Harcamasının Uluslararası Karşılaştırması,



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018.

Almanya'nın sağlık sistemine bakıldığında, tüm bireyler sağlık sisteminin kapsamındadır. Bu kapsayıcı sağlık sigortasına sahip olan herkes, ayırım gözetilmeksizin sağlık hizmetlerinin hepsinden yararlanabilmektedir. Maddeler halinde Alman sağlık sistemi özetlenecek olursa (Ay, 2017: 44):

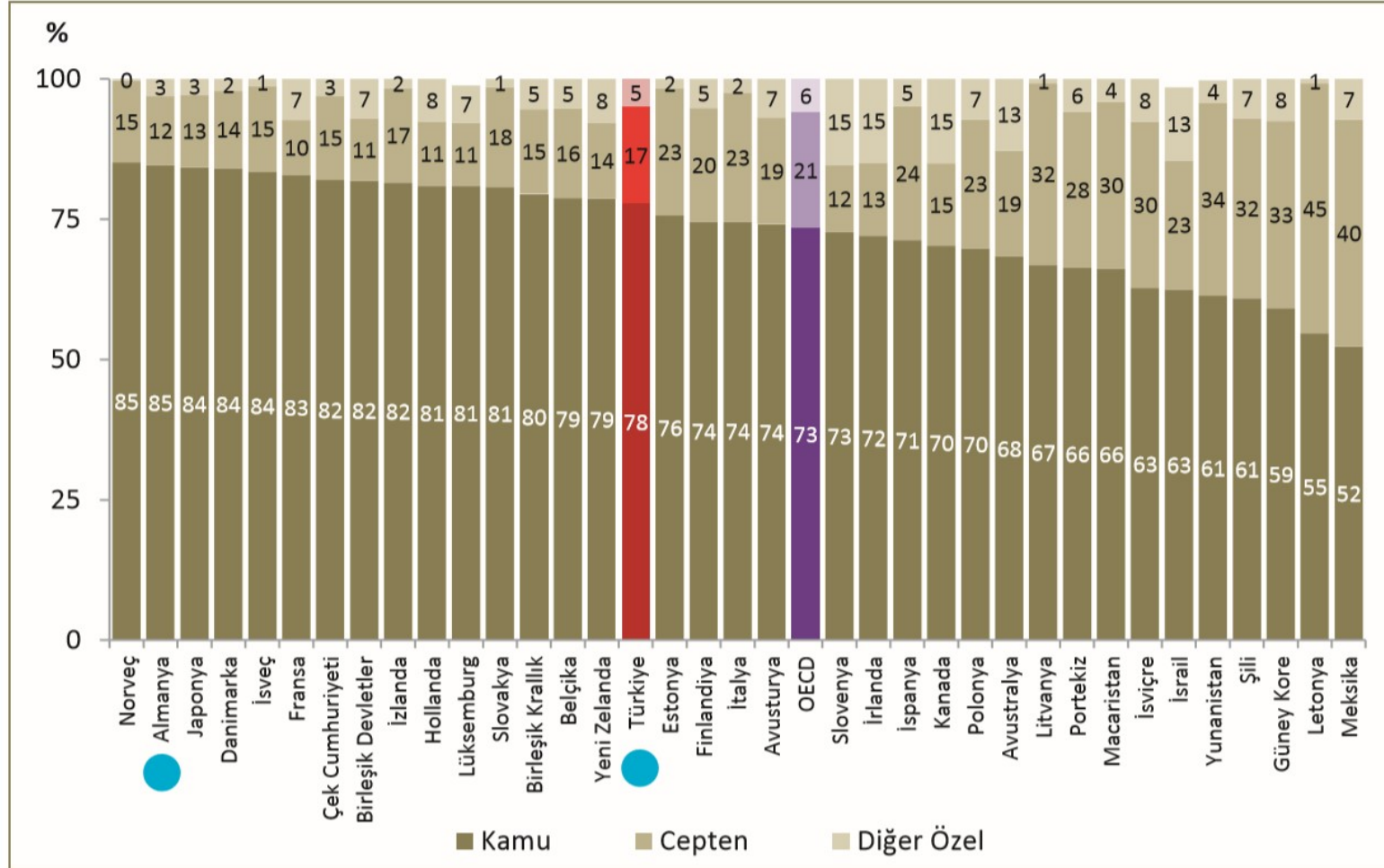
- Neredeyse nüfusun tamamı sigorta kapsamındadır.
- Yeniden düzenlenmiş katılım payları bulunmaktadır.
- Halkın büyük bir bölümü yasal sigorta kapsamında iken az bir kısmı özel sigortalıdır.
- Hizmet sağlayıcılarını seçimi mümkündür.
- Hizmet sağlayıcılarının bir üst bütçe sınırı bulunmaktadır.

- Hizmet sağlayıcılar tarafından geri ödemeler hizmet başına ya da kişi başına belirli oranlarla gerçekleştirilmektedir.

Türkiye’de de tıpkı Alman sağlık sisteminde olduğu gibi kapsayıcı bir sağlık sigortasının varlığı görülmektedir. Buna göre bireyler genel sağlık sigortasını yaptırmak zorundadır ve ayırım olmaksızın sağlık hizmetlerinde yararlanabilmektedir. Türkiye de SGK nüfusun tamamını kapsayan tek kamu finansman kuruluşudur. Ancak buna ek olarak nüfusun %3’lük kesiminin özel sağlık sigortasına sahip olduğu görülmektedir (Koçkaya ve ark. 2016:82). Hem Türkiye hem de Almanya’da evrensel sağlık politikalarının var olduğu ve kapsam dışı kalan nüfusun neredeyse hiç bulunmadığı görülmektedir.

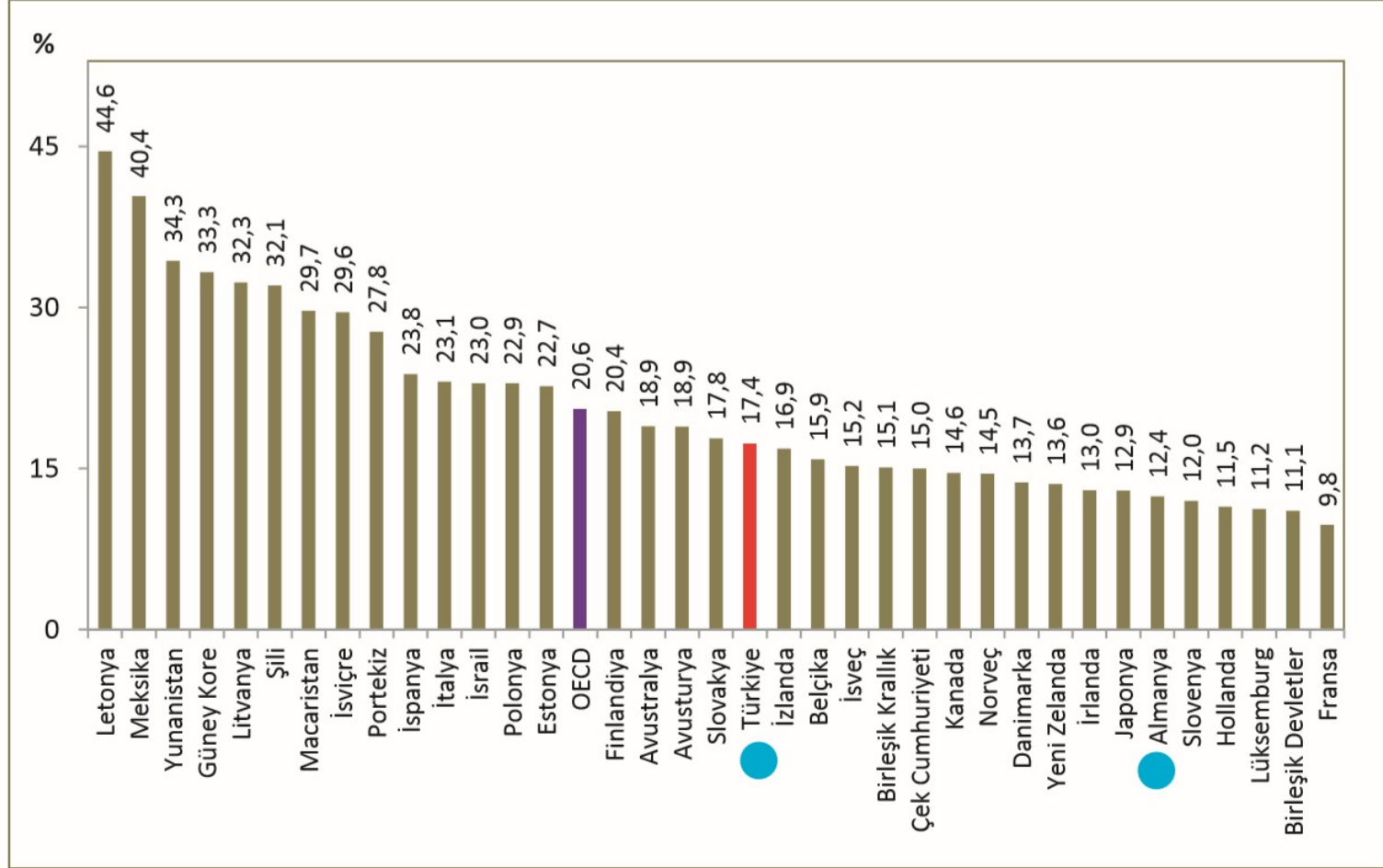
Tablo 4.9’da “Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırması” yer almaktadır. Buna göre Türkiye’de sağlık için cepten yapılan harcama %17,4 iken Almanya’da bu oran %12,4’tür.

Tablo 4.8 Finansman Türüne Göre Cari Sağlık Harcaması Dağılımının Uluslararası Karşılaştırması



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018.

Tablo 4.9. Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırması,



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018.

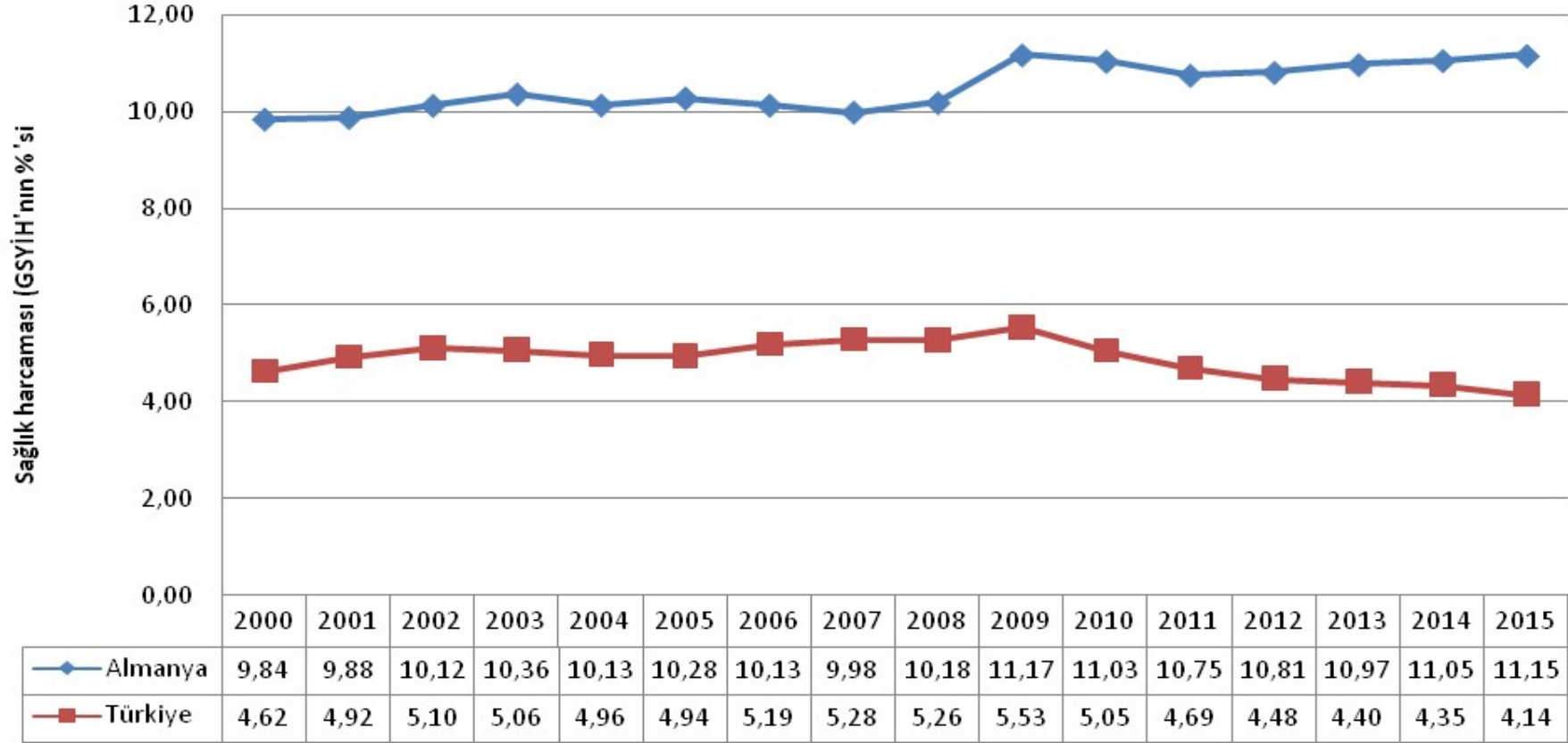
Tablo 4.10’da Türkiye ve Almanya’nın 2000 yılından itibaren gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı grafiksel olarak yer almaktadır. Buradan görüleceği üzere Almanya sağlık harcamaları için milli gelirinden Türkiye’nin yaklaşık 2 katı kadar bir pay ayırmaktadır. Yıllara göre bir değerlendirme yapıldığında ise hem Türkiye hem de Almanya’da 2009 yılında maksimum sağlık harcaması oranlarına ulaşıldığı görülmektedir. Diğer taraftan son yıllara doğru Türkiye’nin ayırdığı payın azalış gösterdiği, Almanya’nın ise nispeten yüksek olduğu görülmektedir. Dolayısıyla Türkiye ve Almanya arasındaki (GSYİH bağlamında) sağlık harcamalarındaki farkın son yıllarda artmış olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Bununla paralel şekilde, Almanya’nın milli gelirinin fazla olması net sağlık harcaması rakamının da fazlalaşmasına sebep olmaktadır.

Gerçekleştirilen sağlık harcamalarındaki farklılık sağlık hizmetlerinin sunumunda da kendini hissettirmektedir. Tablo 11’de Almanya ve Türkiye’de 1000 kişiye düşen doktor sayısı yıllara göre verilmiştir. Bu grafikten de görüleceği üzere her dönemde Almanya’daki oranın Türkiye’nin iki katından fazla olduğu görülmektedir. Hatta son yıllarda bu oranın Türkiye aleyhine arttığı da söylenebilir. Diğer taraftan gerek Türkiye’de gerekse Almanya’da kişi başına düşen doktor sayısında bir artış olduğu görülmektedir.

Tablo 4.12’de ise 1000 kişiye düşen diş hekimi sayısı yer almaktadır. Yukarıda yapılan değerlendirmelere benzer bir tablo burada da görülmektedir. Almanya’da 1000 kişiye düşen diş hekimi sayısı Türkiye’nin yaklaşık 3 katı kadardır. Bu oran yıllar içerisinde korunurken 2016 yılında bir miktar azalmış durumdadır.

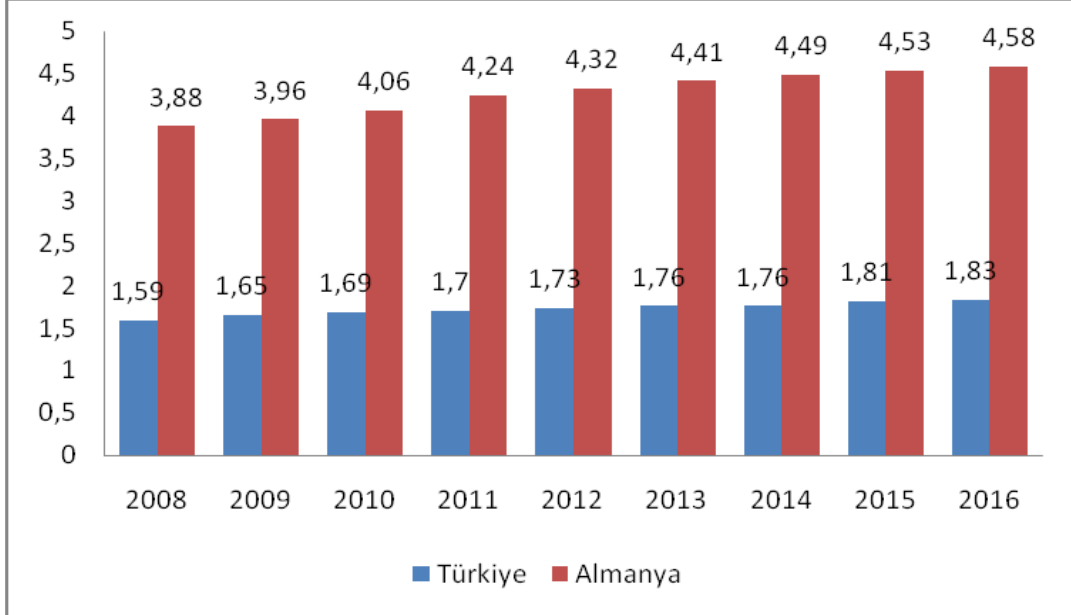
Tablo 4.13’de 1000 kişiye düşen eczacı sayısı grafik olarak yer almaktadır. Yıllar içerisinde Türkiye’de kişi başına düşen eczacı sayısında ciddi bir değişim görülmemektedir. Almanya’da ise son yıllarda ufak bir azalış görülmektedir. Türkiye ve Almanya karşılaştırması yapıldığında ise genel olarak Almanya’daki oranın Türkiye’nin iki katı seviyelerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.10 Türkiye ve Almanya Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması



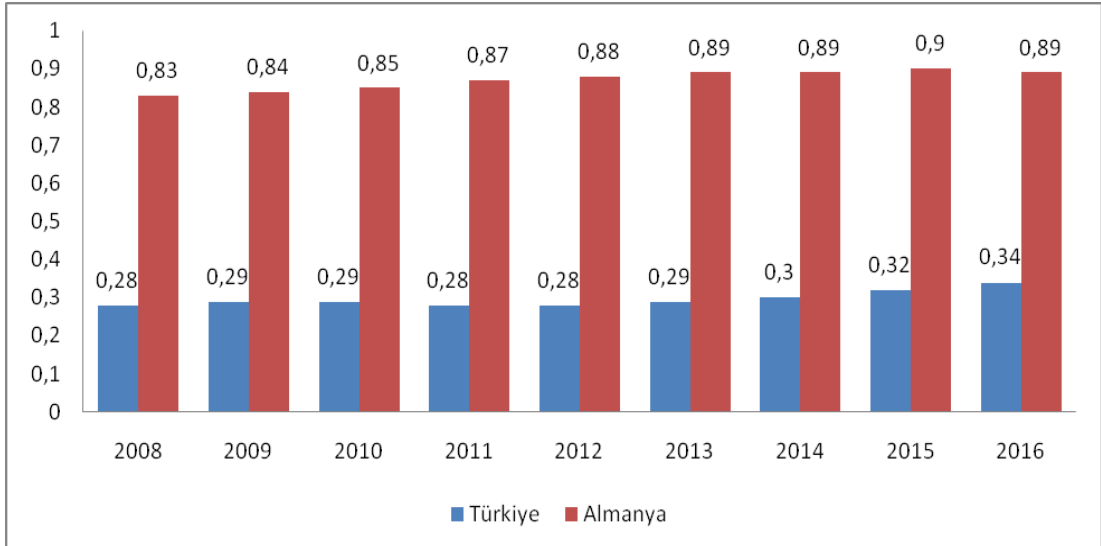
Kaynak: World Bank, 2019.

Tablo 4.11 1000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısının Karşılaştırması



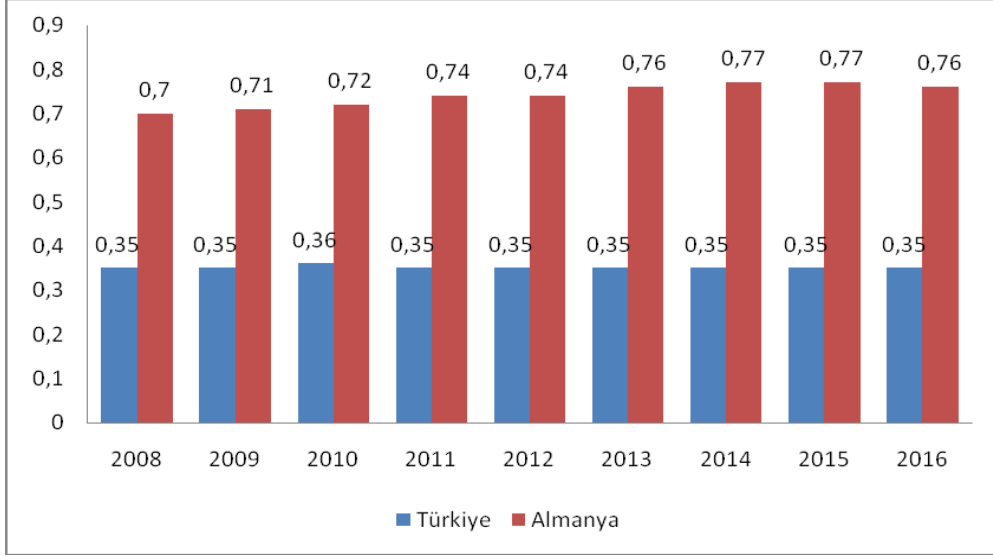
Kaynak: OECD, 2019.

Tablo 4.12 1000 Kişiyeye Düşen Toplam Dış Hekimi Sayısının Karşılaştırması



Kaynak: OECD, 2019.

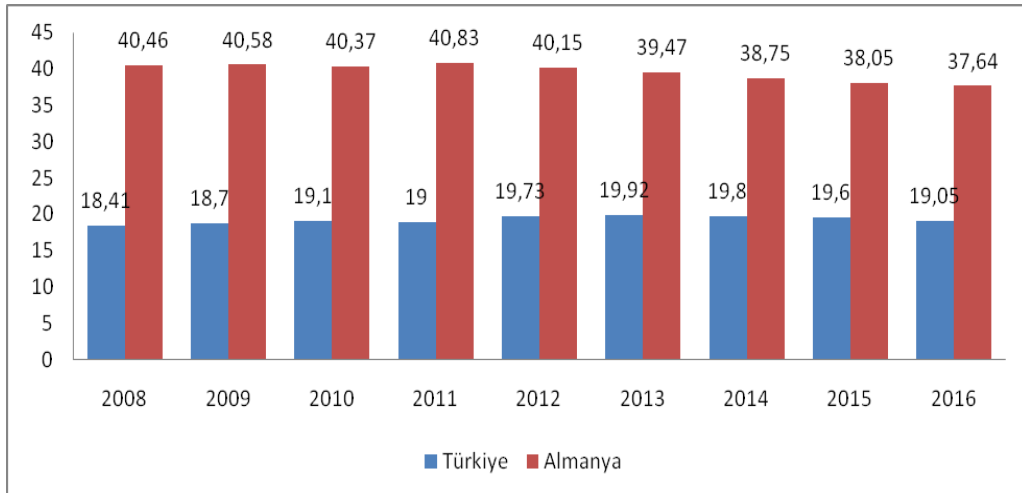
Tablo 4.13 1000 Kişiyeye Düşen Toplam Eczacı Sayısının Karşılaştırması



Kaynak: OECD, 2019.

Tablo 4.14’de bir milyon kişiyeye düşen hastane sayısı yer almaktadır. Bu alanda da Almanya’nın açık ara iyi bir grafik sergilediği görülmektedir. Hemen hemen her dönemde Türkiye’nin iki katı bir oranda hastane sayısına sahip olduğu görülmektedir (nüfuslarının benzer büyüklüğe sahip olduğu düşünüldüğünde bu değerlendirme yanlış olamayacaktır). Ancak dikkat çeken bir husus Almanya’da son yıllarda bu oranın bariz bir azalış gösterdiğiidir.

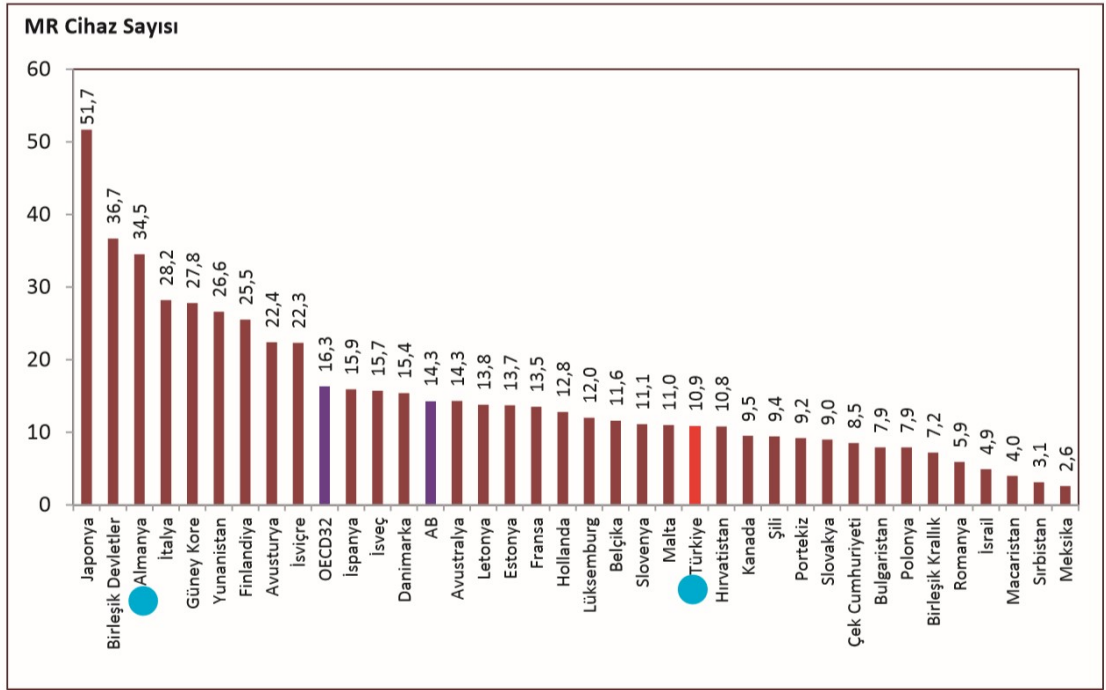
Tablo 4.14 Bir milyon Kişiyeye Düşen Hastane Sayısının Karşılaştırması



Kaynak: OECD, 2019.

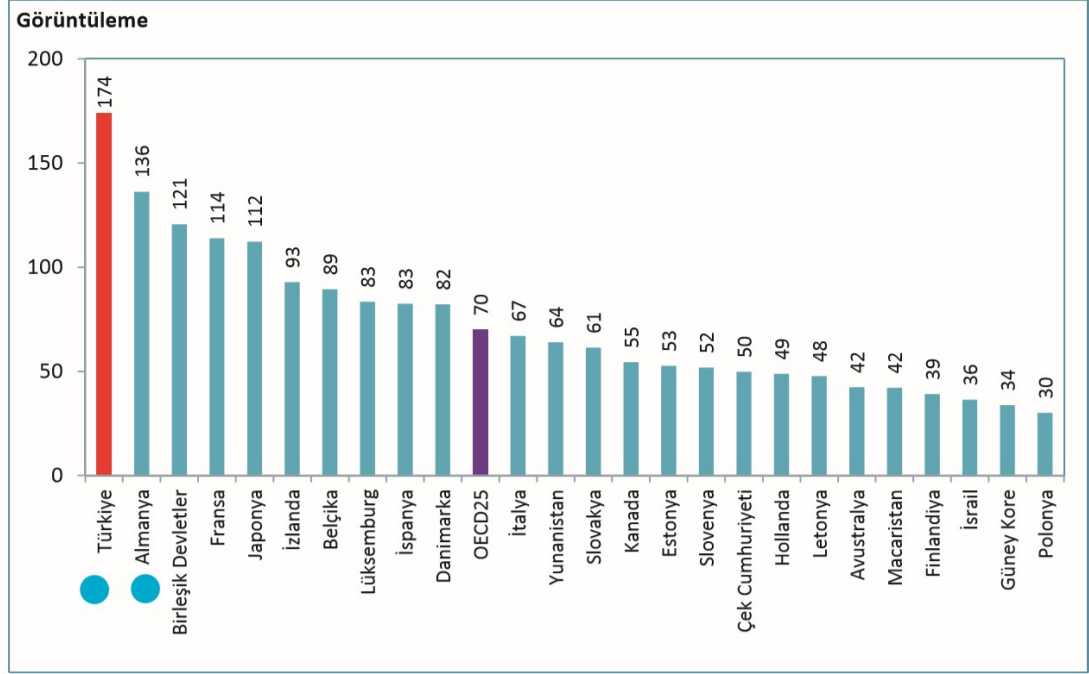
Tablo 4.15’de ülkelerdeki bir milyon kişiye düşen MR cihazı sayısı verilmiştir. Buna göre Almanya’da Türkiye’ye oranla 3 kat fazla MR cihazı yer almaktadır. Ancak ilginç olan husus ise Türkiye’de çekilen MR görüntüsü sayısının Almanya’ya ve hatta diğer pek çok ülkeye göre daha fazla olmasıdır (Tablo 4.16). Benzer bir durum BT cihazlarının sayısı ve yapılan çekimlerde de görülmektedir. Bu durum Türkiye’de gereksiz bir şekilde MR çekiminin yapıldığı tartışmalarının da sebeplerinden biri olarak yer almaktadır.

Tablo 4.15 Yataklı Tedavi Kurumlarında 1.000.000 Kişiye Düşen MR Cihazı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması.



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018. (Türkiye verisi 2017 yılına aittir. Ülke verileri 2016 yılına veya en yakın yıla aittir.)

Tablo 4.16 Yataklı Tedavi Kurumlarında 1.000 Kişiyeye Düşen MR Görüntüleme Sayısının Uluslararası Karşılaştırması,



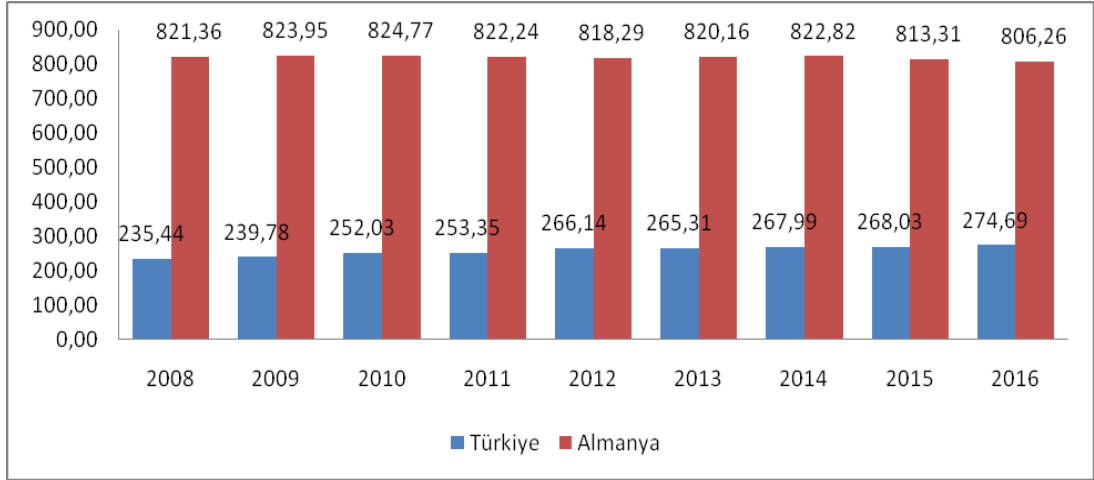
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018. (Türkiye verisi 2017 yılına aittir. Ülke verileri 2016 yılına veya en yakın yıla aittir.)

Tablo 4.17’de yüz bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı grafik halinde yer almaktadır. Türkiye’deki kişi başına düşen yatak sayısı Almanya’nın yaklaşık olarak üçte biri kadardır. Yıllara göre Almanya’daki hastane oranında görülen azalışın bir benzeri burada yer almaktadır. Almanya’da kişi başına düşen hastane yatağı sayısı azalırken Türkiye’de bu oran arttığı görülmektedir. Ancak yinede arada çok büyük farklar bulunmaktadır. Almanya’nın sürekli azalış göstermesi için bir sebep olmadığı da göz önüne alınırsa Türkiye’nin bu büyüme oranı ile Almanya’yı yakalaması on yıllar alacaktır.

Sağlık denilince akla gelen önemli göstergelerden biri de bir ülkede gerçekleşen bebek ölümlerinin oranıdır. Gelişmemiş ülkelerde bu oran yüksek iken gelişmiş ülkelerde çok düşük seyretmektedir. Tablo 4.18’de yıllara göre bebek ölümlerinin sayısı yer almaktadır. Türkiye’de ki bebek ölümleri her dönem Almanya’ya göre çok fazla olmuştur. Almanya yıllar içerisinde benzer bir grafik

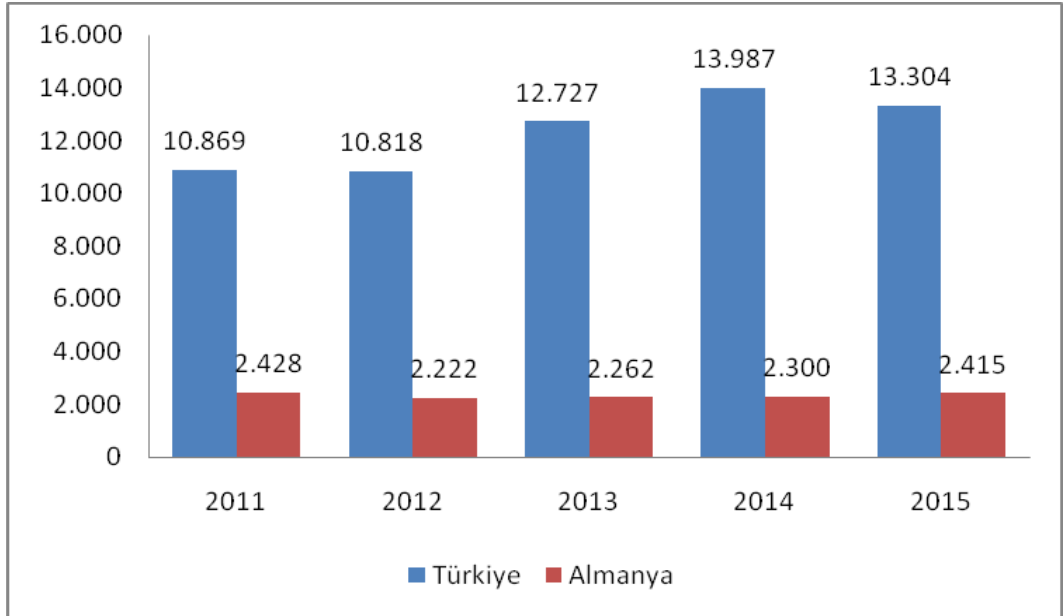
sergilerken Türkiye’de bu sayının artış ve azalışı ciddi şekilde gerçekleşmektedir. Ancak Türkiye’deki sayı 5 kat ve hatta bazı dönemlerde Almanya’nın 6 katı kadar gerçekleşmiştir.

Tablo 4.17 100.000 Kişiyeye Düşen Hastane Yatağı Sayısının Karşılaştırması,



Kaynak: Eurostat, 2019.

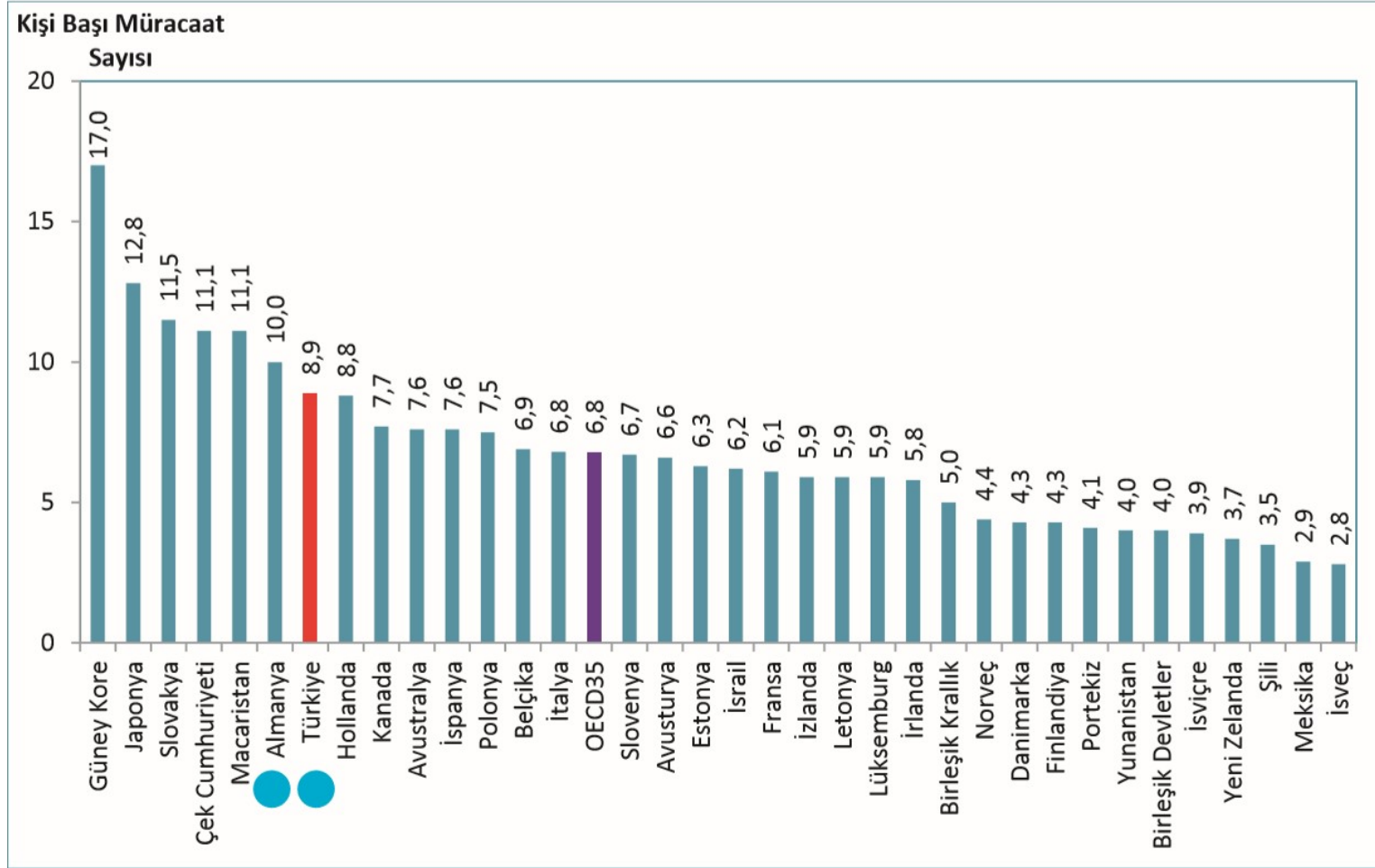
Tablo 4.18 İkamet edilen ülkeye göre bebek ölümleri



Kaynak: Eurostat, 2019.

Tablo 4.19’da kişi başına hekime müracaat sayısı yer almaktadır. Bu oranın yüksek veya düşük olması farklı şekillerde yorumlanabilir. Gelişmiş bir ÷lke olan İsvet’te bu oran 2,8 iken bir diğer gelişmiş ÷lke olan Japonya’da 12,8’dir. Türkiye ve Almanya arasında bir kıyaslama yapıldığında benzerlik olduğu gözle çarpılmaktadır. Almanya’da bu oran 10,0 iken Türkiye’de 8,9’dur. Bu durumda kısaca şu şekilde yorum yapmak mümkün olacaktır: “Almanya’da bir birey sağlık hizmetlerinden faydalanmak istediğinde Türkiye’ye göre ; 3 kat fazla hastane, 3 kat fazla yatak, 2,5 kat fazla doktor, 3 kat fazla diş hekimi, 2 kat fazla eczacı, 3 kat fazla cihaz ulaşımı imkanına sahiptir.”

Tablo 4.19 Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması.



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018. (Türkiye verisi 2017 yılına aittir. Ülke verileri 2016 yılına veya en yakın yıla aittir.)

SONUÇ

Sağlık sistemleri, ülkelerin yaşam tarzı, kültürel ve sosyal dokuları, ekonomik ve politik durumları hakkında bilgi vermektedir. Bu nedenle sağlık sistemleri tüm dünyada farklılıklar göstermekte, ülkeler tek tip bir politika benimseyememektedir. Farklı sağlık sistemlerinin yanında, ülkeler sabit bir hizmet sunucusunu benimseyememekte, zamanın doğal akışı içerisinde sağlık hizmetleri ve politikaları ekonomi ve politik seyre bağlı olarak değişim göstermektedir. Tüm bu durum, Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin neden tek bir sağlık sisteminin benimseyememesinin nedenidir.

Avrupa Birliği sağlık politikası, üye ülkelerde sağlık finansmanının ulusal düzeyde organize edilmesi, öz kaynaklara dayandırılması yönündedir. AB komisyonu Avrupa Birliği ülkeleri için sağlık alanında üç temel hedef belirleyerek sağlık hizmetlerinin belirli bir kalite ve standardı yakalamasını amaçlamaktadır. Bunlar; erişilebilirlik, kalite ve mali sürdürülebilirlik ilkeleridir.

Almanya Avrupa Birliği'nin en önemli ülkelerinden biridir. Bu önem ekonomik, politik alanlarda özellikle birlik ülkelerine öncülük etmesini sağlamaktadır. Sağlık alanında da Almanya yine oldukça ileri bir seviyededir. Bunun bir sebebi de en eski sistemlerden birinin doğduğu ülke olmasıdır. Bismarck döneminde yürürlüğe giren sistem tüm dünyadaki ilk sosyal sigorta örneğini oluşturmaktadır. Günümüzde ise tüm Alman vatandaşlarının bir sağlık sigortasına dahil olması yasal bir zorunluluktur.

Türkiye'de 2008 yılına kadar Emekli Sandığı, Bağ-kur ve Sosyal Sigortalar Kurumu üç ayrı koldan hizmet vermektedir. 1 Ekim 2008 tarihi itibarıyla bu kurumların birleştirilmesi ile çok başlılık ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır. Bununla birlikte daha verimli, kaliteli ve eşitlikçi hizmetin önü açılmıştır. 2012 yılında uygulamaya giren Genel Sağlık Sigortası ile sağlık güvencesinin tüm nüfusu kapsamaya amaçlanmaktadır. Genel Sağlık Sigortası ile Türkiye'de hem zorunlu kamu sağlık sigortası hem de kamu yardımı modeli uygulanmaktadır. Bu açıdan

bakıldığında Almanya ve Türkiye benzer bir şekilde sağlık finansmanını sağlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ilk basamağını oluşturan aile hekimliği gerek Almanya gerekse AB ülkelerinde sağlıklı bir şekilde işlemektedir. Ancak Türkiye’de reformlar kapsamında uygulamaya sokulan aile hekimliği problemleri bir şekilde yürümektedir. Aile hekimlerinin sayısının az olmasının yanında sevk sistemi de arzulandığı gibi işlemediği görülmektedir.

Almanya ve Türkiye açısından bir diğer farklılık özel ve genel sağlık sigortası uygulamalarında görülmektedir. Almanya’da özel sağlık sigortasına sahip bir birey zorunlu sigortadan muaf tutulmaktadır. Bu anlamda karma uygulama olarak da nitelendirilmektedir. Ancak Türkiye’deki uygulamada ise bireylerin her koşulda GSS kapsamında prim ödemesi gerekmektedir. Yüksek gelir seviyesine sahip bir birey özel sigorta yaptırmak ve yalnızca bunun imkanlarından yararlanmak istese de zorunlu primi ödemek durumundadır.

Almanya ve Türkiye arasında sağlık-sigorta sistemleri ve işleyişi açısından ciddi farklılıkların olmadığı görülmektedir. Ancak ülkelerin ekonomik gelişmişliklerinin bir yansıması olarak Türkiye’de sağlığa ayrılan net finansman Almanya’ya göre çok azdır. Bu durumun sonucu olarak da hastane sayısı, hastanelerdeki yatak sayısı, doktor- diş hekimi-eczacı sayısı, MR- BT gibi teknolojik cihaz sayısı Almanya’nın çok gerisinde kalmaktadır. Aslında, gerek Türkiye’de gerekse farklı ülkelerde yaşayan insanların sağlık hizmetlerine erişimi, bir anlamda o ülkenin ekonomik gelişmişliğini de yansıtmaktadır.

Türkiye açısından Avrupa birliği üyeliği bir amaç olarak değil de bir araç olarak görülmektedir. Yani Avrupa Birliği’nin yaşam standartları ulaşılmak istenen nihai hedeftir. Ancak pek çok alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de çok çok gerilerde bulunduğu görülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akçay, E.Y., Argun, Ç. ve Akman, E. (2011). AB'nin Tarihsel Gelişimi ve Ortak Dış ve Güvenlik Politikası, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 3(4), 117-131.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü "Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınevi.
- Akdur, R. (2008). Sağlık Harcamaları, *Bilim ve Ütopya*, 14:170.14-19.
- Aktan, C.C. (2000). *Türkiye Avrupa Birliği'nin Neresinde?* İzmir: EGİAD Yayını.
- Aktan, C.C. (2004). Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Yönetim Kapasitesinin Değerlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması, (Yayınlanmamış Rapor), Ankara.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Arslantaş, D. (2013). *Temel Sağlık Hizmetleri*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Ataay, F. (2008). *Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması: Türkiye'de Kamu Reformu Üzerinencelemeler*. Ankara: Deki Yayınevi .
- Atabey, E.S. ve Meriç, M. (2016). Sağlık Harcamaları ve Evrensel Kapsama Açısından Türk ve Alman Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı İncelenmesi, *Sosyoekonomi*, 24(29), 113-131.
- Avrupa Birliği Başkanlığı. (2017). *Avrupa Birliği'nin Kurumları*, Erişim Tarihi: 12.02.2019, https://www.ab.gov.tr/avrupa-birliginin-kurumlari_45641.html.
- Ay, S. (2017). Türkiye'de Bireylerin Gelir Durumuna Uygun Sağlık Sigortası Modeli Önerisi: Almanya Sağlık Sigortası Sistemi İle Mukayeseli Olarak. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Ticaret Üniversitesi, Finans Enstitüsü, İstanbul.
- Başer, D.A. ve ark. (2015). Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak, *Ankara Med J*, 15(1), 26-31.

- Britannica, (2019). *European Union*, Erişim Tarihi: 12.02.2019, <https://www.britannica.com/topic/European-Union> .
- CVRIA. (2019). *Court of Justice of the European Union*, Erişim Tarihi: 12.02.2019, <https://curia.europa.eu/jcms/jcms/index.html> .
- Çakır, Ö. D. (2016). *Türkiye ve Avrupa Birliğinde Uygulanan Sağlık ve Finansman Politikalarının Değerlendirilmesi*. İstanbul : T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çiçek Ö. ve Öçal M. (2016). Dünya’da ve Türkiye’de İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi, *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 5(11).
- Çoban, E. (2016). Avrupa Birliği'nde Alternatif Sağlık Politikasının AB Müktesebatı Çerçevesinde İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Durusoy, R. ve ark. (2011). İzmir’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1), 1-15.
- ECB. (2019). *European Central Bank*, Erişim Tarihi: 12.02.2019, <https://www.ecb.europa.eu/euro/intro/html/map.en.html> .
- Erol, H., & Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi* .
- Europarl. (2019). *European Parliament*, Erişim Tarihi: 12.02.2019, <http://www.europarl.europa.eu/portal/en> .
- European Council. (2019). *Council of the European Union*, Erişim Tarihi: 12.02.2019, <https://www.consilium.europa.eu/en/> .
- Eurostat. (2019). European Commission, Eurostat, Erişim Tarihi: 24.04.2019. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database> .
- Fişek, N. (1997). Sağlık Hizmetleri ve İşçi Ailelelerin Sağlık Sorunları. Erişim Tarihi: 17.02.2019, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/index.html.

- Giray, Ü. (2007). Avrupa Birliği'nde Sağlık Yönetimi. C. C. Saran içinde, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*. İstanbul: Auro Yayınları.
- Gök, S. (2012). *Sağlık Harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gönen, E. (2013). Avrupa Birliği Kurumları. *Avrupa Birliği Hakkında Merak Ettikleriniz*. İstanbul: Hiperlink Yayınları, 48-63.
- Günuğur, H.(1995). *Türkiye-AB İlişkileri Tarihçesi, Avrupa Birliği El Kitabı*, Ankara: T.C. Merkez Bankası Yayını.
- Güreşçi, E. (2006). Türkiye- Avrupa Birliği (AB) İlişkileri Sürecinde Kamuoyunun Tutumu ve Değerlendirilmesi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7 (1), 72-85.
- Horvath, Z. (2007). *Hand Book on The European Union*, Hungary: Hungarian National Assembly.
- İstanbulu, İ.T. (2009). Avrupa Birliği'ne Uyum Sürecinde Türkiye'de Uygulanan Sağlık Politikalarının Kamu Hastanelerine Yansımaları. (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- İKV. (2016). *Türkiye Kamuoyunda AB Üyeliği Desteği ve Avrupa Algısı*, İstanbul: İKV Yayınları.
- Karagan, E. (2008). Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması. (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kaya, A. (2013). *Avrupa Birliği Hakkında Merak Ettikleriniz*. İstanbul: Hiperlink Yayınları.
- KESKİN, S. (2000). Yılından Sonraki Sağlık Sigortaları ve Almanya Örneği ile Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015
- Kılavuz, E. (2010), Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri, *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, s.29, 173-192.
- Kıraç, S. ve İlhan, B. (2010). Avrupa Birliği Oluşum Süreci ve Ortak Politikalar,

Milli Eğitim, 188, 191-201.

Koçkaya, G. ve ark. (2016). Türkiye Özel ve Kamu Sağlık Sigortacılığı Prim/Hasar-Sağlık Harcaması Değerlendirmesi. *Sosyal Güvence Dergisi*, 5 (9), 82-101.

Orlu, C. Ve Köse, A. (2018). Türkiye ve İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sistemlerinin Kıyaslanması ve Türkiye İçin Yeni Bir Model Önerisi, *Finansal Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 10(9), 303-329.

Öcek, Z. ve Soyer, A. (2007). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

OECD. (2019). OECD Statistics, Erişim Tarihi: 21.04.2019, <https://stats.oecd.org/#>

Önder, Ö. R. (2017). Sağlık Hizmetleri Tanımı, Sınıflandırılması, Evrensel Boyut. Erişim Tarihi: 12.02.2019, <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=13807>.

Özdemir, S. (2001). AET, AT, Avr Toplulukları, AB, Roma A., Avr Tek Senedi, AB A., Maastricht A., Amsterdam A., Nice A. (Kavramlara İlişkin Açıklayıcı Not), Erişim Tarihi: 12.02.2019, <http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/Download/2967/kavram.pdf>.

Özdemir, S. (2007). *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti*. İstanbul: İTO Yayınları.

Özler, Z. (2009). Lizbon Antlaşması, *İKV Değerlendirme Notu*, 9.

Öztürk, Z. ve Karakaş, E.T. (2015). Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(2), 39-59.

TC Sağlık Bakanlığı, (2004). *TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*.

Sargutan, E. (2005). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı-Kavram, Metot ve Uygulamalar. *Hacettepe Sağlık İdaresi*, 109-111.

Şenyuva, Ö. (2009). Türkiye Kamuoyu ve Avrupa Birliği 2001-2008: Beklentiler, İstekler ve Korkular. *Uluslararası İlişkiler*, 6 (22), 97-123.

- Tatar, M. (2007). Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış. C. C. Saran içinde, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi* (s. 418). İstanbul: Agora Kitaplığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2018) , Sağlık İstatistikleri Yıllığı - 2017. Erişim Tarihi: 21.04.2019
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30147,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>
- Temiz, Ö. (2014). Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 69 (1), 165-188.
- Uysal, C. (2001). Türkiye-Avrupa Birliği İlişkilerinin Tarihsel Süreci ve Son Gelişmeler. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, (1), 140-153.
- World Bank. (2019). Current health expenditure per capita, Erişim Tarihi: 21.04.2019,
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD?end=2015&locations=DE-TR&start=2007&view=chart>
- Yardan, E.D., Demirkıran, M. & Kiremit, B. Y. (2016). Türkiye Sağlık Harcamaları Trendi, *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 157-176
- Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T. (2011). *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.