

**SAĞLIK REFORMLARI SÜRECİNDE  
SAĞLIK HİZMETLERİ VE  
SAĞLIK HARCAMALARI: SEÇİLMİŞ  
ÜLKELER VE TÜRKİYE ÖRNEĞİ  
Onur YÜKSEL**

**Yüksek Lisans Tezi  
Maliye Anabilim Dalı  
Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nüket KIRCI ÇEVİK**

**2017**

**T.C.  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
MALİYE ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK REFORMLARI SÜRECİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE  
SAĞLIK HARCAMALARI: SEÇİLMİŞ ÜLKELER VE TÜRKİYE  
ÖRNEĞİ**

**Onur YÜKSEL**

**MALİYE ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. NÜKET KIRCI ÇEVİK**

**TEKİRDAĞ-2017**

**Her Hakkı Saklıdır**

T.C.  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
MALİYE ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Onur YÜKSEL tarafından hazırlanan Sağlık Reformları Sürecinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları: Seçilmiş Ülkeler ve Türkiye Örneği konulu YÜKSEK LİSANS Tezinin Sınavı, Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği'nin 14-/(3),(4),(5),(6),(7) ve (8) Maddeleri uyarınca 15.09.2017 günü saat 14.00'da yapılmış olup, tezin KABUL EDİLMESİNE OYBİRLİĞİ ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA
Doç. Dr. Rasim İlker GÖKBULUT	BAŞARILI	
Doç. Dr. Emrah İsmail ÇEVİK	BAŞARILI	
Yrd. Doç. Dr. Nüket KIRCI ÇEVİK	BAŞARILI	

## ÖNSÖZ

Sağlık, insanlar için yaşamsal bir öneme sahiptir. Sağlık karşısında ikame edilebilecek herhangi bir unsur bulunmamaktadır. Türkiye, 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlıkta reform süreci içerisine girmiş olup gerçekleştirilen bu reformların bir kısmının uygulama düşüncesi geçmişe götürülebilmektedir. Bu çalışmanın amacı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte Türkiye sağlık sisteminin gelişmiş olduğu noktayı 2000 ve 2015 yılları arasında ulusal ve uluslararası düzeyde analiz etmektir. Türkiye sağlık sistemi Refah Yönelimli kabul edilmekte olup uluslararası düzeyde geleneksel noktanın analizi amacıyla Milton I. Roemer'in sağlık sistemi sınıflandırmasından Refah Yönelimli ülke kategorisinde bulunan Almanya ve Hindistan seçilmiştir. Yapılan analizin sonucunda sağlık reformları sürecinde Türkiye sağlık sisteminde ki bazı sorunların giderilmesi adına önemli adımlar atılmış olsa da yapısal ve sistemsal sorunların varlığı tespit edilmiştir. Türkiye sağlık sisteminin Almanya ve Hindistan sağlık sistemleri ile kıyaslamasında ise Almanya gibi güçlü bir sağlık sistemine sahip bir ülkeyi sağlık göstergeleri ve hizmetleri açısından henüz yakalayamadığı, Hindistan sağlık sistemi karşılaştırmasında ise daha iyi bir konumda olduğu tespit edilmiştir.

Öncelikle hazırlamış olduğum çalışmanın her aşamasında görüş ve önerileri ile yardımlarını esirgemeyen danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Nüket KIRCI ÇEVİK'e teşekkürü bir borç bilirim. Bu güne dek yanımda olan ve benden desteklerini esirgemeyen sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

Eylül, 2017

Onur YÜKSEL

## ÖZET

Türkiye, 2003 yılında uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık alanında reform niteliği taşıyan köklü bir değişim süreci içerisine girmiştir. Bu çalışmanın asıl amacı Türkiye’de sağlık alanının da gelinen noktayı ulusal ve uluslararası düzeyde reform öncesi dönem olan 2000-2002 ve reform sonrası dönem olan 2003-2015 yılları arasında analiz etmektir. Hedeflenen bu amaca ulaşmak için öncelikle; 2003 yılına kadar olan dönemde demografik göstergeler ve sağlık göstergeleri, sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin finansman yapısı ve sağlık harcamalarına ilişkin rakamlar incelenmiş, sonrasında ise 2003 yılından 2015 yılına kadar olan reformlar döneminde demografik göstergeler ve sağlık göstergeleri, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansman yapısındaki değişim ve sağlık harcamalarına ilişkin rakamlar analiz edilmiştir. Uluslararası düzeyde gelinen noktanın tespiti amacıyla ise Miton I. Roomer’ın 1991 yılında yayınlanan çalışmasında yapmış olduğu sınıflandırma baz alınarak Refah Yönelimli ülke kategorisinden Almanya ve Hindistan seçilmiştir. Seçilmiş olan ülkelerin sağlık sistemleri tanıtılıp sağlık harcamaları incelenmiş ve Türkiye’nin sağlık alanında gelmiş olduğu konum karşılaştırmalı olarak uluslararası göstergeler vasıtası ile analiz edilmiştir.

Yapılan karşılaştırmalı analizin sonucunda 2000 yılından 2015 yılına kadar olan dönemde Türkiye’nin sağlık göstergelerinde ve sağlık harcamalarında iyileşmeler olduğu ve sağlık sisteminde ki bazı sorunların giderilmesi noktasında önemli adımların atıldığı belirlenmiştir. Ancak, yapısal ve sistemin işleyişinde bazı sorunların varlığı da tespit edilmiştir.

Türkiye sağlık sistemi Almanya ve Hindistan sağlık sistemleri ile kıyaslandığında; Türkiye’nin Almanya gibi refah düzeyi yüksek ve güçlü bir sağlık sistemine sahip bir ülkeyi sağlık göstergeleri ve hizmetleri açısından henüz yakalayamadığı, Hindistan sağlık sistemi karşılaştırmasında ise daha iyi bir konumda olduğu tespit edilmiştir.

Genel bir değerlendirmeye, Türkiye'nin sağlık sisteminin gelişmiş ülke sağlık sistemleri düzeyine henüz erişemediği az gelişmiş ülke sağlık sistemlerine kıyasla ise dahi iyi bir konumda olduğu kanısına varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Sağlık Harcamaları, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Reformu.

## **HEALTH CARE AND HEALTH EXPENDITURES DURING THE HEALTH REFORMS PROCESS: SELECTED COUNTRIES AND CASE OF TURKEY**

### **ABSTRACT**

Turkey, along with the Health Transformation Program, which started to be implemented in 2003, it has entered into a fundamental change process that has the rooted of reform in the health field. The main objective of this study is analyzing the point reached in the field of health the pre-reform period from 2000 to 2002 and the post-reform period from 2003 to 2015 at national and international level. Demographic indicators and health indicators, health services, financing structure of health services and health expenditures were examined until 2003 in order to achieve this purpose. Then, in the period from 2003 to 2015, the demographics indicators and health indicators in the process of reforms, the presentation of health care services and the change in financing structure and the health expenditures figures were analyzed. In order to see the current situation at the international level, Germany and India were selected in the Welfare-Oriented Country category based on the classification he had made in his work published in 1991 by Milton I. Roemer. The Health systems of the selected countries have been introduced and health expenditures have been examined and Turkey's position in the health field has been analyzed comparatively with international indicators.

As a result of the comparative analysis made, it is observed that during carried out from 2000 to 2015, it has been determined that Turkey has improved health indicators and health spending and that important steps have been taken in the resolution of some health system problems. However, it has been determined that there are some problems in the structure and operation of the system.

When evaluated Turkey's health system with Germany and India health systems, looking at Turkey's health indicators and the rate of its services, we can see that it has not got a country with a high level of prosperity and a strong health system

as Germany has. However Turkey's health system is better than India's health system.

As a result, Turkey's health system has not yet reached the level of developed country health systems but it has come to the conclusion that it is in a better position than underdeveloped country health systems.

**Key Words:** Health, Health Care, Health Expenditures, Health Reform.



## İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>I</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>II</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>IV</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>VI</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>X</b>
<b>GRAFİK LİSTESİ</b> .....	<b>XII</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	<b>XV</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GENEL ÇERÇEVE: SAĞLIK KAVRAMI, SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK SİSTEMİ, SAĞLIK VE EKONOMİ İLİŞKİSİ

1.1	Sağlık Kavramı .....	3
1.1.1	Sağlık ve Sağlık Hakkı.....	3
1.1.2	Sağlık Düzeyini Etkileyen Faktörler .....	6
1.1.2.1	Çevresel Faktörler .....	6
1.1.2.2	Biyolojik Faktörler .....	6
1.1.3	Sağlık Düzeyi Göstergeleri .....	7
1.1.3.1	Ölüm ve Doğum Göstergeleri.....	7
1.1.3.2	Hastalık Ölçümleri .....	8
1.1.3.3	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi.....	8
1.1.3.4	Sağlık Sistemine İlişkin Göstergeler .....	8
1.2	Sağlık Hizmetleri .....	9
1.2.1	Sağlık Hizmeti Tanımı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	9
1.2.2	Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	10

1.2.2.1	Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	10
1.2.2.2	Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	10
1.2.2.3	Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri .....	11
1.2.3	Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	12
1.2.3.1	Kamusal Finansman Yöntemi.....	12
1.2.3.2	Özel Finans Yöntemi.....	14
1.3	Sağlık Sistemi.....	15
1.3.1	Girişimci ve Serbest Sağlık Sistemi .....	16
1.3.2	Refah Yönelimli Sağlık Sistemi .....	17
1.3.3	Kapsayıcı Evrensel Sağlık Sistemi .....	17
1.3.4	Sosyalist Sağlık Sistemi .....	17
1.4	Sağlık ve Ekonomi İlişkisi .....	18
1.4.1	Arz ve Sağlık Hizmetlerinde Arz Analizi .....	19
1.4.2	Talep ve Sağlık Hizmetlerinde Talep Analizi .....	20
1.4.3	Sağlık Harcamaları ve Harcamaları Etkileyen Faktörler .....	21
1.4.3.1	Kişi Başına Düşen Gelirin Yükselmesi .....	21
1.4.3.2	Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilinci .....	21
1.4.3.3	Sosyal Değer Yargıları .....	21
1.4.3.4	Teknolojik Gelişmeler .....	22
1.4.3.5	Şehirleşme .....	22
1.4.3.6	Yaşam Süresinin Uzaması .....	22

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÖNCESİ VE SONRASI DÖNEMDE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

2.1	Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Dönemde Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları Analizi .....	23
-----	---	----

2.1.1	Demografik Göstergeler ve Sağlık Göstergeleri .....	24
2.1.2	Dönemler İtibariyle İzlenen Sağlık Politikaları.....	27
2.1.2.1	1920-1961 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	27
2.1.2.2	1961-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	30
2.1.2.3	1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	31
2.1.3	Sağlık Hizmetlerinin İşleyişi .....	33
2.1.4	Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik .....	34
2.1.4.1	Sosyal Sigortalar Kurumu .....	35
2.1.4.2	Bağ-Kur .....	38
2.1.4.3	Emekli Sandığı.....	39
2.1.4.4	Yeşil Kart.....	40
2.1.5	Sağlık Harcamaları Analizi .....	43
2.2	Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları Analizi.....	45
2.2.1	Sağlıkta Dönüşüm Programı .....	45
2.2.1.1	Aile Hekimliği Sistemi .....	51
2.2.1.2	Genel Sağlık Sigortası.....	53
2.2.1.3	Kamu Hastane Birlikleri.....	55
2.2.1.4	Sağlık Bakanlığının Sağlık Reformu Sonrası Rolü.....	57
2.2.2	Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı.....	58
2.2.3	Demografik Göstergeler ve Sağlık Göstergeleri .....	60
2.2.4	Sağlık Harcamaları Analizi .....	65
2.3	Genel Değerlendirme: 2000 ve 2015 Yılları Arası Demografik Göstergeler, Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları.....	71

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SEÇİLMİŞ ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI: ALMANYA VE HİNDİSTAN

3.1	Almanya Sağlık Sistemi.....	89
3.1.1	Almanya Hakkında Genel Bilgiler .....	89
3.1.2	Demografik Göstergeler ve Sağlık Göstergeleri .....	91
3.1.3	Sağlık Hizmetleri.....	92
3.1.4	Sağlık Sistemi Finansmanı.....	93
3.1.5	Sağlık Harcamaları .....	96
3.2	Hindistan Sağlık Sistemi.....	98
3.2.1	Hindistan Hakkında Genel Bilgiler .....	99
3.2.2	Demografik Göstergeler ve Sağlık Göstergeleri .....	100
3.2.3	Sağlık Hizmetleri.....	101
3.2.4	Sağlık Sistemi Finansmanı.....	102
3.2.5	Sağlık Harcamaları .....	104
3.3	2000-2015 Yılları Arası Seçilmiş Ülkeler ve Türkiye'nin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları Karşılaştırması .....	106
	<b>SONUÇ.....</b>	<b>114</b>
	<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>117</b>

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Sağlık Alanında Yayınlanmış Olan Bildirgelerden Başlıcaları .....	5
<b>Tablo 2:</b> Ülkelerin Sosyo-Politik Yapılarına Göre Sınıflandırılması .....	16
<b>Tablo 3:</b> Sağlık Piyasaları ile Standart Rekabetçi Piyasalar Arasındaki Farklar .....	19
<b>Tablo 4:</b> 2000-2002 Yılları Arası Sağlık Göstergeleri.....	24
<b>Tablo 5:</b> 2000-2002 Yılları Arası Sağlık Personeli Sayısı .....	25
<b>Tablo 6:</b> 2000-2002 Yılları Arası Sağlık Personeli Başına Düşen Hasta Sayısı .....	25
<b>Tablo 7:</b> 2000-2002 Yılları Arası Sağlık Kurumu Sayısı.....	26
<b>Tablo 8:</b> 2000-2002 Yılları Arası Sağlık Kurumlarına Göre Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı .....	26
<b>Tablo 9:</b> 1923-1960 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Bütçesi ve Bütçenin Devlet Bütçesine Oranı .....	30
<b>Tablo 10:</b> 1965-1975 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Bütçesi ve Bütçenin Devlet Bütçesine Oranı .....	31
<b>Tablo 11:</b> 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Bütçesi ve Bütçenin Devlet Bütçesine Oranı .....	33
<b>Tablo 12:</b> Sosyal Sigortalar Sisteminde Sunulan Hizmetler ve Prim Oranları .....	35
<b>Tablo 13:</b> 2004 Yılı Verilerine Göre Sosyal Sigortalar Kurumu Tesis Sayısı ve Fiili Yatak Sayısı.....	36
<b>Tablo 14:</b> Sosyal Sigortalar Kurumunun 1995-2004 Yılları İtibariyle Toplam Sağlık Ödemeleri İçindeki İlaç Ödemeleri.....	37
<b>Tablo 15:</b> 1992-2003 Yeşil Kart Verilen Kişi Sayısı ve Harcama Miktarları .....	40
<b>Tablo 16:</b> Sosyal Güvenlik Fonları Temel Teminat Paketleri.....	41
<b>Tablo 17:</b> 2000-2005 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri .....	42
<b>Tablo 18:</b> 2000-2002 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları.....	44
<b>Tablo 19:</b> 2003-2013 Yılları Arası Sağlık Reformlarının Zaman Çizelgesi .....	51
<b>Tablo 20:</b> 2007-2015 Yılları Arası Türkiye'nin Nüfusu .....	60
<b>Tablo 21:</b> 2007-2015 Yılları Arası Türkiye'nin Yaş Grubuna Göre Nüfus Dağılımı .....	61
<b>Tablo 22:</b> 2003-2015 Yılları Arası Bazı Sağlık Göstergeleri.....	61
<b>Tablo 23:</b> 2003-2015 Yılları Arası Sağlık Personeli Sayısı .....	62

<b>Tablo 24:</b> 2003-2015 Yılları Arası Sağlık Personeli Başına Düşen Hasta Sayısı .....	63
<b>Tablo 25:</b> 2003-2015 Yılları Arası Sağlık Kurumu Sayısı.....	64
<b>Tablo 26:</b> 2003-2015 Yılları Arası Sağlık Kurumlarına Göre Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı .....	65
<b>Tablo 27:</b> 2003-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları.	68
<b>Tablo 28:</b> 2006-2015 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumu Gelir Gider Dengesi .	69
<b>Tablo 29:</b> 2006-2015 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumuna Yapılan Bütçe Transferleri ve GSYİH Oranı .....	70
<b>Tablo 30:</b> 2013 Yılı Genel Sağlık Sigortası Fon Gelir ve Giderleri .....	71
<b>Tablo 31:</b> 2002-2013 Yılları Arası İlaç Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi .....	86
<b>Tablo 32:</b> 2015 Yılı Almanya Ekonomik Göstergeleri .....	91
<b>Tablo 33:</b> Almanya Sağlık Sistemi ve Kapsamı .....	95
<b>Tablo 34:</b> Almanya Sağlık Sistemi Sağlayıcı Kuruluş ve Ödeme .....	96
<b>Tablo 35:</b> 2000 ve 2015 Yılları Almanya Sağlık Harcamaları.....	97
<b>Tablo 36:</b> 2013, 2014 ve 2015 Yıllarında Almanya’da Fonlara Göre Sağlık Harcaması.....	98
<b>Tablo 37:</b> 2015 Yılı Hindistan Ekonomik Göstergeleri .....	100
<b>Tablo 38:</b> Hindistan Sağlık Sistemi ve Kapsamı .....	103
<b>Tablo 39:</b> Hindistan Sağlık Sistemi Sağlayıcı Kuruluş ve Ödeme .....	104
<b>Tablo 40:</b> 2000 ve 2014 Yılları Hindistan Sağlık Harcamaları .....	105

## GRAFİK LİSTESİ

<b>Grafik 1:</b> Sosyal Sigortalar Kurumunun 1989-2005 Yılları Ödemeler Dengesi.....	36
<b>Grafik 2:</b> 1986-2005 Yılları Arası Bağ-Kur Sağlık Gideri ve Prim Tahsilatı.....	38
<b>Grafik 3:</b> 1972-2005 Yılları Arası Bağ-Kur Ödemeler Dengesi Farkının Seyri.....	39
<b>Grafik 4:</b> 1993-2006 Yılları Arası Emekli Sandığı Ödemeler Dengesi Farkının Seyri .....	39
<b>Grafik 5:</b> 1950-2005 Yılları Arası Sigortalı Nüfus Oranı.....	42
<b>Grafik 6:</b> 2000-2015 Yılları Arası Türkiye Kadın-Erkek Nüfusu ve Toplam Nüfus Değişimi .....	72
<b>Grafik 7:</b> 2000-2015 Yılları Arası İl-İlçe ve Belde-Köy Nüfusunun Oransal Değişimi .....	72
<b>Grafik 8:</b> 2000-2015 Yılları Arası Türkiye Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Oransal Değişimi .....	73
<b>Grafik 9:</b> 2000-2015 Yılları Arası Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi.....	73
<b>Grafik 10:</b> 2000-2015 Yılları Arası Bebek Ölüm Hızı ve Kaba Ölüm Hızı .....	74
<b>Grafik 11:</b> 2000-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı .....	74
<b>Grafik 12:</b> 2000-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Yatak Sayıları.....	75
<b>Grafik 13:</b> 2000-2015 Yılları Arası 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı .....	76
<b>Grafik 14:</b> 2000-2015 Yılları Arası Hekim, Diş Hekimi ve Hemşire Sayısı .....	76
<b>Grafik 15:</b> 2000-2015 Yılları Arası Hekim, Diş Hekimi ve Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı .....	77
<b>Grafik 16:</b> 2002-2015 Yılları Arası 1.Basamak ve 2.- 3. Basamak Toplamı Başvuru Sayısı.....	78
<b>Grafik 17:</b> 2002-2015 Yılları Arası 1.Basamak ve 2.- 3. Basamak Toplamı Kişi Başı Müracaat Oranı.....	78
<b>Grafik 18:</b> 2002-2015 Yılları Arası 1.Basamak Sevk Hızı.....	79
<b>Grafik 19:</b> 2002-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Müracaat Sayısı ....	79
<b>Grafik 20:</b> 2002-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Kişi Başı Müracaat Sayısı.....	80

<b>Grafik 21:</b> 2002-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Yapılan Ameliyat Sayıları .....	80
<b>Grafik 22:</b> 2002-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Yatılan Gün Sayısı	81
<b>Grafik 23:</b> 2000-2015 Yılları Arası Toplam Sağlık Harcaması Seyri .....	81
<b>Grafik 24:</b> 2000-2015 Yılları Arası Cari Sağlık ve Yatırım Harcaması Seyri .....	82
<b>Grafik 25:</b> 2000-2015 Yılları Arası Genel Devlet Sağlık Harcaması ve Özel Sektör Sağlık Harcaması Oransal Seyri .....	82
<b>Grafik 26:</b> 2000-2015 Yılları Arası Hane Halkı Sağlık Harcamaları Seyri .....	83
<b>Grafik 27:</b> 2000-2015 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Harcaması ve Merkezi Devlet Sağlık Harcaması Seyri .....	83
<b>Grafik 28:</b> 2000-2015 Yılları Arası Faiz Dışı Harcamaların ve Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ya Oransal Seyri .....	84
<b>Grafik 29:</b> 2000-2015 Yılları Arası Kamu Sağlık Harcamalarının ve Faiz Dışı Harcamaların Oransal Seyri .....	85
<b>Grafik 30:</b> 2010-2015 Yılları Arası Tüketilen İlaç Miktarı Seyri .....	85
<b>Grafik 31:</b> 2002-2013 Yılları Arası İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı .....	87
<b>Grafik 32:</b> 2002-2015 Yılları Arası Hane Halkı Tüketim Harcamaları İçindeki Sağlığa Ayrılan Pay .....	87
<b>Grafik 33:</b> 2003-2015 Yılları Arası Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Oranı .....	88
<b>Grafik 34:</b> 2003-2015 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumu Memnuniyet Oranı ..	88
<b>Grafik 35:</b> Almanya, Hindistan ve Türkiye'de 2000-2015 Yılları Arası Doğumda Beklenen Yaşam Süresi .....	106
<b>Grafik 36:</b> Almanya, Hindistan ve Türkiye'de 2000, 2002 ve 2015 Yıllarında Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi .....	107
<b>Grafik 37:</b> Almanya, Hindistan ve Türkiye'de 2002 ve 2015 Yıllarında 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı .....	107
<b>Grafik 38:</b> Almanya, Hindistan ve Türkiye'de 2000-2014 Yılları Arası 1000 Kişi Başına Düşen Doktor Sayısı .....	108
<b>Grafik 39:</b> Almanya, Hindistan ve Türkiye'de 2000-2014 Yılları Arası 1000 Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı .....	108



<b>Grafik 40:</b> Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000-2014 Yılları Arası 1000 Kişi Başına Düşen Hastane Yatağı Sayısı .....	109
<b>Grafik 41:</b> Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000-2015 Yılları Arası Gayri Safi Yurtiçi Hasıla İçinde Sağlığa Ayrılan Pay .....	109
<b>Grafik 42:</b> Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000-2015 Yılları Arası Kişi Başı Sağlık Harcaması .....	110
<b>Grafik 43:</b> Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000-2015 Yılları Arası Sağlık Harcamaları İçinde Devlet ve Sağlık Sigortalarının Harcamaları Payı .....	111
<b>Grafik 44:</b> Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000-2015 Yılları Arası Kişi Başı Devlet ve Sağlık Sigortası Harcaması.....	111
<b>Grafik 45:</b> Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000-2014 Yılları Arası Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Harcamaların Payı .....	112
<b>Grafik 46:</b> Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000-2014 Yılları Arası Kişi Başı Cepten Sağlık Harcaması .....	112

## ŞEKİL LİSTESİ

<b>Şekil 1:</b> Sağlık Sisteminin Fonksiyonları ve Hedefleri Arasındaki İlişkiler.....	15
<b>Şekil 2:</b> Kamu Hastane Birliğine Bağlı Hastane'lerin ve Diğer Kurum Hastanelerinin Oransal Dağılımı.....	57
<b>Şekil 3:</b> Alman Sağlık Sigortası Sistemi ve Seçimi. ....	95

## GİRİŞ

Sağlık, bireylerin hayatında yaşamsal bir öneme sahiptir. Bu açıdan yaşam hakkı kavramı ile birlikte sağlık kavramı ayrılamaz bir bütündür. Sağlık kavramsal açıdan hastalısızlık hali olarak tanımlanabilir olsa da bu tanım kavrayıcı nitelikten uzaktır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımını kavramını genişleterek sağlığı; bedensel, zihinsel ve sosyal refahın tam olduğu, hastalığın ve zayıflığın olmadığı bir durum şeklinde tanımlamıştır.

Türkiye, 2003 yılı ile birlikte sağlık alanında içerisinde köklü değişimleri barındıran reform süreci içerisine girmiştir. Bu reformların gerçekleştirilmesi amacı ile Sağlıkta Dönüşüm Programı adında bir program uygulamaya konulmuştur. Bu reformların bir kısmına bakıldığında Türkiye açısından bu program ile gündeme gelmiş reformlar olmadığı görülmektedir. Genel bir sağlık sigortası sisteminin kurulması ve özel sektörün sağlık alanında teşviki bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Bu açıdan, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın tarihsel bir sürecinin olduğu düşünülebilir. Bu program hakkında dikkat çeken bir unsur ise liberal ekonomi anlayışının sağlık alanında kendini hissettirmeye başlamasıdır.

Sağlık reformları sürecinde, Türkiye'de sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi adına hazırlanmış olan bu çalışmada hedef Türkiye'nin reformlar sürecinde gelmiş olduğu noktayı ulusal ve uluslararası düzeyde analiz etmektedir. Türkiye sağlık sistemi, Refah Yönelimli sağlık sistemi kabul edilmekte olup uluslararası düzeyde analizi gerçekleştirmek amacıyla Milton I. Roemer'in 1991 yılında yayınlanan çalışmasında yapmış olduğu sınıflandırmadan yola çıkılarak Refah Yönelimli ülkelerden Gelişmiş ve Sanayileşmiş ülke konumunda olan Almanya ve Az Gelişmiş ülke konumunda olan Hindistan seçilmiştir. Almanya ve Hindistan ile Türkiye'nin 2000 ve 2015 yılları arasında sağlık ile ilgili göstergeler baz alınarak karşılaştırmalı olarak analiz yapılmıştır. Gerçekleştirilen analiz ile sağlık reformları sürecinde Türkiye'nin sağlık sistemi açısından gelmiş olduğu uluslararası düzeydeki konumu tespit edilmiştir.

Belirlenen hedef dahilinde birinci bölümde sağlık konusunda bazı temel bilgilere yer verilmiş olup, genel çerçeve başlığı altında öncelikle sağlık kavramı, sağlık düzeyi göstergeleri, sağlık hizmetleri, M.I. Roomer'ın sınıflandırması baz alınarak sağlık sistemleri ve bu sistemlerin tanıtımı, son olarak ise sağlık ve ekonomi ilişkisi başlıklarına yer verilmiştir. İkinci bölümde, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı ve bu program ile sağlıkta geline noktayı iyi analiz etmek ve bakış açımı genişletmek adına 2 başlık altında değerlendirme yapılmıştır. İlk olarak, 2003 öncesi döneme ait demografik ve sağlık göstergeleri, dönemler itibari ile Türkiye'de izlenen sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin işleyişi, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sosyal güvenlik, son olarak ise sağlık harcamaları analizi yapılmıştır. İkinci başlık altında ise; 2003 yılı itibari ile uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı tanıtılması ve yapılan reformların incelenmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu, demografik ve sağlık göstergeleri ve sağlık harcamaları analizi yapılmıştır. Bu bölümün son başlığında ise 2000 ve 2015 yılları arasında Türkiye'nin seçilmiş göstergeler vasıtası ile sağlık konusunda geldiği nokta analiz edilmiştir. Üçüncü ve son bölümde ise M.I. Roomer'ın sağlık sistemi sınıflandırmasından yola çıkarak seçmiş olduğumuz ülkeler olan Almanya ve Hindistan hakkında sırası ile ülkeler hakkında genel bilgiler, demografik ve sağlık göstergeleri, sağlık hizmetleri, sağlık sistemi finansmanı ve sağlık harcamalarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Bu bölümün son başlığı altında ise seçilmiş göstergeler vasıtası ile Almanya, Türkiye ve Hindistan'ın karşılaştırmalı analizi yapılarak, sağlıkta reform döneminde olan Türkiye'nin sağlık sistemi açısından gelmiş olduğu konum ortaya tespit edilmiştir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GENEL ÇERÇEVE: SAĞLIK KAVRAMI, SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK SİSTEMİ, SAĞLIK VE EKONOMİ İLİŞKİSİ

#### 1.1 Sağlık Kavramı

Sağlık, çok boyutlu bir kavram olup bu başlık altında sağlık ve sağlık hakkı kavramı, sağlık düzeyini etkileyen faktörler ile sağlık düzeyi göstergeleri ele alınacaktır.

##### 1.1.1 Sağlık ve Sağlık Hakkı

İnsanlar dünyaya geldikleri andan hayatlarını kaybettikleri ana dek sağlıklı olmak istemektedirler. Sağlıklı olabilmek için gerek maddi gerekse de manevi olarak her türlü zorluğu göze alabilmektedirler. Çünkü sağlık, insan hayatında yaşamsal bir öneme sahip olmakla birlikte; gerek iş yaşamlarının devamı gerekse de aile ve sosyal yaşamlarının devamında rol oynamaktadır. Sağlık insan hayatında kuşkusuz vazgeçilmez bir yere sahiptir ve sağlığın karşısında herhangi bir malı koyarak değişim oranını (trade-off) belirlemek mümkün olmamaktadır. (Mutlu ve Işık, 2012: 11) Örneğin sağlıksız bir insanın aynı anda televizyon ihtiyacı olduğu varsayımı altında o kişinin televizyonu seçmesi kesinlikle doğru bir seçim olmayacaktır.

Sağlığın kavramsal olarak tanımlanmasında dar veya kapsamlı herkesin yapabileceği bir tanım mevcuttur. Verilen cevapların büyük bir çoğunluğunun da hastaliksızlık hali şeklinde olması kuvvetle muhtemeldir. Aslında bu tanım yanlış olmamakla beraber sağlığın tanımını yalnızca hastaliksızlık hali olarak tanımlamak yetersiz ve kapsayıcı nitelikten uzak olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 19-22 Haziran 1946 yılında New York'ta düzenlediği Uluslararası Konferansında anayasasını kabul etmiş ve bu anayasada sağlığı; bedensel, zihinsel ve sosyal refahın tam olduğu ve hastalığın ve zayıflığın olmadığı bir durum şeklinde tanımlamıştır.

(World Health Organization,2009:1) (Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasası 7 Nisan 1948 tarihinde yürürlüğe girmiş olmakla beraber sağlık tanımı hiç değişmemiştir) Yapılmış olan tanım incelenecek olursa eğer; Dünya Sağlık Örgütü sağlığı yalnızca hastaliksızlık hali olarak tanımlamamıştır. Sağlık kavramının içerisinde insanın zihinsel sağlığını katmış olup en dikkat çekici olan unsur ise sosyal refahının iyi olmasını da sağlık tanımı kapsamına almış olmasıdır. Kısacası Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu tanım kapsayıcı olmakla beraber literatürdeki geçerliliğini korumaktadır.

2.Dünya Savaşı sonrası dönem incelendiğinde ülkelerin savaş yaralarını sarma zorunluluğu olması ve sosyalist ülkelerin sağlıkta başarılı olmaları sonucu ilerleyen dönemlerde sağlığın bir hak olarak kabul görüp gelişmeye başlaması tesadüf olmasa gerektir. (Cevahir, 2016: 21) Sağlık hakkı kavramsal olarak bireylerin ırk, dil, din, cinsiyet fark etmeksizin sağlığın da temel bir insan hakkı olmasını ifade etmektedir. Sağlık ve sağlık hakkı konusunda uluslararası düzeyde önemli çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan en önemlisi ise İnsan Hakları Evrensel Bildirgesidir. Bu bildirmede sağlık hakkı; herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı olması, herkesin, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahip olması şeklinde tanımlanmıştır.

Sağlık konusunda uluslararası düzeyde birçok çalışma yürütülmüş ve birçok bildirme yayınlanmıştır. Bu bildirmelerden ilki Alma Ata Bildirgesi'dir. Dünya Sağlık Örgütü 1978 yılında Alma Ata kentinde Alma Ata Bildirgesi'ni kabul etmiş olmakla birlikte koruyucu sağlık hizmetlerinden tüm vatandaşların eşit olarak faydalanması ilkesi kabul edilmiştir. 1988 Riga toplantısı ile Alma Ata'da belirlenen ilkeler "Herkesin Sağlığı" ismiyle uygulanmaya konması kararlaştırılmıştır. Tablo 1'de 1978 yılından itibaren yayınlanan bildirimlerden bazıları yayımlandıkları yıllara göre sıralamaları içerikleriyle birlikte mevcuttur.

<b>Bildirge Adı</b>	<b>Yayın Yılı</b>	<b>İçeriği</b>
<b>Alma Ata<sup>1</sup> Bildirgesi</b>	1978	Düzenlenen konferansta sağlığın temel bir insan hakkı olduğu vurgulanmış olup, sağlık hizmetlerindeki eşitsizlik ve dengesizliğe dikkat çekilmiştir. Hükümetlere halklarının sağlığından sorumlu oldukları vurgulanmış olup uygun ve yeterli sağlık ve sosyal önlemler almaları yoluyla yerine getirmeleri vurgulanmıştır.
<b>Lizbon<sup>2</sup> Bildirgesi</b>	1981	Yayınlanan bildirmede hasta haklarına yer verilmiştir. Hastaların hekimlerini özgürce seçme, uygulanacak olan tedaviyi ret veya kabul haklarının olmasına, tıbbi ve kişisel bilgilerin mahremiyeti isteme gibi başlıca hakları içermektedir.
<b>Ottawa<sup>3</sup> Şartı</b>	1986	Sağlığı geliştirme üzerinde durulmakla birlikte sağlığın geliştirilmesinde kullanılacak olan araçlar belirlenmiştir.
<b>Adelaide<sup>4</sup> Tavsiyeleri</b>	1988	Sağlıklı halk politikası, sağlıkta hesap verilebilirlik, sağlık alanında yeni ittifakların kurulması gibi hususlara değinilmiştir.
<b>Amsterdam<sup>5</sup> Bildirgesi</b>	1994	Sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri, mahremiyet ve özel hayat, hastanın bilgilendirilmiş onayı tıbbi girişimin ön koşulu olması gibi hususlara değinilmiştir.
<b>Bali<sup>6</sup> Bildirgesi</b>	1995	Yayınlanmış olan bu bildirmede kaliteli tıbbi bakım hakkı, seçim yapma özgürlüğü, kendi kaderini belirleme hakkı, bilgilendirme hakkı, gizlilik hakkı dini destek hakkı gibi konulara yer verilmiştir.
<b>Jakarta<sup>7</sup> Bildirgesi</b>	1997	Bu bildirmede gelecek yüzyıl (21.yy) için sağlığı geliştirmede önceliklere yer verilmiştir.
<b>Dubrovnik<sup>8</sup> Sözleşmesi</b>	2001	Hedef ve stratejiler üzerinde durulmuş olup ayrıca sağlığın finansman kaynakları ve kalite üzerinde durulmuştur.
<b>Bangkok<sup>9</sup> Şartı</b>	2005	Küreselleşen dünyada sağlığın teşviki ve geliştirilmesi vasıtasıyla sağlık belirleyicilerini ele almak için gereken eylem, taahhüt ve sözleri belirlemektedir.

**Tablo 1:** Sağlık Alanında Yayınlanmış Olan Bildirgelerden Başlıcaları

**Kaynak:** (1, 5: World Health Organization) (3, 4, 7, 9: World Health Organization, Global Health Promotion Conferances) (2: The World Medical Association) (6: T.C. Sağlık Bakanlığı ) (8: Aktan ve Işık)

## **1.1.2 Sağlık Düzeyini Etkileyen Faktörler**

Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımlamasını yaptığında sağlığın birçok yönünü ortaya koymuştur. Sağlık düzeyini de bu tanım paralelinde etkileyen birçok etmen bulunmaktadır. Sağlık düzeyini etkileyen faktörleri iki ana başlık altında sınıflandırmak gerekirse; bunların başında çevresel faktörler gelmekte sonrasında ise bireyin kendi bünyesinden kaynaklanan rahatsızlıklar, biyolojik faktörler yer almaktadır.

### **1.1.2.1 Çevresel Faktörler**

İnsan sürekli olarak dış dünya ile etkileşim halindedir. Sağlık düzeyini olumsuz yönde etkileyecek faktörlerin olması ve bunlardan etkilenmesi kaçınılmazdır. İnsan bu çevre ile doğrudan veya dolaylı bir şekilde etkileşime geçerek sağlık düzeyi etkilenmektedir. Sağlık düzeyini etkileyen çevresel faktörleri alt başlıklara ayırmak gerekirse eğer bunlar fiziki çevre, biyolojik çevre ve insanın içinde bulunduğu sosyo-ekonomik ve kültürel çevredir. Fiziki çevre, bireyin içerisinde bulunduğu alanları ifade etmektedir. Fiziki çevreye giren alanlar kişinin içerisinde bulunduğu ev ve iş ortamı, kirli ve temiz su kaynakları, gürültü, iklim vb. unsurlardır. Ev veya iş ortamında aydınlatma, havalandırma gibi unsurların yetersizliği sağlığı doğrudan etkilemekle birlikte temiz su olanaklarına ulaşımın sınırlı olması sağlık düzeyini önemli bir şekilde etkilemektedir. Biyolojik çevre, insan sağlığını etkileyen biyolojik unsurların olduğu çevredir. Bu çevrede mikroorganizmalar, parazitler, mantar, bakteri vb. unsurlar vardır ve insan sağlığını tehdit etmektedirler. Bu unsurlar ile mücadele de koruyucu sağlık hizmetleri etkin bir şekilde sunulmalıdır. Sosyo-ekonomik ve kültürel çevreyi belirleyen ise en önemli etken bireyin sahip olduğu maddi olanak veya olanaksızlığıdır. Maddi olanakları iyi olan bir bireyin fiziki çevreden veya biyolojik çevreden kaynaklanan sorunlardan dolayı rahatsızlanması maddi durumu iyi olmayan bir bireye göre oldukça düşüktür.

### **1.1.2.2 Biyolojik Faktörler**

Sağlık düzeyini etkileyen bir diğer unsur ise insanın kendi bünyesinden kaynaklanan biyolojik faktörlerdir. Bu tür rahatsızlıkların bir kısmı kalıtsal



olmakla birlikte hormonal veya metabolizmanın bozukluğundan da kaynaklanabilmektedir. Bu tür rahatsızların önüne geçmek zor olmakla birlikte tedavi süreçleri de uzun olabilmektedir.

### 1.1.3 Sağlık Düzeyi Göstergeleri

Sağlık düzeyi göstergeleri sağlık hizmetlerinin işlevselliğinin tespiti ve sağlık harcamalarının etkinliği gibi noktalarda sağlık politikalarını hazırlayan kurumlar ve bilimsel çalışmalar yürütenler açısından kuşkusuz önemli bilimsel verilerdir. Bu göstergeler sayesinde sağlık hizmetlerinin işlevselliği, yapılan sağlık harcamalarının yeterli olup olmadığı, toplumda yaygın olarak görülen hastalıkların önlenmesi vb. gibi konularda sağlık hizmetlerini planlayan kurum veya kuruluşlara yol göstermektedirler. Bu göstergeler sayesinde kaynaklar daha verimli hale getirilebilir ve toplumun sağlık ihtiyaçlarına uygun olarak hizmetler belirlenebilir ve sağlık harcamaları için ayrılan kaynakların etkin dağılımı sağlanabilmektedir. Ülkeler sağlık ile ilgili göstergeleri kendi imkânları ile hesaplayabilmektedirler. Ulusal çalışmaların yanı sıra sağlık ile ilgili göstergelerin hesaplanmasında Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların çalışmaları da mevcuttur. Ancak gelişmekte olan ülkelerde sağlık ile ilgili veriler bulunmayabilir, ulaşılamayabilir veya yetersiz kalabilir. (Çelik, 2013: 27)

#### 1.1.3.1 Ölüm ve Doğum Göstergeleri

Toplumun sağlık düzeyinin belirlenmesi noktasında ölüm ve doğum göstergeleri çok önemli bir yer tutmaktadır. Bu oranlar vasıtasıyla ülkede yürütülen sağlık hizmetlerinin işlevselliği belirlenebilmektedir. Bu göstergelerden bazıları şunlardır:

- **Kaba Ölüm Hızı:** Ölüm ölçütleri arasında sıkça kullanılmakla birlikte toplam ölüm sayısının nüfusa bölünmesi ile elde edilmektedir.
- **Anne Ölüm Oranı:** Doğum sırasında, gebelik sırasında ve doğum sonrası ilk 6 hafta içinde gerçekleşen anne ölümlerinin canlı doğum sayısına oranı şeklinde hesaplanan verilerdir.

- **Bebek Ölüm Hızı:** 1 yaşını doldurmadan ölmüş olan bebeklerin canlı doğum sayısına bölünmesi yoluyla elde edilen bilimsel verilerdir.
- **5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranı:** 5 yaşını doldurmadan ölen çocuk sayısının canlı doğum sayısına bölünmesi yoluyla elde edilen verilerdir.
- **Kaba Doğum Hızı:** Toplumda doğurganlık düzeyini gösteren ve bu konuda ayrıntılı bilgi vermeyen bilimsel veridir.

### 1.1.3.2 Hastalık Ölçümleri

Sağlık hizmet ve harcamalarının işlevselliği noktasında kullanılan en önemli bilimsel verilerden bir diğeri ise hastalık ölçümleridir. Hastalıkların objektif bir yöntemle ölçümünün sağlanması, güvenilir ve kapsamlı ölçümler ile sağlıksızlığın tüm boyutları hakkında bilgi sahibi olunabilir ve ölüm oranları kullanılmadan toplumun sağlıksızlık boyutları ölçülmüş olabilecektir. (Çelik, 2013: 33) Bu veriler sayesinde toplumda sıkça rastlanılan hastalıklar tespit edilerek kaynakların bu hastalıklara daha fazla aktarımı sağlanarak aynı zamanda ayrılan kaynakların tahsisinde etkinlik noktasında önemli adımlar atılmaktadır.

### 1.1.3.3 Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Sağlık düzeyinin ölçülmesinde kullanılan bir diğer bilimsel veride doğumda beklenen yaşam süresidir. Doğumda beklenen yaşam süresini kısaca bir kişinin ortalama kaç yıl yaşayacağı şeklinde tanımlayabiliriz ve bu ölçümle kişinin kaç yıl yaşayacağı tespit edilmekle birlikte, bu veriler ülkenin nüfus ve ölüm kayıtlarına dayanılarak yaşam tablosu yöntemi ile hesaplanmaktadır. (Çelik, 2013: 32)

### 1.1.3.4 Sağlık Sistemine İlişkin Göstergeler

Sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına ulaşması ve etkin çıktılarının alınması noktasında bu hizmetler için ayrılan kaynaklar büyük önem arz etmektedir. Sağlık sistemine ilişkin kaynakları maddi ve beşeri kaynaklar şeklinde ikiye ayırmak mümkündür. Sağlık için ayrılan maddi kaynaklar, kullanılan sağlık teknolojileridir. Beşeri kaynaklar ise; sağlık alanında çalışan doktor, hemşire, sağlık teknisyeni vb.'dir.

## 1.2 Sağlık Hizmetleri

Bu başlık altında sağlık hizmetlerinin tanımı ve sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri ele alınacaktır.

### 1.2.1 Sağlık Hizmeti Tanımı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri kavramsal olarak bireyleri çeşitli hastalıklardan koruma, hasta olan bireylerin ise tedavi ve rehabilite edilmesine yönelik olarak yapılan hizmetlerin tamamı şeklinde tanımlanabilir. Bu tanım çerçevesinde bakıldığı zaman sağlık hizmetlerinin bireylere koruyucu sağlık hizmeti sunarak sağlık düzeylerini korumak ve hastalanmış olanlara tedavi ve sonrasında rehabilitasyon hizmeti sunmak gibi iki temel amacı bulunmaktadır. Modern toplumlarda sağlık hizmetlerine ulaşım kolay olmakla birlikte koruyucu sağlık hizmetleri ve kuvvetlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetlerinin olduğu görülmektedir. Alma Ata bildirgesi ve İnsan Hakları Evrensel bildirgesinde uluslararası alanda yürütülen çalışmalar ile sağlığın en temel hak olduğu vurgulanmıştır. Bu amaç doğrultusunda sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli işlemesi büyük bir önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin başlıca özellikleri ise şunlardır:

- **Kamusallık:** Kamusal mal ve hizmetler tüketimde rekabetin yaşanmadığı, bölünemeyen, fiyatlandırılmayan hizmetler olup bunlara örnek olarak savunma, adalet gibi hizmetleri gösterebiliriz. Ancak genel olarak sağlık hizmetleri ise yarı kamusal mal seyri göstermektedir. (Altay: 35) Yarı kamusal mallar bölünebilen ve fiyatlandırılabilen hizmetlerdir.
- **Öngörülemezlik:** Bireylerin sağlıklarının ne zaman bozulacağı belli değildir ve bununla birlikte sağlık hizmetlerinden ne zaman faydalanacakları da belli olmamaktadır. Bu sebepten dolayı sağlık hizmetlere olan talep öngörülemezdir.
- **İkame Edilememesi:** Sağlığı bozulan bir bireyin sağlığının yerine başka bir unsuru koyabilmesi mümkün değildir.

- **Asimetrik Bilgilenme:** Asimetrik bilgi, bir taraf bilgiye sahip iken diğer tarafın bu bilgiye sahip olmaması durumudur. Sağlık hizmetleri açısından durum incelendiğinde de tam bilgiye sahip olan taraf sağlık personeli iken bilgiye sahip olmayan taraf ise sağlık hizmeti almak isteyen hastalardır.
- **Dışsallık:** Sağlık hizmetlerinin sunumu ile yalnızca hasta olan bireylere yönelik faydanın yanı sıra çevreye de bu hastalığın yayılması önlenmektedir. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri sunumu ile de çevreye hastalık yayılmasının önüne geçilmektedir. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin sunulması sonucunda çevreye olumlu dışsallık yayılmaktadır.
- **Erdemli Mallar:** Sağlık hizmetleri erdemli mallar kategorisinde değerlendirilmektedir. Bu hizmetlerin piyasa güçlerine bırakılması üretimin yetersiz yapılmasına sebep olurken etkin üretim yapılamaması refah kayıplarına sebep olabilmektedir. (Cura, 2012: 6)

## 1.2.2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri koruyucu hizmetler, tedavi edici hizmetler ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere üç ana sınıflandırmaya tabidir.

### 1.2.2.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri bireylerin hastalıktan korunması için yürütülen sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetlerine örnek olarak yeni doğan bebeklere ve ileriki yaşlarda bulunan bireylere aşılama hizmetleri, yerel yönetimler tarafından sunulan kanalizasyon, atık su ve çöplerin temizliği gibi hizmetler verilebilir. Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içinde bireye ve çevreye olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bireye yönelik olarak koruyucu sağlık hizmetleri aşılama vb. hizmetler iken çevreye yönelik olarak koruyucu sağlık hizmetlerine ise atık suların ve çöplerin ıslah faaliyetleri örnek olarak gösterilebilir.

### 1.2.2.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinden farklı olarak insanın hastalanması sonrasında faaliyete geçen hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık

hizmetlerinin etkin ve verimli işleyişi çok önemli olmakla birlikte basamaklandırılarak sunulmaktadır. Basamaklandırılmış sağlık hizmeti ilk kez Dawson'ın Britanya Sağlık Bakanlığı için 1920 yılında hazırladığı belgede (Interim Report on the Provisions of Medical and Allied Services; Sağlık ve İlgili Hizmetlerin Gelecekteki Sunumu Üzerine Geçici Rapor) söz edilmiştir. (Başak, 2007) Basamaklarda sunulan sağlık hizmetleri tedavi edici nitelikte olmakla birlikte kendi içinde hizmetlerin niteliği ve harcamaların miktarı noktasında bazı farklılıklar barındırmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir konumdadır. Modern devletlerin sağlık hizmetleri sunumuna bakıldığında birinci basamak sağlık hizmeti temelli olduğu görülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri hastalığın teşhisi ve tedavisi noktasında bireylerin başvurduğu ilk basamaktır. Bu basamak sayesinde sağlık harcamaları kontrol altına alınabilmekte ve üst basamaklarda yaşanabilecek gereksiz yığılmaların önüne geçilebilmektedir. Ancak bu istenilen durumun kazanılabilmesi için sevk zinciri sisteminin tam anlamı ile yerleşmesi gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine örnek olarak aile hekimlikleri, dispanserler örnek verilebilir. İkinci basamak sağlık hizmetleri ise gerek tıbbi teknoloji gerekse de sağlık personelinin niteliği açısından birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kuruluş ve sağlık personelinden daha niteliklidir. İkinci basamak sağlık hizmetlerini devlet hastaneleri gibi kuruluşlar sunmaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise sağlık hizmetleri sunumunda son basamak olmakla birlikte sağlık harcamalarının birim maliyetlerinin en fazla olduğu basamaktır. Bu basamakta eğitim ve araştırma hastaneleri gibi tıpta ileri teknolojinin kullanıldığı ve bilimsel çalışmaların yürütüldüğü sağlık kurumları bulunmaktadır.

### **1.2.2.3 Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri**

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri hastalığın tedavi edilmesi süreci sonrasında ortaya çıkan bir hizmettir. Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri kendi içinde tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon doğuştan gelen rahatsızlıklar veya kaza sebebiyle oluşan rahatsızlıkların rehabilitasyon hizmetleridir. Sosyal rehabilitasyon ise fiziksel veya ruhsal hastalıklar sebebiyle

toplumdan uzak kalan/kalmaya zorlanan bireylere yönelik olarak sunulan rehabilitasyon hizmetleridir.

### 1.2.3 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlık hizmetlerinin sunumu kadar önemli bir konudur. Sağlık hizmetlerinin maliyeti oldukça yüksektir ve bu maliyetlerin nasıl karşılanacağı hususu üzerine yıllar itibari ile çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Kimi ülkeler kamusal finansmana dayalı bir yöntem benimserken kimi ülkeler ise özel bir finansman yöntemi geliştirmiştir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi, sağlık hizmetlerinin tüketimine olan talep üzerinde doğrudan bir etkisi vardır. (Aktan ve Işık: 2) Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri temelde ikiye ayrılmaktadır.

- Kamusal Finansman Yöntemi
  - Bütçe ile (Vergi Gelirleri) Finansman
  - Sigorta ile Finansman
- Özel Finansman Yöntemi
  - Cepten Ödemeler
  - Özel Sağlık Sigortacılığı
  - Tıbbi Tasarruf Hesapları

Bu yöntemler haricinde sağlık hizmetlerinin finansmanında bağışlarda bulunmaktadır.

#### 1.2.3.1 Kamusal Finansman Yöntemi

Kamusal finansman yöntemi, sağlık hizmetlerinin finansmanında kamunun rol oynadığı bir yöntemdir. Kamusal finansman yöntemi bütçe gelirleri ile finansman ve sosyal sigorta yöntemi ile finansman olarak 2 ana başlık altında incelenebilir.

Bütçe (vergi gelirleri) ile finansman yöntemi literatürde Beveridge yöntemi olarak geçmektedir. Bu yöntem 1948 yılında kapsayıcı tip sağlık sistemi olarak adlandırılan sistemle İngiltere’de uygulamaya konulmuştur. Beveridge yöntemi, genel olarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin genel vergi gelirlerinden

finanse edilmesi ve bireylere eşit bir şekilde ulaşılabilirliğini sağlayan sistemdir. (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 4) Sağlık harcamaları vergi gelirleri ile finanse edildiği takdirde sağlık gibi temel bir hakka insanların ulaşımında fırsat eşitliği sağlanabilmektedir. Örneğin; vergi borcu üzerine düşen bireylerin vergi yükleri eşit olmamakla birlikte vergi sonrası harcanabilir gelirleri de farklıdır. Özellikle sağlık gibi yüksek maliyetli bir harcamayı her birey kaldıramamakta bu sebeple vergi gelirleri ile finansmanda kısmen de olsa fırsat eşitliği sağlanabilmektedir. Ancak bu sistemin işlevselliğinin iyi olabilmesi için ülkede yaşayan bireylerin vergi ahlakı ve vergi bilincine sahip olmaları, ayrıca devletin vergi alacaklarının tahsilinde etkin rol oynaması gerekmektedir.

Sosyal sigorta ile finansmanın tarihi çok eski olmamakla birlikte 1883 yılında dönemin başbakanı Otto Van Bismarck önderliğinde Almanya'da gönüllülük esasına göre ortaya çıkmış ilerleyen yıllarda kapsamı genişleyerek gelişmiştir. Sosyal sigorta kavramı literatürde Bismarck yöntemi olarak bilinmektedir. Sosyal Sigorta ile finansman sisteminde devlet kanun, tüzük gibi hukuki belgeler ile sınırlarını belirlediği üyelerin bulunduğu gelir statüsüne göre aylık olarak prim ödediği sistemdir. Bu sistemde üyeler ödedikleri primler ne olursa olsun sağlık hizmetlerinden eşit olarak faydalanmaktadırlar.

Sosyal Sağlık Sigortacılığının başlıca özellikleri şunlardır: (İstanbuluoğlu vd. , 2010:92; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008)

- Üyelik nüfusun tamamı veya birçoğu içi zorunluluk arz etmektedir.
- Tespit edilen primler genellikle işçi ve işveren arasında paylaştırılmaktadır.
- Sigortaya tabi olan üyenin ödeyeceği prim elde etmiş olduğu gelirden hesaplanmaktadır. Bu sebepten dolayı sübjektiftir.
- İşsiz bireylere yönelik sağlanan sigorta hastalık fonları ile yürütülmektedir.
- Sosyal sağlık sigortalarının finansmanında genel vergilerin de önemli bir rolü vardır.

### 1.2.3.2 Özel Finans Yöntemi

Özel finansman yöntemlerinden ilki olan cepten ödemeler, sağlık hizmetlerinin finansmanında bilinen en eski yöntemdir. (İstanbuluoğlu vd., 2010) Cepten ödemelerin bireylerin sağlık hizmeti almaları karşılığında yaptıkları ödemelerdir. Cepten ödemeler kendi içinde doğrudan ödemeler, katkı payları ve enformel ödemeler şeklinde 3'e ayrılmaktadır. Doğrudan ödemeler herhangi bir sosyal güvencesi olmayan veya diğer sebeplerden dolayı sağlık hizmetinin maliyetini bireyin kendisinin karşılaması durumudur. Doğrudan ödemeler genellikle özel dış kliniklerinden veya özel sağlık hizmeti sunucularında hizmet alınması durumunda sıkça rastlanılmaktadır. Katkı payları ise sosyal güvence sahibi olan insanların devletten veya devlet ile anlaşmalı özel sağlık hizmeti sunucularından hizmet alması durumunda katlanmak zorunda kaldıkları maliyetlerdir. Enformel ödemeler yukarıda sayılan iki ödeme çeşidinden farklı olarak kanuni dayanağı olmayan ödemelerdir. Halk arasında bilinen bıçak parası, teşekkür hediyeleri gibi ödemeler enformel ödemeler olarak kabul görmektedir. Enformel ödemeler sağlık hizmeti alanlar açısından sosyal güvenceye sahip olsalar dahi yeniden bir maliyet getirmekte olup, kanuni dayanağı bulunmamaktadır.

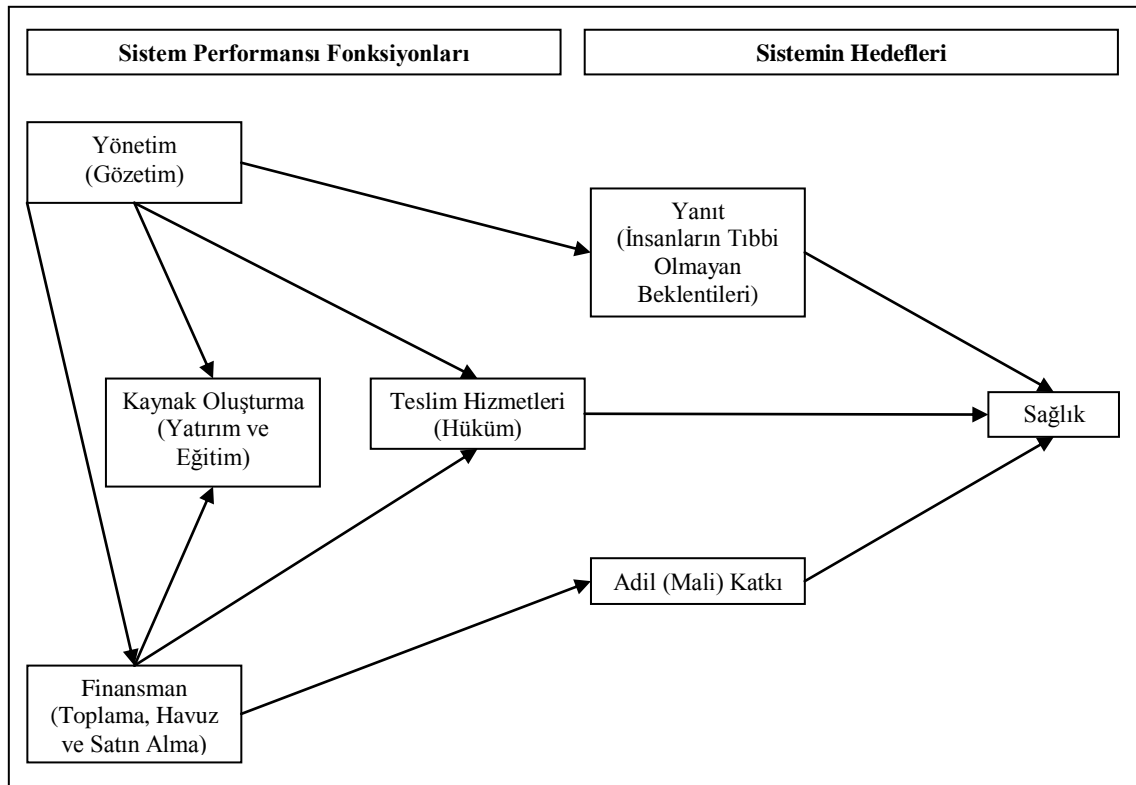
Özel finansman yöntemlerinden bir diğeri olan özel sağlık sigortacılığı ise; bireylerin kendi istekleri veya devletin bazı alanlarda zorunlu tutması ile kâr amacı güden kuruluşların sağlık harcamalarını finanse edilmesi sistemidir. Özel sağlık sigortacılığı Amerika Birleşik Devletleri ve İsviçre gibi ülkelerde kullanılmaktadır. Özel sağlık sigortacılığı sisteminde primler bireylerin sağlık risklerine, ekonomik ve sosyal statülerine göre belirlenmektedir.

Özel finansman yöntemlerinden sonuncusu olan tıbbi tasarruf hesapları uluslararası literatürde tartışmalı bir konu olmakla birlikte ilk kez 1984 yılında Singapur'da uygulanmaya başlamış olup yalnızca ABD, Çin ve Singapur'da bu hesaplar kullanılmaktadır. (Yaşar, 2007) Bu hesaplar bireylerin kendi sağlık durumlarının bozulması ihtimaline karşı hesaplarında tuttukları paralardır.



### 1.3 Sağlık Sistemi

Sistem kavramsal olarak belirli bir amaç veya amaçlara ulaşabilmek için birbirleriyle uyumlu bir şekilde çalışan bir bütündür. Bu bakış açısıyla sağlık sistemini tanımlayacak olursak sağlık sistemi: amacı sağlık düzeyini geliştirmek olan içerisinde bu sistemin finansmanı, hizmet sunumunu, mevzuatı gibi unsurları barındıran; girdi, süreç ve çıktıdan oluşan bir bütündür. Sağlık sistemlerinin yukarıda verilen tanımda da olduğu gibi amaçları vardır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2000 yılında yayınlanan “Sağlık sistemleri: Performansı Arttırmak” isimli rapora göre; sağlık sistemlerinin asıl amacı sağlığı teşvik etmekle birlikte, sağlığını kaybetmiş bireylere sağlıklarını kazandırmak ve onları korumaktır. (World Health Organization, 2000: 5) Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılı raporunda sağlık sisteminin fonksiyonları ve hedefleri arasındaki ilişkileri Şekil 1'deki gibi şematize etmiştir.



**Şekil 1:** Sağlık Sisteminin Fonksiyonları ve Hedefleri Arasındaki İlişkiler **Kaynak:** (World Health Organization, 2000: 25)

Sağlık sistemlerini sınıflandırmak amacıyla birçok çalışma yürütülmüştür ve literatürde birçok sınıflandırma mevcuttur. K. Evang, M. Terris, M.G. Field, R. Elling gibi isimlerde sağlık sistemlerinin sınıflandırma yoluna gitmişlerdir. Ancak en çok kullanılan sınıflandırma M.I. Roemer olmakla birlikte, bu çalışmada da bu sınıflandırma baz alınmıştır. M.I. Roemer 1986 yılı verilerine göre ülkelerin sağlık sistemlerini sosyo-politik yapılarına göre dört gruba ayırmıştır. Bu ayırım Tablo 2’de verilmiştir.

Ülkelerin Ekonomik Seviyesi (Kişi Başına GSMH)	Ülkelerin Sosyo-Politik Yapıları			
	Girişimci ve Serbest	Refah Yönelimli	Kapsayıcı Evrensel	Sosyalist
<b>Gelişmiş ve Sanayileşmiş</b>	ABD	Almanya Fransa Japonya Kanada	B.Krallık Norveç Y. Zelenda	Eski SSCB
<b>Gelişen ve Değişimci</b>	Tayland Filipinler G. Afrika	Brezilya Mısır Malezya	İsrail Nikaragua	Küba K.Kore
<b>Az Gelişmiş</b>	Gana Bangladeş Nepal	Hindistan Burma	Sri Lanka Tanzanya	Çin Vietnam
<b>Kaynak Zengini</b>		Libya	Kuveyt Suudi Arabistan	

**Tablo 2:** Ülkelerin Sosyo-Politik Yapılarına Göre Sınıflandırılması **Kaynak:** Roemer, M.I. National Health System of the World: The Countries, Vol.1, New York: Oxford University Press 1991 **Aktaran:** (Görmüş, 2013: 33)

### 1.3.1 Girişimci ve Serbest Sağlık Sistemi

Girişimci ve serbest sağlık sistemi liberal anlayış üzerine kurulu bir sağlık sistemidir. Bu sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin tamamı özel sektörün elinde olmakla birlikte sağlık hizmetleri (özellikle tedavi edici sağlık hizmetleri) tam anlamı ile piyasa güçlerine bırakılmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı özel sağlık sigortacılığı gibi dolaylı ödeme yöntemlerinin yanında cepten ödemeler gibi doğrudan ödeme yöntemleri ile de sağlanmaktadır. Girişimci ve serbest sağlık sisteminde tedavi edici hizmetler özel sektörün elindeyken devlet koruyucu sağlık

hizmetlerini üstlenmiştir. Serbest ve girişimci sağlık sistemini uygulayan ülkelerin başında ABD gelmektedir. Bunun yanı sıra Tayland, Filipinler, Güney Afrika, Gana, Bangladeş, Nepal gibi ülkelerde bu sistemi uygulamaktadır.

### **1.3.2 Refah Yönelimli Sağlık Sistemi**

Refah yönelimli sağlık sistemi, hastalık halini kapsayan çalışanların, işverenlerin ve devletin ek prim ödemesi yoluyla zorunlu sağlık sigortacılığına dayanan sistemdir. Refah yönelimli sağlık sisteminin temeli 1883 yılında Almanya başbakanı Otto Von Bismarck tarafından atılmış olup literatürde Bismarck metoduna olan sağlık harcamalarının finansman yöntemine dayanmaktadır. Bu sistemde sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu-özel ortaklığı olabileceği gibi daha iyi hizmet alabilmek için bireylerin başvurabileceği özel sağlık sigortacılığı sistemini de sistem içerisinde barındırabilir. Refah yönelimli sağlık sistemini Türkiye, Almanya, Fransa, Japonya, Kanada, Brezilya, Mısır, Malezya, Hindistan, Burma, Libya gibi ülkeler uygulamaktadır.

### **1.3.3 Kapsayıcı Evrensel Sağlık Sistemi**

Kapsayıcı evrensel sağlık sistemi, hastalık dahil tüm sağlık hizmetlerinin sigorta sistemi olmadan devlet tarafından karşılanmasıdır. Bu harcamalar vergiler yoluyla finanse edilmektedir. Bu sistem içerisinde özel sektörde bulunabilir. Kapsayıcı evrensel sağlık sistemini uygulayan ülkelerin başında İngiltere gelmektedir. Kapsayıcı evrensel sağlık sistemini Norveç, Yeni Zelanda, İsrail, Nikaragua, Sri Lanka, Tanzanya, Kuveyt, Suudi Arabistan gibi ülkeler uygulamaktadır.

### **1.3.4 Sosyalist Sağlık Sistemi**

Sosyalist sağlık sistemi, finansmanın tamamının devlet tarafından karşılandığı ve hastalık hali dahil tüm hizmetlerin içerisinde olduğu bir sistemdir. Sosyalist sağlık sistemi temel ve koruyucu sağlık sistemi olmakla birlikte özel sektör sağlık alanında ya yoktur ya da özel sektörün payı küçüktür. Sosyalist sağlık sistemini uygulayan ülkeler arasında: Eski SSCB, Küba, Kuzey Kore, Çin ve Vietnam gibi ülkeler vardır.

## 1.4 Sağlık ve Ekonomi İlişkisi

Ekonominin bir bilim olarak ele alınması Adam Smith ile başlamış olup günümüze kadar çeşitli değişim ve dönüşümler geçirerek gelişmiş bir bilim dalıdır. Ekonominin inceleme alanı insan ihtiyaçları ve ihtiyaçlar için gerekli olan kaynağı etkin bir şekilde yönetmektir. Bu tanımdan yola çıkacak olursak eğer ekonomi sonsuz sayıda insan ihtiyaçlarının kıt olan kaynaklarla karşılanması için çalışan bir bilim dalıdır.

Sağlık piyasaları incelenecek olursa eğer sağlık piyasalarında da sınırlı olan kaynaklar ve bunun karşısında insanların sağlık talepleri bulunmaktadır. Bu çerçeveden bakıldığında sağlığın ekonominin inceleme alanına girmesi kaçınılmazdır. Sağlık ekonomisini kavramsal olarak tanımlayacak olursak sağlık ekonomisi; sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, sağlık için yapılacak olan harcamaların etkin ve yeterli tahsisini sağlayarak bireylerin sağlık düzeylerini en yüksek noktaya taşımayı hedef edinen ve bu hedeflere ulaşmak için ekonominin yöntemlerini kullanarak ve bu yöntemlere ilave olarak kendi yöntemlerini geliştiren bir disiplindir. Sağlık ekonomisinin en temel amaçları şunlardır: (Çelik, 2013: 49)

- Toplumun ihtiyacı olan hangi sağlık hizmeti ne kadar düzeyde üretilmelidir?
- Sunulacak olan bu sağlık hizmetleri kim tarafından ve nasıl sunulacaktır?
- Sağlık hizmetleri kim için sunulacaktır?

Sağlık ekonomisinin inceleme alanlarının mikro ve makro olmak üzere iki şekilde inceleyebiliriz. Makro konular arasında; terapi ve tedavilerin ekonomik değerlendirilmesi, teknoloji ve bütçe içindeki kaynak tahsisi gibi konular yer almakta iken, mikro konular arasında ise; terapi ve tedavilerin ekonomik değerlendirilmesi yer almaktadır. (Mutlu ve Işık, 2012: 17) Ayrıca sağlık ekonomisi çok genç bir disiplin olmakla birlikte genel ekonomiden farklı kendisine has bazı özellikler taşımaktadır.

1950 yılı sonrası dönemde ülkelerin sağlık alanına ayırdıkları pay yükselmiş bu kaynakların etkin olarak kullanılması ve hizmetlerin sunumunda etkinlik çok önemli

bir yer almıştır. Sağlık ekonomisinin ortaya çıkışı bu dönemde olması rastlantısal olmasa gerektir. Sağlık ekonomisinin temelleri ilk olarak İngiltere’de atılmış ancak bu disiplinin öncü ülkesi ABD olmuştur. Sağlık ekonomisi alanında ilk geniş katılımlı konferans 1969 senesinde ABD’nin New Orleans eyaletinde yapılmıştır. Sağlık ekonomisi, temelleri atıldığı günden itibaren büyüme trendi içinde olmakla birlikte her ülkenin de gerek akademik gerek idari ve ekonomik alanlarda ilgisini çekmektedir.

Sağlık, ekonomi biliminin birçok yöntemini kullanmakla birlikte kendine özgü ve ekonomi biliminden de farklı bazı özellikleri vardır. Örneğin tam rekabet piyasası varsayımı altında tüketicilerin tam bilgiye sahip olduğu kabul edilirken sağlık piyasalarında ise asimetrik bilgi mevcuttur. Tablo 3’te tam rekabet koşulları altında çalışan piyasa ile sağlık piyasasının farkları incelenmiştir.

<b>Standart Rekabetçi Piyasalar</b>	<b>Sağlık Piyasaları</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çok satıcı</li> <li>• Maksimum kâr peşinde koşan firmalar</li> <li>• İyi bilgilenmiş alıcılar</li> <li>• Tüketicilerin malın bedelinin tamamını ödemeleri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sadece sınırlı sayıda hastane (büyük kentler dışında)</li> <li>• Çoğu hastane kâr amacı gütmeyiz</li> <li>• Kötü bilgilenmiş alıcı</li> <li>• Hastaneler maliyetlerin sadece bir bölümünü öderler</li> </ul>

**Tablo 3:** Sağlık Piyasaları ile Standart Rekabetçi Piyasalar Arasındaki Farklar  
**Kaynak:** (Stiglitz, 1994: 353)

#### **1.4.1 Arz ve Sağlık Hizmetlerinde Arz Analizi**

Üreticinin belirli bir dönemde üretmek veya satmak istediği mal ve hizmetlere arz denir. Arzı etkileyen faktörlerin başında malın fiyatı gelmektedir. Fiyat harici diğer unsurlar sabit tutulduğunda (Ceteris Paribus) malın fiyatı arttığında arz artacak ve bunun paralelinde firma kârı yükselecektir aksi koşullarda ise fiyatın düşmesi halinde arz azalacak ve firmanın karıda bunun paralelinde azalacaktır. Satışa sunulan malın fiyatı, ikame malların fiyatı, tamamlayıcı malların fiyatı, teknolojik gelişmeler, vergi oranları, sübvansiyonlar, üretim faktörlerinin fiyatı gibi faktörler arzı etkilemektedir.

Sağlık hizmetleri piyasasının arz tarafında kamu ve özel hastaneler, poliklinikler, toplum sağlığı merkezleri bulunurken bunların içerisinde arzı gerçekleştirenler ise tıp doktorları, diş hekimleri, laborantlar, hemşireler gibi sağlık çalışanlarıdır. Sağlık piyasasındaki arz ile diğer piyasalarda seyreden arz birbirinden önemli farklar içermektedir. Sağlık piyasalarında arz eden kurumlar monopolistik bir seyir izlemektedir. (Mutlu ve Işık, 2012) (Az sayıda satıcı karşı tarafta çok sayıda alıcı) Diğer bir taraftan diğer piyasalarda arz yetersizliği halinde denge fiyatı sağlanırken, sağlık piyasalarında ise arz yetersizliği halinde toplumsal sorunlara yol açarak fiyat dengeleme özelliğinden uzak olur. (Karabulut, 1998)

#### **1.4.2 Talep ve Sağlık Hizmetlerinde Talep Analizi**

Tüketicilerin çeşitli fiyat düzeylerinde satın almak istedikleri mal ve hizmet isteğine talep denir. Talebi etkileyen en önemli faktör fiyat olmakla birlikte, fiyat harici faktörler sabit tutulduğunda (Ceteris Paribus) fiyat arttıkça talep azalacak olup fiyat azaldıkça ise talep artacaktır. Malın fiyatı, ikame malların fiyatı, tamamlayıcı malların fiyatı, tüketicinin geliri, gelecek ile ilgili beklentiler, zevk ve tercihler, tüketici sayısı, malın fiyatı ile ilgili beklentiler gibi faktörler talebi etkilemektedir.

Sağlık piyasalarında talep ile diğer piyasalarda seyreden talep arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Sağlık piyasası harici piyasalarda talep eden tarafta bulunan tüketiciler ihtiyaç anında istedikleri ürünü talep ederken bunun zamanını kendileri belirleyebilirler. Ancak sağlık hizmetlerine olan talebin ne zaman ortaya çıkacağı belli değildir. Kısacası öngörülemezdir. Diğer bir taraftan sağlık harcamalarının finansman yöntemleri başlığı altında değinilen husus olan sağlık harcamalarının finansman yöntemleri sağlık hizmetleri talebinde de etkili olmaktadır. Sağlık piyasaları ile diğer piyasalar arasındaki farklardan bir diğeri de sağlık hizmeti arz edenlerin talep üzerinde etkisi olduğu gerçeğidir. Stiglitz'in 1988 yılında yayınlanan kamu ekonomisi kitabında değindiği üzere sağlık piyasalarına tam rekabet piyasalarında farklı olarak asimetric bilgi vardır. Bu açıdan hasta olan bireylerin hangi sağlık hizmetini seçeceği konusunda onları yönlendiren sağlık hizmetlerini arz edenlerdir.

### **1.4.3 Sağlık Harcamaları ve Harcamaları Etkileyen Faktörler**

20.yy.'ın ikinci yarısından itibaren ülkelerin sağlık politikaları değişmekte ve sağlık için ayrılan paylar önemli bir düzeyde artmaktadır. Bu açıdan ülkelerin sağlığa ayırdıkları payları ve bu payları fonksiyonel olarak incelemek sağlık politikaları belirlemek ve kaynakların etkin bir şekilde dağılımını sağlamak için gereklidir. Sağlığa ayrılan paylar ve bunların ülkelerin milli gelirlerine oranları uluslararası karşılaştırmalarda da kullanılmaktadır. Sağlık harcamalarının hesaplanmasında Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü, OECD gibi uluslararası kuruluşlar önemli yer tutmaktadır. Sağlık harcamaları ile ilgili ilk kapsamlı çalışma ILO tarafından 1959 yılında yapılmış olup sağlık harcamalarının sınıflandırılması ve bileşenlerinin ortaya koyan ilk olarak Abel-Smith olmuştur. (Mutlu ve Işık, 2012: 208-209)

#### **1.4.3.1 Kişi Başına Düşen Gelirin Yükselmesi**

Bir ülkede milli gelir düzeyinin yükselişte olması kişisel gelirinde artması anlamına gelmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinin finansmanının kamu ağırlıklı olması ve gelirin artıyor olması sağlık hizmetlerine olan talebi arttırmaktadır. Aynı zamanda kişisel gelirin yüksek olması yaşamın devamı için gerekli olan unsurların daha iyi karşılanması ve nitelik olarak daha iyisinin istenmesine sebep olacağından sağlık hizmetinin talebini arttırırken aynı zamanda sağlık hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak ta artışına sebebiyet verir.

#### **1.4.3.2 Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilinci**

Bireylerin eğitim seviyelerinin yükselmesi ile sağlık konusunda bilinçlenmeleri arasında bir doğru orantı vardır. Sağlık konusunda bilinçli olan bireyler daha iyi bir hayat sürebilmek için sağlığın çok önemli bir yerde olduğunun farkındadır. Bunun sonucu olarak sağlıklı yaşayabilmek için daha fazla sağlık hizmeti talep edecek bunun sonucunda da sağlık harcamaları artacaktır.

#### **1.4.3.3 Sosyal Değer Yargıları**

İçinde yaşadığımız dünya sürekli olarak değişim ve dönüşüm geçirmektedir. Özellikle son 50 yıl içerisinde bu değişim ve dönüşüm çok daha hızlanmış olup

sosyal değer yargılarımız da değişmektedir. Sosyal değer yargıları ile birlikte, bireylerin sağlığa olan bakış açıları da değişmekte özellikle sosyal güvenlik hizmetlerinin yaygınlaşması ile birlikte sağlık hizmetlerine olan talepte artmaktadır. (Işık, 1997)

#### **1.4.3.4 Teknolojik Gelişmeler**

Tıp alanında gelişen teknoloji ile birlikte sağlık hizmetlerinde kullanılan teçhizatların kalitesi de artmaktadır. Kalite artışı ile birlikte hastalıkların erken teşhisi ve önlenmesi noktasında tıp alanında gelişen teknolojinin önemli bir payı bulunmaktadır. Hastalıkların erken teşhisi ile birlikte tedavi edici gibi yüksek maliyetlerin önüne geçilerek sağlık harcamaları kontrol altına alınabilmektedir. Ancak teknolojik ilerleme ile birlikte satın alınan teçhizatların maliyetleri yükselmekte ve sağlık harcamalarını arttırıcı bir rolde oynayabilmektedir.

#### **1.4.3.5 Şehirleşme**

Sanayi devriminden sonra dünya üzerinde sanayileşme hızlı bir şekilde artmaktadır. Sanayi kuruluşlarının şehirlerde veya şehirlere yakın yerlerde kurulması şehirleşme oranını arttırmakta, gerek sağlık hizmetlerinin gerekse de eğitim vb. hizmetlerin daha nitelikli olmasına sebebiyet vermektedir. Aynı zamanda 20.yy'ın ikinci yarısından sonra köylerden kentlere olan göçün artması bu hizmetlerin şehirlerde daha nitelikli ve nicelik açısından da artmasına sebep olmuştur. Köylerde bu durum tam aksidir. Bu sebepten, şehirleşmenin artması ile birlikte sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik artmış ve sağlık hizmetlerine olan talep artışı ile birlikte sağlık harcamaları da artmaktadır.

#### **1.4.3.6 Yaşam Süresinin Uzaması**

Bireylerin eğitim seviyesi ile birlikte sağlık bilinçlerinin yükselmesi, tıp alanında önemli bilimsel çalışmaların olması, sağlık için kullanılan teçhizatların kalitelerinin yükselmesi vb. nedenler ile dünya üzerinde yaşam süreleri uzamaktadır. Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebi genç ve orta yaşlı bireylere oranla daha çok olacağı göz önüne alındığında sağlık harcamaları arttırıcı rol oynamaktadır.



## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÖNCESİ VE SONRASI DÖNEMDE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) 2003 yılında hayata geçirilmiş olmakla birlikte, içersinde sağlık hizmetlerinin işleyişi ve sağlık hizmetlerinin finansman yapısında köklü değişimler içeren bir programdır. SDP'yi yalnızca 2003 ve sonrası dönem olarak ele alınıp analiz edilmesi kuşkusuz sağlık sisteminin geldiği noktayı, geçirdiği değişimleri gözlemlemek adına yetersiz olacaktır. Bu sebepten dolayı SDP'yi programın uygulamaya konulmadan önceki sağlık sistemi ve programın uygulamaya konduktan sonraki sağlık sistemi şeklinde iki ana başlık altında incelenmesi doğru olacaktır.

#### 2.1 Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Dönemde Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları Analizi

2003 öncesi dönem Türkiye'nin sağlık sistemi incelendiğinde 3 ana sağlık hizmeti sunucusu ve sağlık hizmetlerinin finansmanında birçok kurumun rol oynadığı görülmektedir. İleriki başlıklarda ayrıntılı olarak değinilecek olan bu dönemde sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık hizmetlerinin finansmanında karmaşık bir yapı olduğu görülmektedir. Bu başlık altında Türkiye'nin demografik ve sağlık göstergeleri incelenecek, sağlık bakanlığının kuruluşundan 2003 yılına kadar olan döneme kadar izlenen sağlık politikalarına incelenecek, sağlık hizmetlerinin işleyişi ele alınacak, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve bu finansmanda rol oynayan kurumların mali yapılarının incelenecek olup son olarak ise sağlık harcamalarının analizi yapılacaktır.

### 2.1.1 Demografik Göstergeler ve Sağlık Göstergeleri

SDP'nin uygulanmaya başlamasından önceki dönemde Türkiye'de son nüfus sayımı 2000 yılında yapılmıştır. TÜİK verilerine göre; bu yıl itibariyle Türkiye'nin toplam nüfusu 67.803.927 kişi olmakla birlikte bunun 34.346.735 kişisi erkek 33.457.192 kişisi ise kadın nüfusundan oluşmaktadır. İl ve ilçe merkezleri nüfusu 44.006.274 olmakla birlikte belde ve köylerde yaşayan nüfus ise 23.797.653 kişidir. (TÜİK) Cumhuriyet'in ilk yıllarından bu yana artan şehirleşme oranı 2000 yılında da devam etmektedir ve Türkiye'de şehirleşme oran yüksektir. 65 yaş ve üzeri kişi sayısı ise 3.858.949 kişi olmakla birlikte genel nüfusu oranı %0,5 düzeyindedir. (TÜİK) Ancak ülkenin Cumhuriyet döneminden itibaren 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı artmaktadır.

	2000	2001	2002
<b>Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)</b>	2,53	2,37	2,17
<b>Kaba Doğum Hızı (Binde)</b>	21,62	20,31	18,63
<b>Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi</b>	71,00	71,80	72,50
<b>Kaba Ölüm Hızı (Binde)</b>	7,25	6,89	6,56
<b>Bebek Ölüm Hızı (Binde)</b>	31,60	28,30	25,40

**Tablo 4:** 2000-2002 Yılları Arası Sağlık Göstergeleri **Kaynak:** TÜİK

Tablo 4'te verilen sağlık göstergeleri incelendiğinde 2000 yılında doğumda beklenen yaşam süresi 71 yıldır. 2002 yılına gelindiğinde ise doğumda beklenen yaşam süresi artış göstererek 72,5 yıl olmuştur. Toplam doğurganlık hızı ise 2000 yılından 2002 yılına gelindiğinde azalış göstermiş ve 2,17 olmuştur. Kaba doğum hızında da toplam doğurganlık hızı ile paralellik göstererek azalma yaşanmış olup 2002 yılında 18,63 olmuştur. Bebek ölüm hızı 2000-2002 yılları arasında önemli azalış göstermiş olup kaba ölüm hızı da aynı yıllar içerisinde azalmıştır.

	2000	2001	2002
<b>Hekim</b>	85.242	89.804	91.949
<b>Diş Hekimi</b>	15.906	16.075	16.371
<b>Hemşire</b>	69.550	72.607	72.393
<b>Sağlık Memuru</b>	51.887	52.993	50.106
<b>Ebe</b>	41.594	41.691	41.479
<b>Eczacı</b>	21.927	22.119	22.289
<b>Diğer Personel ve Hizmet Alımı</b>	-	-	83.964

**Tablo 5:** 2000-2002 Yılları Arası Sağlık Personeli Sayısı **Kaynak:** TÜİK

Tablo 5’te 2000 ve 2002 yılları arasındaki sağlık personeli sayısı verilmiştir. Hemşire ve hekim sayılarında artış yaşanmış ancak oransal olarak hekim sayısındaki artış diş hekimine göre daha fazla yaşanmıştır. Sağlık memuru, ebe ve hemşire sayılarında azalış yaşanmış olup eczacı sayısında artış yaşanmıştır.

	2000	2001	2002
<b>Hekim Başına Düşen Hasta Sayısı</b>	754	725	722
<b>Diş Hekimi Başına Düşen Hasta Sayısı</b>	4.039	4.052	4.056
<b>Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı</b>	924	897	917
<b>Sağlık Memuru Başına Düşen Hasta Sayısı</b>	1.238	1.229	1.325
<b>Ebe Başına Düşen Hasta Sayısı</b>	1.545	1.562	1.601
<b>Eczacı Başına Düşen Hasta Sayısı</b>	2.930	2.945	2.979

**Tablo 6:** 2000-2002 Yılları Arası Sağlık Personeli Başına Düşen Hasta Sayısı **Kaynak:** TÜİK

Tablo 6’da 2000, 2001 ve 2002 yıllarında sağlık personeli başına düşen hasta sayıları verilmiştir. Bu sayılara baktığımızda hekim başına düşen hasta sayısı azalırken diğer branşlarda faaliyet gösteren sağlık personelinde artış yaşanmaktadır.

	2000	2001	2002
<b>Genel Toplam</b>	10.747	10.581	9.685
<b>Toplam</b>	1.183	1.199	1.156
<b>Sağlık Bakanlığı</b>	861	870	774
<b>Üniversite</b>	42	43	50
<b>Özel</b>	261	267	271
<b>Diğer<sup>1</sup></b>	19	19	61
<b>Yataksız Sağlık Kurumu<sup>2</sup></b>	9.564	9.382	8.529

**Tablo 7:** 2000-2002 Yılları Arası Sağlık Kurumu Sayısı **Kaynak:** TÜİK

**Not 1:** Diğer grubu altında Belediyelere ait yataklı sağlık kurumları kapsamıştır. Ayrıca, 2002 yılı ve sonrasında Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastanelerde bu gruba dahil edilmiştir.

**Not 2:** Sağlık Ocağı, Aile Hekimliği Birimi, Verem Savaş Dispanseri, AÇSAP Merkezi, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi sayıları toplama dahil edilmiştir.

Tablo 7'ye göre ise yataksız sağlık kurumu ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumu sayısındaki azalışa paralel olarak genel toplamda sağlık kurumu sayısında azalış yaşanmış olsa da özel sağlık kurumu sayısında artış bulunmaktadır.

	2000	2001	2002
<b>Toplam</b>	134.950	140.710	164.471
<b>Sağlık Bakanlığı</b>	96.334	100.845	107.394
<b>Üniversite</b>	23.838	25.296	26.341
<b>Özel</b>	12.162	11.837	12.387
<b>Diğer<sup>1</sup></b>	2.616	2.732	18.349
<b>1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı</b>	2,08	2,14	2,48

**Tablo 8:** 2000-2002 Yılları Arası Sağlık Kurumlarına Göre Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı **Kaynak:** TÜİK

**Not 1:** Diğer grubu altında Belediyelere ait sağlık kurumlarının yatak sayıları kapsamıştır. Ayrıca, 2002 yılı verilerine Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastanelerdeki yatak sayıları da bu gruba dahil edilmiştir.

Tablo 8'de 2000, 2001 ve 2002 yıllarında sağlık kurumlarına göre yatak sayılarına baktığımızda kurum sayılarında olduğu gibi en fazla yatak sayısı Sağlık Bakanlığı'na aittir. Ancak özel sağlık kurum sayısındaki artışa paralel olarak yatak sayısı artış göstermemiş olup 2001 yılında azalma kaydetmiştir. Diğer grubunda ise Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı yatak sayıları da eklenince sayı artmış ve

üniversite sağlık kurumlarına ait yatak sayısı da artış kaydetmiştir. 1000 kişi başına düşen yatak sayısında da toplam yatak sayısındaki artışa paralel olarak artış yaşanmıştır.

## **2.1.2 Dönemler İtibariyle İzlenen Sağlık Politikaları**

23 Nisan 1920 tarihinde açılan TBMM kuruluşunun üzerinden 10 gün gibi kısa bir süre geçtikten sonra 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanunla “Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti” kurulmuştur. Bu vekaletin ilk başkanı da Dr. Adnan Adıvar olmuştur. İlk yıllarda savaş yaralarının sarılması ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi önemli fonksiyonları yerine getiren vekalet zaman içerisinde çeşitli sağlık politikaları belirlemiş ve sağlık hizmetlerinin sunumu ve bunlara ayrılan paylar değişim göstermiştir. 1920 ile 2002 yılları arasında belirlenen sağlık politikalarını 3 ana başlık altında inceleyebiliriz. Kuruluşundan 1961 yılına kadar olan dönem daha çok kurumsallaşma öncelikli olmuş, 1961 ile 1980 arası dönem sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi dönemi ve 1980 ile 2002 arası dönem ise liberal politikaların ağırlık kazanmaya başladığı dönem olmuştur.

### **2.1.2.1 1920-1961 Yılları Arası Sağlık Politikaları**

23 Nisan 1920 tarihinde açılan TBMM, açılışının üzerinden 10 gün geçtikten sonra 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile “Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti” kurulmuştur. Vekaletin ilk başkanı Dr. Adnan Adıvar’dır. Ancak Adnan Adıvar’ın dönemi 1 yıl sürmüş daha sonra başkanlık görevini devralan isim Dr. Refik Saydam olmuştur. Refik Saydam görevini kısa süreli aralıklarla 1937 yılına kadar sürdürmüş ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, yurda yayılmasındaki başarıları ile bu dönem çağdaş anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu dönem olmuştur. (Akdur: 3) 1920 ile 1923 yılları arası dönem sağlık politikalarına bakıldığında Balkan Savaşları, 1 Dünya Savaşını geçirmiş ve Kurtuluş Savaşı içerisinde bulunan ülkede uzun yıllar savaşın içerisinde bulunmasından bu dönemde daha çok savaş yaralarının sarılmaya çalışıldığı ve mevzuat geliştirme çabaları içerisinde bulunulmuştur. 1920’de 38 sayılı Tababet-i Adliye kanunu çıkarılmıştır.

1923 senesi sonrası sağlık politikalarında öncelik bulaşıcı hastalıklar (sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam) ile mücadele olmakla birlikte geniş bölgede tek amaçlı hizmet/dikey örgütlenme modeli benimsenmiştir. Bu dönemde harcamalar genel bütçeden finanse edilmekle birlikte hastane hizmetleri yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır. (Cevahir, 2016: 64) 1923 yılında sağlık hizmetleri hükümet, belediye, karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları ile 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 adet hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile veriliyordu. (Akdağ, 2007: 13) 1924 yılında Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas Numune hastaneleri açılmış bu hastaneleri 1936 yılında Haydarpaşa hastanesi ve 1946 yılında Trabzon Numune hastanesi takip etmiştir. 1923 sonrası dönemde günümüzde halen geçerliliğini koruyan mevzuat düzenlemeleri yapılmış ancak 1924 Anayasasında sağlık ile ilgili bir madde konulmamıştır. 1923 sonrası dönem sağlık hizmetlerinde kurumsallaşma çabalarının olduğu bir dönem olarak ifade edilebilir. Yapılan mevzuat çalışmalarından bazıları şunlardır:

- 1927 tarih ve 992 sayılı Bakterioloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu
- 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun
- 1928 tarih ve 1962 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu
- 1930 tarih 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
- 1936 tarih ve 3017 sayılı Sihat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
- 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radium ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun

Bu kanunlar çeşitli değişikliklere uğramakla beraber günümüz mevzuatı içinde yerlerini hala korumaktadır.

Refik Saydam dönemi sağlık politikalarını özetlemek gerekirse koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiş, bu çerçevede bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele önemli bir yer tutmuş, Sağlık Bakanlığının kurumsallaşması yolunda önemli adımlar atılmış, sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi, tıp fakültelerinin cazibelerinin arttırılması ve mecburi hizmet getirilmesidir.

1938 senesi sonrası gelişmelere bakıldığında yapılan önemli çalışmalardan ilki hastanelerin yerel yönetimlerden alınıp Sağlık Bakanlığına devredilmesidir. 1946 senesinde Sağlık Bakanlığı görevini yapan Dr. Behçet Uz döneminde Cumhuriyet döneminin ilk sağlık planı olan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” yüksek sağlık şûrası tarafından onaylanmıştır ancak kanunlaşmamıştır. 8 Aralık 1954 tarihinde ise milli sağlık planının devamı niteliğinde olan “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” bulunmaktadır. Milli sağlık planı ve Milli Sağlık Programı tam anlamı ile uygulama alanı bulamasa da Sağlık Bakanlığının organizasyonunda önemli yer almaktadır. Bu dönemde sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki alt yapılarını oluşturan mevzuat çalışmalarında bulunulmuştur. Bu amaca yönelik olarak yapılan mevzuat çalışmaları şunlardır:

- 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu (1953)
- 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953)
- 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu (1954)
- 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu (1956)

Bu dönem ayrıca Sosyal Sigortalar Kurumunun ve Emekli Sandığının temellerinin atıldığı dönem olmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumu'nun temeli sayılabilecek olan kanun 1945 senesinde çıkarılan 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu kanunudur. Ancak kurumun kurulması 1946 senesinde olmuştur. 1950 senesinde ise 5434 sayılı Emekli Sandığı kanunu yürürlüğe konulmuştur.

Tablo 9’da verilen Sağlık Bakanlığı bütçesine bakıldığında 1930 senesi harici dönemlerde istikrarlı bir şekilde artma eğilimdedir. Ancak 1930 senesinde 1935 senesine geçildiğinde devlet bütçesinin azalmasına karşın sağlık bakanlığının bütçesi artmış ve devlet bütçesindeki oranı da yükselmiştir. 1925 yılında Osmanlı döneminde kalma dış borçların ödenmesi kararlaştırılmış ve 1954 senesinde borçların son taksiti ödenmiştir. Bu yıllar arası devlet bütçesine bakıldığında devlet bütçesi kuşkusuz artış göstermiştir ancak taksitin bittiği yıldan sonraki yıl olan 1955 ile 1960 senesi arasında devlet bütçesi önceki dönemlerde olmadığı kadar oransal büyüme geçirmiştir. Bununla beraber sağlık bakanlığının da bütçesi sayısal anlamda artarak aynı zamanda incelenen dönem içerisinde genel bütçeye oranla en yüksek seviyeyi görmüştür.

Yıl	Devlet Bütçesi (Bin TL)	Bakanlık Bütçesi (Bin TL)	Bakanlık Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı (%)
1923	137.333	3.038	2,21
1925	183.932	4.860	2.64
1930	222.646	4.502	2,02
1935	190.011	4.820	2,54
1940	268.476	8.185	3,05
1945	603.404	18.809	3,12
1950	1.487.208	60.615	4,08
1955	2.940.727	152.463	5,18
1960	7.266.965	382.762	5,27

**Tablo 9:** 1923-1960 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Bütçesi ve Bütçenin Devlet Bütçesine Oranı **Kaynak:** (Sağlık Bakanlığı, 2001: 22)

### 2.1.2.2 1961-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1961 ile 1980 yılları arası dönem sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik çalışmaların yürütüldüğü bir dönem olmuştur. Bu süreç içerisinde yaygın, sürekli, entegre, ve halkın ihtiyaçlarına yönelik olarak sağlık hizmetlerinin sunulması amaçlanmıştır. (Sağlık Bakanlığı, 2012: 24) Bu doğrultuda sağlık evleri, sağlık ocakları, il ve ilçe hastanelerinin kurulması amaçlanmıştır.

Bu dönemin en önemli özelliklerinden birisi sağlığın bir anayasal hak olarak 1961 anayasasına girmesidir. 1961 Anayasasının 49. Maddesine göre “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.” ifadesi yer almaktadır. Aynı zamanda sosyal güvenlikte anayasal bir statüye kavuşmuştur. 1961 Anayasasının 48. Maddesine göre “Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir.” ifadesi yer almaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik konularında gerek 1921 gerek 1924 Anayasalarında bir madde bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik olarak 1961 yılında 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” kabul edilmiştir.



1961 yılı sonrası sağlık politikalarının ve sosyalleştirme uygulamalarının yürütülmesinde kalkınma planları önemli bir yer tutmaktadır. Bu dönemde ilk kalkınma planı 1963-1967 yıllarını kapsamakla birlikte bu kalkınma planında sosyal güvenlik konusunda 15 yıl hedef konularak genel bir sosyal güvelliğin kurulması ve işsizlik sigortası sisteminin kurulması amaçlanmıştır. (DPT, 1963: 110) Bu doğrultuda da 1967 senesinde Genel Sağlık Sigortası taslağı hazırlanmış ancak Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır. Birinci kalkınma planı çerçevesinde kapsayan yıllar arasında her yıl 300 sağlık ocağı açılması hedeflenmiş ancak 1966 yılı sonuna gelindiğinde bu hedefe ulaşılamamıştır. 1968-1972 yıllarını kapsayan ikinci kalkınma planında ise genel bir sağlık sigortasının kurulması öngörülmekle beraber özel teşebbüsün sağlık tesisleri yapmasının teşvik edilmesi hedeflenmiştir. (DPT, 1968) 1969 senesinde Genel Sağlık Sigortası yeniden gündeme gelmiştir ancak meclis bu kanunu kabul etmemiştir. Tablo 10'da 1965-1975 yılları arası Sağlık Bakanlığının bütçesi ve bakanlık bütçesinin devlet bütçesine oranı verilmiştir.

Yıl	Devlet Bütçesi (Bin TL)	Bakanlık Bütçesi (Bin TL)	Bakanlık Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı (%)
1965	14.421.419	590.950	4,10
1970	28.860.265	888.080	3,08
1975	107.680.514	3.815.161	3,54

**Tablo 10:** 1965-1975 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Bütçesi ve Bütçenin Devlet Bütçesine Oranı **Kaynak:** (Sağlık Bakanlığı, 2001: 22)

### 2.1.2.3 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1980 senesi öncesi dönemleri incelediğimizde içinde bulunulan şartlar ve ekonomide benimsenen politikalar, sağlık politikaları üzerinde etkili olmuştur. Kurumsallaşma ve sosyalleşme olarak adlandırdığımız dönemlerde izlenen sağlık politikaları içinde bulunan koşullardan ve ekonomide benimsenen politikalardan bağımsız değerlendirilemez. 1980 senesi sonrası izlenen sağlık politikalarına baktığımızda liberal politikalar eksenli olduğu görülmektedir. 1970 krizi sonrası keynesyen politikaların çöküşü ile birlikte müdahaleci devlet anlayışı uluslararası konjonktürde rafa kalkmaya başlamış, liberal politikalar gün yüzüne çıkmaya

başlamıştır. Türkiye’de de bu liberal akımın öncüsü olarak adlandırabileceğimiz dönem 24 Ocak 1980 kararları ile başlamış olup 12 Eylül askeri darbesi olmasına rağmen gerek 1982 Anayasasında gerek 5.Kalkınma planında sağlık politikaları üzerinde liberalizmin etkileri görülmektedir.

1980 sonrası döneme bakıldığında SDP’nin temelleri atıldığı görülmektedir. 1982 Anayasası 56. Madde ile birlikte Genel Sağlık Sigortası kurulmasının önünü açmıştır. 1985-1989 yıllarını kapsayan 5.Kalkınma Planı’nda da bu temelleri görmekteyiz. Bu planda kabul edilen bazı sağlık ve sosyal güvenlik politikaları şunlardır: (DPT, 1985: 150)

- Yeterli miktarda ve nitelikte ilacın üretiminin ve israf edilmeyecek şekilde tüketiminin sağlanması
- Hizmetin sunulmasında tedavi edici sağlık hizmetinden tedricen koruyucu sağlık hizmetlerine yönelmesi, hizmetlerin koruyucu hizmet anlayışı ile kademelendirilecek ve hizmetlerin büyük şehirlerde birikmesi önlenmesi
- Sağlık kuruluşları, hizmet verimliliğinin artırılması için, işletmecilik yönünden ele alınması
- Büyük şehirlere hasta akımının önlenmesi için sağlık müracaat zinciri, sağlık ocaklarından başlayarak uygulamaya sokulması
- Özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilmesi ve bu müesseselerin sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılması diğer taraftan serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak kamunun hizmet satın alması yoluyla sağlık hizmetleri geliştirilmesi
- 1984 yılı itibariyle bütün illeri kapsamına alan sosyalleştirme uygulamasında verimlilik artırılacak ve buna ait mevzuat günün şartlarına göre yeniden düzenlenmesi.

1980 yılı sonrasında sosyal güvenlik alanında da gelişmeler yaşanmıştır. 1986 yılında Bağ-Kur (Esnaf ve Sanatkârlar ile Bağımsız Çalışanlara Yönelik Sosyal Koruma) kurulmuştur. 1992 senesinde 3861 sayılı kanunla “Yeşil Kart” uygulaması sağlık hizmetlerini karşılama gücü olmayanlara yönelik olarak başlamıştır. Ayrıca bu dönemde birçok maddesi Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiş olsa da 7

Şubat 1987 kabul tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kabul edilmiştir. Bu dönemde ayrıca 1992 ve 1993 yıllarında Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri gerçekleşmiştir. Tablo 11’de 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Bütçesi ve Bütçenin Devlet Bütçesine Oranı verilmiştir. Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içerisindeki payı istikrarsızdır ve birçok dönemi önceki incelenen yılların genel bütçe içerisindeki oranından düşüktür.

Yıl	Devlet Bütçesi (Milyar TL)	Bakanlık Bütçesi (Milyar TL)	Bakanlık Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı (%)
1980	0,0007	0,00003	4,21
1985	0,005	0,0001	2,54
1990	0,06	0,002	4,12
1995	1,3	0,04	3,65
2000	46,8	1,0	2,26
2001	48,0	1,2	2,66
2002	97,8	2,3	2,40

**Tablo 11:** 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Bütçesi ve Bütçenin Devlet Bütçesine Oranı (Bütçe rakamları düzenlenmiştir) **Kaynak:** (Sağlık Bakanlığı, 2002)

### 2.1.3 Sağlık Hizmetlerinin İşleyişi

SDP öncesi Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda rol oynayan 3 önemli kurum bulunmaktadır. Bu kurumlar Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve üniversitelerdir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda bu kadar çok kurumunun bulunması hizmetlerin parçalı ve karmaşık bir yapıya sahip olmasına sebep olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda en büyük rolü oynayan Sağlık Bakanlığı olmakla birlikte basamaklandırılmış sağlık hizmetlerini kendi tesisleri ile sunmaktadır. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetlerini de sunma fonksiyonunu üstlenen tek kurumdur. Koruyucu sağlık hizmetleri ve evde bakım hizmetleri temelde sağlık ocağı, sağlık evi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, verem savaş dispanseri kurumlarıyla Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde dikkat çekici bir unsurda Sağlık Bakanlığı düzenleyici rol ile birlikte direkt olarak hizmet sunan kurumdur.

### 2.1.4 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik

Sağlık hizmetlerinin hangi yöntem ile finanse edileceği hemen her ülkede önemli bir yere sahiptir. Kimi ülkelerde sosyal güvenlik hizmetleri ağırlıkta iken kimi ülkelerde ise vergi kaynaklı sistem finansmanı ağırlıktadır. Tarihe bakıldığında zaman dünyada sosyal güvenlik hizmetlerinin uzun bir geçmişi bulunmamaktadır. 1883 yılında Dünya’da yaygın olarak kullanılan Bismarck yöntemi genç bir yöntemdir. Avrupa’da 19.yy.’da başlayan sosyal güvenlik uygulamaları Türkiye’de Cumhuriyet döneminde başlamıştır. Osmanlı İmparatorluğu döneminde ülke bir sosyal politikaya sahip olmamakla birlikte sosyal güvenlik sisteminden de bahsetmek olanaksızdır ve bütün tarımsal gelişmemiş toplumlarda olduğu gibi aile her türlü çekince karşısında sığınılan koruyucu birimdir. (Talas, 1979: 373)

SDP öncesi sağlık hizmetlerinin finansmanında rol oynayan birçok kurumun varlığı mevcuttur ve sağlık hizmetlerinin finansmanında rol alan kurumların sağlık hizmetleri de sunduğu görülmektedir. Bu açıdan SDP ve sosyal güvenlik kurumlarının tek bir çatı altında toplanması öncesinde hem hizmet hem de finansman açısından Türkiye’nin karmaşık bir yapıya sahip olduğu söylenebilir. Aynı zamanda sosyal güvenlik hizmeti sunan kurumların teminat paketlerindeki farklılıklar fırsat eşitsizliğine de sebebiyet vermektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası madde 60’a göre; devlet sosyal güvenlik teşkilatlarını kurmakla görevlendirilmiştir. T.C. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-kur, OYAK (Ordu Yardımlaşma Kurumu) gibi kurumlar prim esasına göre çalışan kurumlardır. Primli finansmanın asıl amacı sigortalılara ödedikleri bedelle orantılı olarak ekonomik ve sosyal çıkar sağlanmasıdır. (Şener, 2010: 423) Bunun yanı sıra Sosyal Yardım ve Dayanışma Fonu, Sosyal Yardım Ve Dayanışma Sandıkları, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Yeşil Kart gibi uygulamalar ise prim esasına dayanmamaktadır. Bu başlık altında sırası ile Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart gibi uygulamaların sistemleri incelenecek ve 2005 yılına kadar olan dönemde mali analizleri yapılacaktır.

### 2.1.4.1 Sosyal Sigortalar Kurumu

Almanya'da başlayan sosyal sigorta sisteminin Türkiye'de 1945 yılında temelleri atılmakla birlikte, İngiltere sağlık sisteminin temeli olan NHS (National Health System) ile benzerlik göstererek sosyal koruma altına alınan ilk grup işçiler olmuştur. Ülkemizde Sosyal Sigortalar Kurumu 1965 yılında kurulmuştur. Ancak bu kurum kurulmadan önce işçilerin sosyal güvenliklerine yönelik olarak Sosyal Sigortalar Kurumu'nun temeli sayılabilecek olan kanun 1945 senesinde çıkarılan 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu kanunudur ancak bu kurumun kurulması 1946 senesinde olmuştur. Zaman içerisinde bu sistem aksaklık göstermeye başlamış ve bir reform niteliğinde olan kanun 1957 yılında meclise sunulmuştur. Ancak sorun devam etmiş ve bunun sonucunda yeni bir kanunla 1964 yılında Sosyal Sigortalar Kurumunun hukuki temeli atılmıştır. Bu kanun 1965 yılında yürürlüğe girmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumu özel sektör çalışanları ile kamu işçileri ve bunların bakmakla mükellef oldukları bireyleri kapsayan bir sistemdir. Sosyal Sigortalar Kurumunun prim sistemi Tablo 12'de verilmiştir.

Sunulan Hizmet	Prim Oranı
İş ve Meslek Hastalıkları	Brüt Maaşın %1,5-%7 Arası (Riske göre) işveren tarafından ödenir
Hastalık Sigortası	Gelirin %11'idir ve %5 işçi %6 işveren tarafından karşılanır
Doğum Sigortası	Gelirin %1'dir ve işveren tarafından karşılanmaktadır
Malullük, Yaşlılık ve Ölüm Sigortası	Gelirin %22'sidir ve %9'u işçi %13 ise işveren tarafından karşılanmaktadır
Çıraklar İçin Hastalık Primi	Gelirin %4'üdür ve işçi %2'sini işveren ise %2'sini karşılamaktadır

**Tablo 12:** Sosyal Sigortalar Sisteminde Sunulan Hizmetler ve Prim Oranları

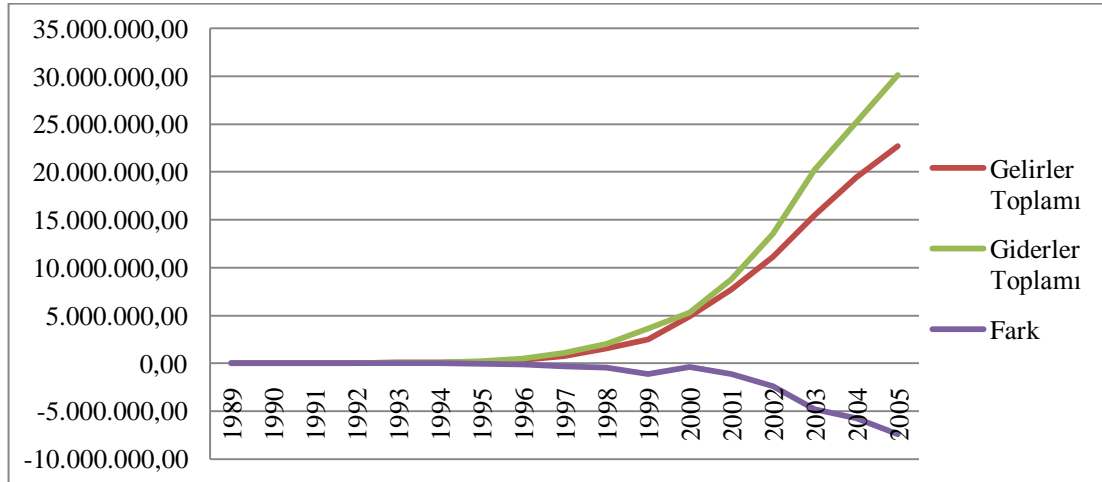
**Kaynak:** (Sülkü, 2011)

Sosyal sigortaların tek çatı altında toplanması ilkesine göre 6 Ocak 2005 tarihinde kabul edilen Sosyal Sigortalar Kurumu 5283 sayılı kanun uyarınca sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığına devredilmiş ve 2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu kurularak Sosyal Sigortalar Kurumu bu çatı altına girmiştir.

Sağlık Bakanlığında sonra sağlık hizmetleri sunumunda en önemli rolü oynayan kurum Sosyal Sigortalar Kurumu'dur. Tablo 13'te bu kurumun 2004 yılı tesis sayı ve türleri ile fiili durumda bulunan yatak sayıları verilmiştir.

Tesisler	Tesis Sayısı	Fiili Yatak Sayısı
Hizmet Hastaneleri	94	12.756
Bölge Hastaneleri	25	10.404
Eğitim Hastaneleri	7	5.972
Eğitim+Özel Dal Hastaneleri	5	2.611
Özel Dal Hastaneleri	14	2.140
Meslek Hastalıkları Hastanesi	1	60
Meslek+Özel Dal Hastaneleri	1	140
Meslek ve Hizmet Hastanesi	1	118
Yataklı Sağlık Tesislerinin Toplamı	148	34.201
Yataksız Sağlık Tesislerinin Toplamı	403	-
Huzur Evi	1	-
İlaç Fabrikası	1	-
<b>Genel Toplam</b>	<b>553</b>	<b>34.201</b>

**Tablo 13:** 2004 Yılı Verilerine Göre Sosyal Sigortalar Kurumu Tesis Sayısı ve Fiili Yatak Sayısı **Kaynak:** (SSK Çalışma Raporu,2004)



**Grafik 1:** Sosyal Sigortalar Kurumunun 1989-2005 Yılları Ödemeler Dengesi (Milyar TL) (Kurum verilerinde Milyar TL olarak geçmektedir) **Kaynak:** (Sosyal Güvenlik Kurumu, SSK İstatistikleri)

Grafik 1’de Sosyal Sigortalar Kurumunun verilerine göre hazırlanmış olup yıllar itibariyle ödemeler dengesi verilmiştir. 1994 senesine kadar olan yıllarda gelir ve gider arasında ciddi anlamda bir fark görülmemektedir. Ancak 1995 senesinden itibaren giderler gelirleri oransal olarak daha fazla aşmaya başlamış ve ödemeler dengesindeki fark açılmaya başlamıştır. 2005 yılında ise ödemeler dengesindeki fark en yüksek seviyeyi görmüştür.

Yıllar	Toplam Sağlık Ödemesi	İlaç Ödemesi
1995	44.754,5	17.141,8
1996	87.937,2	32.033,6
1997	199.230,4	71.224,4
1998	406.180,4	165.584,5
1999	748.699,5	304.016,7
2000	1.280.188,8	572.409,3
2001	2.257.957,6	992.615,6
2002	3.594.350,1	1.878.558,2
2003	4.981.193,7	2.101.495,7
2004	6.635.691,0	2.687.750,1

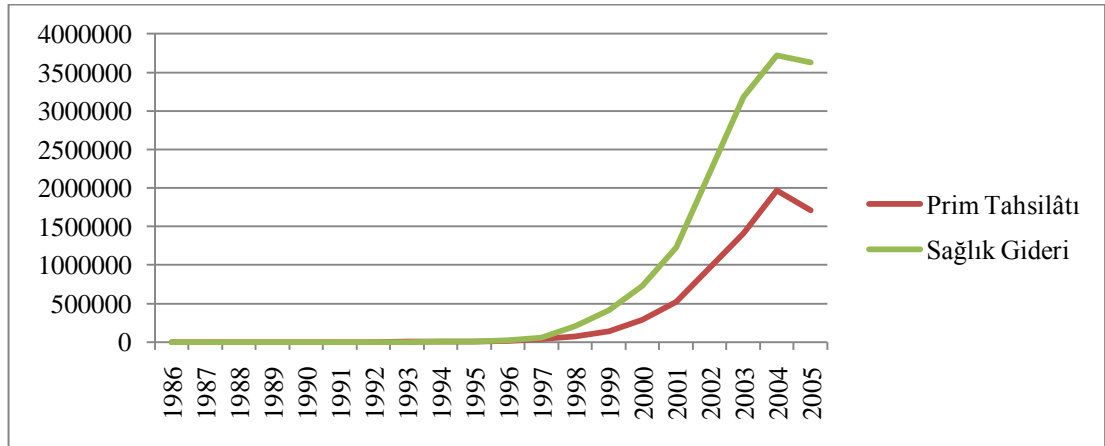
Bin TL.

**Tablo 14:** Sosyal Sigortalar Kurumunun 1995-2004 Yılları İtibariyle Toplam Sağlık Ödemeleri İçindeki İlaç Ödemeleri Bin TL **Kaynak:** (Sosyal Güvenlik Kurumu, SSK İstatistikleri)

Tablo 14’e göre toplam sağlık ödemeleri incelenen dönemler içinde sürekli olarak artmaktadır. Artışın oran bazında bir önceki yıla göre en yüksek olduğu yıllar 1996 ve 1998 yıllarıdır. Kurum tarafından yapılan ilaç ödemelerine bakıldığında ise ilaç ödemelerinin incelenen dönemler arasında sürekli bir artış halinde olduğu görülmektedir. Türkiye’nin ilaç harcamaları göz önüne alındığında Sosyal Sigortalar Kurumu’nun toplam sağlık ödemeleri içinde ilaç harcamalarının bu denli yüksek olması şaşırtıcı bir durum değildir. Ancak özellikle 2003 yılında kurumun ilaç ödemelerinin toplam sağlık ödemeleri içindeki yapısı, toplam sağlık ödemelerinin yarısına yakın bir oranı yakalamıştır.

### 2.1.4.2 Bağ-Kur

Bağ-Kur, bağımsız çalışanlara ve bakmakla yükümlü olduklarına yönelik kurulmuş olan bir sosyal sigorta sistemidir. Bu sistem temelinde emeklilik sigortası sağlamaktadır. Ancak zaman içerisinde sağlık sigortacılığı sistemi de başlamıştır. 2 Eylül 1971 tarihli 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu kanunu ile kurumun temeli atılmıştır. Ancak serbest meslek erbabının sosyal sigorta kapsamına alınmasına yönelik olarak atılmış ilk adım değildir. 1963-1967 yılları kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda büyük şehirlerden başlamak üzere serbest meslek sahipleri ve çiftçilerinde sosyal güvenlik kapsamı içerisine alınması planlanmıştır. (DPT, 1963: 112) Ancak bu düşünce bu plan kapsamında gerçekleştirilememiş olup 1971 yılında ilgili kanun ile temelleri atılmıştır. Bağ-Kur sistemi 24 basamaklı prim ödeme esasına göre çalışmaktadır.

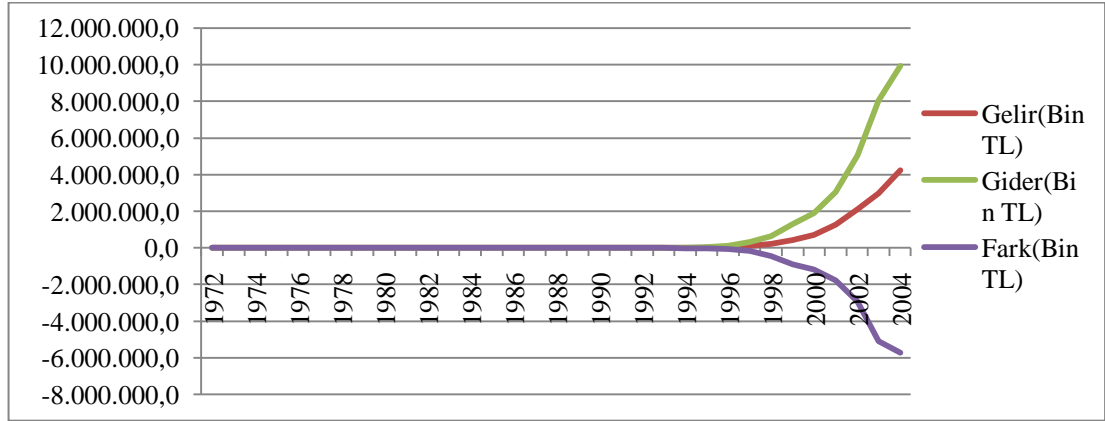


**Grafik 2:** 1986-2005 Yılları Arası Bağ-Kur Sağlık Gideri ve Prim Tahsilâtı (Bin TL)

**Kaynak:** (Sosyal Güvenlik Kurumu, Bağ-Kur İstatistikleri)

Grafik 2'de görüldüğü üzere Bağ-Kur'un sağlık giderleri ve prim tahsilâtı 1997 senesinden itibaren artmaya başlamış ancak sağlık giderlerini primlerin karşılama oranı aynı yıldan itibaren azalmaya başlamıştır. Grafik 3'te görüldüğü üzere kurumun ödemeler dengesi prim tahsilâtının sağlık giderlerini karşılama oranının azalmaya başladığı yıldan itibaren bozulma göstermeye başlamıştır.

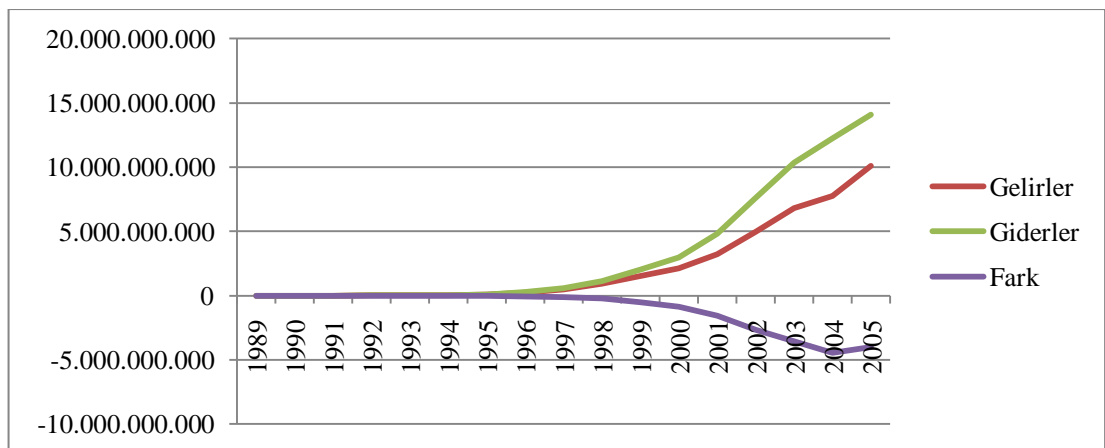




**Grafik 3:** 1972-2005 Yılları Arası Bağ-Kur Ödemeler Dengesi Farkının Seyri  
**Kaynak:** (Sosyal Güvenlik Kurumu, Bağ-Kur İstatistikleri)

### 2.1.4.3 Emekli Sandığı

Emekli Sandığı devlet memurlarına sosyal güvenlik hizmeti sağlayan bir kurumdur. Sandık 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı kanunu ile 1949 yılında kurulmuştur. Emekli Sandığı devlet memurlarının gelirlerinden kesilen prim esaslı ile çalışmakta olup, emekli devlet memurları için yapılan giderler bu sandıktan karşılanmaktadır. Aktif olarak çalışma hayatına devam eden devlet memurların giderleri ise genel bütçeden karşılanmaktadır. Grafik 4'te görüldüğü üzere kurumun ödemeler dengesinde 1995 senesinden itibaren bozulmalar başlamıştır.



**Grafik 4:** 1993-2006 Yılları Arası Emekli Sandığı Ödemeler Dengesi Farkının Seyri  
 ( TL) **Kaynak:** (Sosyal Güvenlik Kurumu, Emekli Sandığı İstatistikleri)

#### 2.1.4.4 Yeşil Kart

Yeşil kart uygulaması herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmayan, sağlık hizmetlerini karşılama gücü bulunmayan kısıtlı olan yoksul bireylere verilen bir hizmettir. Yeşil Kartlıların yatarak tedavi harcamaları Sağlık Bakanlığının bütçesinden karşılanırken, ayakta tedavi hizmetleri sonucu ortaya çıkan harcamaların belirli bir bölümü SYDTF (Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu) tarafından karşılanmaktadır. Tablo 15’te görüldüğü üzere 1992 yılından 2003 yılına kadar dönem içerisinde yeşil karta başvuran kişi sayısı 2000 yılı verilerine göre olan nüfusa oranla %40’a yakındır. Bu uygulama için başvuran kişi sayısının en yüksek olduğu dönem 2002 yılıdır. Kart verilen yılın en çok olduğu dönem ise 1992\1993 dönemi olmuştur. Gönderilen ödenek ile harcanan ödenek arasındaki farkın en az olduğu dönemler 1996 senesine kadar olan dönemlerdir. Hatta bu yıla kadar bazı yıllarda harcanan ödenek gönderilen ödeneğin altında kalmıştır. Ancak 1997 senesinde itibaren gönderilen ödenek harcama ödeneğin altında kalmış, aradaki farkın en yüksek olduğu sene 2002 senesi olmuştur.

Yıllar	Başvuran Kişi Sayısı	Kart Verilen Kişi Sayısı	Gönderilen Ödenek (Milyon TL)	Harcanan Miktar (Milyon TL)
<b>Toplam</b>	<b>17.846.945</b>	<b>13.296.098</b>	<b>1.080.454.014</b>	<b>1.965.348.456</b>
<b>1992/1993</b>	2.971.722	2.211.341	889.625	745.430
<b>1994</b>	1.498.213	1.460.111	1.351.992	2.046.954
<b>1995</b>	1.674.712	1.325.276	3.718.465	5.977.284
<b>1996</b>	970.889	716.338	10.251.763	9.695.274
<b>1997</b>	1.298.526	953.912	18.998.950	23.242.378
<b>1998</b>	1.345.953	1.093.465	30.000.000	53.579.962
<b>1999</b>	1.352.148	961.186	36.970.000	111.880.334
<b>2000</b>	1.610.828	1.404.677	90.000.000	167.091.891
<b>2001</b>	1.674.706	1.372.419	98.253.750	304.436.385
<b>2002</b>	2.137.520	1.502.452	141.719.469	545.764.688
<b>2003</b>	1.311.728	294.921	648.300.000	740.887.876

**Tablo 15:** 1992-2003 Yeşil Kart Verilen Kişi Sayısı ve Harcama Miktarları **Kaynak:** (Sağlık Bakanlığı, 2003)

SDP öncesi Türkiye’de sağlık hizmetleri sunan birçok kurumunun yanı sıra sosyal güvenlik uygulamalarını sağlayan da birçok kurum bulunmaktadır. Bu kurumlardan bazıları prim esasına göre çalışırken bazıları ise bu esasa göre çalışmamaktadır. Yeşil Kart uygulaması ise hepsinden farklı olarak ilgili başlıklarda açıklandığı üzere sosyal güvencesi olmayan bireylere yöneliktir. Sosyal güvenlik kurumlarının kendi içerisinde teminat paketleri farklıdır. SSK ve aktif bir halde çalışan devlet memurları teminat paketinde sunulan hizmet alanlarının hepsinden faydalanırken diğer sosyal güvenlik kurumlarının sağladığı hizmetler farklıdır. Fırsat eşitliği açısından bu paketler incelendiğinde eşitsizlik olduğu görülmektedir. Emekli sandığı teminat paketi ile aktif devlet memurları ve SSK teminat paketleri arasındaki farklılık bunu doğrular niteliktedir. Tablo 16’da sosyal güvenlik fonları ile teminat paketleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

	Yeşil Kart					
	SSK	Bağ-Kur	Aktif Devlet Memurları	Emekli Sandığı	Sağlık Bakanlığı	SYDTF
<b>Temel Teminat Paketi</b>						
Yatarak Tanı ve Tedavi H.	+	+	+	+	+	
Ayakta Tanı ve Tedavi H.	+	+	+			+
Yatarak İlaç H.	+	+	+	+	+	
Ayakta İlaç H.	+	+	+	+	+	
Yurtdışı Tedavi H. H. Giderleri	+		+			+
Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri	+	+	+	+	+	
Gebelik ve Analık İçin H.	+	+	+	+	+	
Ortez, Protez ve Diğer Malzeme	+	+	+			
Yol, Gündelik ve Refakat Giderleri	+		+			

**Tablo 16:** Sosyal Güvenlik Fonları Temel Teminat Paketleri **Kaynak:** (Sülkü, 2011)

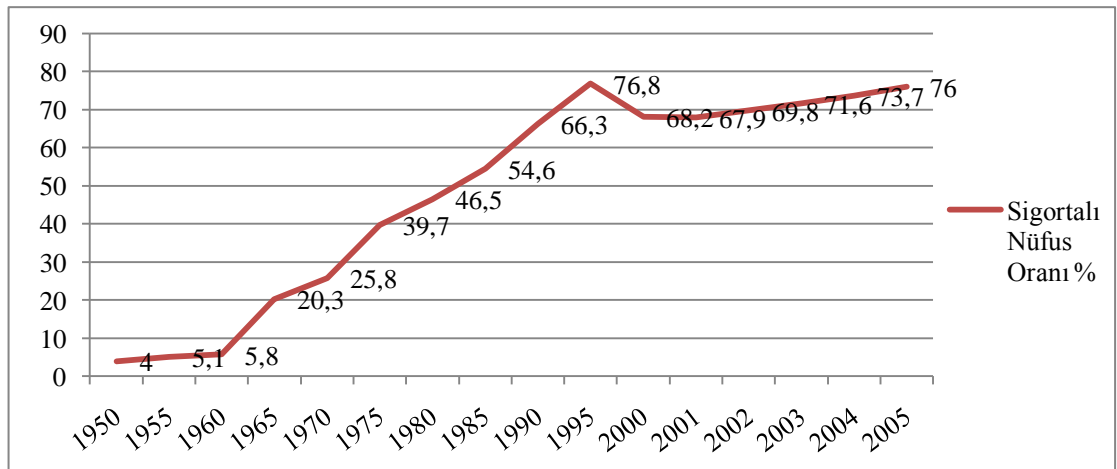
Tablo 17’de 2000 ve 2005 yılları arasında sosyal güvenlik kurumlarına yapılan bütçe transferleri verilmiştir. İncelenen dönem içerisinde bu kurumların devir tarihinden önceki yılda en çok transferin yapıldığı kurum Emekli Sandığı olmuştur. Sonrasında ise Emekli Sandığını Sosyal Güvenlik Kurumu takip etmiştir. Kurumların mali analizlerinin yapıldığı başlıklarda ödemeler dengesinde bozulmalar başladığı ancak 2000 yılından itibaren ödemeler dengesindeki bozulmaların arttığı görülmektedir. Bu açıdan 2000 yılından 2005 yılına kadar olan dönemlerde

kurumlara yapılan transfer ödemelerinde oransal olarak önemli bir artış görülmektedir. Bu artış aynı zamanda bütçe içerisindeki oranı ve gayri safi milli hasıla içindeki oranında ki önemli artışta ta görülmektedir.

Yıllar	SSK	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	Toplam	Bütçe Harcamaları İçindeki Oran (%)	GSMH İçindeki Oran
2000	400.000	1.051.460	1.775.000	3.226.460	6,9	2,6
2001	1.108.000	1.740.000	2.675.000	5.523.000	6,9	3,1
2002	2.386.000	2.622.000	4.676.000	9.684.000	8,4	3,5
2003	4.808.617	4.930.000	6.145.000	15.883.617	11,3	4,5
2004	5.757.000	5.273.000	7.800.000	18.830.000	12,4	4,4
2005	7.507.267	6.926.000	8.889.300	23.322.567	14,7	4,8

**Tablo 17:** 2000-2005 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri **Kaynak:** (Sağlık Bakanlığı, 2007: 179) Bin TL

Cumhuriyet döneminde başlayan sosyal sigorta uygulamalarının temelli 1945 yılına götürülmektedir. Grafik 5'te de görüldüğü üzere bu tarihlerde sigortalı nüfusun toplam nüfusa oranı oldukça düşüktür. 1949 Emekli Sandığı, 1965 Sosyal Sigortalar Kurumu (1945 yılında temeli atılmıştır), 1971 yılında ise Bağ-Kur'un kurulması ile birlikte 1960 ve 1975 yıllarında sigortalı nüfus oranındaki artış önemli bir ivme kazanmıştır. Sosyal sigorta kurumlarının devir tarihinden önceki son yıl olan 2005 yılında ise sigortalı nüfus oranı %80'e yaklaşmaktadır.



**Grafik 5:** 1950-2005 Yılları Arası Sigortalı Nüfus Oranı **Kaynak:** Kalkınma Bakanlığı

### 2.1.5 Sağlık Harcamaları Analizi

Türkiye İstatistik Kurumu'nun yayınlamış olduğu 2000-2002 yılları arası sağlık harcamaları Tablo 18'de verilmiştir. 2000-2002 yılları arası toplam sağlık harcamalarına bakıldığında sürekli bir artış halindedir ancak artışa oransal olarak bakıldığında 2001-2002 bandında bir önceki yıla göre daha fazla gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamaları içerisinde en yüksek pay cari sağlık harcamalarına aittir.

Cari ve yatırım harcamalarının oransal seyrine bakıldığında ise cari sağlık harcamalarındaki artış oranının yatırım harcamalarının artış oranından daha fazla olduğu görülmektedir. Genel devletin yapmış olduğu sağlık harcamaları özel sektörün yapmış olduğu sağlık harcamalarından incelenen her yılda fazla olmuştur. Genel devlet sağlık harcamaları içerisinde ise en büyük paya sosyal güvenlik harcamaları sahip olmakla birlikte bunu merkezi devlet harcamaları sonrasında ise yerel devlet harcamaları takip etmektedir. Bu artışlara oransal olarak bakıldığında 2001-2002 yılları arasında gerçekleşen sosyal güvenlik harcamalarındaki artış oranı merkezi ve yerel devlet harcamalarının oransal artışında daha fazla olmuştur. Yatırım harcamalarına bakıldığında ise merkezi devletin yatırım harcamaları sosyal güvenlik ve yerel devletten fazla olmuştur.

Özel sektör harcamaları incelendiğinde genel devlet harcamaları ile paralel olarak artış halindedir. Ancak, burada da 2001-2002 yılları arasındaki artış oranı bir önceki yıla göre daha fazla olmuştur. Özel sektör harcamaları içinde en büyük paya sahip hane harcama hane halklarına aittir ve 2000 yılında bu harcamalar merkezi devletin yapmış olduğu harcamalardan fazla olmuştur.

			Genel Devlet				Özel Sektör		
	Yıllar	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane Halkları	Diğer <sup>1</sup>
<b>Toplam Sağlık Harcaması</b>	<b>2000</b>	8.248	5.190	1.846	458	2.886	3.058	2.280	778
	<b>2001</b>	12.396	8.438	3.612	231	4.595	3.958	2.832	1.126
	<b>2002</b>	18.774	13.270	5.283	356	7.631	5.504	3.725	1.779
<b>Cari Sağlık Harcaması</b>	<b>2000</b>	7.888	4.865	1.718	323	2.824	3.023	2.256	767
	<b>2001</b>	12.086	8.128	3.452	168	4.508	3.958	2.832	1.126
	<b>2002</b>	18.331	12.827	5.086	253	7.488	5.504	3.725	1.779
<b>Yatırım Harcaması</b>	<b>2000</b>	360	325	128	135	62	35	24	11
	<b>2001</b>	310	310	160	63	87	-	-	-
	<b>2002</b>	443	443	197	103	143	-	-	-

Milyon TL

**Tablo 18:** 2000-2002 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları **Kaynak:** TÜİK

**Not 1:** Diğer sağlık harcamaları; özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hane halklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT'ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

## **2.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları Analizi**

2003 yılında uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık hizmetlerinin sunumunda ve özellikle sağlık hizmetlerinin finansman yapısında köklü değişimler içeren bir programdır. Bu başlık altında öncelikle Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hatları ve yıllar itibariyle uygulamaya konulan reformlar üzerinde durulacak olup akabinde sırası ile aile hekimliği sistemi, genel sağlık sigortası, kamu hastane birlikleri ve son olarak ise Sağlık Bakanlığının bu program ile üstlendiği yeni fonksiyonlar açıklanacaktır. Bu açıklamaların akabinde 2003 yılından günümüze kadar olan dönemde sağlık göstergeleri ve sağlık harcamalarının analizi yapılacaktır.

### **2.2.1 Sağlıkta Dönüşüm Programı**

1970 yılı petrol krizi sonrasında Büyük Buhran’dan bu tarihe kadar izlenmiş olan keynesyen politikalar rafa kaldırılmış liberal anlayış yeniden popüler olmaya başlamıştır. Liberal görüş yalnızca ekonomi alanında değil sağlık sektöründe de kendini hissettirmeye başlamıştır. Dünya Bankası 1970 yılının sonlarına doğru sağlık ile ilgilenmeye başlamış bünyesinde “Sağlık ve Beslenme ” adıyla bir birim kurmuştur ve Dünya Bankasının sağlık ile olan bu ilgisinin temelinde sağlık sektörünün petrol ve silah sektöründen sonra en fazla paranın döndüğü üçüncü sektör olması muhtemeldir. (Öztek, 2009: 7) Günümüzde uygulanan SDP’nin, Dünya Bankasının 2002 yılında hazırlanmış olduğu “Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” başlıklı çalışması ile de paralellik göstermektedir. (Cevahir, 2016: 86)

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türkiye’de uygulanan sağlık sistemi incelendiğinde sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında ciddi problemlerin olduğu ortadadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda birçok kurum bulunmakla birlikte Sosyal Sigortalar Kurumu örneğinde görüleceği üzere bu kurum sağlığın hem sunumunda hem de finansmanında rol oynamaktadır. Bu durum sistemin karmaşık bir yapıya sahip olmasına sebep vermektedir. Diğer yandan faal durumda olan devlet

memurlarının sağlık harcamaları genel bütçeden, emeklilerin ise emekli sandığı ile finanse edilmektedir. Bağ-Kur sisteminde ise kendi içerisinde çeşitli uygulamalar bulunmaktadır. Bu gibi durumlar yukarıda bahsi geçen sistem karmaşıklığının temel sebeplerindedir. Diğer yandan Tablo 16’da incelenen sosyal güvenlik fonlarının teminat paketlerinde her fonun teminat paketi farklılık arz etmekte ve bu sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetsiz bir duruma sebep olmaktadır.

SDP’nin bileşenlerinden genel sağlık sigortasının kurulması vb. uygulamalar, 2003 senesinden önce gündeme gelmiş ancak çeşitli sebeplerden dolayı yürürlüğe girememiştir. 2003 yılı ile birlikte yukarıda bahsi geçen Dünya Bankası raporu ve liberal ekonomi anlayışının sağlık üzerindeki etkisi ile birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programının temelleri atılmıştır. Bu program hizmette yerleşme ve finansmana yönelik değişimi hedefleyen bir programdır.(Demirci, 2015) Ayrıca bu program özel sektörün sağlıkta önünün açılmasını planlamıştır. Özel sektörün sağlık alanında teşviki düşüncesi 2003 yılından önceye tekabül etmektedir ancak bu program ile özel sektörün sağlık alanında gelmiş olduğu konum ilgili başlıklarda analiz edilecektir.

2002 yılı Kasım ayında yapılan genel seçimlerin akabinde siyasal iktidar birçok alanda yeni politikaların uygulanacağını açıklamış olup bu alanlardan birisi de sağlık olmuştur. 3 Ocak 2003 tarihinde ise sağlık alanında “Herkesin Sağlık” adı altında yapılması hedeflenen planlar şu şekilde sıralanmıştır. (58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003)

- Sağlık Bakanlığının günün koşullarına ve yeni sağlık sistemine göre yeniden yapılandırılması
- Devlet hastanesi, kurum hastanesi ve sigorta hastanelerinin tek çatı altında toplanması
- Hastanelere idari ve mali yönden özerklik verilmesi
- Sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanının ayrılması
- Genel Sağlık Sigortası sisteminin ve kurumunun kurulması
- Aile hekimliği sistemine geçilmesi ve sevk zinciri sisteminin kurulması
- Anne ve çocuk sağlığına özel bir önem verilmesi
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması



- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi

Acil eylem planının açıklanmasından kısa bir süre sonra ise Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanmış olup sağlıkta dönüşümün 8 tema etrafında olması kararlaştırılmıştır. (Akdağ, 2008: 20)

- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı
- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası
- Yaygın erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
  - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
  - Etkili, kademeli sevk zinciri
  - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- Bilgi ve beceri donanmış, yüksek motivasyonlu çalışan sağlık insan gücü
- Sistemi denetleyecek eğitim ve bilim kurumları
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi

58. Hükümet Acil Eylem Planında ve Sağlık Dönüşüm Programı için belirlenen ilkeler etrafında 2003 ve 2013 yılları arasında izlenen reformlar Tablo 19'da verilmiştir.

<b>2003 Yılı Gelişmeleri</b>
<p>Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlamıştır.</p> <p>Ödeme yapılmadığı için hastaların hastanede rehin tutulması sisteminin ortadan kaldırılmasına yönelik mekanizmalar uygulanmaya başlamıştır.</p> <p>Ambulans hizmetleri ücretsiz yapılmıştır.</p> <p>Performansa dayalı ödemeler 10 Sağlık Bakanlığı hastanesinde pilot olarak başlamıştır.</p> <p>Kızamığa karşı ulusal bağışıklama kampanyası kapsamında aşılama günleri organize edilmiştir.</p> <p>Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık işletmelerinde Toplam Kalite Yöntemi uygulanmaya başlamıştır.</p>

Devlet memurlarına özel sağlık kurumlarından faydalanabilme imkânı sağlanmıştır. "Sağlık Bakanlığı-SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanım Protokolü" ile sigortalıların hem SSK hem de devlet hastanelerinde tedavi olmasına başlanmıştır.

SABİM kurulmuştur.

Ücretsiz gezici sağlık hizmetleri tüm kırsala yaygınlaştırılmıştır

Kırsal ve az gelişmiş bölgelerde sözleşmeye dayalı sağlık personeli istihdam edilmeye başlanmıştır.

### 2004 Yılı Gelişmeleri

Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında bireysel performansa dayalı ödeme sistemi uygulanmaya başlamıştır.

Yeşil Kart sahipleri ayakta tedavi kapsamına alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hekim seçme hakkı getirilmiştir.

Ülke çapında gebelere ücretsiz demir desteği sağlanmıştır.

Geri ödeme kararları için Maliye Bakanlığı kararnamesi uyarında Geri Ödeme Komisyonu kurulmuştur.

İlaçta KDV oranı %18'den %8'e indirilmiştir.

İlaçta ürün bazında beş AB ülkesinde (Fransa, İspanya, İtalya, Portekiz, Yunanistan) en ucuz baz alan referans fiyatlama sistemine geçilmiştir.

81 ilde ücretsiz kanser tarama eğitim merkezleri açılmıştır.

"Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" yürürlüğe girmiştir.

### 2005 Yılı Gelişmeleri

Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavide verilen reçeteli ilaçlar kapsama alınmıştır.

Kurumsal ve kalite kriterleri performansa dayalı ek ödeme kapsamına alınmıştır.

SSK eczanelerinin kapatılması ve üyelerin özel kuruluşlara ulaşım imkânının tanınmıştır.

SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir.

Yeşil Kartlılara ilaçlar için katkı payı koşulu getirilmesi.

Aile Hekimliği ilk olarak Düzce'de uygulanmaya başlaması. (15 Eylül 2005)

İlaçlar için ruhsatlandırma yönetmeliği kabul edilmiştir.

Hekimlere yönelik olarak zorunlu hizmet uygulaması geri getirilmiştir.

Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturulmuştur.

<b>2006 Yılı Gelişmeleri</b>
<p>Sağlık Bakanlığı hastaneleri için Global Bütçe uygulamaya başlamıştır.<sup>1</sup></p> <p>5502 sayılı kanun ile sosyal güvenlik kurumlarının entegrasyonu çalışmaları başlamıştır.</p> <p>Aile Hekimliğinin kapsamı genişletilmiştir. (Eskişehir, Edirne, Denizli, Adıyaman, Gümüşhane)</p> <p>SGK için MEDULA sistemi başlatılmıştır.</p> <p>Sağlık için Kamu Özel ortaklığı kanunu kabul edilmiştir.</p> <p>Kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşıları rutin aşılama programlarına alınmıştır.</p> <p>5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanunu ile genel sağlık sigortası kurulmuştur.</p> <p>Ayaktan tedavi hizmetlerinde vaka başı ödeme sistemine geçilmiştir.</p>
<b>2007 Yılı Gelişmeleri</b>
<p>Sosyal güvence kapsamında olunmasa dahi birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir.</p> <p>Yeni Sağlık Uygulama Tebliği kabul edilmiştir.<sup>2</sup></p> <p>Aile Hekimliğinin kapsamı genişletilmiştir. (Elazığ, Isparta, Samsun ve İzmir)</p> <p>SSK ve BAĞ-KUR mensuplarının da SGK ile sözleşmeli üniversite hastanelerine ve sözleşmeli özel sağlık tesislerine doğrudan müracaat edebilmesi imkânı sağlanmıştır.</p>
<b>2008 Yılı Gelişmeleri</b>
<p>Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanunu değişiklikleri Meclis tarafından kabul edildi ve Cumhurbaşkanı tarafından onaylandı.</p>

<sup>1</sup> 2015 yılında da 3 üniversite hastanesi ile global bütçe anlaşması imzalanmıştır. (Ankara Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi, Dicle Üniversitesi)

<sup>2</sup> Bu tebliğ ile:

1. SSK ve Bağ-Kur için Sağlık Bakanlığı hastanesinde üniversite hastanesine sevk zorunluluğu kaldırılmıştır.
2. Kronik rahatsızlığı olanlara hekim onayı olmadan eczanelerde reçetenin tekrar yapılması.
3. SGK ile sözleşmeli hastanelerin yatan hasta ilaç ve tıbbi malzemelerin (sigorta kapsamında) ücretsiz sağlanması ve ücret alınması halinde cezalandırılması.
4. SGK ile sözleşmeli tüm Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerin taleplerinin MEDULA üzerinden bildirme zorunluluğu getirilmiştir.
5. SGK ile sözleşmeli tüm Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite ve özel hastanelerde CPT ve ICD-10'a dayalı ayakta ve yatan hasta prosedürlerine yönelik toplu (sabit fiyat) getirilmiştir.

Genel Sağlık Sigortası uygulamalarına başlandı.  
 "Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri" başlatılmıştır.  
 Yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda tüm sigortalılar için yurt dışında tedavi olabilme imkânı sağlanmıştır. SSK'lı ve BAĞ-Kur'luların sağlık hizmeti alabilmesi için 120 gün olan prim ödeme süresi 30 güne indirilmiştir.

#### 2009 Yılı Gelişmeleri

İlaç harcamalarında sürdürülebilirlik ve öngörülebilirlik sağlamak amacıyla ilaç sektöründe 2010-2012 yılı için global bütçe uygulaması başlatılmıştır.  
 Sağlık harcamalarının sistematik olarak izlenmesini, değerlendirilmesini ve gerekli stratejilerin geliştirilmesini sağlamaya yönelik çalışmaları yapmak üzere "Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu" kurulmuştur.  
 Özel sağlık hizmet sunucularının SGK tarafından belirlenen ölçütlere göre yapılacak sınıflandırma sonucunda sağlık hizmetleri bedelinin en fazla %70'ine kadar ilave ücret alabilecekleri hükmü getirilmiştir.

#### 2010 Yılı Gelişmeleri

SGK tarafından "Özel Hastanelerin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge" ile özel hastaneler sınıflandırılmıştır.  
 Devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık ödemeleri SGK'ya devredilmiştir.  
 Üniversite ve Sağlık Bakanlığı Personelinin Tam Gün Çalışmasına dair kanun kabul edilmiştir.  
 Sağlık Personeli için nöbet saat ücretleri artırılarak, aylık 80 saat olan ödeme sınırı 130 saate çıkarılmıştır.  
 Hekimlere yönelik olarak hatalı tıbbî uygulamalara karşı oluşabilecek tazminat hakkını güvence altına almak için, "Tıbbî Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası" uygulaması getirilmiştir.  
 KIZILAY'a ait olan hastane ve tıp merkezlerinin yapılacak protokolle Sağlık Bakanlığına devredilmesine yönelik kanuni düzenleme yapılmıştır.  
 "Merkezi Hastane Randevu Sistemi" pilot uygulaması başlatılmıştır.  
 "İlaç Takip Sistemi" pilot uygulaması başlatılmıştır.

<b>2011 Yılı Gelişmeleri</b>
Sağlık Bakanlığı Teşkilat yasası yenilenmiş, değişiklik ile Bakanlık teşkilatı Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye ilaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü şeklinde yeniden yapılandırılmıştır.
<b>2012 Yılı Gelişmeleri</b>
Yeşil kartlı vatandaşların sağlık ödemeleri SGK'ya devredilmiştir. Aile hekimlerince yazılan reçetelerden 3 TL katkı payı alınmaya başlanmıştır. İlaç üretiminde kullanılan ithal ilaç hammaddelerinden alınan KDV oranı %18'den %8'e düşürülmüştür. Özel hastanelerin, hastalardan alabileceği ilave ücretlerin üst sınırı %70'den %90'a çıkarılmıştır.
<b>2013 Yılı Gelişmeleri</b>
Birinci Basamak hizmetlerinin güçlendirilmesi için Aile hekimliği sisteminde çalışanların çalışma usul ve esaslarını düzenleyen “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” yayımlanmıştır. Akılcı ilaç kullanımını destekleyecek faaliyetlerin yürütülmesi için koordinasyon ve işbirliğini sağlamak ve etki edilen taraflarda davranış değişikliği oluşturmak amacıyla “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017“ hazırlanmıştır. Bakanlar kurulu kararı ile özel hastane fark ücreti tavanı %90 dan %200'e yükseltilmiştir.

**Tablo 19:** 2003-2013 Yılları Arası Sağlık Reformlarının Zaman Çizelgesi **Kaynak:** (OECD ve World Bank, 2008; Atasever, 2014)

### **2.2.1.1 Aile Hekimliği Sistemi**

Aile hekimliği, günümüz gelişmiş sağlık hizmetlerinin koruyucu ve kuvvetlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda rol oynayan önemli bir sistemdir. Aile hekimliği Almanya ve İngiltere gibi sağlık sisteminin geliştiği ülkelerde de uygulanmaktadır. Aile hekimliği sisteminin kökleri 1844 yılına İngiltere'ye dayanmaktadır (Ulusal Aile Hekimliği) ve Almanya'da aile hekimlerinin diğer uzman hekim personel sayısına oranının %45-50 dolaylarında olduğu

görülmektedir. (Ateş, 2013: 15-17) Günümüz anlamında aile hekimliği sistemi ise diğer alanlarda olduğu gibi bir ihtiyaç üzerine ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından *“tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği”* sözleriyle savunulmuştur. (Dikici vd., 2006: 412) Aile hekimliği sisteminde Avrupa’da tartışılan hususlardan biri sistematik aile hekimliğidir. Sistematik aile hekimliği, aile terapisi ve sistem kuramının birleştirilmesinden doğan bir kavramdır ve sistematik aile hekimliği yaklaşımı aileyi bir bütün olarak görür; aileyi oluşturan kişiler, bu kişilerin birbirleriyle ilişkileri, roller, aile içi kurallar, sınırların anlaşılması ve bireyin değerlendirilmesi gibi hususlar hekime önemli veriler sağlamaktadır. (Yaman ve Akdeniz, 2011: 77-78)

Ülkemizde aile hekimliği sistemi Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulama alanı bulmuştur. Bu doğrultuda 2004 yılında 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkında kanun çıkarılmış olup bu kanun üzerinde 2011 yılında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile değişiklikler yapılmıştır. Son olarak ise 5258 sayılı kanuna göre 2013 senesinde Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği çıkartılmıştır. Ülkemizde aile hekimliği sistemi ilk kez 15 Eylül 2005 tarihinde pilot il olarak seçilen Düzce’de başlamış olup günümüzde Türkiye’nin tamamında uygulanmaktadır. Aile Hekimliği ile ilgili açıklamalarımız yukarıda bahsi geçen 5258 sayılı kanun, 663 sayılı KHK ve yönetmelik merkezli olacaktır.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine göre aile hekimi: kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini herkese kapsamlı ve devamlı olarak gerektiği hallerde gezici sağlık hizmeti sunan tam gün esasına dayalı olarak çalışan aile hekimliği uzmanı veya kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman veya tabiplerdir. Bu yönetmeliğe göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumluluklarında bazıları şunlardır:

- Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlanmasında bölgedeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak,
- Çalıştığı süre içerisinde toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları toplum sağlığı merkezine bildirmek,

- Kendisine gelen kişilerin ilk değerlendirmelerini yapmak ve en az 6 ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya iletişime geçmek,
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmeti sunmak,
- Periyodik sağlık muayenesi yapmak,
- Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetleri ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek,
- Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalar yapmak,
- Aile sağlığı merkezlerinde teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek,
- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek,
- Verdiği hizmetler ile ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak,
- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek,bb

Türkiye’de aile hekimleri sözleşme esasına çalışmakta olup aldıkları ücret çalıştığı yer, kendisine bağlı kişi sayısı gibi kıyaslarla belirlenmektedir. Aile Hekiminin bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı en çok 4000 en az ise 1000 kişidir. Aile Hekiminin baktığı kişi sayısı 2 ay üst üste 1000 kişinin altına düşmesi halinde üçüncü ay bildiriminde sözleşme fesih olmaktadır. Aile Hekimine başvuru halinde katkı payı alınmamaktadır. Ancak 5258 sayılı kanunun 5. Maddesine göre aile hekiminin sevki olmadan diğer sağlık kurumlarına başvuru halinde katkı payı alınması kararlaştırılmıştır.

### **2.2.1.2 Genel Sağlık Sigortası**

Ülkemizde sosyal sigorta düşüncesi 1945 yılına gitmektedir. Ancak Sağlıkta Dönüşüm sisteminde olduğu gibi genel bir sağlık sigortası düşüncesi Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında da rastlamaktayız ve bu doğrultuda 1967 senesinde genel sağlık sigortası taslağı hazırlanmış ancak bu Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır.

1969 senesinde meclise sunulan kanun kabul edilmemiştir. Günümüzde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yeniden gündeme gelen Genel Sağlık Sigortası sistemi 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanunu olarak 31.05.2006 tarihinde meclis tarafından kabul edilmiştir. Ancak bu kanun Anayasa Mahkemesine taşınmış ve mahkeme bu kanunun maddelerinden bazılarını iptal etmiştir. Sonrasında ise 5754 sayılı SSGSS kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 17.04.2008 tarihinde kabul edilmiştir. Bu kanunun kabulünden sonra Genel Sağlık Sigortası sistemi sağlık sistemimizde yer almaya başlamıştır. Zaman içerisinde tüm sosyal güvenlik kurumlarına tabi olanlar ve yeşil kart hizmeti alanlar bu sisteme dahil edilmeye başlamıştır. 5510 sayılı kanuna göre Genel Sağlık Sigortasından faydalanacak olan gruplardan bazıları şunlardır:

İkametgâhı Türkiye’de olanlardan;

- Zorunlu sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı olan kişiler ile bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları kişiler,
- Yürürlükte olan ve mülga sosyal güvenlik kanunları kapsamında gelir/aylık alanlar,
- Vatansız ve sığınmacılar,
- Harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar

Genel Sağlık Sigortası kapsamında olan sağlık hizmetleri ise şunlardır:

- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- İnsan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik sağlık hizmetleri,
- Hastalığın teşhis ve tedavisi için hekim tarafından gerekli görülen sağlık hizmetleri,
- Analık haline ilişkin sağlık hizmetleri,
- Ağız ve diş sağlığına ilişkin sağlık hizmetleri,
- Acil sağlık hizmetleri,



- Tüp bebek tedavisi,
- Bu sağlık hizmetleri için kullanılacak ilaç, tıbbi malzeme, kan ve kan ürünleri, kemik iliği ve aşılar,
- Yurt dışı tedaviler,
- Trafik kazalarına ilişkin sağlık hizmetleri, şeklinde ana başlıklar altında belirtilebilir.

5510 sayılı kanunun 70. Maddesine göre sağlık hizmetlerinin basamaklandırılacağı kararlaştırılmış olup bu basamaklar arasında ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri sistemi oluşturulması kararlaştırılmıştır. Aynı zamanda bu sevk zinciri sistemi Sağlıkta Dönüşüm Programının temel taşlarından birini oluşturmaktadır. Ancak ülkemizde bu sistem bir türlü işleyememektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2015 İstatistik yılına bakıldığı vakit birinci basamağa toplam başvuru sayısının 214.564.156 ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan başvuru sayısının ise 445.535.291 olduğu görülmekte olup aynı zamanda birinci basamak kuruluşlarının sevk hızlarının %0,3 gibi çok düşük bir düzeyde olduğu görülmektedir. (Bora Başara, 2016: 133,138)

5510 sayılı kanunun 79. Maddesine göre belirlenen prim oranı esas kazanç üzerinden %12,5'tir. Bunun %5'i sigortalı %7,5 ise işveren tarafından karşılanması kararlaştırılmıştır. Ayrıca 5754 sayılı kanuna göre Devlet, Sosyal Güvenlik Kurumunun ay içinde tahsil etmiş olduğu malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ve genel sağlık sigortasından tahsil etmiş olduğu toplam primin  $\frac{1}{4}$  oranında katkı yapması kararlaştırılmıştır.

### **2.2.1.3 Kamu Hastane Birlikleri**

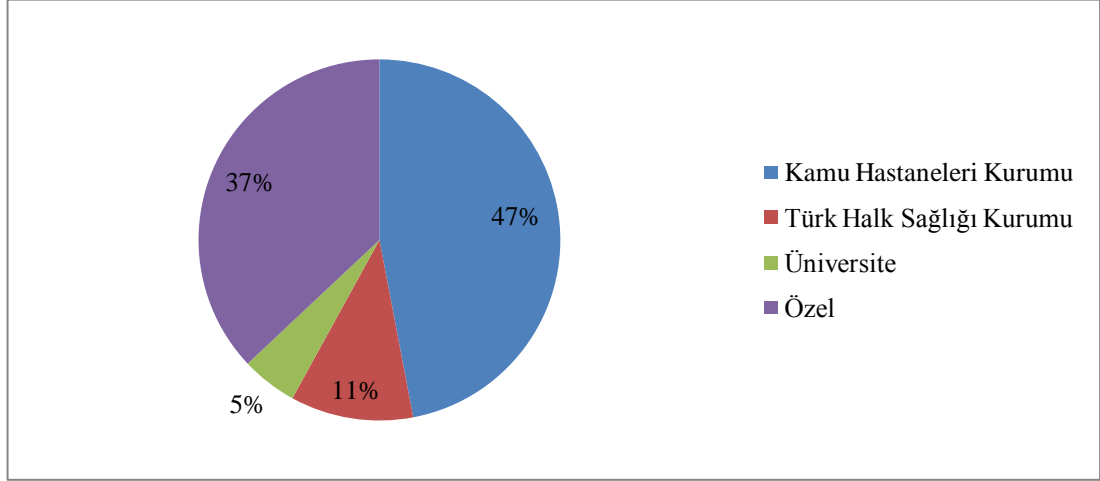
58. Hükümet Acil Eylem Planı ve bunun akabinde Sağlıkta Dönüşüm Programının esasları hazırlanmış olup yapılması hedeflenen reformlar arasında idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerinin kurulması bulunmaktadır. Bu hedef doğrultusunda 2.11.2011 tarihli 28103 mükerrer sayılı Resmi Gazete'de 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname yayınlanmıştır. Bu kararnamenin 29-34. Maddeleri kamu hastane kurumu ve birliklerini düzenlemiştir.

663 sayılı KHK'nın 29. Maddesine göre Kamu Hastaneleri Kurumu Sağlık Bakanlığının hedef ve politikalarına uygun olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, denetlenmesi fonksiyonlarının üstlenmesi ve bu hastaneler tarafından her türlü koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin sunulması amacıyla bu kurumun kurulduğu belirtilmiştir. Kamu Hastane Kurumunun görev ve yetkilerinden bazıları şunlardır:

- Kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak
- Performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak, değerlendirme sistematığı için her türlü alt yapıyı kurmak
- Kurum personelinin atama, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek
- Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak düzenleme yapılması ve politika oluşturulması maksadıyla bakanlığa teklifte bulunmak

663 sayılı KHK'nin 30.maddesine göre kamu hastane birlikleri ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları etkili ve verimli bir hizmet sunulması maksadıyla il bazında organize olarak kurulması kararlaştırılmıştır. Kamu Hastane Birliklerinin birlik teşkilatı genel sekreterlik ve hastane yöneticilerinden oluşmakta olup en üst düzey karar ve yürütme oranı genel sekreterliktir. Kararnamenin 32. Maddesine göre birlik personelinin sözleşme esasına göre çalışması kararlaştırılmıştır. Kararnamenin 34. Maddesine göre birliklere bağlı hastanelerin çeşitli kriterler (tıbbi, mali, hasta ve çalışan güvenliği, eğitim kriterleri) göz önüne alınarak kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre 6 aylık veya yıllık olarak değerlendirmeye tabi tutulması kararlaştırılmıştır. Bu kararname çerçevesinde il düzeyinde 88 adet Kamu Hastane

Birliği kurulması kararlaştırılmış olup, İstanbul'da 6, Ankara'da 2 ve İzmir'de de 2 adet Kamu Hastane Birliği kurulmuştur.



**şekil 2:** Kamu Hastane Birliğine Bağlı Hastane'lerin ve Diğer Kurum Hastanelerinin Oransal Dağılımı **Kaynak:** (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, 2015: 23)

#### 2.2.1.4 Sağlık Bakanlığının Sağlık Reformu Sonrasđ Rolü

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte birçok reform gerçekleştirilmiş olup bu reformlardan bir diğeri ise Sağlık Bakanlığının sistem içindeki üstlenmiş olduğu görev ve teşkilat yapısındaki değişimdir. 58. Hükümet Acil Eylem planında Sağlık Bakanlığının günün koşulları ve yeni sistemin gereği üzerine yeniden yapılandırılması kararlaştırılmış ve bu çerçevede Sağlıkta Dönüşüm Programı ile liberal anlayış çerçevesinde planlama ve denetleme işlevini üstlenmiştir. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin sunumundan çekilmiştir. 2.11.2011 tarihli 28103 mükerrer sayılı Resmi Gazete'de 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı ve ona bağlı teşkilatların yapısı belirlenmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte Sağlık Bakanlığında sağlık hizmetlerinin finansmanında yenilikler bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı 2003 yılında performansa dayalı ücretlendirme sistemi devreye girmiş olup 2004 senesinde yurdun tamamında yaygınlaştırılmıştır. 2005 senesinde SSK tüm hastanelerini Sağlık Bakanlığına devretmiş olup Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli yeniliklerinden olan sağlıkta yeni geri ödeme yöntemi olan Global Bütçe

2006 senesinde Sağlık Bakanlığında Uygulamaya başlamıştır. Global bütçe, sunulan hizmetlerin ücret ve kalitesini tayin eden genel bir harcama sınırı olmakla birlikte bütçe sisteminin temel hareket noktası kapsayacağı nüfusun sunulacak hizmetlerin ve bütçenin başlangıç yılındaki finansal dağılımıdır. (Akyürek, 2012: 136-138) Sağlık Bakanlığının finansmanda üstlendiği rol ile ilgili bir diğer önemli noktada her ne kadar bakanlık sunumdan çekilmeye başlasa da sağlık personelinin ücretleri Sağlık Bakanlığı üzerinden ödenmektedir. (Sülkü, 2011: 33)

### **2.2.2 Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı**

Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli değişimler gerçekleşmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda yer alan kurumlar ayrılmaya başlamış Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler liberal ve hizmette yerelleşme anlayışına üzerine kurulu olan kamu hastane birliklerine devredilmiş, kamunun sağlık alanında özel sektörden hizmet alma uygulaması başlamış ve 1961 yılı temelli sağlık ocağı sistemi rafa kaldırılarak günümüz gelişmiş ülkelerde uygulanmakta olan aile hekimliği sistemine geçilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm programı öncesi sistemde birçok sosyal güvenlik kurumları mevcuttu ve bu kurumların kendi özgü prim ve çalışma sistemleri bulunmaktaydı. Ancak bu kurumların sağlık açısından teminat paketleri farklılık göstermekte idi ve bu halkın sağlık hizmetlerine hakkaniyetli bir şekilde ulaşmasına engel teşkil etmekteydi. Aynı zamanda Yeşil Kart uygulaması ile Sağlık Bakanlığı ve SYDTF (Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu) bu harcamaların finansmanında rol alırken bu kart sahiplerinin de teminat paketleri tüm hizmetleri kapsamamaktaydı. Bu gibi sebeplerden dolayı uzun yıllar tartışmaları devam eden Genel Sağlık Sigortası sistemi 2008 yılında uygulanmaya başlamıştır. Bu sistem ile herkesin asgari düzeyde de olsa sağlık hizmetlerinden faydalanması amaçlanmaktadır. 2005 yılında SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredildi ve 2006 senesinde sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında toplanarak sağlık hizmet ve finansmanı birbirinden tam anlamı ile ayrılmış oldu. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri Global Bütçe sistemine geçerek yüksek düzeyde bulunan

sağlık harcamalarına tavan koymaya başlamışlardır. Ve bu sağlık harcamalarının kontrolü açısından önemli bir adım kabul edilmektedir. 2003 senesinden itibaren ise Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarında performansa dayalı ödeme sistemi başlatılmıştır. Ayrıca hastanelerde döner sermaye sistemi de bulunmakta çalışan bir doktorun sabit aldığı maaş haricinde 2 kaynaktan daha maaş almaya başlamıştır. Performansa Dayalı Ödeme sistemi de diğer uygulamalar gibi tartışmaları beraberinde getirmiştir.

2003 sonrası dönemde uzun yıllar sosyalizasyon çalışmaları kapsamında kurulan sağlık ocağı sistemi kaldırılarak 2005 senesinde Aile Hekimliği sistemine geçilmiştir. Aile hekimliği sistemi birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurum olmakla birlikte günümüzde sözleşme esasına göre çalışılmaktadır. Aile hekimliği sisteminden faydalanmak tüm yurttaşlar için ücretsiz olmakla birlikte ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmak çeşitli hükümler ile katkı payı alınması kararlaştırılmıştır. İlaç katılım payları ise çalışanlar için %20 emekliler için ise %10 oranında kesilmekte olup reçete'ye yazıla olan ilaçlar içinde bir katkı payı sistemi geliştirilmiştir. Aynı zamanda özel sektörden sağlık hizmeti alınması durumunda ödenecek olan tutarların oranları ilgili kanunlarda düzenlenmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile özel sektörün sağlık alanında ki önü açılmış ve devlet destekli olarak bu işlemeye başlamıştır. 2003 yılında devlet memurlarının 2007 yılında ise SSK ve Bağ-Kur'lu olanların özel sektöre doğrudan başvuru imkânı açılmıştır. Özel sektör teşviki önceki başlıklarda da ifade edildiği üzere kalkınma planlarında yer almaktaydı. Ancak bu sistem ile ilgili başlıklarda incelenecek olan sayısal verilerde görüleceği üzere gerek hastane gerek başvuru sayısında ciddi manada bir artış görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları arasında yer alan özel sektörün sağlık alanında olması hedefine yaklaşmıştır. Ayrıca 2006 senesinde sağlık alanında kamu-özel ortaklığı benimsenmiştir.

### 2.2.3 Demografik Göstergeler ve Sağlık Göstergeleri

2007 ve 2015 yılları arası nüfus hareketleri incelendiğinde toplam nüfus her yıl istikrarlı bir artış halinde olmakla birlikte erkek nüfus kadın nüfusunda fazladır. Sağlık harcamalarının artış sebeplerinden biri olan şehirleşmeye bakıldığında 2007 yılında nüfusun %28'i belde ve köylerde yaşamakta iken 2015 yılına gelindiğinde bu oran %7 civarına düşmüştür. Kısacası Türkiye önceki yıllarda başlayan şehirleşme oranındaki artış 2015 senesine kadar olan dönemde ivme kazanarak %93 seviyelerine ulaşmıştır. (Tablo 20)

Yıl	Toplam	Erkek	Kadın	İl ve İlçe Merkezleri	Belde ve Köyler
2007	70.586.256	35.376.533	35.209.723	49.747.859	20.838.397
2008 <sup>1</sup>	71.517.100	35.901.154	35.615.946	53.611.723	17.905.377
2009	72.561.312	36.462.470	36.098.842	54.807.219	17.754.093
2010	73.722.988	37.043.182	36.679.806	56.222.356	17.500.632
2011	74.724.269	37.532.954	37.191.315	57.385.706	17.338.563
2012	75.627.384	37.956.168	37.671.216	58.448.431	17.178.953
2013 <sup>2</sup>	76.667.864	38.473.360	38.194.504	70.034.413	6.633.451
2014	77.695.904	38.984.302	38.711.602	71.286.182	6.409.722
2015	78.741.053	39.511.191	39.229.862	72.523.134	6.217.919

**Tablo 20:** 2007-2015 Yılları Arası Türkiye'nin Nüfusu **Kaynak:** TÜİK

**Not 1:** Bir önceki yıla göre farkın ana nedeni 5747 sayılı yasa uyarınca yapılan idari bölünüş değişiklikleridir.

**Not 2:** Bir önceki yıla göre farkın ana nedeni 6360 sayılı yasa uyarınca yapılan idari bölünüş değişiklikleridir.

Tablo 21'de ise nüfusun yaş grubuna göre dağılımı verilmiştir. 2007 yılından itibaren 0-14 yaş grubuna ait nüfus sayısında kayda değer bir artış olmamakla beraber 15-64 ve 65 yaş üzeri nüfus sayısında artış meydana gelmiştir. Bununla birlikte yaş gruplarının oransal seyrine baktığımızda 15-64 yaş arası nüfusun oranının her geçen sene arttığı görülmektedir ve 65 yaş üzeri nüfusun oranında 2014 senesi itibarıyla en yüksek paya sahip olduğu görülmektedir.

Yıl	0-14	15-64	65+
2007	18.642.391	46.943.690	5.000.175
2008	18.788.587	47.835.090	4.893.423
2009	18.859.334	48.618.564	5.083.414
2010	18.878.582	49.516.670	5.327.736
2011	18.886.575	50.346.979	5.490.715
2012	18.857.179	51.088.202	5.682.003
2013	18.849.814	51.926.356	5.891.694
2014	18.862.430	52.640.512	6.192.962
2015	18.886.220	53.359.594	6.495.239

**Tablo 21:** 2007-2015 Yılları Arası Türkiye'nin Yaş Grubuna Göre Nüfus Dağılımı

**Kaynak:** TÜİK

	Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)	Kaba Doğum Hızı (Binde)	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	Kaba Ölüm Hızı (Binde)	Bebek Ölüm Hızı (Binde)
2003	2,09	17,95	73,20	6,28	22,80
2004	2,11	18,08	73,80	6,05	20,50
2005	2,12	18,18	74,40	5,89	18,40
2006	2,12	18,11	74,90	5,74	16,90
2007	2,16	18,37	75,30	5,62	15,90
2008	2,16	18,20	75,70	5,52	14,90
2009	2,08	17,50	76,10	5,45	13,80
2010	2,06	17,20	76,40	5,38	12,00
2011	2,02	16,80	76,60	5,34	11,70
2012	2,10	17,20	76,80	5,00	11,60
2013	2,10	17,00	76,90	4,90	11,40
2014	2,20	17,40	77,00	5,10	11,30
2015	2,10	16,90	77,10	5,20	11,20

**Tablo 22:** 2003-2015 Yılları Arası Bazı Sağlık Göstergeleri **Kaynak:** TÜİK

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre hazırlanan tablo 22'de Türkiye'nin bazı sağlık göstergeleri mevcuttur. Toplam doğurganlık hızı yıllar içinde artış ve azalışlar göstermiş olup kaba doğum hızında ise azalış mevcuttur. 2015 senesinde gelindiğinde toplam doğurganlık hızı kadın başına 2,1 iken kaba doğum hızı en düşük seviyesi olan 16,9'u görmüştür. Doğuşta beklenen yaşam süresi sağlık hizmetlerinin etkinliği noktasında sağlık üzerinde planlama veya inceleme yapan

kurum ve kuruluşlar için önemli olmakla birlikte yol gösterici niteliktedir. Türkiye’de 2015 yılına gelindiğinde bu oran 73,20 düzeyinden 77,10 düzeyine gelmiştir. Bu veri sağlık hizmetlerinde iyileşme olduğunu göstermektedir ancak ilerleyen başlıklarda incelenecek olan uluslararası karşılaştırmalarda gelişmiş ülkeler seviyesinin altındadır. Kaba ölüm ve bebek ölüm hızı da sağlık sisteminin etkinliği ve verimliliği noktasında önemlidir. Türkiye’de 65 yaş üzeri nüfusun seyri ile beraber kaba ölüm hızına bakıldığında bir paralellik izlediği görülmektedir. Bebek ölüm hızı da 2015 senesine gelindiğinde 11,2 düzeyini görmüştür.

Tablo 23’te 2003 ve 2015 yılları arası sağlık personel sayıları verilmiştir. 2015 yılına gelindiğinde tüm branşlarda artış yaşanmıştır ancak hemşire ve sağlık memuru sayısındaki 2003-2015 artış dikkat çekicidir.

Yıllar	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Sağlık Memuru	Ebe	Eczacı	Diğer Personel ve Hizmet Alımı
2003	94.466	17.744	74.483	57.416	41.662	22.371	101.229
2004	97.110	17.893	75.753	60.959	43.229	22.608	111.646
2005	100.853	18.149	78.182.	62.035	43.541	22.756	131.223
2006	104.475	18.332	82.626	67.514	44.483	23.140	150.053
2007	108.402	19.278	94.661	79.441	47.175	23.977	167.585
2008	113.151	19.959	99.910	89.540	47.673	24.778	169.763
2009	118.641	20.589	105.176	93.550	49.357	25.201	197.386
2010	123.447	21.432	114.772	99.302	50.343	26.506	198.694
2011	126.029	21.099	124.982	110.862	51.905	26.089	209.126
2012	129.772	21.404	134.906	122.663	53.466	26.571	209.736
2013	133.775	22.295	139.544	131.652	53.427	27.012	224.618
2014	135.616	22.996	142.432	138.878	52.838	27.199	229.625
2015	141.259	24.834	152.803	145.943	53.086	27.530	241.897

**Tablo 23:** 2003-2015 Yılları Arası Sağlık Personeli Sayısı **Kaynak:** TÜİK

Tablo 24’te verilen sağlık personeli başına düşen hasta sayısı tablosunda doktor başına düşen hasta sayısında ciddi anlamda bir azalma mevcuttur.. Benzer bir biçimde hemşire ve sağlık memuru başına düşen hasta sayısında artan sağlık personeli dikkate alındığında ciddi anlamda bir azalma mevcuttur. Ancak diş hekimi



açısından bunu söylemek güçtür çünkü burada da bir azalma mevcuttur ancak bu azalış yukarıda ismi geçen personel sayısı gibi seyretmemiştir. Diğer personel başına düşen hasta sayıları Tablo 33'te incelenebilir.

Yıllar	Hekim Başına Düşen Hasta Sayısı	Diş Hekimi Başına Düşen Hasta Sayısı	Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	Sağlık Memuru Başına Düşen Hasta Sayısı	Ebe Başına Düşen Hasta Sayısı	Eczacı Başına Düşen Hasta Sayısı
2003	711	3.786	902	1.170	1.613	3.003
2004	700	3.801	898	1.116	1.573	3.008
2005	683	3.794	881	1.110	1.582	3.026
2006	667	3.804	844	1.033	1.568	3.013
2007	651	3.661	746	889	1.496	2.944
2008	632	3.583	716	799	1.500	2.886
2009	612	3.524	690	776	1.470	2.879
2010	597	3.440	642	742	1.464	2.781
2011	593	3.542	598	674	1.440	2.864
2012	583	3.533	561	617	1.414	2.846
2013	573	3.439	549	582	1.435	2.838
2014	573	3.379	545	559	1.470	2.857
2015	557	3.171	515	540	1.483	2.860

**Tablo 24:** 2003-2015 Yılları Arası Sağlık Personeli Başına Düşen Hasta Sayısı

**Kaynak:** TÜİK

Tablo 25'te 2003 ve 2015 yılları arası sektörlere göre yataklı ve yataksız sağlık kurumları sayısı, yatak sayıları ve 1000 kişi başına düşen yatak sayısı verilmiştir. Bu tabloya göre yataklı sağlık kurumları sayısında Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumu sayısında artış vardır. Ancak bu artışın oranı özel sektörde olduğu gibi yüksek bir düzeyde seyir etmemiştir. Önceki başlıklarda incelenmiş olan kalkınma planlarında ki özel sektörün teşviki Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte önemli bir konuma gelmiştir. Bu tabloda da özel sektörün yataklı sağlık kurumu sayısı önemli bir biçimde artarak Sağlık Bakanlığına yaklaşmıştır. 2003 yılından 2015 yılına gelindiğinde artış %100'ü bulmuştur.

Yıllar	Genel Toplam	Toplam	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer <sup>1</sup>	Yataksız Sağlık Kurumu <sup>2</sup>
2003	9183	1174	789	50	274	61	8009
2004	9038	1217	829	52	278	58	7821
2005	8870	1196	793	53	293	57	7674
2006	9831	1203	767	56	331	49	8628
2007	11839	1317	848	56	365	48	10522
2008	13818	1350	847	57	400	46	12468
2009	15205	1389	834	59	450	46	13816
2010	26993	1439	843	62	489	45	25554
2011	27997	1453	840	65	503	45	26544
2012	29960	1483	832	65	541	45	28477
2013	30116	1517	854	69	550	44	28599
2014	30176	1528	866	69	556	37	28648
2015	30449	1533	865	70	562	36	28916

**Tablo 25:** 2003-2015 Yılları Arası Sağlık Kurumu Sayısı **Kaynak:** TÜİK

**Not 1:** Diğer grubu altında Belediyelere ait yataklı sağlık kurumları kapsamıştır. Ayrıca, 2002 yılı ve sonrasında Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastanelerde bu gruba dahil edilmiştir.

**Not 2:** Sağlık Ocağı, Aile Hekimliği Birimi, Verem Savaş Dispanseri, AÇSAP Merkezi, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi sayıları toplama dahil edilmiştir.

Tablo 26'ya göre yatak sayılarına bakıldığında hastane sayılarının artışı ile benzer bir seyir izlemektedir. Üniversite hastanelerinin sayısı 2003-2015 yılları arasında artış göstermiş ve bu artışın sebeplerinden en önemlisi 2003 yılından itibaren açılan üniversite sayıları gösterilebilir. 1000 kişi başına düşen yatak sayısında artış yaşanmış 2003 yılında 2,46 olan rakam 2015 yılında 2,66'yı bulmuştur.

Yıllar	Toplam	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer <sup>1</sup>	1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı
2003	165465	107771	26619	12917	18158	2,46
2004	166707	108511	28025	12671	17500	2,45
2005	170972	110109	29014	13876	17973	2,48
2006	174342	110819	31193	14639	17691	2,50
2007	178000	112037	30978	17397	17588	2,52
2008	183183	114428	29912	20938	17905	2,56
2009	188638	115443	30112	25178	17905	2,60
2010	200239	120180	35001	28063	16995	2,72
2011	194504	121297	34802	31648	6757	2,60
2012	200072	122322	35150	35767	6833	2,65
2013	202031	121269	36056	37983	6723	2,64
2014	206836	123690	36670	40509	5967	2,66
2015	209648	122331	38361	43465	5311	2,66

**Tablo 26:** 2003-2015 Yılları Arası Sağlık Kurumlarına Göre Yatak Sayısı ve 1000

Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı **Kaynak:** TÜİK

**Not: 1:**Diğer grubu altında Belediyelere ait sağlık kurumlarının yatak sayıları kapsamıştır. Ayrıca Millî Savunma Bakanlığı'na ait hastanelerdeki yatak sayıları da bu gruba dahil edilmiştir.

#### 2.2.4 Sağlık Harcamaları Analizi

2003 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin finansmanı gibi konularda önemli adımlar atılmış ve her geçen dönemde atılmaya devam etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının temel dayanaklarından olan sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanın ayrılması ile Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurulmuş bunun akabinde kapsayıcı bir Genel Sağlık Sigortası uygulanmaya başlamıştır.

Bu başlık altında öncelikle Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre 2003-2015 döneminde gerçekleştirilen sağlık harcamaları incelenecektir. Akabinde Sosyal Güvenlik Kurumunun mali yapısı, kuruma yapılan bütçe transferleri, kurumun gerçekleştirdiği sağlık harcamaları incelenecektir. Uygulanmaya başladığı tarihten bu yana tartışmaları da beraberinde getiren Genel Sağlık Sigortası sisteminin

fon yapısı Sayıştay'ın yayınlamış olduğu denetim raporu neticesinde Genel Sağlık Sigortası fon gelir ve giderleri incelenecektir.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre hazırlanan Tablo 27'ye göre toplam sağlık harcamaları düzeni bir artış halindedir. Bununla birlikte cari sağlık harcamaları da artış halindedir ancak yatırım harcamaları 2003-2015 yılları arasında önemli bir sayısal artış ile birlikte ivme yakalamıştır. Genel devletin yapmış olduğu harcamalara bakıldığı zaman merkezi devletin toplam sağlık harcamaları artış halindedir ve gerçekleştirilen yatırım harcamalarında 2003-2015 yılları arasında ciddi anlamda bir artış bulunmaktadır. Yerel devletin gerçekleştirmiş olduğu toplam sağlık harcamaları artarken bu artışta en büyük pay cari sağlık harcamalarına aittir ve yatırım harcamaları her geçen yıl azalmıştır.

Sosyal Güvenlik harcamalarına baktığımızda ise gerçekleştirmiş olduğu toplam sağlık harcamaları önemli bir ivme yakalayarak genel devlet harcamaları içinde en büyük paya sahip olmuştur. Özellikle sosyal sigorta hizmeti veren kurumların 2006 yılında tek çatı altında toplanması ile birlikte 2007-2008 bandından sonraki yıllarda önemli bir ivme kazanmıştır. Ancak gerçekleştirmiş olduğu yatırım harcamaları merkezi devlet yatırım harcamasının altında kalmıştır.

Özel sektör harcamaları içinde en önemli paya sahip olan ise hane halklarının gerçekleştirmiş olduğu harcamalardır. Ve toplam sağlık harcamalarında 2009 yılı harici dönemlerde artış halindedir. Diğer grubunun ise yatırım harcamaları istikrarsız bir görünüm sergilemektedir.

			Genel Devlet				Özel Sektör		
	Yıllar	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane Halkları	Diğer <sup>1</sup>
Toplam Sağlık Harcaması	2003	24279	17462	6317	482	10662	6817	4482	2335
	2004	30021	21389	7659	500	13231	8632	5775	2856
	2005	35359	23987	9520	467	14000	11372	8049	3323
	2006	44069	30116	11766	683	17667	13953	9684	4269
	2007	50904	34530	13966	867	19697	16374	11105	5269
	2008	57740	42159	15948	865	25346	15580	10036	5545
	2009	57911	46890	17946	667	28277	11021	8142	2879
	2010	61678	48482	17209	577	30695	13196	10062	3134
	2011	68607	54580	19086	557	34937	14028	10590	3438
	2012	74189	58785	16493	662	41630	15404	11750	3654
	2013	84390	66228	18425	810	46993	18162	14156	4006
	2014	94750	73382	21282	744	51356	21368	16819	4549
2015	104568	82121	25286	927	55908	22446	17315	5131	
Cari Sağlık Harcaması	2003	23676	16859	6016	380	10462	6817	4482	2335
	2004	28616	20519	7092	412	13015	8098	5775	2322
	2005	33292	22554	8776	327	13452	10738	8049	2689
	2006	40949	28194	10754	385	17056	12755	9684	3071
	2007	46495	31981	12807	375	18799	14514	11105	3409
	2008	52320	38033	13563	422	24048	14286	10036	4251
	2009	55294	44511	16659	479	27373	10783	8022	2761
	2010	58623	45726	15307	477	29941	12897	9891	3007
2011	65372	51728	17230	445	34052	13644	10391	3253	

	<b>2012</b>	<b>70288</b>	55648	14465	531	40652	14640	11198	3442
	<b>2013</b>	<b>79702</b>	62447	15682	638	46127	17255	13491	3764
	<b>2014</b>	<b>88878</b>	68974	18213	704	50058	19904	15754	4150
	<b>2015</b>	<b>96786</b>	75622	20265	893	54464	21163	16404	4760
<b>Yatırım</b>	<b>2003</b>	<b>603</b>	603	301	102	200	-	-	-
	<b>2004</b>	<b>1405</b>	871	567	88	216	534	-	534
	<b>2005</b>	<b>2067</b>	1433	744	140	549	634	-	634
	<b>2006</b>	<b>3120</b>	1922	1012	299	611	1198	-	1198
	<b>2007</b>	<b>4409</b>	2549	1158	493	898	1860	-	1860
	<b>2008</b>	<b>5420</b>	4126	2386	443	1298	1294	-	1294
	<b>2009</b>	<b>2616</b>	2379	1287	188	904	237	120	118
	<b>2010</b>	<b>3054</b>	2756	1902	100	754	299	172	127
	<b>2011</b>	<b>3236</b>	2852	1856	112	885	384	199	185
	<b>2012</b>	<b>3901</b>	3137	2028	131	978	764	552	212
	<b>2013</b>	<b>4688</b>	3781	2743	172	866	907	665	242
	<b>2014</b>	<b>5871</b>	4407	3069	40	1298	1464	1065	398
<b>2015</b>	<b>7782</b>	6499	5021	34	1444	1283	912	371	

Milyon TL

**Tablo 27:** 2003-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları **Kaynak:** TÜİK

**Not 1:** Diğer sağlık harcamaları; özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hane halklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT'ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

Yıllar	Gelirler	Artış Oranı	Giderler	Artış Oranı	Açık	Toplam Gelirlerin Toplam Giderleri Karşılama Oranı
2006	53.830.886	30,5	71.867.475	19,9	18.036.589	68,8
2007	56.874.830	5,7	81.915.401	14,0	25.040.571	74,9
2008	67.257.484	18,3	93.159.462	13,7	25.901.978	69,4
2009	78.072.788	16,1	106.775.443	14,6	28.702.655	72,2
2010	95.273.183	22,0	121.997.301	14,3	26.724.118	73,1
2011	124.479.940	30,7	140.715.252	15,3	16.235.312	78,1
2012	142.928.505	14,8	160.223.453	13,9	17.294.948	88,5
2013	163.013.555	14,1	182.688.916	14,0	19.675.361	89,2
2014	184.328.932	13,1	204.400.437	11,9	20.071.505	90,2
2015	220.102.348	19,4	231.545.969	13,3	11.443.718	95,1

**Tablo 28:** 2006-2015 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumu Gelir Gider Dengesi

**Kaynak:** (Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistikleri)

Tablo 28’de Sosyal Güvenlik Kurumunun 2006 ile 2015 yılları arasındaki gelir gider dengesi verilmiştir. 2006 senesi öncesi dönem SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur gelir gider dengesi hatırlanacak olursa eğer 2005 yılına kadar olan dönemde gelir-gider dengesizliği son yıllarda en yüksek seviyelere ulaşmış ve sayısal olarak artmıştır. Tabloda 2011 yılından itibaren ise istikrarsız bir seyir izlemiş olsa da gelir-gider dengesizliği kontrol altına alınmaya başladığını söylemek yanlış olmaz.

Tablo 29’da genel bütçeden Sosyal Güvenlik Kurumuna yapılan bütçe transferleri verilmiştir. 2006 yılı öncesi transfer ödemeleri hatırlanırsa eğer devir tarihinden bir yıl öncesi sosyal güvenlik kurumlarına 23 milyon TL transfer edilmiştir. Ancak 2015 yılına gelindiğinde bu transfer ödeneği 79 milyon TL’sini bulmuştur. Sayısal artışın yanında GSYİH içindeki oranına baktığımızda 2006 yılında %3,2 olan bu oran 2009 yılından en yüksek düzeyi görerek %5,26 düzeyini görmüştür. 2015 yılında ise GSYİH içindeki oran %3,38 olmuştur.

Yıllar	Bütçe Transferleri	Yıllık Değişim Oranı	GSYİH Oranı
2006	22.892.000	-1,8	3,02
2007	33.060.313	44,4	3,92
2008	35.016.403	5,9	3,52
2009	52.599.691	50,2	5,26
2010	55.244.258	5,0	4,76
2011	52.772.218	-4,5	3,78
2012	58.728.293	11,3	3,74
2013	71.263.763	21,3	3,94
2014	77.335.890	8,5	3,78
2015	79.038.817	2,2	3,38

**Tablo 29:** 2006-2015 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumuna Yapılan Bütçe Transferleri ve GSYİH Oranı **Kaynak:** (Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistikleri)

Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası, uygulanmaya başladığı dönem itibariyle ve uygulanmaya başlamadan önceki dönemlerde de birçok tartışmayı beraberinde getirmiştir. Sayıştay’ın 2013 yılı denetim raporunda (yalnızca bu rapora özgü olarak) genel sağlık sigortasından elde edilen fonlar ile bu fonlardan gerçekleştirilen giderlere yer verilmiştir. Tablo 30’a göre fon gelirleri arasında en büyük paya sahip olan 4-1/a’dan elde edilen primleri gelirleri olmuştur. Bu fon gelirlerinde devletin katkısına baktığımızda ise 19 milyon TL civarı bir gelir devlet sağlanmıştır ve fon gelirlerinin arasında önemli bir paya sahiptir. Katılım payları ise bu fon gelirlerinin arasında 3 milyon TL’ye yakındır ve fon gelirleri arasında küçük bir oransal paya sahiptir. Fon giderleri incelendiğinde ise fon giderlerinin en çok yapıldığı kesim emekli ve diğer hak sahipleri olmuştur. İlaç giderlerinde ise sosyal güvenliği olan kesimin emeklilere nazaran oldukça yüksek bir fark olduğu görülmektedir. Genel itibariyle Genel Sağlık Sigortası’ndan elde edilen fon gelirleri, giderlerinden fazla olmuştur.

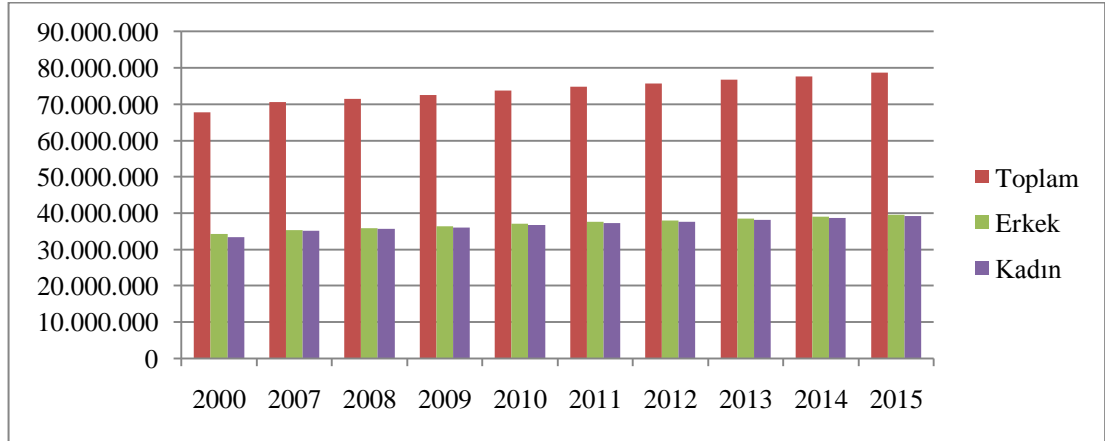


Genel Sağlık Sigortası Fon Gelirleri		Genel Sağlık Sigortası Fon Giderleri	
4-1/a GSS Prim Gelirleri	26.409.686.882,21	Emeklilere ve Diğer Hak Sahiplerine	31.021.483.734,97
4-1/b GSS Prim Gelirleri	2.586.643.449,01	Tedavi ve Sağlık Malzemesi Giderleri	
4-1/c GSS Prim Gelirleri	9.463.867.965,92	Emekliler ve Diğer Hak Sahiplerinin İlaç Giderleri	926.198.444,02
GSS Primi Devletçe Ödenenler	8.281.504.886,08		
GSS Primini Kendisi Ödeyenler	392.039.805,12	Sosyal Güvenliği Olanların Tedavi ve Sağlık Malzemesi Giderleri	6.433.868,65
GSS Devlet Katkısı	10.700.051.115,12		
Katılım Payları	2.726.349.444,09	Sosyal Güvenliği Olanların İlaç Giderleri	15.093.781.147,84
Red ve İadeler	-680.394.685,28		
<b>Toplam Gelirler</b>	<b>59.879.748.862,28</b>	<b>Toplam Giderler</b>	<b>47.047.897.195,48</b>

**Tablo 30:** 2013 Yılı Genel Sağlık Sigortası Fon Gelir ve Giderleri **Kaynak:** (Sayıştaş Sosyal Güvenlik Kurumu 2013 Yılı Denetim Raporu)

### 2.3 Genel Değerlendirme: 2000 ve 2015 Yılları Arası Demografik Göstergeler, Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları

Türkiye, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık alanında köklü değişimler geçirmeye başlamıştır. 2003 sonrası dönemde hayata geçirilen reformlara bakıldığı vakit aslında bu reformların bir kısmının 2003 öncesine dayandığı anlaşılmaktadır. Genel bir sağlık sigortasının kurulması çabaları ve kalkınma planlarında da yer verilen özel sektör teşviki bunun önemli örneklerindedir. Sağlık alanında geçirilen bu değişimleri yalnızca reform sonrası dönem olarak ele almak kuşkusuz bakış açımızı sınırlayabilmektedir ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'na kısıtlı bir pencereden bakmamıza sebebiyet vermektedir. Bu başlık altında 2000 ve 2015 yılları arası demografik göstergeler, sağlık göstergeleri ve sağlık harcamaları analiz edilecektir. Öncelikle Türkiye İstatistik Kurumu, Kalkınma Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu veriler ışığında Türkiye'de demografik göstergeler, sağlık göstergeleri ve sağlık harcamaları analiz edilecek daha sonra ise sağlık hizmetleri memnuniyet oranı ve sosyal güvenlik kurumu memnuniyet oranı gibi veriler ile bireyler üzerinde bu reformların etkisi analiz edilecektir.



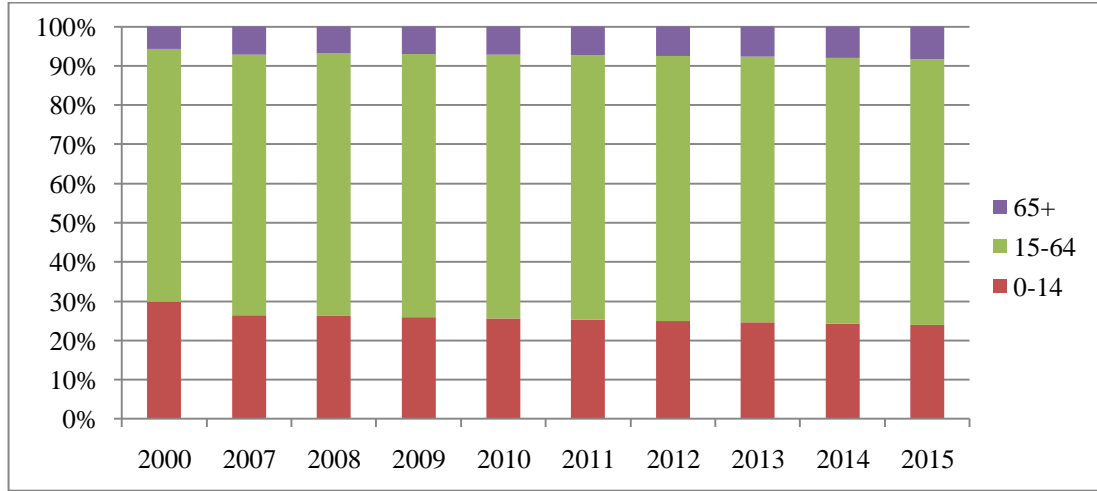
**Grafik 6:** 2000-2015 Yılları Arası Türkiye Kadın-Erkek Nüfusu ve Toplam Nüfus Değişimi **Kaynak:** TÜİK

Grafik 6’da 2000 ve 2015 yılları arası nüfus hareketleri verilmiştir. 2000 yılı öncesi 70 milyon kişiye yakın olan nüfus 2015 yılında 80 milyon kişiye yaklaşmıştır. 2015 yılına gelindiğinde ise kadın ve erkek nüfus oranları birbirine yaklaşmıştır. Nüfusun artması devletin gerçekleştirmiş olduğu harcamaların nominal artışına sebep olabilmektedir.



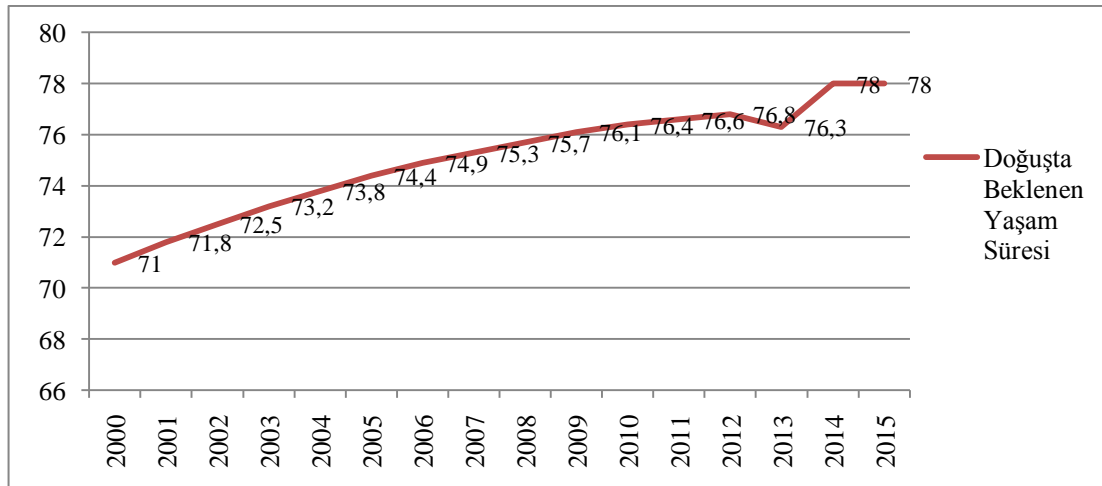
**Grafik 7:** 2000-2015 Yılları Arası İl-İlçe ve Belde-Köy Nüfusunun Oransal Değişimi **Kaynak:** TÜİK

Sağlık harcamalarını arttırtan önemli faktörlerden biri şehirleşmedir. Grafik 7’de 2000 ve 2015 yılları arasında Türkiye’de il-ilçe, belde-köy oranları verilmiştir. 2000 yılında %65 düzeyinde olan şehirleşme 2015 yılında %90’ın üzerine çıkmıştır ve Türkiye’de hızlı bir biçimde şehirleşme oranı artmaktadır.



**Grafik 8:** 2000-2015 Yılları Arası Türkiye Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Oransal Değişimi **Kaynak:** TÜİK

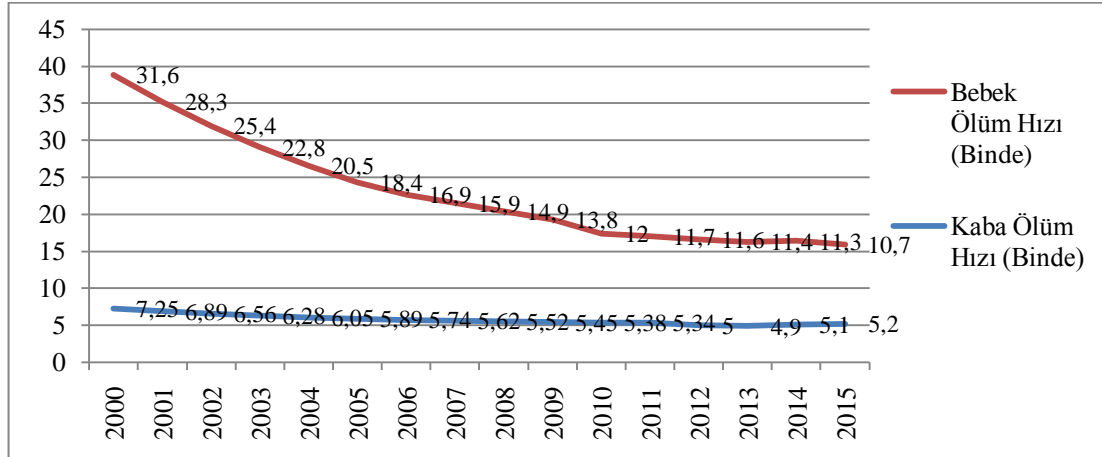
Grafik 8’de 2000 ve 2015 yılları arasındaki Türkiye’nin yaş grubu oranları verilmiştir. Bu tabloya göre 2015 yılına gelindiğinde 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 2000 yılına göre artmış olup bu sağlık hizmetlerinin iyileşme yönünde gelişmeler kaydedildiğini göstermektedir. Aynı zamanda 15-64 yaş grubu da toplam nüfus içindeki oranı artmıştır.



**Grafik 9:** 2000-2015 Yılları Arası Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi **Kaynak:** TÜİK

Sağlık hizmetlerinin işlevselliği noktasında 65 yaş ve üzeri nüfus oranının yanında doğuşta beklenen yaşam süresi de önemli bir konumdur. Grafik 9 Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre hazırlanmış olup 2000 yılında 71 düzeyinde olan

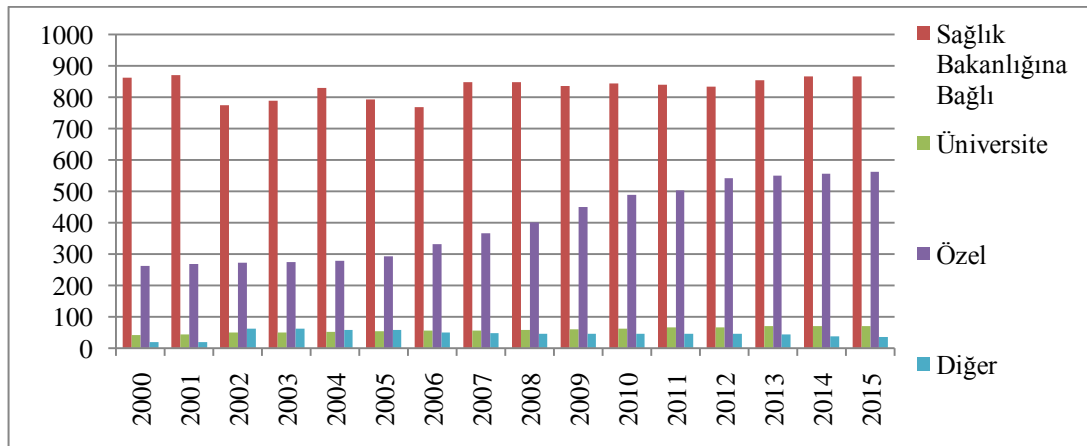
doğuşta beklenen yaşam süresi 2015 yılında 78 düzeyine gelmiştir. Bu veri sağlık hizmetlerinin iyi yönde gelişme gösterdiğinin bir diğer kanıtı niteliğindedir.



**Grafik 10:** 2000-2015 Yılları Arası Bebek Ölüm Hızı ve Kaba Ölüm Hızı

**Kaynak:** TÜİK

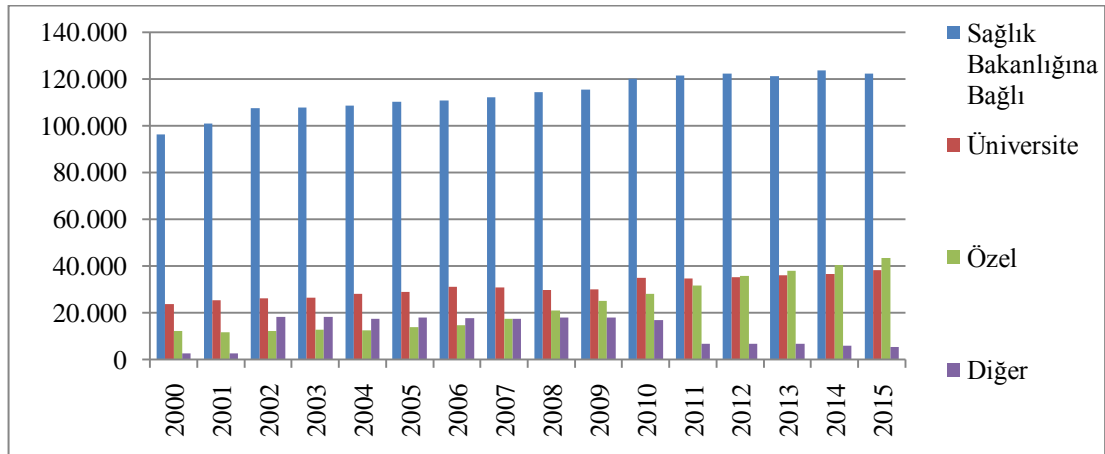
Grafik 10'da Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre bebek ölüm hızı ve kaba ölüm hızı verilmiştir. Özellikle bebek ölüm hızında ciddi anlamda bir azalma mevcut olup kaba ölüm hızında da bebek ölüm hızının oranı kadar olmasa da bir azalma mevcuttur.



**Grafik 11:** 2000-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı **Kaynak:** TÜİK

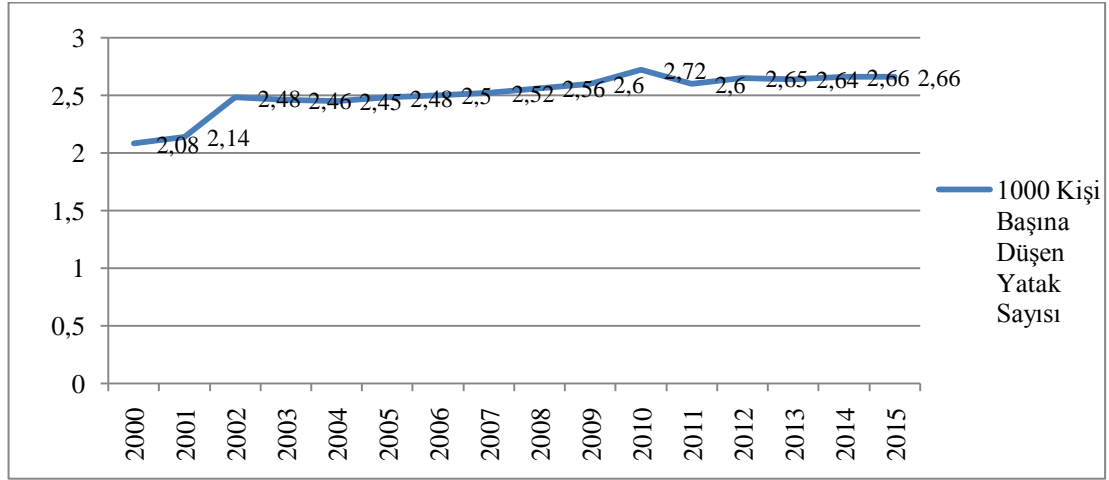
Grafik 11'de 2000 ve 2015 yılları arasında hizmet sunucularının sahip olduğu yataklı sağlık kurumu sayısının değişimi verilmiştir. Hizmet sunucuları arasında özel sektörün sahip olduğu kurum sayısında önemli değişim olmuştur. 2002-2015

bandında özel sektör kurum sayısı ikiye katlanmıştır. Grafik 11'e göre 2006 yılı bu artış için sıçrama yılı olarak kabul edilebilir. 58. Hükümet Acil Eylem Planında özel sektörün sağlık alanında yatırımının özendirilmesi amaçlanmış olup grafikte de görüldüğü üzere bu hedeflenen sonuç elde edilmeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum sayısında da azalış ve artışlar mevcuttur ancak en büyük hizmet sunucu konumundadır.



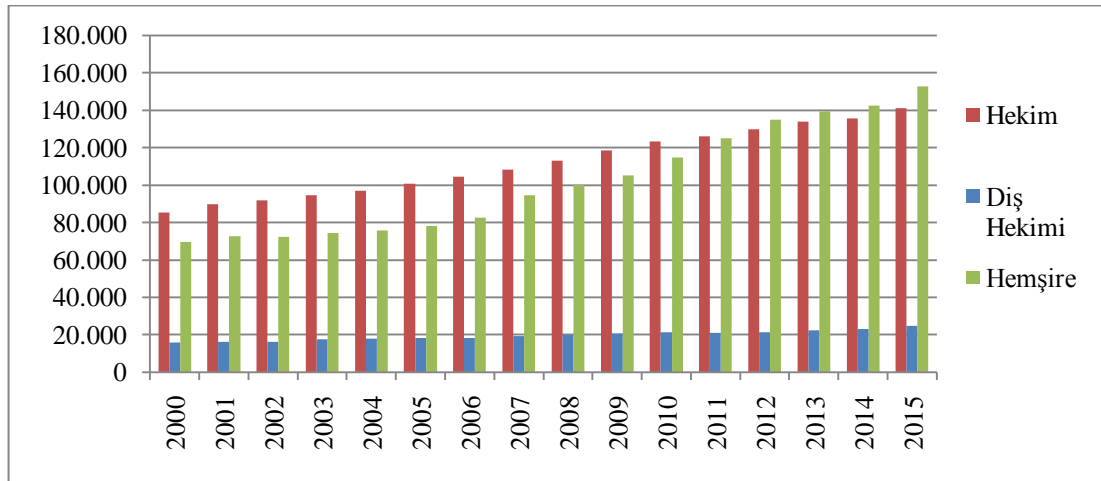
**Grafik 12:** 2000-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Yatak Sayıları  
**Kaynak:** TÜİK

Grafik 12'de hizmet sunucularının sahip olduğu yatak sayıları 2000 ve 2015 yılları aralığında verilmiştir. Yatak sayısı en fazla olan kurum Sağlık Bakanlığı olmakla birlikte üniversitelerin ve özel sektörün sahip olduğu yatak sayılarındaki sıralama değişmektedir. 2015 yılında Sağlık Bakanlığından sonra yatak sayısı en fazla olan hizmet sunucu özel sektör olmuştur. Grafik 11 ile birlikte Grafik 12'yi değerlendirmek bakış açımızı geliştirecektir. Özel sektör kurum sayısında artışın sıçrama yılı 2006 olmakla birlikte yatak sayısında artış sıçrama yılı 2007 olmuştur ve kurum sayısı üniversite'den fazla olmasına rağmen 2012 yılına kadar olan dönemde yatak sayısı üniversite'den azdır. Bu açıdan üniversite yataklı sağlık kurumu sayısı az olmasına rağmen sahip olduğu yatak sayısı özel sektöre göre daha fazladır.



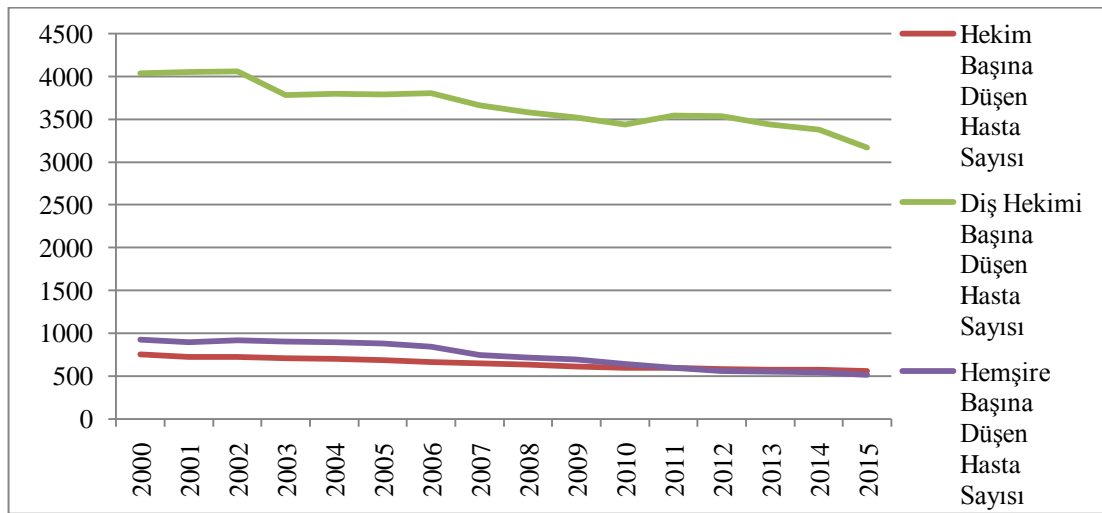
**Grafik 13:** 2000-2015 Yılları Arası 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı **Kaynak:** TÜİK

Grafik 13'te 1000 kişi başına düşen yatak sayısı tüm hizmet sunucularının toplamına göre verilmiştir. Türkiye'nin nüfusu her geçen sene artmakta ve bu artış ile birlikte yataklı sağlık kurumu ve bünyelerinde bulunan yatak sayıları da artmıştır. Bu iki değişkenin oranlanması sonucunda yatak sayısı nüfusa oranla daha fazla artmış ve 1000 kişi başına düşen yatak sayısı artış göstermektedir. 2000 yılında 2'nin biraz üstünde seyreden 1000 kişi başına yatak sayısı 2015 yılına geldiği vakit 2,5 düzeyine yaklaşmıştır.



**Grafik 14:** 2000-2015 Yılları Arası Hekim, Diş Hekimi ve Hemşire Sayısı **Kaynak:** TÜİK

Sağlık hizmetlerinin sunumu sağlık personelleri tarafında yerine getirilmektedir. Grafik 14’te 2000 ve 2015 yılları arasında hekim, diş hekimi ve hemşire sayıları verilmiştir. Tablo da verilen personel gruplarında artış yaşanmıştır. Ancak en önemli artış hemşirelerde yaşanmıştır. 2000-2015 bandında hemşire sayısında iki kat artış yaşanmıştır. Hekimler de ise artış oranı hemşireler kadar olmamakla birlikte hemşireler üzerinde ki sayısal üstünlüğünü 2012 yılından itibaren kaybetmiştir. Diş hekimi sayısında artış yaşanmıştır ancak diğer iki grupta olduğu gibi oransal anlamda anlamlı bir artış yaşanmamıştır. Sağlık personelinin sektörler bazında çalışma oranına baktığımızda ise 2002 yılında özel sektörde çalışan hekimlerin tüm hekimlere oranı %15,7 iken bu oran 2015 yılında %21,1’e yükselmiştir. (Bora Başara, 2016)

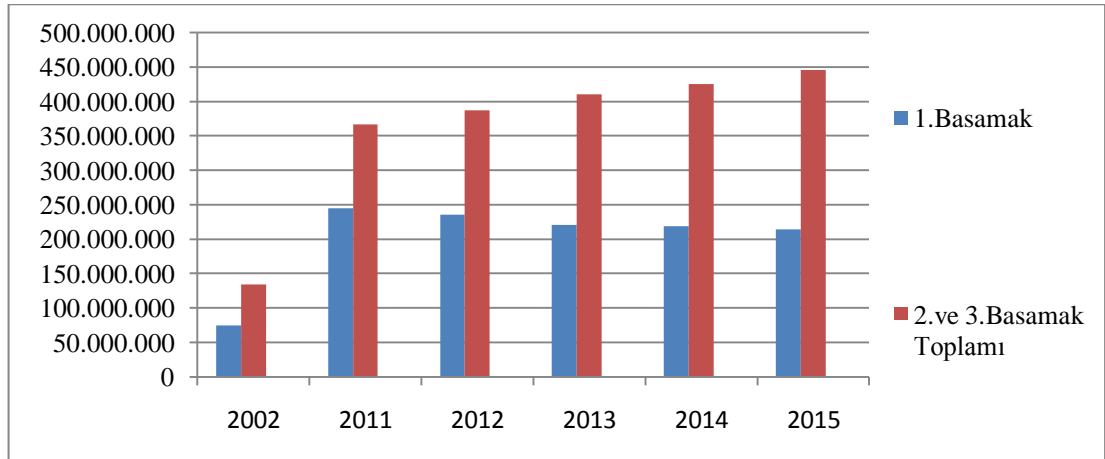


**Grafik 15:** 2000-2015 Yılları Arası Hekim, Diş Hekimi ve Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı **Kaynak:** TÜİK

Grafik 15’te hekim, diş hekimi ve hemşire başına düşen hasta sayısının 2000-2015 yılları arasındaki değişimi verilmiştir. Grafikten de anlaşılacağı üzere diş hekimi başına düşen hasta sayısında önemli bir azalma yaşanmış olup hemşire başına düşen hasta sayısı da personel sayısının artışına bağlı olarak 2011 senesinde hekim başına düşen hasta sayısından daha az olmuştur.

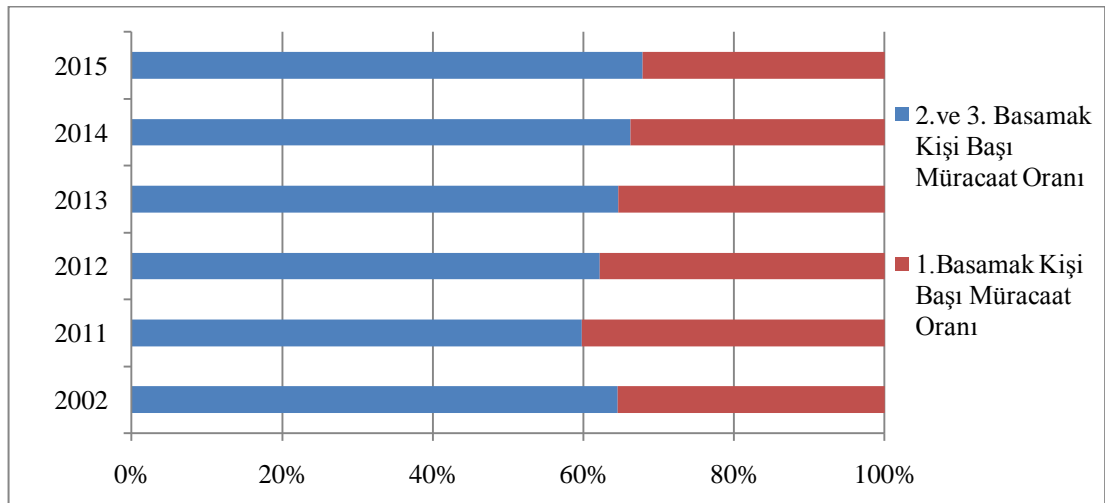
Sağlıkta Dönüşüm Programının hedefleri arasında etkili, kademeli sevk zinciri bulunmaktadır. Bu sistem birinci basamağın kuvvetlendirilerek ikinci ve üçüncü basamağa sevki sağlayan sistemdir. Bu sistem ile maliyetleri yüksek olan

ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde gerek gereksiz harcamaların önüne geçilmesi gerekse de bu basamaklara olan gereksiz yığılmaların önüne geçilmesi amaçlanmaktadır. Ancak ülkemizde birinci basamağın-aile hekiminin sevki olmadan ikinci basamağa başvuru halinde katkı payı konulsa da sevk zinciri sistemi etkin işlememektedir.



**Grafik 16:** 2002-2015 Yılları Arası 1.Basamak ve 2. - 3. Basamak Toplamı Başvuru Sayısı **Kaynak:** (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015)

Grafik 16'da görüldüğü üzere 2002 yılında 2. ve 3. basamak başvuru sayısı 1.basamağa göre daha fazla olmakla birlikte bu durum 2015 yılına kadar olan dönemde de bu şekilde devam etmiştir. Ancak aralarındaki oransal farka bakıldığında 2015 yılına gelindiğinde aralarındaki fark artmıştır.



**Grafik 17:** 2002-2015 Yılları Arası 1.Basamak ve 2. - 3. Basamak Toplamı Kişi Başı Müracaat Oranı **Kaynak:** (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015)

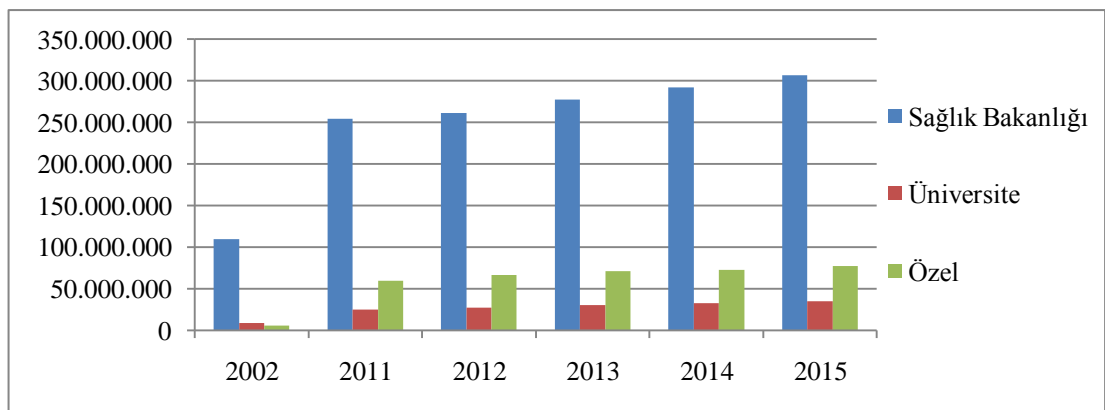


Grafik 17’de basamaklara göre kişi başı müracaat sayıları yıllar itibariyle verilmiştir. İncelenen yıllar içerisinde 1.basamak kişi başı başvuru oranı diğer basamaklardan düşük olmuştur ancak 2002 yılından 2015 yılına gelindiğinde aralarındaki oransal fark artmıştır.



**Grafik 18:** 2002-2015 Yılları Arası 1.Basamak Sevk Hızı (%) **Kaynak:** (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015)

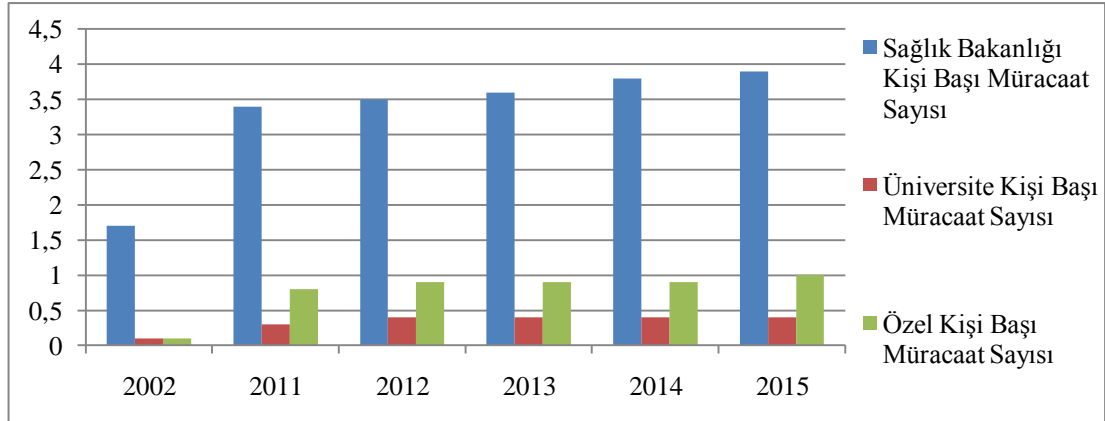
Sevk zincirinin önemi doğrultusunda incelediğimiz grafiklerin akabinde 1.basamak sevk hızının 2002 ve 2015 yılları arasındaki değişimi verilen Grafik 18’e göre 2002 yılından 2015 yılına gelindiğinde sevk hızının oranı oldukça düşüktür.



**Grafik 19:** 2002-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Müracaat Sayısı **Kaynak:** (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015)

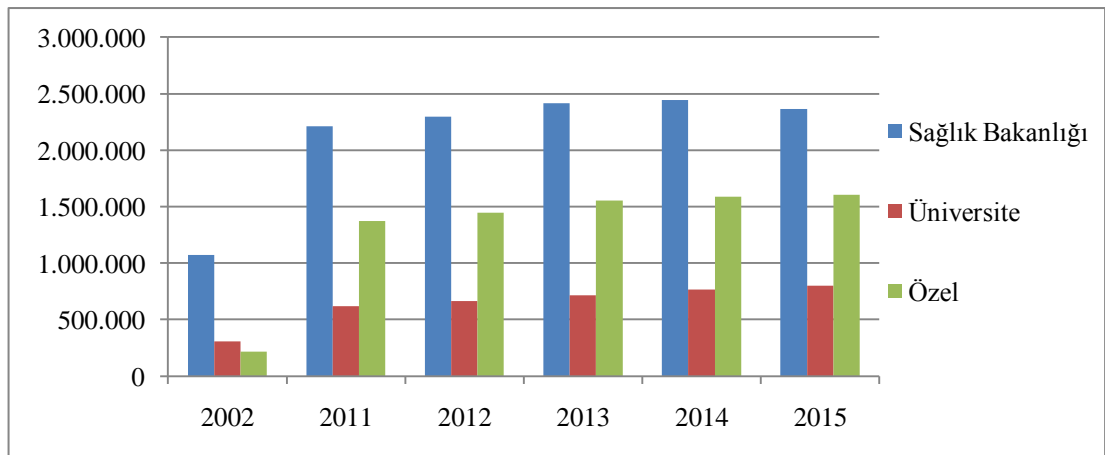
Grafik 19’da 2002 ve 2015 yılları arasında hizmet sunucularına göre başvuru sayısı verilmiştir. Bu tabloda Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi döneme

bakıldığında özel sektöre başvuru sayısı oldukça azdır. Ancak 2015 yılına kadar olan süreçte özel sektöre olan başvuru sayısı artmış olup bu durumun oluşmasında sağlık reformu sürecinde izlenen uygulamalar etkili olmuştur. Ancak yine de en çok başvuru alan sunucu Sağlık Bakanlığı olmakla birlikte bu konumunu korumaktadır.



**Grafik 20:** 2002-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Kişi Başı Müracaat Sayısı **Kaynak:** (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015)

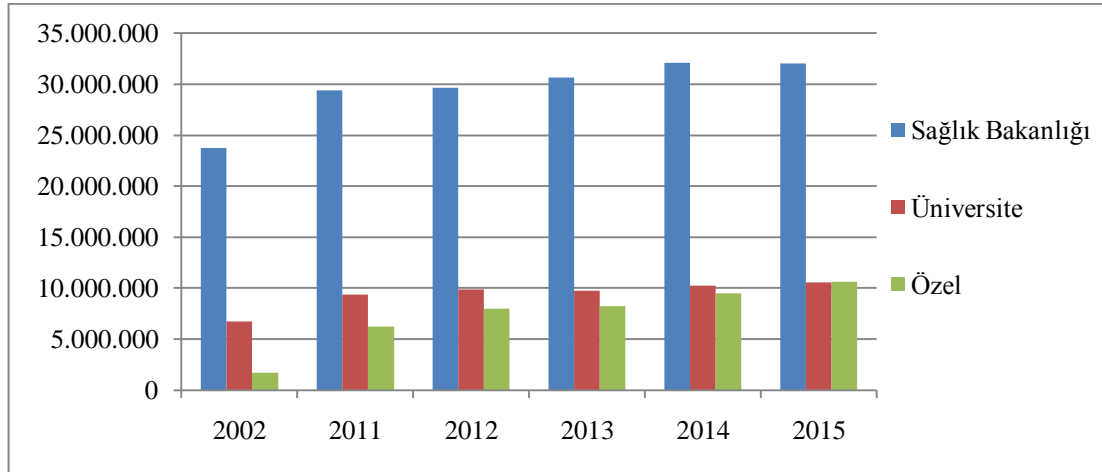
Grafik 20’de de görüldüğü üzere özel sektöre kişi başı müracaat sayısında artış mevcuttur. Özellikle 2002 yılından 2015 yılına kadar olan dönemde bu artış süreklilik kazanmıştır.



**Grafik 21:** 2002-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Yapılan Ameliyat Sayıları **Kaynak:** (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015)

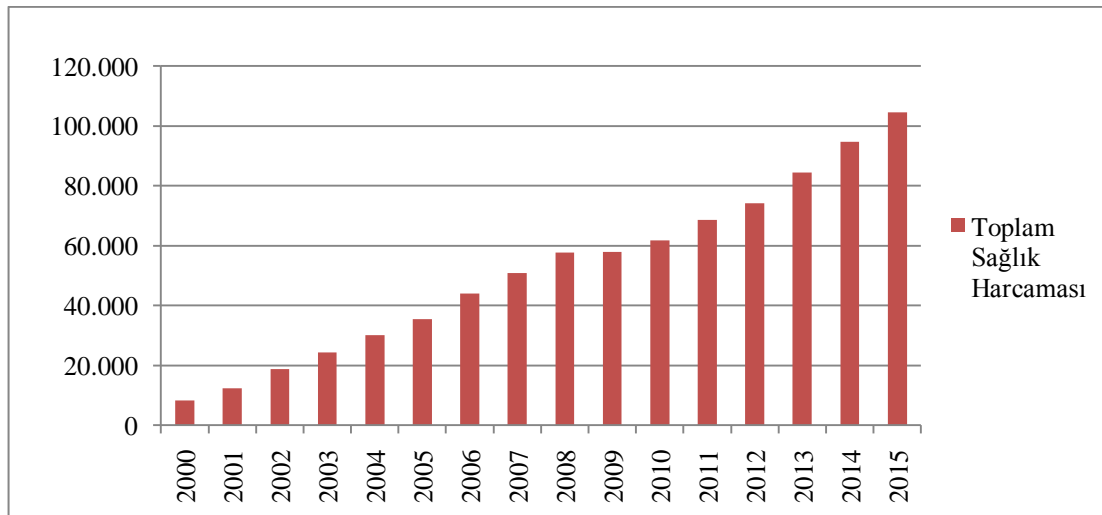
Müracaat sayılarının akabinde hizmet sunucularında yapılan ameliyat sayılarına Grafik 21’e bakıldığında müracaat sayılarında olduğu gibi özel sektörde yapılan ameliyat sayılarında çok ciddi bir artış gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı en

büyük paya sahiptir ancak 2015 yılında ameliyat sayısı azalmıştır. Üniversitelerde yapılan ameliyat sayısında da artış bulunmaktadır ancak bu artış oransal olarak özel sektörden düşüktür.



**Grafik 22:** 2002-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Yatılan Gün Sayısı  
**Kaynak:** (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015)

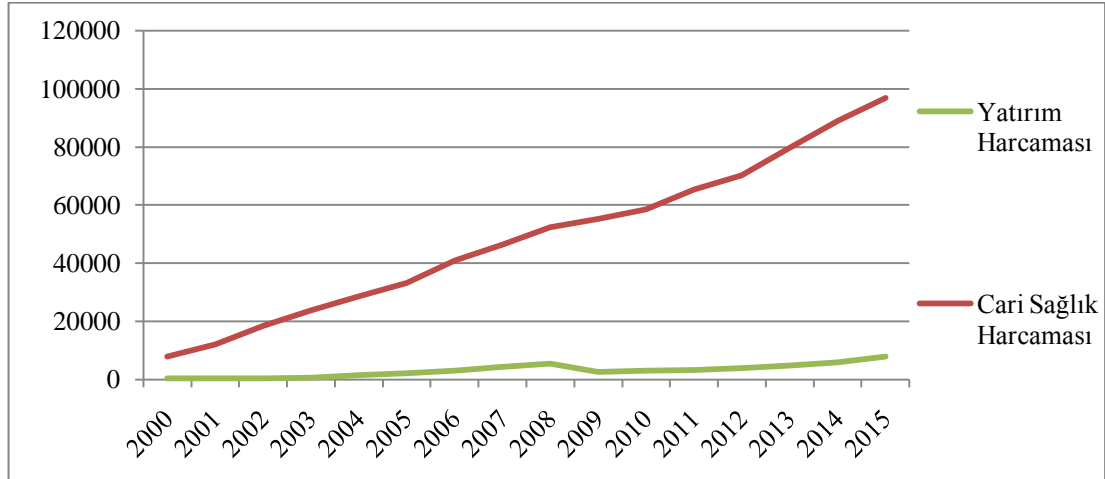
Grafik 22’de hizmet sunucularına göre yatılan gün sayıları verilmiştir. Bu verilere göre yatılan gün sayısında özel sektörde 2002 yılından 2015 yılına gelindiğinde önemli bir artış yaşanmıştır.



**Grafik 23:** 2000-2015 Yılları Arası Toplam Sağlık Harcaması Seyri (Milyon TL)  
**Kaynak:** TÜİK

Grafik 23’te toplam sağlık harcamalarının seyrine bakıldığında 2000 yılından 2015 yılına kadar olan dönemde önemli bir artış gerçekleşmiştir. 2008 ve 2009

yıllarında artış oranı azalsa da 2011 senesinden itibaren artış oranı artmaya başlamıştır.



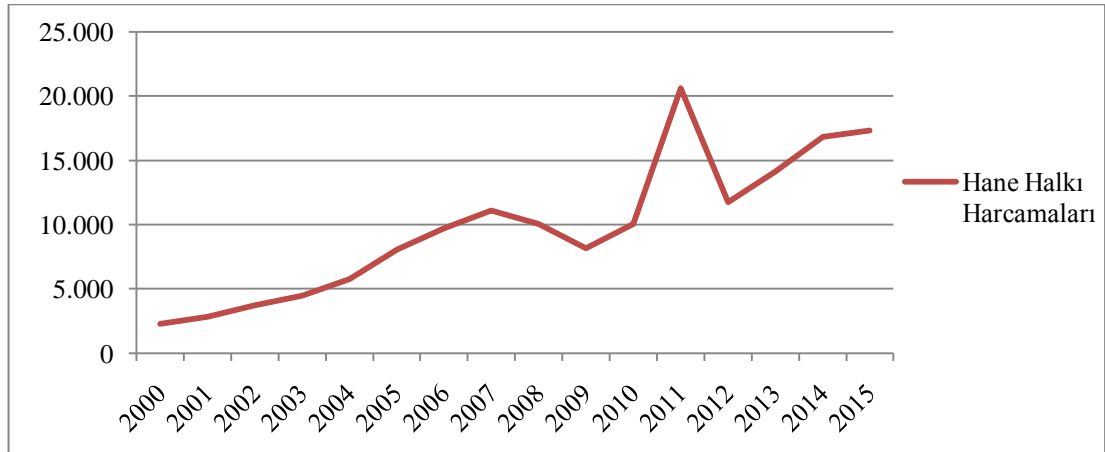
**Grafik 24:** 2000-2015 Yılları Arası Cari Sağlık ve Yatırım Harcaması Seyri (Milyon TL) **Kaynak:** TÜİK

Grafik 24'e baktığımızda incelenen dönem içinde cari sağlık harcamasında önemli bir artış yaşanmıştır. 2009 yılında artış oranı durağana yakın bir görünüm sergilese de artış sonraki yıllarda devam etmiştir. Yatırım harcamaları ise 2004-2007 yılları arasında istikrarlı bir artış gösterse de 2008 yılında azalmış ancak 2015 yılına kadar olan dönemde artış devam etmiş ve en yüksek seviyeye gelmiştir.



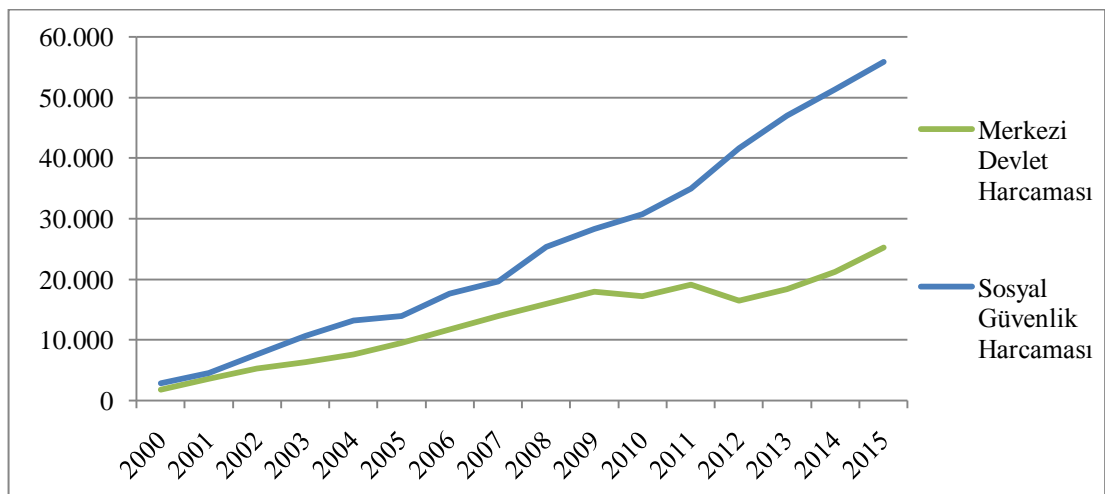
**Grafik 25:** 2000-2015 Yılları Arası Genel Devlet Sağlık Harcaması ve Özel Sektör Sağlık Harcaması Oransal Seyri **Kaynak:** (TÜİK)

Grafik 25'te toplam sağlık harcamaları içindeki devlet ve özel kesimin harcamalarının oransal seyrine baktığımızda 2000 ve 2002 dönemleri arasında özel kesimin harcamalarının oranı azalmaktadır. Ancak 2000 yılında bu oran oldukça yüksektir. 2015 yılına gelindiğinde ise %20'nin üzerinde bir orana sahiptir ve 2011 yılından itibaren seyrine bakıldığında artış halinde olduğu görülmektedir.



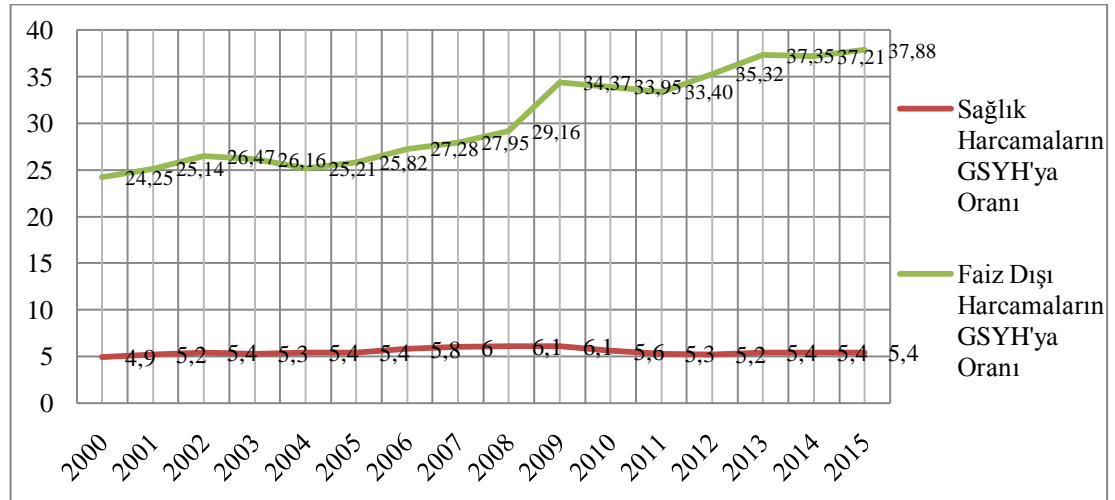
**Grafik 26:** 2000-2015 Yılları Arası Hane Halkı Sağlık Harcamaları Seyri (Milyon TL) **Kaynak:** TÜİK

Grafik 26'ya bakıldığında ise özel kesimin harcamaları arasında yer alan hane halkı harcamalarının seyri verilmiştir. 2000 yılından itibaren hane halkı sağlık harcamaları toplamda artmaktadır. Ancak bu artışın oransal anlamda istikrara sahip olduğunu söylemek güçtür.



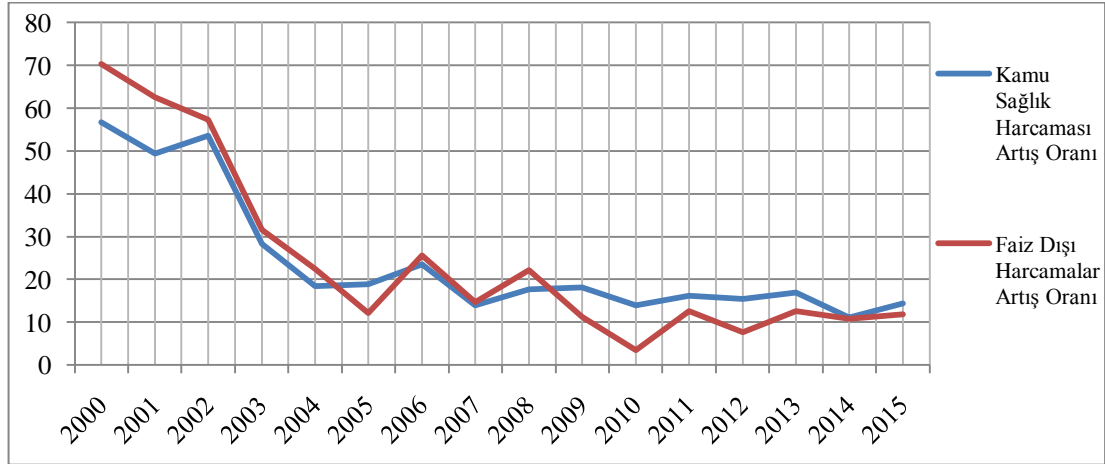
**Grafik 27:** 2000-2015 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Harcaması ve Merkezi Devlet Sağlık Harcaması Seyri (Milyon TL) **Kaynak:** TÜİK

Sağlık sistemi Refah Yönelimli ülke olan Türkiye’de sosyal güvenlik kurumları tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamaları Grafik 27’ye göre devlet sağlık harcamalarının incelenen tüm yıllarda fazla olmuştur. Ancak sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ile birlikte 2006-2007 döneminden itibaren ciddi bir ivme kazanmıştır. Hatırlanacağı üzere önceki başlıklarda sosyal güvenlik kurumlarının mali yapılarını incelendiğinde bu kurumların ödemeler dengesinde önemli sorunlar mevcuttu ve 2006 yılından itibaren tek çatı altın toplanması ile birlikte ödemeler dengesindeki sorunlar düzeltilirken devlet tarafından yapılan bütçe transferleri artmaktaydı. Sağlık harcamalarına da baktığımızda bu artış 2015 yılı itibari ile birlikte önemli bir düzeye yükselmiştir.



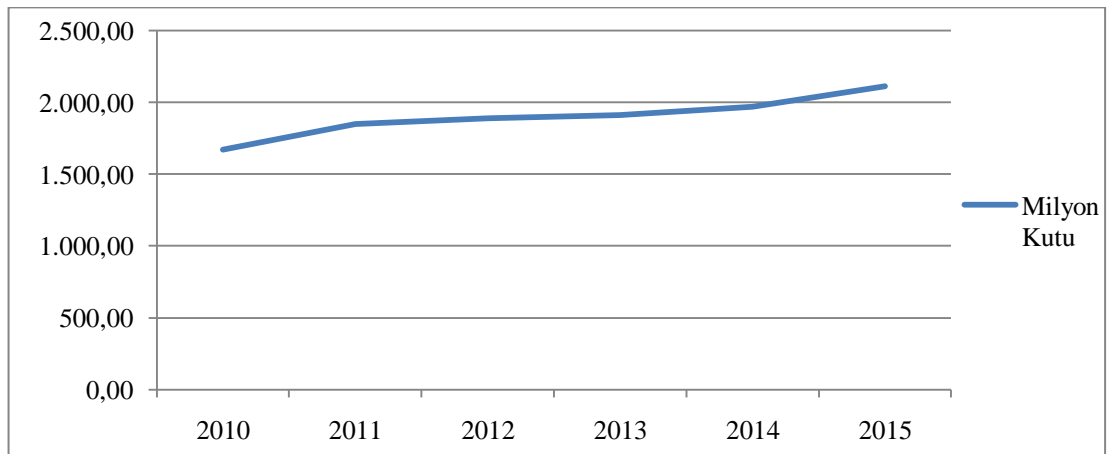
**Grafik 28:** 2000-2015 Yılları Arası Faiz Dışı Harcamaların ve Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH’ya Oransal Seyri **Kaynak:** Kalkınma Bakanlığı, TÜİK

Devlet bütçesi içerisinde borçlanmalar ayrı hesapta izlenmektedir ancak borçlanmalar için ödenen faiz giderleri devlet bütçesine gider olarak kaydedilmektedir. Grafik 28’de bütçe içerisinde faiz harcamalarını düşüldüğünde faiz dışı harcamalarının GSYH’ya olan oransal seyri verilmiştir. 2000 yılından bu yana faiz dışı harcamaların oransal artışı bazı dönemlerde azalsa da 2015 yılında %40’a yakın seyretmektedir. Ancak sağlık harcamaların seyrinde anlamlı kabul edilebilecek bir değişim görülmemektedir. Ancak kimi zaman artış ve azalışlar olsa da 2000 yılında %5’e yakın olan oran 2015 yılında %5’in üzerine çıkmıştır.



**Grafik 29:** 2000-2015 Yılları Arası Kamu Sağlık Harcamalarının ve Faiz Dışı Harcamaların Oransal Seyri **Kaynak:** Kalkınma Bakanlığı, TÜİK

Grafik 29’da 2000-2015 yılları arası kamu sağlık ve faiz dışı harcamaların oransal artışı verilmiştir. Bütçe içerisinde gerçekleşen faiz dışı harcamaların artış oranı ile kamu sağlık harcamalarının artış oranı arasında bir ilişki bulunmamaktadır. 2006 yılına kadar olan dönemde faiz dışı harcamaların artış oranı kamu sağlık harcamalarından yüksek seyretmiş ancak 2009 yılı ile birlikte kamu sağlık harcamalarının artış oranı faiz dışı harcamaların oranından yüksek seyretmektedir. 2010 yılında ise oransal farkın en yüksek yıl olmuştur.



**Grafik 30:** 2010-2015 Yılları Arası Tüketilen İlaç Miktarı Seyri **Kaynak:** (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015)

Türkiye genç bir nüfusa sahip olmasına rağmen ilaç harcamalarının yüksek olduğu ülkelerin başında gelmektedir. Grafik 30’da görüldüğü üzere 2010 ve 2015 yılları arasında kullanılan ilaç miktarında artış bulunmaktadır.

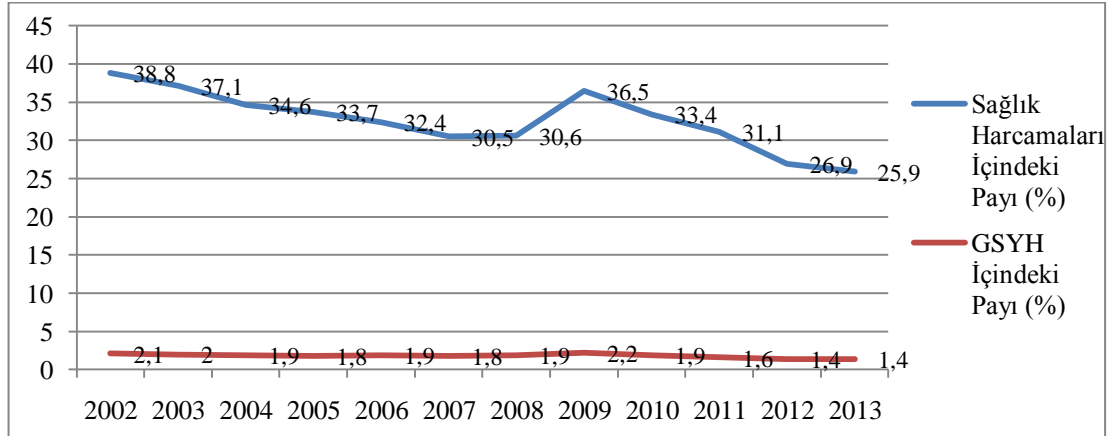
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Sağlık Bak.	TL	220	244	225	300	429	435	639	1.084	1.084	1.014	1.434	1.102
	%	3,0	2,7	2,2	2,5	3,0	2,8	3,6	5,1	4,9	4,3	7,2	5,0
Üniversite	TL	79	103	122	133	165	161	299	313	363	413	402	322
	%	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2	1,0	1,7	1,5	1,8	1,9	2,0	1,5
Özel	TL	37	47	44	73	124	295	281	319	444	334	428	419
	%	0,5	0,5	0,4	0,6	0,9	1,9	1,6	1,5	2,2	1,6	2,1	1,9
Serbest Eczane	TL	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042
	%	95,4	95,6	96,2	95,8	95,0	94,3	93,1	91,9	91,2	92,2	88,6	91,6
Toplam		7.290	9.003	10.384	11.918	14.271	15.546	17.673	21.122	20.612	21.334	19.941	21.885

Milyon TL

**Tablo 31:** 2002-2013 Yılları Arası İlaç Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi **Kaynak:** (Atasever, 2014)

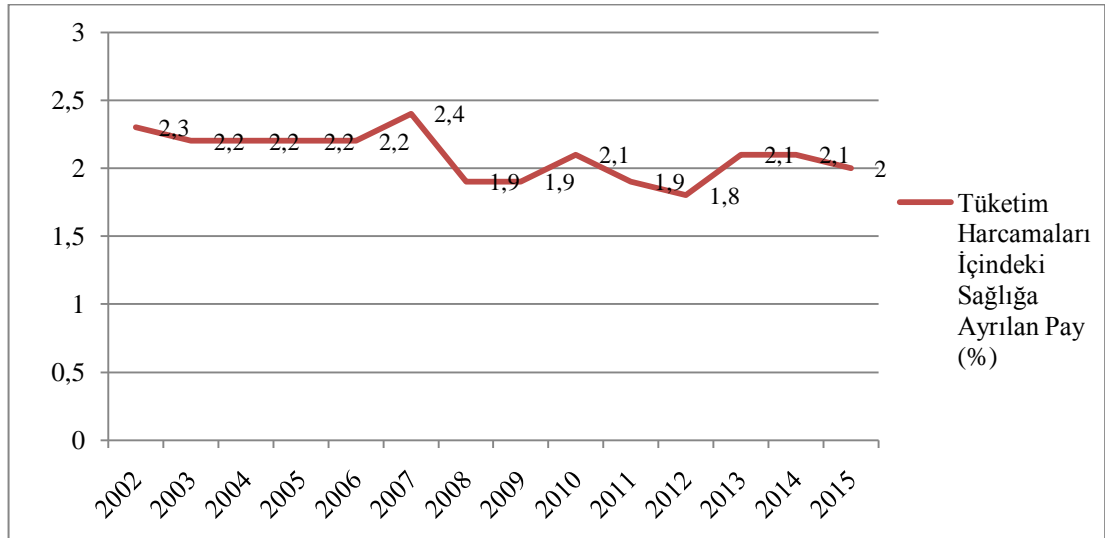
Tablo 31’de 2002 ve 2003 yılları arasında hizmet sunucularına göre ilaç harcamaları verilmiştir. İncelenen dönem içerisinde en yüksek harcama serbest eczanelere aittir ve serbest eczaneleri Sağlık Bakanlığı takip etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özel kesimin sağlık sektöründe varlığını arttırması ile birlikte kurum sayılarını takiben ilaç harcamalarının da oransal olarak varlığını arttırdığı görülmektedir.





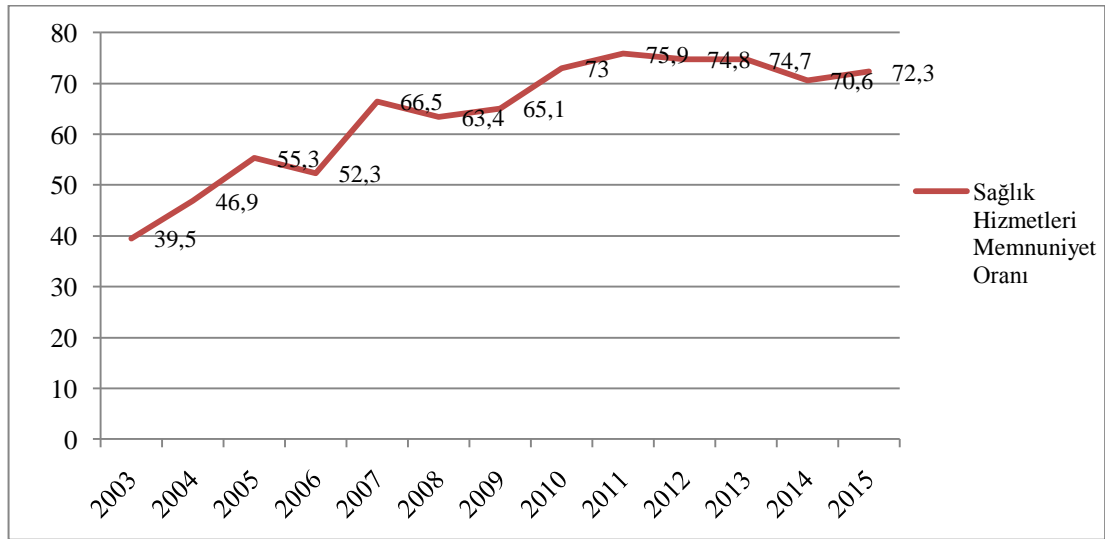
**Grafik 31:** 2002-2013 Yılları Arası İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı **Kaynak:** (Atasever, 2014)

Grafik 31'e göre ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı azalmakta olup GSYH içindeki payı da azalmaktadır.



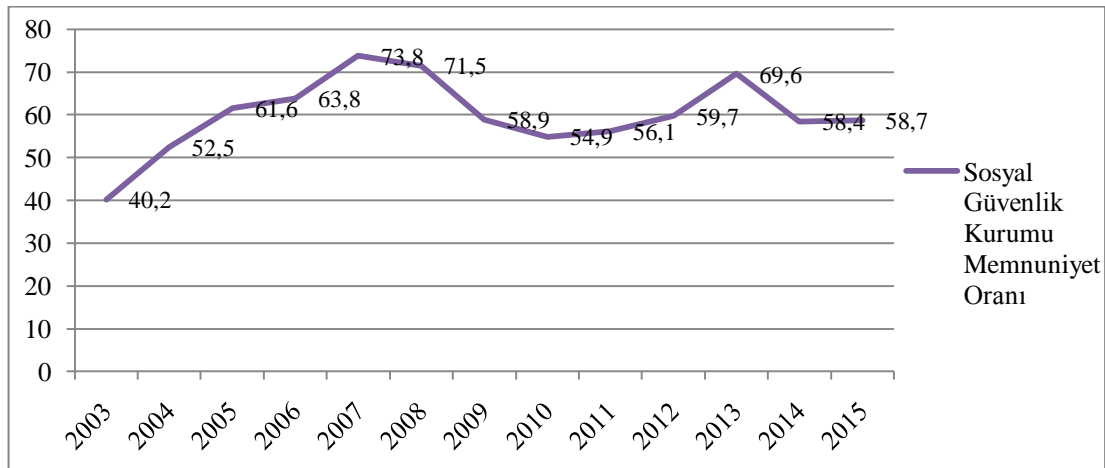
**Grafik 32:** 2002-2015 Yılları Arası Hane Halkı Tüketim Harcamaları İçindeki Sağlığa Ayrılan Pay **Kaynak:** TÜİK

Grafik 26'ya göre hane halkı sağlık harcamalarının toplamda seyri artış halindedir. Ancak Türkiye İstatistik Kurumu'nun yaptığı araştırmalara göre hazırlanan Grafik 32'ye göre hane halkının tüketim harcamaları içindeki sağlığa ayrılan pay düşüş halindedir. 2002 yılında %2,5'a yakın olan bu oran 2015 yılına gelindiğinde %2 düzeyine inmiştir.



**Grafik 33:** 2003-2015 Yılları Arası Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Oranı **Kaynak:** TÜİK

SDP ile birlikte sağlık alanına köklü değişimler geçiren Türkiye’de, Grafik 33’e göre sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2003 yılında oldukça düşük seviyede iken 2015 yılına gelindiğinde %70’in üzerine çıkmıştır.



**Grafik 34:** 2003-2015 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumu Memnuniyet Oranı **Kaynak:** TÜİK

Grafik 34’e göre ise Sosyal Güvenlik Kurumu memnuniyet oranlarına bakıldığında 2003 senesinde %40 düzeyinde iken 2006 senesinde kurumların tek çatı altına toplanmasını takiben %70 düzeyinin üzerine çıkmıştır. 2015 senesine gelindiğinde ise memnuniyet oranı %70 düzeyine yakın olsa da 2003 senesine oranla oldukça yüksek bir düzeydedir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SEÇİLMİŞ ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI: ALMANYA VE HİNDİSTAN

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması amacıyla birçok çalışma yürütülmüştür. Ancak literatürdeki geçerliliğini koruyan ve sıklıkla kullanılan sağlık sistemleri sınıflandırılması M.I. Roomer'a aittir. Bu sınıflandırma baz alınarak çalışmada ekonomik göstergeler açısından gelişmiş ve sanayileşmiş ülke konumunda olan Almanya ile az gelişmiş ülke konumunda olan Hindistan seçilmiştir. Bu başlık altında öncelikle Almanya ve Hindistan'ın sağlık sistemleri anlatılacak olup akabinde sağlık harcamaları incelenecektir. Sonrasında ise; uluslararası kuruluşların çalışmaları baz alınarak, sağlık reformu sürecinde olan Türkiye ile M.I. Roomer'ın sağlık sistemi sınıflandırması baz alınarak seçilmiş olan ülkelerin ilgili göstergeler ile karşılaştırmalı olarak incelenecektir.

#### 3.1 Almanya Sağlık Sistemi

Almanya gerek sağlık göstergeleri gerekse de sağlık hizmetlerinin sunumu ve kalitesi yönünden dünyada önemli bir konuma sahip olan bir ülkedir. Almanya'nın Sosyal Sigorta esasına (Bismarck) dayalı olan sağlık sisteminin tarihini 19.yy.'a hatta daha da geçmişe götürmek mümkündür. Bu başlık altında öncelikle ülkenin tanıtılması adına Almanya hakkında genel bilgiler verilecek olup sonrasında sırası ile demografik ve sağlık göstergeleri, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık harcamalarının finansman yapısı ve sağlık harcamaları incelenecektir.

##### 3.1.1 Almanya Hakkında Genel Bilgiler

Almanya coğrafi olarak Avrupa'nın ortasında kalan bir ülkedir. Ülke yüzölçümü 357.093 km<sup>2</sup> olmakla birlikte kuzeyi ile güneyi arasındaki mesafe 876 km, doğusu ile batısı arasındaki mesafe ise 640 km'dir. Almanya'nın toplam sınır uzunluğu 3.757 km olmakla birlikte sahil ve kıyıların uzunluğu 2.389 km'dir. Almanya'nın; Polonya, Danimarka, Çek Cumhuriyeti, İsviçre, Avusturya, Fransa,

Lüksemburg, Hollanda ve Belçika olmak üzere 9 komşu ülkesi bulunmaktadır. Almanya'nın en büyük 5 kenti ise; Berlin, Hamburg, Münih, Köln ve Frankfurt'tur.

Almanya (Federal Almanya Cumhuriyeti) demokratik, sosyal ve hukuk devletidir. 1949 yılından itibaren federal devlet şeklinde yönetilmekle beraber başkenti Berlin'dir. 2. Dünya Savaşından sonra kabul edilen Bonn sistemine kadar Almanya'da 3 dönemi kapsayan 3 ayrı rejim uygulanmış olup bu rejimler: 1871-1918 İmparatorluk Rejimi, 1919-1933 Weimer Cumhuriyeti, 1933-1945 Nazi Rejimi'dir. (Çam, 1993: 276) Almanya'nın siyasi yapılanmasında kuvvetler ayrılığı ve yürütmenin yargıya karşı sorumluluğu ilkeleri geçerlidir. Tüm devlet organları anayasal (Temel Yasa) her vatandaşın temel hak ve özgürlüklerini ve insan haklarını güvence altına alır. Federal Anayasa Mahkemesi, anayasaya uyulmasını sağlar. Anayasa Mahkemesi'nin kararları diğer tüm devlet organları için bağlayıcıdır. Almanya siyasi sistemi içinde en üst düzeyde Cumhurbaşkanı bulunmakla birlikte parlamento tarafından 5 yıl süre ile seçilmektedir. Başbakan ise halkın seçtiği milletvekilleri tarafından parlamentonun çoğunluk oyuyla belirlenmektedir. Federal Almanya Cumhuriyeti 3 Ekim 1990 yılında gerçekleşen birleşme ile birlikte 16 eyaletten (Länder) oluşmaktadır. (Bu tarihten önce eyalet sayısı 9'dur) Her eyalet Almanya genelinde geçerli olan kanunları uygulamakla birlikte seçtikleri milletvekilleri ile Berlin'deki parlamento'da temsil edilmektedir. Almanya'da yasama organı çift meclislidir. Bunlardan ilki Federal Meclis (Bundestag) ikincisi ise Federal konseydir (Bundestrat). Eyaletler kabul edilmiş olan anayasa ve kanunları uygulamaktadırlar ancak kendi içlerinde de farklı mevzuatları bulunabilmektedir. Almanya'da bulunan eyaletler şunlardır: Baden Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pflaz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen.

Almanya ekonomisi dünyanın 8 büyük ekonomisi arasında yer almakta olup ekonomisi sanayi ve hizmet sektörüne dayanmaktadır. Tablo 32'de 2015 yılı için Almanya'nın bazı ekonomik göstergeleri verilmiştir.

<b>GSYH (ABD Doları-Trilyon)</b>	3.33
<b>Reel GSYH Büyüme Oranı (%)</b>	1,4
<b>Kişi Başına GSYH (ABD Doları )</b>	40.920
<b>Enflasyon Oranı (%)</b>	0,1
<b>İşsizlik Oranı (%)</b>	4,6
<b>İhracat (ABD Doları-Milyar)</b>	1.294
<b>İthalat (ABD Doları-Milyar)</b>	983

**Tablo 32:** 2015 Yılı Almanya Ekonomik Göstergeleri **Kaynak:** (Economist Intelligence Unit)

### 3.1.2 Demografik Göstergeler ve Sağlık Göstergeleri

2015 yılı nüfus sayımına göre Almanya'nın nüfusu 82.175.700 kişi olmakla birlikte bunun 40.514.100 kişisi erkek, 41.661.600 kişisi ise kadın nüfusundan oluşmaktadır. (Federal German Istatistical Office) Almanya'nın 2015 yılı için doğumda beklenen yaşam süresi 81 olmakla birlikte bu yaş 2000 yılında 78 yaş düzeyindedir. (World Health Organization, 2010) (World Health Organization, 2016) Sağlıklı yaşam yılı ise 2000 yılı için 69,4 iken 2015 yılında bu yaş 71,3'e ulaşmıştır. (World Health Organization, 2001) (World Health Organization, 2016) 5 yaş altı ölüm oranlarına bakıldığında ise 2000 yılı için 1000 kişide 4,4 olan bu oran 2013 yılında 3,9'a gerilemiştir. (World Health Organization, 2015) Bu verilerden yola çıkılarak Almanya'nın sağlık göstergelerinin 2000 ve 2013-2015 bandında üst düzey olduğu görülmektedir ve bu durum sağlık sisteminin iyi işlediğine yönelik çıkarım yapmamıza sebebiyet vermektedir. Doğumda beklenen yaşam süresinde ve beklenen sağlıklı yaşam sürelerindeki artış ülkedeki yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri nüfusun sayısal olarak artmasına sebep olmaktadır. Buna bağlı olarak Almanya gibi nüfus artış hızının düşük olduğu bir ülkede ülke nüfusunun yaşlanmasına sebebiyet vermektedir. OECD verilene bakıldığında 2002 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı 17,1 iken 2015 yılında bu oran 21 düzeyine yükselmiştir. (OECD Health Statistics 2016) kişi başına düşen doktor, hemşire ve yatak sayılarına baktığımızda ise 2000-2014 yılları arasında kişi başına düşen doktor sayısı 3,3-4,1 kişi başına düşen hemşire sayısı 10,5-13,1 kişi başına düşen yatak sayısı ise 9,1-8,2 olmuştur. (OECD Health Statistics 2016) Hastane hizmetlerine baktığımızda ise

2015 yılı için hastane sayısı 1,956, hasta sayısı 19.2 milyon kişi, ortalama kalış süresi 7.3 gün, yatak doluluk oranı %77,5 olmuştur. (Federal German Istatistical Office)

### 3.1.3 Sağlık Hizmetleri

Almanya sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kalitesinde uluslararası düzeyde önemli konuma sahip olan bir ülkedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü halkın eğitilmesi ve kitlelere mesajlara ayrılmıştır. (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) Sağlık eğitiminde federal, eyalet ve belediyelere önemli görevler düşmektedir. Almanya Sağlık Bakanlığına bağlı bulunan BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung-Federal Sağlık Eğitimi Merkezi) sağlık eğitimi konusunda çalışmalar yürütmektedir. Almanya'da ayakta tedavi hizmetleri aile hekimleri ve diş hekimleri tarafından yerine getirilmektedir. Aile hekimleri (Hausarzt) sözleşme esasına göre çalışmakta olup gerek koruyucu hekimlik gerekse de tedavi edici hizmetleri sunmaktadır. Almanya'da aile hekimliği uzmanlığı 6 yıllık bir Tıp Fakültesi eğitiminin akabinde 5 yıllık bir uzmanlık eğitimi gerektirmektedir. (Kavukçu ve Burgazlı: 2) Bireyler aile hekimi seçmekte özgürdürler ancak seçim yaptıktan sonra en az 3 ay süre ile seçtikleri hekime bağlı olmak zorundadırlar. Acil durumlarda, hafta sonları, tatil günleri, gece gündüz acil aile hekimliği ve diş hekimliği hizmetlerinden faydalanılabilir. (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) Aile hekimlerinin ödeme sistemleri ise hizmetlere göre belirlenmektedir. Yapılan her hizmetin bir tarifesi ve sunum süresi belirlenmiştir. Doktorlar ile sağlık sigortaları arasında KV (Kassenärztliche Vereinigung) bulunmakta ve doktorlar buralara zorunlu üyelik ile sağlık sigortalarıyla yapılan anlaşmaları yapan, ödemelerin yapıldığı, kontrol işlemlerinin denetlendiği özerk yapıya sahip bir kurumdur. (Kavukçu ve Burgazlı: 2) Almanya'da bulunan hastane hizmetlerinin yürütülmesi belediyelere bırakılmış olup bir kentte hastane kurulup kurulamayacağı, nerede nasıl kurulacağı konuları belediyeler ile eyalet yönetimlerinin tasarrufuna bırakılmıştır. (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) Almanya'da hastane hizmetlerini ise 3 kategoride sunulmaktadır. Bunlar devletin sahip olduğu hastaneler, özel hastaneler ve bağımsız-kâr amacı gütmeyen hastanelerdir. Hastanelerde çalışan hekimler aile hekimlerinin aksine maaşlı çalışmaktadırlar.

Almanya’da sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısına bakıldığında en başta Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır. Ancak 16 eyalet sağlık bakanlığı ile birlikte karar alma sürecini paylaşmaktadır. Almanya sağlık sistemi merkezi yönetim esasından daha çok çoğulcu ve özerk bir yönetim esasına bağlıdır. (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) Almanya Sağlık Bakanlığı 1962 tarihinde kurulmuştur. 1969 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Aile ve Gençlik Bakanlığı birleştirilmiştir. 1989 tarihinde Gençlik Kadın Aile ve Sağlık Bakanlığı adını almış ancak 1991 tarihinde Sağlık Bakanlığı adı altında örgütlenmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı birimler ve görevleri şunlardır:

- **Robert Koch Institut (RKI):** Hastalıklarla mücadele ve önlenmesi sorumlu halk sağlığı alanında federal hükümetin merkezi kurumudur.
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Federal Sağlık Eğitimi Merkezi):** Halkın sağlık eğitimi konusunda çalışmalar yürüten ve federal hükümete bağlı olan bir kurumdur.
- **Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Alman Tıbbi Dokümantasyonu ve Enstitüsü):** Tıp ve biyolojik bilimler literatürünü izleme, değerlendirme ve yaygınlaştırılması faaliyetlerinden sorumludur.
- **Paul-Ehrlich-Institut (PEI) (Paul Ehrlich Serum ve Aşı Enstitüsü):** Bağışıklama ve serum ürünlerinin denetim, ruhsatlandırma ve korunması faaliyetlerinden sorumludur.
- **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (İlaç ve Tıbbi İlaçlar Federal Enstitüsü) :** İlaç ve tıbbi cihazların ruhsatlandırılması faaliyetlerinden sorumludur.

### 3.1.4 Sağlık Sistemi Finansmanı

Almanya, sağlık sisteminin finansmanında sosyal sigorta yöntemini kullanmaktadır. Bu sistemin işleyiş esası çalışanın kazandığı ücretten ve işverenden prim alınmasına dayalıdır. Almanya’da sosyal sigorta sistemi dönemin Başbakanı Otto Von Bismarck tarafından başlatılmıştır. Ancak bu sistemin tarihini maden işçilerinin kazaya uğrayıp sefalet düşen arkadaşları için kurdukları sandıklara kadar

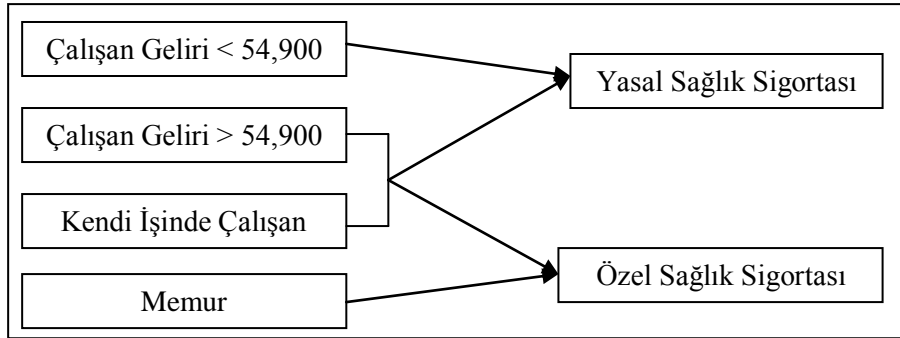
götürebiliriz. (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) Bismarck öncelikle bir sosyal politika ile işçilerin durumunu düzeltmek istemiştir. 1880'li yıllarda Bismarck'ın başında bulunduğu hükümet zaman içerisinde sağlık, kaza, maluliyet, kaza gibi sigortalar geliştirilerek sistem uygulanmaya başlamış ve kendi ismi ile anılan Bismarck yöntemi literatüre girmiştir.

Günümüzde bu yöntem uygulanmaya devam etmekte olup sigorta sistemi yasal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası olmak üzere iki türde işlemektedir. Ancak bu iki yöntem haricinde ek sigortalara da başvurulmaktadır. Almanya'nın vatandaşlarına sunduğu başlıca sosyal güvenceler şunlardır:

- **Krankenversicherung:** Sağlık Sigortası
- **Unfallversicherung:** Kaza Sigortası
- **Rentenversicherung:** Emeklilik Sigortası
- **Arbeitslosenversicherung und Pflegeversicherung:** İşsizlik ve Bakım Sigortası

Yasal Sağlık Sigortası (GKV), tüm sigortalıların aynı oranda katkı payı ödemesi ile işleyen bir sistemdir. Bu oran %15,5'tir. Primler maaştan kesilmekle birlikte sağlık fonuna aktarılmaktadır. Bu sağlık sigortasına bağlı olan çalışanın çocukları ve ailesi de ücretsiz olarak sigortalanmaktadır. Yasal Sağlık Sigortasına bağlı olanların alabilecekleri hizmetler: koruyucu sağlık ve uzman bakım hizmetleri, göz, diş, ilaç gibi hizmetlerdir. Ancak diş tedavilerinde kimi durumlarda cepten harcamalar devreye girebilmekte bu durumda da ek sigortalara başvurulmaktadır. Özel sağlık sigortası (PKV) ise herkesin kullanabileceği bir yöntem olmamakla birlikte çeşitli şartlara bağlanmıştır. Şekil 3'te de görüleceği üzere geliri 2014 yılı için 54,900 EURO ve üzeri olanlar ve kimi meslek mensupları için sağlanan bir sigorta yöntemidir. Almanya'da 2014 yılı için özel sigortalara bağlı bulunan kişi sayısı 8,8 milyon kişidir. (Blümel ve Busse, 2016: 69)





**Şekil 3:** Alman Sağlık Sigortası Sistemi ve Seçimi **Kaynak:** (Obermann et al 2012 147) **Aktaran:** (Esmail, 2014: 16) **Not:** Çalışan gelirinde 2014 yılı kullanılmıştır.

Almanya’da 1 Ocak 2009 tarihinden itibaren ülke çapında yaşayan herkese sağlık sigortası zorunluluğu getirilmiştir. Almanya’ya kısa süreli yapılan ziyaretlerde sağlık sigortası yaptırma zorunluluğu vardır. Aksi takdirde vize verilmemesi kararlaştırılmıştır.

<b>Sağlık Sistemi ve Sağlık Kamu/Özel Sigorta Rolü</b>	<b>Devletin Rolü</b>	Yasal Sağlık Sigortası, rakip 124 Yasal Sağlık Sigortası ile birlikte, yüksek gelir sahipleri kapsam dışına çıkabilir.
	<b>Kamu Kaynaklı Finansman</b>	İşçi/işveren maaş kesintisi ve genel vergi gelirleri
	<b>Özel Sigorta Kaynaklı Finansman</b>	Yaklaşık %11 yasal sigorta kapsamı dışında ve ek kapsama alıyor. Bazı tamamlayıcı ve ek kapsama.(Gelişmiş olanaklar)
<b>Fayda Paylaşımı</b>	<b>Maliyet Paylaşımına Açık Üst Sınır</b>	Üst sınır bulunmaktadır. Hane geliri %2, Kronik hastalık geliri için %1
	<b>Muafiyet ve Düşük Gelirlinin Korunması</b>	18 yaşındaki ergenlik çağındaki çocuklar muaf

**Tablo 33:** Almanya Sağlık Sistemi ve Kapsamı **Kaynak:** (Mossialos vd.,2016)

<b>Hizmet Saylayıcı</b>	<b>1.Basamak</b>	Özel
	<b>Hastaneler</b>	Kamu (%50 yatak) Özel kar amacı gütmeyen (%33 yatak) Kar amacı güden (%17 yatak)
<b>Sağlayıcı Ödemeleri</b>	<b>1.Basamak Ödemeleri</b>	Free-For-Service (Ücretsiz Hizmet)
	<b>Hastane Ödemeleri</b>	Vaka bazlı ödeme doktor masrafları içerir
<b>Birinci Basamak Rolü</b>	<b>Pratisyen Hekim İle Kayıt</b>	Hayır
	<b>Kapı Tutucu</b>	Hastalık fonlarında belirli programlarda mevcut fakat genelde yok

**Tablo 34:** Almanya Sağlık Sistemi Sağlayıcı Kuruluş ve Ödeme **Kaynak:** (Mossialos vd., 2016)

### 3.1.5 Sağlık Harcamaları

Almanya sağlık düzeyi göstergeleri ile birlikte sağlık için ayrılan kaynaklar açısından da uluslararası düzeyde önemli bir konuma sahiptir. Tablo 35’te de görüleceği üzere sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı 2000 ve 2015 yılları arasında artmıştır. OECD ülkeleri arasında da 2015 yılındaki oransal olarak Japonya ve İsviçre’den sonra üçüncü sırada yer almaktadır. (OECD Health Statistics 2016) Kişi başı sağlık harcamalarına bakıldığında GSYH’ya oranda olduğu gibi bir artış bulunmaktadır. Almanya sağlık sistemi Refah Yönelimli ve sağlık hizmetlerinin kullanımında sağlık sigortasına dayalı bir sisteme dayanmaktadır. Prim gelirleri haricinde devlet vergiler ile sistemi finanse etmektedir. Bu açıdan tabloya baktığımızda sağlık harcamalarında devletin payı yüksektir ve 2015 yılına gelindiğinde bu oran %85 düzeyini görmüştür. Buna paralel olarak devletin kişi başına yaptığı sağlık harcaması da artmıştır. Sağlık harcamaları içinde cepten harcamaların oranı ise 2015 yılı için %12,6 düzeyindedir. Kişi başı yapılan cepten

harcamalarda sayısal olarak bir artış mevcuttur. İlaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarının içindeki payı 2000 yılında oransal olarak 14,1 paya sahipken 2014 yılında 14,5 olmuştur. (OECD Health Statistics 2016)

	2000	2015
<b>Sağlık Harcamalarının GSYH' ya Oranı</b>	9,8	11,1
<b>Kişi Başı Sağlık Harcaması (Amerikan Doları)</b>	2613	5267
<b>Sağlık Harcamaları İçindeki Devletin Payı</b>	79,6	85,0
<b>Devletin Kişi Başı Sağlık Harcaması</b>	2080	4477
<b>Sağlık Harcamaları İçindeki Cepten Harcamaların Oranı</b>	12,2	12,6
<b>Kişi Başı Cepten Harcamalar (Amerikan Doları)</b>	318	663

**Tablo 35:** 2000 ve 2015 Yılları Almanya Sağlık Harcamaları **Kaynak:** (OECD Health Statistics 2016)

Almanya'nın resmi istatistik ofisi tarafından yayınlanan verilere dayanarak hazırlanan fonlara göre 2013-2015 yılları arası sağlık harcamaları tablo 36'da verilmiştir. OECD verilerine göre hazırlanan Tablo 35'e göre toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı artmakta olup, Tablo 36'da görüldüğü üzere sağlık harcamalarında sayısal olarak ta bir artış gerçekleşmiştir. Hatırlanacağı üzere Almanya'da sigorta sistemi özel ve kamu biçiminde karma bir yapıdadır. Ancak tabloda da görüldüğü üzere en yüksek harcamayı gerçekleştiren taraf yasal sağlık sigortası olmuştur. Sosyal güvenlik fonlar harici genel hükümet harcamaları da artmaktadır; ancak, bu harcama birçok fon harcamasından düşüktür. Yasal sağlık sigortası sonrasında en çok sağlık harcaması yapan fon ise özel konutlar ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olmuştur.

	2013	2014	2015
<b>Toplam Sağlık Harcaması</b>	<b>315,984</b>	<b>329,198</b>	<b>344,153</b>
<b>Genel Hükümet(Sosyal Güvenlik Fonları Hariç)</b>	14,268	14,812	15,230
<b>Yasal Sağlık Sigortası</b>	181,664	191,767	200,032
<b>Sosyal Bakım Sigortası</b>	24,398	25,452	27,995
<b>Yasal Emeklilik Sigortası</b>	4,268	4,363	4,439
<b>Yasal Kaza Sigortası</b>	5,005	5,213	5,366
<b>Özel Sağlık Sigortası</b>	28,900	29,084	30,536
<b>İşverenler</b>	13,330	13,818	14,464
<b>Özel Konutlar, Özel Kâr Amacı Gütmeyen Kuruluşlar</b>	44,151	44,688	46,091

Milyon EURO

**Tablo 36:** 2013, 2014 ve 2015 Yıllarında Almanya’da Fonlara Göre Sağlık Harcaması **Kaynak:** (Federal German Istatistical Office)

Toplam sağlık harcamaları yatırım harcamaları ise toplam sağlık harcamaları içinde küçük bir paya sahip olup 2013 yılında 6,002 Milyon EURO 2014 yılında 6,094 Milyon EURO 2015 yılında 5,946 Milyon EURO olmuştur. (Federal German Istatistical Office)

### 3.2 Hindistan Sağlık Sistemi

Hindistan 15 Ağustos 1947 tarihinde İngiltere’den bağımsızlığını kazanmış Cumhuriyet yönetim tarzı ile yönetilen ve 1950 yılında kabul edilen anayasası ile bugünkü halini alan genç bir devlettir. Hindistan sağlık sistemi Roomer’ın yaptığı sınıflandırma esas alınacak olursa eğer Almanya gibi Refah Yönelimli bir sağlık sistemi uygulanmakta olan bir ülkedir. Bu başlık altında öncelikle ülkenin tanıtılması

adına Hindistan hakkında genel bilgiler verilecek olup sonrasında sırası ile demografik ve sağlık göstergeleri, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık harcamalarının finansman yapısı ve sağlık harcamaları incelenecektir.

### 3.2.1 Hindistan Hakkında Genel Bilgiler

Hindistan coğrafi olarak Asya kıtasının güneyinde yer almakta olup yüzölçümü 3.287.263 km<sup>2</sup>'dir. Bu yüzölçümü ile dünyanın en büyük 7. Ülkesidir. Toplam sınır uzunluğu 15.000 km olmakla birlikte toplam kıyı uzunluğu 7.517 km'dir. Hindistan'ın batısında Pakistan, güneyinde Hint Okyanusu, kuzeyinde ise Çin ve Nepal bulunmaktadır.

Hindistan köklü maziye sahip olan bir devlettir. Ancak zaman içerisinde sanayileşen batı ülkelerinin dikkatini çeken bu ülke İngiltere'nin sömürgesi haline gelmiştir. Bu durum 15 Ağustos 1947 tarihine kadar sürmüş Hindistan İngiltere'nin sömürgesinden kurtularak Mohandas Karamçand Gandhi liderliğinde bağımsızlığını kazanmıştır. 26 Ocak 1950 tarihinde ise Anayasa kabul edilmiş olup Federal Hindistan Cumhuriyeti kurulmuştur. Hindistan belirtildiği üzere federal devlet anlayışına sahip bir ülkedir. Federatif bir yapıda olan Hindistan'da eyaletler kendi parlamento ve hükümetlerine sahiptir ve yönetim Merkezi hükümet ile eyalet hükümeti arasında bölünmüştür. Birlik toprakları ise Merkezi hükümetin yönetimi altında olup Cumhurbaşkanı tarafından valiler ile yönetilmektedir. Yalnızca Puducherry ve Federal Başkent olan Delhi birlik toprakları olmalarına rağmen diğer birlik topraklarından farklı olarak kabine ve seçilmiş meclisleri bulunmaktadır. (T.C. Dışişleri Bakanlığı) 29 eyalet ve 7 birlikten oluşmaktadır. Eyaletler şunlardır: Andhra Pradeş, Arunaçal Pradeş, Assam, Bihar, Çattisgarh, Goa, Gucerat, Haryana, Himaçal Pradeş, Cammu ve Keşmir, Carkand, Karnataka, Kerala, Madya Pradeş, Maharaştra, Manipur, Megalaya, Mizoram, Nagaland, Orissa, Pencap, Racastan, Sikkim, Tamil Nadu, Tripura, Uttar Pradeş, Uttarakand ve Telangana'dır. Birlikler ise şunlardır: Andaman ve Nikobar adaları, Çandigarh, Dadra ve Nagar Haveli, Daman ve Diu, Lakshadvip, Delhi Ulusal Başkent Bölgesi ve Puducherry'dir.

Hindistan'ın anayasal organlarından olan yürütmeye bakıldığında Cumhurbaşkanı ve başbakan olmak üzere iki başlı bir sistem mevcuttur.

Cumhurbaşkanı, her iki Meclisin ve eyaletlerin yasama organının seçilmiş üyeleri ile Delhi Başkent Bölgesi ve Punducherry Birlik Bölgesinden oluşan Seçim Heyeti/Seçmenler Kurulu tarafından seçilmekle birlikte Cumhurbaşkanının görev süresi beş yıldır ve yeniden seçilebilir ayrıca Cumhurbaşkanı başbakanı ve onun önerisi ile bakanları atamaktadır. (Doğan, 2015: 156-157) Yasama organına bakıldığında ise parlamentonun Eyaletler Meclisi (Rajya Sabha) ve Halk Meclisi (Lok Sabha) olmak üzere 2 kanadı bulunmaktadır. Yargı organında ise ulusal düzeyde en üst düzeyde yüksek mahkeme bulunmakta olup, eyaletler düzeyinde ise üst derece mahkemesi Yargıtay ve yerel düzeyde ikinci derece mahkemeler bulunmaktadır. (Doğan, 2015: 168)

Hindistan ekonomisi hizmet ve tarım sektörüne dayanmaktadır. Tablo 37’de 2015 yılı için Hindistan’ın bazı ekonomik göstergeleri verilmiştir.

<b>GSYH (ABD Doları-Milyar)</b>	2,088.84
<b>Reel GSYH Büyüme Oranı (%)</b>	7,6
<b>Kişi Başına GSYH (ABD Doları )</b>	1,581.59
<b>Enflasyon Oranı (%)</b>	4,9
<b>İşsizlik Oranı (%)</b>	10.7
<b>İhracat (ABD Doları-Milyar)</b>	272,4
<b>İthalat (ABD Doları-Milyar)</b>	409,2

**Tablo 37:** 2015 Yılı Hindistan Ekonomik Göstergeleri **Kaynak:** (IMF, WB Group, T.C. Ekonomi Bakanlığı)

### 3.2.2 Demografik Göstergeler ve Sağlık Göstergeleri

2015 yılı nüfus sayımına göre Hindistan’ın nüfusu 1.311.051.000 kişidir. (World Health Organization, 2016) Hindistan’ın 2015 yılı için doğumda beklenen yaşam süresi 68,3 olmakla birlikte bu yaş 2000 yılında 61 düzeyindedir. (World Health Organization, 2010) (World Health Organization, 2016) Sağlıklı yaşam yılı ise 2000 yılı için 52,0 iken 2015 yılında bu yaş 59,5’e ulaşmıştır. (World Health Organization, 2001) (World Health Organization, 2016) 5 yaş altı ölüm oranlarına bakıldığında ise 2000 yılı için 1000 kişide olan bu oran 2013 yılında 52,7 gerilemiştir. (World Health Report, 2015) OECD verilene bakıldığında 2002 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı 4,6 iken 2015 yılında bu oran 5,6 düzeyine yükselmiştir. (OECD Health Statistics 2016) kişi başına düşen doktor, hemşire ve

yatak sayılarına baktığımızda ise 2000-2014 yılları arasında kişi başına düşen doktor sayısı 0,5-0,7 kişi başına düşen hemşire sayısı 0,7-1,4 kişi başına düşen yatak sayısı ise 0,7-0,5 olmuştur. (OECD Health Statistics 2016)

### 3.2.3 Sağlık Hizmetleri

Hindistan sağlık göstergeleri açısından uluslararası düzeydeki konumu gelişmiş ülkelerin sağlık düzeylerine nazaran oldukça geride olan bir ülkedir. 1947 senesinde bağımsızlığını kazanan bu ülkede ilk zamanlar sağlık hizmetleri kapsayıcı bir niteliğe sahip olduğu söylenebilir. Ancak zaman içerisinde sistemsel sorunlardan dolayı sağlık düzeyi gelişmiş ülkelerin göstergeleri ile arasındaki uçurum artmış ve de uluslararası göstergelerde benzerine rastlanmayacak düzeyde cepten harcamalar yaşanmaktadır. 1947 yılından itibaren Hindistan sağlık sisteminin ve buna paralel olarak sağlık hizmetlerinin geçirmiş olduğu değişim 3 aşamada tanımlanabilir: (National Commission on Macroeconomics and Health, 2005: 43-44)

- **1.Dönem (1947-1983):** Sağlık politikası iki ilkeye dayalıdır. Birincisi hizmetler için kimsenin ödeme yapma sorumluluğunun olmaması ve ikinci olarak bu sağlık hizmetlerinin sağlanmasında devletin sorumlu olması.
- **2.Dönem (1983-2000):** 1983 senesinde ilk Ulusal Sağlık Politikası açıklanmıştır. (National Health Policy) Sağlık hizmet sunumunda özel girişimin teşvik edilmesi ifade edilmiş, aynı zamanda kamu tarafından finanse edilen kapsamlı temel sağlık hizmetlerine erişim genişletilmiştir.
- **3.Dönem (2000 Sonrası):** (National Health Policy 2002) Bu dönemde sağlık sektörünü etkileyen üç önemli değişime tanık olunmuştur. Birincisi halk sağlığı için belirlenmiş hedefleri ele almak amaçlı özel sektörün kaynaklarının kullanım arzusu ikincisi sağlığın finansmanında yeni kanallar sağlamak için sağlık sigortasının serbestleştirilmesi adımları üçüncü ve son olarak ise devletin yalnızca bir sağlayıcı (tedarikçi) olması sağlık hizmetleri finansörüne dönüşmesini yeniden tanımlamak.

Hindistan anayasası “Yaşam Hakkı”nı mutlak bir hak olarak kabul etmekle birlikte bunun sağlayıcısı konumunda olan “Sağlık Hakkı”nı da bir ayrım gözetmeksizin her bir vatandaşına sunmayı üstlenmiş olup, Hint ulusal sağlık politikasının amacının finansal sıkıntı olmadan kaliteli sağlık hizmetlerine evrensel erişimdir. (MOH2009; Thomas 2009 Aktaran: Bhatia, 2016) Hindistan anayasasına göre kamu politikası alanları merkez ve eyalet hükümetleri arasında bölünmektedir. Eyaletler sağlık hizmetlerini organize etmek ve teslim etmek ile görevli olmakla birlikte merkezi hükümet uluslararası anlaşmalara saygı, ilaç üretimi, kalite kontrol, ulusal hastalık, aile plan programı ve tıp eğitimi gibi önemli rol oynamaktadır. (Bhatia, 2016)

Hindistan’da birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunu kamu üstlenmiş olup, yerel yönetimler tarafından istihdam edilen doktorlar tarafından sunulmaktadır. Bu hizmetlerden faydalanmak için herhangi bir kayıt gerekli olmamakla birlikte coğrafi olarak yakın olan bölgedeki kurumdan hizmet sağlanmaktadır. Bu birimlerde doktorun haricinde hemşire, ebe, eczacı ve laboratuvar teknikeri gibi sağlık personelleri bulunmaktadır. Özel sektör ise hem kırsal hem de kentsel alanda küçük bakım evlerinde faaliyet göstermektedir. Ayakta tedavi hizmetleri ise hükümetin sağlık tesislerinde görevli maaşlı ve tam zamanlı uzman hekimler tarafından yerine getirilmektedir. Hastane hizmetleri bölgesel hastaneler tarafından ikinci basamak olarak yerine getirmektedir. Bu hastanelerin giderleri tahsis edilen bütçeden karşılanmaktadır. Son zamanlarda Hindistan’da özel sektörün sahip olduğu yatak sayısında artış yaşanmaktadır. (Bhatia, 2016) Hindistan sağlık sisteminde kamu aktörü Sağlık ve Aile Refahı Bakanlığı’dır. Bu bakanlığın içerisinde aynı zamanda Sağlık Araştırma Bölümü bulunmaktadır.

### **3.2.4 Sağlık Sistemi Finansmanı**

Hindistan sağlık sisteminin finansmanında kamu kaynaklı finansman-sigortalar ve özel sigortalar rol oynamaktadır. İlkesel olarak tüm vatandaşlar için evrensel ve mevcut sağlık hizmetleri vergiler ile kamu tarafından finanse edilmektedir ve Ulusal Politika Belgesi’nde vergi bazı finansman önemli bir kaynak olarak kalması önerilmiştir. (%70 yoksul kesim için) (Bhatia, 2016) Birinci basamak



sağlık hizmetleri ücretsizdir. Ancak uygulamada erişim hükümeti sağlık hizmetlerine ciddi darboğazlar hane özel bakım aramaya mecburdur ve genellikle yüksek cep ödemeleri ile sonuçlanır. (Bhatia, 2016: 77) Kapsamdaki hizmetleri bazıları katkı payı gerektirmekle birlikte temel ilaç listesindeki ilaçlar ücretsiz, diğerleri ise eczanelerden satın alınır. Ulusal sağlık politikası çerçevesinde sunulan hizmetler ise ücretsizdir. Özel harcamalara ve özel sigorta sistemine bakıldığında ise çoğunluğu esas hizmet noktasında yapılan cepten ödemeler oluşturmaktadır ve %5'i sağlık sigortası tarafından karşılanır. Özel Sigorta primleri için vergi muafiyeti rağmen sadece üst sınıf kentsel nüfus gönüllü sağlık sigortası almaya gücü yetmemektedir.

<b>Sağlık Sistemi ve Sağlık Kamu/Özel Sigorta Rolü</b>	<b>Devletin Rolü</b>	18 yaş altındaki ergenlik çağındaki çocuklar muaf.
	<b>Kamu Kaynaklı Finansman</b>	Genel vergi gelirleri.
	<b>Özel Sigorta Kaynaklı Finansman</b>	Üst sınıf kentsel nüfus için kapsayan sınırlı rol.
<b>Fayda Paylaşımı</b>	<b>Maliyet Paylaşımına Açık Üst Sınır</b>	Üst sınır bulunmamaktadır. Cepten harcama ödemeleri önemlidir. (toplam sağlık harcamalarının >%70)
	<b>Muafiyet ve Düşük Gelirinin Korunması</b>	Yoksul ve savunmasız nüfus grupları için erişimin geliştirilmesi ve cepten ödemeleri azaltmak için hükümet tarafından finanse edilen sağlık sigorta programları.

**Tablo 38:** Hindistan Sağlık Sistemi ve Kapsamı **Kaynak:** (Mossialos vd., 2016)

<b>Hizmet Sağlayıcı</b>	<b>1.Basamak</b>	Özellikle kamu, bazı kentsel alanlarda özel
	<b>Hastaneler</b>	Özel, kar amacı gütmeye (%63 yatak) ve kamu
<b>Sağlayıcı Ödemeleri</b>	<b>1.Basamak Ödemeleri</b>	Maaşlı kamu personeli, Ücretsiz ödeme (Ödeme Cepten Harcama) özel sağlayıcılar için
	<b>Hastane Ödemeleri</b>	Kamu hastaneleri için global bütçe
<b>Birinci Basamak Rolü</b>	<b>Pratisyen Hekim İle Kayıt</b>	Hayır
	<b>Kapı Tutucu</b>	Hayır

**Tablo 39:** Hindistan Sağlık Sistemi Sağlayıcı Kuruluş ve Ödeme **Kaynak:** (Mossialos vd., 2016)

### 3.2.5 Sağlık Harcamaları

Hindistan Roomer'ın yaptığı sınıflandırmaya göre Refah Yönelimli bir ülkedir. Bu ülkeler sosyal sigortaların olduğu ve bunun yanı sıra özel sigortaların ve bazı hallerde katkı paylarının olduğu bir sistemdir. OECD verileri baz alınarak hazırlanan Tablo 40'a göre 2000 yılından 2014 yılına geldiğimizde dönem içerisinde kişi başı sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. Ancak bu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranına baktığımızda 0,4 oranında sayısal bir artış olduğu görülmektedir ve bu oran gelişmiş ülkelerin oldukça gerisindedir. Refah yönelimli ülke olan Hindistan'ın sağlık sigortası dahil devletin yaptığı kişi başı sağlık harcamaları oldukça düşük bir düzeyde olmakla birlikte 2000 ve 2014 yılları arasında sağlık harcamaları içindeki devletin payında önemli bir artış görülmektedir. Önceki başlıklarda açıkladığımız Hindistan sağlık sistemi işleyişinde devletin ve özel sektörün sistem içerisinde olduğu görülmektedir. Ancak kamu sağlık sektöründeki darboğazlar bireylerin sağlığa erişiminin önünü kesmektedir. Bireylerin sağlığa

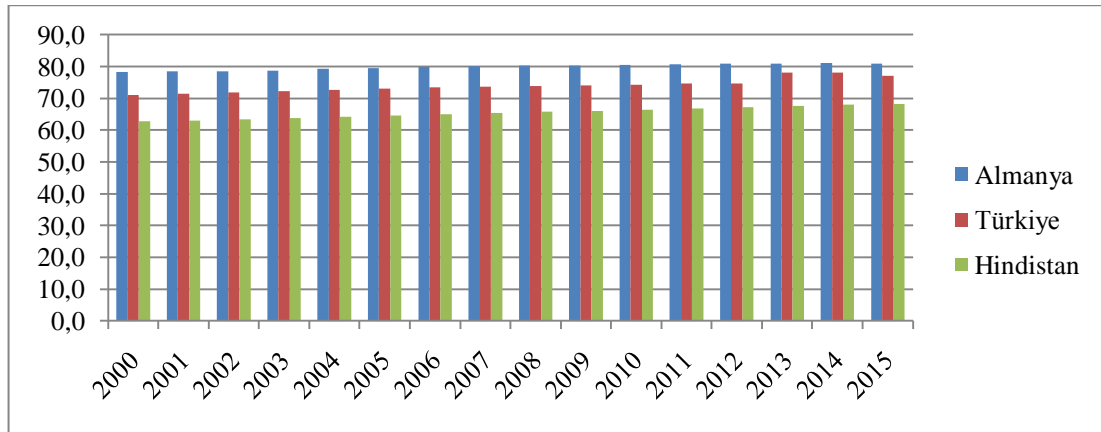
evrensel erişimini sağlayıcı çeşitli adımlara atılsa dahi cepten harcamaların oranı uluslararası konjonktürde benzerine rastlanmayacak kadar oldukça yüksek bir düzeyde seyretmektedir. 2000 senesinden 2014 senesine geçtiğimizde cepten harcamaların oranında azalma olsa dahi yine de bu oran oldukça yüksektir. Kişi başı cepten harcamalarında artış olmuştur. Ancak kişi başı cepten harcamalar tek başına sistemin olumsuz yönünü bizlere göstermekte yetersizdir. Çünkü Almanya verilerine baktığımızda kişi başı cepten harcamalar Türkiye ve Hindistan'dan fazladır. Fakat toplam sağlık harcamaları içindeki oranı bu iki ülkeden düşüktür. Bu açıdan cepten harcamaların oransal seyri sağlık sisteminin analizinde daha doğru tespitler yapılmasına yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda cepten harcamaların hane halkının tüketim harcamaları içindeki oransal seyri de sağlık harcamaları içindeki oranı ile birlikte daha doğru sağlık sistemi analizi yapmamıza sebep olmaktadır.

	2000	2014
<b>Sağlık Harcamalarının GSYH' ya Oranı</b>	4,3	4,7
<b>Kişi Başı Sağlık Harcaması (Amerikan Doları)</b>	85	267
<b>Sağlık Harcamaları İçindeki Devletin Payı</b>	26,1	30
<b>Devletin Kişi Başı Sağlık Harcaması</b>	22	80
<b>Sağlık Harcamaları İçindeki Cepten Harcamaların Oranı</b>	67,9	62,4
<b>Kişi Başı Cepten Harcamalar (Amerikan Doları)</b>	58	167

**Tablo 40:** 2000 ve 2014 Yılları Hindistan Sağlık Harcamaları **Kaynak:** (OECD Health Statistics 2016)

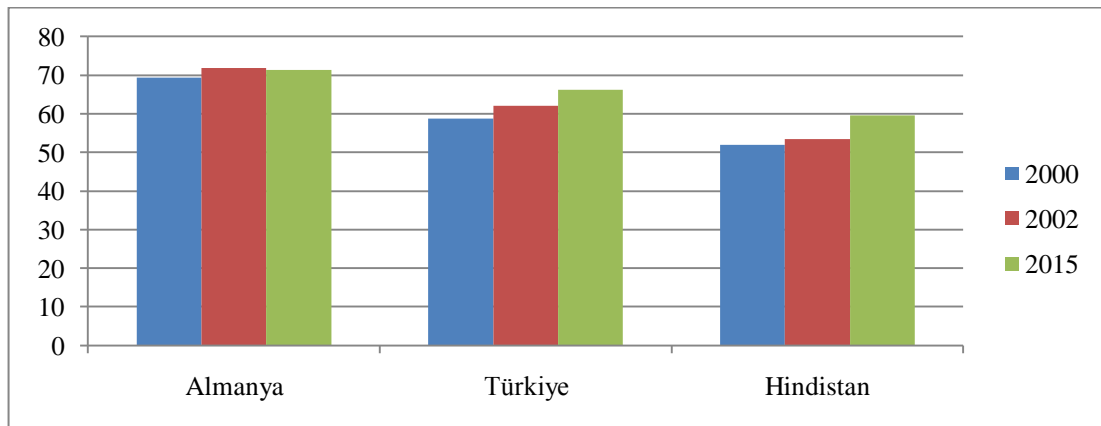
### 3.3 2000-2015 Yılları Arası Seçilmiş Ülkeler ve Türkiye'nin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları Karşılaştırması

M.I. Roomer sağlık sistemlerini sınıflandırırken ekonomik yapıları göz önünde bulundurmuş ve seçilmiş olan ülkelerden Almanya ve Hindistan'ı Refah Yönelimli ülke statüsüne dahil etmiştir. Türkiye sağlık sistemi de Refah Yönelimli sağlık sistemi kabul edilmektedir. Bu başlık altında 2000 ve 2015 yılları arasında Türkiye'nin sağlıkta reformist hareketlerinin Refah Yönelimli ülkeler olan Almanya ve Hindistan arasında geldiği konum gerek sağlık göstergeleri gerekse de sağlık harcamaları noktasında analiz edilecektir.



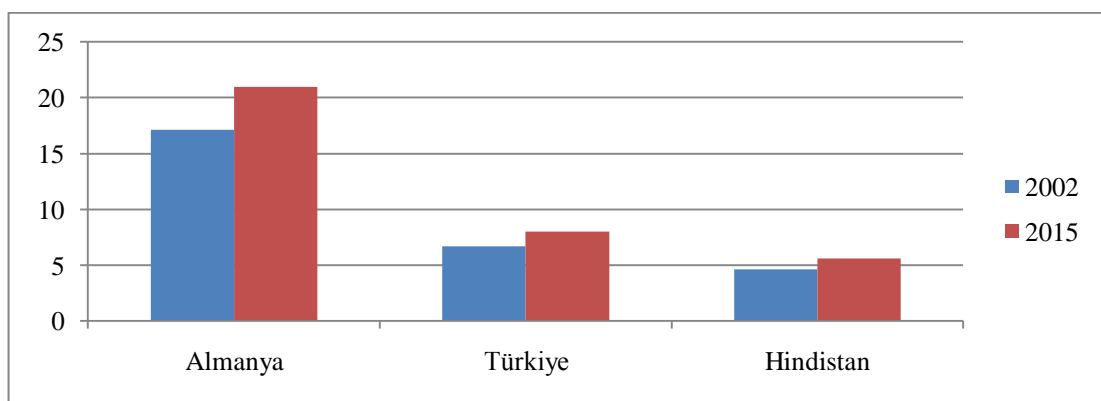
**Grafik 35:** Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000-2015 Yılları Arası Doğumda Beklenen Yaşam Süresi **Kaynak:** (OECD Health Statistics 2016) (The World Health Report 2016)

Grafik 35’e göre 2000 yılından 2015 yılına kadar olan dönemde en yüksek doğumda yaşam beklentisine sahip olan ülke Almanya’dır. İncelenen dönemlerde Almanya’yı takip eden ülkeler Türkiye ve Hindistan’dır. 2003 senesinden itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya başlaması ile Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresinde önemli bir artış yaşanmıştır. Ancak bu artış yalnızca 2002 yılındaki Almanya’nın sahip olduğu yaşam süresine ulaşamamıştır. Hindistan gibi sağlık sisteminde ve finansman yapısında ciddi problemlerin yaşandığı ülkede doğumda beklenen yaşam süresindeki artış oranı neredeyse Türkiye’ye yakındır ancak sayısal olarak Türkiye’nin altında bir konumda bulunmaktadır.



**Grafik 36:** Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000, 2002 ve 2015 Yıllarında Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi **Kaynak:** (The World Health Report 2001) (The World Health Report 2004) (The World Health Report 2016)

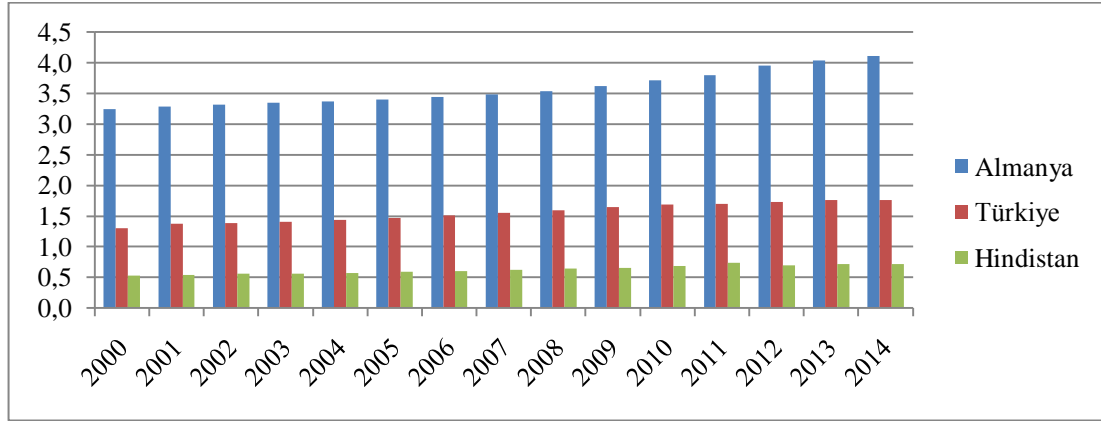
Grafik 36’da görüldüğü üzere verilen doğumda beklenen yaşam süresinden sonra beklenen sağlık yaşam süresine bakıldığında ise SDP’ten önceki dönemde 2000 senesinden 2002 senesinde geçildiğinde bir artış gerçekleşmiştir, 2002-2105 yılları arasında gerçekleşen artış sayısal olarak daha fazla olsa da arada bulunan yıllar açısından bu artışın anlamlı olduğunu söylemek güçtür. Sağlıklı yaşam süresinde üstünlük Almanya’ya aittir ancak sağlık hizmetlerinde ve finansmanında sorunlar bulunan Hindistan’da 2002 yılından 2015 yılına geçilen dönemdeki artış bu 2 ülkeye göre daha fazla olmakla birlikte bu ülkelerin altındadır.



**Grafik 37:** Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2002 ve 2015 Yıllarında 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı **Kaynak:** (OECD Health Statistics 2016)

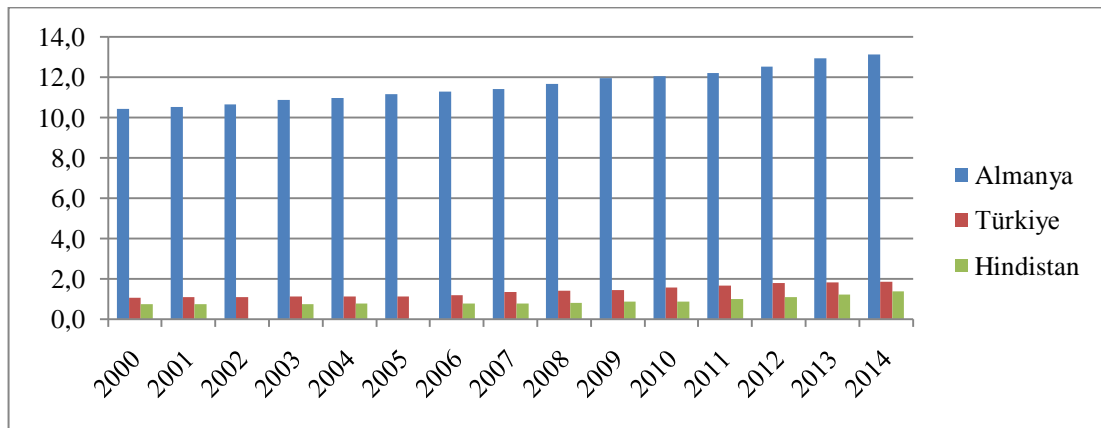
Grafik 37’ye göre 65 yaş ve üzeri nüfusta ise Almanya’nın ciddi bir üstünlüğü bulunmaktadır. Türkiye’de bu nüfusun oransal olarak artışı sağlık

hizmetlerinin iyi işlediğini göstermekle birlikte ilerleyen dönemlerde sağlık harcamalarının artmasına sebebiyet vermesi kuvvetle muhtemeldir.



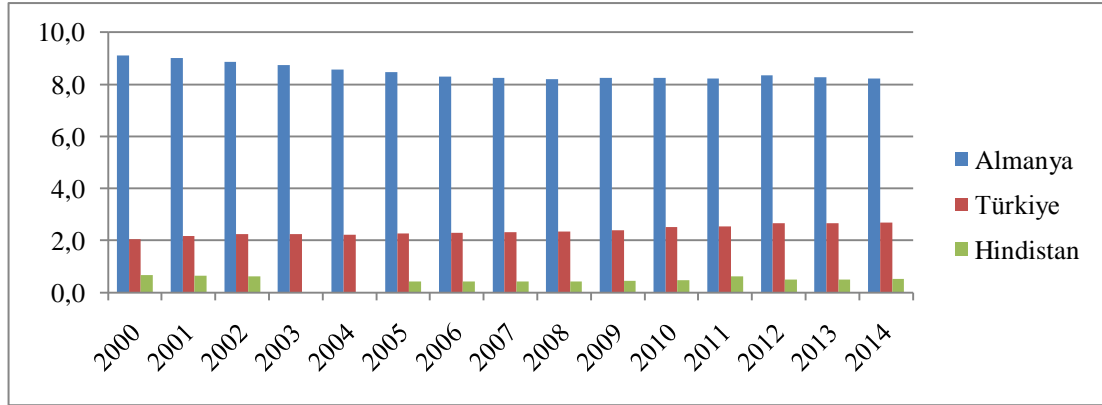
**Grafik 38:** Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000-2014 Yılları Arası 1000 Kişi Başına Düşen Doktor Sayısı **Kaynak:** (OECD Health Statistics 2016)

Grafik 38’e göre 1000 kişi başına düşen doktor sayısına bakıldığında ise Almanya’nın ciddi bir üstünlüğü bulunmaktadır. Özellikle 2008 senesinden itibaren ivme kazanmıştır. Türkiye’nin durumuna bakıldığında 2003 senesinden sonra artış yaşanmıştır ancak SDP öncesi dönemde de süregelen bir artış mevcuttur. Burada kırılma noktasının 2008 yılı olduğu görülmektedir. Bu yıldan itibaren 2013 yılına kadar oransal olarak bir artış yaşanmaktadır. Hindistan’da ise nüfusunun kalabalık olması göz önünde bulundurularak 2009 yılına kadar anlamlı bir artış bulunmasa da bu yıldan itibaren istikrarsız bir seyir vardır.



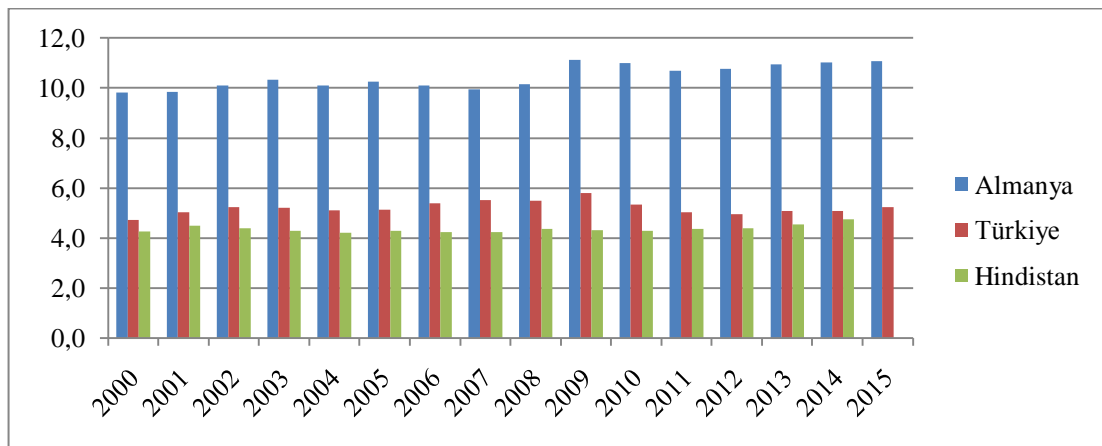
**Grafik 39:** Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000-2014 Yılları Arası 1000 Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı **Kaynak:** (OECD Health Statistics 2016)

Grafik 39'a göre 1000 kişi başına düşen hemşire sayısında da Almanya'nın ciddi üstünlüğü bulunmaktadır. Bununla birlikte Hindistan ve Türkiye'de artış vardır ancak Türkiye'nin nüfus sayısının Almanya'ya yakın olduğu düşünülürse bu sayı oldukça azdır.



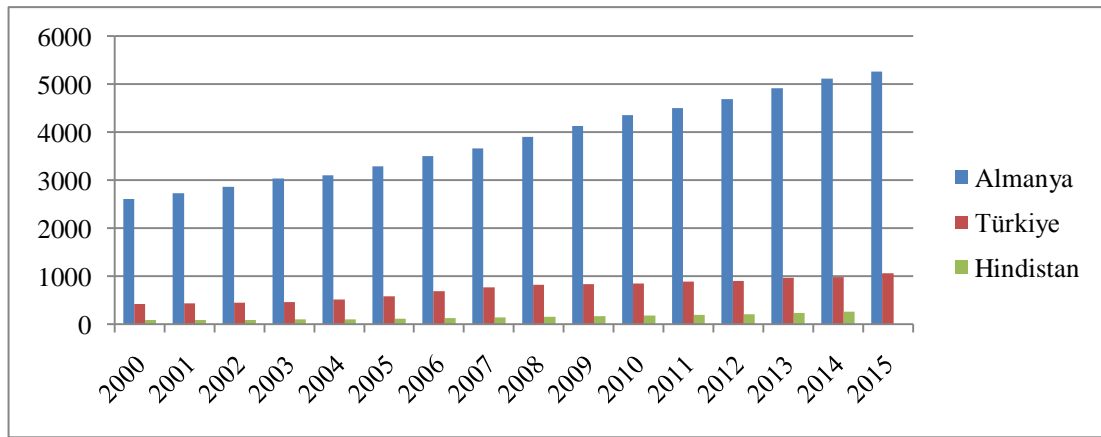
**Grafik 40:** Almanya, Hindistan ve Türkiye'de 2000-2014 Yılları Arası 1000 Kişi Başına Düşen Hastane Yatağı Sayısı **Kaynak:** (OECD Health Statistics 2016)

Grafik 40'a göre 1000 kişi başına düşen hastane yatağı sayısında da Almanya'nın ciddi üstünlüğü bulunmaktadır; ancak, 2000 yılından 2014 yılına gelindiği dönemde azalış olduğu ve bu yıllar arasında istikrarsız bir görünüm sergilediği görülmektedir. Hindistan ve Türkiye'de artış vardır; ancak, Türkiye'nin nüfus sayısının Almanya'ya yakın olduğu düşünülürse bu sayı oldukça azdır.



**Grafik 41:** Almanya, Hindistan ve Türkiye'de 2000-2015 Yılları Arası Gayri Safi Yurtiçi Hasıla İçinde Sağlığa Ayrılan Pay **Kaynak:** (OECD Health Statistics 2016)

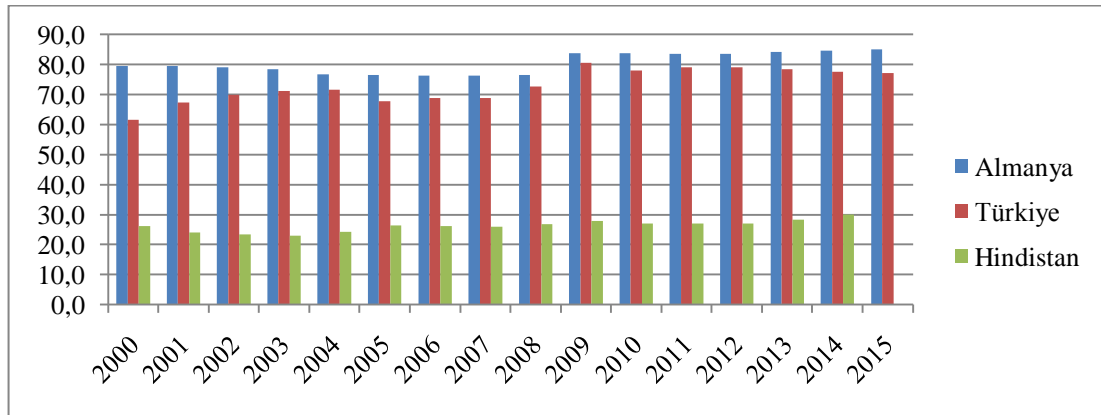
Grafik 41'e göre ülke sağlık harcamalarının GSYH'ya oranının en yüksek olduğu ülke Almanya'dır. Özellikle 2009 senesinden itibaren bu harcamaların oranı zaman zaman azalma gösterse dahi önceki dönemlere nazaran artmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte 2009 senesine kadar olan dönemde sağlık harcamalarının oranı artmış ve Almanya ile benzerlik göstererek 2009 senesinde en yüksek düzeyi görmüş olup sonrasında istikrarsız bir görünüm sergilemiştir. 2015 yılında ise harcamaların oranı 2002-2003 dönemi seviyelerine inmiştir. Hindistan'ın ise sağlık harcamaları oranının anlamlı bir değişim görülmemekte olup Almanya ve Hindistan'ın gerisinde kalmıştır.



**Grafik 42:** Almanya, Hindistan ve Türkiye'de 2000-2015 Yılları Arası Kişi Başı Sağlık Harcaması (Amerikan doları) **Kaynak:** (OECD Health Statistics 2016)

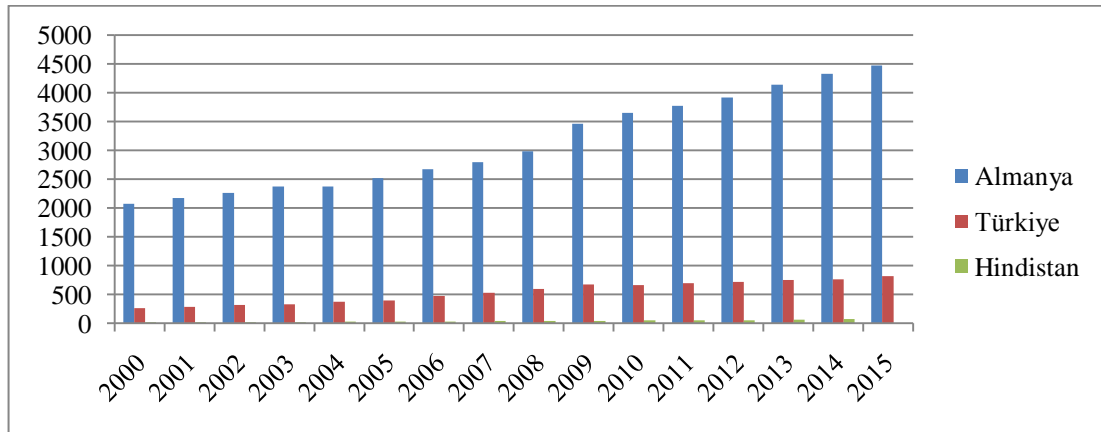
Grafik 42'ye göre 2009 yılından itibaren istikrarsız bir görünüm sergileyen Almanya sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı kişi başı sağlık harcamalarında benzer bir durum sergilememiştir. İncelenen dönem içerisinde sürekli bir artış halindedir. Türkiye'de ise GSYH'nın izlediği trende benzer bir görünüm vardır ancak 2009 yılında en yüksek düzey görülmemiş olup 2015 yılında en fazla kişi başı sağlık harcamasının yapıldığı yıl olmuştur. Hindistan ise sağlık harcamalarının GSYH ya oranında Türkiye'ye yakın bir görünüm sergilemiştir. Buna karşın, ülkenin nüfusu göz önüne alındığında kişi başı sağlık harcamalarında artışta olsa Almanya ve Türkiye'nin oldukça gerisinde kalmıştır.





**Grafik 43:** Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000-2015 Yılları Arası Sağlık Harcamaları İçinde Devlet ve Sağlık Sigortalarının Harcamaları Payı (%) **Kaynak:** (OECD Health Statistics 2016)

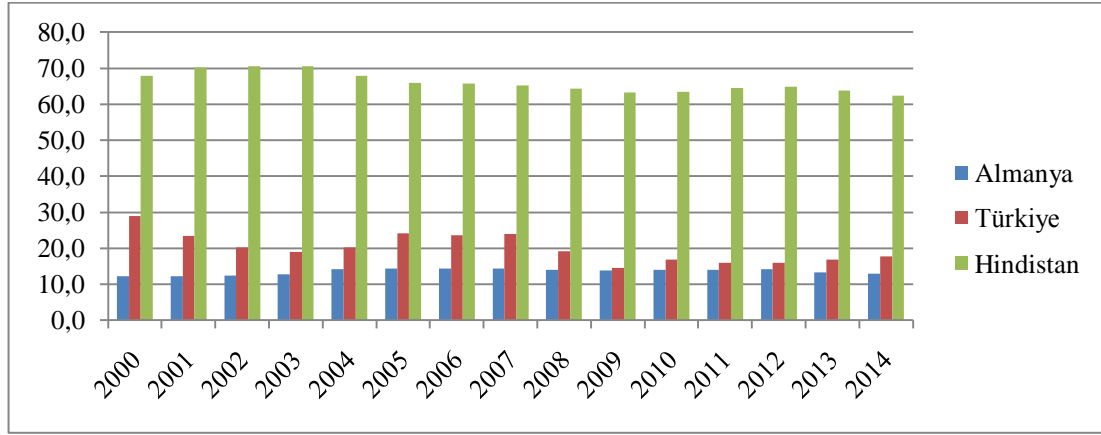
Refah yönelimli sağlık sisteminin uygulandığı ülkelerde sağlık alanında finansman sigortacılık faaliyeti ile sağlanmaktadır. Almanya, Hindistan ve Türkiye’de refah yönelimli sağlık sisteminin uygulandığı düşünülürse Grafik 43’e göre toplam sağlık harcamalarının içindeki devlet ve sağlık sigortalarının harcamalarının payının yüksek oluşu normal karşılanabilir. 2003 sonrası dönemde Türkiye ve Almanya’da bu artış ve azalışlar olsa dahi önceki dönemlere kıyasla mutlak bir artış bulunmaktadır. Ancak Hindistan’da bu durum oldukça düşüktür.



**Grafik 44:** Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000-2015 Yılları Arası Kişi Başı Devlet ve Sağlık Sigortası Harcaması (Amerikan doları) **Kaynak:** (OECD Health Statistics 2016)

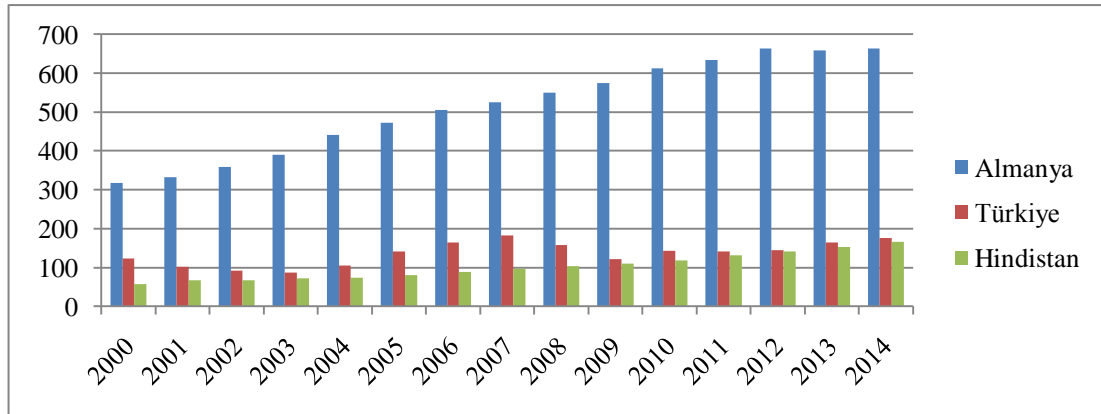
Grafik 44’e göre kişi başı yapılan devlet ve sağlık sigortası harcamalarında ise Almanya ve Türkiye arasında ciddi bir fark bulunmaktadır. Bu 2 ülkede de artış

vardır; ancak, Almanya'nın artışı oransal olarak oldukça fazladır. Hindistan'da ise nüfusta göz önüne alınırsa harcama oldukça azdır.



**Grafik 45:** Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000-2014 Yılları Arası Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Harcamaların Payı (%) **Kaynak:** (OECD Health Statistics 2016)

Grafik 45’e göre sağlık harcamaları içinde cepten harcamalara bakıldığında Hindistan’da gerçekleşen cepten harcamaların seçilmiş ülkelerden oldukça fazla olduğu görülmektedir. Hindistan sağlık sisteminin finansman yapısının anlatıldığı başlıkta değinilen erişimdeki darboğazlar şekilde de görüldüğü üzere yüksek cepten harcamalara sebebiyet vermektedir. Cepten harcamaların yüksek olduğu bir diğer ülke ise Türkiye’dir. Fakat bu oran 2003 sonrası dönemde artışa geçse de 2003 yılındaki seviyesine inmiştir. Almanya’da gerçekleşen cepten harcamalarda ise anlamlı bir değişim yoktur ve Hindistan ve Türkiye’nin gerisindedir.



**Grafik 46:** Almanya, Hindistan ve Türkiye’de 2000-2014 Yılları Arası Kişi Başı Cepten Sağlık Harcaması (Amerikan doları) **Kaynak:** (OECD Health Statistics 2016)

Grafik 46'ya göre kişi başi yapılan cepten harcamalarda ise cepten harcamaların payının tersi bir durum bulunmaktadır. Burada en yüksek cepten harcamanın yapıldığı ülke Almanya, en az yapıldığı ülke ise Hindistan'dır. Bu durumun iki durumun çelişmesine sebep veren en önemli faktör nüfus ve nüfus kadar etkili olmasa da sağlık hizmetlerin de formal, enformal vb. ödemelerin maliyetlerindeki farklıklar gösterilebilir.

## SONUÇ

Türkiye, 2003 yılı itibariyle sağlık alanında liberal görüş temelli bir reform süreci içerisine girmiştir. Hayata geçirilmeye başlayan bu reformların temelleri 2002 yılı genel seçimleri akabinde siyasal iktidar tarafından 58. Hükümet Acil Eylem Planı'nda yer almaktadır. Bu planın çizdiği esaslar çerçevesinde Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bu programın esasları açıklanmıştır. 2003 yılı Ocak ayında bu programın uygulamaya konulmasıyla Türkiye, sağlık alanında yeni bir döneme girmiştir. Bu program ile birlikte Aile Hekimliği sistemi, Genel Sağlık Sigortası gibi sağlık hizmetlerinin sunumu, ulaşılabilirliği ve sağlık sisteminin finansmanına yönelik olarak önemli adımlar atılmıştır. Reform döneminin değerlendirilmesi adına gerek bakanlık düzeyinde gerekse de akademik düzeyde birçok çalışma yürütülmüştür. Ancak hazırlanan bu çalışmayı diğer çalışmalardan ayıran 2 önemli husus bulunmaktadır. İlk olarak Türkiye'nin sağlık alanındaki dönüşüm süreci yalnızca reform öncesi yıl olan 2002 olarak alınmamış 2000 ve 2015 yılları baz alınarak sağlık alanındaki ulusal düzeydeki değişimin daha iyi kavranabilmesi hedeflenmiştir. Bir diğer husus ise Milton I.Roomer'ın 1991 yılında yayınlanan çalışmasındaki sınıflandırma baz alınarak Refah Yönelimli ülkeler olan Gelişmiş ve Sanayileşmiş ülke konumunda olan Almanya ve Az Gelişmiş ülke konumunda olan Hindistan ile Türkiye'nin sağlık göstergeleri ve hizmetleri açısından karşılaştırılması yapılarak, reformlar döneminde gelinebilen uluslararası düzey 2000 ve 2015 yılları aralığında tespit edilmiştir.

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan önce birinci basamak sağlık hizmeti sunma görevini Sağlık Ocakları üstlenmekteydi. 2005 yılında Almanya ve İngiltere gibi sağlık sisteminin gelişmiş olduğu ülkelerde uygulama alanı bulan Aile Hekimliği sistemi beraberinde birçok eleştiriyi de getirerek uygulanmaya başlamıştır. Bu sistem ile kuvvetlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmeti sunma hedeflenmiştir. Fakat Sağlıkta Dönüşüm Programının esaslarından etkili ve kademeli sevk zinciri sisteminin hayata geçirilemeyişi ilgili tablolarda incelenen sağlık hizmeti sunan basamaklara olan başvuru sayıları ve gelişmiş ülkelerde uygulanan aile hekimliği sistemindeki hizmet kalitesi göz önüne alındığında aile hekimliği sisteminde

hedeflenen amaca ulaşamadığını göstermektedir. Ayrıca kuvvetlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetlerinin istenilen noktaya ulaşamaması sağlık harcamalarının kontrolünde zayıflık ve diğer basamaklara olan gereksiz yığılmaların önünü açılmaktadır.

2006 yılında sağlık hizmetlerinin finansmanında rol oynayan kurumların tek çatı altında toplanması ile sağlık hizmetleri sunumu ve sağlık hizmetlerinin finansmanı kesin bir şekilde ayrılmıştır. Bunun akabinde Genel Sağlık Sigortası sisteminin hayata geçirilişi ve bu sistemin kapsadığı asgari sağlık hizmetleri ile ilgili tablolarda yer verilen sosyal güvenlik fonları temel teminat paketlerindeki en iyi durum seviyesine yükseltilerek sağlık hizmetlerine ulaşmada hakkaniyetli bir durumun ortaya çıkmasına sebep olmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın esaslarından olan özel sektörün sağlık alanındaki teşvikinin esas bu programa özgü değildir. Türkiye'de kabul edilen Birinci Kalkınma Planı'nda bu hedefe yer verilmiştir. 2002 yılı öncesinde istenilen bu hedef dahilinde özel sektör sağlık alanında yer sahibidir. Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özel sektörün sağlık alanında sahip olduğu pay ilgili tablolarda incelendiği üzere yıllar bazında önemli bir artış yakalayarak devam etmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı'nın denetleyici ve düzenleyici bir rol üstlendiği görülmektedir. Kamu Hastane Birlikleri'nin kurulması ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin yönetimi bu birliklere bırakılmıştır. Sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısında merkezîyetçilikten yerelleşmeye doğru adımlar atılmaya başlamıştır. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda Global Bütçe esasına geçilmiş olup referans ilaç fiyatlaması esası harcamaların kontrol altına alınması noktasında adımlar atılmıştır.

Seçilmiş ülkeler ile Türkiye'nin 2000 ve 2015 yılları arası sağlık göstergeleri açısından sistem karşılaştırılmasında ise Türkiye'de sağlık reformları döneminde sağlık göstergeleri açısından iyileşmeler olduğu tespit edilmiştir. Fakat Türkiye'nin, Almanya sağlık göstergeleri ve hizmetleri düzeyine henüz erişemediği, Hindistan sağlık sistemine göre ise daha iyi bir konumda olduğu tespit edilmiştir.

Genel bir değerlendirmeye, Sağlıkta Dönüşüm Programı esaslarından olan etkili ve kademeli sevk zinciri sisteminin kararlılıkla hayata geçirilememiş olması ilgili tablolarda da görüldüğü üzere (1.Basamak sevk hızı, Müracaat ve kişi başi müracaat sayısı) bu sistemin Türkiye açısından önemini göstermektedir. Bu açıdan birinci basamak sağlık kuruluşlarının fonksiyonları göz önüne alındığında Türkiye’de zorunlu sevk zinciri sistemine geçilmelidir. Türkiye’de ilaç harcamalarının 2002-2013 yılları arasında artışına rağmen GSYH içindeki payı ve sağlık harcamaları içindeki payının azalmış olması artan sağlık harcamaları ve GSYH göz önüne alındığında kuşkusuz ilaç harcamalarında oransal anlamda önemli bir aşama kaydedildiğini göstermektedir. Ancak tüketilen ilaç miktarına kutu bazında bakıldığında 2010-2015 döneminde bir artış bulunmaktadır. İlaçların tedavi edici yönü yanında bireylerin sağlığına yaptığı olumsuzlukları da göz önüne alındığında, bilinçli ilaç tüketimine yönelik özellikle bireylere ve sağlık hizmeti sunan personele yönelik olarak çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu çalışmalar neticesinde ilaç harcamaları kontrol altına alınıp azaltılabilir ve ilaç harcamalarından elde edilecek kaynak diğer hizmetlere aktarılarak hizmet kalitesi arttırılabilir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine yapılacak olan kaynak artışı ile bireylerin hasta olma riskleri düşürülerek tedavi edici hizmetlere olan talep ve bu hizmetlerin yüksek maliyetlerinin önüne geçilerek daha sağlıklı bir toplum yapısına sahip olunabilir. Seçilmiş ülkeler karşısında 2000 ve 2015 yılları arasında Türkiye’nin ilerleme kaydettiği açıktır. Yine de sağlık düzeyi göstergelerinde Almanya gibi sağlık sisteminin güçlü olduğu ülke sağlık düzeyi göstergeleri yakalanamamıştır. Bu açıdan bu göstergelerin iyileştirilmesi adına sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik politikaların izlenmesi ve gerekirse reformların kapsamının genişletilmesi gerekmektedir. Sağlık sistemine ilişkin göstergelerde Türkiye, Hindistan’a göre iyi bir konumda olmasına karşın reformlar sürecinde önemli adımlar atılsa da Almanya’nın oldukça gerisinde kalmıştır. Bu açıdan Türkiye’de sağlık sistemine yönelik olarak politikalar izlenmeli ve bu sayede bireylerin sağlık sistemine olan ulaşılabilirlikleri arttırabilir. Sağlık harcamalarına ilişkin göstergelerde de iyileşmeler olduğu tespit edilmiş ancak Almanya’nın düzeyine erişilememiştir. Bu açıdan sağlık harcamalarının arttırılmasına yönelik olarak politikalar izlenmelidir.

## KAYNAKÇA

### *Kitaplar*

Akdağ, Recep, *Türkiye Sağlıkta dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007.

Atasever, Mehmet, *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*, Ankara, 2014.

Ateş, Metin, *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 2013.

Cevahir, Egemen, *Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri*, Kibele Yayınları, İstanbul., 2016.

Çam, Esat, *Devlet Sistemleri*, Der Yayınları, İstanbul, 1993.

Çelik, Yusuf, *Sağlık Ekonomisi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2013.

Doğan, Meltem, *Karşılaştırmalı Hükümet Sistemleri Parlamenter Sistem*, TBMM Araştırmak Merkezi Yayınları, Ankara, 2015.

Görmüş, Ayhan, *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkisi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2013.

Mosssialos, Elias, vd., *2015 International Profiles of Health Care Systems*, 2016.

Mutlu, Ayşegül ve Işık, Abdülkadir, *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2012.

National Commission on Macroeconomics and Health, *Financing and Delivery of Health Care Services in India*, Ministry Of Health and Family Welfare Government of India, New Delhi, 2005.

Sağlık Bakanlığı, *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2004.

Sağlık Bakanlığı, *Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıha Mektebi Müdürlüğü, 2007.

Stiglitz, Joseph. E., *Kamu Kesimi Ekonomisi*, (Çeviren: Ömer Faruk Batirel) İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayını, İstanbul, 1994.

Sülkü, Seher Nur, *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara, 2011.

Şener, Orhan, *Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi*, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 2010.

Talas, Cahit, *Sosyal Ekonomi*, S-Yayınları 14, Ankara, 1979.

World Bank ve OECD, *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*. 2008.

### **Makaleler**

Akdur, Recep, “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık”.

Aktan, Coşkun Can ve Işık, Abdülkadir, “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler”.

Aktan, Coşkun Can ve Işık, Abdülkadir, “Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış”

Akyürek, Çağdaş Erkan “Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye”, *Sosyal Güvenlik Dergisi* , 2012.

Altay, Asuman, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi* Sayı:64.



Başak, Okay, “Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak”, *Türk Aile Hek. Derg.*, 2007.

Bhatia, Mrigesh, “The German Health Care System 2015”, *2015 International Profiles of Health Care Systems*, 2016.

Blümel, Miriam ve Busse, Reinhard, “The German Health Care System 2015”, *2015 International Profiles of Health Care Systems*, 2016.

Demirci, Bengi, “Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Nasıl Bir Sistem Getiriyor?”, *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, 2015.

Dikici, Mustafa Fevzi vd, “Aile Hekimliğinde Kavramalar, Görev Tanımı ve Disiplinin Tarihçesi”, *Turkiye Klinikleri J Med. Sci* , 2006.

Esmail, Nadeem, “ Health Care Lessons from Germany”, *Lessons From Abroad A Serises On Health Care Reform*, 2014.

İstanbuluoğlu, Hakan vd., “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri” *Dirim Tıp Gazetesi*, 2010.

Kavukçu, Ethem, ve Burgazlı, Mehmet “Almanya'da Aile Hekimliği Uzmanlığı Uygulamalarına Finansal Verilerle Güncel Yaklaşım” *Turkish Family Physician*.

Öztek, Zafer, “Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Progamı ve Aile Hekimliği” *Hacettepe Tıp Dergisi* , 2009.

Uğurluoğlu, Ece, ve Özgen, Hacer, “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet” *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2008.

Yalçın, Türkan, ve Yıldırım, Hasan. Hüseyin, “Sağlık Hizmetleri Finansmanı” *Yeni Türkiye Dergisi. Sağlık Özel Sayı*, 2001.

Yaman, Hakan, ve Akdeniz, Melahat “Sistemik Aile Hekimliği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*”, 2011.

### **Tezler**

Cura, Serkan, *Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin ve Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırılmalı Bir Analiz* (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Manisa., 2012.

Karabulut, Kerem, *Türkiye'de Sağlık Sektörü-Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama* (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Erzurum, 1998.

Işık, Abdülkadir, *Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi), 1997.

Yaşar, Gülbiye Yenimahalleli, *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi) , Ankara, 2007.

### **Raporlar**

2004 SSK Çalışma Raporu.

Akdağ, R, (2008), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.

OECD, *Health Statistics 2016*.

Sayıştas, *Sosyal Güvenlik Kurumu Denetim Raporu 2013*.

World Health Organization, *The World Health Report 2000*.

World Health Organization, *The World Health Report 2001*.

World Health Organization, *The World Health Report 2010*.

World Health Organization, *The World Health Report 2015*.

World Health Organization, *The World Health Report 2016*.

### **Yıllıklar**

Bora Başara, Berrak vd., *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2016.

Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri 2001*. T.C. Sağlık Bakanlığı Araştırma,Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.

Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri 2002*. T.C. Sağlık Bakanlığı Araştırma,Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.

Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri 2003*. T.C. Sağlık Bakanlığı Araştırma,Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu., *Kamu Hastaneleri Yıllığı 2014*. Ankara, 2015.

### ***Planlar***

58. *Hükümet Acil Eylem Planı*.

Devlet Planlama Teşkilatı, *Birinci Beş Yıl Kalkınma Planı* .

Devlet Planlama Teşkilatı, *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*.

Devlet Planlama Teşkilatı, *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*.

Sağlık Bakanlığı, (2012), *Stratejik Plan 2013-2017*.

### ***İnternet Kaynakları***

[www.ailehekimligi.gov.tr](http://www.ailehekimligi.gov.tr) (Halk Sağlığı Kurumu, *Dünya Sağlık Sistemleri*)

[www.destatis.de](http://www.destatis.de) (Federal German Istatistical Office)

[www.eiu.com](http://www.eiu.com) (Economist Intelligence Unit)

[www.ekonomi.gov.tr](http://www.ekonomi.gov.tr)

[www.imf.org](http://www.imf.org)

[www.kalkinma.gov.tr](http://www.kalkinma.gov.tr)

[www.mfa.gov.tr](http://www.mfa.gov.tr) (T.C. Dışişleri Bakanlığı, *Hindistan Siyasi Görünümü*)

[www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)

[www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr) (Bağ-Kur İstatistikleri, Emekli Sandığı İstatistikleri, SSK İstatistikleri, Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistikleri)

[www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)

[www.wbgroup.co.uk](http://www.wbgroup.co.uk)

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents-47-en.pdf> (*Dünya Sağlık Örgütü Anayasası*)