



SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI SENDİKASI

TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI DEĞERLENDİRME RAPORU

Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

Kasım 2013

SAĞLIK-SEN YAYINLARI - 21

Sağlık-Sen Adına İmtiyaz Sahibi

Metin MEMİŞ
Genel Başkan

Genel Yayın Yönetmeni

Mutlu KAYA
Genel Başkan Yardımcısı (Basın ve İletişim)

Yayın Kurulu

Metin MEMİŞ
Semih DURMUŞ
Kemal ÇIRAK
Mustafa ÖRNEK
Mutlu KAYA
Ekrem YAVUZ
Abdülaziz ASLAN

Yazar

Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

Atf: Yıldırım HH. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. Birinci Baskı, SASAM, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.

Kasım 2013
1.000 Adet

Grafik Tasarım
Sedat ALTUĞ

Baskı:

Mattek Matbaacılık
Ağaç İşleri San. Sit. 1354 (Eski 21. Cadde) 1362. Sokak
No:35 Yenimahalle - İvedik - ANKARA
Tel : 0 312 433 23 10 (pbx) Fax : 0 312 434 03 56



SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ

GMK Bulvarı Özveren Sok. No:9/2
Demirtepe/ANKARA
Tel: 444 1995 Faks: (0312) 230 83 65
www.saglikсен.org.tr

© 2013. Sağlık-Sen. Tüm hakları saklıdır.

**Bu kitabın basım ve yayın hakları Sağlık-Sen Genel Merkezine aittir.
Hangi amaçla olursa olsun yazılı izin olmadan kopya edilemez ve çoğaltılamaz.**

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|----|
| SUNUŞ | 6 |
| 1. GİRİŞ | 8 |
| 2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI: TARİHSEL ARKA PLAN | 9 |
| 3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI: DEĞERLENDİRMELER VE ANALİZ | 14 |
| 3.1.Sosyo-Ekonomik Dinamikler ve Sağlık Statüsü Göstergeleri | 14 |
| 3.2.Yönetim ve Örgütlenme | 23 |
| 3.3.Hizmet Sunumu | 25 |
| 3.4.Sağlıkta İnsan Kaynakları | 43 |
| 3.5.Sağlık Finansmanı ve Harcamaları | 55 |
| 3.36.Ödeme Mekanizmaları | 67 |
| 4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI: YENİ UFUKLARA DOĞRU | 70 |
| 4.1.Kamu Hastane Birlikleri | 70 |
| 4.2.Şehir Hastaneleri; Kamu Özel Ortaklığı | 71 |
| 4.3.Tıbbi Ürün ve Hizmetlerin Üretiminin Teşvik Edilmesi | 71 |
| 4.4.Sağlık Serbest Bölgeleri | 72 |
| 4.5.Sağlık Turizmi | 72 |
| 5. SON SÖZ YERİNE | 74 |
| KAYNAKLAR | 79 |



KISALTMALAR

| | |
|-----------|---|
| AB: | Avrupa Birliği |
| AEP: | Acil Eylem planı |
| AK PARTİ: | Adalet ve Kalkınma Partisi |
| ATT: | Acil Tıp Teknisyenleri |
| BÖH: | Bebek Ölüm Hızı |
| DB: | Dünya Bankası |
| DBYS: | Doğuştaki Beklenen Yaşam Süresi |
| DPT: | Devlet Planlama Teşkilatı |
| DS: | Döner Sermaye |
| DSÖ: | Dünya Sağlık Örgütü |
| DTÖ: | Dünya Ticaret Örgütü |
| GSS: | Genel Sağlık Sigortası |
| IMF: | International Monetary Fund |
| İBBS: | Türkiye İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırması |
| KHB: | Kamu Hastane Birlikleri |
| KHK: | Kanun Hükmünde Kararname |
| KÖO: | Kamu Özel Ortaklığı |
| OECD: | Organisation for Economic and Cooperation Development |
| SASAM: | Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi |
| SB: | Sağlık Bakanlığı |
| SDP: | Sağlıkta Dönüşüm Programı |
| SDSGR: | Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu |
| SGK: | Sosyal Güvenlik Kurumu |
| SSK: | Sosyal Sigortalar Kurumu |
| TBMM: | Türkiye Büyük Millet Meclisi |
| TİG: | Teşhis İlişkili Gruplar |
| TÜİK: | Türkiye İstatistik Kurumu |
| WB: | World Bank |
| WHO: | World Health Organisation |
| %: | Yüzde |

YAZAR HAKKINDA

Malatya doğumlu olan Hasan Hüseyin Yıldırım, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu'ndan 1996 yılında dönem birincisi olarak mezun olmuştur. Aynı yıl Sağlık İdaresi Yüksekokulu'nda araştırma görevlisi olarak akademik hayata başlamıştır. Yüksek lisans ve doktora derecelerini Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı'ndan alan Yıldırım; British Council'in Chevening Bursu ile London School of Economics and Political Science, LSE Health Araştırma Merkezi'nde Visiting Research Associate (2005-2006) olarak çalışmıştır. Yıldırım bu ziyaret esnasında ağırlıklı olarak Avrupa Birliği sağlık politikalarının Türkiye sağlık politikaları ve sistemi üzerine etkileri konusunda araştırmalar yapmıştır. “Yönetim ve Strateji” alanında Doçent olan Yıldırım, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü'nde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Yıldırım, Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR başkanlığında TBMM'de kurulan, “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonunda” (2012-2013) uzman sıfatıyla görev yapmıştır.

Sağlık ve sosyal hizmet alanlarında genel yetkili sendika olan SAĞLIK-SEN'in Bilimsel Danışma Kurulu üyesi olan Yıldırım, Ankara merkezli Avrupa Birliği Sağlık Araştırmaları Merkezi Derneği'nin (ABSAMDER) kurucu başkanlığını yürütmekte olup, ABSAĞLIK (www.absaglik.com) web sitesinin de kurucusu ve editörüdür. Yıldırım, 2013 yılında Hacettepe Teknokent'te kurulan ABSAM Sağlık Araştırmaları Merkezi Ltd. Şti.'nin (www.absam.com.tr) kurucusu ve genel müdürüdür.

Yıldırım'ın araştırmaları; sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık sistemleri ile ilgili politika, ekonomi ve yönetim konularına yoğunlaşmaktadır. AB, sağlık ve sağlık politikaları alanında uzmanlaşan Yıldırım'ın ilgi alanına giren konularda çok sayıda ulusal ve uluslararası yayını, bildirisi, danışmanlığı ve projesi mevcuttur.

Yıldırım; sağlık turizmi, sağlık politikaları ve planlaması, AB sağlık politikaları ve Türkiye, sağlık sigortacılığı ve ödeme sistemleri, sağlık ve toplum, sağlık sosyolojisi, karşılaştırmalı sağlık sistemleri, sosyal politika, sağlık ekonomisi ve sağlık yönetimi derslerini vermektedir.

SUNUŞ



Sağlık-Sen bugün 200 bin üyesiyle sağlık ve sosyal hizmet kolunda Türkiye'nin genel yetkili sendikasıdır. Sağlık ve sosyal hizmetler ailesinin en büyük temsilcisi olan Sağlık-Sen, sağlık politikaları ve sosyal politikalar alanında yönetim bilinci içinde hareket edilmesine inanan, her zaman ve zeminde sorunların çözüme kavuşturulmasını hedefleyen bir sivil toplum örgütüdür. Vizyoner sendikacılık anlayışıyla hareket eden Sendikamız, gerek Sağlık Bakanlığının ve gerekse de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının en büyük sosyal paydaşdır.

Çalışanın emeğini ekonomik ve sosyal yönden korumak ve güçlendirmek esasına dayalı olarak faaliyette bulunan sendikalar, hem çalışan kesimin temsilcisi olarak hem de sosyal paydaş olarak önemli rollere sahiptir. Bizler, çalışanların sadece ekonomik sorunlarıyla değil; sosyal, siyasi, eğitim, konut ve sağlık gibi sorunlarıyla da ilgilenmekteyiz. İlgi ve çalışma alanlarımızı da sadece üyelerimiz ve hizmet kollarımızla sınırlı tutmuyor, sosyal bir aktör olarak toplumun her kesimini yakından ilgilendiren sorunların çözümü için çaba sarf ediyoruz. Türkiye'de sosyal eşitsizlikleri ve haksızlıkları azaltacak politikaların üretilmesi



ve uygulanması noktasında Sağlık-Sen ailesi olarak her türlü katkıyı vermeye hazırız, veriyoruz da. Bunun yanında, sağlık politikalarının ve sosyal politikaların sağlıklı ve nitelikli bir şekilde üretilmesi ve sunulması için canla başla çalışan sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarımızın mali, sosyal ve özlük haklarının korunması ve yeni kazanımlar elde edilmesi sürecinde genel yetkili sendika olarak her türlü çalışmayı da yapıyoruz, yapmaya da devam edeceğiz.

Sağlık-Sen, sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının çalışma ortamlarının ve çalışma şartlarının iyileştirilmesi kadar, sağlık ve sosyal hizmetler alanında yaşanan sorunların çözümü için her türlü araştırma ve çalışmayı dikkate alarak bilimsel temelli sonuçları da ortaya koymaktadır. Bilimsel temele dayalı hizmet sendikacılığını benimseyen ve sürdüren Sağlık-Sen, birikimlerini daha proaktif bir düzeye taşıyarak araştırma ve analizler yoluyla Türkiye’deki sağlık politikalarının ve sosyal politikaların geliştirilmesine ve bu politikalarla ilgili kararların alınmasına sendikal bakış açısıyla katkı yapmak amacıyla 2013 yılında Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi’ni (SASAM) kurmuştur.

Bu bağlamda Sendikamız tarafından SASAM’ın ilk çalışmalarından birisi olarak, “Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı” başlıklı bu çalışma yayın hayatına kazandırılmıştır. Bu vesile ile bu değerli eseri vücuda getiren, Sendikamızın bilimsel danışma kurulu üyesi Doç. Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım’a teşekkür ederiz. Bilimsel temele dayalı hizmet sendikacılığını benimseyen ve sürdüren Sağlık-Sen olarak bu değerli eseri sizlerle paylaşmaktan onur duyuyoruz.

Eserimizin herkes için faydalı olması dileğiyle...

Metin MEMİŞ
Sağlık-Sen Genel Başkanı



1. GİRİŞ

Daha iyi sağlık düzeyi, artan beklentiler, demografik değişimler, teknolojik gelişmeler ve finansal baskılar gibi çeşitli faktörlerin kaynaklık ettiği sağlık reformları (Saltman and Figueras 1997), hemen hemen tüm ülkelerde ya tartışılmakta ya da gerçekleştirilmektedir (Saltman and von Otter 1995). Türkiye sağlık reformları da bu global sağlık reformu eğiliminden izole kalmamıştır. Türkiye’de sağlık reformları 50 yılı aşkın bir süredir, özellikle de son 20 yılda, gündemde olan bir durum arz etmektedir (Yıldırım ve Yıldırım 2010, 2013).

Bu anlamda bakıldığında, 1960’ların başlarındaki sağlık reform girişimleri entegre bir yapıyı ön plana çıkarırken, Türkiye sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ile ilgili tartışmaların yoğunlaşması ise, ağırlıklı olarak temelde küreselleşme süreci ve liberal politikalarca şekillenen dünya çapındaki sağlık reform rüzgarlarının etkisiyle 1990’lı yılların başlarında olmuştur. Üç dönemdir iktidarda olan mevcut hükümet sağlık reformlarına 2003 yılından bu yana Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı altında devam etmektedir (Yıldırım ve Yıldırım 2010, 2013).

Bu çalışmanın amacı, Türkiye sistemini, son dönem sağlık reformları olan SDP eksenli olarak genel hatlarıyla ortaya koymak ve tartışmaktır. Yöntem olarak bu çalışma, ikincil kaynaklara ve literatür taramasına dayalı olarak hazırlanmıştır. Bu anlamda çalışmada kullanılan veriler ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı (SB), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) istatistiklerine dayanmaktadır. Türkiye’nin sağlık alanında yeterli olup olmadığını ortaya koyabilmek için mümkün olduğunca Türkiye’nin üyesi olduğu WHO Avrupa Bölgesi ve OECD ortalamaları ve üyesi olmak için 2005 yılından bu yana tam katılım müzakerelerini yürüttüğü Avrupa Birliği (AB) ortalamaları ile karşılaştırma yoluna gidilmiştir.

İzleyen bölümlerde ilk olarak SDP’nin tarihsel arka planı ortaya konulmaktadır. Daha sonra, SDP’nin Türkiye sağlık sisteminin; yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu, insan kaynakları ve finansman gibi unsurları bağlamındaki yansımaları değerlendirilmekte ve analiz edilmektedir. Akabinde ise SDP kapsamında son dönemlerde ön plana çıkan ve bundan sonra sağlık politikası gündemini işgal edecek olan politika konuları ele alınmaktadır. Daha sonra sonuç ve öneriler ortaya konulmaktadır.

2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI: TARİHSEL ARKA PLAN

Çağdaş Türkiye sağlık sisteminin ve politikalarının kökenleri Tanzimat Reformlarına kadar uzanmaktadır. Ancak günümüzdeki yasal, fiziksel ve insan gücü bağlamındaki kurumsallaşma ve örgütlenme anlayışının somut kökenleri, Mayıs 1920’de SB’nin sınırlı kaynaklarla kurulması ile atılmıştır (Yıldırım ve Yıldırım 2010; 2013). SB başlangıçta, savaş sonrasında yeniden yapılanmaya ve ülke sağlık sistemini kurmak için ana mevzuatın oluşturulması odaklanmıştır. Türkiye’deki mevcut halk sağlığı sisteminin temelleri, 1923-1946 yılları arasında atılmıştır. Bu dönemde, sağlık programlarının planlanması, düzenlenmesi ve uygulanmasından sorumlu olan SB’nin görev ve işlevlerini açık ve kesin bir şekilde ortaya koyan birçok yasa çıkarılmıştır. Koruyucu halk sağlığı programlarına ve tüberküloz, sıtma ve cüzzam gibi bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yönelik programlara ağırlık verilmiştir. Bu dönemde, teşkilat modeli “dikey” örgütlenmiştir. İlçe düzeyinde tanı ve tedavi merkezleri kurulmuş; Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas gibi illerde tam teşekküllü hastaneler açılmıştır (OECD 2008).

1946-1960 yılları arasındaki dönemde, Türkiye toplumuna entegre sağlık hizmetleri sunması beklenen sağlık ocakları kurulmuş; tüm hastaneler, yerel yönetimlerden SB’ye devredilmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), özel sektörde çalışan işçilere ve kamu sektöründeki mavi yakalılara sağlık sigortası sağlamak üzere 1946 yılında kurulmuştur (OECD 2008).

1961 yılında, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilmiştir. Bu Kanun, Türkiye’de ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasına zemin hazırlamıştır. Bu Kanun’da, sağlık hizmetlerinin tarafsız bir biçimde, sürekli ve halkın ihtiyaçları doğrultusunda sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Bu durum, Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi’nin oluşturulmasına öncülük etmiştir. Bu Kanun ile tüm vatandaşlara ücretsiz – ya da kısmen ücretsiz – sağlık hizmetinin sağlanması hedeflenmiştir. Burada amaç, koruyucu sağlık ve çevre sağlığı hizmetleri ile ülkenin her yerinde sağlık eğitimi de dâhil olmak üzere sağlık hizmetlerini genişletebilecek bir altyapının geliştirilmesini üstlenmek ve herkesin bu altyapıya kolayca erişmesini sağlamaktır. Sağlık ocakları – önceki dönemde kurulan – kavramı, köy düzeyindeki sağlık ocakları ile birlikte bölge hastanelerini de kapsayacak şekilde daha da genişletilmiştir. Ancak, bu tür bir genişlemenin gerektirdiği büyük miktardaki sermaye yatırımları yapılmamıştır.



Kaynakların çoğu personel giderlerine tahsis edilmiş ve hizmet vermek için gerekli olan altyapı, tıbbi ekipman ve diğer ihtiyaçlar geri planda kalmıştır (OECD 2008).

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 15 yıllık bir sürede tüm ülkeye yaygınlaştırılması planlanmasına rağmen, bu sağlanamamıştır. Ancak 1983 yılında tüm ülkenin kapsama alındığı deklare edilmiştir. 1980'lere kadar Türkiye'deki sağlık politikası pratikleri bu yasaya göre şekillenmiştir. Bu bağlamda bir temel sağlık hizmetleri yapısının tüm Türkiye'ye yaygınlaştırıldığı belirtilebilir. Tarihsel süreçte değerlendirildiğinde bu dönemde ortaya konulan reformları birinci dalga sağlık reformları olarak adlandırmak olanaklıdır (Yıldırım ve Yıldırım 2010; 2013).

Sosyalizasyon politikalarına dayalı programlar aynı zamanda kendisi de 1960 askeri müdahalenin bir sonucu olan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında da yer almıştır. Yıllarca sürecek olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile ilgili tartışmalar 1960'larda başlamıştır (Yıldırım ve Yıldırım 2010). Daha sonra, genel sağlık sigortası fikrini destekleyen GSS Yasası taslak olarak hazırlanmıştır; bu yasa ancak 1971'de TBMM'ye sunulabilmiş, fakat kabul edilmemiştir. 1974 yılında yasa tekrar Meclise sunulmuş; ancak hiçbir zaman görüşülmemiştir. 1978 yılında, kamuda çalışan hekimlerin tam gün çalışmasına ilişkin bir Kanun kabul edilmiş ve doktorların özel sektörde çalışması engellenmiştir. 1980 yılında ise bu Kanun'u iptal eden yeni bir Kanun getirilmiştir (Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun). Bu Kanun, asıl olarak, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin özel sektörde de olmak üzere yarı zamanlı çalışmasına izin vermiştir (OECD 2008).

Eylül 1980'de Türkiye diğer bir askeri müdahaleye maruz kalmıştır. Bu müdahale Türkiye ekonomik ve politik sisteminde yeni bir döneme yol açmış olup ağırlıklı olarak da liberalizasyon ve deregülasyonca karakterize edilen bir sürece girilmiştir. Devletin temel rolü hizmet sunumundan, hizmetlerin düzenlenmesi veya kolaylaştırılmasına doğru kaymıştır. Özel sektörün rolü ise özellikle de hizmet sunumu anlamında artmaya başlamıştır (Yıldırım ve Yıldırım 2010, 2013).

1980-2002 yılları arasında Türkiye, vatandaşlarına sosyal sigorta ve sağlık hizmetlerine erişime ilişkin çok önemli anayasal haklar tanımıştır. 1982 Anayasası'na göre, tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkı vardır ve Dev-

let tüm vatandaşlarına sosyal sigorta sağlamak için gerekli adımları atmalıdır. Anayasa’da aynı zamanda sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde Devletin rolünü güçlendiren maddeler ve bunun yanı sıra GSS uygulanmasına ilişkin maddeler bulunmaktadır. 1986-1989 yılları arasında Hükümet, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nu (1987) ve Bağ-Kur yoluyla Sağlık Sigortası Başlatma Yasası’nı kabul etmiştir. Temel Sağlık Hizmetleri Yasası’nda aynı zamanda hakkaniyete ve sağlık hizmetlerine erişime vurgu yapılmış ve 1960 Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi’ndeki eksikliklerin düzeltilmesi amaçlanmıştır. Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi’nin işlememesinin nedenlerinden birinin kaynak sıkıntısı olduğu göz önüne alınarak, Temel Yasa ile sağlık sektörüne sağlanan finansmanın artırılması amaçlanmıştır. Ancak, Temel Yasa’nın başarısı sınırlı kalmıştır. Ne sistemsel reformları destekleyebilecek uygun yasalar ne de kapsamlı bir sağlık politikası benimsenmiştir. Sağlık sektörünü yeniden canlandırma konusundaki çabalar tamamlanamamıştır (OECD 2010).

1988-1993 yılları arasında SB ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), ihtiyaçları anlamak ve reform yapılacak yönleri belirlemek için büyük bir sağlık reformu çalışması gerçekleştirmiştir. Ulusal Sağlık Politikası, 1990 yılında Hükümet tarafından resmî olarak kabul edilmiştir. Bu dokümanlarda GSS’nin ve aile hekimliğinin Türkiye’de uygulanmasına yer verilmiştir. Bu politika belgesinde, ulaşılabilecek belirli hedefler ortaya konmuş ve ana çocuk sağlığı gibi sağlıkla ilgili temel öncelikler belirlenmiştir (OECD 2010). Bu tartışmalara dayalı olarak sağlık reformları için öneriler içeren ve reformları tanımlayan Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı ortaya konulmuştur (Yıldırım ve Yıldırım 2010)

1992 yılında düzenlenen Birinci Ulusal Sağlık Kongresinde, GSS uygulamasının başlatılması konusu yeniden ele alınmış; ama herhangi bir ilerleme kaydedilememiştir. Ancak, aynı yıl, Yeşil Kart Programının başlatılması ile birlikte, sigortasız nüfusun sağlık harcamalarının karşılanması konusunda Politikası arka planda kalarak hayata geçirilememiştir. 1993-1997 yılları arasında Türkiye’de altı farklı Sağlık Bakanı görev yapmış ve sağlık politikaları açısından istikrar çok az olmuştur (OECD 2010).

Kasım 2000 ve Şubat 2001’de, Türkiye büyük çaplı bir ekonomik kriz ile karşı karşıya kalmıştır: Para birimi %100’den fazla değer kaybetmiş, enflasyon oranı %68 olmuş ve ekonomi %8 oranında küçülmüştür. İşsizlik oranı arttıkça, ekonomik kriz sağlık anlamında yoksulluk getirmiş ve sosyal etkileri olmuştur.



Artan gıda fiyatları ve enflasyon, daha önceleri korunan haneleri yoksulluğa karşı korunmasız hale getirmiştir. Sağlık sektörü üstündeki en önemli etkisi ise kayıtlı sigortalıların sayısında düşüş ve Yeşil Kart sahiplerinin sayısında bir artış olmasıdır (OECD 2010). Bu dönemde öngörülen sağlık reformlarını ikinci dalga sağlık reformları olarak adlandırmak mümkündür (Yıldırım ve Yıldırım 2010, 2013).

2000’li yılların başlarına kadar bu dönemde öngörülen hemen hemen hiçbir reform girişimi uygulanamamıştır. Girişimler, temelde politik istikrarsızlık (örneğin koalisyon hükümetleri), ekonomik istikrarsızlık (örneğin ekonomik krizler), demokratik kültürün eksikliği, çıkar gruplarının muhalefeti, toplumsal destek yetersizliği ve entelektüel kapasitedeki eksiklikler gibi yapısal problemlerce sekteye uğratılmıştır. Bu durumlar bu dönemde sağlık reformlarının yasallaşmasında ve uygulanmasında başarısızlığa yok açmıştır (Yıldırım ve Yıldırım 2010, 2013).

Kasım 2002 Genel Seçimlerinden tek parti hükümeti olarak çıkan ve Avrupa Birliği (AB) katılım süreci dinamiğini ve DB gücünü arkasına alan Adalet ve Kalkınma Partisi (AK PARTİ) hükümeti, genel anlamdaki reform çerçevesini Acil Eylem Programında (AEP) (Adalet ve Kalkınma Partisi 2003) sağlığa ilişkin reform çerçevesini ise AEP’nin sektörel bir ürünü olan SDP (Sağlık Bakanlığı 2003) ile ortaya koymuştur. AEP ve SDP, sağlık sektöründeki ana konuları ve sağlık sistemindeki tüm unsurları (finansman, hizmet sunumu, yönetim ve organizasyon gibi) içermiştir. Türkiye’deki sağlık reformlarının nedenleri çok genel olarak; maliyetlerin artışı, toplumun sağlık sistemine yönelik memnuniyetsizlikleri, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetsizlik, nüfusun önemli bir kesiminin sağlık güvencesinden yoksun olması, kaynakların verimsiz kullanımı, uluslararası çevrelerin (özellikle de DB ve IMF olmak üzere) etkisi ve yönlendirmesi ve dünya genelinde görülen global sağlık reformlarının yansımaları şeklinde belirtilebilir (Yıldırım ve Yıldırım 2013).

SDP; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasını amaçlamıştır. SDP’nin temel ilkeleri ise; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak belirlenmiştir. Bu ilkeler çerçevesinde SDP’nin temel bileşenleri ise; planlayıcı ve denetleyici bir 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, idari ve mali açıdan daha verimli yönetilen sağlık kurumları, bilgi ve beceri



ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma ve karar sürecinde etkili bilgiye erişim (sağlık bilgi sistemi) (Sağlık Bakanlığı 2003) olarak ortaya konulmuştur.

Bu bağlamda Hükümet, SDP'nin yukarıda belirtilen temel bileşenlerinden “etkili, kademeli sevk zinciri” hariç diğer bileşenlerinde uygulamalara girişmiş ve sonuçlarını almaya başlamıştır. Ek olarak bu dönemde, alkolle mücadele, tütünle mücadele, diyabetle mücadele ve obezite ile mücadele gibi halk sağlığı programları da başlatılmıştır.

Türkiye sağlık sisteminin SDP kapsamında önemli ölçüde bir değişim sürecine girdiği belirtilebilir. Tarihsel süreçte değerlendirildiğinde Türkiye sağlık sisteminde üçüncü dalga sağlık reformları olarak nitelendirilebilecek SDP kapsamındaki reformların yasama aşamasına ulaşması, yasalaşması ve peyderpey uygulanmaya başlanması bakımından, yukarıda adı geçen birinci dalga sağlık reformları ve ikinci dalga sağlık reformlarından farklılaştığı belirtilebilir. Başka bir ifade ile Türkiye sağlık reformları üçüncü dalga sağlık reform girişimleri ile birlikte yasama aşamasının da ötesine geçerek uygulanma sürecine girmiştir. Üçüncü dalga sağlık reform girişimlerinin hazırlık ve yasalaşma aşamalarını tamamlayıp büyük ölçüde uygulamaya geçilmesinde temelde beş ana unsurun etkili olduğu belirtilebilir: 1) Siyasi ve ekonomik istikrarın varlığı, 2) AB dinamiği, 3) reform dinamiğinin kendisi, 4) uluslararası kuruluşların etkisi ve 5) siyasi istek, destek ve kararlılık (Yıldırım ve Yıldırım 2010, 2013).

3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI: ANALİZ VE DEĞERLENDİRMELER

Bu bölümde SDP'nin sağlık sisteminin yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu, insan kaynakları ve finansman gibi unsurları bağlamındaki yansımaları, ikincil kaynaklardan elde edilen veriler ışığında değerlendirilmeye ve analiz edilmeye çalışılmıştır. Burada bir hususun altını önemle çizmekte yarar görülmektedir. Türkiye sağlık sisteminde son 10 yılda yaşanan olumlu veya olumsuz değişimlerin ve yansımaların tümünün SDP'ye mal edilmesinin doğru olmadığı değerlendirilmektedir. Çünkü bu değişimler ve yansımalar açısından, SDP'nin girdilerden veya dinamiklerden sadece birisi olduğu düşünülmektedir. Başka alandaki politikaların, dinamiklerin ve süreçlerin de sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık sistemi ve alt unsurları üzerinde etkileri vardır. Örneğin aşağıdaki başlıkta da görülebildiği üzere Türkiye'de son 10 yılda Bebek Ölüm Hızında (BÖH) önemli kazanımlar elde edilmiş, bebek ölümleri oldukça azalmıştır. Bu iyileşmenin tümünü SDP'ye mal etmek bilimsel açıdan doğru bir yaklaşım olmayabilir. SDP'nin BÖH'nin düşmesinde bir rolü olmuş olabilir, ancak tek bir ekten değildir. SDP'nin Türkiye sağlık sisteminin sonuçlarına ve çıktıklarına yansımalarını net bir biçimde ortaya koyabilmek için sağlık sisteminin sonuçlarını ve çıktıklarını etkileyen diğer tüm faktörleri sabitleyip, yani devre dışı bırakıp, SDP'nin etkilerini o şekilde ölçmek gerekir. Ancak şu ana kadar Türkiye'de böyle kapsamlı bir çalışmanın yapıldığı bilgimiz dahilinde değildir. İzleyen başlıklarda SDP sürecine paralel olarak Türkiye sağlık sistemindeki değişimlerin sistemin temel unsurları, yani sağlık statüsü göstergeleri; yönetim ve örgütlenme; hizmet sunumu; insan kaynakları ve finansman bağlamında bir analizi ve değerlendirilmesi yapılmaktadır.

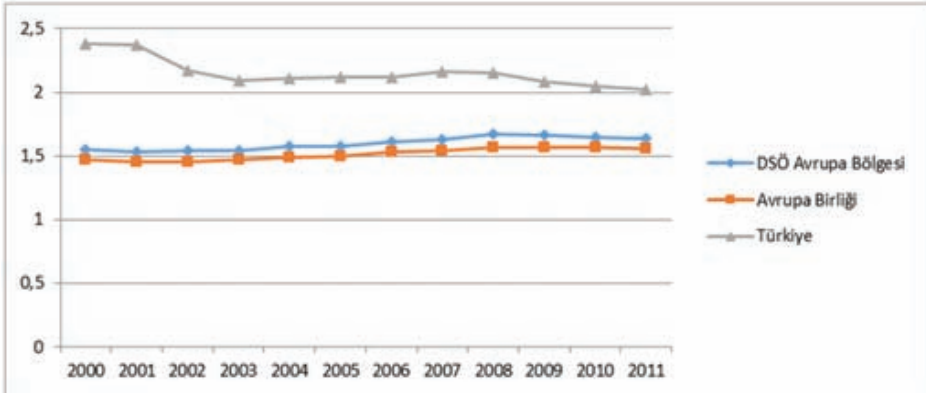
3.1. Sosyo-Ekonomik Dinamikler ve Sağlık Statüsü Göstergeleri

Türkiye'nin, 80 yıldan fazla bir sürede, özellikle de son 10 yılda önemli ölçüde sağlık hizmetleri kapsamını genişlettiği ve temel sağlık göstergelerinde (bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı ve doğuştan beklenen yaşam süresi gibi) iyileşmeler sağladığı belirtilebilir (Yıldırım ve Yıldırım 2013). Bu iyileşmelerin altında yatan nedenler arasında, diğerlerine ek olarak, tek parti hükümeti ve AB dinamiğinin olduğu değerlendirilmektedir. Ancak Türkiye son 10 yıl içerisinde belli başlı sağlık göstergelerinde iyileşmeler sağlamasına karşın, üyesi olmak için müzakere sürecini sürdürdüğü AB ortalamalarının oldukça gerisinde yer almaktadır (Yıldı-

rım ve Yıldırım 2013). Ek olarak, Tatar ve diğerlerinin de (2011) belirttiği gibi, bu iyileşmelere rağmen halen Türkiye'nin kırsal kesimleri ile kentsel kesimleri ve bölgeleri arasında dengesizliklerin ve açıkların olduğu da bir gerçektir.

Dinamik ve gelişen bir piyasa ekonomisi olan ve 3 Ekim 2005 tarihinden bu yana da AB ile müzakere süreci içerisinde olan Türkiye; Avrupa, Ortadoğu ve Asya arasında stratejik bir noktada konuşlanmış olup, yaklaşık 76 milyon nüfusa ev sahipliği yapmaktadır. Bu nüfus büyüklüğü ile dünyada en fazla nüfusa sahip olan 20 ülke arasında yer alan ve nüfus bakımından AB'ye üye ve aday ülkeler arasında da Almanya'dan sonra ikinci sırada yer alan Türkiye, göreceli olarak genç nüfusa sahip bir ülke konumundadır (Yıldırım ve Yıldırım 2013). Ancak orta ve uzun vadede Türkiye nüfusunun giderek yaşlanacağı öngörülmektedir. Diğerlerine ek olarak bu yaşlanma sürecinin temelinde iki nedenin yer aldığı belirtilebilir. Birincisi, Grafik 1'de de görülebildiği üzere Türkiye'de doğurganlık hızı azalma eğilimine girmiştir. Türkiye'de toplam doğurganlık hızı son otuz yıldır sürekli azalan bir eğilim göstermiştir. 1970 yılında toplam doğurganlık sayısı kadın başına 4,9 iken, 1999 yılında bu sayı 2,53'e düşmüştür (Sağlık Bakanlığı 2003; World Bank 2003). 2000 yılında bu oran 2,38 olmuştur. 2009 yılında (2,08) ilk defa Türkiye'deki doğurganlık hızı, doğurganlıkta ikame oranı olan 2,1'in altına düşmüş bulunmaktadır. Bu oran 2011 yılında 2,02 ve 2012 yılında ise 1,90 olmuştur (İstanbul Üniversitesi, Marmara Üniversitesi ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi 2012). Grafik 1'de okunması gereken diğer bir husus ise, yıllar itibarıyla doğurganlık hızı Türkiye'de düşme eğilimi gösterirken, DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB'de ise doğurganlık hızları genel olarak yıllar itibarıyla artış eğilimi göstermiştir (Grafik 1).

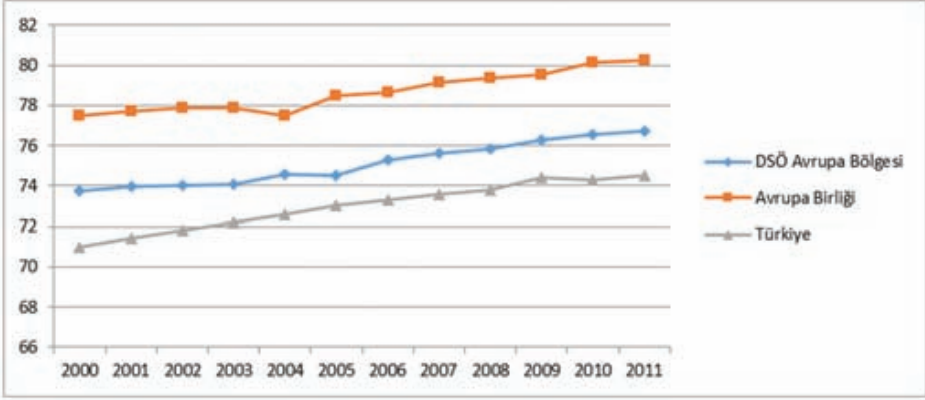
Grafik 1. Yıllara Göre Toplam Doğurganlık Hızı



Kaynak: WHO (2013)

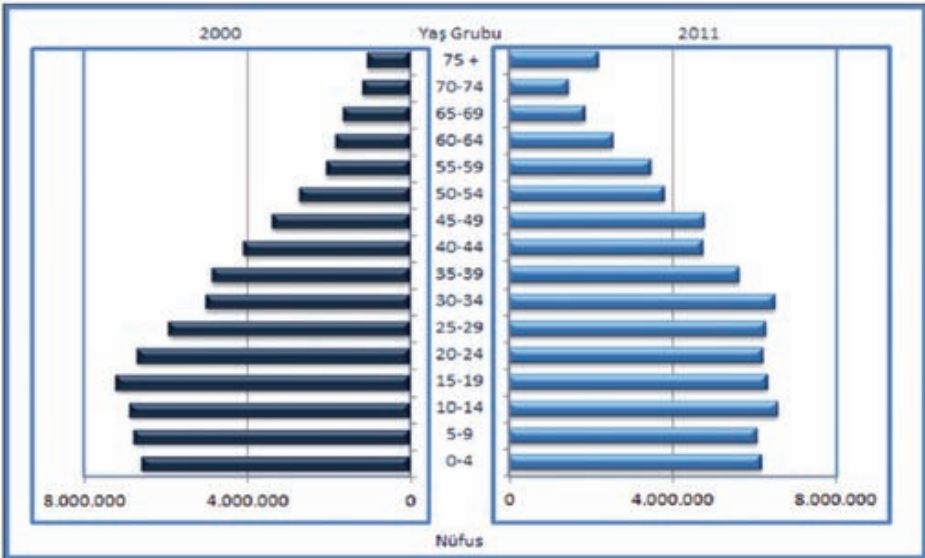
İkincisi ise, diğer alanlara ek olarak sağlık hizmetlerindeki iyileşmeler neticesinde doğuştan beklenen yaşam süresi (DBYS) artmaktadır. Örneğin Türkiye’de 2000 yılında DBYS 71 yıl iken, bu süre 2011 yılında 74,5 yıl olmuştur. Grafik 2’den de görülebildiği üzere Türkiye nüfusu 10 yılda ortalama 3,5 yıl daha fazla yaşamaya başlamıştır. Türkiye’ye ek olarak hem AB’de hem de DSÖ Avrupa Bölgesi’nde DBYS artış eğilimi göstermiştir. Sadece AB’de 2004 yılında bir azalma kaydedilmiştir. Bunun temel nedeni ise 2004 yılında AB’ye katılan 10 yeni ülkenin DBYS’lerinin düşüklüğü gösterebilir (Grafik 2).

Grafik 2. Yıllara Göre Toplam Doğurganlık Hızı



Kaynak: WHO (2013)

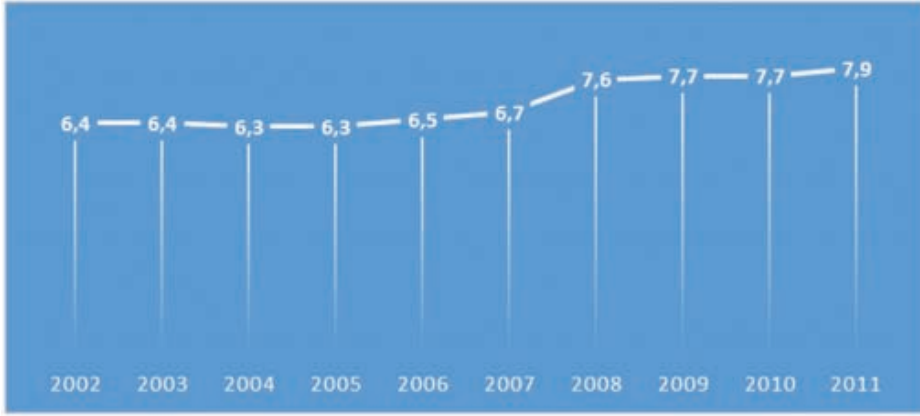
Grafik 3. Nüfus Piramidi, Toplam, Türkiye (2000, 2011)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Türkiye nüfusunun yaşlanma eğilimi içinde olduğu Grafik 3'deki nüfus piramidindeki değişimden de açıkça görülebilmektedir. 2000 yılında 20 yaş altı nüfus grupları daha ön planda iken, 2011 yılında 20 yaş üstü nüfus gruplarında gözle görülebilir bir artış yaşandığı belirtilebilir (Grafik 3).

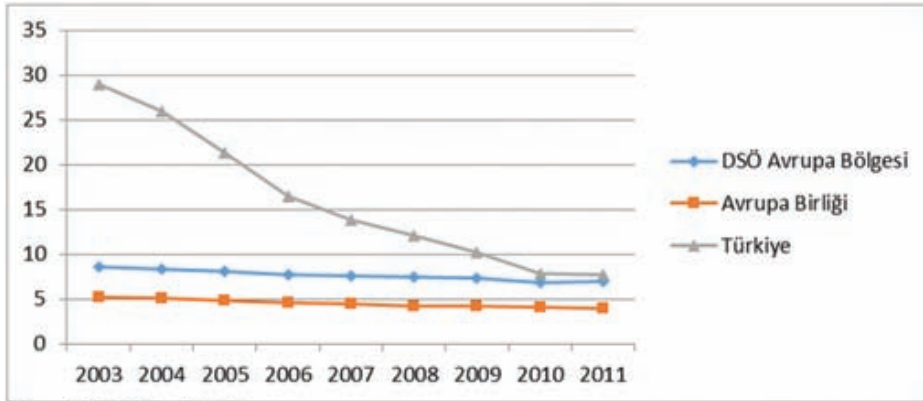
Grafik 4. Yıllara Göre 65 Yaş Üstü Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı, %, Türkiye



Kaynak: OECD (2013)

Grafik 3'e destek niteliğindeki Grafik 4'de de görülebildiği üzere, yıllar itibariyle 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı giderek bir artış eğilimi göstermektedir. 2002 yılında Türkiye'de 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %6,4 iken bu oran 2011 yılında %7,9'a yükselmiştir.

Grafik 5. Bebek Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda)

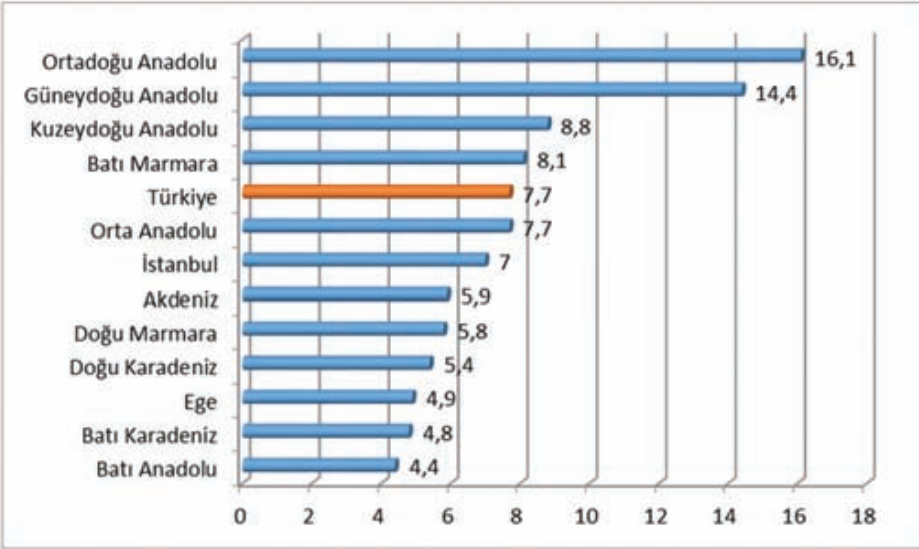


Kaynak: WHO (2013)

Türkiye’de 2002 yılında bebek ölüm hızı (BÖH) binde 31,5 iken (AB’de ortalama 5,46), 2011 yılında da binde 6,97 (AB ortalaması binde 4,0) olmuştur. Bu da göstermektedir ki yıllar itibariyle Türkiye’de BÖH’de önemli iyileşmeler söz konusu olmuştur. Ancak bu iyileşmelere rağmen BÖH halen AB ortalamasından uzaktır (Grafik 5).

Diğer taraftan Grafik 6’den de görülebildiği üzere Türkiye’de BÖH’ler açısından bölgeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu da sağlık açısından bölgesel eşitsizliklerin varlığına işaret etmektedir.

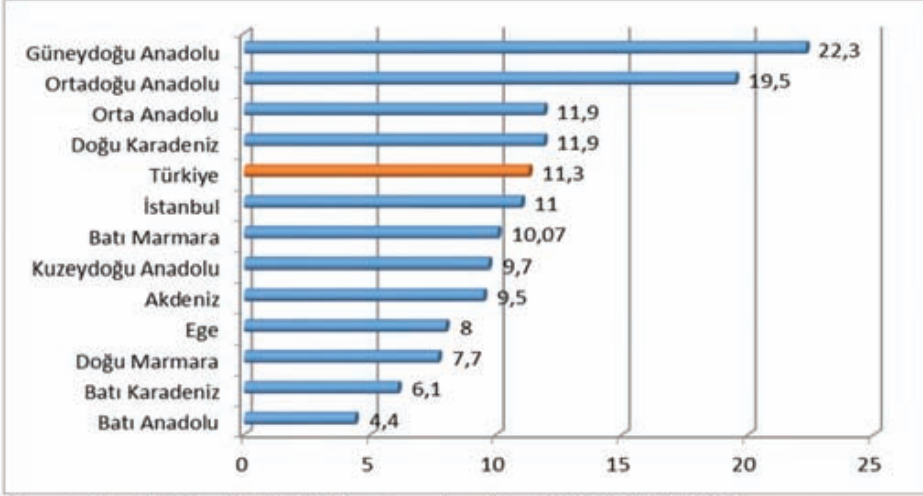
Grafik 6. İBBS-1’e Göre Bebek Ölüm Hızı, (1.000 canlı doğumda), 2011



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Ek olarak BÖH’nin yanında sağlık statüsünün önemli bir göstergesi olan 1000 canlı doğumda beş yaş altı ölüm hızı açısından da Türkiye’de bölgeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır (Grafik 7).

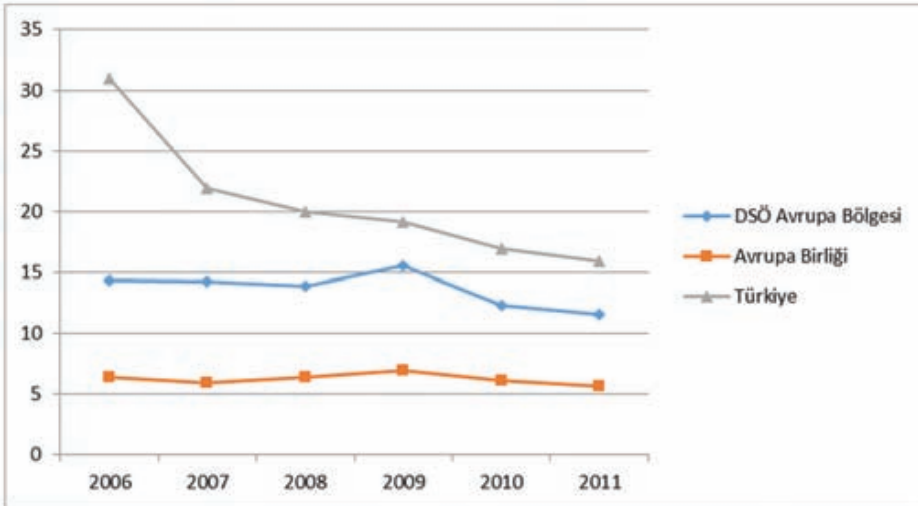
**Grafik 7. İBBS-1'e Göre Beş Yaş Altı Ölüm Hızı,
(1.000 Canlı Doğumda), 2011**



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Türkiye’de anne ölüm hızı, 2006 yılında 100.000 canlı doğumda 30,93 (AB’de 6,41) iken 2011 yılı için 100.000 canlı doğumda 15,92 (AB’de 5,69) olarak kaydedilmiştir. Anne ölüm hızında da yıllar itibariyle Türkiye’de iyileşmeler olmasına karşılık, halen DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB ortalamalarının gerisinde yer almaktadır (Grafik 8).

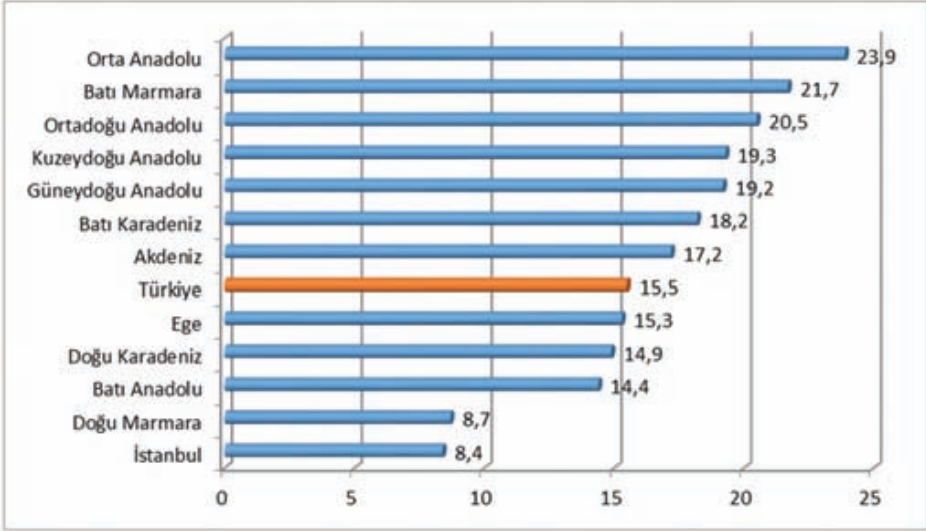
Grafik 8. Anne Ölüm Hızı (100.000 canlı doğumda)



Kaynak: WHO (2013)

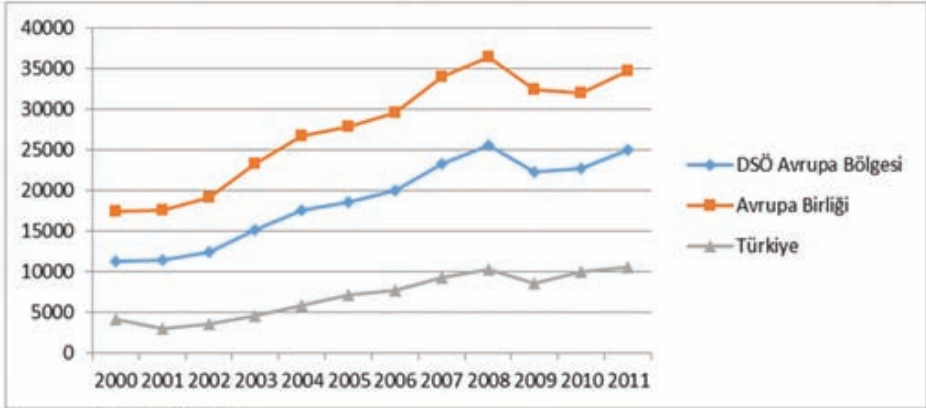
Grafik 9'den de görülebildiği üzere Türkiye'de bölgeler arası farklılıklar anne ölüm oranları açısından da gözlemlenmektedir.

Grafik 9. İBBS-1'e Göre Anne Ölüm Oranı, (100.000 canlı doğumda), 2011



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Grafik 10. Kişi Başı Gayri Safi Yurt İçi Hasıla Düzeyleri (GSYİH, US\$)



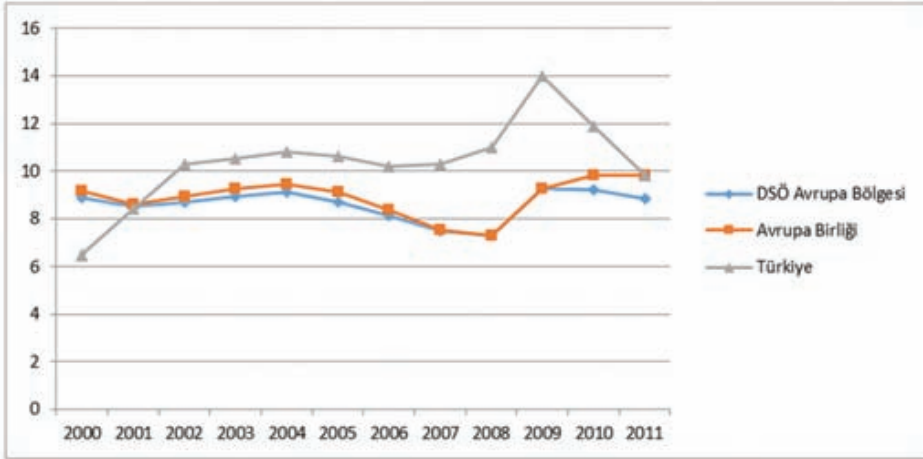
Kaynak: WHO (2013)

DSÖ verilerine göre Türkiye'de kişi başına milli gelir 2000 yılında 4.189 dolar iken (AB ortalaması 17.463 dolar); 2011 yılında 10.542 dolar (AB ortalaması 34.758 dolar) olmuştur. Grafik 8'den de görülebildiği üzere hem AB, hem DSÖ

Avrupa Bölgesi ve hem de Türkiye’de 2008 yılı ve sonrasında GSYİH düzeylerinde bir düşme meydana gelmiştir. Bunun temel nedenin o dönemlerde yaşanmaya başlanan global ekonomik kriz olduğu belirtilebilir (Grafik 10).

Grafik 11’de işsizlik oranları görülmektedir. DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB’nin yıllar itibariyle işsizlik oranlarının artış ve azalış trendleri birbirine benzerken Türkiye’de oldukça farklı bir şekilde gerçekleştiği görülmektedir. Ancak 2011 yılı itibariyle Türkiye’nin işsizlik oranı AB ortalaması ile aynı seviyeye gelmiştir. Buna göre Türkiye’de işsizlik oranı 2000 yılında 2002 yılına kadar artış göstermiş, 2002 yılında 2007 yılına doğru küçük değişimlerle artış ve azalışlar göstermiş, 2009 yılında ise en yüksek işsizlik oranı gerçekleşmiştir. 2008 yılından itibaren artan işsizliğin nedeni o yıllarda yaşanmaya başlanan global ekonomik kriz olarak belirtilebilir. Ancak 2009 yılından itibaren ise işsizlik oranında iki puanlık bir iyileşme görülmektedir. Bu ise hükümetin işsizlikle ve kayıt dışı istihdam ile mücadele konusunda almış olduğu önlemlerin bir yansıması olarak görülebilir.

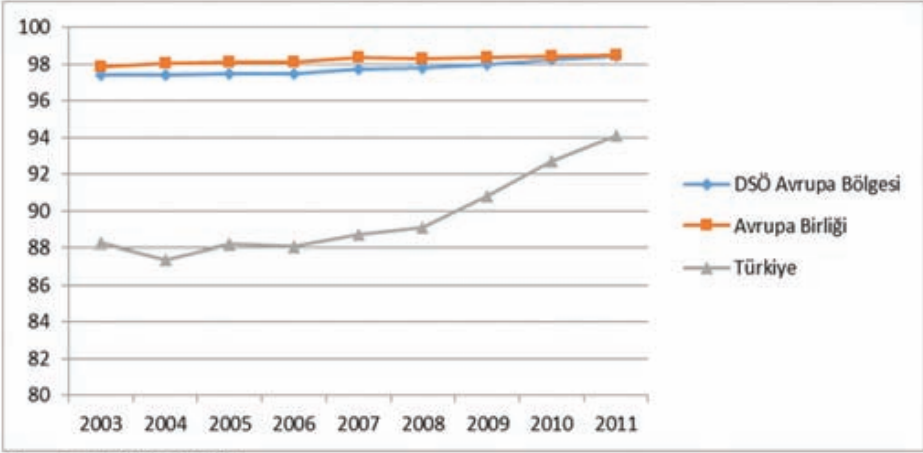
Grafik 11. Yıllara Göre İşsizlik Oranı, %



Kaynak: WHO (2013)

Türkiye’de yıllara göre 15 yaş üstü nüfusta okuryazarlık oranı önemli ölçüde bir artış göstermiş olmasına karşın halen AB ortalamasının oldukça gerisinde yer almaktadır. DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB’de bu oranın yüzde yüze yakın seviyelerde olduğu görülmektedir (Grafik 12).

Grafik 12. Yıllara Göre 15 yaş üstü nüfusta Okuryazarlık Oranı, %



Kaynak: WHO (2013)

3.2. Yönetim ve Örgütlenme

Türkiye’de sağlık yönetiminde ve sağlık politikası oluşturma sürecinde çok sayıda aktör yer almaktadır. Devlet; planlama, koordinasyon, finansal açıdan destek ve sağlık kurumlarının geliştirilmesi açısından temel sorumluluğunu SB başta olmak üzere, askeri kurumlar, Parlamento, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu ve diğer ilgili kurum ve kuruluşlar aracılığı ile yerine getirmektedir. Bunlara ek olarak; sendikalar, meslek örgütleri ve diğer sivil toplum kuruluşları da Türkiye’de sağlık politikası oluşturma sürecindeki aktörler arasında yer almaktadır. Ayrıca, DSÖ, DB, OECD, IMF, Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) ve sağlık teknolojisi şirketleri (ilaç ve tıbbi cihaz şirketleri başta olmak üzere) gibi uluslararası kurum ve kuruluşlar ve AB gibi uluslararası organizasyonlar Türkiye’deki sağlık politikalarının şekillenmesinde doğrudan veya dolaylı olarak etkili olabilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım 2013).

Spesifik olarak belirtmek gerekirse, 2 Kasım 2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’ye (KHK) göre SB’nin görevi; herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır. SB bu amaçla; a) strateji ve hedefleri belirler; planlama, düzenleme ve koordinasyon yapar. b) Uluslararası ve sektörler arası işbirliği yapar. b) Rehberlik, izleme, değerlendirme, teşvik, yönlendirme ve denetleme yapar, müeyyide uygular. c) Acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlar ve yürütür. d) Bölgesel farklılıkları gidermeye ve herkesin sağlık hizmetine erişimini sağlamaya yönelik tedbirler alır. e) İlgili kurum ve kuruluşların insan sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörler ve sosyal belirleyicilerle ilgili uygulamalarına ve düzenlemelerine yön verir, bunu teminen gerekli bildirimleri yapar, görüş bildirir ve müeyyide uygular. f) Görevin ve hizmetin gerektirdiği her türlü tedbiri alır. g) İlaç fiyatlarının belirlenmesine ilişkin usûl ve esaslar Bakanlığın teklifi üzerine Bakanlar Kurulunca belirlenir (Resmi Gazete 2011).

SB teşkilatı; merkez teşkilat, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlardan meydana gelmektedir (Resmi Gazete 2011) (Şekil 1).

Şekil 1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı



Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html> (erişim: 24.09.2013)

663 sayılı KHK'ya göre SB; a) halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi; b) teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi; c) uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi; ç) sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi; d) sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi; e) insan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün

ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması; f) kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetir ve politikaları belirler (Resmi Gazete 2011).

3.3. Hizmet Sunumu

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu ağırlıklı olmak üzere, kamu-özel karışımı bir yapılanma söz konusudur. Çok sayıda aktör; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve geliştirici sağlık hizmetlerini sunabilmektedir. Ana hizmet sağlayıcıları arasında SB, üniversite hastaneleri ve özel sektör yer almaktadır. SB, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin ana hizmet sağlayıcısı ve aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin de tek sağlayıcısı konumundadır. SB; hastaneler, klinikler, aile sağlık merkezleri, toplum sağlık merkezleri, dispenserler gibi kapsamlı sağlık hizmetleri tesislerini ve olanaklarını işletmektedir.¹ Üniversite hastaneleri doğaları ve tanımları gereği teorik olarak üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunmaları gerekirken, pratikte tüm basamak sağlık hizmetlerini sunabilmektedir. Özel sektör de; hastaneler, klinikler ve poliklinikler, muayenehaneler, eczaneler, laboratuvarlar, tıbbi cihazlar ve ilaç şirketleri aracılığıyla sağlık hizmetlerini üretmektedir. Ayrıca Savunma Bakanlığı, dini gruplar, azınlıklar ve vakıflar da sağlık hizmetlerini sunabilmektedirler (Yıldırım ve Yıldırım 2013).

Türkiye’de mevcut durumda hizmet basamakları arasında zorunlu sevk sistemi bulunmamaktadır. Hastalar istediği basamaktaki sağlık hizmet sunucusuna doğrudan başvurabilmektedir. Bu da beraberinde kaynak israfına yol açabilmekte ve sistemin sürdürülebilirliğini zorlayabilmektedir.

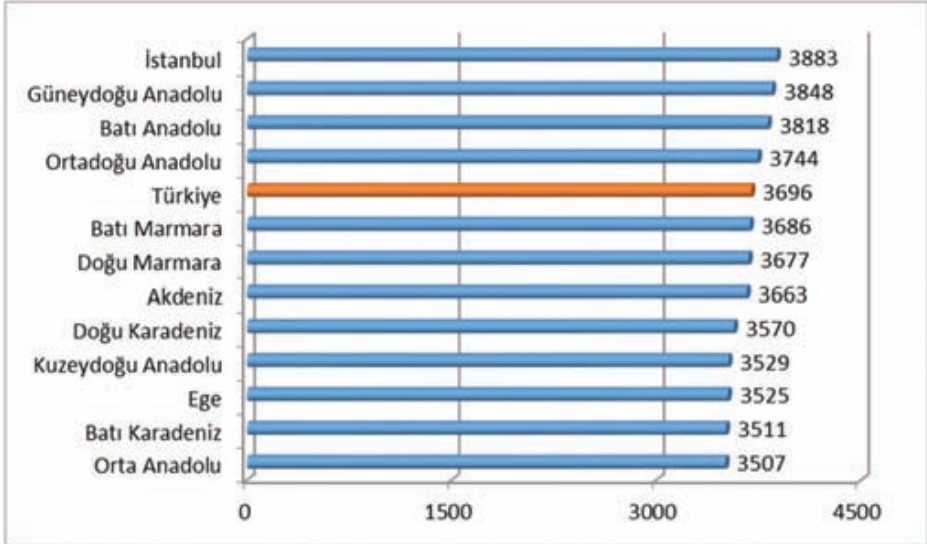
2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan SDP’nin temel bileşenlerinden birisi, birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli olan aile hekimliğidir. Aile hekimliği öncesinde birinci basamak sağlık tesislerinde 17.800 hekim görev yaparken, geçiş sonrasında 2010 yılı sonu itibarıyla, 6.367 aile sağlığı merkezinde 20.185 hekim, 961 toplum sağlığı merkezinde 2.167 hekim olmak üzere toplam 22.352 hekim görev yapmaktadır. 2011 yılı sonu itibarıyla 3.696 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. Ebe, hemşire ve sağlık memurları (toplum sağlığı) aile sağlığı elemanı² olabilirken, 2010 yılında yapılan değişikliklerle

1. Şubat 2005’e kadar SSK kendi hastanelerine, kliniklerine ve dispenserlerine sahipti. SSK bu tesisleriyle mensuplarına ve gerektiğinde diğer nüfus gruplarına (Bağ-Kur mensupları gibi) hizmet veriyordu. Ancak, üniversite ve askeri hastaneler hariç diğer kamu hastaneleri (SSK hastaneleri dahil) Şubat 2005’de SB’ye devredilmiştir (Yıldırım ve Yıldırım 2010, 2013).

2. Bakanlık nezdinde “eleman” olarak kullanılan bu kavramı Sağlık-Sen doğru bulmamaktadır. Bunun yerine “aile sağlığı çalışanı” ifadesinin daha doğru olduğu düşünülmektedir.

acil tıp teknisyenlerine de (ATT) bu imkân tanınmıştır. Aile hekimleri kırsal bölgede yaşayanlara periyodik aralıklarla gezici sağlık hizmeti vermektedir. 2010 yılında yapılan değişiklikle, huzurevi, cezaevi ve çocuk bakımevi gibi yerlerde yaşayanlara yerinde sağlık hizmeti, yatalak hastalara ise evde bakım hizmeti aile hekimlerince verilmeye başlanmıştır. Ayrıca aşılamalar, bebek ve gebe izlemleri, 15-49 yaş kadın izlemleri, tarama programları, D vitamini ve demir desteği, belli yaş gruplarına yönelik periyodik sağlık kontrolleri, ulusal hastalık kontrol programları gibi birçok koruyucu sağlık hizmeti aile hekimlerinin sorumluluğunda yürütülmektedir (Sağlık Bakanlığı 2011; TBMM 2013). Grafik 13’de ise İBBS-1’e göre aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus 2011 yılı itibariyle verilmektedir. Buna göre 2011 yılında aile hekimi başına düşen nüfus açısından bölgeler arasında az da olsa farklılıklar bulunmaktadır. Diğer taraftan Türkiye modelinde aile hekimi başına öngörülen nüfus olan 2500-3000 rakamı ile karşılaştırıldığında mevcut oranlar yüksek düzeyde bulunmaktadır.

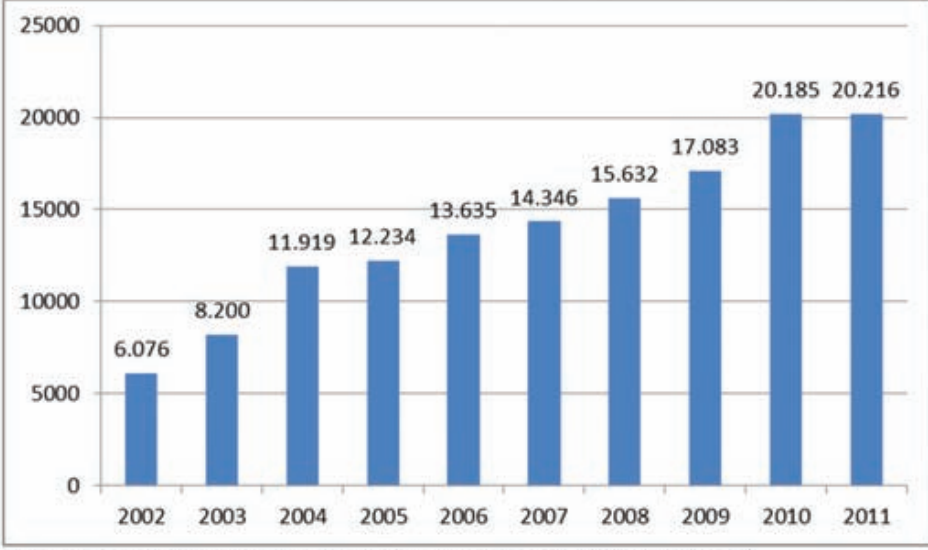
Grafik 13. İBBS-1’e Göre Aktif Çalışan Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus, 2011



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Yıllara göre aile sağlığı merkezi muayene odası sayısı Grafik 13’de görülmektedir. 2002 yılında 6.076 olan muayene odası 2011’de 20.216’ya çıkarak 3 kattan fazla artış göstermiştir (Grafik 14).

Grafik 14. Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı

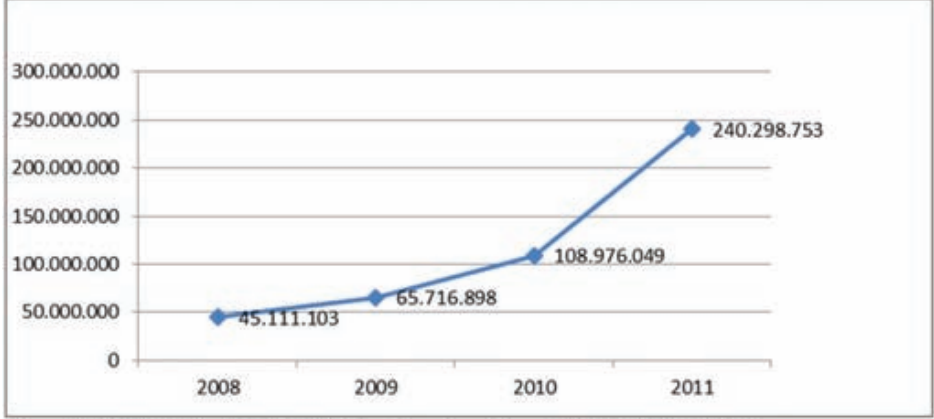


Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Genel olarak belirtmek gerekirse Türkiye’deki muayene sayılarının yaklaşık olarak %40’ı birinci basamak sağlık hizmetleri (yani aile hekimliği), %40’ı Sağlık Bakanlığı hastaneleri, %15’i özel sağlık kuruluşları ve %5’i de üniversite hastanelerinde olmaktadır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012).

Yıllara göre aile hekimine müracaat sayısı Grafik 15’de görülmektedir. Aile hekimine müracaat sayısı 2008 yılında 45 milyon iken, 2011 yılında 240 milyona çıkmıştır. Aile hekimine müracaat sayısında yaklaşık 5 katlık bir artış gerçekleşmiştir. Bu artışın bir kısmının aile sağlığı merkezindeki oda sayısındaki artıştan kaynaklandığı belirtilebilir. Buna paralel olarak 2010 yılı sonunda tüm Türkiye’de aile hekimliği sistemine geçilmesi de bu artışta önemli bir rol oynamıştır. Ancak kaydedilen tüm bu artışların gerekli olup olmadığı tartışmalıdır. Bu artışların nedenlerinin kullanım incelemesi araştırmaları ile ortaya konulmasında yarar görülmektedir.

Grafik 15. Yıllara Göre Aile Hekimine Müracaat Sayısı, Türkiye



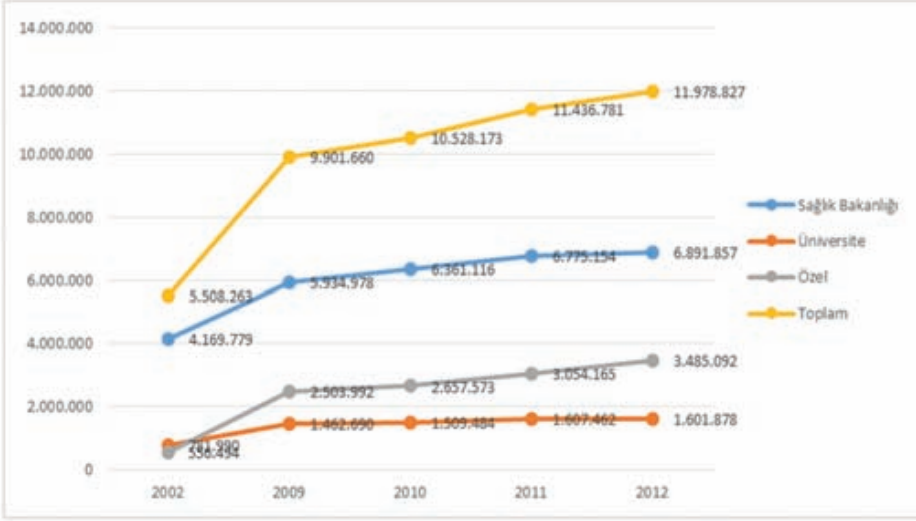
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Türkiye, 2003 yılında ortaya koyduğu SDP kapsamında diğer reform bileşenlerine ek olarak aile hekimliği modelini de uygulamaya çalışmaktadır (Yıldırım 2010). Türkiye “aile hekimliği modeli” ile birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeyi ve diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturmayı hedeflemektedir (Sağlık Bakanlığı 2003). Bu bağlamda bir hususun altının çizilmesinin gerektiğine inanmaktayız. Genelde birinci basamak sağlık hizmetleri özelde ise aile hekimliği Türkiye sağlık sisteminin hakim karakteri haline getirilmek isteniyorsa ve geçiş sürecinde ve sonrasında eldeki mevcut olanaklarla en nitelikli ve kaliteli birinci basamak sağlık hizmetleri üretilmek isteniyorsa üç temel eylemin zaman kaybedilmeden eş zamanlı olarak gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Yıldırım 2010):

1. Aile hekimi sayısını artırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
2. Sevk sistemine/zincirine yasal işlerlik kazandırılmalıdır.
3. Tıp fakültelerindeki eğitim müfredatı aile hekimliğinin sistemdeki öngörülen bu baskın karakterine göre yeniden tasarlanmalıdır ve hizmet içi eğitimler uzmanlık eğitimine everilecek şekilde tamamlanmalıdır.

Grafik 16’da yıllara ve sektörlere göre yatan hasta sayıları verilmektedir. Buna göre 2002 yılından 2012’ye kadar toplamda yatan hasta sayılarında iki kat fazla artış yaşanmıştır. En fazla artış ise özel sektörde gerçekleşen yaklaşık yedi katlık bir artışla olmuştur.

Grafik 16. Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayıları, Türkiye

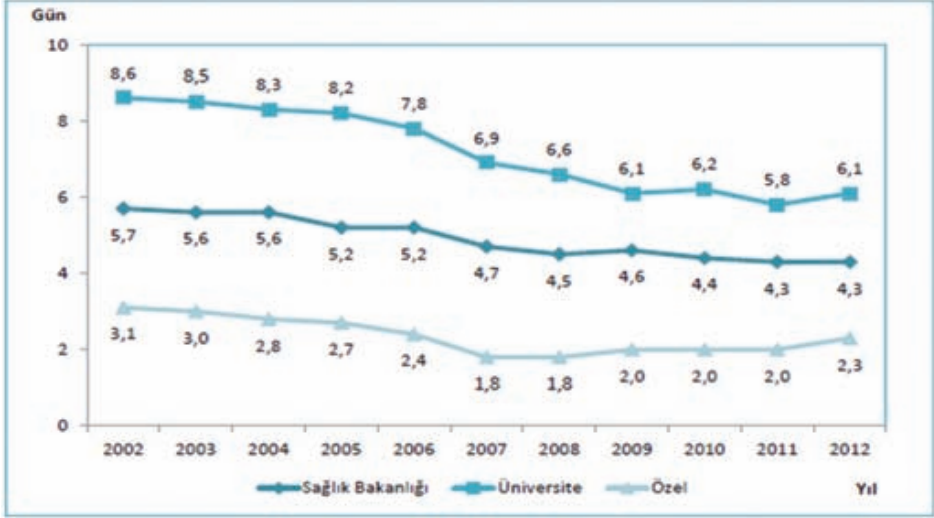


Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Grafik 17’de yıllara ve sektörlere göre hastanelerde yatan hasta ortalama kalış günü görülmektedir. Çok genel olarak belirtmek gerekirse yıllar itibariyle SB hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde yatan hasta ortalama kalış günü giderek azalmaktadır. Özel sektör hastanelerinde de 2007’ye kadar bir düşüş gözlenmiş, ancak daha sonra artış gözlenmiştir. Hastanelerde yatan hasta ortalama kalış gününde yıllar itibariyle bir azalma görülmesi temelde tıbbi teknoloji-deki gelişmelere ve buna paralel olarak evde bakım hizmetlerinin gelişmesine ve yaygınlaşmasına bağlanabilir.

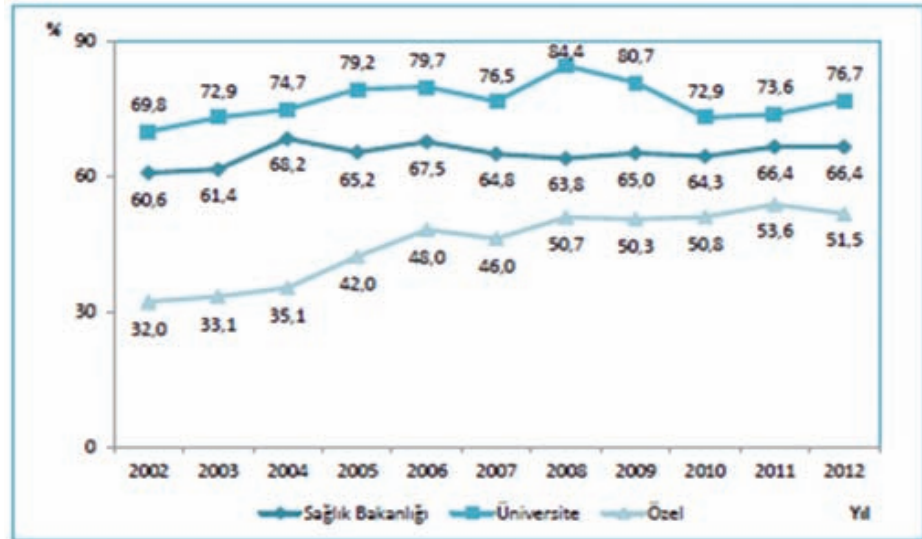
Grafik 17’den göze çarpan başka bir husus ise, üniversite hastanelerinde ortalama kalış gün sayısının hem devlet hem de özel hastanelerden fazla olmasıdır. Bu beklenen bir durumdur. Çünkü üniversite hastaneleri teorik olarak misyonları gereği üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği ve bu bağlamda ağırlıklı olarak ağır vakaların yatırıldığı tesislerdir.

Grafik 17. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü, Türkiye



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Grafik 18. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı, % , Türkiye

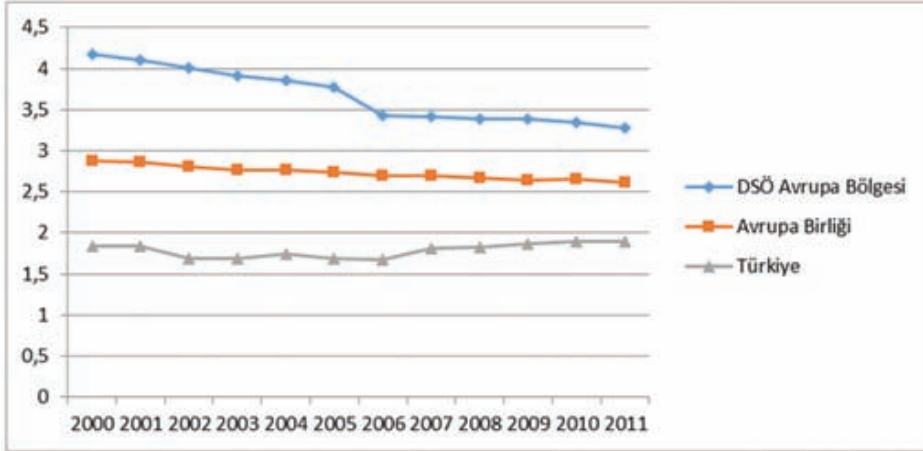


Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Grafik 18’de yıllara ve sektörler göre hastanelerde yatak işgal oranı verilmektedir. Buna göre yıllar itibariyle her üç sektörde de yatak doluluk oranında bir artış görülmektedir. Ancak bu artışın en fazla olduğu sektör yaklaşık iki katlık bir artışla özel sektör olmuştur. Bu da yıllar itibariyle özel sektörün Türkiye sağlık sistemi içindeki rolünün arttığını göstermektedir. Ek olarak belirtmek gerekirse, genel olarak yatak işgal oranları düşük düzeydedir. Bu da Türkiye hastanelerinin atıl kapasite ile çalıştığını göstermektedir ki kaynak israfına işaret eder.

Her 100.000 kişiye düşen hastane sayılarının verildiği Grafik 19’da DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB ülkelerinde yıllar itibariyle genel olarak düşüş gerçekleştiği, Türkiye’de ise 2006 yılından sonra artış gerçekleştiği görülmektedir. Ancak halen Türkiye AB ortalamasının gerisinde yer almaktadır.

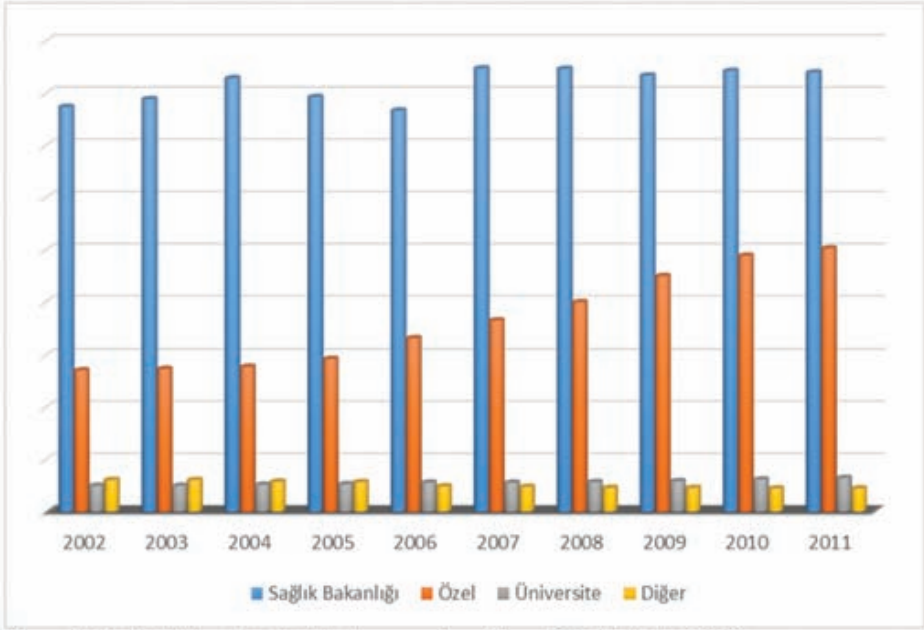
Grafik 19. 100.000 Kişiye Düşen Hastane Sayıları



Kaynak: WHO (2013)

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan kurum ve kuruluşların mülkiyetine göre bakıldığında, yıllar itibariyle özellikle özel sektör hastanelerinde ciddi bir artış olduğu gözlenmektedir (Grafik 20).

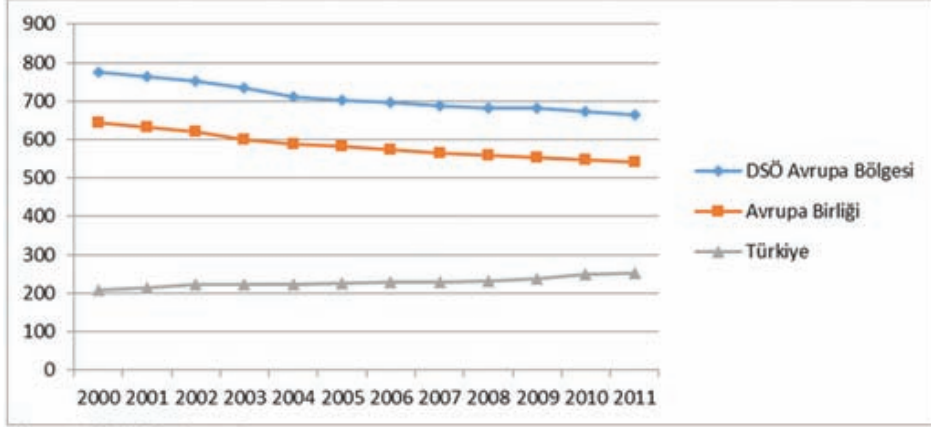
Grafik 20. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayılarının Dağılımı, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Grafik 21’de 100.000 kişiye düşen hastane yatağı sayıları verilmektedir. Buna göre her 100.000 kişiye düşen hastane yatağının 2000-2011 yılları arası değişim trendlerinin verildiği grafikte Türkiye’nin DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB’ye nazaran daha düşük hastane yatağına sahip olduğu görülmektedir. Türkiye’de 2011 yılında 100.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 251,65 iken bu rakam DSÖ Avrupa Bölgesinde 664,95 ve AB’de ise 539,88’dir. Avrupa’da hastane yatağı sayılarında bir azalma eğilimi göze çarpmaktadır. Bu durumun üç ana nedeni belirtilebilir. Birincisi, hükümetlerin maliyet sınırlama stratejileri çerçevesinde hastane yataklarını azaltma cihetine gitmeleri. İkincisi ise, hızla gelişen tıbbi teknoloji ile birlikte hastanelerde yatış süresinin giderek azalması ve hatta bazı vakalarda veya işlemlerde yatışın artık gereklilik olmaktan çıkması. Üçüncüsü ise, nüfusun yaşlanması ile birlikte evde bakım ve yaşlı bakım hizmetlerinin giderek yaygınlaşması.

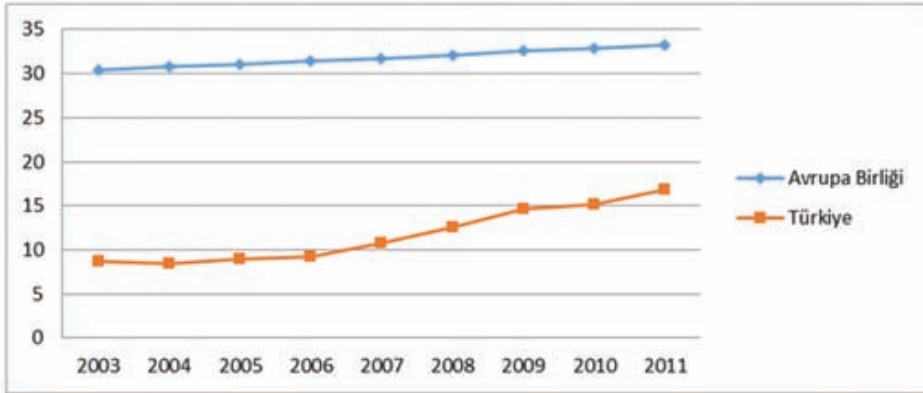
Grafik 21. 100.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayıları



Kaynak: WHO (2013)

2003-2011 yılları arasında toplam yataklar içindeki özel klinik yataklarının yüzdesi incelendiğinde Türkiye’de 2003 yılından 2011 yılına doğru önemli miktarda artış gerçekleştiği, AB’de ise bu artışın çok daha düşük düzeylerde seyrettiği görülmektedir. Bu ise AB’de olduğu gibi Türkiye’de de özel sektörün göreceli rolünün arttığı anlamına gelmektedir (Grafik 22).

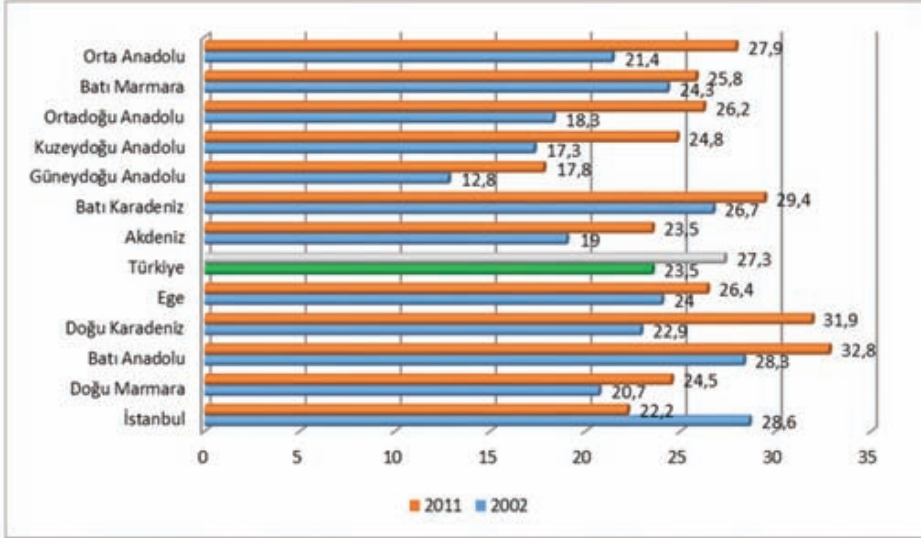
Grafik 22. Toplam Yataklar İçinde Özel Klinik Yataklarının Yüzdesi



Kaynak: WHO (2013)

10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısında da Türkiye'nin bölgeleri arasında eşitsizlikler mevcuttur (Grafik 23).

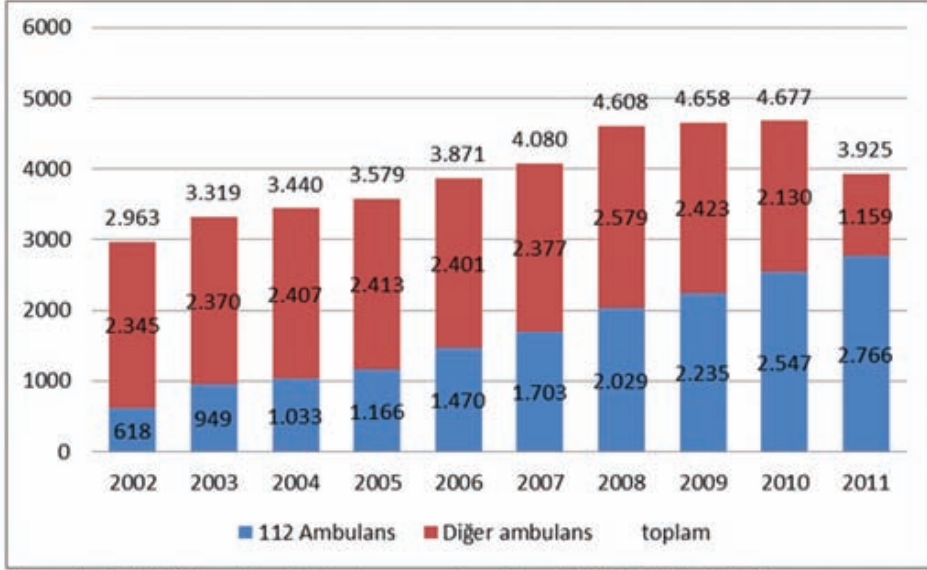
Grafik 23. İBBS-1'e Göre 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı, Tüm Sektörler, 2002, 2011



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Türkiye'deki acil sağlık hizmetleri açısından bir değerlendirme yapıldığında ise 2002 yılı sonunda 618 olan tam donanımlı 112 ambulansı sayısı 2011 yılı sonu itibariyle 2.766'ya ulaştığı görülmektedir. 2002 yılı sonunda 481 olan 112 istasyon sayısı ise dokuz yıl içinde 1.710'a çıkarılmıştır. Aralık 2011 itibariyle coğrafi ve iklim şartları sebebiyle ulaşımda güçlük çekilen bölgelerde 224 adet "kar paletli ambulans" hizmet vermektedir. Bunların yanında, sokak darlığı ya da trafik yoğunluğu gibi sebeplerle özellikle standart ambulansların ulaşamadığı durumlarda hizmet vermek üzere Aralık 2011 itibariyle 52 adet motosiklet ile büyük şehirlerde hizmet verilmektedir. 2007 yılında hizmete başlayan 4 adet deniz ambulansı İstanbul, Çanakkale, Balıkesir ve Gökçeada'da hizmet vermeye devam etmektedir. Hava ambulans sistemi ülkemizde 2008 yılından itibaren faaliyete geçirilmiştir. Aralık 2011 itibariyle ülke geneline hizmet verecek şekilde 19 ambulans helikopteri 15 il merkezine konuşlandırılmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011). Yıllara göre Sağlık Bakanlığı ambulans sayısında da ciddi artışlar gerçekleşmiştir. 2002 yılı ile kıyaslandığında özellikle de 2008, 2009 ve 2010 yıllarında ambulans sayısında yaklaşım olarak 1,5 kat kadar bir artış olmuştur (TBMM 2013) (Grafik 24).

Grafik 24. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Ambulans Sayısı, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Yıllara ve ambulans türlerine göre araç sayısında ve taşınan hasta sayısında da artışlar gözlenmiştir (Tablo 1).

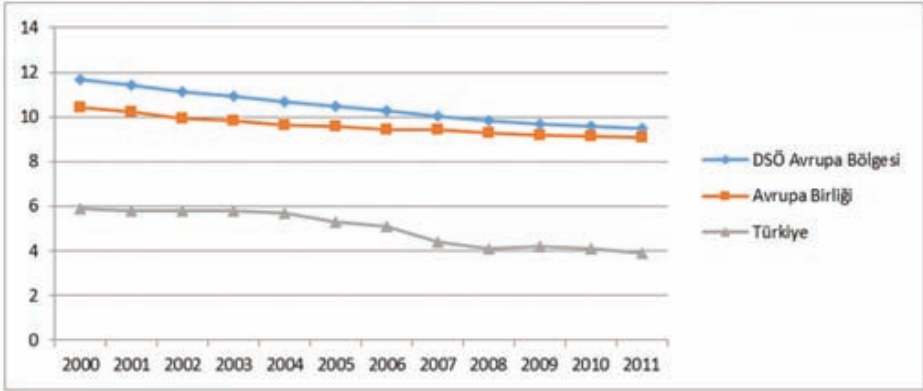
Tablo 1. Yıllara ve Ambulans Türlerine Göre Araç, Taşınan Hasta Sayısı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye

| | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|---------------------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|
| | Araç Sayısı | Nakleden Hasta Sayısı | Araç Sayısı | Nakleden Hasta Sayısı | Araç Sayısı | Nakleden Hasta Sayısı | Araç Sayısı | Nakleden Hasta Sayısı | Araç Sayısı | Nakleden Hasta Sayısı |
| Ambulans Helikopter | | | | | 17 | 2.475 | 17 | 4.770 | 19 | 3.264 |
| Uçak Ambulansı | | | | | | | 2 | 612 | 4 | 1.400 |
| KarPaletli Ambulans | 64 | 66 | 64 | 102 | 114 | 130 | 114 | 193 | 224 | 537 |
| Deniz Ambulansı | 4 | 132 | 4 | 162 | 4 | 159 | 4 | 165 | 4 | 356 |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Türkiye'deki tüm hastaneler açısından ortalama kalış süreleri değerlendirildiğinde ise AB'deki eğilime paralel olarak yıllar itibariyle bir azalma göze çarpmaktadır. Bu gelişmenin altında; diğerlerine ek olarak, sağlık teknolojisinde ve yöntemlerindeki ilerlemelerin, maliyet sınırlamaya dönük politikaların ve evde bakım hizmetlerinin giderek yaygınlaşmasının etkili olduğu belirtilebilir (Grafik 25).

Grafik 25. Ortalama Kalış Süresi, Tüm Hastaneler

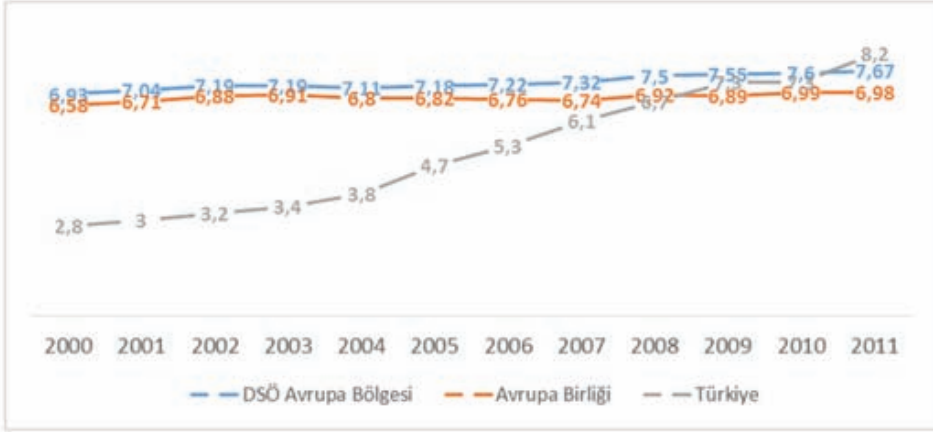


Kaynak: WHO (2013)

Grafik 26'da görülebildiği üzere, yıllar itibariyle kişi başı hekime müracaat sayılarında Türkiye'de ciddi artışlar yaşandığı görülmektedir. 2000 yılında Türkiye'de her birey ortalama 2,8 kez hekime müracaat ederken, 2011 yılında bu 8,2 kez olmuştur. 2008 yılında AB ortalaması ile hemen hemen aynı seviyede olan kişi başı hekime müracaat sayısı 2011 yılında AB ortalamasının oldukça üstüne çıkmıştır. Kişi başı hekime müracaat sayısındaki bu artış hem sağlık ocağı/aile hekimliği hem de hastaneler bazında gerçekleştiği görülmektedir. Bu artış aynı zamanda hem birinci basamak hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında da gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012). Bu müracaat artışının bir kısmının SDP kapsamında sağlık hizmetlerinin kapsamının ve erişiminin artması gibi nedenlerle gerçekleştiği ve de kaçınılmaz olduğu değerlendirilmektedir. Ancak her ne kadar bir araştırmaya dayanmamakla birlikte, gözlemlere dayalı olarak belirtilebilir ki, kişi başı hekime müracaat sayılarındaki bu hızlı artışın bir kısmının gereksiz olduğu düşünülmektedir. Bu gereksizliğin altında kısmen de performans dayalı ödeme sisteminin olduğu belirtilebilir. Çünkü Türkiye'deki performans dayalı ödeme

sistemi ağırlıklı olarak “hizmet başı ödeme biçimi”ne dayanmaktadır. Hizmet başı ödeme biçimi ise, ödeme yöntemleri arasında en fazla “arzın talep yaratmasına” yol açan bir yöntemdir.

Grafik 26. Yıllara Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayıları



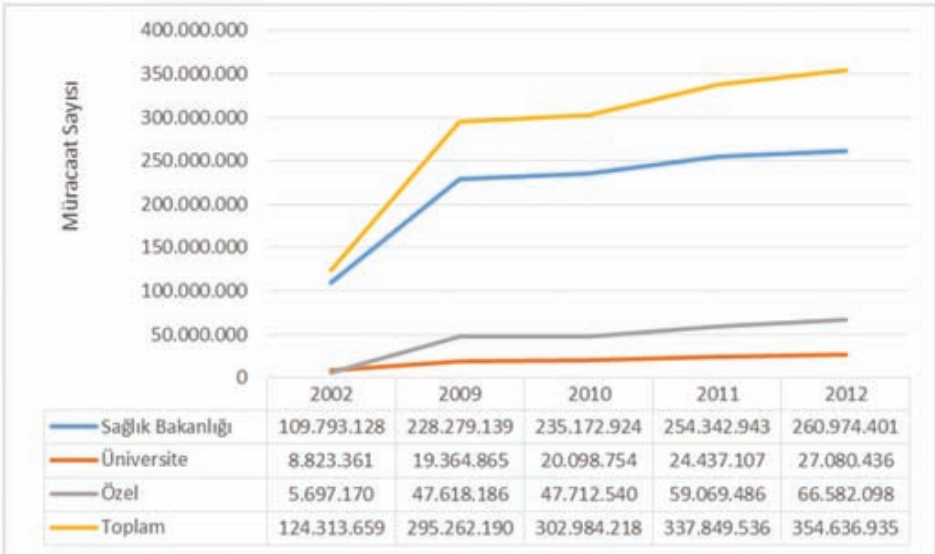
Kaynak: WHO (2013)

Yıllara ve hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat sayısı 2002 yılında birinci basamakta 1,1 iken, ikinci ve üçüncü basamakta bu oran 2,0, toplamda ise 3,1 olmuştur. 2011 yılında bu oran birinci basamakta 3,1, ikinci ve üçüncü basamakta 5,1, toplamda ise 8,2 olmuştur. Yıllara ve hizmet kapsamına göre hekime müracaat sayısının oranlarına bakıldığında ise 2002 yılında nüfusun %36’sı birinci basamaktaki sağlık hizmeti veren kuruluşlara müracaat ederken, %64’ü ise ikinci ve üçüncü basamaktaki sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlara müracaat etmiştir. 2011 yılında ise bu oran birinci basamak için %38, ikinci ve üçüncü basamak için ise %62 olmuştur. 2010 yılı verilerine göre hekime başvuruların %80’i Sağlık Bakanlığı tesislerine (aile hekimleri dahil), %4’ü üniversite hastanelerine ve %16’si ise özel hastanelere olmuştur (Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012). Çok az da olsa birinci basamaktaki hekime müracaat oranının artması, buna karşılık ikinci ve üçüncü basamaktaki hekime müracaat oranının azalmış olması olumlu bir gelişme olarak değerlendirilmektedir.

Yıllara ve sektörlere göre hastanelere müracaat sayısı Grafik 27’de verilmektedir. 2002 yılında toplamda 124 milyonluk bir müracaat söz konusu iken bu

oran 2012 yılında 354 milyon olmuştur. Sağlık Bakanlığı hastanelerine müracaat sayısında 10 yıl içerisinde yaklaşık 2 katlık bir artış yaşanırken bu artış üniversite hastaneleri için 3 kat, özel hastaneleri için ise 13 kat bir artış ile sonuçlanmıştır. Bu da özel sektörün yıllar itibariyle göreceli olarak rolünün arttığını göstermektedir. Bu noktada toplam müracaat sayısında iki temel çarpıklığa dikkat çekmekte yarar vardır. Birincisi, toplam müracaat sayısının Avrupa ortalamasının üstünde olması ve bu durumun siyasi aktörler ve sağlık yöneticileri tarafından iyi bir göstergesi gibi yansıtılmasıdır. Bu artışların bir kısmı gereksiz artışlar olabilir. Bunun temel nedenleri olarak performans dayalı ödeme biçimi ve halkın sağlıkla ilgili bilgi ve algısının düşük düzeyde olması gösterilebilir. İkincisi ise, halen ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurunun birinci basamak sağlık hizmetlerine göre çok yüksek olmasıdır. Bu da birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde kullanılmadığının bir göstergesidir. Sürdürülebilir bir sağlık sistemi için aile hekimliği sisteminin daha fazla desteklenerek ve geliştirilerek (örneğin sevk zincirinin zorunlu hale getirilmesi ve aile hekimliğine başvurunun özendirilmesini amaçlayan tedbirlerin alınması gibi) halkın birinci basamak sağlık hizmetlerini daha etkili ve verimli kullanması sağlanmalıdır. Mevcut uygulamada aile hekimlerine ağırlıklı olarak reçete yazımı için başvurulmaktadır.

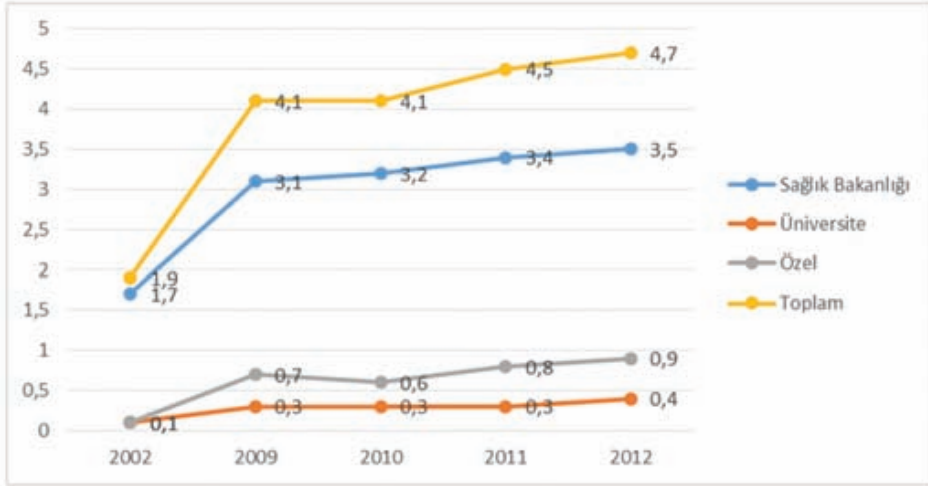
Grafik 27. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Grafik 28'de ise yıllara ve sektörlere göre hastanelere kişi başı müracaat sayısı görülmektedir. Buna göre kişi başı müracaat sayısının en yüksek olduğu hastaneler Sağlık Bakanlığı hastaneleri iken, kişi başı en az müracaatın yapıldığı hastaneler ise üniversite hastaneleri olmuştur. 2002 yılından 2012 yılına kadar geçen on yıllık zamanda Sağlık Bakanlığı hastanelerinde kişi başı müracaat sayısı yaklaşık iki kat artışla 1,7'den 3,5'e çıkmıştır. Bu sayısı özel hastaneler açısından aynı dönemde dokuz kat artarak 0,1'den 0,9'a çıkmıştır. Üniversite hastaneleri söz konusu olduğunda ise bu sayısı dört kat artışla 0,1'den 0,4'e çıkmıştır. Görüldüğü üzere hastanelere göre kişi başı müracaat sayısı en fazla özel hastanelerde artış göstermiştir. Bunun altında yatan temel nedenlerden birisi, belki de en önemlisi, SDP kapsamında özel sektörün rolünün artırılmasına dönük izlenen politikaların bir yansımasıdır.

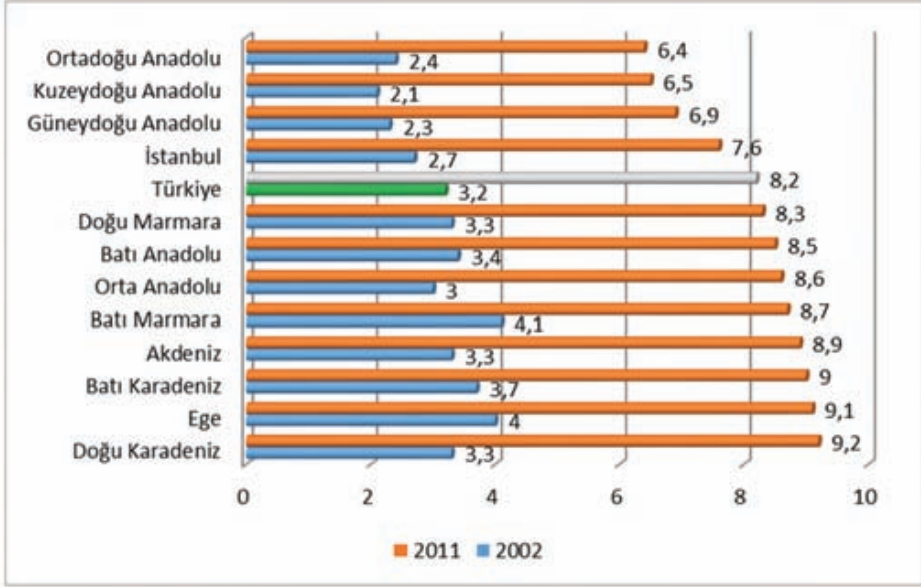
Grafik 28. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

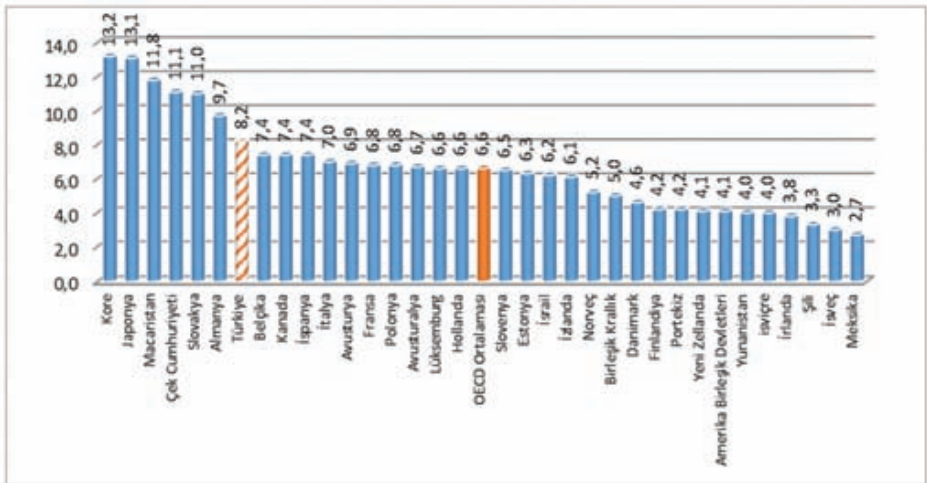
İBBS-1'e göre kişi başı hekime müracaat sayısı Grafik 29'de görülmektedir. Buna göre bölgeler arasında farklılıklar bulunmaktadır.

Grafik 29. İBBS-1'e Göre Kurum ve Kuruluşlarda Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısı (Tüm Sektörler, 2002 ve 2011 yılları)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Grafik 30. Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması (2011 veya en yakın yıl)

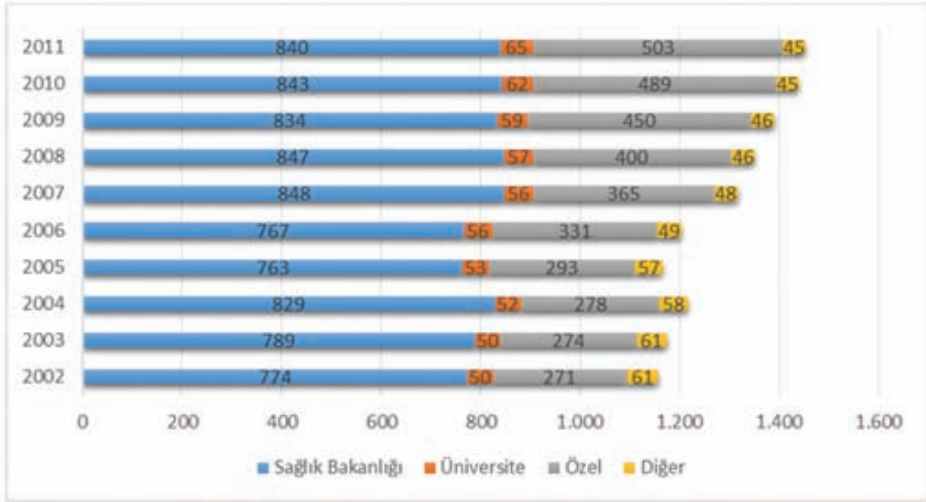


Kaynak: OECD (2013)

Uluslararası karşılaştırma açısından bakıldığında ise Türkiye’de 2011 yılında hekime müracaat sayısı OECD ortalamasının oldukça üstüne çıkmıştır (Grafik 30).

Grafik 31’de Türkiye’de 2002-2011 yılları arasında sektörlere göre hastane sayılarının dağılımları verilmiştir. Buna göre Türkiye’de SB’ye ait hastane sayılarında yıllar itibariye küçük artışlar gerçekleşmişken, özel hastanelerin sayısında 2011 yılında 2000 yılına göre 2 kat artış kaydedilmiştir.

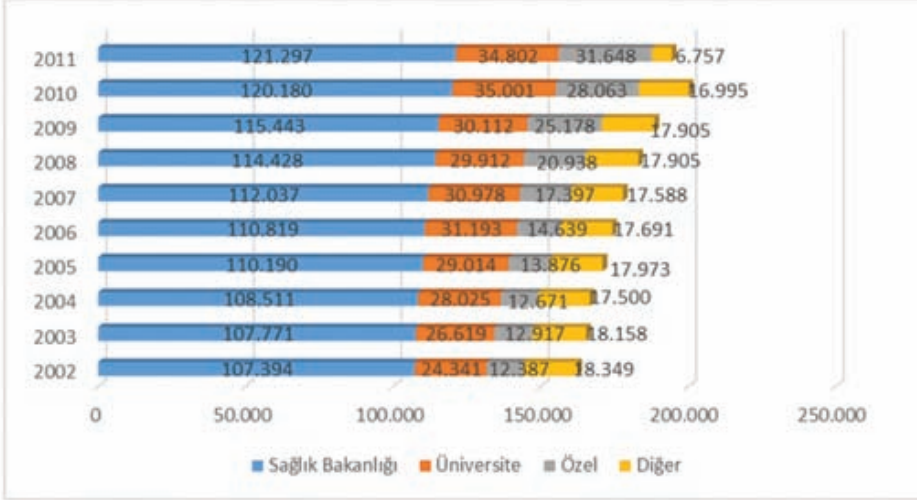
Grafik 31. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Grafik 32’de Türkiye’de 2002-2011 yılları arasında sektörlere göre hastane yatağı sayılarının dağılımları verilmiştir. Türkiye’de 2002 yılında SB’ye ait hastane yatağı sayısı 107.394 iken 2011 yılında 121.297’ye; Üniversite hastanesinin 24.341 olan yatak sayısı 34.802’ye ve özel hastanelerin 18.349 olan yatak sayısı da 31.648’e yükselmiştir.

Grafik 32. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması verilerine dayalı olarak oluşturulan Grafik 33'de yıllar itibarıyla sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranları verilmektedir. Buna göre Türkiye'de 2003 yılında % 39,5 olan memnuniyet oranı yaklaşık olarak 2 kat artarak % 76'ya yükseldiği görülmektedir. Bunun altında yatan temel felsefenin ise; bireylerin dolayısıyla toplumun merkez alınarak SDP'nin gerçekleştirilmeye çalışılması olduğu belirtilebilir. Ancak son dönemlerde katkı paylarında ve ilave ücretlerdeki artışlar ve dile getirilen temel teminat paketinin daraltılması söylemleri realite haline gelirse memnuniyet oranlarında bir azalma olabileceği belirtilebilir. Ek olarak SDP'nin mimarları olan sağlık çalışanlarının ikinci planda tutulması da halkın memnuniyeti açısından bir tehlike olarak görülebilir. Sağlık çalışanlarının memnuniyet düzeyini artıracak önlemler alınmazsa, halkın sağlık hizmetlerinden duyduğu memnuniyet düzeyini olumsuz etkileyebilir. Nitekim TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2012 verilerine göre bireylerin kamu hizmetlerinden genel memnuniyet düzeylerine bakıldığında, 2012 yılında sosyal güvenlik, eğitim ve ulaşım hizmetleri ile adli hizmetlerden memnuniyet 2011 yılına göre artarken sağlık hizmetlerinden memnuniyet azalmıştır. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet, 2011 yılında %75,9'dan 2012 yılında %74,8'e düşmüştür (TÜİK 2013).

Grafik 33. Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı, (%)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

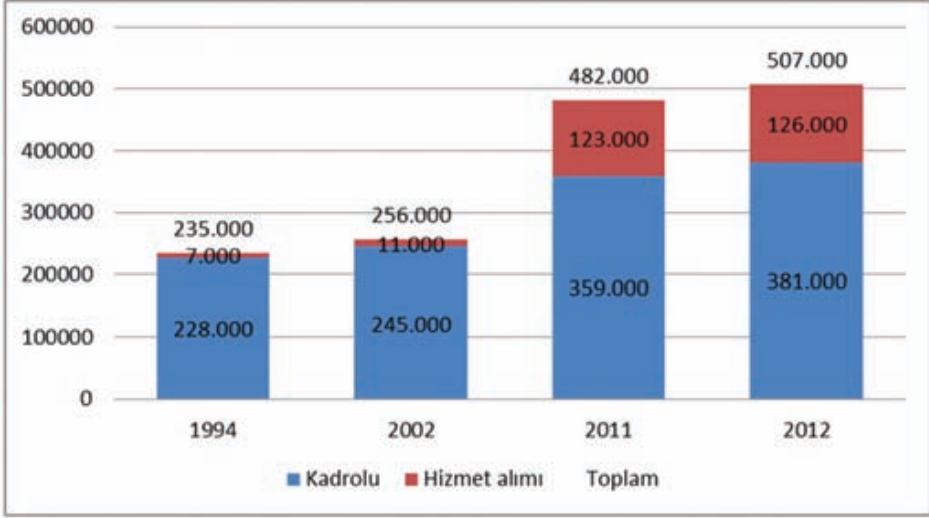
3.4. Sağlıkta İnsan Kaynakları

Sağlık insan gücü bir sağlık sisteminin merkezinde yer alır. Yeterli sayı ve nitelikte sağlık insan gücü kapasitesine sahip olmak sağlık sistemlerinin amaçlarına erişmesinde temel araçlardan birisidir. Ancak ülkelerin çoğu, sağlık insan gücünün eksikliği ve dengesiz dağılımı ile ilgili problemlerle karşı karşıyadır. Mevcut durumda Türkiye sağlık sistemi sağlık insan gücü eksikliğini ve sağlık çalışanlarının dengesiz dağılımını da (hem coğrafik hem de mesleki karışımı bağlamında) içeren çeşitli problemlerle karşı karşıyadır (Yıldırım 2014).

Türkiye, sağlık insan gücü açısından son 10 yılda bir iyileşme göstermesine karşın, halen AB ortalamalarının gerisinde kalmaktadır. Grafik 34'de Sağlık Bakanlığı'nda çalışan sağlık insan gücündeki değişim görülmektedir. Buna göre Sağlık Bakanlığı'nda 1994 yılında kadrolu olarak 228 bin personel ve hizmet alımı sonucunda 7 bin personel ile toplamda 235 bin olan personel sayısı, 2002 yılında 245 bini kadrolu ve 11 bini hizmet alımı ile 256 bine yükselmiştir. 2012 yılında ise bu sayı 381 bin kadrolu ve hizmet alımı 126 bin olmak üzere 507 bine yükselmiştir. Ancak burada dikkat çeken konu hizmet alımı personel sayılarının 10 yılda 11 kat artmış olmasıdır. Bu da sağlıkta taşeronlaşmanın çok ciddi boyut-

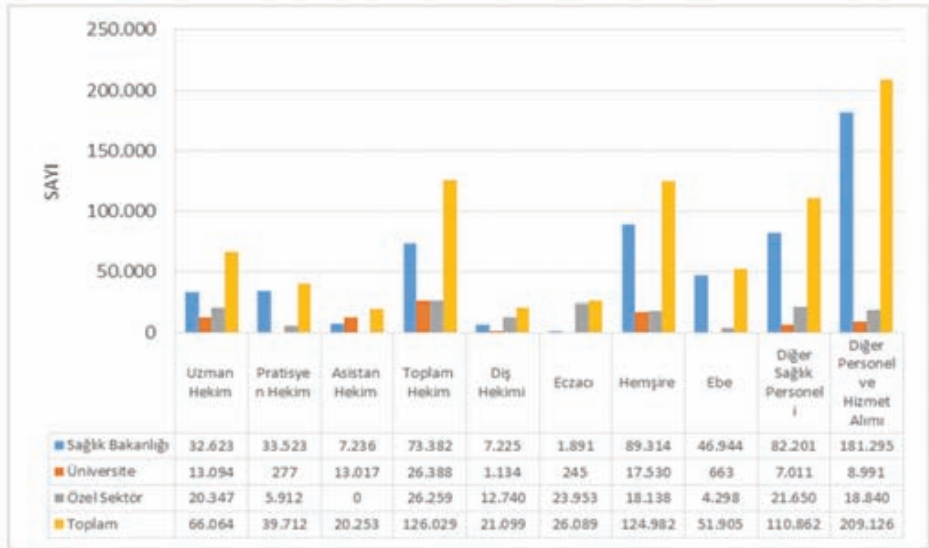
lara ulaştığımız bir göstergesidir. Ek olarak 2012 yılı verilerine göre Türkiye’de toplam 698.518 sağlık çalışanı bulunmaktadır. Bunun 507.000’i SB tarafından, kalan 191.518 sağlık çalışanı ise üniversiteler ve özel sektörde istihdam edilmektedir.

Grafik 34. Sağlık İnsan Gücündeki Değişim, Sağlık Bakanlığı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı (2012)

Grafik 35. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2011



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Sağlık personelinin sektörlere ve unvanlara göre dağılımı Grafik 35’de verilmektedir. Personel dengesi (personel beceri karışımı) açısından hemşire sayısının hekim sayısından fazla olması beklenirken, Türkiye’de hemşire sayısı halen hekim sayısından daha azdır. Benzer şekilde pratisyen hekim sayısı, uzman hekim sayısından daha azdır. Dolayısıyla Türkiye’deki sağlık çalışanı beceri karışımı ideal durumdan uzak bulunmaktadır.

Tablo 2’de öğretim yıllarına göre tıp fakültesi, öğrenci ve öğretim üyesi sayıları verilmektedir. Buna göre yıllar itibariyle bütün parametrelerde az da olsa bir artış gerçekleşmiştir.

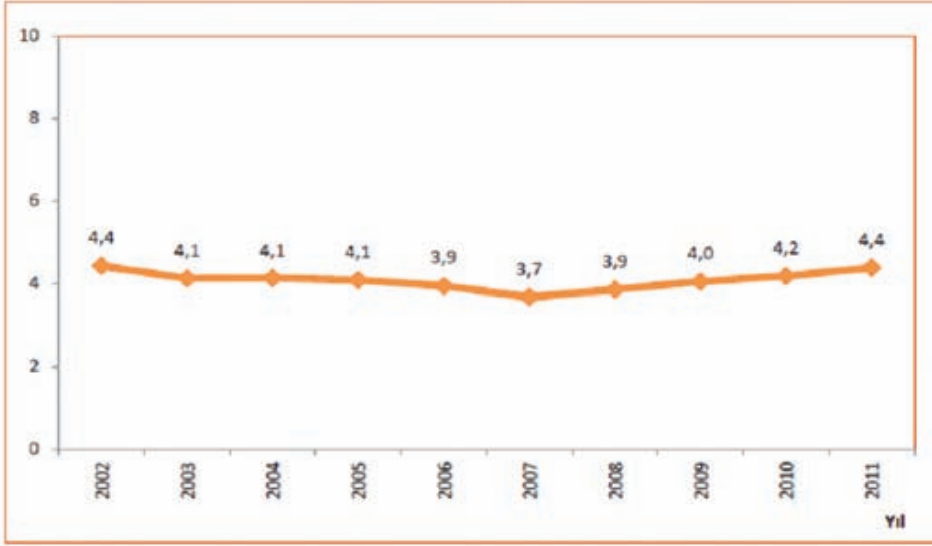
Tablo 2. Öğretim Yıllarına Göre Tıp Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları

| Öğretim Yılı | Fakülte Sayısı | Öğrenci Sayısı | | | Öğretim Üyesi Sayısı |
|--------------|----------------|--------------------|---------------------|------------|----------------------|
| | | Yeni Kayıt Yapılan | Halen Eğitimde Olan | Mezun Olan | |
| 2002-2003 | 44 | 4.945 | 31.719 | 4.380 | 7.172 |
| 2007-2008 | 49 | 5.253 | 33.782 | 4.872 | 9.182 |
| 2008-2009 | 56 | 6.655 | 35.454 | 4.753 | 9.192 |
| 2009-2010 | 61 | 7.877 | 38.369 | 5.087 | 9.479 |
| 2010-2011 | 69 | 8.438 | 41.664 | 5.138 | 9.970 |
| 2011-2012 | 69 | 9.210 | 45.732 | 4.911 | 10.440 |

Kaynak: ÖSYM Yüksek Öğretim İstatistikleri

Yıllara göre tıp fakültelerinde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısında ufak dalgalanmalar olmasına karşılık 2002 yılı ile 2011 yılı oranı 4,4 ile aynı olmuştur (Grafik 36).

Grafik 36. Yıllara Göre Tıp Fakültelerinde Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı



Kaynak: ÖSYM Yüksek Öğretim İstatistikleri

Tablo 3. Öğretim Yıllarına Göre Dış Hekimliği Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları

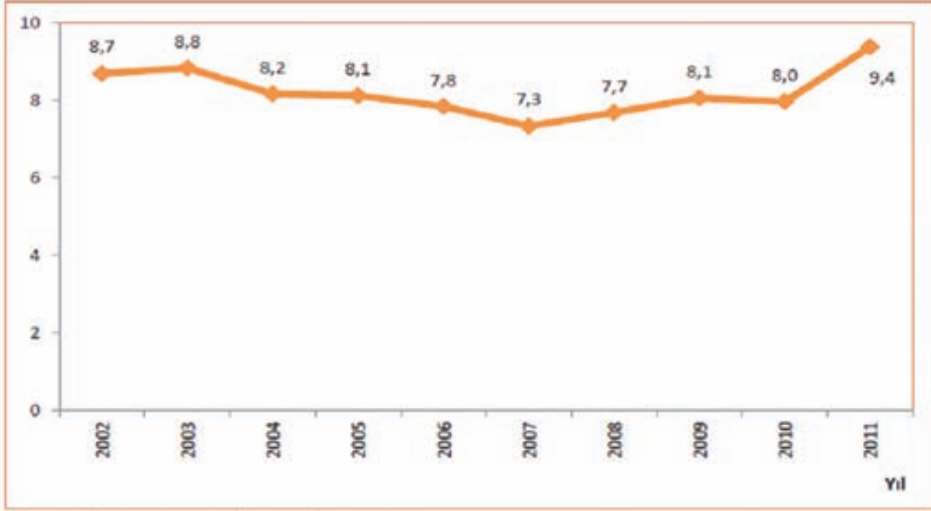
| Öğretim Yılı | Fakülte Sayısı | Öğrenci Sayısı | | | Öğretim Üyesi Sayısı |
|--------------|----------------|--------------------|---------------------|------------|----------------------|
| | | Yeni Kayıt Yapılan | Halen Eğitimde Olan | Mezun Olan | |
| 2002-2003 | 14 | 975 | 5.256 | 813 | 605 |
| 2007-2008 | 18 | 1.132 | 5.926 | 981 | 808 |
| 2008-2009 | 19 | 1.458 | 6.322 | 994 | 823 |
| 2009-2010 | 22 | 1.700 | 7.082 | 927 | 879 |
| 2010-2011 | 27 | 1.998 | 7.528 | 950 | 945 |
| 2011-2012 | 31 | 2.347 | 9.358 | 1.098 | 998 |

Kaynak: ÖSYM Yüksek Öğretim İstatistikleri

Tablo 3’de öğretim yıllarına göre dış hekimliği fakültesi, öğrenci ve öğretim üyesi sayıları verilmektedir. Yıllar itibariyle dış hekimliği fakültelerinin iki kart artış gösterdiği görülmektedir.

Yıllara göre dış hekimliği fakültelerinde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı 2002 yılında 8,7 iken, 2011 yılında bu sayısı %9,4 olmuştur (Grafik 37).

Grafik 37. Yıllara Göre Dış Hekimliği Fakültelerinde Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı



Kaynak: ÖSYM Yüksek Öğretim İstatistikleri

Tablo 4, öğretim yıllarına göre eczacılık fakültesi, öğrenci ve öğretim üyesi sayılarını göstermektedir. Bu parametreler açısından sınırlı da olsa bazı artışların olduğu görülmektedir.

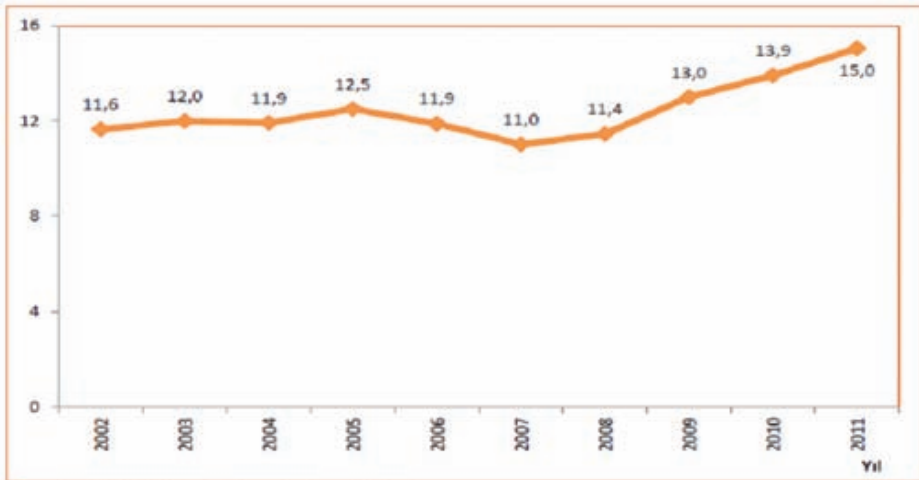
Tablo 4. Öğretim Yıllarına Göre Eczacılık Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları

| Öğretim Yılı | Fakülte Sayısı | Öğrenci Sayısı | | | Öğretim Üyesi Sayısı |
|--------------|----------------|--------------------|---------------------|------------|----------------------|
| | | Yeni Kayıt Yapılan | Halen Eğitimde Olan | Mezun Olan | |
| 2002-2003 | 11 | 939 | 4.120 | 919 | 354 |
| 2007-2008 | 12 | 1.020 | 4.666 | 981 | 424 |
| 2008-2009 | 12 | 1.195 | 4.896 | 966 | 428 |
| 2009-2010 | 12 | 1.265 | 5.821 | 374 | 448 |
| 2010-2011 | 15 | 1.421 | 6.368 | 815 | 458 |
| 2011-2012 | 19 | 1.483 | 7.069 | 998 | 470 |

Kaynak: ÖSYM Yüksek Öğretim İstatistikleri

Yıllara göre eczacılık fakültelerinde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı 2002 yılında 11,6 iken, bu sayı 2011 yılında 15,0 olmuştur (Grafik 38).

Grafik 38. Yıllara Göre Eczacılık Fakültelerinde Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı



Kaynak: ÖSYM Yüksek Öğretim İstatistikleri

Tablo 5’de öğretim yıllarına göre hemşire yetiştiren hemşirelik yükseköğretim kurumları, öğrenci ve öğretim üyesi sayıları verilmektedir. Öğretim elemanı sayısında yıllar itibariyle çok sınırlı bir artış gözlenirken, yeni kayıt yapan öğrenci sayısında ise üç kat bir artış gözlenmiştir. Bu da doğal olarak öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısının artmasına neden olmuştur.

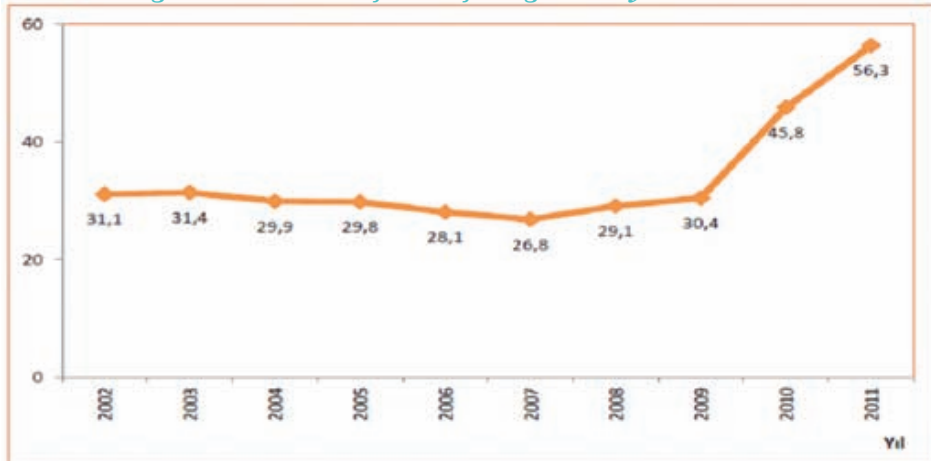
Tablo 5. Öğretim Yıllarına Göre Hemşire Yetiştiren Hemşirelik Yükseköğretim Kurumları, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları

| Öğretim Yılı | Hemşire Yetiştiren Yüksek Öğretim Elemanı Sayısı | Öğrenci Sayısı | | |
|--------------|--|--------------------|---------------------|------------|
| | | Yeni Kayıt Yapılan | Halen Eğitimde Olan | Mezun Olan |
| 2002-2003 | 528 | 3.940 | 16.423 | 2.586 |
| 2007-2008 | 762 | 5.824 | 20.442 | 4.113 |
| 2008-2009 | 783 | 6.570 | 22.796 | 3.894 |
| 2009-2010 | 827 | 6.764 | 25.176 | 4.288 |
| 2010-2011 | 628 | 7.734 | 28.791 | 4.358 |
| 2011-2012 | 582 | 9.164 | 32.782 | 5.087 |

Kaynak: ÖSYM Yüksek Öğretim İstatistikleri

Grafik 39’da yıllara göre lisans düzeyinde eğitim veren hemşirelik okullarında öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı verilmektedir. Grafikten de görülebildiği üzere bu sayı yıllar itibariyle yaklaşık iki katına çıkmıştır. Bu durum nitelikli hemşire yetiştirilmesi sürecini olumsuz etkileyebilir.

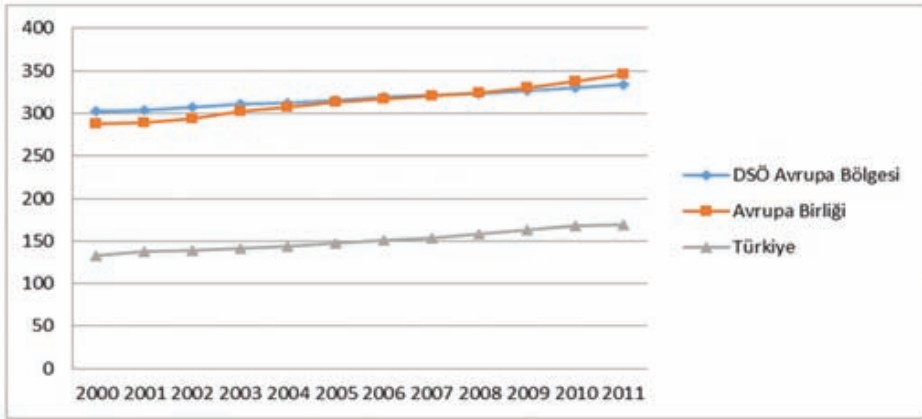
Grafik 39. Yıllara Göre Lisans Düzeyin Eğitim Veren Hemşirelik Okullarında Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı



Kaynak: ÖSYM Yüksek Öğretim İstatistikleri

100.000 kişiye düşen hekim sayılarının uluslararası karşılaştırılması Grafik 40'da verilmektedir. 2000 yılında Türkiye'de 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 132 iken (AB ortalaması 287), 2011 yılında ise 168 olmuştur (AB ortalaması 346). AB ortalaması veri olarak alındığında Türkiye'nin hekim sayısının yetersiz olduğu ve 2011 yılında en az 100.000 bin hekime daha ihtiyacı olduğu belirtilebilir.

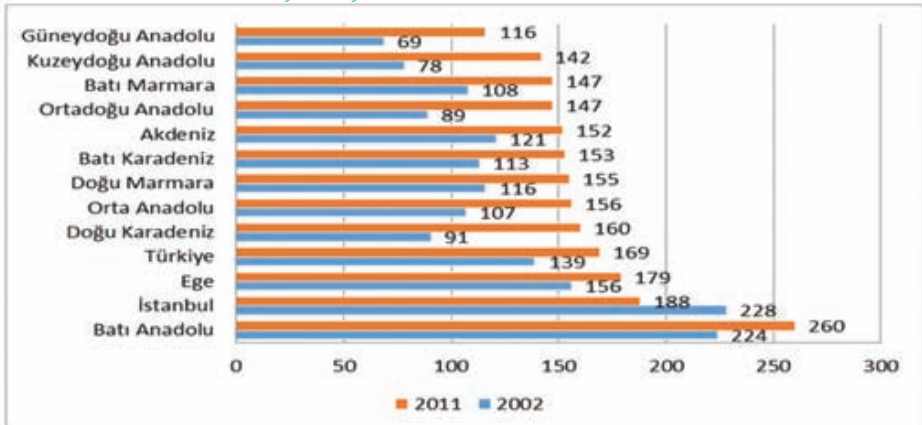
Grafik 40. 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2000-2011



Kaynak: WHO (2013)

Grafik 41'de İBBS-1'e göre 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayıları 2002 ve 2011 yılları itibariyle görülmektedir. Buna göre kişi başına düşen hekim sayıları açısından bölgeler arasında farklılıklar, yani dengesizlikler mevcuttur.

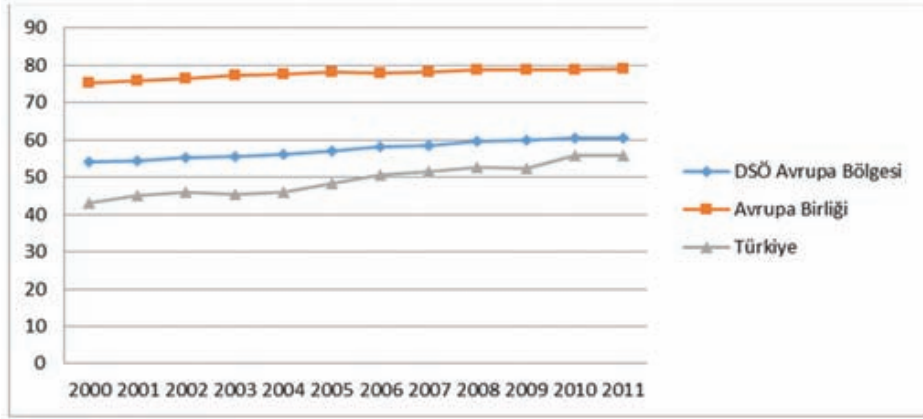
Grafik 41. İBBS-1'e Göre 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler, 2002, 2011



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

Grafik 42’de 100.000 kişiye düşen pratisyen hekim sayıları verilmiştir. DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB ülkelerinde her 100.000 kişiye düşen pratisyen hekim sayıları yıllar itibariyle küçük miktarlarda artış ve azalışlar göstermiştir. Türkiye’de ise 2000-2002 yılları arası artış gerçekleşirken, 2003 yılında ve 2009 yılında bu miktarlarda küçük bir düşüş gözlenmiştir. Türkiye 100.000 kişiye düşen pratisyen hekim açısından AB’nin oldukça gerisinde yer almaktadır.

Grafik 42. 100.000 Kişiyeye Düşen Pratisyen Hekim Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2000-2011

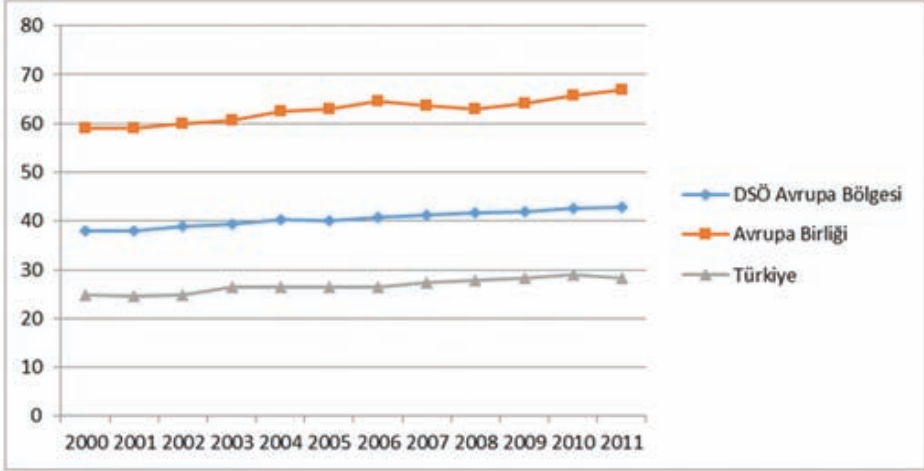


Kaynak: WHO (2013)

İBBS-1’e göre 100.000 kişiye düşen pratisyen hekim sayısı açısından bölgeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. 2011 yılı verilerine göre 100.000 kişiye düşen pratisyen hekim sayısının en az olduğu bölge İstanbul (35), en fazla olan ise 54 pratisyen hekim ile Doğu Karadeniz Bölgesi gelmektedir. Diğer taraftan 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayıları arasında da farklılıklar bulunmaktadır. Buna göre; Güneydoğu Anadolu Bölgesi 57 uzman hekim ile en az, Batı Anadolu Bölgesi 140 uzman ile en fazla ve İstanbul Bölgesi ise 108 uzman hekim ile ikinci en fazla uzmana sahip bölge konumundadır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012). Görüldüğü üzere Türkiye’de bölgeler arasında hekim dağılımında dengesizlikler mevcuttur.

2000-2011 yılları arası her 100.000 kişiye düşen diş hekimleri sayısında DSÖ Avrupa Bölgesi, AB ülkeleri ve Türkiye’de birbirine benzer miktarlarda artış veya azalışlar gerçekleşmiştir. AB ülkelerinde her 100.000 kişiye düşen diş hekimleri sayısı Avrupa bölgesinde yer alan ülkelere ve Türkiye’ye göre daha yüksektir (Grafik 43).

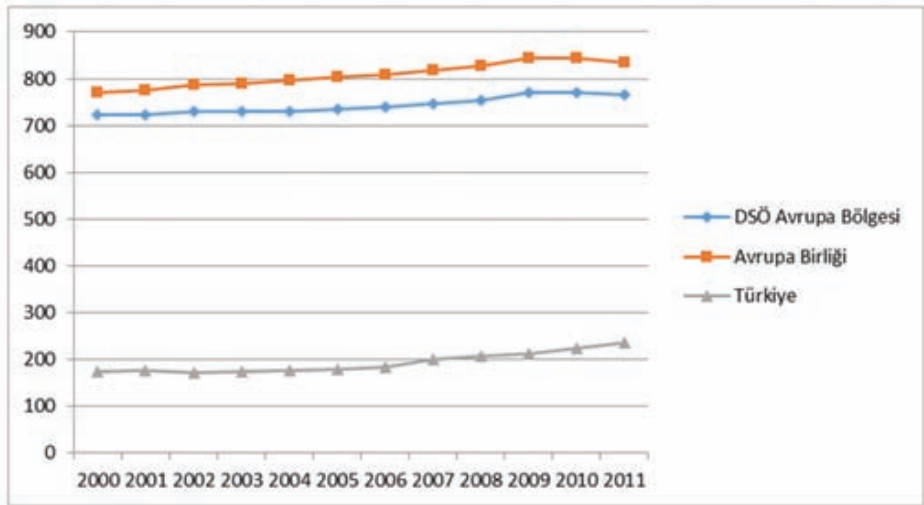
Grafik 43. 100.000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2000-2011



Kaynak: WHO (2013)

Türkiye’de her 100.000 kişiyeye düşen hemşire sayısı son yıllarda artış göstermesine rağmen DSÖ Avrupa Bölgesi’ne ve AB’de göre oldukça düşük seviyededir. 2011 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi’nde 765,9 AB’de 835,53 olan her 100.000 kişiyeye düşen hemşire sayısı Türkiye’de 236,72’dir (Grafik 44).

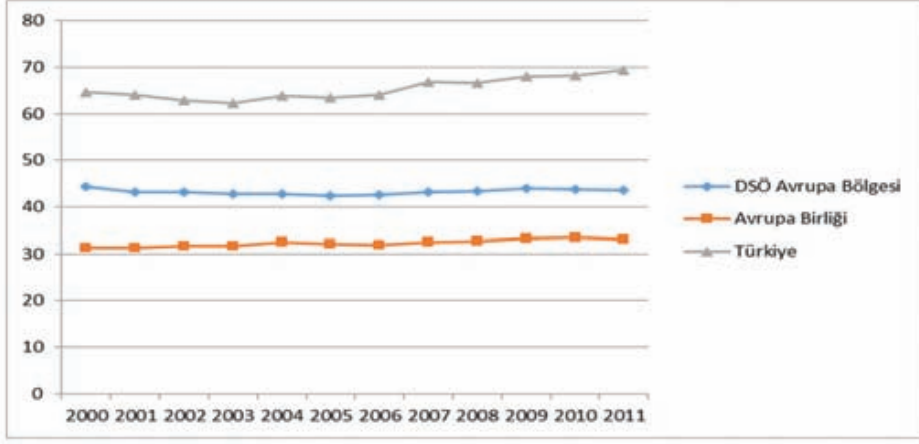
Grafik 44. 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2000-2011



Kaynak: WHO (2013)

Her 100.000 kişiye düşen ebe sayılarının verildiği Grafik 45’de, Türkiye’nin DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB’ye nazaran daha yüksek ebe sayısına sahip olduğu görülmektedir.

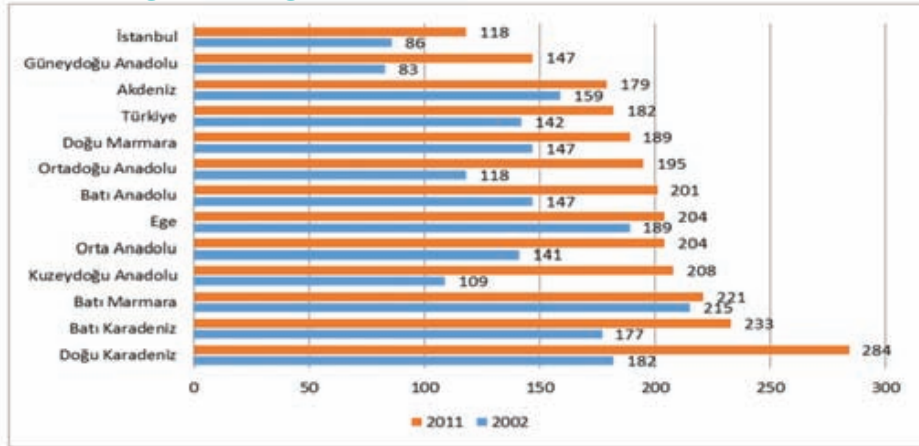
Grafik 45. 100.000 Kişiye Düşen Ebe Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2000-2011



Kaynak: WHO (2013)

İBBS-1’e göre 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. 2011 yılı verilerine göre kişi başı en fazla hemşire ve ebeye sahip olan bölge Doğu Karadeniz olurken, İstanbul bölgesi kişi başına en az hemşire ve ebeye sahip olan bölge konumunda olmuştur (Grafik 46).

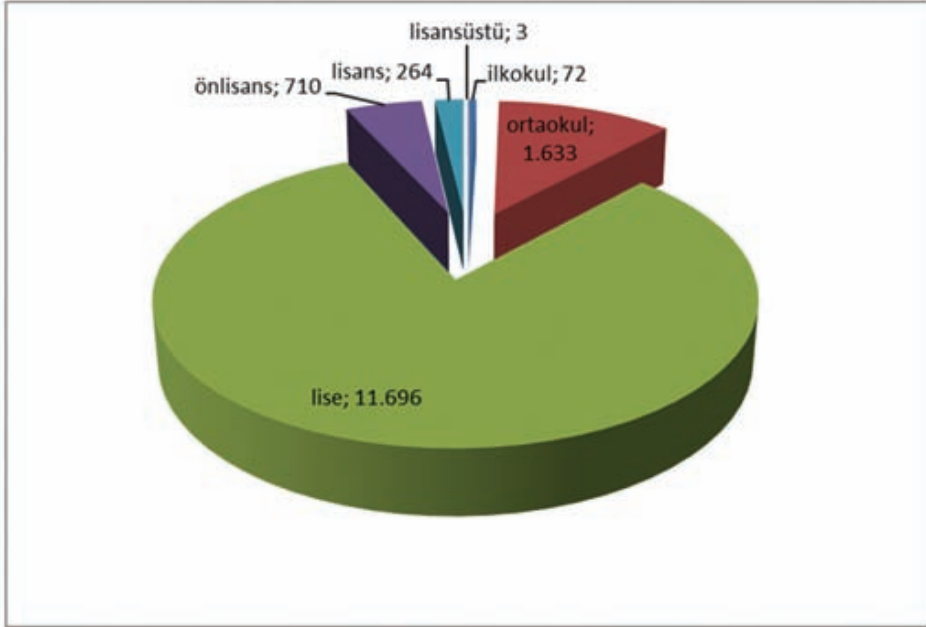
Grafik 46. İBBS-1’e Göre 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı, Sağlık Bakanlığı, 2002, 2011



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012)

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4'üncü maddesinin (B) fıkrasına göre özellikle personel sıkıntısı çekilen bölge ve kurumlarda istihdamı sağlamak için sözleşmeli statüde personel istihdamı sağlanmaktadır. Bu kapsamda, özellikle beş ve altıncı hizmet bölgelerinde olmak üzere sözleşmeli statüde 84.838; 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'a göre ise 19.755 sağlık personeli görevlendirilmiştir. Diğer bir istihdam modeli ise, hizmet alımı yoluyla temin edilen temizlik, bilgi-işlem, koruma-güvenlik ve yemek gibi işlerde çalışan personelin istihdamıdır. Bu personelin sayısı 2002 yılında 16.000 civarında iken 2010 yılında 118.000 rakamına ulaşmıştır (Akdağ 2008; TBMM 2013). Bu bağlamda güvenlik tedbirlerinin artırılması amacıyla, 2002 yılında 905 olan güvenlik personeli sayısı 2012 yılında 13.761'e ulaşmıştır. 10 yıllık bir zaman diliminde güvenlik görevlileri sayılarında yaklaşık 15 katlık bir artış olmasına rağmen, mevcut sayının nitelik ve nicelik bakımından yeterli olduğunu belirtmek mümkün değildir (TBMM 2013) (Grafik 47).

Grafik 47. Eğitim Durumlarına Göre Güvenlik Görevlileri Sayıları, Sağlık Bakanlığı, 2012, Türkiye



Kaynak: TBMM (2013)

3.5. Sağlık Finansmanı ve Harcamaları

Türkiye sağlık sisteminde 2006 yılına kadar parçalı, çok başlı, nimet ve külfette standart olmayan bir finansman sistemi (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Aktif Memurlar ve Yeşil Kart programları gibi) hakimdi. Ancak Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu (SDSGR) kapsamında 2006 yılında çıkarılan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve GSS Kanunları ile sağlık finansman kurumları tek çatı altında birleştirilmiştir. Mevcut durumda, SGK bünyesindeki GSS programı tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamaktadır. Türkiye sağlık sistemi incelenirken özellikle de finansman boyutu incelenirken iki döneme ayırarak incelemekte fayda vardır: (1) 2006 öncesi dönem ve (2) 2006 sonrası dönem (Yıldırım ve Yıldırım 2010; 2013).

Bu noktada GSS öncesi dönemdeki programlarından kısaca bahsetmekte yarar vardır. GSS öncesi dönemde (2006 yılından önce)³ çok sayıda zorunlu sağlık güvencesi programı, Türkiye’de farklı gruplara farklı nimet ve külfetler çerçevesinde finansal koruma sağlamaktaydı. En kapsamlısı olan SSK; özel sektör çalışanlarına ve bağımlılarına sosyal koruma sağlıyordu. SSK, özel sektör çalışanlarına, mavi yakalı kamu çalışanlarına ve onların bağımlılarına yönelik bir sosyal güvenlik kurumuydu ve hem bir sigortacı hem de bir sağlık hizmeti sunucusu olarak faaliyet göstermekteydi. SSK sağlık hizmetlerinin hemen hemen tamamı, işverenler ve işçilerden alınan katkılarla finanse edilmekteydi ve katkı/prim oranları çalışanın maaşının sabit bir yüzdesine göre belirlenmekteydi. SSK toplanan primlere ek olarak iki finansman kaynağına daha sahipti. Bunlardan birincisi SSK hastanelerini kullanan fakat SSK üyesi olmayanlar adına ödenen ücretlerden toplanan gelirlerden (Bağ-Kur üyeleri gibi), ve bir diğeri de ayaktan hasta bakımında ilaç maliyetlerinin ortak ödemeler yoluyla (emekliler için %10 ve aktif kişiler için %20) karşılanmasıyla elde edilen gelirlerden oluşmaktaydı (World Bank 2003).

2006 öncesi dönemde Türkiye’de üç büyük sosyal güvenlik kuruluşlarından biri olan Bağ-Kur, 1479 Sayılı Yasa ile 1971 yılında kurulmuş ve serbest çalışanlara yönelik bir kapsam sağlamaktaydı. Başlangıçta sadece kentlerde yaşayan bağımsız çalışanların sosyal güvenliğini sağlayan Bağ-Kur, 1983 yılında çıkarılan 2926 Sayılı Yasa ile kırsal kesimde bağımsız çalışan çiftçileri de kapsama almıştır.

3. Bilindiği üzere Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (Resmi Gazete 2006a) ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (Resmi Gazete 2006b) 2006 yılında kabul edilmiştir. GSS'nin 1 Ocak 2007 tarihinde yürürlüğe girmesi planlanmıştır. Ancak Anayasa Mahkemesinin GSS Kanununun bazı maddelerini iptal etmesi ve bazı maddelerinin de yürürlüğünü durdurması ve 2007 yılındaki Cumhurbaşkanlığı ve Genel Seçimler nedeniyle GSS'nin uygulamasına 1 Ekim 2008 tarihinde başlanmıştır (Yıldırım ve Yıldırım 2010, 2013).



Ayrıca köy ve mahalle muhtarları ile yurt dışında çalışan Türkiye vatandaşlarının yanında olmayan eşleri, ev kadınları ve belirli bir işi olmayanlar da isteğe bağlı olarak Bağ-Kur'un verdiği hizmetlerden yararlanabilmişlerdir. Başlangıçta üyelerine uzun vadeli sigorta kollarında malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası yapmakta iken, 1986 tarihinden itibaren 3235 Sayılı Yasa çerçevesinde 1479 sayılı Yasa kapsamındaki sigortalılarına da sağlık sigortası hizmeti vermeye başlamıştır (Tokat 1993; World Bank 2003). Tüm mensuplar ayakta ve yatarak teşhis ve tedavi olmak üzere aynı hakka sahip idiler. Bağ-Kur'un sağlık sigortası planı geri ödeme temeline göre çalışmaktaydı. Bağ-Kur kendisi hizmet sunmamaktaydı, yalnızca diğer kamu hizmet kuruluşlarıyla sözleşmeler yaparak üyelerinin sağlık hizmeti giderlerini karşılamaktaydı. Üyeler hizmeti diğer kamu kuruluşlarından alıyordu ve daha sonra Bağ-Kur o kuruluşa hizmet bedelini ödüyordu. Fakat emekli üyeler ilaç giderlerinin %10'u ve aktif üyeler ve bağımlıları ise %20'si oranında kullanıcı katkıları ödemek zorundaydı. Ancak uzun dönemli ilaç tedavisi (örneğin kanser ve kronik hastalıklar) olduğu durumlarda Bağ-Kur üyesinden katkı bedeli ödemesi istenmezdi (Savaş et al. 2002).

Emekli Sandığı, emekli kamu çalışanları ve bağımlılarına güvence sağlarken, aktif kamu çalışanlarının sağlık giderleri ise genel bütçeden karşılanmaktaydı. Emekli Sandığı emekli memurlara yönelik bir emekli fonudur ve sağlık sigortasını da içeren diğer faydaları sağlamaktaydı. Aktif memurlardan ya da emeklilerden toplanan özel bir sağlık sigortası primi yoktur. Program temel olarak devlet bütçesiyle finanse edilmekteydi. Emekli Sandığı emekli devlet memurlarının ve bağımlılarının tüm sağlık hizmeti ihtiyaçlarını finanse etmekle birlikte, sadece ilaç maliyetleri için kişilerden %10'luk bir pay almaktaydı (Savaş et al. 2002; World Bank 2003).

Ayrıca, ödeme gücü olmayan ve bunu kanıtlayan vatandaşların sağlık giderleri Yeşil Kart Programı kapsamında genel vergilerle finanse edilmekteydi. Yeşil Kart Programı ödeme gücü az olan ya da hiç olmayan yoksul kişilere sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen bir mekanizma olarak ortaya çıkmıştır. 1992 yılında 3816 Sayılı Kanunla yürürlüğe giren Yeşil Kart Programı hedef kitesine ücretsiz sağlık hizmeti sunmuştur (Savaş et al. 2002; World Bank 2003). Bu ana programlara ek olarak bazı kurumların çalışanlarına (örneğin bankalar, sigorta ve birlikler) sağlık güvencesi sağlayan Sandıkları da mevcuttu. Özel veya gönüllü ya da tamamlayıcı sigorta da sistemde yer almaktaydı. Fonlar arasında standart

birliği bulunmamaktaydı ve katkı payları farklılık göstermekteydi (Yıldırım ve Yıldırım 2013).

Yukarıda da ifade edildiği üzere SDSGR kapsamında 2006 yılında yasalaşan GSS Programı 2008 yılında uygulanmaya başlanmış ve 2012 itibarıyla de yukarıda özetlenen dört ana program bir çatı altında birleştirilmiştir. GSS reformu ile; parçalanmış bir yapıya sahip finansman sisteminden kaynaklanan problemlerin üstesinden gelmek ve tüm nüfusu kapsam içine alacak evrensel bir sağlık kapsamı güvencesi sağlamak ve var olan sağlık güvencesi programlarını tek çatı altında birleştirmek amaçlanmıştır (Yıldırım 2012).

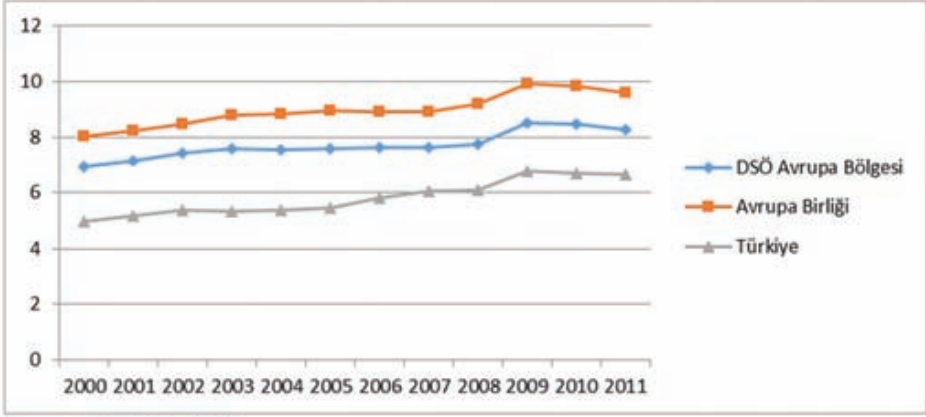
Türkiye'nin GSS kapsamında sağlık hizmetleri finansmanında dört temel kaynak mekanizmasına sahip olduğu belirtilebilir: (1) Çalışan ve işverenlerin ödediği primler (2) vergiler (primini ödeyemeyen kesimlerin primleri, eğitim giderleri, sermaye yatırımları, GSS katkısı ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi) ve (3) doğrudan cepten ödemeler (katkı payları, enformal ödemeler ve sağlık mal ve hizmetleri alımlarında yapılan doğrudan ödemeler) ve (4) özel sağlık sigortası primleri. Bu dört kaynak mekanizması arasında sosyal primler ağırlıkta olduğu için Türkiye sağlık sisteminin Bismarck tipi bir yapılanmaya sahip olduğu belirtilebilir (Yıldırım ve Yıldırım 2013).

Bu mekanizmalara ek olarak doğrudan cepten ödemeler de (katkı payları, enformal ödemeler ve formal nakit ödemeler) sistemde kullanılmaktaydı ve halen de kullanılmaktadır. Ayrıca, DB Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanına katkı yapan en belirgin uluslararası kuruluştur. 1990'lı yıllarda gerçekleştirilen Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Projeleri için ekipman alımı, hastanelerin inşa edilmesi, eğitim ve yönetimin geliştirilmesi adına 225 milyon dolar Dünya Bankası'ndan kredi alınmıştır (Savaş et al. 2002). Bilindiği üzere SDSGR'nin finansmanı da DB'nin kredileriyle gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Bur amaçla şu ana kadar 100 milyon doların üzerinde DB kredisi kullanılmıştır. 2009-2015 yılları arasında kapsayan SDSGR'nin ikinci aşaması için 75 milyon dolar kredi anlaşması mevcuttur.

Sağlık harcamaları açısından değerlendirildiğinde, Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2000 yılında %4,96 iken (AB ortalaması %8,02), 2011 yılında %6,66'ya çıktığı gözlemlenmektedir (AB ortalaması %9,59). Grafikte dikkat çeken bir husus ise, her üç grupta da 2009 yılından itibaren toplam

sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payında bir düşüş yaşanmıştır. Bunun temelinde 2008 yılında yaşanan global ekonomik krizin etkilerini göstermiş olmasıdır (Grafik 48).

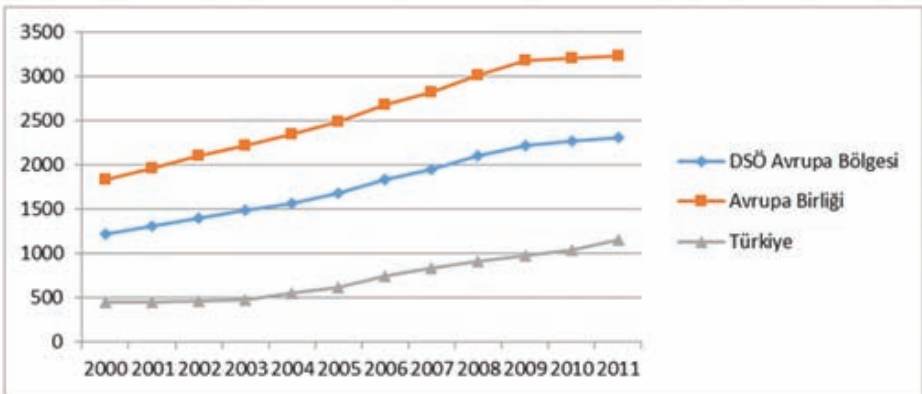
Grafik 48. Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, DSÖ Hesaplamaları



Kaynak: WHO (2013)

Satın alma gücü paritesine göre Türkiye 2000 yılında kişi başı 454 dolarını sağlık için harcarken (AB ortalaması 1833 dolar), bu rakam 2011 yılında 1160 dolara yükselmiştir (AB ortalaması 3231 dolar) (Grafik 49).

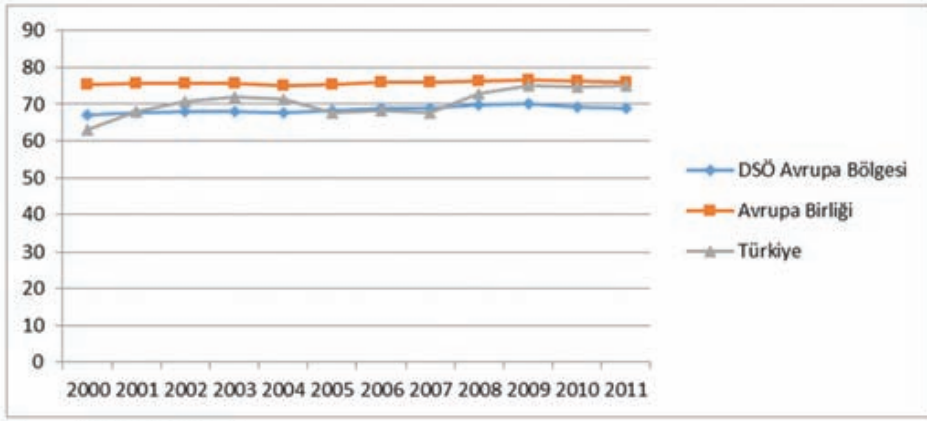
Grafik 49. Satın Alma Gücü Paritesine Göre Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, DSÖ Hesaplamaları



Kaynak: WHO (2013)

Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı yıllar itibariyle Grafik 50’de görülmektedir. Görüldüğü gibi hem DSÖ Avrupa Bölgesinde, hem AB’de hem de Türkiye’de 2000-2011 yılı boyunca toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının oranı oldukça yüksektir. Bu durum üç grubun da daha çok kamuya dayalı sağlık hizmetlerine yoğunlaştığını göstermektedir.

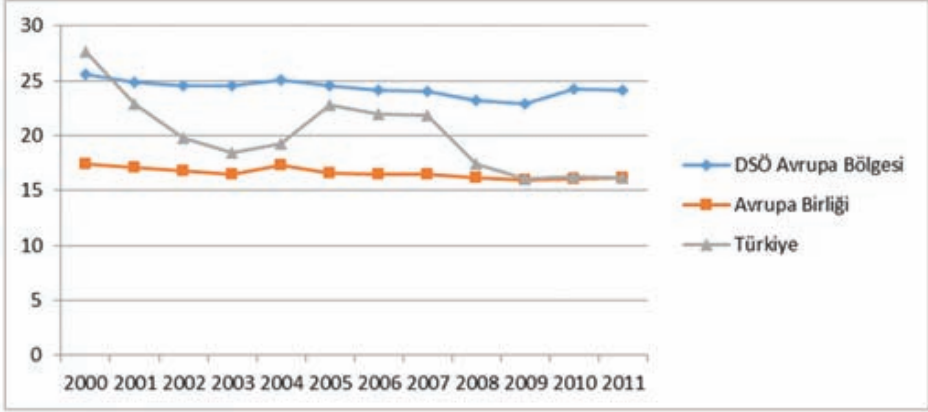
Grafik 50. Toplam Sağlık Harcaması İçinde Kamu Sağlık Harcamalarının Yüzdesi, DSÖ Hesaplamaları



Kaynak: WHO (2013)

Grafik 51’de ise cepten yapılan harcamaların toplam harcamalara oranı verilmektedir. Her üç grupta da cepten yapılan harcamaların oranı azalma eğilimi göstermiştir. DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB’de gerçekleşen değişimlerde çok az farklılık olmasına rağmen, Türkiye’de durum oldukça esnek bir görünüm sergilemiştir. Türkiye’de 2000 yılında 27,64 olan cepten harcama yüzdesi 2004 yılına kadar düşmüş, 2004-2006 yılları arası tekrar artış göstermiş, 2007 yılında tekrar düşmüştür. 2011 yılında ise bu yüzde 16,14 düzeyinde gerçekleşmiştir.

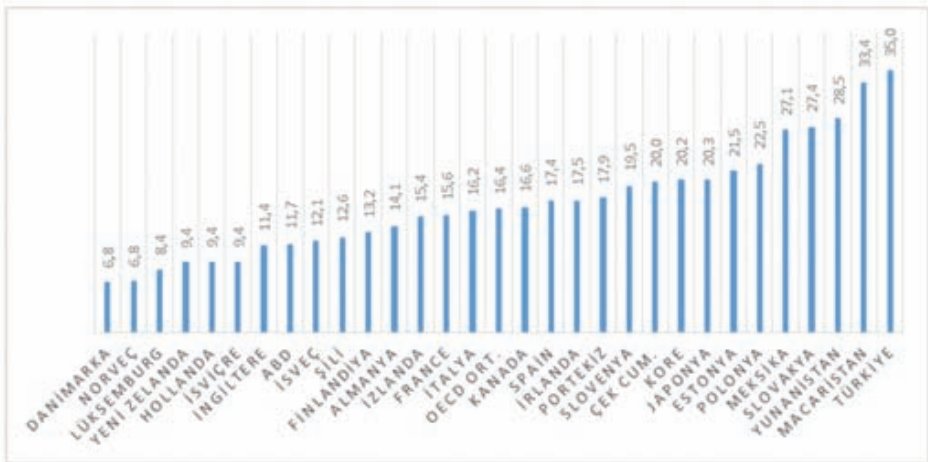
Grafik 51. Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Harcamaların Yüzdesi



Kaynak: WHO (2013)

Grafik 52’de, toplam sağlık harcamaları içindeki ilaçlara yapılan harcamaların OECD ülkelerine göre karşılaştırılması verilmiştir. Türkiye’de ilaçlara yapılan harcama oranı tüm OECD ülkelerinden, dolayısıyla OECD ortalamasından yüksektir. Bu da Türkiye’de ilaca erişimin kolay olduğu veya bu ülkelerde rasyonel ilaç kullanma alışkanlığı ve politikaların tam olarak izlenemediğinin göstergeleri olarak yorumlanabilir.

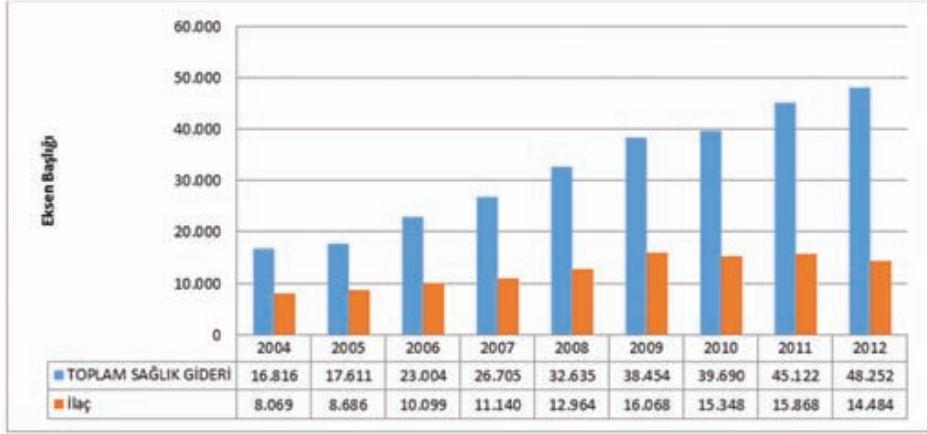
Grafik 52. İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (% , 2011 Yılı veya En Yakın Yıl)



Kaynak: OECD (2013)

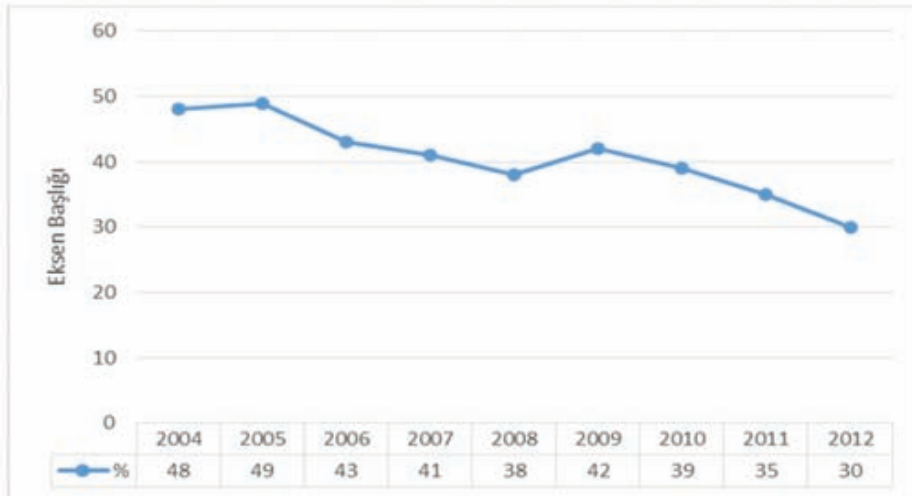
Grafik 53'de yıllar itibariyle ilaç harcamaları ile toplam sağlık harcamaları verilmektedir. Buna göre, 2004 yılından itibaren toplam sağlık harcamalarında ve ilaç harcamalarında bir artış kayıt edilmiştir. 2004 yılından 2012 yılına toplam sağlık harcamaları yaklaşık dört kat artmıştır. Buna karşın aynı yıllar arasında ilaç harcamaları ise yaklaşık iki kat artış göstermiştir.

Grafik 53. Yıllar İtibariyle İlaç Harcamaları ve Toplam Sağlık Harcamaları, Türkiye



Kaynak: SGK Verileri

Grafik 54. Yıllar İtibariyle İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, Türkiye

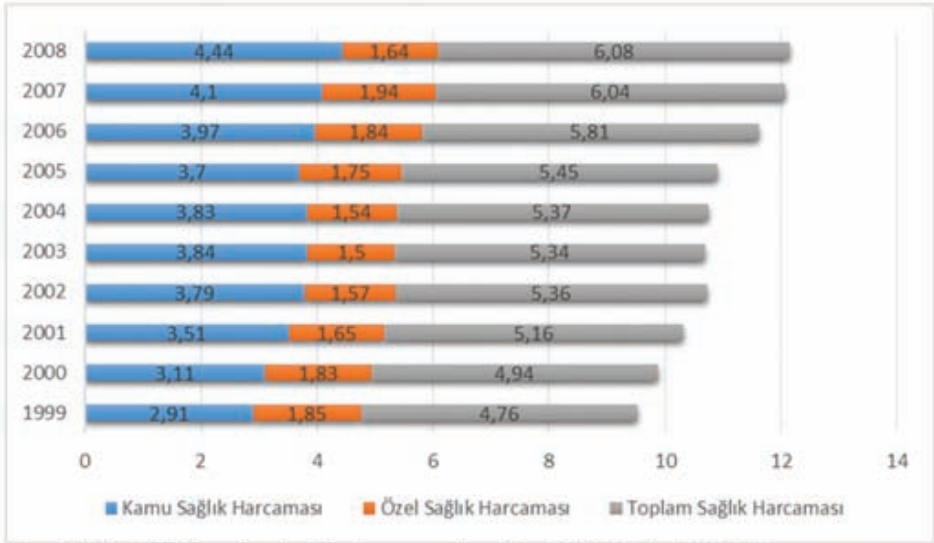


Kaynak: SGK Verileri

Grafik 54’de yıllar itibariyle ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı verilmektedir. Buna göre, 2004 yılında ilaç harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı %48 iken, bu oran 2012 yılında %30’a düşmüştür. Sürdürülebilir bir sağlık sisteminden bahsedebilmek için ilaç harcamalarının disipline edilmesi, toplumdaki ilaç tüketimi alışkanlıklarının değiştirilmesi ve akılcı ilaç kullanımı politikalarının etkili ve verimli bir şekilde acilen hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Kamu sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılaya oranı 1999 yılında % 2,91 iken 2002 yılında %3,79’a ulaşmıştır. 2008 yılında ise bu rakam %4,44 olmuştur. Toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık harcamalarının payı 1999 yılında %1,85 iken 2002 yılında % 1,57, 2008 yılında 1,64 olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamalarının gayrisafi milli hasılaya oranı ise 2008 yılında %6,08 olmuştur (Grafik 55).

Grafik 55. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%), Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2011)

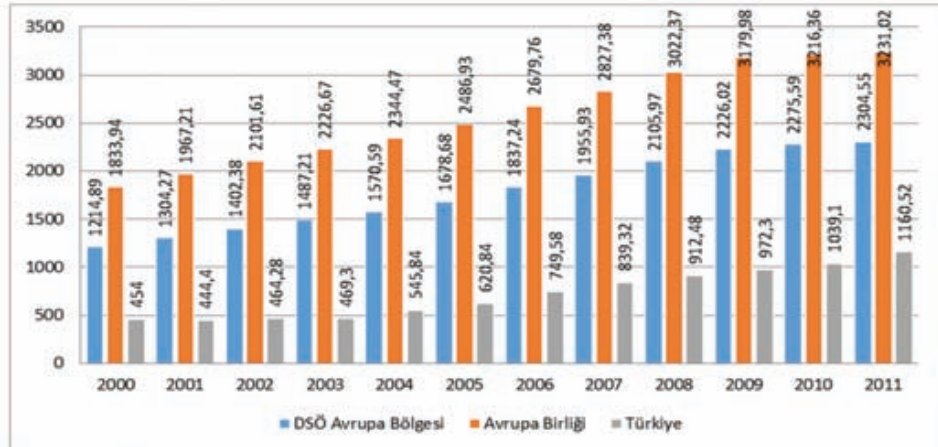
Türkiye’de kişi başı kamu sağlık harcaması 1999 yılında 114 ABD Doları iken, özel sağlık harcaması 73 ABD Doları olarak gerçekleşmiştir. 2008 yılı için kişi başı kamu sağlık harcaması 456 ABD Doları, özel sağlık harcaması 168 ABD Doları seviyelerine ulaşmıştır. Satın alma gücü paritesine göre ise 2008 yılı için kişi başı kamu sağlık harcaması 667 ABD Doları, özel sağlık harcaması 246 ABD Doları ve toplam sağlık harcaması 913 ABD Doları olarak gerçekleşmiştir (Grafik 56).

Grafik 56. Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, ABD Doları, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2011)

Grafik 57. Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, Satın Alma Gücü Paritesi, ABD Doları, DSÖ Hesaplaması

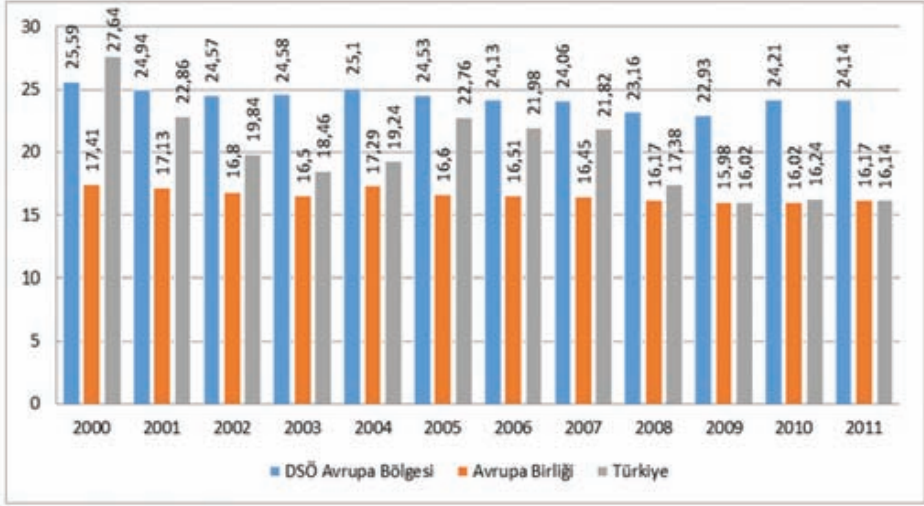


Kaynak: WHO (2013)

Satınalma gücü paritesine göre Türkiye’de 2000 yılında kişi başı sağlık harcaması 454 dolar iken bu harcama düzeyi 2011 yılında 1160 dolara yükselmiştir (Grafik 57).

Grafik 58’de yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı verilmektedir. 2008 yılına kadar AB ortalamasının üzerinde olan Türkiye 2009 yılından itibaren AB ortalaması ile aynı seviyeye gelmiştir.

Grafik 58. Yıllara Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı, (%)



Kaynak: WHO (2013)

Yıllara göre kişi başı cepten yapılan sağlık harcamaları giderek artış eğilimi göstermiştir. 1999 yılında cepten yapılan sağlık harcaması 54 Dolar iken bu rakam 2008 yılında 108 Dolar olmuştur.

Tablo 6’da yıllar itibariyle Sosyal Güvenlik Kurumunun hastane harcamaları verilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın sosyal güvenlik harcamaları içindeki payında bir değişiklik olmamakla birlikte, üniversite ve özel hastane paylarında yıllar itibariyle ufak değişiklikler göze çarpmaktadır.

Tablo 6. Yıllar İtibariyle Sosyal Güvenlik Hastane Harcamaları (milyon TL)

| | 2009 | Pay | 2010 | Pay | 2011 | Pay |
|------------------------|---------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|
| Sağlık Bakanlığı Hast. | 10.800 | 54% | 11.700 | 54% | 12.000 | 54% |
| Üniversite Hastaneleri | 3.640 | 18% | 4.351 | 20% | 4.692 | 21% |
| Özel Hastaneler | 5.482 | 28% | 5.532 | 26% | 5.643 | 25% |
| Toplam | 19.922 | | 21.583 | | 22.335 | |

Kaynak: Atasever (2011)

Bu noktada GSS'nin mali sürdürülebilirliğinin tehlikede olduğuna atıf yapılarak temel teminat paketinin daraltılması ve vatandaşın özel tamamlayıcı sağlık sigortalarına yönlendirilmesi gerektiği tartışmalarını da gündeme getirmekte fayda vardır.

Grafik 59 SGK'nın toplam gelirlerini (prim gelirleri, yeniden yapılandırma, devlet katkısı, ek ödeme, faturalı ödemeler ve diğer gelirler) ve giderlerini (emekli aylıkları, sigorta ödemeleri, ek ödeme, sağlık harcamaları, faturalı ödemeler, yönetim, yatırım ve diğer giderler) ve açıklarını göstermektedir. Buna göre yıllar itibariyle SGK'nın toplam gelirlerinde ve giderlerinde paralel bir artış gözlenmektedir.

2012 yılı verileri bağlamında değerlendirildiğinde SGK'nın 143 milyar TL toplam gelirinin çoğunluğu, yani %67,4'ü (96 milyar TL) prim gelirlerinden oluşmaktadır. Toplam prim gelirlerinin 34 milyar TL'si ise GSS prim gelirlerinden oluşmaktadır.

Yine 2012 verilerine göre SGK'nın 160 milyar TL toplam giderlerinin çoğunluğu, yani %65,7'si (105 milyar TL) emekli aylıklarına gitmektedir. Sağlık harcamalarının SGK bütçesi içerisindeki payı ise 2012 yılında %27,5 olmuştur (44 milyar TL).

Diğer taraftan 2009 yılından itibaren SGK'nın açığının azalma eğilimine girdiği görülmektedir. 2009 yılında SGK açığı 28 milyar TL civarında iken, bu açık 2012 yılında 17 milyar TL'ye gerilemiştir.

Grafik 59. Sosyal Güvenlik Kurumunun Toplam Gelir ve Giderleri



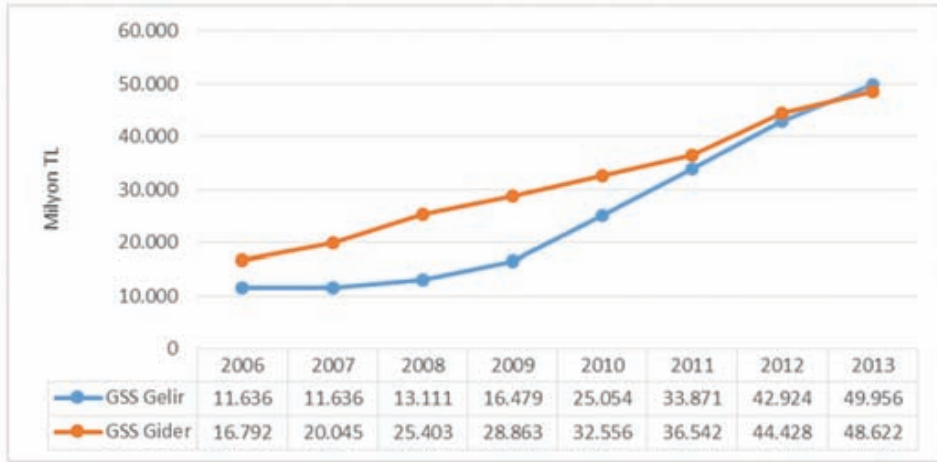
Kaynak: SGK verileri

Grafik 60'de ise GSS'nin gelir ve giderleri yıllar itibariyle yer almaktadır. GSS'nin gelir ve giderleri de paralel olarak artış eğilimi göstermektedir. 2006 yılında 5 milyar TL ile en düşük düzeyde açık veren GSS, 2008 ve 2009 yıllarında yaklaşık 8 milyar TL ile en fazla açığı vermiştir. Ancak 2009'dan sonra açık giderek daralmaya başlamış ve 2012'nin sonlarına doğru GSS kara geçmiştir. 2013 yılı itibariyle GSS'nin açığı bulunmadığı gibi, yılsonunda 1 milyar TL'nin üstünde de bir kar oluşması beklenmektedir.

Hem SGK'nın global verilerini hem de GSS'nin müstakil verilerini birlikte değerlendirdiğimizde aslında Türkiye'de dile getirildiği gibi sağlık harcamalarının SGK'nın kara deliği olmadığı anlaşılmaktadır. SGK açıklarının temelinde emekli aylıkları gelmektedir. Bu da ağırlıklı olarak, Türkiye'de zamanında uygulanan politikaların sonucu olarak yaşanan erken emekliliklerin ve halen sürmekte olan işsizliğin ve kayıt dışı ekonominin bir sonucu olmaktadır. Mevcut durumda Türkiye'de yaklaşık 2 çalışan 1 emekliyi finanse etmektedir. Oysaki olması gereken durum 4 çalışanın 1 emekliyi finanse etmesidir.

Bu verilerden hareketle GSS'nin mali sürdürülebilirliğinin tehlikede olduğuna atf yapılarak GSS'nin temel teminat paketinin daraltılması ve vatandaşın özel tamamlayıcı sağlık sigortalarına yönlendirilmesi gerektiği tartışmalarının, en azından SGK'nın resmi verileri ışığında doğru ve mantıklı bir yaklaşım olmadığı görülmektedir.

Grafik 60. Yıllar İtibariyle GSS Gelir ve Gider Düzeyleri



Kaynak: SGK verileri

3.6 Ödeme Mekanizmaları

Sağlıkta ödeme yöntemleri çok genel olarak dört ana grupta ele alınmakta ve genellikle bunların bir karması kullanılmaktadır: 1) maaş, 2) kişi başı ödeme, 3) hizmet başı ödeme ve 4) performansa dayalı ödeme.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde kaynak tahsisi genellikle genel bütçe kuralları çerçevesinde gerçekleştirilmekte ve karma ödeme biçimleri kullanılmaktadır. Bu bağlamda SB'nin üç ana finansal kaynağı bulunmaktadır. Birincisi, genel bütçeden bütçe kuralları çerçevesinde tahsis edilen kaynaklar. Bu kaynaklar ağırlıklı olarak personel ve yatırım giderleri ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi diğer giderler için kullanılmaktadır (Tablo 2). İkincisi, SB'nin kurum ve kuruluşlarından GSS mensubu kişilerin aldığı hizmetler karşılığı SGK'nın global bütçe (götürü bedel üzerinden ödeme) çerçevesinde SB'ye yaptığı ödemeler. SB bu kaynakları hastanelerine belirli kriterler çerçevesinde tahsis etmektedir. Üçüncüsü, SB'nin kurum ve kuruluşlarından mal ve hizmet alan vatandaşların doğrudan ödemiş



olduğu katkı paylarının kaynaklık ettiği Döner Sermaye (DS) gelirleri. DS gelirlerinin bir kısmı performansa dayalı ödeme kriterleri çerçevesinde kurumlara ve sağlık çalışanlarına tahsis edilmektedir. SGK hizmet sunucularına ödemelerde ağırlıklı olarak; global bütçe, paket fiyat ve hizmet başı ödeme yöntemlerini kullanmaktadır. Teşhis İlişkili Gruplara (TİG) dayalı ödemeler için çalışmalar sürmektedir (Yıldırım ve Yıldırım 2013).

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının 2013 yılı Merkezi Yönetim Bütçesi Tablo 7'de verilmektedir.

Tablo 7. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların 2013 Yılı Merkezi Yönetim Bütçesi, Milyon TL, Türkiye

| Birimler | Personel Ödenekleri | Diğer Cari Ödenekler | Yatırım Ödenekleri | Toplam |
|---|---------------------|----------------------|--------------------|---------------|
| Sağlık Bakanlığı | 1.288 | 201 | 1.001 | 2.490 |
| Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu | 7.451 | 229 | 440 | 8.120 |
| Türkiye Halk Sağlığı Kurumu | 1.437 | 4.600 | 41 | 6.078 |
| Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü | 24 | 10 | 93 | 127 |
| Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu | 27 | 22 | 30 | 79 |
| Toplam | 10.227 | 5.062 | 1.605 | 16.894 |

Kaynak: Akdağ (2012)

Kamuda ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri birimlerinde görev yapan sağlık çalışanlarına maaşla birlikte performansa dayalı ödeme sistemi kullanılarak ödeme yapılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunucuları olan aile hekimlerine ise, kişi başı ve performansa dayalı ödeme yapılmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım 2013).

SDP kapsamında Türkiye sağlık sisteminde en çok tartışmalı olan konulardan birisi performansa dayalı ödeme yöntemi olmaktadır. Bilindiği üzere SDP kapsamında hizmet sunanların verimli ve kaliteli hizmet sunmalarını teşvik edecek bir ödeme ve ücretlendirme yapısını kurmayı amaçlayan performansa dayalı ödeme sistemi 2003 yılı ikinci yarısında 10 hastanede pilot olarak uygulanmaya



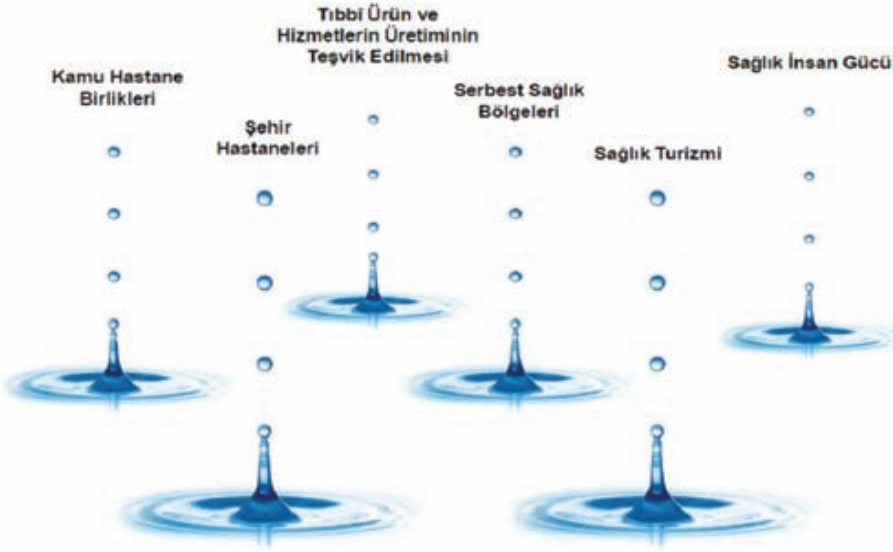
başlamış ve 2004 yılından itibaren birinci basamak sağlık kuruluşlarını da kapsayacak şekilde bütün yurt çapında yaygınlaştırılmıştır. İlk dönemi oluşturan bu uygulama, sağlık çalışanlarının ve kurumlarımızın yeni duruma uyumunu sağlamak, ölçülebilir parametreler geliştirmek ve performans ölçümünün devamını oluşturacak denetimlere alt yapı hazırlamayı amaçlamıştır. Bireysel performans-taki farklılıkların ücret sistemine yansıtılması, örgütlerin temel amaçlarından biri haline gelmiş olmakla birlikte, uygulamada sorunlar ile karşılaşılması da kaçınılmazdır. 2005 yılından itibaren yumuşak geçişle kaliteli hizmet sunmaya yönelik bilinç geliştirilmesi ve altyapı oluşturulması teşvik edilerek “kurumsal performans ölçümü” adı altında bir model denemesi yapılmış ve nihayet 2007 yılı başında Bakanlığın kalite geliştirme mevzuatı ile birleştirilerek bütün devlet hastanelerinde uygulamaya konmuştur (Aydın 2011). Bu çerçevede 2010 yılında sisteme yönetici ve birim performansı uygulama 7ları da eklenerek bütüncül bir yaklaşımla ve her yöneticiyi, her bölüm çalışanını ve her uzmanı bireysel olarak etkileyen ve içine alan bir sistem ortaya konmuştur. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011). Bir yandan bu uygulamanın SB hastanelerinde oluşturduğu hızlı değişim takdir edilirken, diğer yandan uygulamanın etik dışı yolları teşvik ettiği, çalışanlar arasında barışı bozduğu ve sağlık harcamalarını artırdığı gibi yoğun eleştiriler yapılmaktadır (Aydın 2011).

Her ne kadar SDP kapsamında uygulanmaya başlanan performansa dayalı ödeme sisteminin temel amacı; verimli, etkili ve kaliteli sağlık hizmetleri sunmak ise de, ağırlıklı olarak niceliksel kriterlere dayalı olarak ödemelerin gerçekleştirilmesinin kaliteyi olumsuz yönde etkilediği belirtilebilir. Performans kriterlerinin niteliksel kriterlerden seçilmesi kaliteyi olumlu yönde etkileyebilecektir. Gözlemlere dayalı olarak belirtilebilir ki, mevcut hali ile performansa dayalı ödeme sistemi çalışma barışını bozmakta ve bu da sağlık hizmetlerinin üretimine ve kalitesine olumsuz yansıyabilmektedir. Performansa dayalı ödeme sistemi kapsamında sağlık çalışanlarının elde ettiği gelir, maaş kapsamında elde edilen gelirin üzerindedir ve performans kapsamında elde edilen gelir emekliliğe yansımamaktadır. Bu durumun sağlık çalışanlarında moral bozukluğuna yol açtığı ve bunun da sağlık hizmetlerinin kalitesine olumsuz yansıyabileceğini belirtmek mümkündür.

4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI: YENİ UFUKLARA DOĞRU ⁴

Bilindiği üzere 2009 yılından beri SDP'nin ikinci aşaması uygulamaya konulmaktadır. Bu bağlamda ön plana çıkan konuları eski Sağlık Bakanı sayın Recep Akdağ (2012) 2013 yılı bütçe sunumunda; kamu hastane birlikleri (KHB), şehir hastaneleri, tıbbi ürün ve hizmetlerin üretiminin teşvik edilmesi, serbest sağlık bölgeleri, sağlık turizmi ve sağlık insan gücü olarak ortaya koymuştur (Şekil 2).

Şekil 2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yeni Ufuklara Doğru



Kaynak: Akdağ (2012)

4.1. Kamu Hastane Birlikleri

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (Resmi Gazete 011) ile “Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin İzlenmesi, değerlendirilmesi ve

4. “Yeni Ufuklara Doğru” ibaresi eski Sağlık Bakanı sayın Recep Akdağ'ın 2013 yılı Bütçe sunumunda kullandığı bir ifadedir.

denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur” (Madde 29). 663 sayılı KHK’nın “kurum tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir” (Madde 30) hükmü kapsamında 87 KHB kurulmuştur.

4.2. Şehir Hastaneleri: Kamu-Özel Ortaklığı

Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair 5683 sayılı Kanununun 09 Haziran 2007 tarih ve 26547 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmesi ile; 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 17/C Maddesinin (k) bendine göre Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı adı altında müstakil Daire Başkanlığı olarak kurulmuştur (<http://www.kamuozel.gov.tr/koo/?q=tr/tarihce>, 29.09.2013).

Sağlık sektöründe Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) finansman yönteminin uygulanması ile; a) özel sektör finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılması, b) özel sektörün hızlı karar alma ve bu kararları uygulamaya koyma becerisi ile yaratıcılığının proje sürecine entegrasyonu, riskin paylaşılması, c) her kesimin en iyi bildiği ve uzman olduğu ana işini yapabileceği bir altyapının oluşturulması, d) sağlık tesisi faaliyete geçirilinceye kadar kamu adına herhangi bir maliyet üstlenilmemesi, e) ödenek yetersizliği nedeni ile kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım sürelerinin kısaltılması, f) kısıtlı kamu kaynakları üzerindeki yatırım yükünün kira bedeli ödeme düzeyinde uzun yıllara yayılması, g) tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların işletilmesinin özel sektöre yaptırılması gibi temel unsurları ve avantajları hedeflenmektedir (<http://www.kamuozel.gov.tr/koo/?q=tr/tarihce>, 29.09.2013). Bu anlamda ilk etapta 20 şehir hastanesi kurulması öngörülmektedir.

4.3. Tıbbî Ürün ve Hizmetlerin Üretiminin Teşvik Edilmesi

663 sayılı KHK ile (Resmi Gazete 2011) tıbbi ürün ve hizmetlerin üretiminin teşvik edilmesi kayıt altına alınmıştır. Bu anlamda; (1) Bakanlık, ileri teknoloji gerektirenler başta olmak üzere, ülkenin sağlık sektöründeki tıbbî cihaz, ürün, hizmet ve ilaç sanayisinin geliştirilmesine ve desteklenmesine yönelik politikaları

belirler ve uygular. Bu amaçla girişimcileri yönlendirir, yerli sanayiye malî ve diğer teşvikleri uygulayabilir, yerli sanayinin teknolojik altyapı ve yeteneklerini araştırır, bunların geliştirilmesine yönelik önlemleri alır, gerektiğinde yurtdışından yerli sanayiye teknoloji transferi yapılmasını sağlar. (2) Bakanlık ve bağlı kuruluşları, sağlık hizmeti sunumunda ihtiyaç duyulan tıbbî cihaz, ilaç ve diğer ürün ve hizmetlerin alımında mümkün olduğunca yurtiçi sanayi imkanlarından faydalanır, bu amaçla yurtiçi firmalara araştırma, geliştirme, prototip ve seri üretim faaliyetlerini yaptırır. İhtiyaç halinde yerli ve yabancı gerçek ve tüzel kişilerle alım garantili sözleşmeler yapılabilir ve yedi yıla kadar gelecek yıllara yaygın yüklenmeye girişilebilir. (3) Sağlık hizmeti sunumunda ihtiyaç duyulan tıbbî cihaz, ilaç ve diğer ürün ve hizmetlerin yurtdışından alınması ya da bu yönde yurtdışı kaynaklı yatırım yapılması durumunda, karşılığında satıcı firmadan yerli sanayi katılımı, Ar-Ge, teknolojik işbirliği ve off-set⁵ yükümlülüğü istenmesine ilişkin hususlar Bakanlıkça düzenlenir (Madde 50).

4.4. Sağlık Serbest Bölgeleri

663 sayılı KHK ile (Resmi Gazete 2011) “ülkenin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbî teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla, 6/6/1985 tarihli ve 3218 sayılı Serbest Bölgeler Kanunu hükümleri çerçevesinde, sağlık serbest bölgelerinin kurulması ve yönetilmesine ilişkin usûl ve esasların Bakanlar Kurulunca belirleneceği” (Madde 49) hüküm altına alınmıştır.

4.5. Sağlık Turizmi

Sağlık hizmetlerinin uluslararası düzeyde üretimi, tüketimi ve bu bağlamda hastaların uluslararası düzeyde dolaşımı tarih boyunca her zaman var olan bir olgu olmuştur. Ancak özellikle son yıllarda ağırlıklı olarak bilgi ve iletişim teknolojisinin kaynaklık ettiği küreselleşme süreci ile birlikte bu dolaşım daha da artmış ve sağlık turizmi etiketi odaklı olarak ciddi bir pazar yaratılmıştır. Türkiye'nin de içinde bulunduğu bazı ülkeler bu artan uluslararası hasta dolaşımı pastasından pay almak için son 15-20 yıldır ciddi girişimlerde bulunmaktadır (Kaya, Yıldırım, Karsavuran ve Özer 2013).

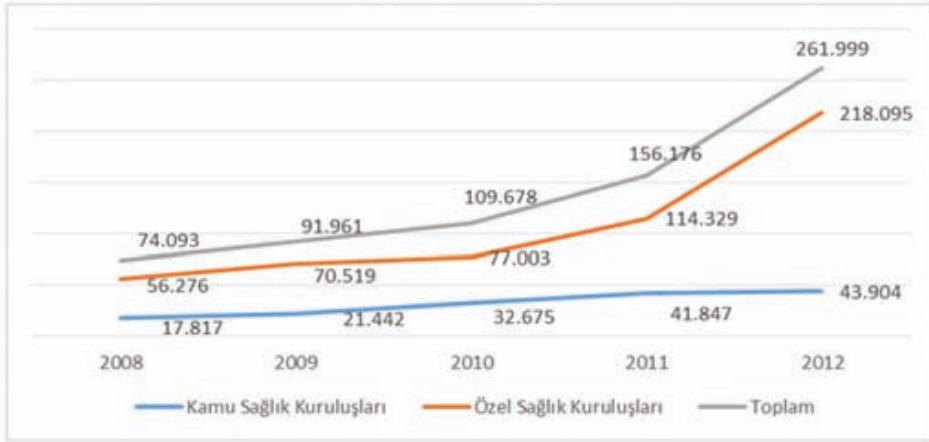
Türkiye 2003 yılından bu yana gerçekleştirmiş olduğu SDP ile sağlık hizmetlerinin tüm bileşenlerinde önemli gelişmeler ve iyileştirmeler kaydetmiş, top-

5. Offset; kamu kurum ve kuruluşları, kamu ortaklıkları ve kamu iştirakleri tarafından açılan uluslararası ihaleler neticesinde, ihalelerin açıldığı ülkeden çıkacak döviz telafi etmek ve bu ülkelerin ihracat potansiyelini arttırmak amacıyla, ihaleyi kazanan yabancı firma tarafından ana ihale anlaşmasına ek olarak verilen taahhütlerdir. Bu taahhütler, ihaleyi açan ülkeden yapılacak ihracat, ihaleyi açan ülkeye yönelik yabancı sermaye yatırımları, ortak yatırımlar, teknoloji transferi, lisans ve know-how transferleri, kalifiye işgücü yaratmak amacıyla, masrafi ihaleyi kazanan yabancı firmaya ait olmak üzere sağlanan yurtiçi ve yurt dışı eğitim imkanları, AR-GE çalışmaları ve yatırımları ile diğer döviz kazandırıcı hizmet ve işlemleri içerebilir (<http://www.oaib.org.tr>, 10.10.2013).

lumun sağlığını geliştirmiş ve geline noktada da sadece ulusal hastalara değil aynı zamanda uluslararası hastalara da kaliteli ve maliyet-etkili hizmet verecek kurumsal kapasiteye ulaşmıştır. Bu bağlamda Türkiye son yıllarda uluslararası hasta dolaşımından önemli ölçüde pay alan bir destinasyon ülkesi konumuna gelmiştir (Kaya, Yıldırım, Karsavuran ve Özer 2013).

2011 yılında kamu sağlık kuruluşlarına gelen hasta sayısı 41.847 iken bu sayı 2012 yılında 43.904'e ulaşmıştır. 2011 yılında özel sağlık kuruluşlarına gelen hasta sayısı ise 114.329 iken 2012 yılında bu sayı yaklaşık olarak 2 katı artmış ve 218.095'e ulaşmıştır. 2012 yılında toplam uluslararası hasta sayısı 261.999 olarak gerçekleşmiştir (Grafik 61).

Grafik 61. Yıllara Göre Türkiye'de Sağlık Hizmeti Alan Uluslararası Hasta Sayıları



Kaynak: Kaya, Yıldırım, Karsavuran ve Özer (2013)

Türkiye'nin 2012 yılı uluslararası hasta verilerinin analizi sonucu ortaya çıkan uluslararası hasta kümelenmesine ve haritasına bakıldığında; sağlık hizmetleri alt yapısı iyi olan, uluslararası standartlarda sağlık hizmeti üretimi yapan, bu anlamda JCI akreditasyon belgesine sahip, grup hastanelerin bulunduğu ve özel sağlık hizmetleri sektörünün kümelendiği, direkt uçuşların olduğu geleneksel turizm bölgelerinin ve illerinin ön plana çıktığı görülmektedir. Devlet otoritelerinin sağlık turizmini planlamada ve koordine etmede, sağlık serbest bölgelerini oluşturmada ve teşviklerde bu verileri dikkate almasında yarar görülmektedir. Ayrıca sağlık turizmi sektörüne girmek isteyen veya bu alanda büyümek isteyen özel sektör aktörlerinin de bu bulguları dikkate alması ve ona göre yatırım kararlarını alması önerilmektedir (Kaya, Yıldırım, Karsavuran ve Özer 2013).

5. SONUÇ YERİNE

Türkiye 2003 yılından bu yana 10 yıldır SDP kapsamında sağlık sistemini yeniden tasarlamaya çalışmaktadır ve Türkiye'nin bu yolda epeyce de bir yol kat ettiği belirtilebilir. Ancak, yeniden tasarlama ile birlikte ortaya konulan müspet politika ve stratejilerin sürdürülebilir kılınması önem arz etmektedir. Nüfusun sağlık ihtiyaçlarına duyarlı politikaların ve stratejilerin öncelenmesi, ikincil mevzuatın oluşturulması, politik istek, destek ve kararlılığın sürmesi, politik ve ekonomik istikrarın devam ettirilmesi, sürekli iyileştirmelerin sağlanması ve sistemi tehdit edecek popülist girişim ve uygulamalardan kaçınılması sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından önem arz etmektedir (Yıldırım and Yıldırım 2011).

Türkiye son 10 yıl içinde temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler sağlanmasına rağmen üyesi olmaya çalıştığı AB ortalamalarının oldukça gerisinde yer almakta ve kendi içinde de bölgeler arasında sağlıkta hakkaniyetsizliklere işaret eden önemli farklılıklara sahiptir. Türkiye'nin bölgelerarası farklılıkları ortadan kaldıracak politikaları tasarlaması ve uygulaması gerekmektedir. Başka bir ifade ile 2003 yılından bu yana gerçekleştirilmekte olan SDP ile genel anlamda sağlık alanında önemli kazanımlar elde eden Türkiye'nin, bundan sonra bölgeler arası farklılıkları azaltacak politikaları benimseyip uygulaması gerekmektedir.

2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan SDP'nin temel bileşenlerinden birisi, birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli olan aile hekimliğidir. Türkiye "aile hekimliği modeli" ile birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeyi ve diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturmayı hedeflemektedir (Sağlık Bakanlığı 2003). Bu bağlamda bir hususun altının çizilmesinin gerektiğine inanmaktayız. Genelde birinci basamak sağlık hizmetleri özelde ise aile hekimliği Türkiye sağlık sisteminin hakim karakteri haline getirilmek isteniyorsa ve geçiş sürecinde ve sonrasında eldeki mevcut olanaklarla en nitelikli ve kaliteli birinci basamak sağlık hizmetleri üretilmek isteniyorsa üç temel eylemin zaman kaybedilmeden eş zamanlı olarak gerçekleştirilmesi gerekmektedir: 1) Aile hekimi sayısını artırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır. 2) Sevk sistemine/zincirine yasal işlerlik kazandırılmalıdır. 3) Tıp fakültelerindeki eğitim müfredatı aile hekimliğinin sistemdeki öngörülen bu baskın karakterine göre yeniden tasarlanmalıdır ve hizmet içi eğitimler uzmanlık eğitimine evrilecek şekilde tamamlanmalıdır (Yıldırım 2010).

Yıllara ve sektörler gere hastanelere müracaat sayısında 2002 yılında toplamda 124 milyonluk bir müracaat söz konusu iken bu oran 2012 yılında 354 milyon olmuştur. Sağlık Bakanlığı hastanelerine müracaat sayısında 10 yıl içerisinde yaklaşık 2 katlık bir artış yaşanırken bu artış üniversite hastaneleri için 3 kat, özel hastaneleri için ise 13 kat bir artış ile sonuçlanmıştır. Bu da özel sektörün yıllar itibariyle göreceli olarak rolünün arttığını göstermektedir. Bu noktada toplam müracaat sayısında iki temel çarpıklığa dikkat çekmekte yarar vardır. Birincisi, toplam müracaat sayısının Avrupa ortalamasının üstünde olması ve bu durumun siyasi aktörler ve sağlık yöneticileri tarafından iyi bir gösterge imiş gibi yansıtılmasıdır. Bu artışların bir kısmı gereksiz artışlar olabilir. Bunun temel nedenleri olarak performansa dayalı ödeme biçimi ve halkın sağlıkla ilgili bilgi ve algısının düşük düzeyde olması gösterilebilir. İkincisi ise, halen ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurunun birinci basamak sağlık hizmetlerine göre çok yüksek olmasıdır. Bu da birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde kullanılmadığının bir göstergesidir. Sürdürülebilir bir sağlık sistemi için aile hekimliği sisteminin daha fazla desteklenerek ve geliştirilerek (örneğin sevk zincirinin zorunlu hale getirilmesi ve aile hekimliğine başvurunun özendirilmesini amaçlayan tedbirlerin alınması gibi) halkın birinci basamak sağlık hizmetlerini daha etkili ve verimli kullanması sağlanmalıdır. Mevcut uygulamada aile hekimlerine ağırlıklı olarak reçete yazımı için başvurulmaktadır.

TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması verilerine göre Türkiye’de 2003 yılında % 39,5 olan memnuniyet oranı yaklaşık olarak 2 kat artarak % 76’ya yükseldiği görülmektedir. Bunun altında yatan temel felsefenin ise; bireylerin dolayısıyla toplumun merkez alınarak SDP’nin gerçekleştirilmeye çalışılması olduğu belirtilebilir. Ancak son dönemlerde katkı paylarında ve ilave ücretlerdeki artışlar ve dile getirilen temel teminat paketinin daraltılması söylemleri realite haline gelirse memnuniyet oranlarında bir azalma olabileceği belirtilebilir. Ek olarak SDP’nin mimarları olan sağlık çalışanlarının ikinci planda tutulması da halkın memnuniyeti açısından bir tehlike olarak görülebilir. Sağlık çalışanlarının memnuniyet düzeyini artıracak önlemler alınmazsa, halkın sağlık hizmetlerinden duyduğu memnuniyet düzeyini olumsuz etkileyebilir. Nitekim TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2012 verilerine göre bireylerin kamu hizmetlerinden genel memnuniyet düzeylerine bakıldığında, 2012 yılında sosyal güvenlik, eğitim ve ulaştırma hizmetleri ile adli hizmetlerden memnuniyet 2011 yılına göre artarken sağlık hizmetlerinden memnuniyet azalmıştır. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet, 2011 yılında %75,9’dan 2012 yılında %74,8’e düşmüştür (TÜİK 2013).

Türkiye’de ilaçlara yapılan harcama oranı tüm OECD ülkelerinden, dolayısıyla OECD ortalamasından yüksektir. Bu da Türkiye’de ilaca erişimin kolay olduğu veya bu ülkelerde rasyonel ilaç kullanma alışkanlığı ve politikaların tam olarak izlenemediğinin göstergeleri olarak yorumlanabilir. Sürdürülebilir bir sağlık sisteminden bahsedebilmek için ilaç harcamalarının disipline edilmesi, toplumdaki ilaç tüketimi alışkanlıklarının değiştirilmesi ve akılcı ilaç kullanımı politikalarının etkili ve verimli bir şekilde acilen hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Türkiye’de kullanılan performansa dayalı ödeme sistemi gerçek anlamda bir performans temelli ödeme sistemi değildir. Her ne kadar adı performansa dayalı ödeme sistemi olsa da Türkiye’de kullanıldığı şekliyle “hizmet başı /parça başı” ücret sistemidir bunun adı. Çünkü mevcut sistem ağırlıklı olarak sayısal/nitel verileri kriter olarak almakta (ne kadar hizmet üretiliyorsa o kadar performans puanı alınmakta), nitel performans hedeflerini sistemde çok az kullanmaktadır. Gerçi aile hekimliği uygulamasında aşılama oranları, gebelik takibi gibi bazı performans hedeflerinin kullanılmaya başlandığını belirtmek olasıdır.

Mevcut performansa dayalı sistemin gerçek performans kriterleri (hedefleri) doğrultusunda revize edilerek uygulanmasında yarar görülmektedir. Sağlık çalışanlarının toplam gelirleri içerisinde garanti gelir lehine bir düzenleme yapılması ve performans gelirlerinin emekliliğe yansıtılması gerekmektedir. İngiltere örneği performans değerlendirmesinin genellikle bağımsız ve tarafsız kuruluşlar tarafından yapıldığını, sendikalar dahil tüm paydaşların sürece dahil edildiğini ve günün koşulları çerçevesinde güncellendiğini göstermektedir (<http://www.nhsemployers.org>, 22.09.2013).

Türkiye’nin sağlık turizmi konusunda konumunu daha da iyi sağlamlaştırabilmesi için sağlık turizmi ile ilgili uygun ve yerinde politika ve stratejiler belirlenmesi gerekmektedir. Bunun için de Sağlık Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı ve Kültür ve Turizm Bakanlığı’nın yanı sıra sağlık turizmiyle ilgili olan diğer kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ile hastaneler birlikte hareket etmelidir. Sağlık turizmi konusunda bir milli politika oluşturulmalı, tanıtım ve markalaşmaya önem verilmelidir (Kaya, Yıldırım, Karsavuran ve Özer 2013).

Sağlık sisteminin tüm unsurlarına ve kademelerine profesyonel sağlık yönetimi pratiği hakim kılınmalıdır. Profesyonel sağlık yönetimi; karizma, deneyim

ve eğitim gibi üç temel bileşenin bir fonksiyonudur. Profesyonel yönetimin olmadığı yerde sağlık reformlarının başarılı bir şekilde hazırlanması, uygulanması ve sağlık sektöründen istenilen çıktuların elde edilmesi beklenmemelidir. Sağlık yönetimi konusunda eğitim gördüğüne ait belgesi olmayanların yönetim kademelerinde çalışmaları mümkün olmamalıdır. Bu eğitimlerin nerelerde ve nasıl verileceği üniversitelerin öncülüğünde tüm paydaşlarca ortaklaşa belirlenmelidir (Yıldırım ve Yıldırım 2013).

Tam gün uygulaması, yani tek bir işyerinde çalışma tavizsiz olarak uygulanmalıdır. Sağlık hizmetlerinin verimli, etkili, sürdürülebilir ve hakkaniyetli bir şekilde tüm vatandaşlar tarafından erişilebilmesi ve kullanılabilmesi için hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının tam gün çalışması gerekmektedir. Sağlık sisteminin orta ve uzun vadede sürdürülebilir kılınabilmesi için sağlık insan gücü dahil tüm kaynakların rasyonel bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Tam gün bu rasyonel kullanımın bir aracıdır.

GSS'nin mali sürdürülebilirliğinin tehlikede olduğuna atıf yapılarak GSS'nin temel teminat paketinin daraltılması ve vatandaşın özel tamamlayıcı sağlık sigortalarına yönlendirilmesi gerektiği tartışmalarının doğru ve mantıklı bir yaklaşım olmadığı görülmektedir. SGK'nın açıkları ağırlıklı olarak emekli aylığı ödemelerinden kaynaklanmaktadır. Emeklilerin finansmanında aktüaryel dengeyi sağlamaya dönük politikalar geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

Türkiye sağlık çalışanlarının eksik ve dengesiz dağılım problemlerini ortadan kaldırmak için etkili sağlık insan gücü planlaması yapılmalıdır. AB ortalamaları ile karşılaştırıldığında Türkiye'nin hekim açığı yaklaşık 100.000 iken, hemşire açığı ise 400.000 civarındadır. Türkiye, global dinamikleri (özellikle de AB ve sağlık turizmi dinamikleri başta olmak üzere), ülkenin ekonomik ve sosyal realitelerini ve sağlık ihtiyaçlarını göz önünde bulunduran daha rasyonel, güçlü ve kapsamlı bir ulusal sağlık insan gücü politikasına ve stratejisine ihtiyaç duymaktadır. Bu strateji; ihtiyaç duyulan sağlık çalışanlarının yeterli düzeyde üretilmesi yanında, sağlık çalışanlarının beceri karışımı anlamında ve yurt dışında dengeli ve hakkaniyetli dağılımını da içerecek şekilde olmalıdır (Yıldırım ve Yıldırım 2013). Sağlık insan gücü yetersizliğinin giderilmesinde temelde iki yöntem bulunmaktadır. Bunlardan birincisi başka ülkelerden sağlık insangücü istihdamı yoluna gitmek. Bu yöntem Türkiye açısından orta ve uzun vadede rasyonel görünmemektedir. Çünkü sağlık çalışanlarının uluslararası göç destinasyonlarına



baktığımızda bunlar genellikle Avrupa ülkeleri ve ABD olmaktadır. Başka ülkelerden, Türkiye'deki sağlık insangücü açığını kapatacak düzeyde bir yabancı sağlık çalışanın gelmesi çok olanaklı gözükmemektedir. Bunun için yurt içinde daha fazla sağlık insangücü yetiştirmeye dönük olarak nitelikli tıp fakültesi sayısı, öğretim üyesi sayısı ve öğrenci sayısının artırılmasına yönelik yatırımlar yapılmalıdır.

SDP'nin gerçekleştirilmesinde önemli bir pay sağlık çalışanlarıdır. Dolayısıyla SDP kapsamında gerçekleştirilen sağlık reformlarının sürdürülebilir kılınabilmesi için sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının ve özlük haklarının iyileştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- » Adalet ve Kalkınma Partisi (2003). 58. Hükümet Acil Eylem Programı. Adalet ve Kalkınma Partisi, Ankara.
- » Akdağ R. (2008). İlerleme Raporu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003. Sağlık Bakanlığı (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslararasi_acilimler_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf, 07.01.2013).
- » Akdağ R. (2012). Sağlık Bakanlığı 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 10. Yılı (<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-78620/h/butce2013.pdf>, 20.09.2013)
- » Ataserver M. (2011). Üniversite Hastanelerinin Mali Durumu Sorunları ve Çözüm Önerileri (<http://www.sdplatform.com/Dergi/536/Universite-hastanelerinin-mali-durumu.aspx>, 07.10.2013).
- » İstanbul Üniversitesi, Marmara Üniversitesi ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. (2012). Bebek ve Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Araştırması 2012, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- » Kaya S, Yıldırım HH, Karsavuran S ve Özer Ö. (2013). Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013 (Evaluation Report on Medical Tourism in Turkey 2013). Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara (İrfan Şencan ve Dursun Aydın'ın katkıları ile).
- » OECD. (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye, OECD and the World Bank, Paris.
- » OECD. (2010). OECD Reviews of Health Systems: Turkey, OECD and World Bank, Paris.
- » OECD. (2013). OECD Health Data 2013, OECD, Paris.
- » Rechel B, Thomson S and van Ginneken E. (2010). Health Systems in Transition Template for Authors. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Geneva.
- » Resmi Gazete (1961). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Resmi Gazete. 12.01.1961 / 10705. Kanun No: 224. Ankara.
- » Resmi Gazete (2006a). Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, Kanun No: 5502, Resmi Gazete, 20 Mayıs 2006, Ankara.
- » Resmi Gazete (2006b). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kanun No: 5510, Resmi Gazete, 16 Haziran 2006. Ankara.
- » Resmi Gazete (2011). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Karar Sayısı: KHK/663, 02.11.2011, Resmi Gazete, Ankara.
- » Sağlık Bakanlığı (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- » Sağlık Bakanlığı (2011). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010), Ankara ([http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_\(2003_2010\).pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2010).pdf), 10.09.2013).
- » Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2012). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara (http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf, 10.09.2013).



- » Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara.
- » Saltman RB and Figueras J. (1997). European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies. World Health Organisation Regional Office for Europe. Copenhagen.
- » Saltman RB and von Otter C. (1995). 'Introduction', in Saltman RB and von Otter C. (eds), Implemented Planned Markets in Health Care. Open University Press.
- » Savaş S et al. (2002). Health Care Systems in Transition: Turkey, European Observatory on Health Care Systems, WHO.
- » Tatar M et al. (2011). Turkey: Health System Review. Health Systems in Transition, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 13(6): 1-186.
- » TBMM (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. TBMM, Ankara.
- » Tokat M. (1993). Sağlık Ekonomisi. AÖF Yayınları, Eskişehir.
- » TÜİK. (2013). Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2012. Haber Bülteni (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13445>, 10.09.2013).
- » WHO. (2013). Health For All Database 2013, WHO, Geneva.
- » Yıldırım HH ve Yıldırım T. (2010). Türkiye Sağlık Politikaları ve Reformları: Tarihsel Bir Bakış. Türkiye Demokrasi Vakfı Enstitüsü Dergisi. Şubat 2010: 28-33.
- » Yıldırım HH. (2010). Avrupa Birliği Yolunda Türkiye: Aile Hekimliği Açısından Değerlendirmeler. Sağlık-Sen Dergisi, Aralık 2010: 30-41.
- » Yıldırım HH and Yıldırım T. (2011). Health Care Financing Reform in Turkey: Context and Salient Features. Journal of European Social Policy, 21 (2): 178-193.
- » Yıldırım T. (2012). Türkiye'de Sosyal ve Özel Sağlık Sigortacılığı. İçinde: Yıldırım HH. (editör). Sağlık Sigortacılığı. Anadolu Üniversitesi AÖF Yayınları, Eskişehir.
- » Yıldırım HH ve Yıldırım T. (2013). Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme. İçinde: Yıldız M ve Sobacı MZ. (editörler). amu Politikası: Kuram ve Uygulama. Adres Yayınları, Ankara, Bölüm 16: 364-397.
- » Yıldırım T. (2014). Avrupa Birliği, Sağlık Çalışanları ve Türkiye: Serbest Dolaşım ve Potansiyel Göç. Birinci Baskı, ABSAM Yayınları, Ankara (yayınlanacak).
- » <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html> (erişim: 24.09.2013)
- » http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/QOF_2012-13.pdf (erişim: 22.09.2013).
- » <http://www.oaib.org.tr/tr/offset-uygulamalari-hakkinda-bilgi-verebilir-misiniz> (erişim: 10.10.2013).