

**T. C.
NİĞDE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE
EKONOMİK GELİŞMİŞLİK DÜZEYİ: SEÇİLMİŞ AB
ÜLKELERİYLE KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Emine KILIÇ

YÖNETEN

YRD. DOÇ. DR. FİLİZ TUTAR

2008-NİĞDE

ÖZET

Bireylerin ve toplumların yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinden biri olarak sağlık sektörü, ülkelerin gelişmişliklerine paralel olarak milli gelir içerisinde önemli yer tutan bir alandır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan bütün ülkelerde bu alandaki en önemli sorun, sektöre ayrılmış kaynakların en etkin ve verimli şekilde nasıl kullanılacağı ve üretilen hizmetlerin en iyi şekilde nasıl paylaştırılacağıdır. Bu sorunun çözümü, söz konusu sektörde durum tespiti yapan ve sorunlara alternatif çözümler üreten analizler yapılmasını gerektirmektedir.

Bu konudaki çalışmaların fazla olmadığı Türkiye’de bu alana katkı yapmak amacıyla hazırlanan bu çalışmada öncelikle Türkiye’de sağlık sektörü ile ilgili genel bir durum tespiti yapılmıştır. Arkasından, Avrupa Birliği’ne üyelik sürecinde önemli mesafeler kat etmiş olan Türkiye’de sağlık sektörü, Avrupa Birliği ülkeleriyle sağlık harcamaları bazında bir karşılaştırmaya tabi tutulmuştur.

Yapılan değerlendirmeler ışığında, 1995-2005 arası dönemde Türkiye’de sağlık harcamalarının hem mutlak rakam anlamında, hem de artış oranları anlamında Avrupa Birliği ülkelerinin oldukça gerisinde kaldığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Ekonomisi, Türkiye’de Sağlık Sektörü, AB Sağlık Sektörü.

ABSTRACT

Medical sector which is one of the most important determinants of the individuals and the societies, which affects their living quality, is a field which plays an important role for the national revenue in line with the development statuses of the countries.

Most important problem of the developed and the developing countries in this field is how to use the resources allocated to the sector in a most efficient and effective way and distribute the produced services in the best way. Solution of this problem requires that the analyses are to be conducted, which makes fact-finding studies in the said sector and produces alternative solutions to the problems.

In this study which was prepared so as to make some contributions to this field in Turkey where there are not so many studies in this subject, primarily, a general fact-finding study was conducted with respect to the medical sector in Turkey. And then, the Turkish medical sector which made important progress in the membership process to the European Union was compared to the European Union countries in terms of medical expending.

In the light of the evaluations, it was found that the Turkish medical sector lags well behind the European Union countries in terms of the medical expenditures both in quantity and quality aspects and increase rates aspect during the period of 1995-2005.

Keywords: Health Economy, Medical Sector in Turkey, EU Medical Sector.

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans tez çalışmamın planlanmasından sonuçlandırılmasına dek gereken olanak ve yardımı sağlayan danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Filiz TUTAR'a ve Prof. Dr. Erdiç TUTAR'a, kaynak seçiminde bana yol göstererek yardımcı olan Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. İktisat Bölümü Öğretim üyelerinden Prof. Dr. Mehmet TOKAT'a, çalışmanın veri elde etme aşamalarındaki yardımları için Arş. Gör. Dilek Başar'a ve tezimin düzeltmelerinde engin düşünceleri ile katkıda bulunan Doç. Dr. Güven DELİCE'ye teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca, çalışmanın yürütülmesi aşamalarında gereken ilgi ve kolaylığı gösteren T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Planlama Uzman Yardımcısı Harun Güngör'e, Aysel Binler'e ve Sağlık Bakanlığı RSHM Müdürlüğü Yönetimine, özellikle tezin yazım aşamasında ve en umutsuz anlarımda güler yüzüyle bana tekrar çalışma azmi sağlayan aileme ne kadar teşekkür etsem azdır.

Haziran 2008
Emine KILIÇ

İÇİNDEKİLER

TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİNE GENEL BİR BAKIŞ

1.1. SAĞLIK HİZMETİ-EKONOMİ İLİŞKİSİ.....	3
1.2. SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMI VE KAPSAMI.....	7
1.2.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı	7
1.2.2. Sağlık Ekonomisinin Önemi	9
1.2.3. Sağlık Ekonomisinin Özellikleri	13
1.3. SAĞLIK EKONOMİSİNİN İŞLEYİŞ SİSTEMİ	17
1.3.1. Sağlık Ekonomisinin Talep Yönü	17
1.3.2. Sağlık Ekonomisinin Arz Yönü	20
1.3.3. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Arz Ve Talep Dengesi	22
1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMAÇLARI.....	25
1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	27
1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	27
1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	31
1.5.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	32
1.6. BİLİMDEKİ GELİŞMENİN SAĞLIK HİZMETLERİNE YANSIMASI.....	34
1.6.1. Mistik Anlayış Dönemi.....	34
1.6.2. Çağdaş Anlayış Dönemi	35
1.6.3. Etiyolojik Tedavi Anlayış Dönemi.....	36

İKİNCİ BÖLÜM
TÜRKİYE’NİN SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ EKONOMİK GELİŞMİŞLİK
DÜZEYİ

2.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GELİŞİMİ VE SAĞLIK POLİTİKALARI.....	38
2.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem.....	39
2.1.2. Cumhuriyet Sonrası Dönem.....	40
2.1.2.1. 1920-1938 Dönemi	41
2.1.2.2. 1938- 1960 Dönemi	42
2.1.2.3. 1961-1980 Dönemi	44
2.1.2.4. 1980’den – Günümüze	45
2.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GELİŞMİŞLİK DÜZEYİ VE SORUNLARI	53
2.2.1. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Gelişmişlik Düzeyi.....	53
2.2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Temel Sorunları.....	56
2.3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DURUMU “SWOT ANALİZİ”	59
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA DEVLETİN GELENEKSEL VE DEĞİŞEN ROLÜ	67
2.5. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN ÖRGÜTLENMESİ	70
2.5.1. Sağlık Bakanlığı	73
2.5.2. Tıp Fakülteleri	75
2.5.3. Sosyal Sigortalar Kurumu.....	76
2.5.4. Emekli Sandığı	78
2.5.5. Bağ-Kur	79
2.5.6. Özel Sektör.....	80
2.6. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI.....	81
2.7. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI	84

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
TÜRKİYE’NİN SAĞLIK HARCAMALARININ AVRUPA BİRLİĞİ’NE ÜYE
ÜLKELERLE KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ: DURUM TESPİT
ÇALIŞMASI

3.1. AVRUPA BİRLİĞİ’NDE SAĞLIK POLİTİKASININ İLKELERİ.....	88
3.1.1. Felsefi İlkeler	91

3.1.2. Sağlık Bakım İlkeleri.....	92
3.1.3. Ortak Programlar.....	94
3.2. TÜRKİYE VE AB ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE TOPLUMUN SAĞLIK DÜZEYİNİN KIYASLANMASI.....	97
3.2.1. Türkiye Ve AB Ülkelerinde Sağlık Hizmetlerinin Düzeyi.....	97
3.3. TÜRKİYE SAĞLIK HARCAMALARININ AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI	101
3.3.1. Araştırma Konusunun Önemi	101
3.3.2. Veri Toplama Ve Analiz Yöntemi	102
3.3.3. Araştırmanın Kapsamı.....	103
3.3.4. Araştırmanın Bulguları.....	104
3.3.4.1. Avrupa Birliği Ülkelerinin Genel Durumu	104
3.3.4.2. Türkiye ve İngiltere Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması..	107
3.3.4.3. Türkiye ve Almanya Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.	112
3.3.4.4. Türkiye ve Fransa Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması	116
3.3.4.5. Türkiye ve İtalya Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.....	120
3.3.4.6. Türkiye ve Hollanda Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.	124
3.3.4.7. Türkiye ve Finlandiya Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.....	128
3.3.4.8. Türkiye ve Çek Cumhuriyeti Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.....	132
3.3.4.9. Türkiye ve İsveç Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.....	135
3.3.4.10. Türkiye ve Portekiz Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması..	139
3.3.4.11. Türkiye ve Avusturya Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması	142
SONUÇ.....	147
KAYNAKLAR.....	154
ÖZGEÇMİŞ	164

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1-1: Seçilmiş Ülkelerde Kişi Başına Koruyucu Sağlık Hizmetleri (ABD Doları).....	30
Tablo 2-1: Türkiye Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre GSYİH (%) İçerisindeki Payı	55
Tablo 2-2: Türkiye’de İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar.....	72
Tablo 2-3: Türkiye’nin Yıllara Göre Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri 1999-2006 (Bin YTL).....	86
Tablo 3-1: Bazı Avrupa Birliği Ülkelerinde ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları	105
Tablo 3-2: İngiltere Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri	108
Tablo 3-3: Türkiye’nin ve İngiltere’nin Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	109
Tablo 3-4: Türkiye’nin ve İngiltere’nin Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	110
Tablo 3-5: Türkiye’nin ve İngiltere’nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)	111
Tablo 3-6: Almanya Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri.....	113
Tablo 3-7: Türkiye’nin ve Almanya’nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	114
Tablo 3-8: Türkiye’nin ve Almanya’nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	115
Tablo 3-9: Türkiye’nin ve Almanya’nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)	116
Tablo 3-10: Fransa Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri.....	117
Tablo 3-11: Türkiye’nin ve Fransa’nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	118

Tablo 3-12: Türkiye'nin ve Fransa'nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	119
Tablo 3-13: Türkiye'nin ve Fransa'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)	119
Tablo 3-14: İtalya Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri	121
Tablo 3-15: Türkiye'nin ve İtalya'nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)	122
Tablo 3-16: Türkiye'nin ve İtalya'nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	123
Tablo 3-17: Türkiye'nin ve İtalya'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)	123
Tablo 3-18: Hollanda Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri	125
Tablo 3-19: Türkiye'nin ve Hollanda'nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)	126
Tablo 3-20: Türkiye'nin ve Hollanda'nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	127
Tablo 3-21: Türkiye'nin ve Hollanda'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)	128
Tablo 3-22: Finlandiya Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri.....	129
Tablo 3-23: Türkiye'nin ve Finlandiya'nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)	130
Tablo 3-24: Türkiye'nin ve Finlandiya'nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	131
Tablo 3-25: Türkiye'nin ve Finlandiya'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	132
Tablo 3-26: Türkiye'nin ve Çek Cumhuriyeti'nin Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)	133

Tablo 3-27: Türkiye'nin ve Çek Cumhuriyeti'nin Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	134
Tablo 3-28: Türkiye'nin ve Çek Cumhuriyeti'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	134
Tablo 3-29: İsveç Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri	136
Tablo 3-30: Türkiye'nin ve İsveç'in Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)	137
Tablo 3-31: Türkiye'nin ve İsveç'in Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	138
Tablo 3-32: Türkiye'nin ve İsveç'in Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)	138
Tablo 3-33: Portekiz Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri	140
Tablo 3-34: Türkiye'nin ve Portekiz'in Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)	141
Tablo 3-35: Türkiye'nin ve Portekiz'in Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	141
Tablo 3-36: Türkiye'nin ve Portekiz'in Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)	142
Tablo 3-37: Avusturya Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri	143
Tablo 3-38: Türkiye'nin ve Avusturya'nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	144
Tablo 3-39: Türkiye'nin ve Avusturya'nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005).....	145
Tablo 3-40: Türkiye'nin ve Avusturya'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)	145

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1-1: Sağlık Ekonomisinin Sihirli Kutusu.....	5
Şekil 1-2: Sağlık Hizmetlerinde Etkin Hizmet Düzeyi	6
Şekil 2-1: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması.....	75

GİRİŞ

Sağlık harcamalarının sürekli ve hızlı bir şekilde artması sonucu ortaya çıkan sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin sağlık konusuna uygulanan bir disiplin dalıdır. Diğer bir deyişle, ekonomi bilimi ile sağlık biliminin kesişme noktasında bulunan bir alan olmaktadır.

Toplumun sağlık sorunlarının çözümünün ön koşulu, herkese “yeterli ölçü ve kalitede” sağlık hizmeti sunabilmek ve bunu herkes için ulaşılabilir kılmaktır. Dolayısıyla, toplumun sağlık sorunlarını en iyi şekilde çözebilmenin, izlenilmesi gereken öncelikli politikalardan birisi olmasının bilincinde olan ülkeler, toplumun ihtiyacını en iyi şekilde karşılamak üzere yeterli sağlık hizmeti üretmek ve bunu en iyi şekilde (herkese adil olarak) sunabilmek için önlemler almışlar ve uygulamaya sokmuşlardır.

Gelişmiş toplumlarda sağlık büyük bir zenginlik olarak kabul edilmekte ve sağlığın korunmasına gereken önem verilmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik reform paketi içinde ise sosyal sağlık güvencesinin tüm vatandaşlara yaygınlaştırılması da yer almaktadır.

Bu çalışmayla sağlık ile ekonomi arasındaki ilişkinin değerlendirilerek sağlık harcamalarının ekonomi üzerine etkilerinin belirlenmesi ve Türkiye’nin gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının seçilmiş bazı Avrupa Birliği Ülkeleri ile kıyaslanması ve konuyla ilgili önerilerin sunulması amaçlanmaktadır.

Araştırmaya ilişkin verilerin elde edilmesinde, konunun niteliklerine uygun olarak kütüphanelerden kitaplar, dergiler, araştırmalar, makaleler, gerekli görüldüğü takdirde birincil kaynaklardan yararlanılmıştır. Ayrıca kamu-özel kurum ve kuruluşlar ziyaret edilerek gerekli dokümanlar, kitaplar incelemeye tabi tutulmuştur. Çalışmanın uygulamaya yönelik kısmında ise, OECD sağlık verileri ışığında Türkiye ve Avrupa Birliği’ne üye 10 ülke ile keşifsel araştırma yöntemiyle analiz edilerek ekonomik anlamda değerlendirilmeye çalışılacaktır.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. **Birinci bölümde**, sağlık ekonomisine genel bir bakış açısıyla, sağlık ekonomisinin tanımı, önemi, özellikleri ve sağlık hizmetleri

kavramı açıklanarak sağlık ekonomisi hakkında bilgi verilecektir. Bu bölümde ayrıca sağlık ile ekonomi arasındaki ilişki ortaya konulacaktır.

İkinci bölümde, Türkiye’de sağlık politikalarının tarihi gelişimi, sağlık hizmetleri alanında devletin geleneksel ve değişen rolü incelenmektedir. Ayrıca, bu bölümde Türkiye’nin mevcut sağlık düzeyi ve sağlık sorunları ele alınarak Türkiye’de sağlık hizmetlerinin durumu “Swot Analizi” ile güçlü ve zayıf yönlerini, ayrıca dış çevredeki fırsat ve tehditleri bu bölümde tartışılacaktır.

Üçüncü bölümde, Avrupa Birliği’nin sağlık politikalarına, Türkiye ve Avrupa Birliği ülkelerinde sağlık hizmetleri ve toplumun sağlık düzeyinin kıyaslanmasına yer verilecektir. Çalışmada aynı zamanda 1995-2005 yılları arasında, toplam sağlık harcaması, toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ve kişi başına düşen toplam sağlık harcaması göstergeleri kullanılarak, Türkiye’de sağlık sektörünün seçilmiş bazı Avrupa Birliği Ülkeleri ile sağlık sektörünün karşılaştırılması yapılacaktır. Bu çerçevede, Türkiye’nin temel sağlık göstergelerindeki değişimler bazı Avrupa Birliği Ülkeleri ile birlikte değerlendirilecektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİNE GENEL BİR BAKIŞ

Cumhuriyet; fıkren, ilmen, bedenlen kuvvetli ve yüksek seviyeli muhafızlar ister.

M. Kemal ATATÜRK

Sağlık hakkı veya sağlıklı yaşama hakkı, insanların temel haklarından birisidir. Bu hakkın bireylere eşitlik ve etkinlik sınırları içinde sunulabilmesi için, kıt kaynakların en iyi şekilde kullanılarak sağlık alanında en etkin üretim düzeyinin elde edilmesi sağlık ekonomisinin temel amacıdır. Bu bölümde, sağlık hizmeti ekonomi ilişkisi, sağlık ekonomisi kavramı ve kapsamı üzerinde durulacaktır. Ayrıca sağlık ekonomisinin işleyiş sistemi, sağlık hizmetlerinin amaçları, sınıflandırılması ve bilimdeki gelişmenin sağlık hizmetlerine yansması hakkında bilgi verilecektir.

1.1. SAĞLIK HİZMETİ-EKONOMİ İLİŞKİSİ

Sağlık harcamalarının sürekli ve hızlı bir şekilde artması sonucu ortaya çıkan sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin sağlık konusuna uygulanan bir disiplin dalıdır. Diğer bir deyişle, ekonomi bilimi ile sağlık biliminin kesişme noktasında bulunan bir alan olmaktadır.

İnsanların yaşamak ve yaşamlarını devam ettirmek için bazı ihtiyaçları vardır. Bu ihtiyaçları karşılayabilmek için mal ve hizmet tüketimi yaparlar. Ekonomi bilimi, insanların ne kadar çok mal ve hizmet tüketirlerse, kendilerini o kadar mutlu hissedeceklerini varsayar. Ekonomi, insanların sınırsız tüketim isteklerini sınırlı (kıt) kaynaklarla en iyi nasıl tatmin edileceğini inceleyen bir sosyal bilim dalıdır (Ertek, 2004:1).

Ekonomi, k t kaynaklarla sonsuz olan ihtiyaçları karşılamak için bireylerin ya da toplumun mal ve hizmetlere yönelik seçimlerini, bunların üretimini, dağıtımını ve tüketimini inceleyen ve tatmin düzeyini optimuma eri tirme yollarını arayan bir bilimdir. Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da kaynaklar sonsuz değildir.  lkeler sağlık politikalarını belirlerken kaynaklarının k t olmasından dolayı, sağlık koşullarını geliştirici her istenilen faaliyeti ger ekle tirezemezler. Bu sebeple ekonominin temel kavramlarından yararlanmak zorundadırlar. Dolayısı ile toplumsal fırsat maliyeti, birim ve toplam maliyet gibi kavramalarla, kaynakların etkin kullanımına ve üretim kapasitesinin arttırılmasına çalışılmaktadır (Tokala , 2006:10).

Bir sağlık sisteminde ideal durum, maliyet dikkate alınmaksızın mümkün olan en yüksek standartta sağlık hizmeti sunulmasıdır. Ancak bu hizmetlerin sunulmasında maliyetlerin göz ardı edilmesi mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinin faydaları yanında maliyetlerini de dikkate alan bir etkinlik tanımını elde etmeye çalışmaktadır (Aslan, 1998:275).

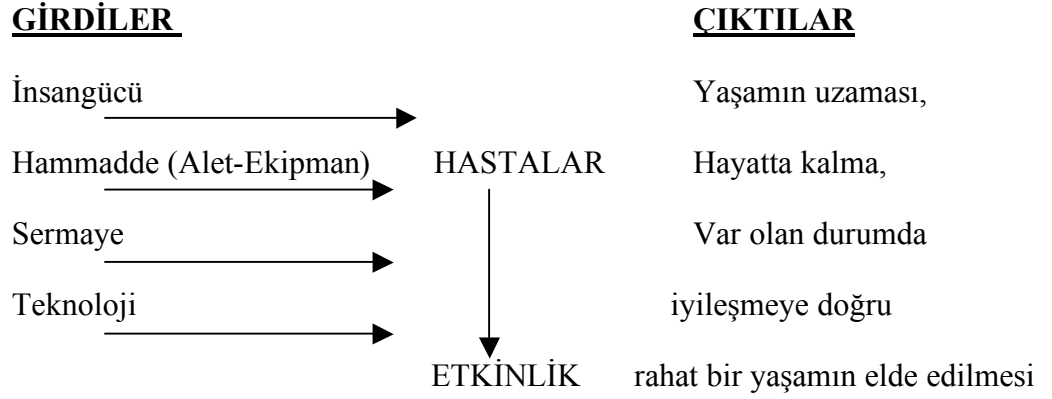
Ekonomi bilimi, sınırlı kaynaklarla sınırsız gereksinmelerini karşılama sorunu ile karşı karşıya olan bir kişinin ya da toplumun, tatmin düzeyini en y kse e eri tirmesinin yollarını aramaktadır (Dinler, 2005:7).

Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişki, ekonomik sistemin sağlık hizmetlerine kaynak tahsisi sürecinde ortaya çıkmaktadır. Bir ekonomik sistemden istenilenler şunlardır (Balsak, 2004:31):

- Sağlık bakımına optimum miktarda kaynak tahsis edilmesi,
- Bu kaynakların en uygun şekilde bir araya getirilmesi,
- Sağlık hizmetinin toplum fertlerine en uygun şekilde dağılımının yapılması,
- Mevcut sağlık hizmeti faaliyetleri ile gelecekteki sağlık hizmetleri için yapılacak yatırımlar (araştırma, eğitim vb.) arasında kaynakların en uygun dağılımının sağlanmasıdır.

Sağlık ekonomisinin sihirli kutusu Şekil 1-1’de gösterilmektedir. Şekilde; sağlık ekonomisinin süreçleri, girdiler ve çıktılar kullanılarak şematize edilmiştir.

Şekil 1-1: Sağlık Ekonomisinin Sihirli Kutusu



Kaynak: Tokalaş, 2006:12.

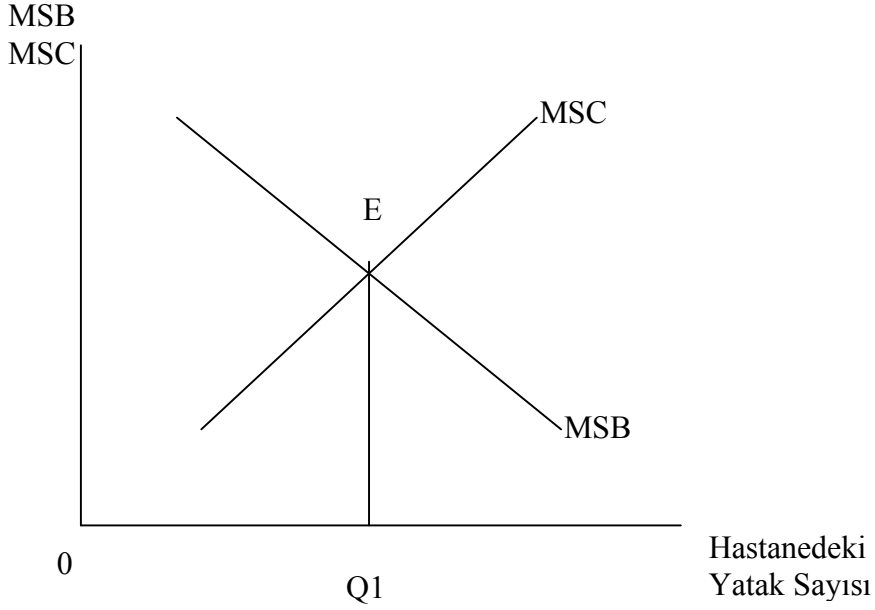
Sağlık hizmetlerinin temel girdileri, insan kaynakları, sermaye, teknoloji, hammadde yani alet ve ekipmanlardır. Sağlık sisteminin çıktıları ise, yaşam süresinin uzatılması, hayatta kalma, hastalıkların tedavisi ve bu konudaki gelişmelerdir (WHO, 2000:19).

Sağlık hizmetlerinin varlığı ve kullanılması sağlığın korunması ve geliştirilmesi sürecinde gereken girdilerden sadece bir tanesidir (Tokalaş, 2006:12-13). Ülkelerin ekonomik göstergelerine paralel olarak, beslenme, barınma, eğitim, gelir seviyesi, yaşam tarzı, çalışma koşullarındaki iyileşmeler, yeni sağlık teknolojilerinin kullanılması gibi faktörler de sağlık hizmetlerinin girdileri arasında yer almaktadır.

Sağlık sistemi ise, amacı doğrudan sağlığı geliştirmek olan her türlü hizmeti bünyesinde barındıran girdi, süreç, çıktı ve sonuç (etki) unsurlarından oluşan bir bütündür (Yıldırım ve Tarcan, 2000:2).

Sağlık hizmetlerinde etkin hizmet düzeyi Şekil 1-2’de gösterilmektedir. Şeklin yatay ekseninde hastane yatak sayısı, dikey ekseninde ise marjinal sosyal fayda ve maliyet ölçülmektedir.

Şekil 1-2: Sağlık Hizmetlerinde Etkin Hizmet Düzeyi



Kaynak: Aslan, 1998:276.

Yatak sayısına paralel olarak marjinal maliyet yükselirken marjinal fayda azalmaktadır. Başlangıçta her ilave 1000 yatağın marjinal faydası marjinal maliyetten büyüktür ($MSB > MSC$). Bu eşitsizlik, yatak sayısının artırılmasının toplam sosyal faydayı arttıracaklarını ifade eder. Bu durum Q1 yatak sayısı kadar devam etmektedir. Q1 noktasında kesişen MSC ve MSB eğrileri, 1000 yatağın marjinal sosyal faydasının marjinal sosyal maliyetine eşit olduğunu ifade eder. Q1 sağında ise $MSC > MSB$ olmaktadır. Yani yatak sayısı optimalin üzerindedir.

Sağlık sistemlerinin temel amacı, verilen hizmetler aracılığı ile bireyin ya da toplumun sağlığında olumlu gelişme sağlamaktır. Sağlığı iyileştirici bir faaliyetin yapılmaya değer olup olmadığının kararı verilirken, bu müdahale sonrası elde edilecek sağlık getirisini elde etmek için harcanacak kaynaklarla bir başka alternatifin gerçekleştirilmesi halinde sağlanacak getiriler arasında kıyaslama yapılması gerekir. Eğer getiri diğerinden fazla ise, ilk planlanan faaliyet yapılmaya değerdir. Burada fırsat maliyeti kavramı karşımıza çıkmaktadır. Kaynakların kısıtlı olduğu durumlarda, fırsat maliyeti kavramı elde edilen bir ürün ya da hizmet miktarını, bu seçim sonucunda sağlanamayan diğer bir ürün ve hizmetlerin cinsinden hesaplamayı önerir (Çilingiroğlu, 2001:15).

Sağlık ekonomisi, sağlık ve ekonomi biliminin kesişim kümesidir. Sağlık kavramı vücudun fonksiyonlarını geliştirmek, onarmak ve korumak için çalışırken, ekonomide tüm bu faaliyetleri gerçekleştirmek için gerekli olan kaynakları sağlamaktadır.

1.2. SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMI VE KAPSAMI

Sağlık, birey ve toplum için taşıdığı önem nedeniyle öncelikli olarak sunulması gereken bir hizmet türü olmaktadır. Bu nedenle sağlık ekonomisinin kavramına, sağlık ekonomisinin önemine ve sağlık ekonomisinin özellikleri üzerinde durulacaktır.

1.2.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin oldukça genç bir alt dalıdır. Esas olarak 1960’larda ilgi çekmeye başladığı söylenebilir. 1970’lerde ise bu ilginin yaygınlaştığı ve sağlık ekonomisinin öneminin giderek arttığıdır.

Sağlık konusunda farklı tanımlar yapılabilmektedir. Aslında sağlık kavramının ne olduğu konusunda herkes bir fikir sahibidir. Ancak sağlık tanımlanmadan önce vurgulanması gereken bir diğer nokta da mükemmel sağlık ve optimum sağlık kavramlarının ayrılmasıdır. Bu ayrım şu örnekle açıklanabilir. Örneğin soğuk kavramı sıcaklığın yokluğu olarak, sağlık kavramı ise hastalık ve rahatsızlığın olmadığı bir durum olarak tanımlanabilir. En iyi ve mutlak soğuk sıfır derecede var olmakta iken, mükemmel sağlığın elde edilmesi güçtür. Mutlak sağlık kavramı yerine, bireylerin rahat, ağrısız ve kaliteli hayat sürmelerini amaç edinen optimum sağlık kavramı daha kolay uygulanabilir bir kavram olarak değerlendirilmektedir (Mutlu ve Işık, 2005:8).

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası’na göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir ve ulaşılabilir en yüksek standarttaki sağlık seviyesine ulaşmak, ırk, siyasi görüş, ekonomik ve sosyal konumu ne olursa olsun tüm bireylerin temel hakkıdır (Sağlık Bakanlığı, 2007a:1; Fişek, 1985:1).

Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir. Sağlığın fiziksel ve ruhsal yönlerinin tıp ve sağlık bilimleri tarafından iyi kötü bilindiğini, ancak “tam iyilik halini” bilinen ölçeklerle tanımlamanın mümkün olmadığını, özellikle “sosyal yönden tam iyilik hali” kavramının açıklanamayacağını savunmaktadır (Fidaner, 2004:2).

İnsanlara göre sağlık, genellikle hastalığın olmayışı olarak tanımlanır. Sağlıklı olmanın yansıra onun sürdürülebilir kılınması da son derece önemlidir. Sağlıklı bir toplumdan bahsedebilmek için, ekonomik ve sosyolojik çevreler mutlak suretle ilişki içerisinde olmalıdır.

Sağlık ekonomisi; teknolojinin gelişmesi, gelişmelerin sağlığa yansıması, tanı ve tedavi olanaklarının artması, ortalama yaşam süresinin uzaması, nüfus artışı, sağlık hizmetleri giderlerinin artması, maliyetin tartışılmaya başlanması, sağlığa ayrılan payın artması, sağlık bütçesine ayrılan payı giderek sınırlama eğilimleri, kronik kaynak sıkıntısı şeklinde olmaktadır (Tutar ve Kılınç, 2007:33-34).

Tokat (2006:4)'a göre sağlık ekonomisi, "Sağlık sektörüne ayrılan kaynaklarını en iyi şekilde (en ekonomik, etkili, verimli, rasyonel) kullanarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi bölüştürmek" şeklinde tanımlanabilir.

Fidan (2004:13)'a göre sağlık ekonomisi, eldeki kaynaklar ile elde edilmesi olası en fazla sağlık getirisinin sağlanması yönünde yapılması gereken seçimlere yol göstermeyi amaçlar. Ekonomik değerlendirme yöntemleri, farklı sağlık program ve teknolojilerini maliyet-etkinlik açısından değerlendirip, var olan alternatifleri ile karşılaştırarak, toplum için optimal sağlık getirisini sağlamayı hedeflemektedir.

Sağlığın karşıtı olarak hastalık, bilinen veya henüz bilinmeyen etkenlerle oluşan, başlangıcı, gelişmesi, süresi ve sonlanması kendi kendine özgü bir olaydır.

Sağlık hizmetleri ise, bireylerin ve toplumun hastalık ve sakatlıktan korunarak, bireylerin bedeni, ruhi ve sosyal bakımdan dengeli bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için yapılan hizmetler şeklinde tanımlamak mümkündür (Poyraz, 1990:6).

Sağlık hizmeti sağlık düzeyini belirleyen değişkenlerden yalnızca bir tanesidir. Sağlık düzeyini belirleyen değişkenler arasında kalıtımın, beslenme alışkanlıklarının, konut ve işyeri koşullarının, sigara, alkol veya uyuşturucu bağımlılığının, temiz ya da kirli çevrenin, egzersizin, eğitim düzeyinin vb. rolü olduğunu bilinmektedir. Beslenmenin ya da konut koşullarının da ekonomik verilerle bir ilişkisi olduğu da açıktır. Sağlık

ekonomisi bu gibi ilişkileri de kapsamakla birlikte, birincil alanı sağlık hizmetleridir (Şenatalar, 2003:25).

Sağlık hizmetlerinin amacı, insanların sağlıklı ömrünü uzatmaktır. Ancak üretimin bu amacının sağlık hizmetleri programları arasında tercihlere esas olarak kullanılabilmesi için daha keskin bir biçimde (bir fayda fonksiyonunda) belirlenmesi gerekmektedir (Karaibiş, 1990:9). Sağlık hizmetlerinin iktisadi açıdan amacı işgücünü korumak, geliştirmek ve iş verimini artırmaktır.

Sosyo-ekonomik kalkınma sağlık alanını da kapsadığından sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve yaygınlaşması sosyo-ekonomik kalkınmanın bir parçası olmaktadır. Sağlık ekonomisinin üretim faktörleri ise, sağlıkta işgücü, sağlıkta sermaye, sağlıkta toprak ve girişim olmak üzere dört kategoriye ayrılmaktadır. Sağlıkta işgücü; hekim, diş hekimi, hemşire, eczacı, diğer sağlık personeli, idari personeli oluşturmaktadır. Sağlıkta sermaye; tıbbi cihazlar, ilaçlar, tıbbi sarf malzemeleri, diğer sarf malzemelerdir. Sağlıkta toprak; bina amortismanları, sabit yatırım amortismanlarını ve sağlıkta girişimi oluşturmaktadır (Tokat, 2006:5-8).

Sağlıkta herkes için eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını en aza indirmek amacıyla, eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, eşit ihtiyaç için eşit kullanım, eşit kalitede hizmet sağlamaktır. Sağlık, hem ulaşılması istenen bir hedef hem de gelişmenin önemli bir sonucudur. Sağlık ekonomisi, ekonomi disiplininin sağlık üzerine uygulanmasıdır.

1.2.2. Sağlık Ekonomisinin Önemi

Son elli yılda sürekli büyüme trendi içinde olan sağlık sektörü, gelişme potansiyeli geniş bir sektördür, ekonominin her alanında olduğu gibi sağlık sektöründe de kıt kaynakların etkin bir şekilde kullanılması önem taşımaktadır (Mutlu ve Işık, 2005:1).

Sağlık, yaşamın bir göstergesi, onun başarısının bir ölçüsüdür. Sağlık, günlük hayatın kaynağıdır. Sağlıklı olmak, temel bir ihtiyaçtır ve onsuz diğer mal ve hizmetlerin anlamı yoktur (Sophia, 2002:4). Her canlı hastalandığında içgüdüsel veya bilinçli olarak acısını dindirmeye, diğer bir deyimle hastalığını tedavi etmeye çalışır. İnsan daha doğmadan sağlık hizmetine gereksinim duymakta ve bu ihtiyacını yaşamı boyunca devam ettirmektedir. Sağlığın önemi, yaşamın anlamı ile örtüşmektedir (Zorlu, 1996:6).

Canlılar âleminin temel içgüdüğü sağlığını korumak ve neslini sürdürmektir. Beslenme, çiftleşme, tehlikeden kaçınma, acı dindirme gibi, diğer birçok içgüdü ve davranışın da asıl kaynağı bu içgüdüdür (Akdur, 2006:9). En basit canlılar olan, bitkilerin birçoğunun güneşten gelen enerjiden iyi bir biçimde yararlanabilmek için, yaprak ve çiçeklerini sürekli olarak güneşe doğru döndürdüğü ve gün boyunca onun hareketlerini izlediği bilinmektedir.

Sağlığı koruma ve nesli sürdürmeye yönelik davranışlar, canlıların var oluşundan günümüze dek süregelmiştir. Ancak, hayvanlarda bir içgüdü düzeyinde kalan bu davranışlar, insanlarda zamana koşut olarak, gelişmiş istemli, bilinçli ve toplumsal davranışlar şekline dönüşmüştür (Akdur vd., 1998:6). Buradan hareketle, günümüzdeki anlamda olmasa bile, sağlık hizmetlerinin insanlıkla birlikte var olageldiği, ilk insanın ilk hekim ve eczacı, sağlık hizmetleri tarihinin ise insanlık tarihi ile yaşıt olduğu söylenebilir.

Günümüzde sağlığın tüm bireyler ve dolayısı ile toplum için büyük ölçüde önem ve anlam taşıdığı göz ardı edilmeyecek bir gerçektir. Ancak, bu önem ve anlamlılığın oluşturduğu pozitif bir değer olarak sağlık, genellikle tehlike altında olduğu ya da yitirildiği zaman ön plana çıkmaktadır. Oysa bir varlığın değer olarak ele alınabilmesi için benzer seçenekler arasında, kendi özelliği gereği, doğrudan öncelik taşıması ya da bu önceliğin ona verilmesi gerekir. Bununla birlikte bir kısım insanlar sağlığa hiç öncelik vermezken bazıları değer vermelerine karşın sağlığı elde edememektedirler. Ayrıca sağlık kendi özelliği gereği değil, bir takım diğer değerlere ulaşmak için gerekli olan bir ara değer olarak ele alınmaktadır (Tabak, 2000:9).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ekonomi biliminin işlevleri çeşitli aşamalarda ortaya çıkabilir. Örneğin sağlık hizmetlerinden toplumun ne ölçüde yararlandığı, mevcut hizmetlerin ne oranlarda kullanıldığı, hizmetlerin maliyetleri, kaynakların dağılımı, sağlık hizmetlerinin ekonomik ve sosyal kalkınmaya olan katkıları ve bu hizmetlerin gereğince yerine getirilmesini etkileyen faktörler (sosyal, ekonomik, politik ve demografik), hizmet sunucusu ve tüketici yönünden inceleme konusu olmaktadır (Poyraz, 1990:7).

Sağlık, sosyo-ekonomik etmenleri etkilediği gibi, kendisinde sosyo-ekonomik etmenler tarafından etkilenir. Bunlar, hayat standardı ve özellikle beslenme, eğitim, nüfus artışıdır. Yani sağlık bütün toplum için en önemli konudur (Karaibiş, 1990:13).

Sağlıklı olmak insan için en önemli olgu olmasına rağmen, insanlar çoğunlukla sağlıklarının değerini onu kaybedince anlamaktadır. Sağlıklarına gereken önemi göstermedikleri için onu kaybettikten sonra tekrar kazanmaya çalışırken bütçelerinde önemli ölçüde sarsıntı olmaktadır. Eğer ki sosyal güvenlik şemsiyesi altında bulunmuyorlarsa bu sarsıntı daha da şiddetli olmaktadır.

Sağlık ekonomisinin konusu öncelikle sağlık hizmetlerinin ekonomik analizi, bir başka deyişle sağlık hizmetleri sektörünün ekonomik analizidir. Bu sektöre bakışımız iki farklı yaklaşıma dayanabilir (Şenatalar, 2003:25): Birincisi pozitif yaklaşımdır. Bu yaklaşım anlamaya, aydınlatmaya yöneliktir, neden-sonuç ilişkilerini araştırır. Değer yargılarından olabildiğince bağımsızdır. İkincisi ise normatif yaklaşımdır, değer yargılarına, hakkaniyet anlayışına, politik bakışa bağlıdır, tercih ortaya koyar.

Sağlık politikasını belirlerken her iki yaklaşımdan yararlanılacağı açıktır. Sağlık ekonomisi pozitif yaklaşıma dayanır. Öncelikle şu gibi sorulara yanıt arar: Bir toplumda sağlık hizmetlerine ne kadar kaynak ayrılıyor ve neden? Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar farklı sağlık hizmetleri arasında nasıl dağılıyor ve neden? Sağlık hizmetlerinden kimler yararlanıyor? Sağlık hizmetleri nasıl üretiliyor? Sağlık hizmetleri nasıl finanse ediliyor? (Maliyet nasıl karşılanıyor?) Sağlık hizmetlerinin üretiminde kaynaklar etkin kullanılıyor mu? Etkinlik nedir ve nasıl ölçülür? Sağlık harcamalarının ve sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık düzeyine etkisi nedir? Öncelikler nasıl belirleniyor? Pozitif yaklaşımla yukarıdaki sorulara bulacağımız yanıtlardan yararlanarak sosyal, politik, kültürel normlarımıza, değerlerimize uygun düşen tercihlere ulaşabiliriz. Sağlık politikasının belirlenişi hem pozitif, hem normatif yaklaşıma dayanacaktır. Ancak, burada pozitif yaklaşımın rolü önceliklidir, çünkü neden-sonuç ilişkilerinin ve değerlendirme ölçütlerinin yeterince aydınlatılmadığı durumlarda normatif yaklaşımın temelsiz kalması, hatta öngördüğü hedeflerle çelişen öneriler getirmesi kaçınılmazdır (Şenatalar, 2003:25).

Bir toplumdaki sağlık düzeyini yansıtan en önemli ölçütler, o toplumdaki bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, ortalama yaşam süresi, beklenen yaşam süresi, hastalık oranları,

sağlık kuruluşlarının sayısı, temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, hastalıkları tedavi etme usulleri, sağlık sigortaları, sağlık harcamaları ve sağlık politikalarıdır (Balsak, 2004:9).

Bir ülkenin sağlık ekonomisini, genel ekonomisinden ayrı düşünmek doğru olmamakla birlikte, bu hizmet alanının kendisine özgü bazı karakteristik özellikleri vardır. Örneğin sağlığın bozulması ekonomiyi olumsuz etkilemektedir. Çünkü üretimin vazgeçilmez unsuru olan emek faktörünün elde edilebilirliği azalmaktadır. Sağlığı bozulan kişi tedavi edilmezse sakat kalıp iş göremez duruma gelir veya ölebilir. Her iki durumda da ülke ekonomisi zarar görür. Salt üretim faktörü olarak değerlendirildiğinde, gerekli üretim yapmadan erkenden ölen insan, ekonomik ömrünü tamamlamadan yok olan üretim faktörüdür (Zorlu, 1996:4).

Hızlı teknolojik gelişim ve değişim çeşitlenerek artan toplumsal sağlık hizmeti talebi kısıt olan ulusal kaynaklar üzerindeki baskıyı daha da artırmıştır. Bu durum, diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlıkta da var olan kaynaklardan en yüksek faydayı tüm toplum lehine elde etmek dışında bir alternatif bulunmadığını açıkça ortaya koymaktadır.

Sağlık ekonomisinin gelişiminde önemli rol oynayan unsurların başında sağlık sektörünün giderek daha fazla kaynak kullanılan bir sektör olması gelmektedir. Bu olgunun değişik nedenleri vardır. Bunlar başlıca şöyle sıralanabilir (www.bilgiyoneti.org):

- Sağlık bilincinin yükselmesine bağlı olarak sağlık hizmeti talebinin artması,
- Ortalama yaşam süresinin uzaması sonucu toplumların yaşlanması,
- Tıp ve sağlık bilimleri alanında kullanılan teknolojinin gelişmesi ve giderek daha pahalılaşması,
- Bulaşıcı hastalıkların azalması, yerine uzun seyirli kronik hastalıkların artmasıdır.

Bu nedenlerin ortaya çıkardığı harcama artışı, sağlık sektöründe kullanılan kaynakların alternatif maliyetlerini yükseltmiştir. Alternatif maliyetlerin yükselmesiyle sağlık alanında kullanılan kaynakların etkin bir şekilde kullanılıp kullanılmadığı sorusunun yanıtı, doğal olarak daha önemli hale gelmiştir.

Sağlık ekonomisi sağlık sektörü ile ilgisi bulunan kişiler ve karar noktasında bulunan politikacılar arasındaki önemi gittikçe artmaktadır. Sağlık faaliyetlerinde, kararların alınma süreci, bu kararların uygulanması ve elde edilen sonuçların değerlendirilmesinde kilit bir rol oynamak suretiyle sağlık ekonomisinin önemini artırmaktadır.

1.2.3. Sağlık Ekonomisinin Özellikleri

Sağlık, insanın en temel hakkıdır. Sağlığın ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayırım gözetilmeksizin doğuştan kazanılan temel bir hak olduğu uluslar arası bir belgede ilk kez 1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün anayasasında yer almıştır (Pala, 2007:3).

Günümüzde sağlığın ve sağlıklı bir topluma sahip olmanın önemi benimsenmiş, sağlığın sosyal olduğu kadar ekonomik bir olay olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinde ihtiyaçların en iyi şekilde karşılanabilmesi için mevcut kaynakların sınırlı olması, sağlık ile ilişkilendirilebilecek konuların, hastane hizmetleri, özel sağlık hizmetleri, hastalıklar ve hastalıkların maliyetleri gibi konuların ekonomik olarak incelenmesini zorunlu kılmıştır (Tokalaş, 2006:13-14).

İnsanoğlu farklı türde mal ve hizmete ihtiyaç duyar. Mal ve hizmetlerin üretiminin temel hedefi de insanoğlunun gereksinimlerinin tatminidir. Her bir mal ve hizmetin temel özelliği incelendiğinde, kendine has temel bir takım özelliklerinin olduğu görülür (Balsak, 2004:18).

Çağdaş insanın yaşamında temel hizmetlerden birisi olan sağlık hizmetinin de diğer mal ve hizmetlerden ayırt edici özellikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetinin en temel özelliği belirsizlik ve öngörülemezliktir. Özellikle kazalarla (iş kazası, trafik kazası, ev kazası, deprem gibi.) ilgili olarak gerekecek hizmetlere kimin ne zaman gereksinim duyacağı önceden öngörülemez. Kuşkusuz bu özellik kazalarla sınırlı değildir. Birçok hastalık için de aynı özellik geçerlidir. Ayrıca sağlık sorunları karşısında başvuru yapılan incelemeler ve tedavide de her zaman bir belirsizlik ve kesin öngörülemezlik söz konusudur. Tedavinin ne kadar süreceği ve başarılı olup olmayacağı kesinlikle bilinemez. Saydığımız özelliklerin kaçınılmaz bir sonucu sağlık hizmetinin yol açacağı maliyetlerin de belirsiz ve öngörülemez oluşudur (Şenatalar, 2003:25).

Sağlık ekonomisinin özellikleri şunlardır (Tokat, 2006:9):

- Sağlık hizmetleri kullanılması zorunlu bir hizmet olduğu için talep esnekliği katıdır. Yani hasta için sağlık hizmetinin kullanılması tıpkı beslenme, giyim, barınma gibi zorunludur.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşır.
- Sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfidir. Yani gıda ve giyim gibi devamlılık göstermez, kimin ne zaman ve hangi hastalığa yakalanacağı önceden kestirilememektedir.
- Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini hekim belirler. Sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın tanısı, şiddeti ve tedavi şekli, tıbbi bilgi ve tıbbi teknolojik imkânlar çerçevesinde hekimler tarafından belirlenir.
- Hasta almış olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesini ve karakterini ölçme yeteneğine sahip değildir. Herhangi bir mal, örneğin bir kilo elma veya bir televizyon göstericisi satın almış olan bir tüketici için bu malların kalitesini ölçme ve yapılan alış verişin ekonomik olup olmadığını değerlendirme şansı vardır. Ancak aynı şans, sağlık hizmeti için mevcut değildir.
- Sağlık hizmetleri çoğu kez kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır.
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Hasta olan kişi, hekim tarafından önerilen sağlık hizmetini almak zorundadır.

Sağlık hizmetleri piyasasını diğer mal ve hizmet piyasalarından ayrılan en önemli özelliklerinden biri de sağlık hizmetlerinin ikamesi edilememesidir. Çünkü diğer mal ve hizmet piyasalarında ikame yapma imkanı vardır. Sağlık hizmetlerinde bir hastaya kalp ameliyatı olması gerekirken daha ucuz olduğu için apandisit ameliyatı yapma imkanı yoktur (Tokalaş, 2006:15).

Sağlık ekonomisinin ayrı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin başında, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri yer almaktadır. Bu özellikler şöyle sıralanabilir (Gümüş, 2005:61):

- Tüketicinin bilgi yetersizliği ve uzmanın gücü,
- Tüketicinin akılcı olmayan davranışları,
- Tıp mesleğinin kuralları,
- Ürün ve kalite belirsizliği,
- Dış etkenlerdir.

Tüketicinin bilgi yetersizliği ve uzmanın gücü: Bir pazarın etkin işleyebilmesi için tüketicinin ürünler ve hizmetler hakkında geniş ve yeterli bilgiye sahip olması gerekir. Fakat sağlık hizmetlerinde tüketiciler satın alacakları hizmet konusunda bilgisizdirler. Sağlık konusu ancak uzun bir eğitim dönemi sonrasında uzmanlık kazanmış hatta sürekli eğitimle yenilikleri izleyip kendilerini geliştirebilen kişilerin bilebileceği karmaşıklığıdır.

Tüketicinin akılcı olmayan davranışları: Genellikle, ürünlerin ve hizmetlerin satın alınmasında, tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendisi için en iyi olanı seçeceği varsayılmıştır. Sağlık hizmetleri uygulamalarında ise, bazı önemli konularda akılcı olmayan davranışlara sıkça rastlanmaktadır. Birçok tüketici hasta olmalarına rağmen tedavi talebinde bulunmamakta, hatta hastalıklarının farkında bile olmamaktadırlar. Bu davranış, pazar mekanizmasının çalışmamasına neden olurken, hastalıkların belirlenmesine yönelik tarama hizmetlerine büyük harcamalar yapmayı zorunlu kılmaktadır (Gümüş, 2005:62).

Sağlık hizmetlerinin ertelenmemesi gereği de sağlık hizmetinin diğer bir özelliğidir. Sağlık hizmetleri çoğu kez ortaya çıktığı anda karşılanmak durumundadır. Özellikle acil olarak, kişiye ağrı ve acı veren ve sağlığını tehlikeye düşüren/düşürecek olan sağlık hizmetinin talebi ertelenemez. Sağlığın ihmali bireyin ölümü ile bile sonuçlanabilir (Aktan ve Işık, 2006:2). Bu nedenle sağlık kavramının önemi tartışılmaz. Sağlığın vazgeçilmez bir servet olması temel özelliğidir (WHO, 1981:19).

Tıp mesleğinin kuralları: Tıp mesleğini yerine getirenler için uyulması zorunlu olan ahlaki ve sosyal standartlar vardır. Sağlık hizmetini önceden alıp denemek ve test etmek olanaksız olduğundan, hizmet veren ve hizmet alan ilişkisi tamamen güven unsuruna bağlıdır. Ancak tıp hizmetini sunanlar üzerinde kontrol süreci hastanın memnun kalmasını sağlayacak davranış biçimini gerektirmektedir. Toplumun kültür ve eğitim düzeyinin artması, sigorta şirketlerinin denetimi, rekabet gibi konular ahlaki sosyal standartların yanında hizmet sektöründeki tüketici doyumunu olumlu yönde etkileyen unsurlardır (Gümüş, 2005:62).

Sağlık hizmetinin kapsam ve boyutunu hizmeti kullanan değil de doktor saptamaktadır. Sağlık malının tüketicisi ekonomik ödeme gücü nedeniyle doktorla verilecek hizmetin boyutunu tartışamaz ve pazarlık edemez. Hastanede yatma süresini ve verilecek ilacın

süresini, dozunu ve içeriğini çoğu kez tek yanlı olarak tıbbi ölçütler içinde doktor kendisi saptamaktadır. Bu durum, sağlık hizmetinin tüketicisinin diğer mal ve hizmet tüketimlerinde olduğu gibi anlamlı bir insiyatifini ortadan kaldırmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin verilen hizmeti deneme şansları da yoktur (Aktan ve Işık, 2006:2).

Ürün ve kalite belirsizliği: Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sonuçta hastanın elde edeceği doyumu önceden belirlemek son derece zordur. Sağlık hizmetlerinde belirsizlik hakimdir. Diğer mal ve hizmet piyasalarında tüketici satın alacağı mal ve hizmetlerin nihai etkisi konusunda geniş tecrübe sahibi olmasına rağmen, sağlık hizmetleri alanında konunun karmaşıklığı nedeniyle, hastalar belirli hastalıkların tedavisi için mevcut alternatif hizmetlerin türleri (nitelik ve nicelik bakımından) konusunda bilgisizlerdir. Tedavinin faydası konusunda da belirsizlik söz konusudur (Giray, 1989:5). Bu belirsizlik, hizmetin getireceği doyumu, etkileyen birçok kontrol edilemeyen faktörün bulunmasına da bağlıdır. Sağlık hizmetini talep edenler, hastalık hakkında çok fazla bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, riski azaltıp yanlıgılarını en aza indirmek için başta hekim olmak üzere sağlık personeline güven duymak zorundadırlar (Gümüş, 2005:62).

Dış etkenler: Salgın hastalıklarda hasta ya da hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, kamu tarafından yerine getirilirken, toplumun her ferdi maliyetlere katılmakta, olumlu sonuçlarından da yararlanmaktadır. Sağlık hizmetlerine şimdilik gerek duymayanlara da ileride hizmet sunabilmek için kapasite artırma çabalarına devam etmek gerekmektedir. Bazı durumlarda, zorlayıcı seçim ile sağlanan fayda, kişinin kendi seçiminden elde edebileceğinden daha fazla olabilmektedir (Gümüş, 2005:63).

Her karmaşık sistem için olduğu gibi toplumlar içinde geçerli olan iki önemli kural vardır (Karaibiş, 1990:12). Birincisi, bütünün (toplumun) parçaları (kişiler) ile uyum içinde olmasıdır. İkincisi, parçaların (kişiler) birbirleriyle uyum içinde olmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin toplumsal refahı artırıcı ve yaygınlaştırıcı etkisinin kolayca görülüp anlaşılması, tüm bireylerde ondan eşit ve yeteri kadar yararlanma özlemi ve tutkusunu geliştirmiştir (Zorlu, 1996:4). Tüketicilerin bu bilinçli ve haklı isteminin yanı

sıra, konunun çözüm bekleyen çağdaş toplumsal sorunların başında gelmesi de sağlık hizmetlerini önemli kılan bir diğer etmendir.

1.3. SAĞLIK EKONOMİSİNİN İŞLEYİŞ SİSTEMİ

Ekonomik sistem, toplumun ihtiyaçlarının nasıl karşılandığını gösteren bir mekanizmadır. Bu piyasa mekanizması şeklinde olabileceği gibi, merkezi plan şeklinde de olabilir. Sağlık ekonomisi sistemi de sağlık hizmetleri arz ve talebinin sağlık piyasasında nasıl ve hangi koşullarda karşılaştığını ve değişimin nasıl gerçekleştiğini ortaya koyan mekanizmadır. Sağlık ekonomisi sistemi, mevcut koşullarda sağlık hizmetlerine olan talebi, bu ihtiyacı karşılamak üzere piyasaya sürülmüş olan çeşitli sağlık hizmetleri üretimini, bu hizmetlerin fiyatlarının oluşumunu ve finansman şeklini ortaya koymaktadır (Tokat, 2008:7).

Sağlık hizmetleri piyasası yapı ve işleyiş yönünden diğer mal ve hizmet piyasalarından büyük çapta farklıdır. “Bu piyasada hastalıklara karşı veya hastalandığında iyileşme amacıyla kişinin kendi eğilimine ve ihtiyacına göre bağımsız olarak mal ve hizmet satın alma özgürlüğü sınırlıdır” (Karaibiş, 1990:28). Kendisi adına bir hekimin karar vermesini sağlamak zorundadır. Hekim kendine göre bilimsel saydığı veriler ışığında, hastanın başvurması gereken sağlık hizmetleri çeşitlerini belirlemektedir. Hekim hasta için yararlı olacak mal ve hizmet çeşitlerini karşılaştırırken maliyet, fiyat, gelir gibi ekonomik öğeleri değil, tıp biliminin olanaklarını ve kullanılabilir araçları dikkate almaktadır.

Sağlık ekonomisinin işleyiş sistemi aşağıda, talep yönü ve arz yönüyle incelenecektir.

1.3.1. Sağlık Ekonomisinin Talep Yönü

Talep denildiğinde, belirli bir malın piyasasında, belirli bir dönemde, öteki faktörler değişmemek kaydıyla, çeşitli fiyatlardan tüketicilerin söz konusu maldan satın almak istedikleri miktarlar kastedilir. Bir ekonomide bütün tüketicilerin belirli bir zaman içinde satın almayı planladıkları mal veya hizmet miktarına talep edilen miktar denir. Talep kanunu, diğer etkenler sabit kalmak üzere (ceteris paribus), talep edilen miktar ile fiyat arasında ters yönlü bir ilişki vardır. Bir malın fiyatı arttıkça talep edilen miktarı azalır, fiyat azaldıkça talep edilen miktarı artar.

Sağlık bilincinin yükselmesi ve buna bağlı olarak insan sağlığına verilen önemin artması, bireylerde ve toplumlarda sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır.

Talep teorisi talebi etkileyen çeşitli faktörlerin belirlenmesini amaçlar. Talep çok değişkenli bir ilişkidir. Yani, talep çok çeşitli faktörlerce eşanlı olarak belirlenir. Malın kendi fiyatı, tüketici geliri, diğer malların fiyatları, tüketici zevkleri, gelir dağılımı, nüfus, tüketici zenginliği, hükümet politikaları talebi etkileyen en önemli etmenlerden bazılarıdır (Koutsoyiannis, 1997:15).

Ekonomi literatüründeki talep ile sağlık hizmetleri talebi arasında bir takım farklılıklar vardır. Bu durum, sağlık malının farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Bunların dışında sağlık hizmetine aynı düzeyde harcama yapan bireylerin almış oldukları sağlık hizmetinden aynı ölçüde yararlanmaları da diğer bir özelliktir. Piyasa ekonomisinde tüketimi yapılan bir mal ve hizmetin tüketiciye fiziksel olarak aynı tatmin düzeyini sağlarken, sağlık hizmetleri tüketicisinin sağladığı tatmin düzeyleri arasında önemli farklar ortaya çıkabilmektedir (Mutlu ve Işık, 2005:74).

Sağlık hizmetleri talebi türetilmiş bir talep olma özelliği ile de diğer mal ve hizmet taleplerinden ayrılmaktadır. Yani sağlık hizmetleri sağlık kavramından türetilmiş bir talep niteliğindedir. Çünkü sağlık hizmetleri üretiminde kullanılan birbirleriyle ikamesi mümkün olan girdilerin talebinden bağımsız olarak ele alınamaz. Türetilmiş bir talep olmasının bir diğer nedeni doktorun kararının önem ve öncelik taşımasıdır (Mutlu ve Işık, 2005:74). Yani sağlık hizmetleri için üretilen mal ve hizmetlere yönelik talebi öncelikle tüketiciler tarafından değil de doktorlar tarafından belirlenmektedir.

Sağlık hizmetleri talep eden bilinçli bir tüketicinin amacı, hastalanmasını önlemek veya hastalandığında en kısa zamanda iyileşerek yaşam süresini uzatmaktır. Kişi sağlık hizmetlerini doğal nedenlerle talep ettiği gibi, gelir sağlayarak gerek kendi gerekse ailesinin yaşam gereksinimlerini karşılamak amacı ile de talep eder. Örneğin profesyonel sporcuların vücut geliştirmeye yönelik sağlık hizmeti talepleri, fiziki yeteneklerini artırmak için yaptıkları harcamalar, bazı sanatçıların mesleki yaşamlarını daha iyi koşullarda sürdürebilmek ve daha yüksek gelir seviyelerine ulaşmak için yaptıkları belirli sağlık talepleri bu türden sağlık hizmeti talepleridir (Karaibiş, 1990:29).

Sağlık hizmetinde talebi etkileyen faktörler: Eğitim düzeyi, fiyatlar, gelir düzeyi, tüketici zevk ve tercihleri, ileriye yönelik fiyat beklentileri, diğer mal veya hizmetlerin fiyatları (sağlıkta, yaş, cinsiyet, kültür çok etkili) olmak üzere beş grupta toplanmaktadır (Tokat, 2006:14).

Sağlık hizmetlerine karşı talep yaratma konusunda eğitim düzeyinin etkisi kuşkusuz önemlidir. Ancak bu etken ülkelere, bölgelere ve diğer koşullara göre farklılık gösterebilir. Eğitim düzeyi yüksek olan toplumlarda hijyen kurallarına uygun yaşam tarzı benimsendiğinden sağlık hizmetleri talebi daha da az olabilir. Diğer yandan eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde sağlık (diş ve göz gibi) hizmetlerine karşı olan talep düzeyi oldukça yüksektir.

Sağlık hizmetleri alanında yapılan çalışmalarda sağlık talebinin fiyat esnekliğinin oldukça düşük olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin fiyatı değiştiğinde talep çok az miktarda değişmektedir. Sağlıkla mal ve hizmetlere karşı olan talep üzerinde etkili olan bir diğer faktör gelir düzeyidir. Kişinin gelir düzeyi yükseldikçe mal ve hizmet talebi yükselecektir. Ancak bu durum bazı mal ve hizmetler için geçerli olmayabilir, yani gelir arttığında talep düşebilir, ekmek gibi (zorunlu tüketim malları). Diğer yandan ısınma vb. gibi harcama talebinin gelir artışına paralel olarak yükseldiği mallar ve son olarak da talebin gelir artışından daha fazla olabileceği mallar vardır. Örneğin otomobil, tatil ve kürk gibidir. Bir mal ve hizmetin talebi üzerinde zevk tercihlerin önemli bir etkisi vardır. Bireylerin hangi mal ve hizmeti tercih edeceği, bireylerin alışkanlıkları, zevkleri ve kültür seviyeleriyle açıklanır. Bir bireyin sinemaya gitmesi veya kitap satın almaya karar vermesi halinde bu tüketimin yeri ve zamanı bu birey tarafından belirlenebilir. Ancak sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerde zevk tercihlerin önemli bir etkisi yoktur. Sağlık hizmetleri talebini artıran diğer faktör ise sosyal refah devleti bağlamında bazı hizmetlerin adil etkin bir şekilde bireylere sunulması gereğidir (Mutlu ve Işık, 2005:81-85).

Sağlık hizmeti talebi, sağlık talebinin bir sonucudur. Yani hizmeti sunan doktor hem arz eden hem de talep eden durumdadır. Hizmet arz eder ve para talep eder. Sağlık hizmeti talebinin başka bir özelliği de bu talebin ödenen hizmetin finansman şekline ve ödenen ücret düzeyine bağlı olmaktadır (Karaelmas, 1994:3).

Serbest piyasa sisteminde hangi mal ve hizmetlerin ne kadar üretileceği, hangi faktörler kullanılarak hangi yöntemlerle üretileceği ve kimler için üretileceği sorularının cevabı fiyat mekanizması sayesinde cevaplandırılır (Tokalaş, 2006:29). Serbest piyasa sisteminde mal ve hizmetlerin ne kadar üretileceği sorusu arz ve talep tarafından belirlenir. Örneğin başı ağrıyan birinin bu ağrıyla yaşamaya alışması ve tedavi için herhangi bir yola başvurmaması ya da yaşlıların çözümlenebilecek sorunları olduğu halde bunu yaşlılığın bir sonucu olarak görmeleri nedeni ile herhangi bir tedaviye başvurmamaları gibi çeşitli ihtiyaçların talebe dönüşmemesi sayılabilir.

1.3.2. Sağlık Ekonomisinin Arz Yönü

Bir üreticinin belli bir dönemde satmak için ürettiği mal ve hizmetler arzı oluşturmaktadır. Bir piyasada bütün firmaların (üreticilerin) belirli bir zaman içinde satmayı planladıkları mal veya hizmetin miktarına arz edilen miktar denir. Arz kanunu, diğer etkenler sabit kalmak üzere (ceteris paribus), arz edilen miktar ile fiyat arasında pozitif bir ilişki vardır. Bir malın fiyatı arttıkça arz edilen miktarı da artar, fiyatı azaldıkça arz edilen miktarı da azalır.

Arz eğrisinin eğimi, fiyatlarla miktarlardaki değişme, aynı yönde olduğundan pozitifdir. Fiyat yükseldikçe, üreticiler daha fazla malı piyasaya sunmak istemektedir. Karlılığa yönelmiş üreticilerin davranışlarının ifadesi olan bu yönsemeye arz kanunu denir.

Sağlık ekonomisi kapsamında arz; mal ve hizmetler üretilirken, birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi yönünde gerçekleştirilen faaliyetleri kapsamaktadır. Birincisi, tanı ve tedaviyi sağlayacak mal ve hizmet arzıdır. İkincisi, koruyucu nitelikli mal ve hizmet arzıdır. Arzda meydana gelen bir artış, daha düşük bir fiyata neden olurken, sağlıkla ilgili mal ve hizmetleri arzında meydana gelen bir artış (teknolojik bir gelişme) daha yüksek bir fiyatın oluşmasına rağmen özel ve büyüyen bir talebe öncelik edebilir (Mutlu ve Işık, 2005:95).

Arz esnekliği belirli bir malın arzının fiyat değişimlerine gösterdiği duyarlılıktır. Sağlık hizmetlerinin arz esnekliği katıdır. Çünkü hekim ve hasta yatağı sayısına büyük ölçüde bağımlı olan sağlık hizmetleri arzı fiyat yükselmelerine karşı anında cevap verme şansına sahip değildir. Arzı kısa dönemde etkileme şansı ancak personel verimliliğinin ve yatak kapasitesi kullanım oranının artırılması, ortalama yatış süresinin kısaltılması

yoluyla mümkün olabilir ancak bunun da etkisi çok sınırlı boyutlarda olacaktır. Özellikle sağlık hizmetlerinin ertelenemezliği nedeniyle oluşan arz yetersizliği ciddi sakıncalar doğuracaktır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin üretiminde devlet müdahil konumda olacaktır (Tokat, 2008:7).

Sağlık hizmetleri gerek teknoloji yoğun ağırlığı, gerekse de insan faktörüne dayanması açısından arzı son derece pahalı olan bir özelliğe sahiptir. Sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı hem fazladır, hem de her geçen gün bilimsel ilerlemelerle yeni teknolojiler gerektirir.

Sağlık hizmetleri arzının belirlenmesinde hükümetler, idareler ve bunların aldıkları kararlar etkilidir. Bir ülkenin sağlık sisteminin bütün performansının nihai sorumluluğu hükümetin sorumluluğu ile beraberdir. Bu nedenle sağlık hizmetleri piyasasında oluşan fiyat, yasa ve yönetmeliklerle belirlenmiş bir fiyat denetimine tabidir. Sağlık mal ve hizmetlerinde ulusal veya uluslararası monopoller vardır ve arz sınırlıdır. Sağlık hizmetleri piyasasına girebilmek için belirli özellikleri taşımak (diploma sahibi olmak gibi), belirli kuruluşlardan izi almak (ilaç ruhsatı almak gibi) ve yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından belirlenen asgari fiyat tarifelerine uymak gibi zorunluluklar piyasaya girişi zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında aynı konuda birçok farklılıklar olabilir. Aynı konuda verilen sağlık hizmetlerinde; başta doktor olmak üzere, sağlık kurumlarının, hastalığın teşhis ve tedavisinde kullanılan teknolojik yöntemlerin vb. gibi faktörlerin etkisi ile önemli farklılıklar ortaya çıkmaktadır (Tokalaş, 2006:31).

Sağlık hizmetleri arzını, sağlık alanına ayrılan kaynakların büyüklüğü, sağlık sisteminin yapısı, devlet politikaları, finansman yöntemleri gibi faktörler belirlemektedir. Sağlık hizmetleri arzının düzeyini ve kalitesini belirleyen iki temel faktör ise, sağlık hizmeti üretim birimleri ve sağlık personelidir. Sağlık sektöründe hızlı bilimsel ve teknolojik değişmelerin yaşanması, arzın bu gelişmeler ışığında şekillenmesinde önemli etkiler yapmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005:101).

Sağlık hizmetlerinde arzı etkileyen faktörler şunlardır (Tokat, 2006:15):

- Fiyat
- Yatırım
- Teknoloji

- Kapasite kullanım oranı.

1.3.3. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Arz Ve Talep Dengesi

Piyasada belirli bir malın fiyatı ancak, o malı satın almak isteyenlerle satmak isteyenlerin, başka bir deyişle, o malın talep ve arzının piyasada karşı karşıya gelmesi ile oluşur. Arz ve talep piyasada karşılaştığı zaman, arz edilen miktarla talep edilen miktarı birbirlerine eşit kılan fiyat, piyasa (denge fiyatı) fiyatıdır. Bu fiyat arz ve talep eğrilerinin kesiştiği noktaya tekabül etmektedir.

Sağlık piyasalarının bir özelliği fiyatların denge noktalarına ulaşmadaki başarısızlığıdır. Bilindiği gibi denge noktasında talep edilen miktarla arz edilen miktar eşit düzeyde ve noktadadır. Sağlık piyasalarında arz ve talep arasındaki dengesizlik talep veya arzın genişlemesi nedeniyle ortaya çıkan dengesizlik olarak tanımlanmaktadır (Balsak, 2004:45).

Sağlık hizmetleri, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar anlamına gelmektedir. Sağlık yönetimi sağlık hizmetinin üretimi, sunumu, sağlık sigortası ve ödeme şeklinin bir arada bulunduğu örgütlenme yapısıdır. Bu yapılanmada ön ödemeli sağlık planı, sağlık hizmeti kullanımının kontrolü ve sağlık bakımının yönetildiği organizasyonlar bulunmaktadır (Giray, 2008:1).

Sağlık, piyasada alınıp satılabilen mal ve hizmetlere benzemez, kendine özgü bir niteliği vardır. Bu nedenle sağlık piyasası da tamamen kendine özgü diğer mal ve hizmet piyasalarından oldukça farklı bir piyasadır. Çünkü sağlık hizmetlerinin, kişiler arası alım ve satımı farklı nitelikler taşır. Diğer mallar üreticiler tarafından üretilip halka satılırken, bireylerin sağlık statüleri satın aldıkları başka mal ve hizmetlerden de etkilenmekle birlikte büyük orada kendilerinin ürettiği bir durumdur. Refah seviyesi, zaman tercihleri, riskler ve sağladığı faydalar gibi standart ekonomik kavramlarla ele alındığında sağlığın bireyler tarafından marjinal değerinin hesaplanmasının hemen hemen imkansız olduğu anlaşılabacaktır (Tokalaş, 2006:11).

Sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerin diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi standart olmaması, üreticiler ve tüketiciler arasında bir bilgi dengesizliğinin olması, sağlık piyasaları içinde faaliyet gösteren kişi ve kurumların kendi aralarında anlaşabilmeleri ve ortak hareket etmeleri yüzünden arz ve talep arasında bir dengesizlik oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri alanında yer alan kişiler ve kurumların örgütlü davranışlarına karşın, talebi belirsiz olan tüketicilerin piyasada bir talep baskısı oluşturmaları mümkün değildir. Bu da arz ve talep arasındaki dengesizliğin bir diğer yönüdür (Balsak, 2004:45).

Sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talep koşulları fiyat ve miktarın farklı şekillerde belirlenmesinde rol oynamaktadır. Sağlık hizmetleri talebinde meydana gelecek bir artış, hizmetin fiyat ve miktarını arz esnekliğine bağlı olarak değişik ölçüde etkileyecektir. Eğer arz nispeten esnek ise, sağlık hizmetleri talebi artığında, hizmetin miktarı arzın inelastik olduğu duruma göre daha çok artarken fiyat daha az artacaktır. Yani arzın elastik olduğu koşullarda hizmet artışı daha fazla gerçekleşecektir. Eğer hükümetin sübvansiyon programları sonucu talep artışı olursa ve arz inelastik ise, bu program için yapılan kamu harcamalarındaki artış ile, arzın elastik olduğu duruma göre bir yandan nispeten daha yüksek bir fiyat oluşumuna yol açılırken diğer yandan da nispeten daha da az çıktı elde edilecektir (Çalışkan, 1999:27).

Sağlık hizmetlerinin büyük bölümü alınıp satılabildiğine göre, arz-talep mekanizması işler. Yani sağlık hizmetinin piyasaya bırakılması olanaklıdır, ancak piyasa mekanizmasının işleyişi çeşitli sakıncalar yaratacaktır, dolayısıyla sağlık hizmetlerinde “piyasa başarısızlığı” çok önemli bir sorundur. Piyasa başarısızlığının ya da yetersizliğinin çeşitli yönleri vardır. Aşağıda en önemlileri sıralanmaktadır (Şenatalar, 2003:26):

- Sağlık hizmetinin küçük bir bölümü “bölünemeyen hizmet” niteliğindedir. Örneğin bir bataklığın neden olduğu sağlık sorunları bataklığın kurutulması ile önlenemez ve bu durumda bataklığın kurutulması ile doğan yarar kişilere tek tek sunulamaz, herkes eş anlı olarak yararlanır. Böyle bir hizmetin yararını fiyat karşılığında sunmak ve fiyat ödemeyenleri dışlamak olanaksızdır. Bu tür hizmetleri piyasa mekanizmasının üretmesi olanak dışıdır. Dolayısıyla “bölünemeyen hizmet” niteliğindeki sağlık hizmetleri (bunlar esas olarak önleyici nitelikte hizmetlerdir) devletçe üretilmek zorundadır, aynı nedenle bu hizmetlerin maliyetlerinin kamusal finansmanla karşılanması zorunludur.
- Piyasa başarısızlığı ile karşılaşılan ikinci durum “dış fayda” yaratan sağlık hizmetleridir. Dış fayda piyasada alınıp satılan bir malın ya da hizmetin alıcısı ile

satıcısı dışındaki bir kişinin (3. tarafın) olumlu etkilenişidir. Üçüncü kişi herhangi bir ödeme yapmaksızın söz konusu hizmetten yararlanmaktadır. “Dış fayda”nın sağlık hizmetlerindeki klasik örneği bulaşıcı hastalıklara karşı aşıdır. Aşı yaptıran kişi kendini koruduğu gibi başkalarına bulaştırma şansını da düşürdüğü için tanımadığı, bilmediği kişileri de korumuş, yararlandırmış olmaktadır. Söz konusu hizmet tümüyle piyasaya bırakılsa, kişiler (ya da kişilerin çok büyük bölümü) yalnızca kendi durumlarını ve yararlarını düşünerek davranacaklar, dış faydayı görmezden geleceklerdir.

- Kuşkusuz sağlık hizmetlerinde devlete özel bir görev yüklenmesinin önemli bir nedeni de sağlık hizmetine bakıştır. Günümüz toplumlarının önemli bölümü “sağlık hakkı” anayasalarında yer vermişlerdir. Bu kuşkusuz normatif bir belirlemedir. Günümüzde yaygın kabul gören eşitlik anlayışı ve adalet yorumu, sağlık hizmetinin (en azından belirli temel hizmetlerin) gelir, servet, ırk, din, dil, cinsiyet, toplumsal statü gibi etkenlere bağımlı olmayan bir şekilde sunulmasını öngörmektedir. Sağlık hizmetinin tümüyle piyasaya bırakılması demek, bundan yararlanmanın gereksinime göre değil, satın alma gücüne göre belirlenmesi demek olacaktır.
- Piyasa mekanizmasının sağlık hizmetinde ortaya koyduğu yetersizliklerden biri de, sağlık hizmetinin en başta değinilen özelliği ile ilgilidir. Belirsizlik ve öngörülemezlik nedeniyle sağlık hizmeti için gerekecek harcamanın ne zaman ne kadar olacağı da tam bilinemez. Belirli durumlarda gereken sağlık harcaması uzun yılların birikimini kısa sürede eritebilir, birçok kişinin ise ne geliri, ne de birikimi böylesine yüksek bir harcamayı karşılamaya yetmez. Bu soruna piyasa mekanizmasının yanıtı sağlık sigortasıdır.
- Sağlık hizmetinin önemli bir özelliği de “asimetrik enformasyon” kavramı ile ilişkilidir. Hekim-hasta ilişkisinde tarafların sağlık sorunu ve giderilmesi hakkındaki bilgi düzeyleri arasında çok büyük bir fark vardır. Hasta başka hizmetlerde pek görülmeyen ölçüde kendi gereksinimlerinin ve talebinin belirlenmesini hekime bırakmakta, hekim bir yandan hizmet sunan kişi rolünü, öte yandan hastanın ajanı rolünü oynamaktadır. Bu ilişkide hekim hizmeti arz eden taraf olmakla birlikte, aynı zamanda talep yaratabilme ve talebi yönlendirme açısından büyük bir güce sahiptir, bu güç sayesinde sunulan hizmetin kapsamını

gereğinden fazla genişletmek ve harcama düzeyini yukarı doğru itmek olanağı vardır.

1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMAÇLARI

Sağlık, bireyin temel haklarının başında gelmektedir. Sağlık, yaşama hakkı kadar önemli temel bir ihtiyaçtır. Devlet, bu temel hakları korumak ve geliştirmek zorundadır. Devletin temel haklar konusundaki görevi devredilmez ve vazgeçilmez niteliktedir.

Sağlık ekonomisinin temel amacı, her türlü sağlık hizmetini üretmek için ayrılan kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamaktır. Sağlık hizmetleri yerine getirilirken, sağlık üreten birimlerin ve sağlık personelinin amacı; hastalıkların önlenmesi mevcut sağlık düzeyinin korunup geliştirilmesi iken, ekonomistlerin amacı, kıt kaynakların ve tercihlerin çokluğu arasında en iyi kararı verip bireysel ve toplumsal faydanın maksimize edilmesidir (Williams,1987:9).

Temel sağlık hizmetleri, toplumdaki bireylere sunulmuş, bilimsel gerçeklere uygun, uygulanması kolay, yeterli yöntem ve teknoloji üzerine kurulmuş sağlık hizmetleri yaklaşımı şeklinde tanımlanmaktadır.

Temel sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin ve ülkenin sosyal ve ekonomik kalkınmasının ayrılmaz bir parçasını oluşturur. Bu yaklaşımla düzenlenen sağlık hizmetlerini, insanların yaşadıkları, çalıştıkları yerlerin olabildiği kadar yanına getirmek ve devamını sağlamak çalışmaların ilk adımın oluşturmalıdır. Temel sağlık hizmetleri yaklaşımı doğrultusunda sağlık kuruluşları, bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlık sistemi ile ilişki kuracakları kademe olmalıdır (Bozkaya ve Teker, 2001:4).

Sağlık hizmetlerinin amaçları şöyle sıralanabilir (Zorlu, 1996:8):

- Fert ve topluma sağlıklı yaşam bilgisi, şuuru, isteği ve davranışı kazandırmaktır.
- Toplumun tüm fertlerine ihtiyaçları olan bütün sağlık hizmetlerini coğrafi, sosyal, maddi ve diğer imkânlarla bağlı olmadan eşit, kaliteli ve ihtiyacı kadar vermektir.
- Kişisel, toplumsal ve çevresel olarak sağlıklı ortamlar yaratmaktır.
- Sağlık elde etmek, onu korumak ve geliştirmek yoluyla toplumu sağlıklı kılmaktır.

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında amaç, hem sağlık hakkını güvence altına almak, hem de kişinin faktör olarak üretimde kullanılmasını sağlamaktır (Karaelmas, 1994:3). Her mal ve hizmette olduğu gibi sağlık hizmetleri de ekonomik açıdan arz ve talep oluşturmaktadır. Sağlık sistemi bütün insanları kapsar. Sağlık hizmetlerinin faaliyetlerinin öncelikli amacı sağlığı geliştirmektir. Bu nedenle de sağlık hizmetleri toplumsal bir özellik taşımaktadır. Ayrıca sağlık bir mal üretimi olmayıp, bir hizmet üretimidir. Ancak sağlık sektörü diğer hizmet sektörlerine göre de oldukça farklılıklar göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin farklı birkaç yönü ise şu şekilde sayılabilir (Tokalaş, 2006:14):

- Sağlık hizmeti ihtiyacının önceden tahmin edilmesi ve garantiye alınması zordur. Ona ihtiyaç olduğu zaman, satın almak lazımdır.
- Sağlık hizmeti, özellikle hastane tedavisi, kaza ve uzun süreli hastalık durumlarında çok pahalı da olabilir.
- Sağlık hizmetini satın almaya gücü yetmeyen fakir insanlar daha az sağlık hizmeti almak durumunda değildirlir (diğer mallarda olduğu gibi). Gecekonuda oturma, yetersiz beslenme, kötü çalışma koşullarına katlanan fakirler sağlık ihtiyaçlarında kısıntı yapma imkânına sahip olamazlar. Bunun nedeni de, sağlık talebinin fiyat esnekliğinin katı olmasıdır.
- Hastalığa düştüğü zaman, kişinin esas olarak yetenekleri, bütün temel fonksiyonlar zayıflar. Hastalık durumunda, gelir yaratma yerine, tedavi süreci farklı bir yapı elemanı olarak ortaya çıkmaktadır.

Sağlıklı insanların yaşadığı mutlu toplumları oluşturmak, tüm ülkelerin ve insanların en önemli hedeflerinden birisidir. Sağlığın korunup geliştirilmesi ise ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve fizikî çevre koşullarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, bireylerinin hayat tarzında gerekli olumlu değişikliklerin yapılması ve gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir (Yıldırım, 2005:122).

Bu bakış açısına göre sağlık hizmetleri, insanların bedenî ve ruhî yönden korunması, onarılması ve iyileştirilmesine yönelik faaliyetler olarak tanımlanabilir. Bu faaliyetler; ağrıların dindirilmesi, sakatlığın giderilmesi, vücudun bazı işlevlerinin onarılması, hastalık ve kazaların önlenmesi, çok sayıda hastanın tedavisinde en iyi sonuçların alınacağı bir sistemin geliştirilmesi gibi amaçlar taşımaktadır.

1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri, “sağlığı korumak ve daha iyiye götürmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara olanaklar ölçüsünde en erken tanı koyarak tedavi etmek, böylece kişinin sıhhatli ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için uğraşan toplumsal hizmetlerin bütünü” olarak tanımlanmaktadır (Zorlu, 1996:5).

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon (iyileştirme) sağlık hizmetleri olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır.

1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; hastalık olasılıklarının azaltılması için yapılan sağlık hizmetleridir. Tüm topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığını da korumuş olmaktadır (Poyraz, 1990:6).

Koruyucu sağlık hizmetleri, insanların hasta olmasını önleyecek bir takım tedbirlerle, tehlike meydana gelmeden tehlikeye karşı mücadeledir. Koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulmaktadır ve sosyal devletin en önemli görevidir. Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflendiğinden, ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertleri bu hizmetlerden yararlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu tedavi edici hizmetlere göre daha ucuzdur. Koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanışı daha kolay ve etkindir (Gümüş, 2005:64).

Geçen yüzyıllarda sağlık hizmeti dendiği zaman hastaların tedavisi anlaşılırdı. Bu görüşün günümüzde değiştiği gözlenmektedir. Bu değişimin nedeni XIX. yüzyıl sonlarında koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmeye başlamasıdır. Kısa bir zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin, hasta tedavi hizmetinden daha önemli ve öncelikli alan bir hizmet olması gerektiği anlaşılmıştır. Bugün, koruyucu sağlık hizmetlerinin, tedavi edici sağlık hizmetlerinden ekonomik açıdan daha verimli ve ucuz olduğu kesin olarak kabul edilmektedir (Karaibış, 1990:43).

Koruyucu sağlık hizmetleri kişinin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla, kişiye ve ailesine doğrudan yapılan hizmetlerle, kişi ve ailesinin çevresini olumlu hale getirmek amacıyla çevreye yönelik yapılan hizmetler kapsamıdır.

Sağlık ekonomisinin temel konusu olan “sağlık hizmeti” aslında çok geniş bir listeyi kapsayan bir kategorinin adıdır. Sağlık hizmeti yüzlerce, hatta binlerce bağımsız adımı kapsıyor. Koruyucu sağlık hizmeti önlemleri, tanı koymaya yönelik incelemeler, tedavi yöntemleri, rehabilitasyon adımları için çok sayıda örnek verilebilir. Bu listenin sürekli olarak genişlediği de biliniyor, bir başka deyişle sağlık hizmetinin kapsamı sürekli olarak genişlemektedir (Şenatalar, 2003:1).

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup, geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Bu hizmetlerin maliyeti düşük, etkisi yüksek olup tipik birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler (Yıldırım, 1994:12).

Koruyucu sağlık hizmetleri; kişiye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki ana gruba ayırmak mümkündür (Akdur vd., 1998:12-13):

1- Kişiy ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Bu hizmetleri hekim, ebe ve hemşire gibi sağlık meslekleri mensuplarının yürüttüğü hizmetlerdir (Farıtous, 1990:2). Kişileri ve toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise, en erken dönemde tanı konularak, yıkımsız veya en az yıkımla tedavi etmeyi amaçlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Bu gruptaki hizmetlerin başlıca şunlardır (Zorlu, 1996:6);

- Sağlık eğitim,
- Ana / çocuk sağlığı ve aile planlaması,
- Sağlıklı beslenme,
- Erken tanı ve uygun tedavi,
- Sosyal yardım hizmetleri,
- Aşılama,
- İlaçla koruma,
- Zararlı alışkanlıklara karşı mücadeleyi amaçlayan hizmetlerdir.

2- Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Bu hizmetlerin amacı çevremizde sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya

kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlere çevre sağlığı hizmetleri de denir (Farıtoş, 1990:2).

İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fizik kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümü bu başlık altında toplanır. Bu başlık altındaki başlıca hizmetler (Zorlu, 1996:6);

- Çevre ve hava kirliliğinin önlenmesi,
- Katı ve sıvı atıkların sağlığa uygun imhası,
- Besin hijyeni (sağlığı),
- Konut sağlığı,
- Radyasyon güvenliğidir.

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen daha çok, diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendiren bir hizmet grubudur. Sağlık sektörünün bu konudaki temel görevi; eğitim, danışmanlık, denetim ve yol göstericiliktir.

Sağlık hizmetleri piyasasında kişi yararı yanında toplumsal yarar ölçütü de “sosyal devlet” görüşüyle birlikte önem kazanmıştır. Özellikle bulaşıcı hastalıklara yol açan etkenlerin ve bulaşma sürecinin belirlenmesi konusunda çok başarılı sonuçların alınmasıyla kişinin sağlığıyla toplumun sağlığı arasındaki yakın ilişki açıklığı kavuşmuştur (Karaibiş, 1990:44).

Seçilmiş ülkelerde kişi başına koruyucu sağlık hizmetleri Tablo 1-1’de gösterilmektedir. Tablo 1-1 incelendiğinde ülkelerin 1999-2003 yılları arasında koruyucu sağlık hizmetleri Avusturya’da 31-32\$, Kanada’da 133-202\$, Çek Cumhuriyeti’nde 8-19\$, Finlandiya’da 57-85\$, Fransa’da 59-73\$, Almanya’da 123-151\$ ve Türkiye’de 5-4,8\$ olduğu görülmektedir.

Tablo 1-1: Seçilmiş Ülkelerde Kişi Başına Koruyucu Sağlık Hizmetleri (ABD Doları)

ÜLKELER	1999	2003
Avusturya (2002)	31	32
Kanada	133	202
Çek Cumhuriyeti	8	19
Finlandiya	57	85
Fransa	59	73
Almanya	123	151
Macaristan (2002)	17	24
İzlanda	20	52
İtalya	7	13
Japonya (2002)	77	58
Kore	8	9
Lüksemburg (2002)	27	39
Meksika	2	12
Hollanda	107	160
İspanya	11	19
İsviçre	95	108
Türkiye	5	4,8
Amerika Birleşik Devletleri	174	216

Kaynak: TEPAV, 2005:19.

Koruyucu sağlık hizmetlerine y6nelik olarak ayrılan kaynağın yetersiz olması 6lkeyi bulaşıcı hastalıklar konusunda hazırlıksız bir noktaya taşımaktadır. Kişı başına koruyucu nitelikte halk sağlığına y6nelik yapılan harcamaların d6zeyinin en d6ş6k olduğu 6lke T6rkiye çıkmaktadır. 1999 yılında kişı başına 5 dolar d6zeyinde olan koruyucu sağlık harcaması 2003 yılında 4,8 dolara d6şm6şt6r. Sağlık harcamalarının d6zeyi ve kalitesi g6z 6n6ne alındığında T6rkiye gelişmiş 6lkelerin ve bir 6ok gelişmekte olan 6lkenin ardında yer almaktadır (TEPAV, 2005:19).

Koruyucu sağlık hizmetleri 6ok 6nemli ve 6rg6t eli ile y6r6t6len bir hizmet olması ve halk tarafından para 6deyerek satın alınması nedeni ile koruyucu sağlık hizmetleri her 6lkede kamu hizmeti olarak sunulmuştur (Karaibiş, 1990:44).

Bireylerin yaşadıkları ortamda sağlıklarına olumsuz etki edebilecek unsurların yok edilmesi veya muhtemel etkilerinin minimize edilmesi ve bu unsurlara karşı bireyleri biyolojik bakımdan g66l6 kılmaya y6nelik faaliyetlerin tamamı koruyucu sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır (Balsak, 2004:14).

Kişiler hastalanmadan 6nce, 6evresindeki olumsuzlukları gidermeye veya bu olumsuzluklara karşı kişinin bedenini g66l6 kılmaya y6nelik 6alışmaların hepsi koruyucu sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır.

1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri; hastalıklardan korunamayan birey veya toplumu hastalıktan kurtarmak i6in y6r6t6len sağlık hizmetleridir. Tedavi edici hizmetlerden doğrudan doğruya yaralanan tedavi g6ren bireydir. Fakat bireyin tedavi g6rmesi toplumun diğer bireyelerine de dış fayda sağlamaktadır (Poyraz, 1990:6; Karaelmas, 1994:7).

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalanmış kişiye y6nelik olarak, evde kendi kendine ya da ilk başvurduğu sağlık personeli tarafından evde veya hastanede olmak 6zere farklı basamaklarda ger6ekleşebilmektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık veya sakatlığın teşhis ve tedavisi ile kişinin sağlık durumunun m6mk6n olan en 6st d6zeye getirilmesi ama6lamaktadır. Tedavi edici sağlık hizmeti 6ok y6nl6 bir hizmettir, hekim muayenesi, poliklinik, sağlık merkezi

veya evde hastayı herhangi bir sağlık kurumuna yatırmadan yurutedulen birinci basamak (evde ve ayakta tedavi) ve ikinci basamak (hastanede tedavi) olarak ikiye ayırmak moomkündür (Karaibiş, 1990:45; Yurdadoğ, 2006:46).

Birinci basamak tedavi hizmetleri: Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için dzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde sağlık ocakları özel poliklinikler ve muayenehaneler, dispanserler ve sağlık merkezleri birinci basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlardır (Tabak, 2000:132).

İkinci basamak tedavi hizmetleri: Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için dzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır (Gümüş, 2005:66).

Hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi hizmetleri ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde sınıflandırılabilir. Bunlardan yataklı tedavi sistemi en pahalı sistemdir. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi hizmetlerinde kişisel fayda ön plandadır. Tedavi hizmetleri en uç noktadaki ayakta tedavi birimi veya hastaneden, en üst seviyedeki modern üst müracaat hastanelerine kadar uzanan bir yapı içerisinde verilir (Yıldırım, 1994:13).

Hastalıklardan korunamayan birey veya toplumu hastalıktan kurtarmak için yurutedulen sağlık hizmetleridir.

1.5.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Sakat ve işgücünü kaybedenlere işgücü ve çalışma imkanı sağlanması yönelik hizmetler rehabilitasyon (iyileştirme) hizmetleridir. Bu hizmetler hekim ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyon ile sosyal çalışmacılar tarafından yapılan sosyal (iş bulma, işe uyum sağlama vs.) rehabilitasyon hizmetlerinin tümünü kapsayan hizmetler yumağıdır (Yıldırım, 1994:13; Balsak, 2004:18).

Rehabilitasyon hizmetleri hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Bu hizmetler, eşgüdömlü ve bütönlük gösteren tıbbi, sosyal eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla

kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere mümkün olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır (Gümüş, 2005:66).

Hastalık sonrası sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle işgücü kaybedenlere verilen hizmetler bu başlık altında toplanır. Kendi içinde tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki alt gruba ayrılarak incelenebilir (Günaydın, 1994:8):

Tıbbi rehabilitasyon (iyileştirme): Hastalık veya kaza sonucu kaybedilen organ yerine protez takılması veya güçsüzleşen organa yeniden güç kazandırılması (felçlilere fizik tedavi uygulanması vb) suretiyle kişinin günlük işlerini devam ettirme yeteneğini kazandırma çalışmalarıdır. Fizik tedavi hizmetleri olarak tanımlanabilecek bu hizmetler sağlık sektörü ve sağlık personeline götürülen hizmetlerdir (Akdur vd., 1998:13).

Tıbbi rehabilitasyonun amacı, bedensel sakatlıkların, çağın bilgi ve teknolojisi ölçüsünde mümkün olduğunca düzeltmektir.

Sosyal rehabilitasyon (iyileştirme): Fizik veya psikolojik hasarlı kişilerin yapılarına uygun iş bulma veya bakımlarını temin gibi çalışmalara da sosyal rehabilitasyon çalışmaları denilmektedir. Fizik ve psikolojik yıkımlı kişilerin, bu durumlarına uygun işe yerleştirilmesi (bir işte çalışırken sakatlanan kişinin, aynı işyerinde, işinin değiştirilerek daha uygun bir işe geçirilmesi, işsiz sakatların sakat kontenjanından işe alınması vb) veya bakımlarını temin gibi (sakatların bakımevlerine, yaşlıların huzurevlerine yerleştirilmesi gibi) çalışmalara da sosyal rehabilitasyon çalışmaları denir. Hizmet tanım ve örneklerinden de anlaşılacağı üzere, sosyal rehabilitasyon, sosyal hizmet kurum ve personeline yürütülen hizmetlerdir (Akdur vd., 1998:13).

Devletin tüketilmesini istediği sağlık mal ve hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha fazla tüketilmesi, zorunlu sağlık sigortası, insan sağlığına zarar verici sigara, alkol ve madde bağımlılıklarının azaltılması, düzenli sağlık kontrollerinin yapılması gibi mal ve hizmetlerdir (Tokalaş, 2006:24-25). Tüm bu çalışmalar ise, devletin sağlık alanındaki erdemli mallarıdır. Ücretsiz veya düşük ücretle sağlık ve tedavi hizmeti sunulması, sakatların sosyal açıdan koruması, insanca yaşamayı sağlayacak olanakları yaratacak konut politikası uygulaması bunlara örnek olarak verilebilir.

Hizmet sunum amacı, bedence veya ruhça sağlığı bozulmuş kişilerin, başkalarına gereksinim duymadan yaşayabilmeleri için gerekli olan tedaviyi sunmayı amaçlar ve bu konuda yapılan bütün çalışmaları kapsamaktadır (Erbiz, 1989:6).

1.6. BİLİMDEKİ GELİŞMENİN SAĞLIK HİZMETLERİNE YANSIMASI

Sağlık hizmetleri, bir içgüdü şeklinde başlayarak, istemli, bilinçli ve toplumsal bir davranış haline dönüşmekle kalmamış, zamanın ilerlemesine koşut olarak, sürekli ve düzenli bir değişim göstermiştir. Bu gelişim ve değişimde, bilimdeki gelişim ve birikimle birlikte (bilimsel dinamik), toplumların içinde bulunduğu üretim ilişkileri ve düzeyi (toplumsal dinamik) belirleyici bir rol oynamıştır (Akdur vd, 1998:6).

Sağlık hizmetleri bilimsel dinamiğin etkisiyle, mistik anlayış dönemi, çağdaş anlayış dönemi ve etiyolojik tedavi dönem olarak adlandırılabilen üç dönem ve süreç geçirmiştir.

1.6.1. Mistik Anlayış Dönemi

Pozitif bilimlerin varlığından bile söz edilmeyen ilk çağlarda, her türlü iyilik ve kötülük hali birtakım doğaüstü güçlere ve olaylara dayandırılmaktaydı. Örneğin; kıtlık, kuraklık, afet gibi olaylar bazı tanrıların küstürülmesi, kızdırılması, insanların hastalanması ise, onların içine bazı kötü ruhların girmesi veya başka yollarla zarar vermesi olarak yorumlanmıştır. Bu nedenle de, her türlü sağlığı koruma ve hastalıkları iyileştirme işlemlerinin esasını; kötü ruhları kovma, doğaüstü güçlere adak sunma, tapınma ve benzeri mistik eylemler oluşturmuştur (Akdur, 2006:9).

Bu dönemde, sağlık hizmet ve yardımları büyücüler ve din adamları tarafından götürülmüş ve yürütülmüştür. Bu anlayış ve uygulamaların mirası/kalıntıları, günümüzde de varlığını sürdürmektedir (Akdur vd., 1998:7). Örneğin, nazara karşı mavi boncuk takılması, hastalara muska yazılması, büyü yapılması, loğusalara kırmızı elbise giydirilmesi, sağlık sorunlarında medyun ve benzeri kişilerden yardım beklenmesi/alınması ve benzeri uygulamalar söz konusu dönemin mirasının/kalıntılarının örnekleridir.

Sonuç olarak sağlık hizmetleri, gerek teknolojik düzey ve gerekse hizmet sunma biçim ve anlayışı yönünden sürekli bir değişim ve gelişim içinde olmuştur.

1.6.2. Çağdaş Anlayış Dönemi

Zamanın ilerlemesi ile birçok hastalığın etkeninin bulunmasına karşın, bazı hastalıklarda (kanserler, kalp ve damar hastalıkları gibi) belli bir etken saptanamamıştır. Ayrıca, aynı etkenin bazı kişileri hastalandırdığı buna karşılık diğer bazılarını hastalandırmadığı gözlenmiştir. Aynı etken bir kısım toplumlarda salgınlara ve kitle ölümlere neden olurken diğer bir kısmında ciddi kişisel ve toplumsal sorunlara bile yol açmaktadır (Akdur, 2006:11-12). Örneğin; verem mikrobu bazı insanlarda hastalık oluştururken diğer bazılarında hastalık oluşturmamaktadır. Bu benzeri gözlemler, hastalıkların etiyolojisinin daha ayrıntılı olarak ele alınarak, incelenmesi sonucunu doğurmuştur.

Hastalıkların oluşması için, ortamda tek başına etkenin varlığı da yetmemekte, diğer bazı faktörlerin de birlikte bulunması gerekmektedir. İşte hastalık oluşma riskini artıran ya da etkenin kişileri yenmesini kolaylaştıran bu faktörlerin tümüne birden yeterli neden denilmektedir. Etken ortamda var olsa da, yeterli nedenlerin bir ya da bir kaçının yokluğu kişilerde hastalık oluşma riskini, toplumlarda ise hastalık sıklığını önemli oranda azaltmaktadır. Bundan ötürü, yeterli nedenler azaltılarak/giderilerek de hastalıklar önlenabilir. Bu çalışmalar daha da ayrıntıyla incelendiğinde; yeterli nedenlerin tamamının çevre ile ilgili olduğu görülmüştür. İlerleyen yıllarda, hastalıkları hazırlayan tüm çevre (fizik, biyolojik, sosyal) faktör ve ilişkileri de bulunmuş ve gösterilmiştir. Hatta insanların ve toplumun sağlıklı ya da sağlıklı oluşunu belirleyen, esas faktörün çevre olduğu anlaşılmıştır (Akdur vd, 1998:8).

Bu gelişmelerin bir ürünü olarak, sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetleri kavramı gelişmiş ve her geçen gün daha da önemli ve öncelikli bir yer edinmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde, kişileri önce sağlam iken korumak, buna rağmen hastalanır ise, tedavi etmek ve gereğinde rehabilite etmek diye tanımlanabilecek çağdaş sağlık anlayışı dönemine geçilmiştir. Sağlık hizmetlerine bir ilkeler dizini ve bütünü olarak yaklaşan bu anlayışın/dönemin başlıca ilkeleri şöyle sıralanabilir (Akdur, 2006:15):

- Kişinin yaşamı bölünmez bir bütündür, sağlıklı ve hastalıklı dönemler diye birbirinden ayrılamaz. Kişinin hastalığı ya da hastalık; sağlıklı dönem diye bilinen dönemdeki birtakım birikimlerin sonucudur.

- Kişi ve çevresi (fizik, biyolojik, sosyal) bir bütündür ve birbirinden soyutlanamaz. Kişinin sağlığı, çevrenin özellikle de sosyal çevrenin bir fonksiyonudur.
- Sağlık hizmeti, hastadan çok, sağlama götürülen bir hizmettir.
- Koruma tedaviden daha etkili, kolay ve ekonomiktir. Dolayısı ile koruyucu hizmetler tedavi edici hizmetlerden çok daha önemli ve önceliklidir.
- Hastalık yalnızca kişiyi ilgilendirmez, ailesinden başlayarak tüm toplumu ve giderekten tüm insanlığı etkiler ve ilgilendirir.
- Bir toplumda en sık görülen, en çok öldüren, sakat bırakan ve ekonomik kayıplara neden olan hastalık en önemli hastalıktır.
- Sağlık, birçok sektörün hizmetinden etkilenen bir olgudur. Bu nedenle de, bir ekip hizmetidir.

Günümüzdeki sağlık kültür ve uygulamaları, sağlık hizmetlerinin geçirmiş olduğu süreç ve dönemlerin karışımından oluşuyor. Bu karışımında, eski dönem ve kalıntıların payı, toplumların sosyo kültürel gelişmişlik düzeyine göre, artıyor ya da azalıyor. Geri kalmış toplumlarda, tıbbın ilk dönemi olan, mistik dönemin kalıntılarına (muskadan, medyumlardan medet umma) ya da mutatabbiplik uygulamalarına (kırıkçı, çıkıkçı, otlardan ilaç yapımı) sıkça rastlanıyor. Gelişmişliğini tamamlamış olan toplumlarda ise, bu tür davranışlara hiç rastlanmıyor.

1.6.3. Etiyolojik Tedavi Anlayış Dönemi

Bilim ve sağlık bilimindeki gelişmeye koşul olarak, özellikle 19. yüzyılda birçok hastalığın etkeni veya oluş mekanizması keşfedilmiş ve bilinir hale gelmiştir. Sonuçta, hastalıkların birbirinden ayrı birer olgu olduğu anlaşılmıştır. Örneğin; baş ağrısının bir kısmının nedeni bedende üreyen mikroplar (enfeksiyon) iken diğer bir kısmının nedeninin kan basıncı yüksekliği (hipertansiyon) olduğu anlaşılmıştır. Her hastalığın birbirinden ayrı bir olgu olması, bunların tedavilerinin de farklı olmasını gerektirmiş ve düşündürmüştür. Böylece, hastalık etkeni veya oluş mekanizmasına yönelik tedaviler geliştirilmiştir. Bulaşıcı hastalıkların etkenleri olan mikroorganizmaların ve bunlara karşı antibiyotiklerin keşfedilmesi, hormonal ve seyreden hastalıkların oluş mekanizması ve tedavilerinin bulunması bunlara örnek gösterilmektedir (Akdur, 2006:11).

Bu gelişmenin sonunda, her hastalık için ayrı, etkene ve oluş mekanizmasına yönelik tedavinin uygulandığı dönem başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin giderekten, bilimsel temellere oturması, hekimlik mesleğini ve eğitimi de beraberinde getirmiş ve sağlık hizmetleri hekimler tarafından yürütülen bir hizmet haline gelmiştir. Günümüzde bu dönemin etki ve mirasları devam etmekte ve sağlık hizmetlerinde tedavi edici uygulamalar önemli bir yer almaktadır. Bu döneme kadar olan uygulamaların ortak özelliği, “hasta kişi yok hastalık var” anlayışının hakim olmasıdır (Akdur vd, 1998:8). Yani hastalanan kişinin ailesiyle, toplumla ve çevresiyle bütünleşmiş bir varlık olduğu kavranamamış, kişiye yalnızca bir hastalık tablosu gözüyle bakılmıştır. Tüm girişim ve işlemler de, kişiye değil, bu hastalığa yönelik olmuştur.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’NİN SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ EKONOMİK GELİŞMİŞLİK DÜZEYİ

Memleketimizin sıhhatini korumak ve takviye etmek, ölümü azaltmak, nüfusu çoğaltmak, bulaşıcı ve salgın hastalıkların tahribine karşı koymak ve bu suretle millet fertlerinin dinç ve çalışmaya kabiliyetli sıhhatli vücutlar halinde yetişmesini temin etmeliyiz.

M. Kemal ATATÜRK

Sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları, sadece Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli gündem maddesi olmaya devam etmektedir. ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde bile seçim çalışmalarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, bir başka deyişle sağlıkta reform ihtiyaçları üzerinde durulmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003:7). Bu gerçek, sağlık hizmetleri sunumu konusunda bütün dünyanın yeni arayışlar içinde olduğunu göstermektedir. Gelişmişlik düzeyi ile bağlantılı olarak farklılıklar gösterse de, genel anlamda sağlık sorunlarını tamamen çözmüş bir ülke tanımlamak zordur.

Bu bölümde Türkiye’nin sağlık sektörünün gelişimi, sağlık politikaları, mevcut sağlık düzeyine, sağlık sorunlarına, sağlık hizmetleri alanında devletin değişen rolü ele alınacaktır. Ayrıca Türkiye’de sağlık sektörünün örgütlenmesine, Türkiye’de sağlık harcamaları ve finansmanı üzerinde durulacaktır.

2.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GELİŞİMİ VE SAĞLIK POLİTİKALARI

Sağlık sektörünün bugünkü konumunu daha net değerlendirebilmek için, kuşkusuz geçmişten günümüze aktarılan tarihsel mirasın ve günümüze dek uygulanan politikalara bakmak gerekmektedir. Türkiye’de sağlık sektörünün gelişmesi değerlendirilirken,

tarihsel dönüm noktalarının belirlenmesi yararlı olacaktır. Çünkü insanların değişen şartlara göre her gün artan gereksinimleri sağlık olaylarını ve sorunlarını beraberinde getirmiştir. Bu gelişme sağlığı bugünkü dönemine ve başlı başına bir sektör haline gelmesini sağlamıştır. Cumhuriyetimizin kuruluşundan bu güne kadar geçen süre içinde sağlık politikalarımızın serüveni ana hatları ile aşağıda ayrıntılı olarak incelenecektir.

2.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Türklerin tarih sahnesinde ortaya çıkışı, Orta Asya bozkır yaşantısıyla başlamış ve Anadolu'ya gelinceye kadar, sürekli batıya yönelen bir yer değiştirme süreci yaşanmıştır. Bu yer değiştirme sürecinde; sahip olunan siyasi, sosyal ve kültürel yapı, gidilen bölgelerdeki yapılarla kaynaşarak yeni sentezlerin ortaya çıkmasını sağlamıştır.

Türkler, tarih boyunca sağlık hizmetlerine ve sağlık kuruluşlarına büyük önem vermişlerdir. Özellikle Selçuklular ve Osmanlılar bimarhane, şifaiye, maristan, darüşşifa adı altında hastaneler kurmuşlar ve bunları desteklemişlerdir (Günaydın, 1994:27). Hastaneler genellikle bir külliye içinde cami, medrese, hamam ve aşevi ile birlikte inşa edilmişlerdir.

19. yüzyılda Osmanlılar tarafından ele alınan yenilik hareketleri ve gelişmelerden dolayı yeni hastaneler açılmıştır. 1827 yılında ise modern tıp eğitiminde başlaması ile batılı anlamda doktor yetiştirilmeye başlanmıştır. Bu tedavi kurumlarının yanı sıra, 20 yüzyıl başlarında ülkenin birçok yerinde il özel idareleri tarafından hastaneler de sağlık hizmeti vermişlerdir (Günaydın, 1994:30).

Türkler, tarih boyunca insanların sağlıklarında ve hastalıklarında, karşılıklı sevgi ve şefkat bağlarını güçlendirici amaçlarla, Anadolu'da çeşitli sağlık ve tıp eğitim kurumları tesis etmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin gelişimde de bu etkileşimi görmek mümkündür. Örneğin, Türklerin İslamiyet'le tanışıp, bu yeni dini benimsemesinden sonra, Türk – İslam tıbbı ortaya çıkmış ve birçok ilki başlatan ünlü hekimler yetiştirilmiştir.

Osmanlı imparatorluğu döneminde, genel idari örgütlenmenin askeri baza oturmasına koşut olarak, daha çok orduya yönelik olan sağlık hizmetlerinin devlet eliyle yürütülmesi dışında sağlık hizmetleri; padişah, sultan ve hayırsever kişilerin kurdukları hastane, şifa evleri ve benzeri kuruluşlarca sağlanmıştır. Devletin sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama görev ve yetkisini elinde

bulunduran Reisül Etibbalık (Hekimbaşı) kurumundan başka resmi bir örgüt yoktur. İmparatorluk döneminde, monarşinin tüm özellikleri sağlık politika ve uygulamalarına da yansımıştır. İdari örgütlenmenin saray merkezli ve askersel olmasına koşut olarak, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri de daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Yaygın kitleler ise, genellikle serbest çalışan, tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almıştır (Akdur vd., 1998:29). Bunun yanında, kimsesiz ve yoksullar için, padişah ve yakınlarının hayra yönelik olarak kurduğu hastane ve şifa evleri ile askeri tabipler ve özel nitelikli vakıflarca da bir kısım sağlık hizmetleri verilmiş ise de, hakim olan hizmet biçimi özel hizmetlerdir.

2.1.2. Cumhuriyet Sonrası Dönem

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınması Cumhuriyet döneminde gerçekleşmiştir. 20. yüzyıl başlarında koruyucu hekimlik ve tedavi hekimliği birbirinden ayrılarak gelişmiş ve örgütsel gelişimde buna paralel bir gelişim göstermiştir. Cumhuriyet döneminde sağlık örgütü düzenlenirken, tedavi hekimliği; özel idare ve belediyelere, koruyucu hekimlik hizmetlerinin yürütülmesini de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na ana görev olarak verilmiştir (Günaydın, 1994:32).

Cumhuriyet döneminde, iktisadi sahada önemli atılımlar olmuş ve sanayileşme yolunda çeşitli sektörlerde rekabetçi kabul edilebilecek bir yapıya kavuşulmuş olmasına rağmen, sağlık sektöründe bununla paralel bir gelişme sağlanamamıştır (Yıldırım, 1994:23). Türkiye’nin sağlık altyapısında, günümüze kadar sağlanan iyileşmeye rağmen sağlık göstergeleri hala dünya ortalamasının üzerine çıkamamıştır.

Sağlık hizmeti özünde hep bir sorun olarak yer almıştır. Cumhuriyetimizin ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık verilerinin iyileştirilmesi için hükümetlerce birçok çalışma yapılmıştır. 1923-1937 yılları arasında Refik Saydam, sonrasında Behçet Uz dönemi tıp tarihimizde derin izler bırakan çalışma ve reformların etkili olduğu yıllar olmuştur. Nusret Fişek önderliğinde 60’lı yıllarda uygulamaya başlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi de en önemli çalışmalardan biri olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2003:7).

1980’li yıllara kadar geçen dönem, hizmetin iyileştirilmesi, sağlık alt yapısı ve örgütlerinin düzenlenmesi ile ilgili uygulamalara tanık olmuştur. 1983 sonrası yıllar, sağlık politikalarında önemli değişimlerin yaşandığı yıllardır. Bu yıllarda, “mevcut durumun, sorun olduğu anlayışına” dayanan reform çalışmaları hız kazanmıştır. 1990 yılı sonunda Dünya Bankası desteğinde yürütülen projeler temel olarak sağlıkta reform çalışmalarını konu edinmiş ve bu dönemde reform çalışmalarını adı “sağlık projelerine” dönüşmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2003:7).

2.1.2.1. 1920-1938 Dönemi

Sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi ile birlikte gerçekleşmiştir. Türkiye Büyük Millet Meclisi, 3 Mayıs 1920’de kabul ettiği 3 Sayılı Yasa ile Sıhhiye ve Muaveneti İctimaiye Vekâletini kurarak, sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirmiştir. Sağlık Bakanlığı’nı kuran yasanın kabulünden sonra, TBMM Hükümeti’nin ilk sağlık bakanı olarak atanan, Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında ne yerleşmiş, köklü bir örgüt ve alt yapı ne de toplumun gereksinimlere yanıt verecek yasal düzenlemeler vardı. Her şeyin yeniden ya da yoktan kurulması gerekiyordu. Bu nedenle de, günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcının bu tarih olduğunu söylemek yanlış olmaz (Akdur, 2006:28).

Adnan Adıvar’dan sonra, 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli aralıklar dışında, 1937 yılına kadar bu görevi sürdürmüştür. Dr. Saydam, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstermiş ve hizmetlerin yapılanmasına damgasını vurarak, sağlık hizmetleri tarihimizde onurlu bir yer edinmiştir. Bu nedenle, Refik Saydam Dönemi diyebileceğimiz bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur. Bu dönemde, illerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, sağlık örgütünün temel taşları oluşturulmuş ve hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları bu yöne kanalize edilmiştir (Akdur, 2006:29).

1920’de kurulan Sağlık Bakanlığı’nda 1920-1938 yılları arasında birçok alanda yeni düzenlemeler yapılmıştır. O dönemin koşulları dikkate alındığında bu düzenlemelerin yapılmasındaki amaçlar ise (Sağlık Bakanlığı, 2007b:98);

- Savaş sonrası sorunların çözülmesi,
- Nitelik ve nicelik açısından sağlık personelinin desteklenmesi,
- Merkezden köylere doğru bir yapılanma tesisi,
- Koruyucu sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmaktır.

Bu dönemde, koruyucu sağlık hizmetlerine ve bulaşıcı hastalıklarla savaşa büyük önem verilmiş, hasta tedavi hizmetleri öncelikli ve asli hükümet görevi olarak kabul edilmemiş, bu konuda daha çok yerel (belediye) yönetimlere görev verilmiştir. Ayrıca Merkezi hükümet bu çalışmalara yol gösterici olmak üzere Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da Numune hastaneleri kurmuştur (Sargutan, 2006:212). Bu dönemde başlatılan özellikle sıtma olmak üzere, sifilis, trahom gibi bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak gerçekleştirilen dikey örgütlenme bugün de devam etmektedir.

2.1.2.2. 1938- 1960 Dönemi

Bu dönemde merkezi yapıyı güçlendirmek ve sosyal içerik dâhilinde politikalar geliştirmek amacıyla yasal düzenlemeler yapılmış ve uygulamalara geçilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003:9). Refik Saydam döneminde temeli atılan sağlık hizmetlerinin geliştirildiği ve yeni politika ve uygulamaların yürürlüğe koyulduğu bir dönemdir. Dr. Saydam Dönemi’nden sonraki, ilk önemli girişim; 1946-1950 yılları arasında bakanlık yapan, Dr. Behçet Uz’dur. Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi’ne sunulan ve yürürlüğe sokulan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” olmuştur. Bu planın ana hatları şunlardır (Sargutan, 2006:213):

- Koruyucu hekimlik örgütü kurmak,
- Köylerde sağlık örgütü kurmak,
- İhtiyaca uygun sağlık personeli yetiştirmek,
- Hastane ve sağlık kuruluşlarını çağdaş hale getirmek,
- Tüm ülkede yeni sağlık tesisleri kurmak,
- Sağlık harcamalarının finansmanı için Milli Sağlık Bankası ve Sağlık Sandıkları kurmaktır.

Behçet Uz Planı diye de anılan bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştür. Bu planda, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Böylece, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk ediliyor sağlık hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş oluyordu. Geçmişte yalnızca büyük kentlerin yararlandığı yataklı tedavi hizmetlerinden kırsal bölgelerinde yararlanması hedeflenmiştir (Akdur, 2006:30).

Emekli Sandığı'nın kurulması ve sosyal sigorta kapsamının geliştirilmesi yönündeki çalışmalara da yine bu dönemde başlanmıştır. İl Özel İdareleri ve yerel yetkililer tarafından sağlanan hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bölge bazlı kurumsal örgütlenmeler de yine bu dönemde gerçekleştirilmiştir. Bölgesel Numune Hastaneleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri de yine bu dönemde kurulmuştur. Bunların yanı sıra, sağlık ocaklarının sayısı da hızla artmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007b:99).

1950 yılında iktidara gelen Demokrat Parti bir yandan sağlık merkezlerini tüm yurda yaymaya gayret ederken, öte yandan da 1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile il özel idarelerine, belediyelere ve vakıflara bağlı tüm hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na bağlamıştır (Sargutan, 2006:214). Böylece kamuya bağlı hastanelerin yönetimi (SSK ve Üniversite Hastaneleri hariç) tek elde toplanmış ve tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Bunun doğal bir sonucu olarak, bir yandan il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanarak, yalnızca büyük kentlerde var olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli başarılar kaydedilirken, öte yandan da var olan hastanelerdeki hizmetlerde iyileşmeler sağlanmıştır. Bu olumlu gelişme, hastane hizmetlerini Bakanlık Merkezi'nde önem ve önceliğe sahip olan tek konu haline getirmiştir. Böylece, birinci basamak ile koruyucu hizmetler öncelikli durumunu

kaybederek, arka plana itilmiş ve ihmal edilir hale gelmiştir. Diğer taraftan, bu tarihten itibaren yönetime hakim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmiştir. Zamanla daha da güç kazanan, bu politika yataklı tedavi kuruluşlarının Anadolu'ya yayılmasının hızını da kesmiştir. Tüm bu uygulamalardan da anlaşılacağı üzere, Cumhuriyet'in başından beri genel politika ya da resmi görüş sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu ve görevi olması yönünde olmuştur (Akdur, 2006:31). Buna karşılık, özel sağlık kuruluşlarının kurulması ve hizmet vermesine sıcak bakılmış, özel kurum ve kuruluşların kurulması ve gelişmesini engelleyen herhangi bir yapı bulunmadığı gibi bu kuruluşlar teşvik de edilmiştir.

2.1.2.3. 1961-1980 Dönemi

Bu dönemde farklı sağlık politikaları tartışılmaya başlanmış, ancak sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılması benimsenmiştir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası 1961'de yürürlüğe girmiştir ve halen yürürlüktedir. 1980'e kadar uygulanan sağlık yasaları da bu yasa çerçevesinde oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2003:9-10). Dikey örgütlenmeler kademeli olarak azaltılmış ve farklı sağlık hizmetleri sağlayan yapılar sağlık ocakları çatısı altında birleştirilmiştir. Sosyalleşme, pilot uygulamalar ile başlatılmıştır. 1960'dan sonra daha planlı bir dönem başlamış ve beş yıllık kalkınma planları sağlık politikalarının belirlenmesindeki en önemli etkenlerden biri haline gelmiştir. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sosyalleşme politikalarını temel alan programlar da oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2007b:100).

Anayasa doğrultusunda hazırlanan, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu amaca ulaşmak için, tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla ve yeniden düzenlenmesi ve örgütlenmesi amacıyla, zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 Sayılı Kanun) 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri

tarahimizde “Sosyalleştirme D6nemi” olarak adlandırabileceğimiz d6nem başlamıştır. Uygulamasına, 1963 yılında başlanan, Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin 1977 yılında t6m 6lkeye yayılması hedeflenmiştir. 1982 yılında ise, her 5000 kişiye bir “Sağlık Ocağı” kurulmasının tamamlanması 6ng6r6l6yordu (Akdur, 2006:32). Program t6m T6rkiye’ye yaygınlaştığında, belli bir sistemden yoksun olarak ve bir6ok kuruluşça ayrı ayrı y6r6t6len hizmetlerin doğurduğu sakıncalar giderilecek, hizmetler eğitim ve denetim zinciri ile birbirine bağlanarak, mevcut kaynakların en verimli bir şekilde kullanılması sağlanacaktır.

224 Sayılı Yasa, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en a6ık bir bi6imde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur. Bu Yasa ile sağlık hizmetlerinin her anlamda b6t6nleştirilmesi (entegre edilmesi) ve tek elden yurda yayılması 6ng6r6lm6ř ve ama6lanmıştir (Akdur, 2006:32-33).

Sonraki yıllarda da g6ndemden d6şmeyen Genel Sağlık Sigortası kavramına ilişkin tartişmalar da bu d6nemde başlamıştır. Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı ilk olarak 1967’de hazırlanmış fakat Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır. 1967’deki İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile Genel Sağlık Sigortası’nın oluşturulacağı beklentisi doğmuş, taslak kanun T6rkiye B6y6k Millet Meclisi’ne sunulmuş fakat kabul edilmemiştir. 1974’te Meclise tekrar sunulmuş fakat bu kez de tartişılamamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007b:100). Bu d6nemde hazırlanan t6m yasa, y6netmelik ve genelgeler sosyalleşmeyi temel alan d6zenlemeleri ama6lamıştır.

2.1.2.4. 1980’den – G6n6m6ze

1961 Anayasası’nda yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan “insan haklarına dayalı devlet” tanımı 1982 Anayasası ile değiştirilerek “insan haklarına saygılı devlet” şekline d6n6şt6r6lm6ştir. Aynı şekilde, sağlık ve sosyal g6venlik hizmetlerini devlete bir g6rev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin g6zeteceğini, d6zenleyeceğini ifade eden maddeler yerleştirilmiştir. Son yirmi yılın temel 6zelliği, sağlık sekt6r6n6, 6zellikle de kamu sağlık 6rg6t6n6, se6ilen ve benimsenen bu yeni resmi politikaya uygun hale getirme 6abaları ile ge6irilmiş olmasıdır (Akdur, 2006:33-34).

1980’lerdeki değişim, özelde sağlık alanında, genelde ise sağlığı etkileyen tüm toplumsal alanlarda bir “altüst oluş” olarak değerlendirenler olduğu gibi, Türk ekonomisinde dışa açılmanın ve ekonomik büyümenin başladığı, Türk girişimcilerin dev enerjisini açığa çıkarmak için altyapının hazırlandığı, ekonominin kendini yenileme fırsatı bulduğu bir süreç olarak değerlendirenler de vardır (Soyer, 2000:259). Bu iki farklı değerlendirmenin temelinde, kamu yönetimindeki anlayış farklılığı yatmaktadır.

Türkiye’de, günümüz sağlık sektöründeki tüm yapı ve uygulamaları bu iki politikanın çekişmesi belirlemekte olup, adeta bir karmaşa ortamı yaşanmaktadır. Bu karmaşanın doğal bir sonucu olarak, sağlık politikasının alt politikaları ya da pratikteki uygulamaları olan finansman, örgütlenme ve insan gücü alanlarında bir karmaşa ve belirsizlik vardır. Örneğin; finansman konusunda dünyada bilinen tüm yöntemlerin bir karması uygulanmakta olup, belirgin ve kesin olarak yeğlenmiş sağlık finansman biçimi yoktur. Aynı şekilde, örgütlenmede de dünyada bilinen tüm örgütlenme biçimleri uygulanmaktadır. İnsan gücünün gerek yetiştirilmesi ve gerekse istihdamı konusunda da net bir uygulamadan söz edilememektedir. Dünyada bilinen tüm istihdam biçimleri var olup, bunlar arasında yatay ve dikey geçişler de söz konusudur. Örneğin; aynı hekim hem devlet memuru, hem ek görevi var hem de özel çalışabilmektedir (Akdur, 2006:35).

1982 Anayasası, sağlık hizmetleri ve idaresinde 1961 Anayasası’ndakilere benzer hükümler içermektedir. Madde 60’da herkesin “sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ve bunun devletin sorumluluğu altında olduğu” ifade edilir. Genel Sağlık Sigortası ise Madde 56’da yer almakta ve “Genel Sağlık Sigortası oluşturulabilir” hükmü ile ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003:10).

1980’lerde, 1961’de başlayan toplumsallaşma politikalarının gelişimine şahit olunmuştur. Sağlık finansmanı yönetimindeki büyüme ile 1987 yılında genel sağlık sigortası konusu yeniden gündeme gelmiş fakat konu ile ilgili yasal düzenlemeler tamamlanamamıştır. Aynı yıl Ana Sağlık Hizmetleri Yasası çıkmakla birlikte bu yasa ile ilgili düzenlemeler de bugüne kadar uygulanamamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007b:101).

DPT sağlık sekt6r6 ile ilgili kapsamlı bir plan oluşturmuş, bu planla ilgili olarak 1992’de; Birinci Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış ve yeniden yapılanma s6reci başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003:10).

1993’de yapılan İkinci Sağlık Kongresi’nde ulusal sağlık politikaları belirlenmiştir. Bu yıllardan sonra da sosyal g6venlik kapsamında yer almayan ve 6deme g6c6 olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinin karşılanabilmesi i6in Yeşil Kart uygulamasına ge6ilmiştir. 1993’de yapılan İkinci Sağlık Kongresi’nde alınan kararlardan bazılarında yeni d6zenlemeler yapılmış fakat beklenen sonu6lar elde edilememiştir. Hastanelerin 6zelleştirilmesi ve 6zerkleştirilmesine y6nelik 6alışmalardan da bu yıllarda bir sonu6 alınamamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007b:101).

2003 yılı başı itibariyle Sağlıkta D6n6ř6m Programı başlatılmış, bu 6er6evede daha 6nce yapılması planlanan ve kalkınma planlarında yer alan konularla, yeni yaklaşımları da i6eren bu program ile sağlık sisteminde bir değişim başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003:10). Sağlık sekt6r6n6n “Herkes i6in Sağlık” başlığı altında d6n6ř6m6 i6in kararlı ve kapsamlı bir g6ndem teklif etmektedir. Ana ama6lar şunlardır (6zcan vd., 2004:21):

- Hastalığı engellemek ve sağlığı geliştirmek gibi anahtar kamu sağlık fonksiyonlarını muhafaza ederken bir hizmet tedarik6isi konumundan bir politika belirleyici ve sağlık sunumunu d6zenleyici olmaya doğru idari kapasitesini kuvvetlendirmek i6in Sağlık Bakanlığı’nın hem idari hem işlevsel y6nlerinin yeniden yapılandırılması.
- B6t6n toplum i6in genel bir sağlık sigortasının sağlanması.
- Sağlık finansmanını tek ve genel bir sağlık sigorta kurumu altında birleştirmek.
- B6t6n devlet hastanelerinin mali ve idari 6zerkliklerinin arttırılmasıdır.
- Aile hekimliği ilkelerine dayanan yeni bir ilk derece sağlık bakımı modelinin uygulanmasıdır.
- Ana ve 6ocuk sağlığının geliştirilmesi.
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılmasıdır.
- Sağlık sekt6r6nde 6zel sekt6r yatırımlarının desteklenmesidir.
- Sağlık hizmetlerinin idare yetkisini taşralarda ve beldelerde ulus-altı idarelere devretmektir.

- Gelişmede öncelikli bölgelerde gerek elde edilebilme ve beceri gerekse uzmanlık anlamında sağlık işgücünü güçlendirme.
- Sağlık ve sağlık sigortası alanlarında e-dönüşümün gerçekleştirilmesi.

Hükümet Programı'nda yer alan bu ana hedefleri bir başlangıç noktası olarak ele alarak Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile işbirliği içerisinde Sağlık Dönüşüm Programı (SDP) adında yeni bir program başlatmıştır.

"21. Yüzyılda Herkese Sağlık Stratejileri"nin temeli, 1978 yılındaki Alma-Ata Konferansı'nda atılmıştır. 1995 yılında toplanan Dünya Sağlık Örgütü 97. İcra Kurulu, 21. yüzyıla hazırlıklı girmek ve "Herkese Sağlık Stratejileri"nin yenilenmesini sağlamak amacıyla bir girişim başlatma kararı almıştır. Alma-Ata Konferansı'nın sonuçları ve 2020 yılına doğru temel eğilimler değerlendirilerek, 2020 yılına kadar "Herkese Sağlık Politikaları" geliştirilerek bunları gerçekleştirecek stratejiler belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, "Herkese Sağlık Politikası"nın yenilenmesinde, üye devletlerin daha aktif rol oynamasını ve "Herkese Sağlık Stratejileri"nin bütün dünyada ve bölgesel düzeyde daha uyumlu yürütülmesini sağlamak amacıyla, üye devletlerden görüş ve öneri istemiştir. 1984 yılında kabul edilen "Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Herkese Sağlık Stratejisi ve Hedefleri", her üç yılda bir ülkesel, bölgesel ve küresel düzeyde izlenip değerlendirilmektedir. İlki 1984-85, ikincisi 1990-1991 yıllarında yapılan bu değerlendirme işlemlerinin üçüncüsü ise 1996-1997 yıllarında yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007a:1).

Türkiye, "Herkese Sağlık Stratejileri"nin yenilenmesi çalışmalarına aktif bir şekilde katılmıştır. "Herkese Sağlık Konusunda Önde Gelen Halk Sağlığı Yöneticileri Seminerleri"nin yedincisi 9-12 Kasım 1998'de Türkiye'de gerçekleştirilmiştir. 8-12 Ekim 2000 tarihlerinde İstanbul'da toplanan "Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi"nde Avrupa Bölgesi için Sağlık 21 Hedefleri ve bunların Türkiye'ye uyarlanması tartışılarak, Ulusal Sağlık 21 Politikası geliştirme çalışmaları başlatılmış ve "Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri" uygulamaya konulmuştur. Hedefler için Türkiye'de mevcut durum, yürütülen programlar ve öneriler şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2007a:3-170):

Hedef 1: Avrupa Bölgesinde Sağlık İçin Dayanışma: 2020 yılına kadar, üye ülkeler arasında sağlık durumu arasındaki farklar en az 1/3 oranında azaltılmalıdır.

Hedef 2: Sağlıkta Hakkaniyet: 2020 yılına kadar, bütün üye ülkelerde sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farkı, özellikle dezavantajlı grupların sağlık seviyelerinin geliştirilmesi yoluyla en az 1/4 oranında azaltılmalıdır.

Hedef 3: Yaşama Sağlıklı Başlama: 2020 yılına kadar, bölgedeki bütün yeni doğan bebeklerin, bebeklerin ve okul-öncesi çocukların daha sağlıklı olmaları ve yaşama sağlıklı başlamaları sağlanmalıdır.

Hedef 4: Genç İnsanların Sağlığı: 2020 yılına kadar, bölgedeki genç insanlar daha sağlıklı olmalı ve toplumdaki rollerini/görevlerini yerine getirebilmelidirler.

Hedef 5: Sağlıklı Yaşlanma: 2020 yılına kadar, 65 yaş üstü insanlar tam sağlık potansiyellerinden zevk alabilme ve aktif sosyal rol oynama olanağına kavuşabilmelidirler.

Hedef 6: Ruh Sağlığının İyileştirilmesi: 2020 yılına kadar, ruhsal hastalıkları olan insanların psikososyal durumu iyileştirilmeli ve hizmetler daha geniş, ulaşılabilir ve erişilebilir olmalıdır.

Hedef 7: Bulaşıcı Hastalıkların Azaltılması: 2020 yılına kadar, halk sağlığı önemi olan bulaşıcı hastalıkların olumsuz etkileri eradikasyon, eleme ya da kontrolü için programların sistematik olarak uygulanması ile yok edilmelidir.

Hedef 8: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Azaltılması: 2020 yılına kadar, bütün bölgede ana kronik hastalıklara bağlı morbidite, sakatlık ve prematür mortalite en düşük ulaşılabilir seviyelere indirilmelidir.

Hedef 9: Kaza Ve Şiddet Nedeniyle Yaralanmaların Azaltılması: 2020 yılına kadar, bölgede kazalar ve şiddete bağlı yaralanma, sakatlık ve ölümlerde belirgin ve sürekli bir azalma sağlanmalıdır.

Hedef 10: Sağlıklı Ve Güvenli Fizik Çevre: 2015 yılına kadar, bölgede insan sağlığına zarar veren, çevre kirliliğine maruziyet düzeyleri uluslararası standartları aşmamalı ve insanlar daha güvenli bir fiziksel çevrede yaşamalıdır.

Hedef 11: Daha Sağlıklı Yaşamak: 2015 yılına kadar, toplumdaki insanlar daha sağlıklı yaşam şekillerini adapte etmelidirler.

Hedef 12. Alkol, Madde Ve Tütünün Zararlarını Azaltmak: 2015 yılına kadar, bağımlılık yapan tütün, alkol ve psikoaktif ilaç tüketiminin olumsuz sağlık etkileri bütün Üye ülkelerde azaltılmalıdır.

Hedef 13: Sağlıklı Çevreler: 2015 yılına kadar, bölgedeki insanlar, evde, okulda, iş yerinde ve yaşadıkları ortamlarda sağlıklı fiziksel ve sosyal çevrelerde yaşama fırsatlarına daha fazla sahip olmalıdırlar.

Hedef 14: Sağlık İçin Çok Sektörlü Sorumluluk: 2020 yılına kadar, bütün sektörler sağlık için sorumluluklarını fark etmiş ve kabullenmiş olmalıdırlar.

Hedef 15: Entegre Edilmiş Bir Sağlık Sektörü: 2010 yılına kadar, bölge insanları aile ve toplum odaklı, esnek ve uyumlu hastane desteği olan çok daha iyi temel sağlık hizmetlerine erişebilmelidir.

Hedef 16: Sağlık Kalitesi Yönetimi: 2010 yılına kadar, Üye ülkeler toplum-odaklı sağlık programlarından klinik seviyesinde bireysel hasta hizmetlerine kadar sağlık sektörü yönetimini sağlık çıktılarına doğru odaklanarak sağlanmalıdır.

Hedef 17: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Kaynakların Tahsis Edilmesi: 2010 yılına kadar, Üye ülkeler sağlık sistemleri için eşit erişim, maliyet-etkililik, çok yönlülük ve asgari kaliteye dayanan, sürdürülebilir finansman ve kaynak tahsis mekanizmalarına sahip olmalıdırlar.

Hedef 18: Sağlık İçin İnsan Kaynakları Geliştirilmesi: 2010 yılına kadar, bütün Üye ülkeler, bütün sağlık çalışanlarının ve diğer sektörlerde çalışanların sağlığın korunması ve ilerlemesi için uygun bilgi, tavır ve becerileri edinmesini sağlamalıdır.

Hedef 19: Sağlık İçin Araştırma Ve Bilgi: 2015 yılına kadar, bütün Üye ülkeler kazanç, etkili yarar ve herkes için sağlığı destekleyecek bilgi dağılımını destekleyecek sağlık araştırma, bilgi ve iletişim sistemleri oluşturmalıdır.

Hedef 20: Sağlık İçin Tarafların Harekete Geçirilmesi: 2010 yılına kadar, herkes için sağlık politikalarının uygulamasında, kamu ve özel sektör boyunca ve sivil toplum, sağlık için birlik ve ortaklıkları, bireyleri, grupları ve organizasyonları işin içine alınmalıdır.

Hedef 21: ”Herkes İçin Sağlık” İçin Politikalar Ve Stratejiler: 2010 yılına kadar, bütün Üye ülkelerin ülke, bölgesel ve yerel seviyelerde, uygun kurumsal altyapı, yönetim süreçleri ve yenilikçi liderlik desteği ile, herkes için sağlık için politikalara sahip olması ve yürütmesi gerekmektedir.

Avrupa’ da “Herkese Sağlık Hedef 21’ de” yer alan hedeflerin amacı; 2020 yılına kadar herkese ulaşılabilir en iyi sağlık hizmetini sunmaktır. Bu hedefe ulaşmadaki iki temel amaç; tüm insanların hayatları boyunca sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi ve hastalığa ve sakatlığa sebebiyet veren temel hastalıkların azaltılmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2007a:175).

Türkiye, 2003 yılından itibaren uygulanmaya başladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bugüne kadar yapılmış bütün çalışmaları da dikkate alarak, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması yönünde kapsamlı bir program yürütmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sayılan amaçlara ulaşırken, Dünya Sağlık Örgütü’ nün “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan “Katılım Ortaklığı Belgesi” ve ülkemiz tarafından hazırlanan “Ulusal Program” doğrultusunda Türk Sağlık Mevzuatı’nın, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ihtiyacını ve diğer uluslararası deneyimleri de dikkate almaktadır. 2020 yılına kadar herkese ulaşılabilir en iyi sağlık hizmetini sunmayı amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007a:177).

Türkiye’de son dönemlerde aile hekimliğine geçiş süreci yaşanmakta, diğer yandan da farklı kurumlarca yürütülen sağlık güvencesi sistemi tek çatı altında toparlanmaya çalışılmaktadır. Bir yandan bu yapılırken, öte yandan kamu sigortalarınca sağlanan ve oldukça geniş kapsamda olduğu söylenen yardımların (teminat paketlerinin) sınırlarının ve kamu sağlık sigortası prim miktarlarının, sigortalıların bağımlıları da dikkate alınarak güncel gerçeklere uygun olarak yeniden belirlenmesi istenmektedir (Özdemir vd., 2003:210).

Sağlıkta kaynakların etkin kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak hasta memnuniyetinin artırılması amacıyla, finansman, yönetim ve organizasyon, insan kaynakları ve hizmet sunumu alanlarında bilgi iletişim

teknolojilerinden azami derecede yararlanmaya yönelik tedbirler alınacaktır. Sağlıkla ilgili tüm verilerin karar verici süreçlerle ilgili veritabanları, tek numara sistemi temel alınarak kişisel bazda ve ulusal düzeyde oluşturulacak ve bu veritabanlarının güncelliği sürekli bir biçimde sağlanacaktır. Ülkemizde, “e-Sağlık” alanında stratejik eylem planlarını oluşturup bu doğrultuda kurumsal yapılanmaya geçmiş olan gelişmiş ülkeler gibi sağlık bilişimi konularında bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı olanaklardan yararlanarak; e-Sağlık, e-Devlet, e-Avrupa ve e-Avrupa+ eylem planları içerisinde temel stratejik alanlarda devletin sunduğu hizmetlerden özellikle sağlık hizmetlerine çevrimiçi erişilebilmesi ve hizmetlerin etkili, verimli ve şeffaf bir biçimde sunulmasını gerçekleştirmektir (www.sabem.saglik.gov.tr).

Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı’nın tek çatı altında toplanması amacıyla başlatılan çalışmalar çerçevesinde Genel Sağlık Sigortası’nın getirilmesi öngörülmüyor. Bu çerçevede sosyal güvenlik kapsamı dışında olanlar da sağlık hizmetlerinden yararlanacaktır. Yoksulların hastane masrafı devlet tarafından ödenmesi öngörülmüştür.

Kaynakların tek elden kullanılmasıyla verimlilik artacaktır. Hem maddi kaynakların kullanımında, hem personelin planlamasında yüksek verimlilik sağlanacak, ortak kullanımla ilk adımı atılan ‘herkese sağlık’ uygulaması, her alanda, her ortamda, herkese açık sağlık hizmetine dönüşecektir. Sosyal güvencesi ne olursa olsun, vatandaşlarımızın istediği hastaneden, hekim seçme özgürlüğü ile istediği doktordan istediği kalitede sağlık hizmeti almasının önü açılmış olacaktır.

WHO, OECD ve Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırılabilir düzeyde sağlık verileri elde edilebilecek ve uluslar arası kuruluşlarla zamanında ve güncel sağlık veri değişimi mümkün olabilecektir. E-Sağlık uygulamalarına yönelik proje konsorsiyumlarının (şirketler birliği) oluşturulması ve gelişecek uluslararası işbirliği sayesinde ülke düzeyinde bilgi birikimi oluşturulabilecek ve gelecekte ülkemizin uluslararası programlarda lider konumunda yer alabilmesi mümkün olabilecektir (www.sabem.saglik.gov.tr).

Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşundan önce ve sonra sağlık hizmetleri sistemi değerlendirildiğinde, yapılmış olan işlerin sadece ülkede yaşayan vatandaşlara değil, tüm dünyaya örnek olacak atılımlar olduğu tespit edilmiştir.

2.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GELİŞMİŞLİK DÜZEYİ VE SORUNLARI

Türkiye’nin sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir. Bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu sigorta modeli uygulanırken, diğer taraftan kamu yardımı modeli uygulanmaktadır. Türkiye vatandaşları sağlık hizmetlerini kamu kuruluşlarından alabildikleri gibi, serbest piyasa sistemi içerisinde kar güdüsüyle faaliyet gösteren özel sağlık kurumlarından da temin edebilmektedir (Akın, 2007:38).

Bu bölümde Türkiye’nin mevcut sağlık düzeyini ele alırken, Türkiye’nin sağlık hizmetlerindeki temel sorunlar üzerinde durulacaktır.

2.2.1. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Gelişmişlik Düzeyi

Türkiye, Avrupa ve Asya kıtaları arasına yerleşmiş toplam 774,815 km alanı ve 67 milyonluk nüfusu ile oldukça büyük olan ülkelerden biridir. Kilometre kareye düşen ortalama nüfus yoğunluğu 82 olup, hızla kentleşen bir yapıya sahiptir ve nüfusunun %59.1’i kentlerde yaşamaktadır. Cumhuriyet’ten sonra eğitime verilen öneme paralel olarak, toplumun eğitim düzeyi hızla yükselmekte olup, erişkinlerde okuma-yazma oranı %80’e ulaşmıştır. Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında, oldukça genç bir nüfus yapısı vardır. On beş yaşın altındaki nüfusun genel nüfusa oranı %31.7, buna karşılık 65 yaş üzerindeki nüfusun oranı %4.8’dir. Kaba doğum hızı %20.5, kaba ölüm hızı %6.4’dür. Bu oranlardan da anlaşılacağı üzere, yıllık nüfus artış hızı %14.1 olup oldukça yüksektir. Özetle, Türkiye’de, çok doğuran, çok ölen ve hızla nüfusu artan bir toplum yapısı vardır (Akdur, 2006:41).

Yakın geçmişte kaydedilen önemli ilerlemelere rağmen, Türkiye hala sağlık düzeyi bakımından orta gelirli ülkelerin çoğunun gerisindedir. Sağlık hizmetleri sektörü karmaşık ve çok başlı bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. Sektörde “stratejik yönetim” ciddi bir eksiklidir. Sağlık Bakanlığı, daha çok kendi kurumlarında hizmet vermeye yoğunlaştığından politika geliştirme ve sektöre yön vermekte yetersiz kalmaktadır. Bakanlık, SSK, Üniversite hastaneleri, Kurum hastaneleri ve Özel hastaneler arasında etkili bir koordinasyon olmadığından, hizmet ve yatırım planlaması toplumsal ihtiyaçlarımızla paralel olarak yapılamamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003:14).

Cumhuriyet döneminde, diğer birçok sektörde olduğu gibi, sağlık sektöründe dolayısıyla toplumun sağlık düzeyinde büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Bazı sağlık düzey ölçütlerinin, geçmişteki ve günümüzdeki durumu kıyaslandığında bu gelişme daha da bir netlik kazanmaktadır. Örneğin; 1920'lerde binde 250'nin üzerinde olduğu tahmin edilen bebek ölüm hızı günümüzde binde 35.3'lere düşmüştür. 1960'lı yıllarda binde 16 olan kaba ölüm hızı, günümüzde binde 6.4'dür. Bu gelişmeler sonucudur ki; 1960'larda doğuşta beklenen yaşam süresi 50 yıl iken, bugün, bu süre 68.2 yıla çıkmıştır. Toplumun sağlık düzeyindeki bu hızlı iyileşmeye karşın, bu gelişmenin yeterliliği veya yetersizliği her zaman tartışılmış ve tartışılmaktadır. Akdur'a göre (2006:42-43) özellikle diğer ülkelerin sağlık düzeyleri ile kıyaslama yapıldığında, Türkiye'deki durumun çok iyi olduğu söylenemez. Toplumun sağlık düzeyinin en iyi göstergelerinden birisi bebek ölüm hızıdır. Bu hız açısından, Türkiye'yi diğer ülkelerle kıyaslandığında, gelişmiş ülkeler bir yana, ekonomik gelişmişlik açısından daha geri olan birçok ülkeden bile daha iyi durumda olmadığı görülmektedir. Diğer sağlık düzey ölçütleri açısından da durum benzerdir. Özetle, Türkiye'de sağlık düzeyi, ekonomik gelişmişliği ile orantılı olmayan ekonomik gelişmişliğinin çok gerisinde kalan bir düzeydedir.

Bir ülkenin sağlık sektörünün yeterliliği ortaya konurken bakılan diğer bir unsurda yapılan toplam sağlık harcamalarının miktarı ve bu harcamaların GSYİH içerisindeki payıdır. Tablo 2-1'de Türkiye'de gayri safi yurtiçi hasıla içinden sağlığa ayrılan payın yıllara göre değişimi görülmektedir.

Tablo 2-1: Türkiye Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre GSYİH (%) İçerisindeki Payı

Yıllar	Türkiye Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre GSYİH İçerisindeki Payı (%)
1995	3.4
1996	3.9
1997	4.2
1998	4.8
1999	6.4
2000	6.6
2001	7.5
2002	7.4
2003	7.6
2004	7.7
2005	7.6

Kaynak: OECD, Health Data (2007).

1995 ile 2005 yılları arasında Türkiye’de GSYİH’den sağlık için ayrılan pay %3.4 ile %7.6 arasındadır. Bu oran gelişmiş ülkelerin GSYİH’larından sağlığa ayırdıkları pay ile karşılaştırıldığında yeterli gibi görünse de, gelişmekte olan dolayısıyla GSYİH’sı düşük olan bir ülkenin sadece temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamakta, koruyucu sağlık hizmetleri ve uzun süreli tedavi hizmetlerinin satın alımında ciddi sıkıntıları da beraberinde getirmektedir. Zaman içerisinde nüfusun ve nüfus içerisindeki yaşlı insan oranının artacağı düşünülürse, uzun süreli tedavi hizmetleri harcama kalemi hızla artacak ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı içinde daha fazla kaynak ihtiyacı doğacaktır (TÜBİTAK, 2003).

Türkiye'nin yaklaşık 400.4 milyar dolar olan ulusal gelirinin, %3 ile %4'ü arasında bir pay her sene sağlık harcamalarına gitmektedir. Son 20 yılda sağlığa ayrılan toplam kaynaklar artmıştır. 1980 yılında 55 dolar olan, kişi başına düşen sağlık harcaması, 2000 yılında 135 dolara ulaşmıştır. Sağlık harcamaları eğitim harcamalarında olduğu gibi bir ekonomide büyüme ve verimliliği arttıran harcamalar olarak değerlendirilmektedir. Sağlık harcamalarının miktar ve kalitesinin artması yaşam süresini uzatması nedeniyle, istihdam süresini de uzattığı gibi koruyucu sağlık hizmetleri yolu ile yarattığı pozitif dışsallıkla da büyüme üzerinde olumlu bir etki ortaya koymaktadır (Üzmez, 2006:71-73).

2.2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Temel Sorunları

Türk sağlık reformları diğer ülkelerde görülen reform çabalarına paralel olarak 1980'lerde başlamıştır. Reform konuları açısından diğer ülkelerde de çok genel anlamda görülen sağlık hizmetlerinde devletin ve piyasanın değişen rolleri, desantralizasyon (yerinden yönetim), tüketicilerin güçlendirilmesi ve halk sağlığının rolü olarak dört temel konuyu kapsayan bir reform çerçevesi olduğu söylenebilir. Türk sağlık sektöründe devletin ve piyasanın değişen rolleri konusunda köklü değişimler olamamakla birlikte özel sektörün rolünün artırılmasına ilişkin eğilimler olduğu söylenebilir. Türkiye'de özellikle; kaynakların yetersizliği, hizmet kalitesinde istikrarsızlık, tıbbi standartlarda düşüş, kısıtlı arza rağmen, kaynakların kötü kullanımı ve sağlık sisteminde düşük verimlilik sağlık reformlarının gerekçelerini oluşturmaktadır (Akın, 2007:60).

Bugün Türkiye'nin önde gelen sağlık sorunlarının başında yüksek doğurganlık, bebek ve ana ölümleri, beslenme bozuklukları, kontrol altına alınamayan çevresel sorunlar ve nüfusun hızla artması konuları gelmektedir. Türkiye'deki yüksek nüfus artış hızı ve özellikle büyük kentlere yönelik hızlı göç, sağlık hizmeti ihtiyacını ve talebini belirleyici bir rol oynamaktadır. Ayrıca nüfusun yaş bileşimi de önemli bir etkidir. Nüfusun %75'inin 40 yaşın altında olması ve ortalama yaşın yalnızca 19 oluşu sağlık hizmetlerine yönelik talebi ve beklentileri belirlemektedir (Karaelmas, 1994:40-41).

Türkiye'de her yıl 0-5 yaş grubundaki 250 bin çocuk ölmektedir. Ölümünün %54'ü doğuma bağlı nedenler ile zatürre, ishal, beslenme bozuklukları gibi önlenmesi oldukça basit hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Etkili bir eğitim çalışması ile ölüm oranları

düşürülebilir. Bir başka sorunda, sağlığa ayrılan kaynakların sınırlı oluşu yanında verimsiz kullanılmasıdır. Ülke koşullarına tam uymayan sağlık politikaları kaynakların verimli kullanılmasını engelleyen etkenlerin başında gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin çok farklı kuruluşlar tarafından ve gerekli eşgüdüm bulunmaksızın yürütülmesi de verimsiz kaynak kullanımının ikinci bir nedenidir (Karaelmas, 1994:41).

Türkiye Cumhuriyeti kuruluşundan 1980'lere kadar geçen dönemde, hizmetin iyileştirilmesine yönelik sağlık alt yapısı ve örgütlenmeyle ilgili pek çok değişikliğe tanık olunmuştur. Bu çabalar özellikle 80'li yıllardan itibaren yoğunluk kazanmıştır. Bu çalışmalar sağlık sistemini oluşturan farklı bileşenler üzerinde yoğunlaşmakla birlikte, 1980 öncesi sağlık politikalarında kabul gören iyileştirmeye yönelik yaklaşımlardan öte sağlık sisteminin tüm bileşenlerinde sorun görüldüğü ve sağlık sistemini değiştirmeye yönelik reform düşüncesi ile harekete geçilmiştir. Sağlık dahil tüm sektörler bu kararlardan etkilenmiştir. Sağlık sektörünü piyasa ekonomisine adapte edebilmek için yapılan girişimlerden biri 1987 yılında, "Temel Sağlık Hizmetleri" yasasının çıkarılması olmuştur. Ancak bu yasanın bazı önemli maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Yasa, halen yürürlükte olmasına rağmen uygulamaya geçilmesi mümkün olmamıştır (Akın, 2007:60).

Sağlık hizmetlerindeki önemli sorunlardan biri, nüfusun önemli bir bölümünün herhangi bir sosyal güvenlik programı kapsamında yer almamasıdır. Sosyal güvenlik örgütleri çerçevesinde yer alıp, sağlık hizmetinden yararlanma hakkına sahip olanlar, tüm nüfusun %60'ını oluşturmaktadır, nüfusun %40'ı ise sağlık hizmeti sunan bir sosyal güvenlik şemsiyesinden yoksundur. Bu durum, bir yandan söz konusu nüfusun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini almasını zorlaştırmakta, bazen imkânsızlaştırmakta sağlık kuruluşlarını önemli bir sorunla karşı karşıya bırakmaktadır. Herhangi bir sosyal güvenlik programının kapsamında olmayan ve ödeme gücü de yetersiz olan kimselere sağlık hizmeti sunulması en önemli sağlık sorunlarından biridir (Karaelmas, 1994:42).

Türkiye'de sağlık hizmetlerindeki önemli sorunlardan biri de rasyonel ve etkin bir sevk zincirinin bulunmayışıdır. Sağlık sorunu bulunan kişiler çoğunlukla doğrudan en yetkili kuruluşlara ve en yetkili uzmanlara başvurma eğilimindedir. Rasyonel ve aşamalı bir süreç olmayışı, hem sağlık personelinin ve zamanın verimsiz kullanımına yol açmakta,

hem de bu tür kuruluş ve kişilere esas başvurusu gerekenlerin daha uzun süre beklemlerine neden olmaktadır.

Türkiye’de, hizmetlerin alt yapısındaki yetersizlikler nedeniyle, kırsal bölgelerde yaşayanlar, kentlerde yaşayanlara kıyasla, sağlık hizmetlerini daha az kullanabilmektedir. Buna neden olan etmenlerin başında, kırsal birimlerdeki personel eksikliği gelmekte, bunu ulaşım sorunları, finans sorunları ve toplumun sağlık hizmeti kullanma alışkanlığındaki yetersizlik gibi etmenler izlemektedir. Toplumun %15 kadarının sağlık güvencesine sahip olmaması hizmetlerin kullanımını olumsuz etkileyen diğer önemli etkenlerden biridir (Sağlık Bakanlığı, 2001:44). Özellikle kentsel bölgelerde, sağlık ocaklarının ilk başvuru noktaları olarak kullanılamaması hizmet kullanımına ilişkin önemli sorun alanlarından bir diğerini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve hizmetin finansmanında eşitlik yaşamsal öneme sahip bir amaçtır. Eşitlikçi bir sağlık sisteminin arzu edilebilirliği konusu üzerinde çok az tartışma olmasına karşın eşitlik üzerindeki politikaları ve uygulamaları etkileyebilecek yeterli düzeyde bilgiyi sağlamak kolay değildir (Creese ve Parker, 1994:99).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesindeki başlıca sorun karmaşıklılıktır. Sağlık hizmetlerinden birinci derecede Sağlık Bakanlığı sorumlu olmakla birlikte, birçok kamu kurumunun hastaneleri ve dispanserleri vardır. Ayrıca, özel sektör de sağlık hizmetleri alanında önemli bir paya sahiptir. Bu durum hizmetlerde kaynak israfına yol açmakta ve hizmetlerin koordinasyonunda güçlükler yaratmaktadır. Sektörde en büyük paya sahip olan Sağlık Bakanlığı’nın en önemli sorunlarından biri aşırı merkeziyetçiliktir. Hizmetler ile ilgili ayrıntı ve yerel düzeydeki kararlar bile Sağlık Bakanlığı merkezinde alınmaktadır. Taşra teşkilatının yetkileri çok sınırlıdır; halkın sağlık hizmetlerine katılımı gerçekleştirilememiştir (Sağlık Bakanlığı, 2001:44).

Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikasının çizilmesi ve uygulanmasından resmen sorumlu olmakla birlikte, diğer sağlık kuruluşları üzerindeki yetkisi oldukça sınırlıdır. Özetle, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi veya eşgüdümü söz konusu değildir. Birçok kuruluş, birbirinden habersiz hizmet üretmeye çalışmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak, var olan kaynakların verimli kullanılması sağlanamamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansman biçimi ve sağlık örgütlenmesi ekonomik, sosyal, demografik yapı, siyasal tercihler gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bu yönüyle, ülkelere bakıldığında sağlık sektörünün çok farklı yapılanmış olduğu ve hiç birinin birbirine benzemediği görülmektedir. Bu da çok çeşitli sağlık politikalarının var olduğu izlenimini vermektedir. Bu durumda bir ülkedeki sağlık sektörünün değerlendirilmesi ve sorunlarının saptanıp çözümlenmesinde pek çok farklı boyutun bir arada ele alınması gerekmektedir. Sağlık politikası ve sağlık hizmeti anlayışları, genel olarak iki seçenek halinde karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan birisi, sağlık yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılan hak ve temel insan hakkı sayan politikadır. Bu politika, bu hakkın yerine getirilmesinde sorumluluk ve görevi devlete verir. İkincisi ise, sağlığın bireysel bir olgu olarak gören, bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasa koşullarına bırakan ve insanların bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını öngören politikadır (Çalışkan, 1999:112).

Bu çerçevede, ülkemizde Cumhuriyet'in kuruluşundan günümüze kadar yaşanan dönemde bu iki politikanın her ikisine de ait uygulamaların olduğunu görmektedir (Çalışkan, 1999:113). Ancak, son yirmi yılın uygulamalarına ve sonuçlarına bakıldığında, sağlık sektöründe kamunun payı giderek küçülmektedir. Bunun yanında gayri safi milli hâsıladan sağlık harcamaları için ayrılan payın, belirli bir oranın üzerine çıkmadığını, temel sağlık göstergelerinde iyileşme sağlanamadığını, finansman yapısının giderek bozulduğunu, kısacası genel bir sağlık güvencesi sisteminin oluşturulamadığı görülmektedir.

2.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DURUMU “SWOT ANALİZİ”

S.W.O.T. Analizi, bir organizasyonun güçlü ve zayıf yönlerini, ayrıca dış çevredeki fırsat ve tehditleri tespit etmeye yarayan bir yönetim tekniğidir. S.W.O.T. Analizi, organizasyonların yakından incelenebilmesi için son derece faydalı bir yöntemdir. Bu yöntem, yöneticilerin her an yapabilecekleri basit bir işlemdir (Aktan, 2006:15).

S.W.O.T. Analizi'nin amacı, güçlü yönleri ortaya çıkarırken zayıf tarafları da düzeltmek için gereken örgütsel davranışları tanımlamaktır. S.W.O.T. kısaltması aşağıdaki gibidir (Çakıroğlu, 2006:23):

Strengths (Kuvvetli Yönler) – İyi yapılanlar nelerdir?

Weaknesses (Zayıf Yönler) – Geliştirilmesi gerekenler nelerdir?

Opportunities (Fırsatlar) – Performans nasıl artırılabilir?

Threats (Tehditler) – Neler organizasyon için risk unsuru olabilir?

Türk sağlık sisteminde zayıf yönler güçlü yönlere göre daha baskın durumdadır. Hızla değişen dünyadaki yeni şartlara ayak uydurmada ise Türk sağlık sistemi için bazı fırsatlar ve tehditler söz konusudur. Türkiye’de sağlık kurumları yetersizlikler ve aksaklıklara rağmen geleneksel bir çalışma yöntemine ve organizasyona sahiptir (Tutar ve Kılınç, 2007:45).

Güçlü Yönleri:

Türk sağlık sisteminin güçlü yönleri aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmaktadır (Çakıroğlu, 2006:23-24; Tutar ve Kılınç, 2007:45; Aktan, 2006:15-16; TÜBİTAK, 2003).

- Türkiye yaş ortalaması açısından genç bir nüfusa sahiptir. Yeterli iş olanaklarına kavuşturulduğu takdirde genç nüfus sağlık sektöründe işgücü, finansman ve insan kaynakları açısından avantaj taşıyabilir.
- Sağlık personeli, özellikle büyük tıp merkezlerinde, yüksek teknolojiyi kullanmakta ve yeni uygulamaları yapabilmektedir.
- Türkiye’de sağlık kurumları yetersizlikler ve aksaklıklara rağmen geleneksel bir çalışma yöntemine ve organizasyona sahiptir. Sağlık göstergelerinde gittikçe iyileşme vardır.
- Sosyal güvenlik sistemi tam ve etkin işlemese de nüfusun önemli bir kesimi sosyal güvenlik şemsiyesi altındadır. Türk toplumu hastalıkların tedavisi için tıp merkezlerine gitme alışkanlığına sahip olmuştur.
- Referans hastanelerin birçoğunda çağdaş teknolojik donanım yeterli düzeyde bulunmaktadır.
- Tıp Fakültesi hastanelerinin sayı olarak arttırılarak yaygınlaştırılması tıpta eğitim seviyesinin düşmesi ve gereksiz yere yüksek sayıda hekim yetiştirilmesi gibi sakıncaları içermekle birlikte, daha doğru işletmecilik kuralları uygulandığı

takdirde bu hastaneler kamu hastanelerinin görevlerini daha fazla destekleme potansiyeli taşımaktadırlar.

- Hastane döner sermayeleri, Devlet Planlama Teşkilatı ve hükümet politikalarıyla desteklenmiş ve bunun sonucunda başta gelişmiş hastaneler olmak üzere sermaye sistemleri yerleşmiştir. Bu şekilde sağlık sektöründe reel para akışı sağlanmış, hastanelerin profesyonel ve çağdaş işletmeler olabilmesine ilişkin bir ilk adım atılmıştır.
- Türkiye’de verimli çalışan hekim ve sağlık personeli için, verimli çalışmayan personelle kıyaslandığında finansal açıdan ödüllendirme mekanizması yok denecek kadar kısıtlıdır. Bununla birlikte, yeni yasal düzenlemelerle, döner sermaye katkı payına göre hekimlerin aldığı destekle bazı kısıtlı olanaklar sağlanmıştır. Yeni yerleşmekte olan bu modelin geliştirilmesi, verimliliğin ödüllendirilmesi gibi bir temel çalışma kuralının işlemesi sağlayabilir.
- Türkiye’de özel hastane işletmeciliği son dönemlerde bir miktar desteklenmiş ve birçok yetersizlikler olmakla birlikte bu konuda sınırlı bir deneyim yaşanmıştır.
- Türkiye’de birçok aksaklık ve yetersizliklere rağmen, bebek ölüm hızında, aşıyla korunabilen hastalıklarda, verem ve sıtma gibi hastalıklarda yavaş ancak düzenli bir azalma mevcuttur. Bu azalma tümüyle olmasa bile kısmen sağlık kurumlarının bu konuyla ilişkili çalışmalarına bağlıdır.
- Türkiye’de bir eczane ve iletişim ağı mevcuttur.
- Dünya çapında büyük tehdit oluşturan HIV enfeksiyonu ve AIDS hastalığı, son yıllardaki yavaş artışa rağmen Türkiye’de gelişmiş Batı ülkelerine göre çok daha azdır.
- Türkiye’de geleneksel nedenlerle, uyuşturucu madde bağımlılığı, alkol tüketimi ve alkolizm oranı, gelişmiş Batı ülkelerine göre daha düşüktür.
- İşletmede ciddi sorunlar olsa da, birinci basamak sağlık hizmetlerinde fiziksel alt yapı ve hizmet ağı mevcuttur.
- Türkiye iletişim ve bilişim teknolojisinde bazı önemli gelişmeler sağlamıştır.
- Yaşlı, hasta ve sakatların bakım ve desteklenmeleri çoğu zaman geleneksel olarak aile içinde sağlanabilmektedir. Bu durum sağlık sistemini bir ölçüde rahatlatmaktadır.
- İşletmede bazı sorunlar olmakla birlikte 112 acil hasta taşıma sistemi kurulmuştur.

Zayıf Yönleri:

Türk sağlık sisteminin zayıf yönleri aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmaktadır (Çakıroğlu, 2006:25; Tutar ve Kılınç, 2007:45-46; Aktan, 2006:16; TÜB TAK, 2003).

- Sağlık kuruluşlarının çoğunun personelin kontrolünün, merkezi ve politik bir kuruluş olarak Sağlık Bakanlığının elinde bulunmaktadır. Bu durum, hükümetlerin politik menfaatlerini arttırmakta ve ülkenin sağlık sorunlarının çözümünde yetersizliklere yol açmaktadır.
- Türkiye’de sağlık politikaları, ülkenin sağlık sorunlarına gerçekçi, akılcı ve kalıcı çözümler getirmekten çok, hükümetlerin ve politikacıların seçimlerde tabandan gelen tepkileri önleyebilmeleri prensibi üzerine oturmuştur. Türkiye’de sağlık alanında güçlü bir merkeziyetçi-bürokratik gelenek ve sistem hâkimdir.
- Sağlık sorunlarına idari yaklaşımların çoğu, günümüzde sağlığın tüm ülke düzenini etkileyebilecek büyüklükte, sektörel ve tümüyle profesyonel bir alan olduğunu kavramaktan uzaktır. Türkiye’de sağlık sorunlarının çözümünde akılcılık ve gerçekçilik birer dünya görüşü olarak benimsenmemiştir.
- Türkiye gelir kaynakları ve ekonomik açıdan artı değerleri düşük bir ülkedir. Sağlık harcamalarına bütçeden yeterli pay ayırlamamaktadır.
- Türkiye’nin sağlık için devlete bağlı kurumlar yoluyla harcadığı gerçek toplam harcama belirli değildir. İçlerinde TBMM, Askeri Hastaneler ve Merkez Bankası gibi kuruluşların bulunduğu birçok devlet kurumu, kendi personel ve yakınlarının sağlık harcamaları için, sigorta primi ödeyen vatandaşlara dahi sağlanmayan özel ayrıcalıklar sunmaktadır. Kamu kaynaklarından sağlanan tüm bu kalemler göz önüne alındığında ortaya çok daha değişik bir israf, çifte standart ve eşitsizlik tablosu çıkabilmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin finansman yönetimi, profesyonel nitelikte, alanlarında yeterlilikleri kanıtlanmış kişilerce değil, kalifiye olmayan kişilerce yapılmaktadır. Sonuçta, sağlık sektöründe gelir ve gider dengesi tümüyle bozulmuş, büyük iç borçlanmalara gidilmiş sağlık sisteminin açıkları, prensipte bu amaç için toplanmayan genel bütçenin vergi ve fonlarınca karşılanmaya çalışılmış ve sistem reel anlamda iflas etmiştir.

- Türkiye’de kamu kesimindeki sağlık sisteminde, sağlığa ayrılan kısıtlı kaynaklar, politik nedenlerle ve asıl amacından farklı olarak, koruyucu tıp ve sağlıkta altyapı yatırımlarından çok tedavi edici tıp alanına yönlendirilmektedir.
- Sağlık harcamaların çoğu cari giderlere ve verimsiz alanlara harcanmaktadır.
- Çarpık kentleşme halk sağlığını olumsuz etkilemektedir.
- Sağlık hizmetinin gerçek anlamda pirim veya katkıda bulunanlardan çok, katkıda bulunmayanlar tarafından kullanılmaktadır.
- Toplum sağlık sorunlarının çözümünde ve finansmanında sorumluluk alma alışkanlığına hiç sahip olamamıştır. Devlet sübvansiyonu bu alışkanlığın yerleşmesini bir ölçüde engellemektedir.
- Sivil toplum kuruluşları ve genel olarak toplum, organize olmaları gereken alanlarda yetki ve sorumluluk alacak entelektüel ve kültürel birikimden yoksundur. Bu durum, her türden problemde devleti aracı gösterme eğilimini desteklemektedir.
- Kamu sağlık kuruluşları mali anlamda dokunulmazlık taşımaktadır ve kamudan denetimsiz mali destek almaktadır. Bu durum sektör içinde ödemeler söz konusu olduğunda çifte standart yaratmaktadır.
- Yasal durum, hastanelerin ve sağlık kuruluşlarının alacaklarını, kamu kaynaklarından, borçlu kurumlardan ve sağlık hizmeti gören kişilerden almaya uygun değildir.
- Halkın gelir düzeyi düşüktür.
- Türkiye’de kamu alanında sağlık kuruluşlarında hekim ve personel çalıştırılması, çoğu zaman, devlet memuriyeti yasalarıyla düzenlenmektedir. Bu yasalar uyarınca, iş verilen kişilerin eğitimlerinin seviyesi, ürettikleri işin kalitesi ve miktarı, çalışma verimliliği gibi temel ve çağdaş işletmecilik kavramları hesaba katılmamaktadır. Bu duruma bağlı olarak, verimliliği yüksek olan ile üretmeyen personelin aynı haklara sahip olması iş verimini tümüyle azaltan bir çalışma ortamı oluşturmaktadır.
- Sağlık Bakanlığı, Üniversitelerin özerkliğini hiçe sayarak, genç hekimlerin tıp fakültesi diplomalarına ve uzmanlık belgelerine el koymakta “zorunlu devlet hizmeti” yasası çerçevesinde onların özgür çalışma haklarını ortadan kaldırmaktadır. Uygur ülkelerde ise, bu türden eğitim belgelerinin sertifikasyonu

sivil, bağımsız veya özerk kurumlarca yapılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde, kazanılmış olan özgür çalışma hakkı anayasal güvence altındadır.

- Türkiye’de Tıp alanı yüksek seviyeli öğrencilerin eğitim tercihi olmaktan hızla uzaklaşmaktadır. Bu durum, halk sağlığı açısından gelecekte önemli bir tehlike oluşturabilecektir.
- Yetersiz ve yeni olan birçok tıp fakültelerinde, yüksek sayıda hekim ve uzman hekim yetiştirilmektedir. Bu konuda etkili bir denetim ve planlama mekanizması yoktur. Yukarıda sayılan sorunlarla birlikte iyi yetişmiş hekim oranı hızla azalmaktadır. Bu durum gelecekte büyük bir halk sağlığı sorunu olarak Türkiye’nin önüne çıkabilecektir.
- Türkiye’de sağlık sorunlarının çözümlenmesi sadece hekimin varlığına bağlayan anlayış etkisini sürdürmektedir. Gerçek ihtiyaçlar olan, hekim dışı sağlık personeli, altyapı yatırımları ve doğru işletmecilik anlayışı adına ciddi bir atılım yapılmamaktadır. Türkiye’de mevcut ve yetişmekte olan hekim sayısı, hekimlerin verimli olarak çalışabileceği donanımlı sağlık kuruluşlarının sayısı arasında büyük bir uyumsuzluk vardır.
- Gelişmiş Batı ülkelerinde, tıpta eğitim, planlama ve denetim büyük oranda Sağlık Bakanlıklarınca değil sivil meslek kuruluşlarınca yürütülmektedir. Ayrıca, bu durum Avrupa Birliği uyum sürecinde bir zorunluluk olarak Türkiye’nin önünde durmaktadır. Buna karşın, Türkiye’deki işlerlik bunun tam tersidir. Türkiye’de sağlık alanında, merkezi ve yetkilerini devretmeye yatkın olmayan güçlü bir bürokratik sistem vardır.
- Kamu hastane ve kuruluşları için büyük ve denetimsiz kamu kaynağı sübvansiyonu mevcuttur. Buna karşın, sağlık alanında özel sektöre verilen teşvik ve destek son derece yetersizdir. Bu durum, özel hastanelerin çalışması ve gelişimini olumsuz etkilemektedir.
- Kamu hastaneleri ve özellikle acil tıp hizmetlerinin merkezi bürokratik ve politik yönetimden kurtulması anlamına gelen desantralizasyon (yerinden yönetim), bölgesel sivil toplum kuruluşlarının, yerel idare ve il idarelerinin tedavi edici ve özellikle acil tıp alanındaki yetki ve sorumluluk alması anlamına gelmektedir. Bu konsept Türkiye’de hemen hemen hiç gelişmemiştir.

- Türkiye, sağlık sektöründe ilaç sağlık malzemesi ve teknik donanımda büyük oranda dışa bağımlı durumdadır. Bu hal, ülke gelirlerinin büyük oranda yurt dışına aktarılmasına yol açmaktadır.
- Hasta taşıma ambulans hizmetlerinde işletme ve finans açısından sorunlar yaşamaktadır.
- Merkez hastanelerinde büyük hasta yığılması olmaktadır.
- Sağlık sektöründe, kalite kontrolü, standardizasyon, iş verimliliği analizleri, denetimler ve geri bildirim gibi kanallarla sistemin kendi kendini düzeltmesi kanalları çalışmamaktadır.
- Sağlık alanında, enformasyon ve istatistik çalışmaları son derece yetersiz durumdadır. Genel olarak tüm sağlık kuruluşlarında, hasta kayıtları ve arşivler büyük oranda yetersizdir.
- Sağlık sektöründeki teknolojik yatırımlar planlama açısından bozuk ve denetimsiz bir şekilde yapılmaktadır.
- Dünyada, trafik kazasına bağlı yaralanma ve ölümlerin en çok olduğu ülkelerden biri Türkiye'dir.
- Türkiye'nin bir deprem ülkesi olması sağlık alanında bazı özel tedbirlerin ve ek harcamaların yapılmasını gerektirmektedir.
- Yetersiz beslenme ve yetersiz hijyenin yaygın olması nedenleriyle toplum tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok ihtiyaç duymaktadır.
- Türkiye'de şehirleşme sürecindeki çarpıklıklar, düzensiz altyapıya sahip ve gürültülü kent merkezlerini ortaya çıkarmakta; bu da, insan sağlığını olumsuz etkilemektedir.
- Sağlık kuruluşlarında profesyonel yönetici eğitimi ve çalıştırılması anlayışı yerleşmemiştir.

Fırsatlar:

Türk sağlık sisteminin sağladığı fırsatlar aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmaktadır (Çakıroğlu, 2006:29; Tutar ve Kılınç, 2007:46; Aktan, 2006:18; TÜBİTAK, 2003).

- Avrupa Birliği ile uyum süreci, sağlık alanında eğitim, sağlık hizmeti ve finans konularında akılcı değişimlere yol açabilir.

- Avrupa Birliği ile uyum süreci, sağlık alanında olumlu gelişmeleri ve iyileşmeleri beraberinde getirebilir.
- Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne katılımı, Türk hekim ve sağlık personelinin Avrupa lkelerinde iş bulabilme imkanı sağlayabilir.
- Sağlık alanında doğru işletmeye yönelik, akılcı düzenlemeler yapıldığı takdirde, Türkiye'de mevcut bulunan iyi yetişmiş hekim ve sağlık personeli, Avrupa Topluluğu ülkelerine daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilir. Avrupa ve ABD sigorta sistemleri hastaların Türkiye'de tedavisini maliyet açısından daha uygun bulabilirler. Bu da Türkiye'ye önemli bir gelir kaynağı sağlayabilir.
- Türkiye Avrupa Birliği'nin bilimsel ereve programlarının yesi ve ortağı olmuştur. Bu tip işbirlikleri Türk hekim ve araştırmacıları için yeni kaynaklar yaratabilir.
- Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne katılımı, Türk hekim ve sağlık personeli için yeni kaynaklar oluşturulabilir ve Avrupa lkelerinde yeni iş bulma imkânı sağlayabilir.

Tehdit ve Tehlikeler:

Türk sağlık sisteminin karşılaşabileceği tehdit unsurları aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmaktadır (akıroğlu, 2006:30; Tutar ve Kılınç, 2007:46-47; Aktan, 2006:18; TB TAK, 2003).

- Türkiye'de sağlık hizmetleri alanında en büyük tehdit, hükümetlerin sağlık sektöründe akılcı düzenlemeleri içeren politik iradeyi gsterememeleridir.
- Sağlık alanında kamu kaynaklarının boşa harcanması; bütçe için büyük bir i borçlanma kapısı oluşturması; sağlık sistemindeki bozuklukların Türk toplumunun sağlığını tümüyle tehlikeye sokması; sonuçta ülke ekonomisi ve düzeninin bozulmasına neden olabilir.
- Çağdaş ekonomi kurallarının sağlıklı bir şekilde işletilememesi sonucunda Türk Hastaneleri tümüyle çalışmaz hale gelebilir.
- Tıbbi hizmet, teknoloji ve malzemenin fiyatları, kısaca maliyet, her geçen yıl artmaktadır. Bu durum, sadece Türkiye'nin değil, gelişmiş Batı lkelerinin sağlık sektörleri ve ekonomileri için de ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Çağdaş gelişmelere uygun ve yeterli sağlık hizmeti gelecekte hiçbir toplum tarafından finanse edilemeyebilir.

- Kısa vadeli düşünme alışkanlığı uzun vadeli stratejik planlama anlayışının benimsenmesini engelleyebilir.
- Plansız ve hızlı kentleşme alt yapı eksikliğine bağlı olarak kamu sağlığını tehdit etmektedir.

Gelecekte yaşlı nüfus artışı ve buna bağlı artacağı düşünülen kronik hastalıklar sağlık sistemine ek yükler getirebilecektir. Ayrıca artan yoksullukla beraber beslenme bozukluğuna bağlı hastalıkların artabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetleri alanında birinci derecede sorumlu ve yetkili bir devlet kuruluşu olarak Sağlık Bakanlığı pek çok ciddi sorunla karşı karşıya bulunmaktadır (Aktan, 2006:18). Sağlık Bakanlığı'nın mevcut durum analizi de Bakanlığın organizasyon ve yönetim alanındaki yetersizliklerini açık biçimde ortaya koymaktadır.

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA DEVLETİN GELENEKSEL VE DEĞİŞEN ROLÜ

Devletin ekonomideki diğer rollerinin yanında, sağlık hizmetleri piyasasında da çeşitli rolleri söz konusudur. Bu kapsamda ortaya çıkan ana görevi, bireyler için iyi bir sağlık statüsünün elde edilmesi, bu düzeyin korunması ve sürdürülmesidir. Bunun birey açısından anlamı ise, talep edilen sağlık hizmetlerinin istenen miktar ve kalitede, eşitlik ve adalet sınırları içinde elde edilmesidir. Sağlık sektörüne tahsis edilen kıt kaynakların, toplumun çeşitli ve sınırsız olan sağlık ihtiyaçları arasında öncelik sırasına göre tahsis edilmesi fonksiyonu devletin sağlık hizmeti piyasalarıyla ilgili rolü konusunda ana bir çerçeve sağlamaktadır (Aktan ve Işık, 2006:1).

Çağdaş toplumlarda, sağlık hizmetleri, bireyler için bir hak, devlet için bir görev olarak kabul edilmektedir. Nitekim bizim Anayasamız da sağlık hizmetlerini, çevrenin korunması ile birlikte ele alarak 56. maddesinde şöyle düzenlemiştir: “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla

genel sağlık sigortası kurulabilir.” maddeden de anlaşılabacağı gibi, korunmuş çevre koşullarında beden ve ruh sağlığı içinde hayatlarını sürdürmeleri bireyler için bir hak, bu hakkı sağlamak da devlet için ödevidir (Yıldırım, 2005:122).

Türk sağlık sektöründe özellikle 1960’lı yıllardan itibaren devletin sektör üzerindeki etkisi fazlalaşmış ve devlet, tüm ülke genelinde herkesin yararlanabileceğı temel sağlık hizmetleri ağı oluşturmıştır. Diğer taraftan devlet hastaneleri genel bütçe kaynakları ile finanse edilmiş ve kaynak aktarımı Bakanlık merkez teşkilatınca yürütülmüştür. Devletin sağlık alanında diğer bir rolü de sosyal sigorta fonları kanalıyla ortaya çıkmıştır. Devletin bu fonlara katılımı memurlarının sağlık harcamalarını karşılaması, Emekli Sandığı sübvansesi etmesi ve kamu işçilerinin sağlık primi işveren paylarını ödemesiyle gerçekleşmektedir. Sonuç olarak devlet, GSMH’nın %2 kadar ya da bütçesinin %8-9’u değerinde kaynağı sağlık sektörüne aktarmaktadır. Gelişmiş ülkelerden farklı olarak Türkiye’de sağlığın kamu yoluyla finansmanı karmaşık ve kontrolsüz bir şekilde oluştuğundan, bütçe üzerindeki yükü de fark edilmeden ve dolaylı olarak fazlalaşmıştır. Diğer taraftan sağlık harcamalarının GSMH’dan gerektiğı ölçüde pay alması sağlanamamıştır. Bir başka deyişle Türkiye’de sağlığı ağırlıklı bir şekilde devlet yüklenmiştir (Günaydın, 1994:90).

Türkiye’de, gelişmiş ülkelerdeki modern devlet anlayışının sağlık konusunda uygulamaları sayesinde, devlet sağlık alanında kaynaklarının verimsiz ve hakkaniyetsiz kullanılması durumundan kurtulabilir. Sağlık sektöründe devlet; düzenleyici, teşvik edici ve kontrol edici konuma getirilebilir.

Devletin sağlık piyasalarıyla ilgili geleneksel görevleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Aktan ve Işık, 2006:1):

- Tam kamusal (temel sağlık ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi) ve yarı kamusal (tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri gibi) malları üretmek,
- Sağlık hizmetlerinden yararlanamayan bireyleri taleplerini karşılamak amacıyla üretim ve düzenleme yapmak (temiz çevre koşulları sağlanması ve temiz su sağlanması gibi),
- Sağlık hizmetlerinin üretilmesi için sağlanan kaynakları verimli kullanmak,

- Sağlık göstergelerini (ortalama yaşam beklentisi-süresi, doğumda ölüm oranı gibi) gözlemlemek ve bu yolla toplumun ekonomik, sosyal ve sağlık göstergelerinin düzeyini belirlemek, izlemek, geliştirmek ve korumak,
- Piyasa başarısızlıklarının giderilmesine yönelik olarak denetim işlevini yerine getirmek,
- Sağlık hizmetlerinin kişi, grup ve bölgeler arasında etkinlik ve adalet sınırları içinde sunulmasını sağlamak (örneğin, bölgelerarası sağlık personeli eşitsizliğin giderilmesi ve sağlık harcamalarını dağılımı bakımından eşitliğin sağlanması),
- Toplumun sahip olduğu sınırlı kaynakların toplumun öncelikli ihtiyacı olduğu alanlara kanalize edilmesini sağlamak (örneğin, sağlık personeli ve sağlık kurumlarının ülke içinde adaletsiz dağılımı durumunda, yasal düzenlemelerle sağlık hizmeti üreten kişilerin belli bir bölgede toplanmasının önlenmesi),
- Sağlık harcamalarının kısmen ya da tamamen finansmanını sağlamaktır.

Sağlık hizmetleri piyasasında devlet; sağlık hizmeti üreterek, sağlık hizmetleri satın alarak, sağlık göstergelerini kontrol ederek muhtelif görev ve fonksiyonlar üstlenmektedir. Ayrıca, sağlık alanında araştırma ve geliştirme yaparak, sağlık sektöründe teknolojik gelişmeyi izleyerek, sağlık piyasalarını düzenleyerek, sağlık hizmetleri ile ilgili tam bilgilenmeyi sağlayarak, sağlık işgücünü geliştirerek, herkesin erişebileceği düzey ve yaygınlıkta sağlık hizmeti sunmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetini sunan temel kamu kurumları, Sağlık Bakanlığı, Hudut Sahiller Genel Müdürlüğü ve Üniversitelerdir. Bu kuruluşlar esas destekli bütçe kapsamında kaynak kullandığı gibi, Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler özelinde bütçe dışından, fon kaynaklı (3418 sayılı kanun) harcamalar ve döner sermayeler aracılığı ile harcamalarını da finanse etmektedirler. Sağlık harcaması yapan ve son dönemde ağırlığı artan bir diğer kurumsal yapı ise Sosyal Güvenlik Kuruluşları’dır. Bu kuruluşların yanında, diğer destekli bütçe kapsamındaki kuruluşlar ve diğer kamu kurumları özellikle personel harcamaları içinde sağlık harcaması yapmaktadırlar. Ayrıca, Sosyal Yardım ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, Mahalli İdareler, Kamu İktisadi Teşebbüsleri de sağlık harcaması yapan diğer kuruluşlar arasında yer almaktadır (TEPAV, 2005:16).

Toplam kamu sağlık harcamaları 1999 yılından itibaren sürekli bir yükselme eğilimi içinde olmuştur. 1999 yılında GSMH’nın %3,2’si düzeyinde olan sağlık harcamaları

2002 yılında %4,7'ye yükselmiş, 2003 yılında ise %5'e çıkmış, 2004 yılında ise %5 düzeyini aşmıştır. Kamu sektörü sağlık harcamalarının uygulanan istikrar programı boyunca düzeyinin yükselmesi olumlu gibi görünmekle birlikte bu harcamaların kurumsal dağılımına ve alt fonksiyonel dağılımına bakıldığında, aslında kamunun topluma sunması gereken ve büyüme üzerinde etkili olan sağlık harcamalarının aynı düzeyde artmadığı aksine reel olarak düştüğü gözlenmektedir (TEPAV, 2005:16). Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik olarak ayrılan kaynağın yetersiz olması ülkeyi bulaşıcı hastalıklar konusunda hazırlıksız bir noktaya taşımaktadır.

Anayasanın devlete yüklediği sağlık hizmetlerine yönelik görevlerini idare hukuku açısından üç ana kategoride değerlendirmek mümkündür. Bunlardan birincisi, genel sağlığın korunmasına yönelik faaliyetleridir. İkincisi, devletin emanet usulü yöntemiyle yürüttüğü, hastalıkların ve sakatlıkların iyileştirilmesine yönelik kamu hizmetleridir. Üçüncüsü ise, özel hukuk kişilerinin sağlık alanındaki girişimlerinin devlet tarafından desteklenmesidir (Yıldırım, 2005:122-123).

Devletin ekonomideki diğer rollerinin yanında, sağlık hizmetleri piyasasında da çeşitli rolleri söz konusudur. Bu kapsamda ortaya çıkan ana görev, bireyler için iyi bir sağlık statüsünün elde edilmesi, bu düzeyin korunması ve sürdürülmesidir. Günümüzde devletin halk sağlığı ve temel sağlık hizmetleri ile ilgili olarak görevleri geniş bir yelpazede yer almaktadır. Çevre sağlığı koşullarının iyileştirilmesi, mesleki sağlığın korunması ve geliştirilmesi, anne ve çocuk sağlığının korunması, kronik hastalıklar ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi gibi bu kapsamda yer almaktadır. Modern devletlerde halk sağlığı ve temel sağlık hizmetlerinin sunulması önemli ölçüde devlete ait bir görev ve fonksiyondur (Aktan ve Işık, 2006:6-8).

Söz konusu hizmetlerin tamamen piyasaya bırakılmasının ortaya çıkaracağı ciddi sorunlar dikkate alınarak devlet, halk sağlığı ve temel sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve finansmanında birincil görev üstlenmektedir.

2.5. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN ÖRGÜTLENMESİ

Türk sağlık sisteminin başlıca hedefleri; sağlık statüsünü iyileştirmek, hakkaniyeti, ulaşılabilirliği ve verimliliği arttırmak, hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini yükseltmek ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamaktır. Bu hedeflerin

gerçekleştirilebilmesi ise sağlık sistemlerinin performans ölçümlerine dayalı politika belirlenmesine bağlıdır.

Türk sağlık sisteminin oldukça karmaşık bir yapısı vardır. Sektördeki aktörlerden bazıları kamu, yarı-kamu ve özel kurumlar ile dernek-vakıfların açtığı kurumlardır (Sağlık Bakanlığı, 2007b:102).

Türkiye’de sağlık hizmetleri sistemi, gerek hizmet arzı, gerek hizmet talebi, gerekse finansman açısından karmaşık bir yapıya sahiptir. Şöyle ki; tüm sağlık hizmetleri kamu ve özel sektörde değişik kurumlar tarafından sunulurken, hizmet talebinde bulunanlarda sağlık sigortası kapsamında olanlar ve olmayanlar diye ikiye ayrılmakta, kapsam içinde olanlar da gerek hizmet alım gerekse finansman yönüyle farklı rejimlere tabi bulunmaktadır. Buna göre, kamuda sağlık hizmeti sunan kuruluşlar; Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Üniversiteler, bazı Kamu İktisadi Teşebbüsleri (KİT), Bakanlıklar ve belediyelerdir. Özel sektörde ise, özel hastaneler, yabancı ve azınlık hastaneleri, özel muayenehaneler, laboratuvarlar, eczaneler ve sağlık malzemesi satan ticarethanelerdir (Tokat, 2004:14-15).

Türkiye’de kamu sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, bir kısım Kamu İktisadi Teşebbüsleri ile Belediyelere bağlı sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Bugün için ülkemizde Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Kamu Kurum ve Kuruluşları ile bir kısım özel sandıklar tarafından üyelerinin ve bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin sağlık güvenceleri sağlanmakta, ancak nüfusumuzun genelde kırsal alanda yaşıyan bir kesimi ise sosyal sağlık güvencesinden yoksun bulunmaktadır. Öte yandan, ülkemizde sosyal sağlık güvencesi konusunda, sağlanan yardımlar, yardımların temin şekli ve sistemlerin finans kaynakları yönünden eşit ve rasyonel bir sistemden söz etmek mümkün değildir (Tokat, 2001:1).

Türkiye’de işlevlerine göre sağlık sektöründe yer alan kurum ve kuruluşlar Tablo 2-2’de gösterilmektedir.

Tablo 2-2: Türkiye’de İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar

<u>POLİTİKA OLUŞTURMA</u>	<u>SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU</u>
Türkiye Büyük Millet Meclisi	<u>Kamu</u>
Devlet Planlama Teşkilatı	Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı	Üniversite Hastaneleri
Yüksek Öğretim Kurumu	Savunma Bakanlığı
Anayasa Mahkemesi	<u>Özel</u>
<u>İDARİ KARAR ALMA</u>	Özel Hastaneler
Sağlık Bakanlığı	Vakıf Hastaneleri
İl Sağlık Müdürlükleri	Azınlık Hastaneleri
<u>SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI</u>	Özel Çalışan Pratisyen ve Uzman Hekimler
Maliye Bakanlığı	Ayakta Tedavi Klinikleri
Sosyal Güvenlik Kurumu	Laboratuvarlar ve Tanı Merkezleri
(SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı)	Eczaneler
Özel Sigorta Şirketleri	Tıbbi Cihaz ve Malzeme Satıcıları
Kendi Kendini Finanse Eden Kurumlar	<u>Sivil Toplum Örgütleri</u>
Uluslararası Ajanslar	Kızılay
	Vakıflar, Dernekler

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2007b:102; TÜBİTAK, 2003.

Tablo incelendiğinde, doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık sektöründe yer alan kurumlar, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili olup olmamalarına ya da sağlık hizmetlerinin sunumunda idari karar alma yetkisine sahip olup olmamalarına göre gruplara ayrılmıştır.

Türkiye’deki sağlık sisteminde; hizmet sunucusu olarak, Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Özel Sektör başlıcalarıdır. Finansman kurumu bazında en önemli kilit unsurlar, Sosyal Güvenlik Kurumu olmakla birlikte Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Sosyal

Sigortalar Kurumunun birleşmeleri henüz tamamlanamamıştır. Diğer bir husus ise sağlık politikalarıdır ki, bunun oluşturulmasında Devlet Planlama Teşkilatı, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yöneticileri, Özel Sektör ve Sivil Toplum Kuruluşları önemli rol oynamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007b:102).

Sağlık sisteminin belirlenmesi ve organizasyonun, o toplumun ekonomik, sosyal, kültürel ve hatta politik yapısından etkilenmektedir. İnsan sağlığının korunup geliştirilmesi, sağlıklı nesiller yetiştirilmesi ve bu şekilde toplumun daha üretken hale getirilmesi iyi bir sağlık sistemi ile gerçekleştirilmektedir (Çalışkan, 1999:46). Bunun sağlanabilmesi için yeterli ve finansman kaynaklarının oluşturulmasına gereksinim vardır.

2.5.1. Sağlık Bakanlığı

Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana geniş kapsamlı sağlık hizmeti üreten kuruluş Sağlık Bakanlığıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamını, birinci basamak hizmetleri ile yataklı tedavi hizmetlerinin büyük bir kısmını yürüten (toplam hasta yatağının %50'sini işletmek ve toplam sağlık insan gücünün %57'sini istihdam etmek suretiyle) Sağlık Bakanlığı, kamu sağlık harcamalarının önemli bir kısmını yapmaktadır (Balsak, 2004:172).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yürütücüsü ve uygulayıcısı Sağlık Bakanlığıdır. Bununla birlikte sağlık sektörü dışındaki pek çok sektör de sağlık politikalarına ilgi duymaktadır. Hedeflere ulaşmak için planlanan etkinliklerde diğer sektörler Sağlık Bakanlığı (SB) ile işbirliği yapmaya isteklidir. T.C. Anayasası 56. maddesine göre yasal olarak sağlık hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sağlık Bakanlığı, yasal olarak standartları belirlemek ve etkinlikleri koordine etmekle yükümlüdür (Sağlık Bakanlığı, 2007b:98).

Yaygın sağlık hizmeti sunulmasıyla ilgili en önemli rolü Sağlık Bakanlığı üstlenmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri tamamen Bakanlık tarafından yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı geniş bir fiziki alt yapı ağı ile yurt düzeyinde ayakta ve yatalı teşhis ve tedavi hizmeti vermektedir. Söz konusu hizmetlerin sunulması için modern ihtisas hastaneleri, il ve ilçe seviyesindeki devlet hastaneleri ile kamu sağlığı merkezleri gibi hizmet birimleri işletmektedir (Yıldırım, 1994:24-25).

Sağlık Bakanlığı, sağlık sektöründe politikaların belirlenmesi, programlar aracılığı ile ulusal stratejilerinin uygulanması ve sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu temel devlet kurumudur. Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri vermekten sorumlu ana organizasyondur ve koruyucu sağlık hizmetleri veren tek kuruluştur.

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin temel sunucusudur. Sağlık Bakanlığı, sağlık sektörü politika hedeflerinin belirlenmesinde veya sağlık hizmetlerinin sunumunun planlanmasında sorumluluklara sahip olmakla birlikte, esas itibarıyla kendi çerçevesi altında sağlanan sağlık hizmetlerinin yönetilmesi ile ilgilenmektedir (Liu vd., 2005:24).

Sağlık Bakanlığı, devletin sağlık sektöründe politika belirlenmesinden, programlar aracılığıyla ulusal sağlık stratejilerinin uygulanmasından ve sağlık hizmetlerinin doğrudan sunumundan sorumlu temel organıdır. Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti ile anne sağlığı, çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin ana tedarikçisidir. Birinci basamak, ikinci basamak, uzmanlaşmış yataklı ve ayakta tedavi hizmeti veren tüm yurda yayılmış sağlık merkezleri (sağlık ocakları, sağlık evleri, hastaneleri) ile ülkedeki koruyucu sağlık hizmetlerinin tek tedarikçisi de Sağlık Bakanlığı'dır. 19.02.2005 tarihinde 5283 sayılı yasa ile yapılan düzenleme sonucu diğer tüm kurum hastaneleri, dispanserler ve diğer sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu kapsamda Sosyal Sigortalar Kurumu, hastanelerini Sağlık Bakanlığına devrederek sadece sigortalılarının aldığı sağlık hizmetlerini finanse eder hale gelmiştir. 2005 yılı sonu rakamları itibarıyla, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarının sayısı; 795 hastane, 6.203 sağlık ocağı ve 6.088 sağlık evi on yıl önceki sayının yaklaşık iki katıdır (Sağlık Bakanlığı, 2007b:102-103).

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilat şeması Şekil 2-1'de gösterilmektedir.

Şekil 2-1: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2007b.

Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenme yapısının bir Bakan, bir Müsteşar, yedi Müsteşar yardımcısı ve bunlara bağlı idari birimlerden oluştuğu görülmektedir. İdari bilimler; Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü; İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü; Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü; Personel Genel Müdürlüğü ve Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ile Avrupa Birliği Koordinasyon Daire Başkanlığı, Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Bütçe Dairesi Başkanlığı, Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, Halka İlişkiler Koordinatörlüğü, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği, İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı, İzleme ve Değerlendirme Birimi, Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Proje Yönetimi Destek Birimi, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Savunma Sekreterliği, Sıtma Savaş Daire Başkanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Teftiş Kurulu Başkanlığı ve Verem Savaş Daire Başkanlığından oluşmaktadır.

2.5.2. Tıp Fakülteleri

Üniversiteler bünyesinde bulunan tıp fakültelerinin kamu alanında araştırma, üst düzey sağlık insan gücü eğitimi ve sağlık hizmetleri sunmak gibi önemli fonksiyonları vardır.

Asli görevleri ileri düzeydeki sağlık hizmetlerini araştırma boyutuyla birlikte sunmak ve tıp eğitimi vermek olan bu hastaneler, bugün kuruluş maksatlarının dışına taşmış olup, esasen üst müracaat hizmeti vermeleri gerekirken yoğun bir poliklinik talebini karşılamaktadır. Hasta sevk sisteminin en üst noktasında yer alması ve aşağıdaki birimlerden süzülerek gelen seçilmiş vakaları kabul etmesi gereken üniversite hastaneleri, bugün günlük hizmetlere bakmakta ve uygulamalı tıp eğitimini gerektiği gibi yerine getirememektedirler (Yıldırım, 1994:28).

Tıp fakültelerinin asıl görevleri, eğitim ve bilimsel araştırma ağırlıklı faaliyetleri olmasına rağmen, genel sağlık hizmetlerine ağırlık vermek zorunda kalmışlardır. Yüksek kalitede eğitim kuruluşları olmaları dolayısıyla teknolojiyi yakından takip etmeleri ve ekipman, malzeme bakımından daha çok kaynağa sahip olmaları, bu hastanelere olan hizmet talebini yükseltmiştir (Balsak, 2004:179). Üniversite hastanelerinin finansmanı, Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) aracılığıyla yapılan genel bütçe ödenekleri ve döner sermayeleri olmak üzere iki ana kaynaktan sağlanmaktadır. Genel bütçe ödenekleri yatırım amaçlı kullanıldıkları gibi, cari harcamalar da bu kaynaktan yapılabilmektedir.

2.5.3. Sosyal Sigortalar Kurumu

Sosyal Sigortalar Kurumu özel sektör çalışanları ile kamu sektöründeki “mavi yakalıları” kapsayan bir sosyal güvenlik kurumudur. Sosyal Sigortalar Kurumu, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlıdır. Sosyal Sigortalar Kurumu, sağlık sigortası ile endüstriyel kazalar, mesleki hastalıklar, hastalık, doğum, iş göremezlik, yaşlılık ve kazazedelik gibi farklı konularda sosyal güvenlik sigortası sağlamaktadır. Kurum, 1946’da “İşçilerin Sigorta Örgütü” olarak kurulmuş ve 1965’de Sosyal Güvenlik Mevzuatı’nın yürürlüğe girmesiyle bugünkü halini almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007b:108).

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Türkiye’de ikinci büyük tedavi hizmeti üreticisidir. SSK hizmetlerinden, bir hizmet akdiyle çalışan, prim ödeyen (işveren katısı da söz konusudur) işçiler ve kurumdan aylık alan pasif sigortalılar ile onların bağımlıları istifade eder (Yıldırım, 1994:27).

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) özel sektör çalışanlarına, kamu sektörü çalışanı olan işçilere ve tarım sektöründeki çalışanlara ve bütün bu üç grubun bakmakla yükümlü olduğu kişilere emeklilik ve sağlık hizmetleri sağlamaktadır. SSK, sağlık hizmetleri (meslek hastalıkları ve yaralanmaları, diğer hastalıklar ve doğum) ve emeklilik hizmetlerini (malullük, yaşlılık, ölüm) kapsayan iki farklı bileşene sahiptir. SSK sağlık hizmetleri esas itibarıyla çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen primler ile finanse edilmektedir. Toplam SSK primi, çalışana ödenen maaşın %14'ü oranında hem işveren ve hem de çalışan tarafından ödenmektedir. Buna ilave olarak, SSK sağlık sistemi içerisinde ayakta hasta ilaçları için çalışanlardan %20, emeklilerden %10 oranında katkı payı alınmaktadır. Kronik hastalıkları bulunan sigortalılar bu katkı payından muaf tutulmaktadır (Liu vd., 2005:19-22).

SSK, tüm özel sektör çalışanlarına ve kamu çalışanlarına sağlık alanında hem uzun vadeli sigortacılık, hem de sağlık hizmeti veren bir kamu kuruluşudur. 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanuna göre sigortalılara sürekli iş göremezlik geliri, malullük veya yaşlılık alanlar ile bunların eş, çocuk, ana ve babalarına, dul ve yetimlerine sağlık yardımları yapılmaktadır. Bunun yanı sıra, ikili anlaşmalar gereğince dış ülkelerde bulunan Türk işçilerinin Türkiye'deki ve çocukları ile kendilerinin Türkiye'de bulunmaları sırasında hastalanmaları halinde tedavileri SSK tarafından sağlanmaktadır. SSK, ülke nüfusunun yaklaşık %45'ine sağlık hizmeti vermektedir (Balsak, 2004:174).

SSK, sağlık hizmetleri ve emeklilik hizmetlerini adı altında mensuplarına iki ayrı hizmet sunmaktadır. 2005 yılı itibarıyla işçiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler dahil tahminen 37,9 milyon SSK'lı bulunmaktadır (Akın, 2007:46).

2005 yılına kadar sağlıkla ilgili konularda SSK, sağlık hizmeti olarak, ülke çapında faaliyet gösteren 118 hastanesi, 219 sağlık istasyonu (Sağlık Bakanlığı'nın sağlık evlerine benzer yapılar) ve 189 dispanseri (Sağlık Bakanlığı'nın sağlık ocaklarına benzer yapılar) ile hem sigorta, hem de tedavi hizmetleri sağlayan bir kurum iken; 19.02.2005 tarihinde çıkarılan 5283 yasa ile diğer tüm resmi kurum sağlık tesisleri ile birlikte SSK'nın sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Hem çalışma hem de sağlık sigortası (kaza ve mesleki hastalıkları; doğum, sakatlık, yaşlılık ve ölüm sigortası) primlerini toplamak için tek bir sistem kullanılsa da sağlık primleri ile sağlık harcamaları SSK hesaplarında ayrı olarak belirlenir. SSK'nın primlere ek olarak iki

farklı fon kaynağı daha vardır: SSK kurumlarından yararlanan SSK üyesi olmayanlar adına (örneğin Bağ-Kur üyeleri) ödenen ücretlerden elde edilen gelir ve eş ödemelerden elde edilen gelirdir. SSK'nın sosyal güvenlik ile sağlık sigortası işlevleri birbirinden ayrılmış ve her biri için farklı yapılar oluşturulmuştur. Sağlık sigortası konusu da Sosyal Güvenlik Kurumu yapısında çalışmalarına devam etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2007b:109).

2.5.4. Emekli Sandığı

Emekli Sandığı 1950 yılında 5434 Sayılı Yasa ile “beyaz yakalılar” (memurlar) ve askeri personele emeklilik ve malullük maaşı sağlamak amacıyla kurulmuştur (Tokat, 2008:23). Başlangıçtaki kapsam daha sonra genişletilmiş ve yerel yönetim konseyi üyelerini, milletvekillerini, askeri okul öğrencilerini ve tüm devlet memurlarını da kapsamıştır. Sandık, aktif olarak çalışan ya da emekli üyelerinden belirli bir sağlık sigortası primi toplamaz. Genel hatlarıyla sistem devlet bütçesiyle desteklenir. Emekli Sandığı, tüm emekli devlet memurlarının sağlık ihtiyaçlarını, bu üyelerinden yalnızca ilaçlar için %10 oranında eş ödemesi alarak karşılar (Sağlık Bakanlığı, 2004:5).

Emekli Sandığı, sosyal güvenlik sisteminde yapılan reformlar gereği 16.05.2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu hükümleri gereğince, merkez ve taşra teşkilâtlarının kadroları ile kadrolarında görev yapan memur ve işçileri ile her türlü taşınır ve taşınmazları, tapuda Emekli Sandığı adına kayıtlı olan taşınmazları ve hizmet binaları, araç, gereç, malzeme, demirbaş ve taşıtları, alacakları, hakları, borçları, iştirakleri, dosyaları, yazılı ve elektronik ortamdaki her türlü kayıtları ve diğer dokümanları ile birlikte Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007b:112).

Emekli Sandığı, emeklilik fonu, sağlık sigortasını sunan bir sosyal güvenlik kuruluşudur. Kurum, Maliye Bakanlığı'nın yönetimine denetimine tabi olarak hizmet vermektedir. Emekli Sandığı, aktif çalışanların maaşlarından kesilen %16'lık çalışan katkısı ve işveren durumundaki devletin %20'lik katkısı ile finanse edilmektedir. Kurumun kaynaklarına zaman zaman devlet tarafından yapılan ilave sübvansiyonlar verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. Emekli Sandığı yatan ve ayakta tedavi edilen hastaların sağlık hizmetlerinin tamamını karşılamakla birlikte geri

kalan hizmetler için %20'lik bir ilaç ve protez katkı payının ödenmesi gerekmektedir (Akın, 2007:47).

Emekli Sandığı, emeklilik fonu, sağlık sigortası ve diğer hizmetleri de bir arada sağlamaktadır. Emekli Sandığı Maliye Bakanlığı tarafından yönetilmekte ve sağlık faydaları sağlığa özgü prim esasına dayanmamaktadır (Liu vd., 2005:22-23). Bağ-Kur'da olduğu gibi, Emekli Sandığı da sağlık kurumları işletmemekte ancak kamu ve özel kurumlar ile sözleşmeler yapmaktadır.

2.5.5. Bağ-Kur

Yaklaşık olarak ülkenin 1/5'ini (15,8 milyon) ilgilendiren Bağ-Kurun kapsamına kendi adına serbest olarak çalışan esnaf ve sanatkârları girmektedir. Bağ-Kur sadece bu grup için hizmet veren bir emeklilik fonu olmak amacıyla kurulmuşken 1988 yılından sonra pilot illerden başlamak suretiyle sağlık sigortasını da kapsamına almıştır. Sağlık sigorta programı şu anda tüm ülkeyi kapsamasına karşın katılım oranları son derece düşüktür. Bağ-Kur'un 15,8 milyon üyesinden tahminen 9,8 milyonu sağlık karnesine sahiptir ve aktif olarak sağlık sigortasından yararlanmaktadır (Liu vd., 2005:22; Akın, 2007:47).

Ülkemizin üçüncü büyük sosyal güvenlik kuruluşu olan ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlıdır. Bağ-Kur, kendi işini yapan serbest meslek sahiplerine yönelik bir sigorta sistemidir. 1971 yılında ve 1479 sayılı Yasa ile serbest meslek sahipleri için kurulmuş fakat zaman içinde kapsamı genişletilerek işsizleri, ev hanımlarını, yaşlıları, Türkiye'de yaşayan Türk uyruklular (yabancı bir ülkenin pasaportunu taşıyan) ve yurt dışında çalışanların meslek sahibi olmayan eşlerini de kapsar hale gelmiştir. 1983 yılında Bağ-Kur hizmetleri kapsamına kendi işini kuran tarım çalışanları da alınmıştır. 1985-1986'da, sigorta kapsamına sağlık sigortası da eklenmiştir. Şubat 1999'dan bu yana tarım işçilerine de sağlık sigortası sunulmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004:6).

Örgütsel yapı açısından Bağ-Kur, Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Çalışma Bakanlığı birleştirildiğinde 1983'de Çalışma Bakanlığı'na bağlı yarı özerk bir yapı haline gelmiştir. Bu gelişme, devlet kurumlarının makul bir yapıya dönüştürülmesi yönündeki devletin genel yaklaşımının bir sonucudur. Halen Çalışma Bakanlığı'na bağlı olmakla birlikte Bağ-Kur mali ve idari açıdan özerkliğe sahiptir (Sağlık Bakanlığı, 2007b:110).

Bağ-Kur'un kendine ait sağlık kurumları yoktur fakat diğer hizmet sağlayıcılarla sözleşme yapar. Bugün, Bağ-Kur'un, Sağlık Bakanlığı, yerel yönetimler, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve Kızılay Derneği gibi sivil toplum kuruluşlarını içeren sağlık kurumları ile sözleşmesi vardır. Bağ-Kur sistemindeki ödemeler kurum tarafından belirlenir.

2.5.6. Özel Sektör

Özel sektör sağlık harcaması hane halklarının, özel sigorta şirketlerinin, kar amacı olmayan kuruluşların ve bireylerin kendi hane halkları dışındaki hane halkları için sağlık hizmeti alımıyla ilgili olarak yaptıkları harcamaları ifade etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2007b:203).

Özel sağlık sigortası Türkiye'de güçlü bir potansiyele sahip olmakla birlikte mevcut durumda nüfusun sadece yaklaşık %1'ini kapsamaktadır. Türkiye'de özel sağlık sigortası uygulamasına 1990'lı yıllarda başlayarak izin verilmiştir. Şu anda 36 firma mevcut olup bu firmalar, 1991'de 25.000 ve 2003 yılı sonu itibariyle de 703.545'e kişiyi kapsamıştır. Katılımcıların %60'ı grup (işveren) sigortasında, %40'ı ise bireysel sigortadadır. Özel sigorta kurumları buna ilave olarak, diş, ayakta check-up ve göz hizmetleri gibi hizmetlerle kamunun sağladığı sağlık sigortasına ilave sigorta sağlamaktadırlar (Liu vd., 2005:23).

Özel sektör sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir yere sahiptir. 1999-2006 yılları içinde toplam cari sağlık harcaması içinde özel sektörün payı giderek azalmıştır. Özel sektör sağlık harcamalarının payı 1999 yılında %38,1 iken, 2006 yılında %27,1'dir. Özel Sektör sağlık harcamaları içinde en önemli büyüklük hane halklarının ceplerinden yaptıkları sağlık harcamasıdır. Cepten yapılan harcamanın özel sektör harcamaları içindeki oranı 1999 yılından itibaren bir düşüş eğilimi izlemiştir. Özel sektör sağlık harcamaları içinde hane halklarının cepten yaptığı harcamalar 1999 yılında %74,8 iken, bu oran 2006 yılında %69,9 olarak hesaplanmıştır. Toplam sağlık harcaması içinde hane halklarının cepten yaptığı harcamaların payı 1999 yılında %29,1 iken, 2006 yılında %19,3'e kadar düşmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2007b:204).

Hekimlerin %40'ı özel olarak çalışan Türkiye bu alanda önemli bir sektöre sahip görünmektedir. Özel hekimler temel bakımın önemli bir bölümünü (kırsal kesimde

%40) ve ayakta tedaviyi sağlamaktadır. Ancak yatakta tedavi konusunda tümüyle hastanelere bağımlıdırlar. Bu durumda hekimler, başarılı bir çalışma için aranan bir koşul olarak, kendilerine imtiyaz sağlayacak bir hastane ile bağlantı kurmak zorundadırlar. Özel hastaneler ülkedeki yatakların sadece %4'üne sahiptir ve iki pazara hizmet sundukları görülmektedir. Bunlar yüksek gelir grupları ve turistlerdir (Karaelmas, 1994:48-49).

2.6. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanının parçalanmış yapısı, sağlık hizmetlerinin reform ve gözden geçirme çalışmalarının önündeki en önemli engellerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu yapıya, kaynaklara, fonların akışına ve bu fonların birbirleriyle rekabet eden sağlık ihtiyaçları ve hizmetleri arasında dağıtımına yönelik bilgiler, sağlık hizmetleri sistemini yeniden gözden geçirmeyi amaçlayan Türkiye'de en çok ihtiyaç duyulan bilgiler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye'de, sağlık hizmetlerinin finansmanı üç temel kaynağa sahiptir. Bunlar (Liu vd., 2005:19; Akın, 2007:44):

- Temelde vergi gelirleriyle finanse edilen Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, diğer kamu kurumları ve aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları için kullanılan genel bütçe ile sağlanmaktadır. Genel bütçe vergi gelirleri tarafından finanse edilen, kamunun vatandaşlarına sağladığı sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağıdır. Türkiye'deki sağlık politikalarını belirleyen en büyük sağlık hizmetleri sunucusu olan Sağlık Bakanlığının gerçekleştirdiği harcamaların çok büyük kısmı genel devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Genel bütçe, Sağlık Bakanlığı hastaneleri bütçelerinin sadece %35'ini karşılamakta ve aradaki fark döner sermaye yoluyla finanse edilmektedir.
- Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı üyelerinin aylık gelirlerinden kesilen sosyal güvenlik katkıları ile sağlanmaktadır. Devlet, sosyal güvenlik şemsiyesi altında yaşayan bu vatandaşlarının ücretlerinden yapmış olduğu sosyal güvenlik kesintileri ile sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak yaratmaktadır. Bu kesintiler sadece çalışan sigortalıdan ve işverenden yapılmakta olup, bakmakla yükümlü olduğu kişilerden herhangi bir kesinti yapılmamaktadır.

- Özel sağlık kurumlarına ve Özel muayenehanelerinde hizmet veren hekimlere doğrudan yapılan cepten ödemeler, özel sağlık sigortası primleri ile sağlanmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı merkezi idarenin genel bütçe gelirleri ile sağladığı finansman, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin talep ettikleri hizmetlerin karşılığı olarak doğrudan cepten ödemelerden oluşmaktadır. Bu durum sağlık finansman sistemini karmaşık bir hale getirmektedir. Türkiye’de günümüzde sağlık hizmetle finansman kaynaklarını değerlendirirsek, toplam sağlık harcamalarının %40’ı vergiler, %31’i sigorta primleri (işçi ve işverenlerin primleri), %1.5’i fonlar (yeşil kart uygulaması gibi) olmak üzere %72.5’lik bölüm kamu kaynaklarıyla finanse edilmektedir. Geri kalan %27.5 ise özel sigortalar ve doğrudan cepten ödemelerle finanse edilmektedir (Balsak, 2004:169-170).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında; kamu genel bütçesi, zorunlu sosyal sigorta, özel sigortacılık veya kapalı ađ sistemi ile hizmet başı bedel ödeme olmak üzere başlıca dört yöntem bulunmaktadır. Türkiye’de, bu finans yöntemlerinden (kapalı ađ sistemi hariç) tamamı uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı harcamaları, doğrudan devlet ödemeleri ve üniversite hastaneleri giderleri genel bütçeden karşılanırken, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı uygulamaları zorunlu sigortacılık kapsamına girmektedir. Ayrıca, hizmet başı bedel ödenmesi de yaygındır. Özel sigortacılık, son yıllarda büyük teşvik görmekte ve hızla gelişmekte olup, 1.5 milyon dolayında kişi bu tür sigortalara üye olmuş durumdadır. Henüz, kapalı ađ sistemi uygulamaları yok ise de, yasalar uygundur ve yakın bir gelecekte uygulamaya girmesi olanaklıdır. Türkiye’de farklı finansman yöntemlerinin bir arada kullanılması nedeniyle kesin hesaplar yapılamamakta ve bundan ötürü de sektördeki finans durumu net olarak gösterilememektedir. Buna karşın, eldeki mevcut verilerden hareketle, bazı ölçütler elde edilebilmektedir (Akdur, 2006:40).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu gelirleri yani vergiler, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin satın aldıkları hizmetler karşılığı yapmış oldukları doğrudan ödemelerden sağlanmaktadır. Sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun bir kısmı, SSK, Bağ-Kur ve Özel Sigorta gibi, çalışan ve işverenler tarafından ödenen primler karşılığı hizmetlerden yararlanırken, diğer bir kısmının sağlık giderleri emekliler ve çalışanlarda olduğu gibi devletçe karşılanmaktadır. Sağlık güvencesi kapsamı dışındaki nüfusun

önemli bir kısmı doğrudan ödeme yaparken, ödeme gücü olmayanların giderleri belli ölçüde çeşitli fon gelirlerinden yine devlet eliyle karşılanmaktadır (Çalışkan, 1999:98).

Ülkelerin gelişme göstergelerinden biriside, sağlık hizmetlerinin optimal (en uygun) ölçülerde yerine getirilmesidir. Sağlık hizmetleri geliştirmekte olan ülkelerin veya ekonomilerin en çok aksayan sektörlerinden birisidir. Ülkemizde sağlık hizmetleri alanında çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Mevcut sistemin ana sorunları içerisinde; sağlık politikalarının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı, sağlık kurumlarında yönetim, insan gücü ve mevzuata yönelik sorunlar söz konusudur (Balsak, 2004:182).

Gelir dağılımındaki dengesizlik, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanındaki en önemli sorunlardan biridir. Nüfusun sadece %68'inin bir sosyal sigorta kapsamında olması sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliğe neden olmaktadır. Bunun bir sonucu olarak, toplum kesimleri arasında, sağlık hizmetlerinden yararlanma yönünden büyük farklılıklar vardır. Kamu kaynaklarından sağlık hizmetlerine ayrılan pay ihtiyacın çok gerisindedir. Hastanecilik hizmetlerinin maliyeti giderek artmakta buna karşılık sağlık hizmetlerine ayrılan pay sabit kaldığından finansman sorunu zaman içinde daha da büyümektedir. Sağlık harcamaları içinde en büyük payı ilaç harcamaları olmasına rağmen, ilaç maliyetlerinin düşürülmesi konusundaki çabalar başarılı olamamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2001:46).

Sağlık kurumları arasındaki işbölümü, koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, yatırım ve teçhizat yetersizliği, istihdam politikalarındaki yanlışlıklar kaynak kullanımında verimsizliğe neden olmaktadır. Birinci basamak hizmetlerine yeterince önem verilmemesi, sağlık hizmetlerinin hastane ağırlıklı olmasına yol açmıştır. Etkin bir sevk sistemi olmaması nedeniyle hizmet sunumu verimsiz olmakta, hastanelerde aşırı bürokrasi hizmetin hızlı ve kaliteli sunumunu önlemektedir. Coğrafi uzaklık ve hizmet kalitesi açısından hastane hizmetlerine ulaşımında zorluklar vardır. Nitelikli sağlık yöneticisinin eksikliği, sağlık personelinin uzmanlık alanlarına göre fonksiyonel dağılımının ihtiyaca uygun olmaması, sağlık çalışanlarının istihdam, ücret ve haklar gibi konulardaki sorunları ve sağlık mevzuatının günün koşullarına ve değişen ihtiyaçlara cevap veremeyecek kadar eski ve ayrıntılı olması da diğer sorunlar arasındadır (Balsak, 2004:182).

Türkiye’de sağlık hizmetlerine devlet bütçesinden ayrılan pay oldukça düşüktür ve bu durum sağlık sorunlarının ana kaynağını oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı direkt özel ödemelerdir ve bu ödemeler de özel hekimlik ve ilaçlara harcanmaktadır. Mevcut kaynaklar koruyucu hizmetlere harcanmayarak verimsizlik yaratılmaktadır. Kaynak dağılımındaki bu verimsizliğin yanı sıra kurumlar bazında da maliyet/etkinlik prensipleri doğrultusunda çalışılmadığından kaynak israfı büyük boyutları bulmaktadır.

2.7. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlık sektörünün sürekli büyümesi, sektörün kaynak ihtiyacını artırmakta, bu durum yeni finansman kaynaklarına başvurma gereğini ortaya çıkarmaktadır.

Sağlık ekonomisinin en çok ilgi çeken konularından biri de sağlık harcamaları ile ilgilidir. Bu konu uluslararası karşılaştırmalar açısından da önem taşır. Sağlık harcamaları ile ilgili olarak çok çeşitli ölçülerden yararlanılabilir. En önemli ölçüler şunlardır: a) Bir toplumda yapılan yıllık toplam sağlık harcaması, b) Toplam sağlık harcamasında kamusal ve özel harcama payı, c) Kişi başına sağlık harcaması, d) Toplam sağlık harcamasının GSYİH’ye (gayrisafi yurtiçi hasılaya) oranı, e) Kamusal sağlık harcamasının GSYİH’ye oranı, f) Kamusal sağlık harcamasının toplam kamu harcamasına (bütçeye) oranı olmaktadır (Şenatalar, 2003:26).

Bir ülkenin ekonomisinin güçlü olması, ekonomik büyümenin sağlanıp sürdürülebilir kılınması için sağlıklı bir topluma sahip olunması gereklidir. Sağlıklı bir toplumun varlığından söz edebilmek için ise toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Bu hizmetlerin sağlanması için yapılan tüm harcamalar sağlık harcamaları altında toplanmaktadır. Sadece sağlığın kaybolması durumunda sağlığı yeniden elde etmek için yapılan harcamalar değil aynı zamanda aşılama, cinsel hastalıklarla mücadele gibi sağlığı koruma amacını benimseyen tüm koruma harcamaları ile beslenme, sağlık yatırımları gibi geliştirme amaçlı harcamalar da “sağlık harcaması” olarak kabul edilmektedir (Akın, 2007:28-29).

Sağlık ekonomistlerinin yapmış oldukları analizlerde karşılaştığı en önemli problemlerden biri hangi harcamaların sağlık harcaması olarak kabul edileceğidir. Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra son zamanlarda hızla artan tıbbi

bakım ve kozmetik amaçla yapılan harcamaların sağlık harcaması olarak kabul edilip edilmeyeceği tartışma konusudur. Örneğin, saç ektirme, yağ aldırma gibi kozmetik amaçla yapılan harcamaların yanı sıra eğlencenin aktiviteleri, hatta zayıflamak için uygulanan kürlerin sağlık harcamaları konusuna ne kadar dâhil olduğunu belirleyecek bir indeks oluşturmak zordur (Tokala , 2006:25).

Günümüzde ülkeler kalkınma planları içerisinde kıt kaynakların etkin kullanılabilmesi için yapılan her harcamayı ekonomik olarak analiz etmekte ve yapılan harcamaların amacına ulaşma ip u la ma dı ı sorgulamaktadırlar. Sağlık harcamalarının dünya genelinde hızlı bir şekilde yükseldiği gerçektir. Bu kapsamda dünya genelinde kamu harcamalarının büyük bir kısmını oluşturan sağlık harcamalarının altında yatan nedenlerin belirlenmesi de büyük önem taşımaktadır (Akın, 2007:31).

Sağlık harcamalarının bilinmesi ülkelerin sağlık sektörüne tahsis ettikleri kaynakların bilinmesi açısından önem taşıdığı gibi, ülkelerarası karşılaştırmalar ve sektörler arası karşılaştırmalar yapabilme açısından da önemlidir. Sağlık harcamalarının yapılması sonucu ortaya çıkan çıktı olarak ifade edilen sağlık statülerinin belirlenmesi de ülkeler açısından gelişmiş veya gelişmiş olma ölçütü olarak ele alınmaktadır (Balsak, 2004:102).

Ülkelerin gelişmişlik seviyesi arttıkça GSYİH'dan sağlık harcamaları için daha büyük miktarlarda pay ayrılmaktadır. Son on yıl içerisinde OECD ülkelerine baktığımızda sağlık harcamaları ortalama %4,4 artış göstermiştir. Ülkelerin zaman içerisinde gelirlerindeki artış da dikkate alındığında sağlık harcamaları için ayrılan ödeneklerin rakamsal olarak da daha yüksek miktarlarda olduğu açıkça söylenebilir. Sağlık harcamalarının düzeyi ve kalitesinin bir sonucu olan sağlık hizmet göstergeleri açısından Türkiye gelişmiş ülkelerin ve birçok gelişmekte olan ülkenin ardında yer almaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda, gelişmekte olan ya da gelişmiş olan ülkelerin sağlık harcamalarının artışı nedenlerinin genelde ortak olduğu kanısına varılmıştır. Sağlık harcamalarının artışı nedenleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir (Hansen ve King, 1996:127).

Türkiye de Sağlık Sistemi finansmanı karma bir yapıya sahiptir. Bu karma yapı sistemin etkin işleyişini güçleştiren önemli etkenlerden biridir. Bu karmaşık yapı içinde sağlık için yapılan harcamalar temel olarak kamu sektörü ve özel sektör kaynakları tarafından

karşılanmaktadır. Kamu sektörü sağlık harcamaları içinde merkezi devlet ve yerel yönetim ile sosyal güvenlik fonları tarafından yapılan harcamalar yer almaktadır. Özel sektör harcamaları çoğunlukla hane halklarının ceplerinden yaptıkları ödemeler, firmaların personel için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kar amacı olmayan kuruluşların harcamalarından oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007b:178).

Türkiye'nin 1999-2006 yıllarına göre Sosyal Güvenlik Kurumlarına yapılan bütçe transferleri Tablo 2-3'te gösterilmektedir.

Tablo 2-3: Türkiye'nin Yıllara Göre Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri 1999-2006 (Bin YTL)

YILLAR	SSK	BAĞ-KUR	EMEKLİ SANDIĞI	TOPLAM	BÜTÇE HARCAMALARI İÇİNDEKİ ORANI (%)	GSMH İÇİNDEKİ ORANI (%)
1999	1.111.000	796.145	1.035.000	2.942.145	10,5	3,8
2000	400.000	1.051.460	1.775.000	3.226.460	6,9	2,6
2001	1.108.000	1.740.000	2.675.000	5.523.000	6,9	3,1
2002	2.386.000	2.622.000	4.676.000	9.684.000	8,4	3,5
2003	4.808.617	4.930.000	6.145.000	15.883.617	11,3	4,5
2004	5.757.000	5.273.000	7.800.000	18.830.000	12,4	4,4
2005	7.507.267	6.926.000	8.889.300	23.322.567	14,7	4,8
2006	8.257.000	4.330.000	10.035.000	22.622.000	12,9	4,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2007b:179.

Sosyal Güvenlik Kurumlarına 2000 yılında yapılan transferlerin genel bütçe içindeki oranı yaklaşık %7 iken bu oran 2006 yılında yaklaşık %13'e çıkarak, 2 kat artmıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumlarına yapılan bu transferler sadece sağlık için olmayıp ilgili kurumun tüm giderlerindeki bütçe açıkları içindir.

Ülkemizde sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı 1950-1980 arasında önemli ölçüde yükselmiştir. 1950'li yılların başlarında birçok sanayileşmiş ülkede sağlık harcamaları GSMH'nın %4'ü civarında iken, 1980'li yılların başında bu pay %10 civarına yükselmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'na göre, bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık GSMH'nın en az %5'i olması gerektiğini belirterek, bunu az gelişmiş yada gelişmekte olan ülkelerin önüne ulaşılması gereken bir hedef olarak koymuştur (Tokalaş, 2006:25).

Ülkelerin sağlık harcamalarının tanımlanması ve ölçümü son yıllarda politika belirleyicilerinin önemle üzerinde durdukları bir konu olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık sektöründe, diğer sektörlerde de olduğu gibi ulusal amaçları gerçekleştirmek için gerekli kaynaklar oldukça sınırlıdır. Bu nedenle sağlık sektöründeki politika belirleyiciler ve planlamacıların amaçlarını gerçekleştirmede etkin rol oynayabilmeleri için mevcut kaynakların miktarını ve sınırlılıklarını bilmeleri gerekmektedir. Bu yaklaşım benimsendiği takdirde sağlık sektöründe karar verme konumunda bulunan kişi ve grupların kaynakların sektör içindeki miktarı ve dağılımı, bu kaynakların akış yönü ile şekli ve geçmişte gözlenen hareketleri ile gelecekte beklenen hareketleri konusunda doğru bilgiye ihtiyaçları olacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2007b:180). Sağlık harcamalarının tahminine yönelik çalışmaların temel amacı bu türde bilgiyi sağlamaktır.

Türkiye'de sağlık harcamalarını yapan kurumlar, Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve Üniversitelerdir. Bu kuruluşlar esas konsolide (destekli) bütçe kapsamında kaynak kullandığı gibi, Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler özelinde bütçe dışından fon kaynaklı harcamalar ve döner sermayeler aracılığı ile sağlık harcaması yapmaktadırlar. Sağlık harcaması yapan ve son dönemde ağırlığı artan bir diğer kurumsal yapı ise Sosyal Güvenlik Kuruluşlarıdır. Üniversitelerin öğrencilerine sunduğu sağlık hizmetleri ile döner sermayeli birer kuruluş olan hastaneler bu kapsamdadır. Bu kuruluşların yanında diğer destekli bütçe kapsamındaki kuruluşlar ve diğer kamu kurumları özellikle personel harcamaları içinde sağlık harcaması yapmaktadırlar. Ayrıca Sosyal Yardım ve Dayanışmayı Teşvik Fonu ile Mahalli İdareler de sağlık harcaması yapmaktadır (Tokalaş, 2006:26).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TÜRKİYE'NİN SAĞLIK HARCAMALARININ AVRUPA BİRLİĞİ'NE ÜYE ÜLKELERLE KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ: DURUM TESPİT ÇALIŞMASI

Sağlık, kişi ve toplum bakımından temel bir hak, toplumun diğer tüm alanlarını doğrudan etkileyen temel bir unsurdur. Sağlık hizmet ise, nihai hedefi sağlık üretmek olan çok yönlü, hızlı ve devamlı gelişen yapısıyla pek çok bilim adamı ve sektörün bir arada çalıştığı, çoğunlukla pahalı, sosyal hizmet niteliği ağır basan bir hizmet türüdür (Işık, 2001:49).

1963'te imzalanan Ankara Antlaşması ile başlayan Türkiye-AB ilişkileri; 1987 yılında “tam üyelik” başvurusu ile ivme kazanmış, 1 Ocak 1996'da yürürlüğe giren Gümrük Birliği (GB) ile ilişkiler kurumsallaşmaya başlamış ve 1999 Helsinki Doruğu'nda Türkiye'ye “adaylık statüsü” verilmesi ile de yeni bir boyut kazanmıştır. 12-13 Aralık 2002'de gerçekleşen Kopenhag Doruğu'nda ise 17 Aralık 2004 Doruğu'ndaki, Komisyon'un İlerleme Raporu'nun (Ekim 2004) olumlu olması ve Türkiye'nin Kopenhag Siyasal Ölçütlerini yerine getirdiğine kanaat getirildiğinden, gecikmeksizin “tam üyelik” görüşmelerine başlanacağı kayıt altına alınmıştır (Saltık, 2007:4).

Bu bölümde, Türkiye ve AB ülkelerindeki sağlık politikaları ele alınacak, sağlık harcamaları açısından ilgili ülkeler bir karşılaştırmaya tabi tutulacaklardır.

3.1. AVRUPA BİRLİĞİ'NDE SAĞLIK POLİTİKASININ İLKELERİ

Avrupa Birliği, Avrupa Ekonomik Topluluğu, Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu ve Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu'nun birleşmesi ile oluşan Avrupa Topluluklarının 1991 yılında aldığı yeni biçim ve yeni isimdir. Avrupa Topluluklarına üye ülkelerin kendi aralarında, 9-10 Aralık 1991 yılında Hollanda'nın Maastricht Kenti'nde yapılan Avrupa Toplulukları Konsey Toplantısı'nda Topluluğu yeniden biçimlendirmek amacıyla imzaladıkları “Avrupa birliği Antlaşması” ile Topluluk, Birlik durumuna getirilmiştir (Işık, 2001:1).

Avrupa Birliği barışı korumak, ekonomik ve sosyal ilerlemeyi pekiştirmek amacı ile bir araya gelmiş şu anda 27 üye devletten oluşmaktadır. Bu Birliğin içinde ortak kurumları olan üç Topluluk yer alır. Bunlardan ilki 1951 tarihli Paris Antlaşması ile kurulmuş olan Avrupa K  m  r ve   elik Topluluğu'dur (AK  T). Diğer ikisi ise; 1957 tarihli Roma Antlaşması'yla kurulmuş olan, Avrupa Ekonomik Topluluğu (AET) ve Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu (AAET-EURATOM)'dur. Bu Topluluklar 1951 yılında başlayan s  recin sonunda,   ye devletlerarasındaki b  t  n i   sınırları kaldırılması ile tek bir pazar haline gelmişlerdir. Daha sonra, bu Tek Pazar 1992'de Maastrich'te imzalanan Avrupa Birliği Antlaşması ile ekonomik ve parasal birliği de i  eren Avrupa Birliği adlı bir birliğe d  n  şm  şt  r (Akdur, 2006:69; Kaya, 2006:45-46).

Avrupa Birliği (AB), 27   lkeden oluşan uluslararası   rg  tt  r. 1992 yılında Maastricht Anlaşması ile kurulan ve bu ismi alan birliğin yasal zeminini 1 şubat 2003'te y  r  rl  ğe giren Nice Anlaşması oluşturur. Avrupa Birliği'nin tam   yesi 27   lke şunlardır; Almanya, Avusturya, Bel  ika, Birleşik Krallık, Bulgaristan,   ek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsve  , İtalya, G  ney Kıbrıs, Letonya, Litvanya, L  ksemburg, Macaristan, Malta, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovakia, Slovenya ve Yunanistan'dır. Hırvatistan, Makedonya ve T  rkiye Cumhuriyeti'nin birlik ile m  zakereleri s  rmekte olup, Arnavutluk, Bosna-Hersek, Karadağ ve Sırbistan birliğe katılmak i  in başvuruda bulunmuşlardır (<http://tr.wikipedia.org>).

AB'ni oluşturan temel değerler kalıcı barışın sağlanması, birlik, eşitlik,   zg  rl  k, g  venlik ve dayanışma olarak belirtilmektedir. AB'nin ama  ları   zg  rl  k ve demokrasi ilkelerini korumak ve t  m   yeler tarafından insan haklarına saygı ve temel haklar ile birlikte hukukun   st  nl  ğu kuralının uygulanmasını sağlamak olarak sunulmaktadır. AB, d  nyada benzeri olmayan kurumsal bir sistem olarak takdim edilmektedir (Saltık, 2007:3).

Avrupa Birliği politikasında sağlığın yer aldığı, 1992'de Maastricht Antlaşmasına halk sağlığı alanında "  ye   lkeler arasında işbirliğinin teşvik edilmesi" ve "gereğinde, faaliyetlerinin desteklenmesini" i  eren, bir madde eklenmesi ile g  r  lmektedir. Maastricht Antlaşması, AB vatandaşlarının sağlığını y  ksek d  zeyde korumayı ve iyileştirmeyi ama  layan, bu amacı genişleme politikalarına da yansıtan bir yol izlemiştir

(Işık, 2001:50). Bu hukuki altyapı, 1997’de Amsterdam Antlaşmasına Avrupa Birliği’nin “bütün birlik politika ve aktivitelerinin tanımında ve uygulanmasında üst düzeyde insan sağlığının korunması” ve Üye Ülkeler ile “Halk sağlığının iyileştirilmesi için hastalıktan korunmayı ve insan sağlığına olabilecek tehlike kaynaklarını etkili tedbirlerle önünü almak” üzere çalışılmasının eklenmesi ile güçlendirilmiştir. Amsterdam Antlaşması, halk sağlığı ile ilgili politika kapsamını genişletirken sağlık için “Yerinden Hizmet Prensipli (subsidiarity principle-alınacak kararların ve izlenecek politikaların vatandaşa en yakın olan idari birim bazında alınması ilkesi)” devam ettiren Üye Ülkelerin halk sağlığı mevzuatlarının uyumlaştırmasını sınırlandırılmıştır. Birlik, organizasyon ve sağlık hizmetleri ile sağlık bakım hizmetlerinin sunumu için Üye Ülkelerin sorumluluklarına tamamıyla saygı duymayı sürdürecektir (Giray, 2008:1-2).

AB Tüzel Kişiliği’nin sağlık hizmetleri için benimsemiş olduğu bu ilkeler; 1) felsefi İlkeler, 2) sağlık bakım ilkeleri, 3) örgütlenme ilkeleri ve 4) koruyucu hizmet ilkeleri olarak gruplanabilir. Sağlık hizmetleri için benimsemiş olduğu bu ilkeler bir yana, Avrupa Birliği’nin, halk sağlığını geliştirmek amaçlı veya üye ülkelerin tek başlarına üstesinden gelemeyecekleri konuları çözmeye yönelik birlik düzeyinde ele aldığı ve Birlik Kurumlarınca yürütülen çeşitli ortak programları vardır (Akdur, 2006:134).

AB sağlık alanında yetki ikamesi çerçevesinde hareket etmekte, üye ülkelerin sağlık yetkilerini tamamlayıcı bir rol oynamaktadır. Avrupa Birliği’ni oluşturan ülkelerin sağlık sistemleri ekonomik, kültürel, teknolojik ve tarihsel açıdan dolayı birbirlerinden çok farklı yapılar arz etmekle beraber, bu ülkelerin sağlık sistemleri benzer problemler ve zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Bu zorluklar arasında; değişen demografik yapılar, yeni teknoloji, küreselleşme, tüketicilerin bilinçlenmesi, Avrupa Birliği iç pazarı dinamikleri, Avrupa Birliği’nin genişlemesi ve artan sağlık harcamaları yer almaktadır. AB’nin henüz ortak olarak tanımlayabileceğimiz bir sağlık politikası bulunmamaktadır. AB, üye ülkelerin sağlık hizmetlerini sunma, organize etme ve finanse etme yetkisini üye ülkelerin kendisine bırakmaktadır. Ancak, Avrupa Birliği’nin oluşum sürecinde olan bir sağlık politikası bulunmaktadır. Bu oluşum özellikle son 10-15 yılda yoğunluk kazanmış ve belli bir aşamaya gelmiştir. Bu ise iki kanaldan gerçekleşmektedir (Yıldırım, 2007:2-3): Birincisi, halk sağlığı kanalı ve ikincisi ise iç pazar dinamikleri aracılığı ile. Bu iç pazar dinamiklerini de serbest dolaşım çerçevesinde; malların (ilaç ve tıbbi malzemeler), hizmetlerin (sağlık sigortası

hizmetleri, sağlık hizmetleri), kişilerin (sağlık profesyonelleri ve hastalar) ve sermayenin (hastane ve diğer sağlık yatırımları) serbest dolaşımı bağlamında belirtmek mümkündür.

3.1.1. Felsefi İlkeler

Avrupa Birliği'ne katılmada temel kabul ve değişim ortak devlet olmaya yönelmektir. Bir  lkenin AB'ne girmesi ile oluşacak temel değişim; sınırların kalkması, her şeyin bu arada da sağlık araç gereçleri ile sağlık alanında kullanılan ürünlerin serbestçe dolaşmasıdır. Buradaki temel mantık ya da alınması gereken  nlem; bir yandan serbest dolaşımın önündeki tüm engeller kaldırılırken öte yandan da bu serbest dolaşımdan hiç kimsenin özellikle de şuanda AB sınırları içinde yaşayanların zarar görmemesidir. Bunu sağlamanın en kestirme yolu; AB standartlarına uymayan mal/hizmet ve ürünlerin diğer  ye ülkelere girmesini engellemektir. Böylece bu ülkelerin toplumu ve çevresi korunmuş olacaktır (Akdur, 2006:134-135).

Avrupa Birliği,  ye ülkelerin sağlık sistemlerinin sunumuna, organizasyonuna ve finansmanına karışmamaktadır. Ancak finansmanı, organizasyonu ve benzeri fonksiyonları kendi koşularına göre gerçekleştirirken de şu Avrupa değerlerini ve sağlık politikası hedeflerini gözeterek bunu gerçekleştirmelerini öngörmektedir. Bu değerler; herkesin kapsama alınması, dayanışmanın sağlanması, hakkaniyetin gözetilmesi, sürdürülebilirlik, kalite ve sağlığa erişimdir. Yüzyıllık bir geçmişi olan Avrupa deneyimi, ‘‘Sosyal Avrupa Modeli’nin (SAM)’’ ortaya çıkmasına vesile olmuştur. SAM kapsamında ele alınan unsurlardan biriside sağlıktır. Avrupa deneyiminde ve birikiminde sağlık toplumsal dayanışmanın, hakkaniyetin bir pratik alanı olarak görülmüş ve ‘‘sağlık bir haktır’’ felsefesi çerçevesinde sağlık sistemleri şekillenmiştir. Ayrıca sağlığı ekonomik kalkınmanın ve büyümenin olmazsa olmaz bir alanı olarak da görmektedirler (Yıldırım, 2007:3).

Avrupa Birliği hem insan sağlığının en yüksek düzeyde korunması, hem de kaynakların verimli kullanımı ilkesini benimsemiştir. Bu nedenle de sağlık hizmetlerinde koruyucu hizmetlere ağırlık verilmesini öngörmektedir (Akdur, 2006:140).

 ye ülkelerde sağlık sistemlerinin kurgulanmasında hakkaniyeti, dayanışmayı, herkesi kapsamayı ve kaliteyi ön plana çıkaran politika stratejileri benimsenip uygulanırken,

Türkiye’de benzer tanımlamayı kullanmak zordur. AB düzeyindeki sağlık alanına ilişkin ortak değerlerin içselleştirilmesi, AB açısından arzulanan bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Bu ortak değerler veri olarak alındığında, Türkiye’deki sağlık sektörünün yapısının, mevcut durumunun ve izlenen politikaların bu değerleri yakalamada yetersiz kaldığını görülmektedir (Yıldırım, 2007:4-5).

Sağlık hizmetlerinin yüksek seviyede olduğu AB’de sağlık konuları, sosyal politikalar içinde yer almaktadır. Birliğe üye ülkeler, sosyal politikalarını değiştirme, tek tip veya ülkeler üstü bir sosyal politika uygulama yönünde bir düzenlemeye gitmemiştir. Dolayısıyla, sosyal politikalar içinde yer alan sağlık politikaları, ulusal düzeyde organize edilmiş olup, ülkelerarasında sağlık ve finansman sistemleri, hizmet sunumu, mevzuat ve uygulama konularında farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin, İtalya, İngiltere ve İrlanda gibi bazı ülkelerde sağlık hizmetleri tamamen devletin sorumluluğunda iken, Belçika, Fransa ve Almanya’da sağlık hizmetlerinde, devlet ve özel sektör olmak üzere, karma sistem uygulanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde özel sektörün ağırlıklı olduğu ülke ise Hollanda’dır. Aynı şekilde, AB ülkelerinde, sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinde de farklılık vardır (Can, 2001:25).

Avrupalılar sağlığı; temel bir hak, dayanışma ve hakkaniyet pratiğinin yoğun olarak yaşandığı bir alan, ekonomik gelişmenin ve kalkınmanın temeli olarak görmektedirler.

3.1.2. Sağlık Bakım İlkeleri

Avrupa Birliği’nde “sağlık” konusuna bakış, AB’nin ilk oluşturulma çabası olan 1951 tarihli “Avrupa Kömür Çelik Topluluğu” Anlaşmasında, kömür madenlerinde sağlık ve güvenlikle ilgili önlemlerin alınması ve sektörde çalışanların sağlık ve güvenliklerinin sağlanması konularında düzenlemeler yapılmasıyla başlamıştır. Daha sonra sağlık konusuna, Avrupa Ekonomik Topluluğu (Roma) Anlaşması’nda, Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu Anlaşması’nda, Beyaz Kitap’ta ve Tek Avrupa Senedi’nde “Sosyal Politikalar” içinde yer verilmiştir (Can, 2001:26).

Avrupa Birliği Komisyonu Sosyal Politikaların geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla 27 Temmuz 1994 yılında bir “Beyaz Kitap” (White Paper) yayımlamıştır. Bu Kitap, genelde sosyal politikalar özelde ise sağlık alanında bir kilometre taşı niteliğindedir. AB’nin sosyal politikalar ve sağlık alanındaki yetkilerini günümüzdeki kapsama

kavuşturmuştur. Ayrıca, AB'nin konu hakkındaki politika ve ilkelerini açıkça ifade eden temel metinlerden biridir. Bu politikaların içerisinde çalışma alanı, eğitim, barınma ve yaşama koşulları, işyerinde sağlık ve güvenlik, serbest dolaşım, kadın-erkek eşitliği, sosyal güvenlik ve sosyal korunma ve halk sağlığında herkese eşit fırsat (aile yaşamı; ailelerin, yaşlıların, özürlülerin ve marjinal grupların sağlığı da dahil olmak üzere) ve demografik yapı yer almaktadır (Akdu, 2006:136).

Yarım yüzyılı aşkın bir geçmişi olan AB, günümüzde ulaştığı aşamaya, bir genişleme ve derinleşme süreci, yatay ve dikey büyüme sonucunda gelebilmiştir. Ekonomik bütünleşmesini büyük ölçüde tamamlayan ve giderek politik derinleşme sürecine giren AB, çalışmalarının kapsamını, sağlık ve sağlık politikaları dahil sosyal politika alanlarını da kapsayacak biçimde yükselen bir çizgiyle sürdürmektedir. AB'nin gelişme süreci içinde ele alındığında başlangıçtaki antlaşmalarda (Paris, Roma) sağlık hizmetlerine ilişkin doğrudan bir düzenlemelerin yer almamasına karşılık; sağlığı dolaylı olarak etkileyebilecek kimi konularda düzenlemelere gidilmiştir (örneğin, işyeri sağlığı ve güvenliği gibi). Aralık 1999'da gerçekleştirilen Helsinki Doruğu ile AB'ye adaylık konumu (statüsü) kazanan Türkiye'nin istenen en kısa sürede AB'ye üye olabilmesi için, öbür alanlarda olduğu gibi yoğunlaşması gereken alanlardan biri de "sağlık sektörü" dür (Saltık, 2007:6-7).

Birliğin, sağlık sektörünü biçimlendiren makro politikalar şu şekildedir (Akdu, 2006:134):

- Üye ülkelerin kendi ulusal sağlık politikalarına sahip olmaları ilkesi,
- Üye devletlerin sağlık hizmetleri ve tıbbi bakım konusundaki sorumluluklarına müdahale edilmemesi ilkesi benimsenmiştir. Bu durum yanlış anlaşılmalıdır; AB Tüzel Kişiliği'nin sağlık alanında hiç bir tercihi, felsefesi, politikası yoktur anlamına da gelmemelidir. Makro politikaların tam tersine; AB Tüzel Kişiliği'nin, üye ülkelerde yürütülen sağlık hizmetlerinin ilkeleri, hedefleri ve standartları/mikro politikalar bağlamında belli bir sağlık politikası vardır.

AB yaşam kalitesini yükseltmeyi hedef olarak benimsediği halde, bu hedefe ulaşmada en önemli unsur olan insan sağlığına yönelik sağlık politikası oluşturmayı ve hizmetlerin iyileştirilmesine yönelik doğrudan düzenlemeleri 1990 yılına kadar gerçekleştirmemiştir (Alain, 1998:1-2).

Avrupa'daki ülkeler benzer sağlık sorunlarını paylaşmaktadırlar. Yaşlı nüfusun giderek artması ve bunlara yönelik sağlık hizmetlerine artan talep ve bu talepteki atışların ileride daha da büyük artışlar olması kaçınılmaz görünmektedir (Smith, 1992:8).

Sağlık politikalarının geliştirilmesinde Avrupa Birliği Komisyonunu; Üst Düzey Sağlık Komisyonu, Halk Sağlığı Komisyonu, Halk Sağlığı Kıdemli Yöneticileri Komisyonu, Sosyal Güvenlik Komisyonu, Ekonomik Politika Komisyonu ve Göçmen İşçiler Sosyal Güvenliği İdare Komisyonu gibi üst düzey komisyonlar ile Uzmanlık kuruluşları networku, Avrupa Birliği Diyet, Fiziki Aktivite ve Sağlık Platformu, HIV/AIDS Çalışma Grubu, Avrupa Birliği Sağlık Politikası Forumu, Tüketici Ürünleri, Sağlık ve Çevresel Riskler ve Artan ve Yeni Beliren Sağlık Riskleri Bilimsel Komisyonları, desteklemektedir (Giray, 2008:5).

Sağlık hizmetinden anında, eşit, adil ve etkin olarak yararlanmak ve talep etmek her bir yurttaşın en temel hakkıdır. Bu nedenle de sağlık hizmetlerinden yararlanmada genellikle ve bir alışkanlık olarak bir eşitlikten söz edilir. Sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirlik ise; her bir yurttaşın doğumdan ölüme dek gerek koruyucu gerekse tedavi edici ve rehabilitasyon (iyileştirme) hizmetlerine anında ulaşabilmeleri ve eşit olarak yararlanabilmeleri anlamına gelir (Akdur, 2006:137). Başka bir anlatımla sağlık bakımına gereksinimi olan veya gereksinim duyan herkesin ona kolayca ulaşabilmesi demektir. Bu ulaşımda, para, statü, mesafe ve başka bir nedenle hizmetlere ulaşmada herhangi bir engelin bulunmaması gerekir.

3.1.3. Ortak Programlar

Avrupa Birliği'nin uyguladığı/yürüttüğü ortak programlar, AB politikalarının en önemli göstergelerinden biridir. Bunlar, bir yandan üye veya aday ülkeler ile vatandaşlarının, AB'nin ilke ve politikalarını ve bunların işleyiş esaslarını tanıtmaya araçları iken, öte yandan da Birliğin politikalarını uygulamanın en önemli araçlarından biridir. Bu nedenle de, AB'nin herhangi bir alandaki (bu arada da halk sağlığı alanındaki) politikalarını anlamının ve bu konuda ayrıntılı bilgi edinmenin en kolay yolu Komisyon tarafından başlatılan ve yürütülen ortak programlara ve onların içeriklerine bakmaktır (Akdur, 2006:144).

1. Halk Sağlığı Eylem Programı:

AB halk sağlığı politikasının temel amacı AB ülkelerine sağlık konusundaki uzmanlıklarını birleştirme, en iyi uygulamaları tanımlama ve paylaşma, bulaşıcı hastalık salgınları gibi sağlık tehlikelerine karşı AB çapındaki tepkilerin koordine edilmesidir. Bu çalışmaların büyük bölümü Sağlık Stratejisi ve bu stratejiyle ilişkili Halk Sağlığı Programı yoluyla gerçekleştirilmektedir (Giray, 2008:2).

Halk Sağlığı Eylem Programı AB Antlaşması'nın, 152. maddesinin gereklerinin yerine getirilmesini ve Topluluğun sağlık stratejisinin gelişimini destekleyen ana araçlardan birisidir. Programın ana amacı, ülkeler ve programlar arasındaki sinerjiyi desteklemek ve bunların birbiri ile örtüşmelerini önlemek için ilgili, Topluluk programları ve eylemleriyle ve ulusal ve bölgesel inisiyatiflerle bağlantılar geliştirmektir. Bu eylemlerin, 15 Temmuz 2004 tarihinde başlatılan, yeni bir Avrupa sağlık stratejisine yönelik görüş bildirme sürecini dikkate alması gerekmektedir. Programda, halk sağlığı ile sosyal ve çevresel politikalar arasında önemli bağlantılar bulunduğu özellikle belirtilmektedir. Bu nedenle de, Program; yoksulluk, işsizlik ve bunların sağlık üzerinde yarattığı olumsuz sonuçları; nüfusun yaşlanması ve demografik değişimlerle bunun sağlık ve sosyal koruma sistemleri üzerinde oluşan baskısı; yürütülen sosyal entegrasyon çerçevesinde koruyucu ve rehabilite edici sağlık programlarının rolü; çevresel koşulların sağlık üzerindeki etkileri ve AB içerisindeki artan nüfus hareketliliğinden ve AB'ne göçlerden kaynaklanan spesifik sağlık sorunları gibi konuları içermektedir (Akdur, 2006:145).

Halk Sağlığı Programı'nın da üç öncelikli hedefi bulunmaktadır. Bunlar; halk sağlığının gelişimi için bilgi düzeyinin geliştirilmesi, sağlığa yönelik tehditlere çabuk ve koordineli bir biçimde tepki verebilme becerisinin geliştirilmesi ve sağlık koşullarının geliştirilmesi ile birlikte tüm politikalar ve faaliyetler aracılığıyla sağlık konusundaki belirleyici unsurların tespit edilerek hastalıkların önlenmesidir. Bu programın rolü, iki geniş kapsamlı çerçeve dâhilinde özetlenebilir (Giray, 2008:2):

- Çok sayıda Avrupa ülkesinden ortakları dâhil eden ve müşterek finansman olanağından yararlanmakta olan araştırma projeleri aracılığıyla Avrupa düzeyinde yeni, belirgin araştırma ve verilerin üretilmesidir.

- Ortak nitelikli, sağlık kaynaklı sorunlar konusunda uyumlaştırılmış bir Avrupa yaklaşımının geliştirilmesi için üye ülkeler arasındaki iyi uygulamalar konusundaki bilgilerin dolaşımının sağlanması hususunun kolaylaştırılmasıdır.

Toplumun sağlık düzeyinin iyiliği ve bunu sağlamak üzere iyi düzenlenmiş bir sağlık hizmetlerinin varlığı ekonomik büyümenin ve sürdürülebilir kalkınmanın anahtarıdır. Çünkü sağlıklı toplumların hem zihinsel hem de fiziksel üretim kapasitesi daha yüksektir. Öte yandan iyi bir sağlık hizmeti yapılması/varlığı; bir yandan toplumu sağlıklı kılmada önemli bir işlev görürken öte yandan da sağlığa ayrılan kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak suretiyle ekonomiye büyük katkılar getirmektedir. Toplumun sağlıklı kılınması ve onun sağlık düzeyinin yüksekliğinin sağlanması, kişi ve toplumu olumsuz etkileyecek her türden faktörün oluşmasına engel olunması, oluşumu önlenemeyenlerin ise etkisiz kılınması ile olanaklıdır. Bu ise toplumun tüm iş ve işlerine sağlık konusunun entegrasyonu ile olanaklıdır (Akdur, 2006:144).

2. Avrupa Birliği Çevre ve Sağlık Eylem Planı:

Avrupa Birliği Komisyonu'nun yürüttüğü ve halk sağlığı politikaları ile ilgili ortak programlardan bir diğeri de “AB Çevre ve Sağlık Eylem Planıdır”. Haziran 2004’de kabul edilen bu plan 2004-2010 yıllarını kapsamaktadır. Günümüzde çevre ve sağlığın birbirinden ayıramayacağı kabul edilir. Bu nedenle de bu iki konunun daima birlikte ele alınması, çevre ve insan sağlığı arasındaki ilişkileri açıklayan bilgi ve araştırmaların birbiri ile entegrasyonu gerekir. Oysa AB’nce 2003 yılından önce yürütülen sağlık ve çevre programları birbiri ile yeterince bütünleşmiş değildir. AB Çevre ve Sağlık Eylem Planı bu entegrasyonu sağlamak üzere düşünülmüş ve kabul edilmiştir. AB Çevre ve Sağlık Eylem Planı’nın üç temel alanı vardır. Bunlar (Akdur, 2006:147);

- Kirlilik kaynakları ve sağlığa olan etkileri arasındaki bağlantıları anlamak için, bütünleşmiş çevre ve sağlık enformasyonunu geliştirerek enformasyon zincirini genişletmek,
- Çevre ve sağlık alanındaki araştırmaları güçlendirerek ve ortaya çıkan sorunları tanımlayarak bilgi açığını kapamak,
- Eğitimi ve iletişimi geliştirmek suretiyle politikaları gözden geçirilmesi alanlarıdır.

3.2. TÜRKİYE VE AB ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE TOPLUMUN SAĞLIK DÜZEYİNİN KIYASLANMASI

Türkiye'nin AB'ne tam üye olabilmesi için; a) Kopenhag Kriterleri'ni ve b) Avrupa Birliği Komisyonu tarafından, 8 Kasım 2000 tarihinde açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesi"nde öngörülen koşulları yerine getirmesi gerekmektedir. Bu amaçla, Bakanlar Kurulu tarafından, 24 Mart 2001 tarihinde, Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine ilişkin "Ulusal Program" kabul edilerek yayımlanmıştır. Bu programda, Birlik müktesebatına uyum sağlanması için; Türk mevzuatında yapılması gereken değişiklikler, yenilikler ve oluşturulması gereken yeni kurumlar ile bu düzenlemelerin gerektireceği finansman ihtiyacı belirlenmiştir (Akdur, 2006:149). Ulusal Program'da, Türk Sağlık Mevzuatının, AB Sağlık Mevzuatına uyumlu hale getirilmesi için yapılması gerekenler de belirlenerek, çalışmaların kısa (2001 yılı sonu) ve orta (net bir tarih belirtilmemekle birlikte, 2003 yılı sonu olarak hedeflenmiştir) vadede tamamlanması öngörülmektedir. Ulusal Program'da, doğrudan sağlıkla ilgili olarak; 1) Malların serbest dolaşımı, 2)Tüketicinin korunması ve sağlık, 3) Kişilerin serbest dolaşımı, 4) Sosyal politikalar ve istihdam, 5) Çevre ve sağlık, 6) İstatistikî bilgi alışverişi ve 7) Uluslararası gümrük birliği konularında AB'ne uyum sağlanması öngörülmektedir.

Türkiye AB üyeliğine adaydır ve üyeliğe kabulü için, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektörü alanında da AB mevzuatına uyum sağlamak zorundadır. Bu zorunluluğun gereklerini yerine getirmek üzere, çalışmalar Bakanlar Kurulu tarafından yayımlanan bir ulusal program dâhilinde yürütülmektedir.

3.2.1. Türkiye Ve AB Ülkelerinde Sağlık Hizmetlerinin Düzeyi

Sürekli olarak ekonomik, sosyal ve kültürel değişimlerin yaşandığı dünyada, çağın gerisinde kalmamak adına birçok konuda çağa uygun olarak gözden geçirmeler ve düzenlemeler yapılmaktadır. Dünya genelinde kabul görmüş birçok doğru değişmekte yeni uyarlamalarla modern bir görünüm kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişiklikler ve reform çalışmaları da çağın değişim rüzgârında bir zorunluluk olarak görülmektedir. Sağlık hizmetleri maliyetlerinin süratle artması, insanların yüksek beklentileri ve ülkelerin ödeme kapasitelerindeki sıkıntılar sağlıkta reformu zorunlu kılan nedenlerdir. Türkiye'de sağlık güvencesi olmayan nüfusun yüksek olması, mevcut sağlık sisteminden duyulan tatminsizlik ve kaynak kullanımında ki verimsizlik sağlık

sektöründe gerçekleşecek bir reformu zorunlu kılarken ekonomide yaşanan dönüşüm çalışmaları ve uluslararası ilişkiler bu sürecin hızlanmasında temel etken olmuştur (Akın, 2007:59).

Ülkelerin ulaşmak istedikleri kalkınma düzeyi, günümüzde yeni bir yaklaşımla ele alınmakta ve özellikle sağlık konusu bu yaklaşımda önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık sektörünün kalkınma üzerindeki rolünü ön plana çıkaran bu yeni yaklaşım, sektörün önemini daha da artırmakta ve ülkelerin gelişmişlik düzeyinin belirlenmesinde çeşitli sağlık göstergelerinin de kullanılmasına yol açmaktadır (Sığırlı vd.; 2006:82).

Türk sağlık sektöründe devletin ve piyasanın değişen rolleri konusunda köklü değişimler olamamakla birlikte özel sektörün rolünün artırılmasına ilişkin eğilimler olduğu söylenebilir. Türkiye’de özellikle (Akın, 2007:60);

- Kaynakların yetersizliği,
- Hizmet kalitesinde istikrarsızlık,
- Tıbbi standartlarda düşüş,
- Kısıtlı arza rağmen kaynakların kötü kullanımı ve
- Sağlık sisteminde düşük verimlilik sağlık reformlarının gerekçelerini oluşturmaktadır.

Türkiye’de yaşanan sağlıkta reform çalışmalar 1990 yılından sonra ivme kazanmıştır. 1990 yılında uluslar arası bir kurum Beyaz Kitap (White Paper) ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından hazırlanan “Sağlık Sektörü Master Planı” çerçevesinde Dünya Bankası yardımıyla 1. Sağlık Projesi gerçekleştirilirken, 1991 yılında strateji ve planlama geliştirme kurumunun kurulmasını ile birlikte 1992 yılında I. Ulusal Sağlık kongresi gerçekleştirilmiştir. Sağlık güvencesi olmayan nüfusun güvence altına alınması amacıyla 1992 de yeşil kart uygulamasına geçilmiş ve durumun değerlendirilmesi için 1993 yılında 2. ulusal sağlık kongresi gerçekleştirilmiştir. Geçen zaman içerisinde sağlık sektörünün kapasite durumu değerlendirilmiş ve 1994 yılında bu konunun temel alındığı 2. Sağlık Projesi gerçekleştirilmiştir. Bu projenin ardından son olarak 2003 yılında yine sağlıkta dönüşüm programı uygulanmaya başlanmış sağlık ile ilgili uygulanması düşünülen projeler bu program altında gerçekleştirilmeye başlanmıştır (Akın, 2007:61).

Türkiye'nin sağlık sisteminde arzulanan hedeflere (toplumun sağlık statüsünün yükselmesi) ulaşabilmesi ve sağlıkta reformları başarılı bir şekilde yapabilmesi için; ülke gerçekleri göz önünde bulundurularak doğru politikaların tespit edilmesi, bu politika alternatifleri arasından bilimsel bilgiye dayalı bir seçimin yapılması, bu seçimin yine bilimsel bilgi ışığında uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Bunun için sürdürülebilir sağlık politikası hedeflerinin olması gerekir. Sağlık Bakanlığının gerek kamusal bazda ve gerekse istihdam ettiği kişiler bazında liderlik fonksiyonunu üstlenmesi gerekir. Bilgiye dayalı kararların alınması gerekir. Sektörler arası işbirliği ve koordinasyon ilkesi benimsenmelidir. Politik ve ekonomik istikrar sağlanmalıdır. Ülke gerçeklerinin göz ardı edilmemesi gerekir (Yıldırım, 2006:7).

Toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın bir ilişki söz konusudur. Ekonomik gelişmesini belli bir düzeye getirebilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir. Bununla birlikte, sağlık düzeyinin gelişimi de artan verimlilik yoluyla ekonomik büyümeyi hızlandırmaktadır (Taban, 2004:3). Örneğin, sağlıklı bireylerin daha iyi eğitilebilecek olmaları ve daha önemlisi sağlıklı bireylerin eğitilmesi durumunda eğitim yatırımlarından daha uzun süreli yararlanma imkânının doğacak olması, eğitim yanında sağlığa da önem verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, çoğu iktisatçı toplumların sağlık düzeyinin gelişmiş olmasının, verimliliğe dolayısıyla ülke kalkınmasına olumlu etkilerinin olacağını kabul etmekte ve konu ile ilgili yapılan ampirik çalışmalarda ise, sağlığın genel olarak ekonomik büyümeyi pozitif etkilediğine ilişkin ampirik sonuçlara ulaşılmaktadır.

Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ele alındığında ülkemizin sağlık göstergeleri tatmin edici değildir. Ülkemizdeki sağlıkla ilgili veriler ortaya koymaktadır ki, Türkiye'deki ölüm olaylarının en yaygın nedenleri önlenabilir ve kontrol edilebilir nedenlerdir. Toplam sağlık harcamaları içinden temel sağlık hizmetleri için ayrılan payın %2'ler düzeyinde oluşu da bu durumu doğrular niteliktedir. Nüfus yapısında küçük de olsa yaşanan değişimin ortaya çıkardığı eğilimler de sağlık hizmeti sunumunda bir değişimi gerektirmektedir. Nüfusun büyük bölümünün kırsal alanda yaşadığı dönemlerde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi yönünde çalışmalara, başka bir deyişle kırsal hizmetlere ağırlık verilmişti. Ancak, ülkemiz nüfusu giderek artan oranda kentleşmektedir. Avrupa Birliği ülkeleriyle karşılaştırıldığında Türkiye'nin demografik profili daha gençtir. 1990

yılında 15 yaş altı nüfusun toplam nüfusa oranı %35, 65 yaş ve üzerindekiiler ise %4,2 iken, 1996 yılında bu rakamlar %31,7 ve %4,8 olmuştur. 2025 yılında da 15 yaş altındaki nüfusun %22,9 ve 65 yaş ve üzeri nüfusun %9,0 olması beklenmektedir. Bu rakamlar göstermektedir ki, sağlık hizmetlerinde yapılan iyileştirmeler sonucu Türkiye'nin nüfusu giderek yaşlanmaktadır ve 21. yüzyılda sunulacak sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda değişmesi gerekmektedir (Tanrıtanır, 1997:1-2).

Sağlık yönetimi ile ilgili olarak AB genelinde ortak düzenleme bulunmamasına paralel olarak, Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı'nda da sağlığın yönetimi ile ilgili olarak doğrudan bir düzenleme yer almamaktadır. Ancak, idari kapasite yeterliliği Ulusal Program kapsamında mevzuat uyumu, projelendirme, eğitim ve çeşitli yeni kurumların oluşturulması ve yönetiminde vazgeçilmez bir zorunluluk olarak dikkate getirilmektedir (Giray, 2008:8).

Kişi ve toplumun sağlık düzeyi aynı zamanda ülkenin gelişmişlik ve refah düzeyinin de bir fonksiyonudur. Başka bir söylemle; toplum ve kişinin sağlığı, dolayısıyla da sağlık düzeyinin tek belirleyicisi sağlık sektörü değildir. Bu bağlamda eldeki verilere bakıldığında; AB'ne üye ülkelerde insani gelişme indeksi 0,836 ile 0,946 arasında değişmektedir. Türkiye'de ise bu ölçek 0,750 olup, AB'ne üye ülkelere göre oldukça geridir. Aynı şekilde AB ülkelerinde kişi başına yıllık gelir 4070 ile 33750 dolar arasında değişirken, bu ölçek Türkiye'de 2290 dolardır. Toplumun sağlık düzeyini belirlemede, bir yandan ulusal gelirin miktarı önemli iken öte yandan da bu gelirin toplum kesimleri arasında paylaşım oranları da önemlidir. Toplum kesimlerinin ulusal gelirden aldığı pay; aynı zamanda bu kesimler arası refah paylaşımındaki eşitsizliğin de göstergesidir. Öte yandan ülkedeki/toplumdaki demokrasi ve hakkaniyetin gelişim düzeyinin de en güzel göstergelerinden birini oluşturur. Bu bağlamda AB üyesi ülkeler ile Türkiye kıyaslandığında; Türkiye'de ulusal gelirden en yüksek payı alan %20'lik kesim, ulusal gelirin %46,7'sini alırken ulusal gelirden en düşük payı alan %20'lik kesim ise ulusal gelirin yalnızca %6,1'ini alabilmektedir. Bu oranların her ikisi de AB üye ülkelerin hepsinden yüksektir. Başka bir anlatımla, Türkiye'de gelir dağılımı bozukluğu tüm AB ülkelerinden daha belirgindir (Akdur, 2006:59).

Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde, tedavi edici hizmetlerin finansmanı ve sunumunda ülkeden ülkeye büyük farklılıklar gözlenirken, koruyucu hizmetler alanında hemen

hemen üye ülkelerin tamamında hizmetler hem kamu kaynaklarından finanse edilmekte hem de kamu kuruluşları tarafından yürütülmektedir (Akdur, 2006:51).

Gelir ve sağlık arasında karşılıklı bir ilişkinin olduğu hem uygulamalı, hem de teorik çalışmalar ile ispatlanmıştır. Yükselen gelir seviyesine bağlı olarak daha iyi ve temiz su arzı sağlanabilmekte ve böylece iyi bir koruyucu sağlık hizmeti yapılabilir (Strauss ve Thomas, 1998).

Diğer taraftan daha fazla kaynağın sağlığa ayrılması işçilerin verimliliği üzerinde olumlu etki yapmaktadır. Ancak, bu ilişkiyi ölçmenin son derece zor olduğu da belirtilmektedir. Çünkü sağlığın kalıtımsal özellikler ile yakından ilişkili olması gibi gelir dışı pek çok faktör de sağlık üzerinde etkili olabilmektedir (Lee et al., 1993).

Dolayısıyla, etkin bir harcama politikası ile en uygun sağlık harcaması seviyesini yakalamak, yani optimal bileşene ulaşmak en verimli sonuç olacaktır. Ne var ki, Türkiye Dünya Sağlık Teşkilatı'nın belirlediği sağlık harcamalarındaki alt sınıra dahi ulaşamamıştır.

3.3. TÜRKİYE SAĞLIK HARCAMALARININ AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde Türkiye ve önde gelen Avrupa Birliği (AB) ülkeleri, genel olarak sağlık sistemleri bazında, özel olarak da sağlık harcamaları bazında bir karşılaştırmaya tabi tutulacaktır. Bu karşılaştırmaya geçmeden önce aşağıda araştırma konusunun önemi, veri toplama ve analiz yöntemi, araştırmanın kapsamı, araştırma bulguları ve araştırma sonunda elde edilecek verilerin değerlendirilmesine yer verilecektir.

3.3.1. Araştırma Konusunun Önemi

Ülkelerin sağlık hesaplarının tanımlanması son yıllarda politika belirleyicileri için önemli bir konu olmuştur. Çünkü belirlenen hedeflere ulaşılabilmesi için, mevcut kısıtlı kaynakların sektör içindeki miktarı ve dağılımı, bu kaynakların akış yönü, şekli ve geçmişte gözlenen hareketleri ile gelecekte beklenen trendleri konusunda detaylı ve doğru bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır. Giderek artan sağlık harcamaları belirlenen hedeflere ulaşılmasında başlı başına bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülke genelinde hem kamu, hem de özel kaynaklarca yapılan harcamaların bilinmesi, kaynak

planlama ve hizmet sunumunda yapılacak düzenlemeler için önemli bilgiler sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004).

Bir ülkenin sağlık harcamaları, o ülkenin genel ekonomik yapısı ve yaşam düzeyi ile yakından ilişkilidir. Bir ülkede gayri safi milli hâsıladan (GSMH) sağlık için ayrılan payın azalması, sağlık düzeyinde bir kötüleşmeyi; artması ise sağlık düzeyinde bir iyileşmeyi beraberinde getirmektedir. Kişi başına düşen gelirde meydana gelen artışlar da, toplam sağlık düzeyini yakından etkilemektedir (Çalışkan, 1999:83).

Sektörde eşit ve kaliteli hizmet sunulması için sektördeki fon akışının belirlenmesi ve sistemin finansmanının kurumsallaştırılmasına yönelik yapılan harcamaların, finansman kurumları, hizmet sunucuları ve sağlık fonksiyonları açısından tespit edilmesi çok önemlidir (Sağlık Bakanlığı, 2004).

Bir ülkenin sağlık sisteminin ve sağlık sektörüne yapılan harcamaların başka ülkelerle karşılaştırılması, her şeyden önce o ülkenin kendi sağlık sisteminin mevcut durumunun ortaya konulmasında bir perspektif kazandırır. Bu perspektif, söz konusu sektörde verimlilik ve dolayısıyla toplumsal refah artışı için bilimsel öngörülerde bulunmayı kolaylaştırır. Bir ülkedeki mevcut sağlık sisteminin etkin bir şekilde yürüyüp yürümediğini sorgularken bakılan en önemli göstergelerden biri yapılan sağlık harcamalarının ne şekilde dağıldığıdır. Türkiye’de sağlık harcamalarının analizi, veri kalitesinin düşük olması ve harcamaları gerçekleştiren kurumların geri bildirim vermemesi nedeniyle etkin olarak yapılamamaktadır (Akın, 2007:68). Bu anlamda ilgili literatürde bir boşluk bulunmaktadır.

3.3.2. Veri Toplama Ve Analiz Yöntemi

Amaçlarına göre araştırmalar üçe ayrılmaktadır. Bunlar: keşfedici araştırma, tanımlayıcı araştırma ve illiyet araştırmasıdır. Bu tür araştırmalar arasında, amaçları, sorunları, hipotezleri ve kullanılan veri toplama yöntemleri itibariyle farklar vardır. Keşfedici araştırmalar, bir problemin genel tabiatını ya da iç yüzünü, muhtemel karar alternatiflerini ve konuyla ilgili değişkenleri keşfetmeye çalışır. Bu tür araştırmalar, genellikle önceden hakkında çok az bilgi mevcut olan meseleler üzerinde yapılır. Araştırmanın yöntemi oldukça esnek olup, daha çok niteldir (Nakip, 2003:29).

Çalışmamız esas itibariyle keşifsel ve tanımlayıcı (nitel) bir araştırma olmakla birlikte, istatistikî verilere dayalı nicel unsurları da bünyesinde barındırmaktadır.

Nitel araştırmanın herkes tarafından kabul edilen bir tanımını yapmak güçtür. Konuyla ilgili literatürde birçok yazar böyle bir tanım yapmaktan özellikle kaçınmıştır. Bununla birlikte, genel olarak nitel araştırma, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlediği araştırma olarak tanımlamak mümkündür (Yıldırım ve Şimşek, 2000:18-19).

Bugün gelişmiş ve belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insana yönelik yapılan yatırım olması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik yönünden iyileştirilmesine artan oranda kaynak ayırmaktadırlar.

Bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin düzeyi aşağıdaki ölçütlerle ölçülür (Akdur, 2006:54):

- Sağlık harcamaları (sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı, hükümet bütçesi içinde sağlık harcamalarının payı, toplam yatırımlar içinde sağlık ve sosyal refah yatırımlarının payı, kişi başına yıllık sağlık harcaması vb) ve bu harcamaların bileşimi (kamu ve özel sağlık harcamaları ve bunların kurumsal dağılımı),
- Sağlık insan gücünün nicel ve nitel yapısı (sağlık insan gücü başına düşen kişi sayısı, sağlık insan gücünün eğitim durumu vb),
- Sağlık alt yapısının düzeyi (hastane ve hasta yatağı sayısı, kullanım biçimi vb) ve çevre sağlığının durumu.

Çalışmada, OECD sağlık verileri ışığında, keşifsel araştırma yöntemiyle, Türkiye ve Avrupa Birliği'ne üye 10 ülke arasında karşılaştırma yapılmıştır. Türkiye'de sağlık sektörünün durumu ile ilgili, yakın tarihli en önemli iki çalışma Sargutan (2006) ve Akdur'a (2006) aittir. Bizim çalışmamızda söz konusu çalışmalardan yararlanılmış, ancak sağlık sektörünün harcamalar boyutu öne çıkarılarak, konu farklı bir bakış açısıyla ele alınmıştır.

3.3.3. Araştırmanın Kapsamı

Her ülkenin sağlık sistemi; ülkenin tarihine, coğrafyasına, ekonomisine, politik kültürüne vb. gibi birçok değişkene bağlı olarak şekillenmektedir. Bir ülkedeki mevcut

sağlık sisteminin etkin bir şekilde yürüyüp yürümediğini sorgularken bakılan en önemli göstergelerden biri, yapılan sağlık harcamalarının ne şekilde dağılım gösterdiğidir. Türkiye'nin sağlık harcamasının Avrupa Birliği'ne üye ülkelerle karşılaştırması ele alırken, toplam sağlık harcaması, kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı göstergelerinden yararlanılmıştır.

Söz konusu göstergelerle ilgili karşılaştırılabilir veriler 1995-2005 dönemine ait oldukları için, çalışmaya bu alanda bir zaman sınırlaması getirilmiştir. Diğer taraftan bütün AB ülkelerinin dahil olduğu bir karşılaştırmalı analiz, bu çalışmanın sınırlarını aşacağı için, çalışmamızda verilerine ulaşılabilen 10 AB ülkesi ele alınmıştır.

3.3.4. Araştırmanın Bulguları

Yukarıda da belirtildiği gibi, ülke karşılaştırmaları OECD sağlık verilerine dayalı olarak oluşturulan istatistikî tablolar yardımıyla yapılacaktır. Bu karşılaştırmaya geçmeden önce AB ülkelerinde sağlık sistemi ve sağlık sektörünün genel durumu ana hatlarıyla ortaya konulacak, ardından tekil ülke düzeyinde karşılaştırmalar yapılacaktır.

3.3.4.1. Avrupa Birliği Ülkelerinin Genel Durumu

Bugün gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerine bakıldığında, sistemin özelliklerini ve organizasyonunu yansıtan demografik yapı ile hastalık ve ölüm oranları gibi temel sağlık ölçütlerinin dünya standartları düzeyinde olduğu görülmektedir. Sanayileşmiş toplumlarda 65 yaş ve daha üzerindeki nüfusun giderek artması, sağlık harcamalarının dağılımını önemli ölçüde değiştirmektedir. Bu ülkelerde yaşlı nüfus, toplam nüfusun yaklaşık olarak %15-17 oranına ulaşmış ve bu nedenle, sağlık bakım kaynaklarının %30 hatta %40'ı yaşlıların bakım hizmetleri için ayrılır hale gelmiştir. Bu yönüyle, sanayileşmiş modern toplumlarda sağlık sisteminde yaşanan sorunların esas olarak, zayıf ekonomik yapıdan ziyade demografik yapıda meydana gelen değişiklikler ve gelişmiş toplum olma özelliklerinden kaynaklandığı söylenebilir. Dolayısıyla sağlık sistemlerinde yapılması düşünülen değişiklikler, daha modern sağlık hizmetlerinin nasıl sunulabileceği yönündeki düşüncelere bağlı olarak şekillenmekte ve yeni finansman kaynakları yaratma çabalarının temel nedeni de bu olmaktadır (Çalışkan, 1999:63).

Tablo 3-1'de Bazı Avrupa Birliği ülkelerinde ve Türkiye'de sağlık harcamaları gösterilmektedir.

Tablo 3-1: Bazı Avrupa Birliği Ülkelerinde ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Ülkeler	Toplam Sağlık Harcamaları (GSYİH %)		Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)		Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005
İngiltere	7	8,3	1821	2724	71	87,1
Almanya	10,1	10,7	2225	3287	81,6	76,9
Fransa	9,9	11,1	2065	3374	78,6	79,8
İtalya	7,3	8,9	1562	2532	70,8	76,6
Hollanda	8,3	9,2 (2004)	1821	3094 (2004)	71	62,5 (2002)
Finlandiya	7,5	7,5	1429	2331	75,6	77,8
Çek Cum.	7	7,2	915	1479	90,9	88,6
İsveç	8,1	9,1	1733	2918	86,6	84,6
Portekiz	7,8	10,2	1096	2041	62,6	72,3
Avusturya	9,8	10,2	2250	3519	71,5	75,7
Türkiye	3,4	7,6	187	586	70,3	71,4

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

OECD sağlık verilerine göre; AB üye ülkeleri içinde, 2005 yılı itibariyle 3374\$ ile Fransa ve 3519\$ ile Avusturya’nın kişi başına sağlık harcaması en yüksek olan iki AB ülkesidir. Fransa, GSMH’sının %11,1’ni doğrudan sağlık hizmetlerine harcayan ve AB ülkeleri içinde GSMH’sından en büyük pay ayıran ülke konumundadır. OECD sağlık verilerine göre; Türkiye’de kişi başına yıllık sağlık harcaması, 586\$ olup, bu miktar Türkiye GSMH’nın %7,6’sına denk düşmektedir.

Bu verilerden de anlaşılacağı üzere, AB üye ülkelerde kişi başına yıllık sağlık harcaması Türkiye'ye göre yüksektir. Başka bir anlatımla, Türkiye'de GSMH'dan sağlığa ayrılan pay AB'ne üye ülkelerin çoğundan küçüktür.

Dünya Bankası tarafından 2003 yılında gerçekleştirilen ülkelerin sağlık hesapları çalışması verilerine göre dünya genelinde kişi başına ortalama sağlık harcaması 483 \$'dır. Sanayileşmiş ve yüksek gelirli ülkelerde ortalama kişi başına 2500 \$'ın üzerinde sağlık harcaması gerçekleşirken, az ve orta gelirli ülkelerde ortalama kişi başına 200 \$'ın altında bir sağlık harcaması gerçekleşmiştir. Ülkelerin gelir seviyesi ve endüstrileşmesi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayrılmakta ve dolayısı ile sağlık harcamaları da düşük gelirli ülkelere göre oldukça yüksek miktarda gerçekleşmektedir (World Bank, 2003: 94).

Sağlık harcamaları bakımından, 2006 yılı OECD raporuna göre Türkiye 30 OECD ülkesi arasında en ucuz ikinci ülkedir. Sonuç olarak 2002-2006 yılları arasında kamu sağlık harcamaları reel olarak % 41 artarken, 2002 yılında 137\$ olan kişi başı kamu sağlık harcaması 2006 yılında yaklaşık iki katına çıkarak 268\$ olacaktır. Diğer taraftan 2002 yılında kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %70,4 iken 2006 yılında % 82,3 olması beklenmektedir (Tuncer, 2007:31).

AB ülkeleri ile kıyaslandığında, Türkiye toplumu oldukça genç, çok doğuran ve nüfusu hızla artan bir toplumdur. Nitekim AB ülkelerinde 15 yaşın altındaki nüfusun, tüm nüfusa oranı %16 ile %19 arasında değişirken bu oran Türkiye'de %31'dir. Sonuç olarak, Türkiye ve AB ülkelerinde sağlık hizmetleri ve sağlık düzeyini kıyasladığımızda, Türkiye'nin aleyhine, arada çok büyük farklılık vardır. Bu farkın kapatılması ise kolay değildir. Bunun için, çok hızlı ve köklü, bir takım değişiklikler yapılması gereklidir. Her şeyden önce, sağlık hizmetlerinin finans modeli ve kaynağı belirlenerek, ulusal gelirden sağlığa ayrılan payın arttırılması gerekir. Ayrıca, sağlık ve sosyal refah yatırımlarının genel yatırımlar içindeki payı yükseltilmelidir. Buna ek olarak, örgütlenme yapısının sağlıklı hale getirilmesinden personel istihdamına dek uzanan bir dizi önlemin bir an önce alınmasında zorunluluk vardır (Akdur, 2006:65).

İngiltere, İrlanda, Danimarka, İsveç, Finlandiya, İtalya, İspanya ve Portekiz'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak genel vergiler yolu ile yapılmaktadır. İngiltere'de kamu sağlık harcamaları içinde vergi gelirlerinin payı %88,2'dir. Bu pay

İrlanda'da %91,0, Danimarka'da %100, İsveç'te %100, Finlandiya'da %80,2, İtalya'da %99,9, İspanya'da %88,3 ve Portekiz'de ise % %91,5'dir. Fransa ve Hollanda kamu sağlık harcamalarının tamamına yakını sosyal güvenlikle finanse eden iki AB üyesi ülkedir. Fransa'da kamu sağlık harcamaları içinde kamu sigortalarının payı %96,8'dir. Bu pay Hollanda'da ise %94'dür. Buna karşılık her iki ülkede de özel sağlık harcamaları oldukça yüksektir. Bu özel harcamaların büyük çoğunluğu da özel sigortalar aracılığı ile yapılmaktadır. Fransa'da özel sağlık harcamaları içinde özel sigortanın payı %52,7'dir. Bu pay Hollanda'da %55,7'dir. Almanya, Belçika ve Lüksemburg sağlık hizmetlerini ağırlıklı sosyal sigorta yolu ile finanse eden ülkelerdir. Almanya'da kamu sağlık harcamaları içinde kamu sigortalarının payı %91,6'dır. Bu oran Belçika'da %88, Lüksemburg'da ise %82,7'dir. Sağlık hizmetlerini sosyal sigorta yolu ile finanse eden ülkelerin hepsinde uygulamanın çeşitli farklılıkları vardır. Örneğin; Almanya, Belçika ve Hollanda'da hastalık sigortası kuruluşunu kişi kendisi özgürce seçebilmektedir (Akdur, 2006:44).

3.3.4.2. Türkiye ve İngiltere Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

İngiltere kapsayıcı sağlık sistemi uygulayan en tipik ve örnek ülkedir. Kişi gelirin yüksek olmasına rağmen, kapsayıcı sistemin uygulanmakta oluşu, İngiltere'nin toplumun sağlık hizmetlerine verdiği önemin göstergesi kabul edilmektedir (Sargutan, 2006:170).

İngiltere'de bir ayırım yapılmaksızın, işi olsun olmasın herkesin sağlık hizmeti ihtiyacı devlet tarafından, Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) adlı kamu örgütüne karşılanmaktadır (Tokat, 2008:31). Ülkenin sağlık sistemi her yönden köklü, gelişmiş, tamamen kamu hizmeti esasına dayalı bir yapılanmaya sahiptir ve toplumun tamamını kapsamaktadır. Ülkede özel sektör sağlık hizmetleri serbest olmasına rağmen, kamu hizmetlerinin yeterliliği sebebiyle fazla önem taşımamaktadır.

Bu imkânın temel kaynağı, ülkenin ekonomik açıdan gelişmiş olması, yeterli kaynaklarının bulunması, iyi bir eğitim sisteminin olması, görevlilerin görevlerinin bilincinde ve hizmet etme arzusu içinde olmalarıdır (Sargutan, 2006:170).

Ulusal Sağlık Hizmetleri kurumu, özel bir yapıya sahiptir. Özel sektörün varlığına karşın, nüfusun büyük bir kısmı sağlık hizmetlerini bu yolla sağlamaktadır (Çalışkan, 1999:63).

İngiltere’de sağlık hizmetlerinin finansmanı 1911’lere dayanmaktadır ve 1948’de uygulamaya konan Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service, NHS) çerçevesinde sağlık güvencesi altındadır. NHS’nin amacı, sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması, ihtiyacın olduğunda her zaman her yerde, hiçbir ölçüt aramaksızın herkese sunulmasıdır. Bugün sağlık hizmetleri hükümetin topladığı vergiler ve sosyal sigorta fonları NHS’nin finansmanında temel kaynak oluşturmaktadır. NHS İngiltere’de halen yürürlükte ve herhangi bir sağlık kurumundan hiçbir ücret ödemeksizin yararlanmak mümkündür (Tutar ve Kılınç, 2007:49). Bu durum sağlık alanında Türkiye ile İngiltere arasındaki en büyük farktır.

Tablo 3-2’de İngiltere’nin sağlık hizmetleri alt yapısının temel özellikleri gösterilmektedir.

Tablo 3-2: İngiltere Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri

İNGİLTERE	
Yönetim ve Hizmet Birimleri	Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen bir Ulusal Sağlık Sistemi vardır.
Finansman	Genel vergi ve genel bütçe ile. Son zamanlarda özel sigorta ve cepten ödemelerin payı artırılmaya çalışılmaktadır.
Hizmet Sunumu ve İnsan Gücü	Sistem pratisyen hekimliğe dayalıdır ve toplumun %99’u pratisyen hekime kayıtlıdır. Pratisyen hekimler hizmetlerini kendi muayenehanelerinde yürütürler. Hastanelerin büyük çoğunluğu kamuya aittir. Hem özel hem de kamu istihdamı vardır.

Kaynak: Akdur, 2006:49.

Tablodan görülebileceği gibi, İngiltere Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen bir Ulusal Sağlık Sistemi vardır. Hastanelerin büyük çoğunluğu kamuya aittir. Hem özel hem de kamu istihdamı vardır. Türkiye'nin sağlık sistemi ise karma bir yapıya sahiptir. Bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu sigorta modeli uygulanırken, diğer taraftan kamu yardımı modeli uygulanmaktadır.

Türkiye'de, sağlık hizmetleri 1961 yılında sosyalleştirilmiş olup, bu anlayışa göre; sağlık hizmetleri nüfus esasına ve aşağıdan yukarıya doğru, sağlık evi, sağlık ocağı, ikinci ve üçüncü basamak hastaneler şeklinde hiyerarşik ve bürokratik bir kademelenme içinde sıralanmıştır (TÜBİTAK, 2003).

Tablo 3-3'te Türkiye ve İngiltere'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının (1995-2005) yıllara göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3-3: Türkiye'nin ve İngiltere'nin Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları (GSYİH %)	İngiltere'nin Toplam Sağlık Harcamaları (GSYİH %)
1995	3,4	7
1996	3,9	7
1997	4,2	6,8
1998	4,8	6,9
1999	6,4	7,1
2000	6,6	7,3
2001	7,5	7,5
2002	7,4	7,7
2003	7,6	7,8
2004	7,7	8,1
2005	7,6	8,3

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Türkiye toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1995 yılında %3,4 iken, 2000 yılında %6,6 ve 2005 yılında %7,6 oranla yaklaşık %4 oranında bir artış göstermiştir. İngiltere'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 1995 yılında %7 iken, 2000 yılında %7,3 ve 2005 yılında %8,3 oranla yaklaşık %1 oranında bir artış göstermiştir. Bu verilerden de anlaşılacağı üzere, İngiltere'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 1995-2005 yıllarına göre Türkiye'den yüksektir.

Toplam Sağlık Harcaması (TSH), sağlık için yapılan cari harcama ve yatırım harcamasının toplamından oluşmaktadır. Cari sağlık harcaması ise; tüm tedavi, rehabilitasyon, koruyucu ve halk sağlığı, yardımcı tıbbi hizmetler ile bu hizmetlerin yönetimi ve topluma sunulması için gerekli ilaç, tıbbi sarf ve tedavi malzemeleri, sağlık personeli maaş ve ücretleri için yapılan harcamaları kapsamaktadır. Doğrudan sağlık hizmeti olmayıp sağlıkla ilgili olarak tanımlanan sağlıkta araştırma geliştirme, sağlık eğitimi, çevre sağlığı hizmetleri, gıda, hijyen, içme suyu ve yatırım harcamalarını kapsamamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007:187).

Türkiye'nin ve İngiltere'nin kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Tablo 3-4'te gösterilmiştir.

Tablo 3-4: Türkiye'nin ve İngiltere'nin Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)	İngiltere'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)
1995	187	1821
1996	233	1464
1997	267	1525
1998	313	1600
1999	392	1713
2000	451	1859
2001	461	2034
2002	484	2228
2003	514	2328
2004	562	2560
2005	586	2724

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

1995 yılında Türkiye kişi başına toplam sağlık harcaması 187\$, 1996 yılında 233\$, 1997 yılında 267\$, 2000 yılında 451\$ ve 2005 yılında 586\$ sağlık harcaması gerçekleştirirken, İngiltere'nin kişi başına toplam sağlık harcaması 1995 yılında 1821\$, 1996 yılında 1464\$, 2000 yılında 1859\$ ve 2005 yılında 2724\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

Tablo 3-5'te Türkiye ve İngiltere'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllara göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3-5: Türkiye'nin ve İngiltere'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	İngiltere'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
1995	70,3	71
1996	69,2	82,9
1997	71,6	80,4
1998	71,9	80,4
1999	61,1	80,6
2000	62,9	80,9
2001	68,2	83
2002	70,4	83,4
2003	71,6	85,6
2004	72,3	86,3
2005	71,4	87,1

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

İngiltere'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında %71, 2001 yılında %83, 2004 yılında 86,3 iken 2005 yılında %87,1 olduğu görülmektedir. Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 1995 yılında (%70,3), 2001 yılında (%68,2), 2004 yılında %72,3 iken 2005 yılında %71,4 olduğu görülmektedir. Bu verilerden de anlaşılabacağı üzere, İngiltere'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllara göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksek olduğu görülmektedir.

Kamu sağlık harcamaları, Sağlık Bakanlığı, Hudut Sahilleri Genel Müdürlüğü, Üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, diğer Bakanlıklar ve Kamu Kurumları ile Yerel Yönetimler, Devlet Teşekkülleri, Devlet Memurları ile Sosyal Güvenlik Kurumları olan SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur tarafından karşılanan harcamalardır (Sağlık Bakanlığı, 2007:193).

Sonuç olarak tüm bu verilerden de anlaşılabacağı üzere, İngiltere'nin toplam sağlık harcamasının, kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksektir.

3.3.4.3. Türkiye ve Almanya Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Endüstrileşmiş ve zengin bir ülke olup, refah devlet yönelimli bir sağlık sistemi izleyen Almanya’da sağlık hizmeti talebinde büyük oranda, işçi işverenin ödediği primlere dayanan zorunlu sağlık ve sosyal sigortası uygulanır. Güçsüzler için kamu kaynaklı prim alınır. Kamu desteği yüksektir. Halkın %99’u, 1.000 kadar sigortanın kapsamındadır. Geliri iyi olanlar sosyal sigorta kapsamına girmeyebilir. Ancak özel sigorta da olsa bir sigortaya bağlı olmak zorunludur (Sargutan, 2006:142).

Alman sağlık sisteminde, hizmeti sunanlar ile talep edenler çok taraflı olup, çalışanlar en önemli hizmet talebinde bulunan kesimdir. Bu nedenle bu sistem, ABD sistemine yakın bir özellik taşımaktadır. Almanya’da sağlık bakımı bütünüyle özel hastaneler ve doktorlar tarafından verilmektedir (Çalışkan, 1999:75).

Almanya’da tüm nüfus sosyal güvenlik şemsiyesi altındadır ve doktor hizmetleri ücretsiz ve sadece fizyoterapist, hastanede yatma, hastaneye taşıma gibi bazı hizmetler için halkın az miktarlarda ödeme yapması gerekmektedir (Özdemir vd., 2003:212).

Alman sağlık bakım sisteminin finansmanı beş ayrı kaynaktan elde edilen gelirle sağlamaktadır. Bunlar (Çalışkan, 1999:75-76);

- Genel vergiler,
- Maaşlar üzerinden alınan vergiler,
- Özel sigorta primleri,
- Cepten ödemeler,
- Maaş gelirlerinin karşılamadığı durumlarda kamu ve özel sektörde çalışanların yaptığı ödemelerdir.

Liberal bir görüşten esinlenen Almanya’da sağlık sigortası, geliri bir tabanın altında olanlar ve de tarımda kendi adına çalışanlar için zorunludur. Serbest çalışanlar ve tabanın üstünde gelir alanların sağlık sigortası isteğe bağlıdır. Buna rağmen, nüfusun yaklaşık %90’ı zorunlu sigorta kapsamı içindedir. Liberal sistemden esinlendiği için, merkezi bir kuruluş mevcut olmayıp birbirleriyle rekabet içinde olan 2000 dolayında sağlık sandığı mevcuttur. Primlerle finanse edilir. Ayrıca ilaçlar için hasta ek ödeme yapar. Sağlık sandıkları arasındaki rekabetten dolayı, her sandığın sunduğu “sağlık

teminat paketi” yani vermeyi yükümlendiği sağlık hizmetleri ve primler bir sandıktan diğerine farklılık gösterebilmektedir (Tokat, 2004:19; 2008:30).

Almanya’nın sağlık hizmetleri alt yapısının temel özellikleri Tablo 3-6’da gösterilmektedir.

Tablo 3-6: Almanya Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri

ALMANYA	
Yönetim ve Hizmet Birimleri	Merkezi düzeyde (Federal devlet) esas sorumlu bakanlık Sağlık Bakanlığı’dır. Ayrıca; Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, Doğa Çevre ve Nükleer Güvenlik Bakanlığı, Araştırma ve Teknoloji Bakanlıkları da konu ile ilgilidir. Sigortalının sigortasını ve hekimini seçmesi ve ona kayıt olmasına dayalı bir sistem vardır.
Finansman	Yüzyılın başından beri hastalık sigortası (kamu+özel) ile finanse edilmektedir.
Hizmet Sunumu ve İnsan Gücü	Hekimler serbest çalışır, uçtaki aile hekimleri pratisyen ya da uzman olabilir. Büyük çoğunluğu uzmandır.

Kaynak: Akdur, 2006:46.

Almanya’nın yönetim ve hizmet birimleri merkezi düzeyde esas sorumlu bakanlık Sağlık Bakanlığı’dır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı merkezi idarenin genel bütçe gelirleri ile sağladığı finansman, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin talep ettikleri hizmetlerin karşılığı olarak doğrudan cepten ödemelerden oluşmaktadır. Bu durum sağlık finansman sistemini karmaşık bir hale getirmektedir.

Alman sağlık sistemi, ABD’de uygulanan sağlık sistemi ile benzerlikler göstermektedir. Hizmetler, her iki ülkede de yerel ve merkezi hükümetler aracılığı ile sağlanmaktadır. Yine her iki ülke sisteminde, kamu ve özel finansman yapısı benzerlikler taşımakta ve çalışanlar sistemin finansmanına doğrudan dâhil edilmektedir. Almanya’da hastalar, aile planlaması, diş bakımı, ayakta ve yatarak verilen tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon gibi tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerden bütünüyle yararlanma olanağına

sahiptir. Halk sağığı ve psikiyatri hizmetleri en üst düzeyde sağılanmaktadır. Hastalar, genel pratisyen doktor ya da bir uzmanı seçme hakkına sahiptir (Çalışkan, 1999:75-77).

Ayrıca ilaç sektöründe, üretici firma, sağık sandıklarının kontrolüne açık olmakla beraber, fiyatını genelde serbestçe belirler. Dağıtım giderleri yani perakende kar marjı ve dolaylı vergi oranı devlet tarafından düzenlenmektedir (Tokat, 2004:20).

Almanya'nın sağığına verdiği önem örnek alınacak bir seviyeye ulaşmıştır. Ülkedeki sigorta sisteminde, sigorta kapsamına giren kişiler, gelirleri ile orantılı olarak sağık sigortası primi öderler, işverende çalışanlar adına sigorta primi öder (Sargutan, 2006:142).

Tablo 3-7'de Türkiye ve Almanya'nın toplam sağık harcamalarının GSYİH içindeki payının (1995-2005) yıllara göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3-7: Türkiye'nin ve Almanya'nın Toplam Sağık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağık Harcamaları (GSYİH %)	Almanya'nın Toplam Sağık Harcamaları (GSYİH %)
1995	3,4	10,1
1996	3,9	10,4
1997	4,2	10,2
1998	4,8	10,2
1999	6,4	10,3
2000	6,6	10,3
2001	7,5	10,4
2002	7,4	10,6
2003	7,6	10,8
2004	7,7	10,6
2005	7,6	10,7

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Türkiye toplam sağık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1995 yılında %3,4 iken, 2000 yılında %6,6 ve 2005 yılında %7,6 oranla yaklaşık %4 oranında bir artış göstermiştir. Almanya'nın toplam sağık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 1995 yılında %10,1 iken, 2000 yılında %10,3 ve 2005 yılında %10,7 oranla yaklaşık %1 oranında bir artış göstermiştir.

Burada incelenmesi gereken temel soru, toplam sağık harcamalarının ne kadarı bireyler tarafından yüklenildiğidir. Bu, "sağık hizmetlerinin finansmanında hakkaniyetin" bir

göstergesi olarak kullanılabilir. Türkiye’de toplam sağlık harcaması içinde %63 gibi bir payla kamunun önemli bir rol oynadığı açıktır. Türkiye’de kamu sektörü sağlık hizmetlerinin finansmanında daha büyük rol oynamaktadır (Liu vd., 2005:45).

Hangi ülkede olursa olsun, sağlık hedeflerinin belirlenmesinde, ülkenin genel zemini yani tarihi, kültürel ve siyasi durumu hesaba katılmak zorundadır. Sağlık sistemleri genellikle mevcut siyasi gündemi yansıtmalarından daha da çok, gelenekleri ve kültürel ve ulusal gelişmeleri yansıtırlar (Marinker, 2002:12).

Türkiye’nin ve Almanya’nın kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Tablo 3-8’de gösterilmiştir.

Tablo 3-8: Türkiye’nin ve Almanya’nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye’nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)	Almanya’nın Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)
1995	187	2225
1996	233	2355
1997	267	2373
1998	313	2443
1999	392	2518
2000	451	2634
2001	461	2754
2002	484	2886
2003	514	3129
2004	562	3169
2005	586	3287

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

1995 yılında Türkiye kişi başına toplam sağlık harcaması 187\$, 1996 yılında 233\$, 1997 yılında 267\$, 2000 yılında 451\$ ve 2005 yılında 586\$ sağlık harcaması gerçekleştirmiştir. Almanya’nın kişi başına toplam sağlık harcaması ise 1995 yılında 2225\$, 1996 yılında 2355\$, 2000 yılında 2634\$ ve 2005 yılında 3287\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

Tablo 3-9’da Türkiye ve Almanya’nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3-9: Türkiye'nin ve Almanya'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	Almanya'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
1995	70,3	81,6
1996	69,2	82,2
1997	71,6	80,8
1998	71,9	80,1
1999	61,1	79,8
2000	62,9	79,7
2001	68,2	79,3
2002	70,4	79,2
2003	71,6	78,7
2004	72,3	76,9
2005	71,4	76,9

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Almanya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%81,6), 2001 yılında (%79,3), 2004 yılında %76,9 iken 2005 yılında %76,9 olduğu görülmektedir. Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 1995 yılında (%70,3), 2001 yılında (%68,2), 2004 yılında %72,3 iken 2005 yılında %71,4 olduğu görülmektedir. Bu verilerden de anlaşılabacağı üzere, Almanya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllara göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksektir.

Sonuç olarak tüm bu veriler göz önüne alındığında, Almanya'nın toplam sağlık harcamasının, kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksek olduğu görülmektedir.

3.3.4.4. Türkiye ve Fransa Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Fransa'nın sağlık sistemi, genel sağlık sigortasına dayanmaktadır. Yani tüm Fransız nüfusu, zorunlu sağlık sigortasına tabidir. Hastanın hekim seçme özgürlüğü vardır. Yani hekimler serbest çalışır (Barlas, 1996:109). Hasta hekime vizite ücreti öder, sonra sigortadan geri alır. Hastanelerin büyük bir bölümü kamu hastanesidir. Finansman, çalışan ve işveren primiyle sağlanır. Açık devlet tarafından karşılanır. İlaç giderleri için hasta katılımında bulunmaktadır (Tokat, 2004:21).

Fransa’da nüfusun büyük bir çoğunluğu sağlık sigortası kapsamındadır. Talep finansman modeli ağırlıklı olarak (toplam sağlık harcamasının %70 kadarı) sağlık sigortası primine dayanır. Nüfusun %74’ü Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, %7’si Tarım İşçileri Fonu, %9’u İşveren, %6’sı Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen özel fonlar, %4’ü ise bazı özel kuruluşlar kapsamındadır (Sargutan, 2006:148).

Tablo 3-10’da Fransa’nın sağlık hizmetleri alt yapısının temel özellikleri gösterilmektedir.

Tablo 3-10: Fransa Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri

FRANSA	
Yönetim ve Hizmet Birimleri	Sağlık, Sosyal Yardım ve Ulusal Dayanışma Bakanlığı’dır.
Finansman	Kamu sigortası (toplumun %99.2 sini kapsar), ayrıca özel destekleyici sigortalar da vardır.
Hizmet Sunumu ve İnsan Gücü	1) Pratisyenler ve uzmanların ferdi veya grup halinde çalıştığı birinci basamak. 2) Çeşitli gönüllü organizasyonların küçük sağlık organizasyonları 3) Hastaneler (resmi veya özel), Her düzeyde hem özel hem de kamu istihdamı vardır.

Kaynak: Akdur, 2006:48.

Fransa’nın yönetim ve hizmet birimi sağlık, sosyal yardım ve ulusal dayanışma bakanlığına bağlıdır. Kamu sigortası ve özel destekleyici sigortalar da vardır. Türkiye de Sağlık Sistemi finansmanı karma bir yapıya sahiptir. Bu karma yapı sistemin etkin işleyişini güçleştiren önemli etkenlerden biridir. Bu karmaşık yapı içinde sağlık için yapılan harcamalar temel olarak kamu sektörü ve özel sektör kaynakları tarafından karşılanmaktadır. Fransa’da hastanelerin büyük bir kısmı kamu hastanesidir. Finansman çalışan ve işveren primleri ile sağlanır.

Kişi aldığı sağlık hizmetinin parasını ödedikten sonra bağlı olduğu fondan ödediği paranın %75’ini geri alır. Fransa’da 1996 yılında GSMH’den sağlık sektörüne ayırdığı

pay %9,6'dır. 1996'da Fransa 148,7 milyon US\$'lık sağlık harcamasıyla Türkiye GSMH'sına eşdeğer bir harcama yapmıştır. Fransa'da sağlığa harcanan paranın %81'i kamu kaynaklıdır. Primler sağlık hizmetleri belediyelerce verilmektedir (Sargutan, 2006:148).

Tablo 3-11'de Türkiye'nin ve Fransa'nın 1995-2005 yılları arası GSYİH ile sağlık harcaması rakamlarındaki değişim birlikte sunulmuştur.

Tablo 3-11: Türkiye'nin ve Fransa'nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları (GSYİH %)	Fransa'nın Toplam Sağlık Harcamaları (GSYİH %)
1995	3,4	9,9
1996	3,9	9,8
1997	4,2	9,7
1998	4,8	9,6
1999	6,4	9,7
2000	6,6	9,6
2001	7,5	9,7
2002	7,4	10
2003	7,6	10,9
2004	7,7	11
2005	7,6	11,1

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1995 yılında %3,4 iken, 2000 yılında %6,6 ve 2005 yılında %7,6 oranla yaklaşık %4 oranında bir artış göstermiştir. Fransa'nın toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 1995 yılında %9,9 iken, 2000 yılında %9,6 ve 2005 yılında %11,1 oranla yaklaşık %1 oranında bir artış göstermiştir.

Türkiye'nin ve Fransa'nın kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Tablo 3-12'de gösterilmektedir.

Tablo 3-12: Türkiye'nin ve Fransa'nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)	Fransa'nın Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)
1995	187	2065
1996	233	2130
1997	267	2202
1998	313	2285
1999	392	2358
2000	451	2487
2001	461	2649
2002	484	2795
2003	514	3011
2004	562	3191
2005	586	3374

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

1995 yılında Türkiye kişi başına toplam sağlık harcaması 187\$, 1996 yılında 233\$, 1997 yılında 267\$, 2000 yılında 451\$ ve 2005 yılında 586\$ sağlık harcaması gerçekleştirmiştir. Fransa'nın kişi başına toplam sağlık harcaması ise 1995 yılında 2065\$, 1996 yılında 2130\$, 2000 yılında 2487\$ ve 2005 yılında 3374\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

Tablo 3-13'te Türkiye ve Fransa'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3-13: Türkiye'nin ve Fransa'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	Fransa'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
1995	70,3	78,6
1996	69,2	78,4
1997	71,6	78,6
1998	71,9	78,6
1999	61,1	78,4
2000	62,9	78,3
2001	68,2	78,3
2002	70,4	78,6
2003	71,6	79,4
2004	72,3	79,4
2005	71,4	79,8

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Fransa'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%78,6), 2001 yılında (%78,3), 2004 yılında %79,4 iken 2005 yılında %79,8 olduğu görülmektedir. Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 1995 yılında (%70,3), 2001 yılında (%68,2), 2004 yılında %72,3 iken 2005 yılında %71,4 olduğu görülmektedir. Bu verilere göre, Fransa'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllara göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, Fransa'nın toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı, kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksektir.

3.3.4.5. Türkiye ve İtalya Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Türkiye'deki sağlık harcamaları, gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarından düşük olmakla birlikte, sağlığa ayrılan sınırlı kaynakların verimli kullanımı gelişmiş ülkelerdeki kadar önemlidir. Hastane harcamalarının toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir yer tutması hastane hizmetlerine yapılan gereksiz harcamaların önlenmesinin önemini ortaya koymaktadır. Sağlık harcamaları ülkelerin en önemli kalkınmışlık göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Ülkelerin kalkınmışlık düzeylerine göre GSMH içindeki sağlık harcamalarından ayırdıkları paylar da artış göstermektedir (Tutar ve Kılınç, 2007:38).

İtalya sağlık hedeflerini ilk olarak 1998 yılında benimsemiştir. 1999 yılında getirilen sağlık reformu mevzuatı, nüfus sağlığı ve sektörler arası özelliği üzerinde yoğunlaşmıştır (Marinker, 2002:18). Kapsayıcı bir sağlık sistemi uygulayan İtalya, sağlık hizmetlerini bütüncül bir yaklaşımla tüm vatandaşlarına ücretsiz olarak, ulusal, bölgesel ve yerel seviyede hizmet veren sağlık kuruluşları aracılığıyla sunmaktadır. İtalya kamu kaynağı esaslı bu sosyal sağlık güvenliği sistemine halkın %93'ünü kapsayan primli sosyal sağlık sigortası sisteminden geçmiştir. İtalya sağlık sistemi içinde hizmet veren kuruluşlar arasında Sağlık Bakanlığı, ulusal düzeyde hizmetlerin sunulmasında en etkili rolü tam olarak bilinmemektedir (Sargutan, 2006:176).

Tablo 3-14’te İtalya’nın sağlık hizmetleri alt yapısının temel özellikleri gösterilmektedir.

Tablo 3-14: İtalya Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri

İTALYA	
Yönetim ve Hizmet Birimleri	Merkezi düzeyde sağlıktan esas sorumlu bakanlık; Sağlık Bakanlığıdır. Bir Ulusal Sağlık Sistemi vardır. Hizmet birimleri ve hastanelerin büyük çoğunluğu kamuya bağlıdır. Son yıllarda temel sağlık hizmetlerine önem verilmektedir.
Finansman	Tamamen vergiye dayalı finansman vardır ve hizmet birimlerinde ücret uygulaması çok ender ve küçük bir orandadır.
Hizmet Sunumu ve İnsan Gücü	Birinci basamak hizmetler pratisyenler ve çocuk uzmanlarınca yürütülür. Tamamen serbest çalışan hekimler de var ise de sistem içindeki oranları çok azdır. İstihdamın büyük çoğunluğu kamu tarafından yapılıyor.

Kaynak: Akdur, 2006:50.

Merkezi düzeyde sağlıktan esas sorumlu bakanlık; Sağlık Bakanlığıdır. Ayrıca ulusal sağlık sistemi vardır. Hizmet birimleri ve hastanelerin büyük çoğunluğu kamuya bağlıdır. Son yıllarda temel sağlık hizmetlerine önem verilmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmet sunumu ve finansmanı ya da her ikisini birden yürüten kurum ve kuruluşların çokluğundan, sağlık finansman sistemi ürkütücü bir karmaşanın içine sürüklenmiştir. Ortalama olarak toplam finansmanın üçte biri vergiler yoluyla devlet bütçesinden, geri kalan kısmı ise sosyal sigorta fonlarından ve kişilerin direkt ödemelerinden yapılmaktadır.

Ulusal sağlık sistemi kazanca dayanan bölgesel vergiler, merkezi olarak toplanan genel vergiler, diğer çeşitli bölgesel vergiler ve kullanıcıların ek ödemeleri yoluyla finanse edilmektedir. 1999’da toplam sağlık harcamalarının %33’ünü özel finansman kaynakları oluşturmuştur. Bu durum, doğrudan kişisel ödemeler ile özel arz edicilerden

fazla yararlanmaktan ve özel sigortalı kişi sayısındaki artıştan kaynaklanmıştır (Sargutan, 2006:176).

Tablo 3-15'te Türkiye'nin ve İtalya'nın 1995-2005 yılları arası GSYİH ile sağlık harcaması rakamlarındaki değişim birlikte sunulmuştur.

Tablo 3-15: Türkiye'nin ve İtalya'nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamalar (GSYİH %)	İtalya'nın Toplam Sağlık Harcamalar (GSYİH %)
1995	3,4	7,3
1996	3,9	7,4
1997	4,2	7,7
1998	4,8	7,7
1999	6,4	7,8
2000	6,6	8,1
2001	7,5	8,2
2002	7,4	8,3
2003	7,6	8,3
2004	7,7	8,7
2005	7,6	8,9

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1995 yılında %3,4 iken, 2000 yılında %6,6 ve 2005 yılında %7,6 oranla yaklaşık %4 oranında bir artış göstermiştir. İtalya'nın toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 1995 yılında %7,3 iken, 2000 yılında %8,1 ve 2005 yılında %8,9 oranla yaklaşık %1 oranında bir artış göstermiştir.

Türkiye'nin ve İtalya'nın kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Tablo 3-16'da gösterilmektedir.

Tablo 3-16: Türkiye'nin ve İtalya'nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)	İtalya'nın Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)
1995	187	1562
1996	233	1639
1997	267	1747
1998	313	1847
1999	392	1901
2000	451	2078
2001	461	2188
2002	484	2278
2003	514	2281
2004	562	2437
2005	586	2532

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

1995 yılında Türkiye'nin kişi başına toplam sağlık harcaması 187\$, 1996 yılında 233\$, 1997 yılında 267\$, 2000 yılında 451\$ ve 2005 yılında 586\$ sağlık harcaması gerçekleştirmiştir. İtalya'nın kişi başına toplam sağlık harcaması ise 1995 yılında 1562\$, 1996 yılında 1639\$, 2000 yılında 2078\$ ve 2005 yılında 2532\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

Tablo 3-17'de Türkiye ve İtalya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3-17: Türkiye'nin ve İtalya'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	İtalya'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
1995	70,3	70,8
1996	69,2	70,6
1997	71,6	70,8
1998	71,9	70,4
1999	61,1	70,7
2000	62,9	72,5
2001	68,2	74,6
2002	70,4	74,5
2003	71,6	74,7
2004	72,3	75,8
2005	71,4	76,6

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

İtalya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%70,8), 2001 yılında (%74,6), 2004 yılında %75,8 iken 2005 yılında %76,6 oranında olduğu görülmektedir. Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 1995 yılında (%70,3), 2001 yılında (%68,2), 2004 yılında %72,3 iken 2005 yılında %71,4 olduğu görülmektedir. Bu verilere göre, İtalya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllara göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksektir.

Sonuç olarak yukarıdaki tablolara bakıldığında, İtalya'nın toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı, kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksek olduğu görülmektedir.

3.3.4.6. Türkiye ve Hollanda Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Gelişmiş bir sağlık sistemi olan Hollanda'da sağlık hizmetlerinin sunulmasının ve yürütülmesinin üst düzey yetkili ve sorumlusu Sağlık, Sosyal Güvenlik ve Spor Bakanlığı'dır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tümü hükümetin denetim ve finansmanı ile gelişmiştir. Genel olarak tüm Hollanda vatandaşlarının kapsamlı kamu sağlık sigortası bulunmaktadır. 1964'te kurulan Hastalık Sigorta Fonu, geliri belli düzeyin altında olanların sigortalanmasını zorunlu kılmıştır. Bu bir kamu sigortasıdır. Sağlık hizmetleri ile ilgili sosyal güvenlik sistemi sigorta temeline dayalıdır (Sargutan, 2006:150).

Hollanda'da sağlık bakım sistemi, özel ve kamu kesimlerinin özelliklerini birlikte yansıtan bir sistemdir. Hasta hakları, kaliteli hizmet sunumu, sağlık sigortası, planlama ve fiyat gibi faktörlerin kontrol edilmesi ve düzenlenmesinde kamunun rolü büyüktür. Buna karşılık, hizmet sunumu neredeyse bütünüyle özel kuruluşlar tarafından yerine getirilmektedir. Sistem, temelde bir sigorta sistemi olup, sistemin finansmanı, hastalar ile hizmet sunucuları arasında özel sigorta şirketleri ve sağlık sigorta fonlarının aracılık etmesi ile çalışmaktadır. Nüfusun büyük bir bölümü, zorunlu kamu sigorta programının kapsamında olup, sigorta hizmetlerinin yaklaşık üçte biri özel sağlık sigortalarınca

verilmektedir. Hollanda'daki sistem Alman sosyal sigortası ile ABD'de uygulanan özel sigortacılığın bir sentezi gibi çalışmaktadır (Çalışkan, 1999:73).

Tablo 3-18'de Hollanda sağlık hizmetleri alt yapısının temel özellikleri gösterilmektedir.

Tablo 3-18: Hollanda Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri

HOLLANDA	
Yönetim ve Hizmet Birimleri	Merkezi düzeyde sağlıktan esas sorumlu bakanlık; Sağlık Bakanlığı'dır. Ulusal Sağlık Sistemi, Sosyal Güvenlik kuruluşlarının kendi hizmet birimleri ve özel sektör üçlüsü hizmet üretir. Hizmetlerin çoğu özel kuruluşlarca sunulur. Sistem pratisyen hekimliğe dayalıdır. Pratisyen hekim sevk vermeden hastanelere gidilemez.
Finansman	Hizmetlere hem kamudan (%70) veya hem de özel sağlık sigortalarından (%30) kaynak yaratılmaktadır.
Hizmet Sunumu ve İnsan Gücü	Hizmetlerin omurgasını genel pratisyenler oluşturur ve herkesin bir pratisyene kayıt olma zorunluluğu vardır. Ulusal Sağlık Sistemi, Sosyal Güvenlik kuruluşlarının kendi hizmet birimleri ve özel sektör üçlüsü hizmet üretir. Hizmet sunumunda ağırlık özel kuruluşlardadır. Hem özel hem de kamu istihdamı vardır.

Kaynak: Akdur, 2006:48.

Hollanda'nın merkezi düzeyde sağlıktan esas sorumlu bakanlık; Sağlık Bakanlığı'dır. Ulusal Sağlık Sistemi, Sosyal Güvenlik kuruluşlarının kendi hizmet birimleri ve özel sektör üçlüsü hizmet üretir. Hizmetlerin çoğu özel kuruluşlarca sunmaktadır. Hizmet sunumunda ağırlık özel kuruluşlardadır. Hem özel hem de kamu istihdamı vardır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik reform paketi içinde sosyal sağlık güvencesinin tüm vatandaşlara yaygınlaştırılması da yer almaktadır. Sosyal sağlık güvenlik sistemleri her ülkenin kültürel, sosyal ve özellikle ekonomik durumuna göre farklılıklar göstermektedir. Bu sistemler için kaynak temini değişik ülkelerde farklı şekillerde olmaktadır. Türkiye'de de, gerek sağlık güvencesinin sağlanması, gerekse bu

güvence için gerekli mali kaynakların temini, çeşitli nüfus gruplarına göre, esas ve yöntem bakımından değişiktir.

Genelde Alman sistemine benzer. Bir üst kuruluş tarafından eşgüdümü sağlayan 115 dolayında sağlık sandığı mevcuttur. Sağlık sigortası, geliri bir tabanın altında olanlar, 65 yaşında olanlar ve ücretli olmayanlar için zorunludur ki bu kapsam içine girenler nüfusun yaklaşık %70'ini içerir. Hastane hizmetleri ise herkes için zorunludur. Ayrıca ilaç fiyatlarının belirlenmesi, üretim aşamasında serbest olup, dağıtım aşamasında devlet tarafından düzenlenmektedir. Ancak Sağlık Sandıkları, ilaç fiyatlarını üretim aşamasında denetleme hakkına sahiptir (Tokat, 2004:20).

Hollanda'da hastanın aile hekimi seçme ve yılda iki kez değiştirme hakkı var olup, hasta bu hekime ödemedede bulunmaz ve yine ilaç almak için de bir ücret ödemez. Hollanda'da yıllık ücretler, yerel sigorta kurumları ile hastaneler arasında uzlaşma ile belirlenmekte ve Fiyat Belirleme Dairesi tarafından onaylanmaktadır. Bütçeler kamu ve özel hastalar ile uzmanların ücretleri dışında kalan maliyetlerin büyük kısmını içermektedir (Sargutan, 2006:151).

Tablo 3-19'da Türkiye ile Hollanda'nın 1995-2005 yılları arası toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki değişimi birlikte sunulmuştur.

Tablo 3-19: Türkiye'nin ve Hollanda'nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları (GSYİH %)	Hollanda'nın Toplam Sağlık Harcamaları (GSYİH %)
1995	3,4	8,3
1996	3,9	8,2
1997	4,2	7,9
1998	4,8	8,1
1999	6,4	8,1
2000	6,6	8
2001	7,5	8,3
2002	7,4	8,9
2003	7,6	9,1
2004	7,7	9,2
2005	7,6	-

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1995 yılında %3,4 iken, 2000 yılında %6,6 ve 2005 yılında %7,6 oranla yaklaşık %4 oranında bir artış

göstermiştir. Hollanda'nın toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 1995 yılında %8,3 iken, 2000 yılında %8 ve 2004 yılında %9,2 oranla yaklaşık %1 oranında bir artış göstermiştir.

Türkiye'nin ve Hollanda'nın kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Tablo 3-20'de gösterilmektedir.

Tablo 3-20: Türkiye'nin ve Hollanda'nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)	Hollanda'nın Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)
1995	187	1821
1996	233	1878
1997	267	1932
1998	313	2047
1999	392	2134
2000	451	2258
2001	461	2525
2002	484	2775
2003	514	2910
2004	562	3094
2005	586	-

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

1995 yılında Türkiye kişi başına toplam sağlık harcaması 187\$, 1996 yılında 233\$, 1997 yılında 267\$, 2000 yılında 451\$ ve 2005 yılında 586\$ sağlık harcaması gerçekleştirmiştir. Hollanda'nın kişi başına toplam sağlık harcaması ise 1995 yılında 1821\$, 1996 yılında 1878\$, 2000 yılında 2258\$ ve 2004 yılında 3094\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

Tablo 3-21'de Türkiye ve Hollanda'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3-21: Türkiye'nin ve Hollanda'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	Hollanda'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
1995	70,3	71
1996	69,2	66,2
1997	71,6	67,8
1998	71,9	64,1
1999	61,1	62,7
2000	62,9	63,1
2001	68,2	62,8
2002	70,4	62,5
2003	71,6	-
2004	72,3	-
2005	71,4	-

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Hollanda'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%71), 2001 yılında (%66,2) iken 2002 yılında %62,5 olduğu görülmektedir. Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 1995 yılında (%70,3), 2001 yılında (%68,2), 2004 yılında %72,3 iken 2005 yılında %71,4 olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak yukarıdaki tablolara bakıldığında, Hollanda'nın toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı ve kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksek olduğu görülmektedir.

3.3.4.7. Türkiye ve Finlandiya Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Gelişmiş bir ülke olan Finlandiya'da sağlık sistemi tek elden hükümet yönetilir. Sağlık sisteminin organizasyonu ve finansmanı kamunun sorumluluğu altındadır. Genel sağlık politikasının ana hatlarını belirleyerek, sağlık hizmeti sunumunu ulusal düzeyde yönlendirir. Herkesin ödeme gücüne, sağlık statüsüne ve yaşadığı yere bakılmaksızın sağlık sisteminden ücretsiz yararlanma hakkı vardır (Sargutan, 2006:172).

Finlandiya sağlık sistemi 1980'li yılların ortalarına kadar büyük ölçüde merkezi bir yapıdaydı. Devlet ödenekleri ulusal programda belirtilen projelere ayrılıyordu.

Belediyelerin her ne kadar diğer politikaları kendi bütçelerince karşılama imkanı olsa dahi bu durum nadiren gerçekleşmiştir (Marinker, 2002:16).

Tablo 3-22’de Finlandiya sağlık hizmetleri alt yapısının temel özellikleri gösterilmektedir.

Tablo 3-22: Finlandiya Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri

FİNLANDİYA	
Yönetim ve Hizmet Birimleri	Merkezi düzeyde Sağlık Sosyal İşler Bakanlığı hizmetlerin genel koordinasyondan sorumludur. Sağlık hizmetlerinden esas sorumlu makam belediyelerdir.
Finansman	Genel vergi ve genel bütçe ile gerçekleşir. Bu vergilerin bir kısmı merkezi hükümet diğer bir kısmı da belediyeler aracılığı ile toplanmaktadır.
Hizmet Sunumu ve İnsan Gücü	Sistem pratisyen hekimliğe (aile hekimliği) dayalı büyük çoğunluk kamu istihdamı şeklindedir.

Kaynak: Akdur, 2006:48.

Sağlık hizmetlerinden esas sorumlu makam belediyelerdir. Hizmet sunum sistemi pratisyen hekimliğe (aile hekimliği) dayalı büyük çoğunluk kamu istihdamı şeklindedir.

Finlandiya’da sağlık hizmetleri sistemlerinin idari yapısı bölgesel ve ulusal olmak üzere iki türlü örgütlenme göstermektedir. Ulusal düzeydeki örgütlenme, Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kuruluşlarla sağlanmaktadır. Bakanlık, sosyal sorunlar ve sağlık hizmetlerine yönelik yasalar hazırlamaktan, bu yasaların uygulanmasından ve denetiminden sorumludur. Sağlık sistemi yapısı içerisinde, ülke çapında yaklaşık 400 yerel birim aracılığıyla sigortalar tarafından yönetilen Ulusal Hastalık Sigortası Kurumu yer alır. Hizmet çoğunlukla sağlık merkezlerinden verilir. Gelişmiş bir sevk sistemi mevcuttur. Bu sistem sağlık kurumlarında yığılmaları önlemek ve sağlık hizmetleri arzını daha verimli olmasını sağlamaktadır. Aile hekimliği yaygın olarak uygulanmaktadır (Sargutan, 2006:172).

Sağlık harcamaları, emeğin tekrar üretkenliğini sürdüren ya da sağlayan harcamalardandır. Önemli olan GSYİH'dan sağlık harcamalarına ayrılan payın büyüklüğü ya da hacmidir. Sağlık hizmeti arzı kamu sektörü ve özel sektör tarafından sağlanmakta ve ülke içinde uygun bir dağılım sergilemektedir. Nüfusun sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı en yüksek olan AB ülkesidir. Finlandiya'da sağlık hizmetleri finansmanında ana kaynak kamu kuruluşlarıdır. Finlandiya'daki sağlık sistemi temel olarak hazine gelirleri ile finanse edilir. Yaklaşık olarak, toplam sağlık sistemi harcamalarının %35'i belediye, %30'u hükümet, %15'i Ulusal Hastalık Sigortası Kurumu, %20-25'i ise özel kaynaklardan karşılanmaktadır. Finlandiya'da kişi başına düşen Gayri Safi Milli Hâsıla yaklaşık 30.000\$ ve GSMH'dan sağlığa ayrılan pay %6,6'dır (Sargutan, 2006:173).

Tablo 3-23'te Türkiye ve Finlandiya'nın toplam sağlık harcamalarının 1995-2005 yılları arası GSYİH içindeki payının dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3-23: Türkiye'nin ve Finlandiya'nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları (GSYİH %)	Finlandiya'nın Toplam Sağlık Harcamaları (GSYİH %)
1995	3,4	7,5
1996	3,9	7,6
1997	4,2	7,2
1998	4,8	6,9
1999	6,4	6,8
2000	6,6	6,6
2001	7,5	6,7
2002	7,4	7
2003	7,6	7,3
2004	7,7	7,4
2005	7,6	7,5

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı 1995 yılında %3,4 iken, 2000 yılında %6,6 ve 2005 yılında %7,6 oranla yaklaşık %4 oranında bir artış göstermiştir. Finlandiya'nın toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 1995 yılında %7,5 iken, 2000 yılında %6,6 ve 2005 yılında %7,5 orana sahiptir. Bu verilerden de anlaşılacağı üzere, Finlandiya'nın toplam sağlık

harcamalarının 1995-2005 yılları arası GSYİH içindeki payının dağılımı Türkiye’den yüksektir.

Türkiye’nin ve Finlandiya’nın kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Tablo 3-24’te gösterilmektedir.

Tablo 3-24: Türkiye’nin ve Finlandiya’nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye’nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)	Finlandiya’nın Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)
1995	187	1429
1996	233	1516
1997	267	1581
1998	313	1607
1999	392	1637
2000	451	1717
2001	461	1861
2002	484	2012
2003	514	2045
2004	562	2202
2005	586	2331

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

1995 yılında Türkiye kişi başına toplam sağlık harcaması 187\$, 1996 yılında 233\$, 1997 yılında 267\$, 2000 yılında 451\$ ve 2005 yılında 586\$ sağlık harcaması gerçekleşmiştir. Finlandiya’nın kişi başına toplam sağlık harcaması ise 1995 yılında 1429\$, 1996 yılında 1516\$, 2000 yılında 1717\$ ve 2005 yılında 2331\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

Tablo 3-25’te Türkiye ve Finlandiya’nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörü payının 1995-2005 yıllarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3-25: Türkiye'nin ve Finlandiya'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	Finlandiya'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
1995	70,3	75,6
1996	69,2	75,8
1997	71,6	76,1
1998	71,9	76,3
1999	61,1	75,3
2000	62,9	75,1
2001	68,2	75,9
2002	70,4	76,3
2003	71,6	76,2
2004	72,3	77,2
2005	71,4	77,8

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Finlandiya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%75,6), 2001 yılında (%75,9), 2004 yılında %77,2 iken 2005 yılında %77,8 olduğu görülmektedir. Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 1995 yılında (%70,3), 2001 yılında (%68,2), 2004 yılında %72,3 iken 2005 yılında %71,4 olduğu görülmektedir. Bu verilere göre, Finlandiya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllara göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, Finlandiya'nın kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksektir.

3.3.4.8. Türkiye ve Çek Cumhuriyeti Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

1993 yılında Slovakya'dan ayrılarak Çek Cumhuriyeti adını alan ülke sağlık sisteminde hızlı bir özelleştirme politikası izlemiştir. Ülkede kamu ve özel sektöre ait 20.000 civarında sağlık hizmeti veren birim vardır. Çek Cumhuriyeti gelişmekte olan bir ülke olup, ülkede herkesi sosyal güvenlik şemsiyesi altına almaya çalışan bir politika izlenmektedir. Sağlık sisteminin denetimi tamamen Sağlık Bakanlığı'ndadır. Özel sektöre ait birimler üzerinde denetleyici yetkiye sahiptir. Hizmetlerin sunumu ve denetimi kamu sorumluluğundadır. Çek Cumhuriyeti sağlık sisteminde kar amacı

gütmeyen makro düzeyde sağlık hizmetleri politikalarından ve planlanmasından sorumlu kuruluş Sağlık Bakanlığı'dır. Çek Cumhuriyeti'nde sağlık hizmetleri, üniversite ve bölge hastaneleri, ihtisaslaşmış bölge hastaneleri, il ve belediye yönetimlerine doğrudan bağlı il ve belediye hastaneleri, kamu poliklinikleri ile özel sektöre ait hastaneler ve poliklinikler tarafından sunulur. Bugün sağlık sigortası sistemi, finansmanın ana kaynağıdır. Bunlar dışında vergiler, doğrudan ödemeler, isteğe bağlı sağlık sigortası ve gönüllü sağlık hizmeti harcamaları bulunmaktadır (Sargutan, 2006:147).

Tablo 3-26'da Türkiye'nin ve Çek Cumhuriyeti'nin toplam sağlık harcamalarının 1995-2005 yılları arası GSYİH içindeki payının dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3-26: Türkiye'nin ve Çek Cumhuriyeti'nin Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları (GSYİH %)	Çek Cumhuriyeti'nin Toplam Sağlık Harcamaları (GSYİH %)
1995	3,4	7
1996	3,9	6,7
1997	4,2	6,7
1998	4,8	6,6
1999	6,4	6,6
2000	6,6	6,5
2001	7,5	6,7
2002	7,4	7,1
2003	7,6	7,4
2004	7,7	7,3
2005	7,6	7,2

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı 1995 yılında %3,4 iken, 2000 yılında %6,6 ve 2005 yılında %7,6 oranında olduğu görülmektedir. Çek Cumhuriyeti'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 1995 yılında %7 iken, 2000 yılında %6,5 ve 2005 yılında %7,2 oranında olduğu görülmektedir.

Türkiye'nin ve Çek Cumhuriyeti'nin kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Tablo 3-27'de gösterilmektedir.

Tablo 3-27: Türkiye'nin ve Çek Cumhuriyeti'nin Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)	Çek Cumhuriyeti'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)
1995	187	915
1996	233	933
1997	267	928
1998	313	924
1999	392	931
2000	451	971
2001	461	1055
2002	484	1199
2003	514	1353
2004	562	1413
2005	586	1479

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

1995 yılında Türkiye'nin kişi başına toplam sağlık harcaması 187\$, 1996 yılında 233\$, 1997 yılında 267\$, 2000 yılında 451\$ ve 2005 yılında 586\$ sağlık harcaması gerçekleştirmiştir. Çek Cumhuriyeti'nin kişi başına toplam sağlık harcaması ise 1995 yılında 915\$, 1996 yılında 933\$, 2000 yılında 971\$ ve 2005 yılında 1479\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

Tablo 3-28'de Türkiye ve Çek Cumhuriyeti'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3-28: Türkiye'nin ve Çek Cumhuriyeti'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	Çek Cumhuriyeti'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
1995	70,3	90,9
1996	69,2	90,7
1997	71,6	90,3
1998	71,9	90,4
1999	61,1	90,5
2000	62,9	90,3
2001	68,2	89,8
2002	70,4	90,5
2003	71,6	89,8
2004	72,3	89,2
2005	71,4	88,6

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Çek Cumhuriyeti'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%90,9), 2001 yılında (%89,8), 2004 yılında %89,2 iken 2005 yılında %88,6 olduğu görülmektedir. Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 1995 yılında (%70,3), 2001 yılında (%68,2), 2004 yılında %72,3 iken 2005 yılında %71,4 olduğu görülmektedir. Bu verilere göre, Çek Cumhuriyeti'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllara göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksektir.

Sonuç olarak yukarıdaki tablolara bakıldığında, Çek Cumhuriyeti'nin kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksek olduğu görülmektedir.

3.3.4.9. Türkiye ve İsveç Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Ülkede 1967 yılından beri tek bir sağlık sigortası mevcuttur ve tüm nüfusu kapsar. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansmanı %40 çalışan, %50 işveren ve %10 devlet katkısıyla sağlanır. Hastaneler çok büyük ölçüde devlet hastanesi şeklindedir. Kamu hastanelerinde hasta ilk muayene ücreti dışında herhangi bir ödemede bulunmaz. Finansmanı vergi yoluyla, yani devlet tarafından yapılır. Özel hastanelerde, hasta yine muayene ücreti öder, geriye kalan kısmı ise Sigorta Kurumu ödemektedir (Tokat, 2004:21).

İsveç sağlık hizmetleri alt yapısının temel özellikleri Tablo 3-29'da gösterilmektedir.

Tablo 3-29: İsveç Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri

İSVEÇ	
Yönetim ve Hizmet Birimleri	Sağlık Bakanlığı genel koordinasyonu sağlıyor. Hizmetlerde ağırlık yerel yönetimlerde ve bölgesel esasa dayanıyor.
Finansman	Tamamen genel vergiler ile karşılanıyor. Birinci basamak il genel bütçelerinden hastane hizmetleri ise yerel kamu hastalık sigortasından karşılanıyor. Çok az miktarda cepten ödeme ile katkı alınıyor.
Hizmet Sunumu ve İnsan Gücü	Daha çok hastaneciliğe dayalı bir sistem ancak son yıllarda birinci basamağa da önem veriliyor. Çoğunlukla kamu (yerel idareler) istihdamı söz konusudur.

Kaynak: Akdur, 2006:49.

İsveç'te yönetim ve hizmet Sağlık Bakanlığı genel koordinasyonu tarafından sağlanıyor. Hizmetlerde ağırlık yerel yönetimlerde ve bölgesel esasa dayanmaktadır. Sağlık harcamalarının %80'ini hükümet ve sigorta şirketi ödemektedir. İsveç hükümetinin sağlık bütçesi, genel bütçenin %21'sini oluşturmaktadır. Kişi başına sağlık harcaması temel alındığında ise İsveç'te 1090 dolardır (Fişek, 1990).

İsveç'te sağlık hizmetlerinin tüm nüfus için sağlanması ve kaynak temini kamu sektörünün sorumluluğundadır. Toplam finansmanın ortalama %70'i yerel vergilerden, %20'si federal kaynaklardan, kalan kısmı kişiler, kurumlar ve diğer imkânlardan karşılanır. Sağlık hizmeti 16 yaşından küçük çocuklar için ücretsizdir. Gelişmiş bir ülke olan İsveç'te sağlık sistemi ve göstergeleri çok iyidir (Sargutan, 2006:175).

İsveç sağlık sektöründe hedef belirleme amaçlı bir yöntem geliştirilmektedir. Bu hedefler oldukça geniş kapsamlı ve neredeyse tamamı sağlık sonuçlarından ziyade sağlık belirleyicilerine odaklıdır. Bu hedefler şunlardır (Marinker, 2002:8):

- Sosyal sermayenin güçlendirilmesi,
- Çocuk yaşamında iyi bir başlangıç,

- Gelişmiş çalışma şartları,
- Sağlıkta fiziki çevre,
- Sağlığı koruyan yaşam biçimleri,
- Sağlık çalışmaları için iyi bir altyapıdır.

Sağlık sonuçları ile sağlık hizmetleri kaynakları yerine sağlık belirleyicileri üzerinde yoğunlaşılması her ne kadar halk sağlığı uzmanları açısından cazip olsa dahi, siyasi tartışmaların çoğu, seçmeli ameliyatlarda bekleme listeleri ve nitelikli sağlık çalışan yetersizliği gibi konulara odaklanmış durumdadır.

Tablo 3-30’da Türkiye’nin ve İsveç’in 1995-2005 yılları arası GSYİH ile sağlık harcaması rakamlarındaki değişim birlikte sunulmuştur.

Tablo 3-30: Türkiye’nin ve İsveç’in Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye’nin Toplam Sağlık Harcamalar (GSYİH %)	İsveç’in Toplam Sağlık Harcamalar (GSYİH %)
1995	3,4	8,1
1996	3,9	8,3
1997	4,2	8,1
1998	4,8	8,3
1999	6,4	8,4
2000	6,6	8,4
2001	7,5	8,7
2002	7,4	9,1
2003	7,6	9,3
2004	7,7	9,1
2005	7,6	9,1

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Türkiye’nin toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı 1995 yılında %3,4 iken, 2000 yılında %6,6 ve 2005 yılında %7,6 oranında olduğu görülmektedir. İsveç’in toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 1995 yılında %8,1 iken, 2000 yılında %8,4 ve 2005 yılında %9,1 oranında olduğu görülmektedir.

Türkiye’nin ve İsveç’in kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Tablo 3-31’de gösterilmektedir.

Tablo 3-31: Türkiye'nin ve İsveç'in Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)	İsveç'in Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)
1995	187	1733
1996	233	1846
1997	267	1871
1998	313	1964
1999	392	2118
2000	451	2272
2001	461	2409
2002	484	2593
2003	514	2760
2004	562	2827
2005	586	2918

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

1995 yılında Türkiye kişi başına toplam sağlık harcaması 187\$, 1996 yılında 233\$, 1997 yılında 267\$, 2000 yılında 451\$ ve 2005 yılında 586\$ sağlık harcaması gerçekleştirmiştir. İsveç'in kişi başına toplam sağlık harcaması ise 1995 yılında 1733\$, 1996 yılında 1846\$, 2000 yılında 2272\$ ve 2005 yılında 2918\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

Tablo 3-32'de Türkiye ve İsveç'in toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3-32: Türkiye'nin ve İsveç'in Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	İsveç'in Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
1995	70,3	86,6
1996	69,2	86,9
1997	71,6	85,8
1998	71,9	85,8
1999	61,1	85,7
2000	62,9	84,9
2001	68,2	84,9
2002	70,4	85,1
2003	71,6	85,4
2004	72,3	84,6
2005	71,4	84,6

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

İsveç'in toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%86,6), 2001 yılında (%84,9), 2004 yılında %84,6 iken 2005 yılında %84,6 olduğu görülmektedir. Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 1995 yılında (%70,3), 2001 yılında (%68,2), 2004 yılında %72,3 iken 2005 yılında %71,4 olduğu görülmektedir. Bu verilere göre, İsveç'in toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllara göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksektir.

Sonuç olarak, İsveç'in toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı, kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksek olduğu görülmektedir.

3.3.4.10. Türkiye ve Portekiz Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Portekiz sağlık sistemi koordine olarak çalışan üç sistemden oluşmaktadır. Ulusal Sağlık Servisi, belli meslekler için özel sigorta programları, gönüllü özel sağlık sigorta programlarıdır. Sağlık hizmetleri sunum sorumluluğu birinci derecede Sağlık Bakanlığı'na aittir. Sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü Ulusal Sağlık Servisi yürütmekte ve nüfusun tamamına primli sağlık sosyal sigortası sağlamaktadır (Sargutan, 2006:159).

Portekiz'in sağlık hizmetleri alt yapısı Tablo 3-33'te gösterilmektedir.

Tablo 3-33: Portekiz Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri

PORTEKİZ	
Yönetim ve Hizmet Birimleri	Sağlık Bakanlığı'na yönetilen bir ulusal sağlık sistemi vardır. Son yıllarda temel sağlık hizmetlerine ağırlık verilmektedir.
Finansman	Genel vergi ve genel bütçe ile.
Hizmet Sunumu ve İnsan Gücü	Bütün hizmet birimleri bakanlığa bağlıdır ve sistem pratisyen hekimliğe (aile hekimliğine) dayalıdır. İstihdamın büyük bir kısmı kamu tarafından yapılmaktadır. Ancak, kamuda çalışan hekimler aynı zamanda serbest de çalışabilmektedir.

Kaynak: Akdur, 2006:50.

Portekiz'de Sağlık Bakanlığınca yönetilen bir ulusal sağlık sistemi vardır. Sistemin finansmanı genel vergiler ve genel bütçe ile karşılanmaktadır.

Portekiz'de özel sektör gelişmiştir. Toplam hastanelerin %42'si özel sektöre aittir. Birincil sağlık hizmetlerinin çoğu sağlık merkezi görünümünde genel pratisyenlere tarafından verilir. Hastaların sağlık hizmeti alabilmeleri için genel pratisyenlere kayıt olmaları gerekmektedir. Ancak seçimde kişiler özgürdür (Sargutan, 2006:160).

Tablo 3-34'te Türkiye'nin ve Portekiz'in 1995-2005 yılları arası GSYİH ile sağlık harcaması rakamlarındaki değişim birlikte sunulmuştur.

Tablo 3-34: Türkiye'nin ve Portekiz'in Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamalar (GSYİH %)	Portekiz'in Toplam Sağlık Harcamalar (GSYİH %)
1995	3,4	7,8
1996	3,9	8
1997	4,2	8
1998	4,8	8
1999	6,4	8,2
2000	6,6	8,8
2001	7,5	8,8
2002	7,4	9
2003	7,6	9,7
2004	7,7	10
2005	7,6	10,2

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı 1995 yılında %3,4 iken, 2000 yılında %6,6 ve 2005 yılında %7,6 oranında olduğu görülmektedir. Portekiz'in toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 1995 yılında %7,8 iken, 2000 yılında %8,8 ve 2005 yılında %10,2 oranında olduğu görülmektedir.

Türkiye'nin ve Portekiz'in kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Tablo 3-35'te gösterilmiştir.

Tablo 3-35: Türkiye'nin ve Portekiz'in Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)	Portekiz'in Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)
1995	187	1096
1996	233	1176
1997	267	1253
1998	313	1299
1999	392	1426
2000	451	1625
2001	461	1685
2002	484	1783
2003	514	1834
2004	562	1935
2005	586	2041

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

1995 yılında Türkiye kişi başına toplam sağlık harcaması 187\$, 1996 yılında 233\$, 1997 yılında 267\$, 2000 yılında 451\$ ve 2005 yılında 586\$ sağlık harcaması

gerçekleştirmiştir. Portekiz'in kişi başına toplam sağlık harcaması ise 1995 yılında 1096\$, 1996 yılında 1176\$, 2000 yılında 1625\$ ve 2005 yılında 2041\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

Tablo 3-36'da Türkiye ve Portekiz'in toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3-36: Türkiye'nin ve Portekiz'in Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	Portekiz'in Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
1995	70,3	62,6
1996	69,2	65,3
1997	71,6	65,7
1998	71,9	67,1
1999	61,1	67,6
2000	62,9	72,5
2001	68,2	71,5
2002	70,4	72,2
2003	71,6	73,3
2004	72,3	72
2005	71,4	72,3

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Portekiz'in toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%62,6), 2001 yılında (%71,5), 2004 yılında %72 iken 2005 yılında %72,3 oranında olduğu görülmektedir. Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 1995 yılında (%70,3), 2001 yılında (%68,2), 2004 yılında %72,3 iken 2005 yılında %71,4 olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, Portekiz'in toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı, kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksek olduğu görülmektedir.

3.3.4.11. Türkiye ve Avusturya Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Avrupa'da köklü bir devlet geleneği geçmişi bulunan Avusturya'nın sağlık hizmetleri de köklü bir geçmişe sahiptir. Bu geçmiş üzerine kurulan ve günümüze kadar büyük

gelişmeler kaydederek gelen Avusturya sağlık sistemi, bugün dünyada en iyi örgütlenmiş ve en iyi işleyen sağlık sistemlerinden birisidir (Sargutan, 2006:143).

Tablo 3-37’de Avusturya’nın sağlık hizmet alt yapısının özellikleri gösterilmektedir.

Tablo 3-37: Avusturya Sağlık Hizmetleri Alt Yapısının Temel Özellikleri

AVUSTURYA	
Yönetim ve Hizmet Birimleri	Avusturya’da karmaşık bir sistem vardır. Sağlık bakanlığı yalnızca bir koordinatör konumundadır.
Finansman	Sağlık sigortaları (sosyal+özel) aracılığı ile ayrıca bütçe katkısı da vardır.
Hizmet Sunumu ve İnsan Gücü	Birinci basamakta hekimlerin büyük çoğunluğu serbest çalışıyor, şayet bunların sigorta ile anlaşması var ise ücretlerini sigorta ödüyor. Sözleşmesi olmayan hekimden hizmet alan sigortalılar parasını cepten ödüyor sonra sigortadan tekrar alıyor. Büyük çoğunluk özel istihdamdır.

Kaynak: Akdur, 2006:47.

Avusturya’da sağlık yönetimde ve hizmet birimlerinde karmaşık bir sistem vardır. Sağlık bakanlığı yalnızca bir koordinatör konumundadır. Sağlıkta, birinci basamakta hekimlerin büyük çoğunluğu serbest çalışıyor ve sigorta ile anlaşması olanların ise ücretlerini sigorta ödüyor.

Avusturya federal bir devlet olduğu için sağlık sistemi de bu federal yapıya uygun bir şekilde örgütlenmiştir. Ülkede salt sağlık hizmetlerini yürüten bir Sağlık Bakanlığı bulunmamaktadır. Sağlık hizmetleri, sosyal sigorta sistemi içerisinde düşünülmüş ve bu şekilde örgütlenmiştir (Sargutan, 2006:143).

Tablo 3-38’de Türkiye’nin ve Avusturya’nın 1995-2005 yılları arası GSYİH ile sağlık harcaması rakamlarındaki değişim birlikte sunulmuştur.

Tablo 3-38: Türkiye'nin ve Avusturya'nın Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamalar (GSYİH %)	Avusturya'nın Toplam Sağlık Harcamalar (GSYİH %)
1995	3,4	9,8
1996	3,9	9,8
1997	4,2	10
1998	4,8	10,2
1999	6,4	10,2
2000	6,6	10
2001	7,5	10
2002	7,4	10,1
2003	7,6	10,2
2004	7,7	10,3
2005	7,6	10,2

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı 1995 yılında %3,4 iken, 2000 yılında %6,6 ve 2005 yılında %7,6 oranında olduğu görülmektedir. Avusturya'nın toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında ise, 1995 yılında %9,8 iken, 2000 yılında %10 ve 2005 yılında %10,2 oranında olduğu görülmektedir.

Avusturya'da Federal Hükümet halk sağlığı hizmetleri yönetimi görevlerini eyaletlere bırakmıştır. Hastanelerde yönetim, yöneticilerden oluşmuş bir heyet tarafından yürütülmektedir. Bu heyet genellikle biri doktorları, biri hemşirelik personelini, biri de yönetim kadrosunu temsil eden üç üyeden oluşmaktadır. Avusturya'da sağlık hizmetleri talebinin büyük kısmı sağlık sigortası fonları tarafından finanse edilmektedir. Her eyalet bölgesel bir sağlık sigortası fonuna sahiptir. Avusturya'nın sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı sosyal sigortalardan, beşte biri genel vergilerden, %25'ten fazla bir kısmı ise kişilerin doğrudan ödemelerinden karşılanmaktadır (Sargutan, 2006:144).

Türkiye'nin ve Avusturya'nın kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Tablo 3-39'da gösterilmiştir.

Tablo 3-39: Türkiye'nin ve Avusturya'nın Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)	Avusturya'nın Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)
1995	187	2250
1996	233	2351
1997	267	2450
1998	313	2590
1999	392	2701
2000	451	2825
2001	461	2898
2002	484	3018
2003	514	3236
2004	562	3418
2005	586	3519

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

1995 yılında Türkiye kişi başına toplam sağlık harcaması 187\$, 1996 yılında 233\$, 1997 yılında 267\$, 2000 yılında 451\$ ve 2005 yılında 586\$ sağlık harcaması gerçekleştirmiştir. Avusturya'nın kişi başına toplam sağlık harcaması ise 1995 yılında 2250\$, 1996 yılında 2351\$, 2000 yılında 2825\$ ve 2005 yılında 3519\$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir.

Tablo 3-40'da Türkiye ve Avusturya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3-40: Türkiye'nin ve Avusturya'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörü Payının Yıllara Göre Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	Avusturya'nın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)
1995	70,3	71,5
1996	69,2	70,4
1997	71,6	75,5
1998	71,9	75,7
1999	61,1	76,1
2000	62,9	75,9
2001	68,2	75,7
2002	70,4	75,4
2003	71,6	75,3
2004	72,3	75,6
2005	71,4	75,7

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

Avusturya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%71,5), 2001 yılında (%75,7), 2004 yılında %75,6 iken 2005 yılında %75,7 olduğu görülmektedir. Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı ise 1995 yılında (%70,3), 2001 yılında (%68,2), 2004 yılında %72,3 iken 2005 yılında %71,4 olduğu görülmektedir. Bu verilere göre, Avusturya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllara göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksektir.

Sonuç olarak, Avusturya'nın toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı, kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımı Türkiye'ye göre yüksek olduğu görülmektedir.

SONUÇ

Sağlık, birey ve toplum için taşıdığı önem nedeniyle öncelikli olarak sunulması gereken bir hizmet türü olmaktadır. Sağlık hakkı veya sağlıklı yaşama hakkı, insanların temel haklarından birisidir. Sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir ve ulaşılabilir en yüksek standarttaki sağlık seviyesine ulaşmak, ırk, siyasi görüş, ekonomik ve sosyal konumu ne olursa olsun tüm bireylerin temel hakkıdır. Bu hakkın bireylere eşitlik ve etkinlik sınırları içinde sunulabilmesi için, kıt kaynakların en iyi bir şekilde kullanılarak sağlık alanında en etkin üretim düzeyinin elde edilmesi sağlık ekonomisinin temel amacıdır. İnsanların yaşamak ve yaşamlarını devam ettirmek için bazı ihtiyaçları vardır. Bu ihtiyaçları karşılayabilmek için mal ve hizmet tüketimi yaparlar. İnsanların sınırsız tüketim isteklerini sınırlı (kıt) kaynaklarla en iyi nasıl tatmin edileceğini inceleyen bir sosyal bilim dalı olan ekonomi bilimi insanların ne kadar çok mal ve hizmet tüketirlerse, kendilerini o kadar mutlu hissedeceklerini varsayar.

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin sağlık alanına uygulanan bir disiplin dalıdır. Sağlık ve ekonomi biliminin kesişim kümesidir. Sağlık kavramı vücudun fonksiyonlarını geliştirmek, onarmak ve korumak için çalışırken, ekonomide tüm bu faaliyetleri gerçekleştirmek için gerekli olan kaynakları sağlamaktadır. Bir sağlık sisteminde ideal durum, maliyet dikkate alınmaksızın mümkün olan en yüksek standartta sağlık hizmeti sunulmasıdır.

Sağlık sistemlerinin temel amacı, verilen hizmetler aracılığıyla bireyin ya da toplumun sağlıklı olumlu gelişmesini sağlamaktır. Sağlıklı iyileştirici bir faaliyetin yapılmaya değer olup olmadığının kararı verilirken, bu müdahale sonrası elde edilecek sağlık getirisini elde etmek için harcanacak kaynaklarla bir başka alternatifin gerçekleştirilmesi halinde sağlanacak getiriler arasında kıyaslama yapılması gerekir.

Sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları, sadece Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli gündem maddesi olmaya devam etmektedir. 19. yüzyılda Osmanlılar tarafından ele alınan yenilik hareketleri ve gelişmelerden dolayı yeni hastaneler açılmıştır. 1827 yılında modern tıp eğitiminin başlaması ile Batılı anlamda doktor yetiştirilmeye başlanmıştır. Türkiye’de ne genel sağlık politikası anlamında ne de bunların alt politika ya da uygulamaları anlamında,

belirlenmiş bir ortam yoktur. Sağlık hizmetlerine kamudan yeterli kaynak ayrılmamakta, ayrılan kaynak ise verimli kullanılmamaktadır. Yönetimde kariyer ve liyakat gözetilmemekte ve çağdaş bir sağlık idaresi oluşturulamamaktadır. Hizmetler birbiri ile eşgüdümü olmayan onun da ötesinde birbirinden habersiz kurum ve kuruluşlarca yürütülmektedir. Sektöre hâkim olan bu karmaşa nedeniyle, sağlık hizmetleri, hizmet alanların da, hizmet verenlerin de memnun olmadığı bir yapıda sunulmaktadır. Türkiye’de sağlık sektörünün genel örgütlenmesine bakıldığında, Sağlık Bakanlığı ülkenin sağlık politikasının çizilmesi ve uygulanmasından resmen sorumlu olmakla birlikte, diğer sağlık kuruluşları üzerindeki yaptırım gücü oldukça sınırlıdır. Sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi veya eşgüdümü söz konusu değildir. Birçok kuruluş, birbirinden habersiz hizmet üretmeye çalışmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak, var olan kaynakların verimli kullanılması sağlanamamaktadır.

Türkiye’nin sağlık sistemi karmaşık ve çok başlı bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu sigorta modeli uygulanırken, diğer taraftan kamu yardımı modeli uygulanmaktadır. Vatandaşlar sağlık hizmetlerini kamu kuruluşlarından alabildikleri gibi, serbest piyasa sistemi içerisinde kar güdüsüyle faaliyet gösteren özel sağlık kurumlarından da temin edebilmektedirler.

Hizmetlerin alt yapısındaki yetersizlikler nedeniyle, kırsal bölgelerde yaşayanlar, kentlerde yaşayanlara kıyasla, sağlık hizmetlerini daha az kullanabilmektedir. Buna neden olan etmenlerin başında, kırsal birimlerdeki personel eksikliği gelmekte; bunu, ulaşım sorunları, finans sorunları ve toplumun sağlık hizmeti kullanma alışkanlığındaki yetersizlik gibi etmenler izlemektedir. Ülkemizde sağlık hizmetleri alanında çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Mevcut sistemin ana sorunları içerisinde; sağlık politikalarının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı, sağlık kurumlarında yönetim, insan gücü ve mevzuata yönelik sorunlar söz konusudur. Gelir dağılımındaki dengesizlik, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanındaki en önemli sorunlardan biridir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı, merkezi idarenin genel bütçe gelirleri ile sağlanmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanı, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin talep ettikleri hizmetlerin karşılığı olarak doğrudan cepten ödemelerden oluşmaktadır.

Sağlık harcamalarının bilinmesi ülkelerin sağlık sektörüne tahsis ettikleri kaynakların bilinmesi açısından önem taşıdığı gibi, ülkelerarası karşılaştırmalar ve sektörler arası karşılaştırmalar yapabilme açısından da önemlidir. Sağlık harcamalarının yapılması sonucu ortaya çıkan çıktı olarak ifade edilen sağlık statülerinin belirlenmesi de ülkeler açısından gelişmiş veya gelişmiş olma ölçütü olarak ele alınmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda, gelişmekte olan ya da gelişmiş olan ülkelerin sağlık harcamalarının artı nedenlerinin genelde ortak olduğu kanısına varılmıştır. Sağlık harcamalarının artı nedenleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir.

Sağlık ekonomisi kavramı ve kapsamına yönelik olarak, bu çalışmada oluşturulan teorik çerçeve ile bu çalışmanın analiz kısmını oluşturan **“Türkiye’nin Sağlık Harcamalarının Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerle Karşılaştırmalı Bir Analiz: Durum Tespit Çalışması”** adlı üçüncü bölümünden elde edilen bulgular ve yapılan değerlendirmeler ışığında ulaşılan sonuçlar ve öneriler aşağıdaki şekilde ifade edilebilir:

- Çalışmada yapılan değerlendirmeler ışığında, Avrupa Birliği’ne üye ülkelerde sağlık hizmeti sunumunda olduğu gibi finansman sistemleri için bir standarttan söz etmek mümkün değildir. Her ülke kendi özelliklerine göre bir yöntem benimsemiş durumdadır. İngiltere’de sağlık hizmeti ihtiyacı devlet tarafından, Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) adlı kamu örgütüncce karşılanmaktadır. Alman sağlık hizmeti, yerel ve merkezi hükümetler aracılığı ile sağlanmaktadır. Kamu ve özel finansman yapısı benzerlik taşımakta ve çalışanlar sistemin finansmanına doğrudan dâhil edilmektedir. Fransa’nın sağlık sistemi, genel sağlık sigortasına dayanmaktadır. Fransa’da nüfusun büyük bir çoğunluğu sağlık sigortası kapsamındadır. Kapsayıcı bir sağlık sistemi uygulayan İtalya, sağlık hizmetlerini bütüncül bir yaklaşımla tüm vatandaşlarına ücretsiz olarak, ulusal, bölgesel ve yerel seviyede hizmet veren sağlık kuruluşları aracılığıyla sunmaktadır. Merkezi düzeyde sağlıktan esas sorumlu bakanlık; Sağlık Bakanlığıdır. Bir Ulusal Sağlık Sistemi vardır. Hollanda sağlık sistemi, merkezi düzeyde sağlıktan esas sorumlu bakanlık; Sağlık Bakanlığı’dır. Ulusal Sağlık Sistemi, Sosyal Güvenlik kuruluşlarının kendi hizmet birimleri ve özel sektör üçlüsü hizmet üretir. Hizmetlere hem kamudan (%70) veya hem de özel sağlık sigortalarından (%30) kaynak yaratılmaktadır. Finlandiya’da sağlık sistemi, tek elden hükümet tarafından yönetilir. Sağlık sisteminin organizasyonu ve finansmanı kamunun

sorumluluğu altındadır. Çek Cumhuriyeti gelişmekte olan bir ÷lke olup, ÷lkede herkesi sosyal güvenlik şemsiyesi altına almaya çalışan bir politika izlenmektedir. ÷lkede kamu ve özel sekt÷re ait sağlık hizmeti veren birim vardır. İsveç sağlık sisteminde, tek bir sağlık sigortası mevcuttur ve tüm nüfusu kapsar. Finansmanı vergi yoluyla, yani devlet tarafından yapılır. Portekiz sağlık sistemi, Sağlık Bakanlığı'na yönetilen bir Ulusal Sağlık Sistemi vardır. Son yıllarda Temel Sağlık Hizmetlerine ağırlık verilmektedir. Avusturya'da karmaşık bir sağlık sistem vardır. Sağlık bakanlığı yalnızca bir koordinat÷r konumundadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında sağlık sigortaları (sosyal+özel) aracılığı ile ayrıca bütçe katkısı da vardır.

- İngiltere, İsveç, Finlandiya, İtalya ve Portekiz'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak genel vergiler yolu ile yapılmaktadır. İngiltere'de kamu sağlık harcamaları içinde vergi gelirlerinin payı %88,2'dir. Bu pay İsveç'te %100, Finlandiya'da %80,2, İtalya'da %99,9 ve Portekiz'de ise % %91,5'dir. Hollanda'da sağlık hizmetleri ile ilgili sosyal güvenlik sistemi sigorta temeline dayalıdır ve Almanya'da tüm nüfus sosyal güvenlik şemsiyesi altındadır.
- Çalışmada elde edilen bulgular ışığında, Türkiye ve Avrupa Birliği'ne üye ÷lkelerde (10 ÷lke analizinde) toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının (1995-2005) yıllara göre dağılımına bakıldığında, Türkiye toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1995 yılında %3,4 iken, 2000 yılında %6,6 ve 2005 yılında %7,6 oranla yaklaşık %4 oranında bir artış gösterdiği gör÷lmektedir. İngiltere'nin toplam sağlık harcamaları, 1995 yılında %7 iken, 2000 yılında %7,3 ve 2005 yılında %8,3 oranla yaklaşık %1 oranında bir artış göstermiştir. Almanya'nın toplam sağlık harcaması, 1995 yılında %10,1 iken, 2000 yılında %10,3 ve 2005 yılında %10,7 oranla yaklaşık %1 oranında bir artış göstermiştir. Fransa'nın toplam sağlık harcamasına bakıldığında ise, 1995 yılında %9,9 iken, 2000 yılında %9,6 ve 2005 yılında %11,1 oranla yaklaşık %1 oranında bir artış göstermiştir. İtalya'nın toplam sağlık harcamaları, 1995 yılında %7,3 iken, 2000 yılında %8,1 ve 2005 yılında %8,9 oranla yaklaşık %1 oranında bir artış göstermiştir. Hollanda'nın toplam sağlık harcaması, 1995 yılında %8,3 iken, 2000 yılında %8 ve 2004 yılında %9,2 oranla yaklaşık %1 oranında bir artış göstermiştir. Finlandiya'nın toplam sağlık harcaması, 1995 yılında %7,5 iken, 2000 yılında %6,6 ve 2005 yılında %7,5 orana sahiptir. Çek Cumhuriyeti'nin

toplam sağlık harcaması, 1995 yılında %7 iken, 2000 yılında %6,5 ve 2005 yılında %7,2 oranına sahiptir. İsveç'in toplam sağlık harcaması, 1995 yılında %8,1 iken, 2000 yılında %8,4 ve 2005 yılında %9,1 oranında yaklaşık %1 oranında bir artış göstermiştir. Portekiz'in toplam sağlık harcaması, 1995 yılında %7,8 iken, 2000 yılında %8,8 ve 2005 yılında %10,2 oranında olduğu ve Avusturya'nın toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ise, 1995 yılında %9,8 iken, 2000 yılında %10 ve 2005 yılında %10,2 oranında artış göstermiştir. Bu verilerden de anlaşılabacağı üzere, AB üyesi ülkelerde toplam sağlık harcamaları Türkiye'ye göre yüksek olduğu görölmektedir.

- Elde edilen bulgular ışığında, Türkiye ve Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde (10 ülke analizinde) kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının 1995-2005 yıllarına göre dağılımına bakıldığında, 1995 yılında Türkiye kişi başına toplam sağlık harcamasının 187\$, 2000 yılında 451\$ ve 2005 yılında 586\$ olduğu, İngiltere'nin kişi başına toplam sağlık harcamasının ise 1995 yılında 1821\$, 2000 yılında 1859\$ ve 2005 yılında 2724\$ olarak gerçekteştiği görölmektedir. Almanya 1995 yılında 2225\$, 2000 yılında 2634\$ ve 2005 yılında 3287\$, Fransa 1995 yılında 2065\$, 2000 yılında 2487\$ ve 2005 yılında 3374\$ kişi başı sağlık harcamasını gerçekteştirmiştir. İtalya 1995 yılında 1562\$, 2000 yılında 2078\$ ve 2005 yılında 2532\$, Hollanda'nın kişi başına toplam sağlık harcaması ise 1995 yılında 1821\$, 2000 yılında 2258\$ ve 2004 yılında 3094\$ sağlık harcamasını gerçekteştirmiştir. Finlandiya 1995 yılında 1429\$, 2000 yılında 1717\$ ve 2005 yılında 2331\$, Çek Cumhuriyeti 1995 yılında 915\$, 2000 yılında 971\$ ve 2005 yılında 1479\$ sağlık harcaması, İsveç 1995 yılında 1733\$, 2000 yılında 2272\$ ve 2005 yılında 2918\$ sağlık harcaması gerçekteştirmiştir. Portekiz'in kişi başına toplam sağlık harcaması ise 1995 yılında 1096\$, 2000 yılında 1625\$ ve 2005 yılında 2041\$ sağlık harcaması gerçekteştirirken, Avusturya kişi başına toplam sağlık harcaması ise 1995 yılında 2250\$, 2000 yılında 2825\$ ve 2005 yılında 3519\$ kişi başı sağlık harcamasını gerçekteştirmiştir. Bu verilerden de anlaşılabacağı üzere, Türkiye'de GSMH'dan sağlığa ayrılan pay Avrupa Birliği üye ülkelerinden küçük olduğu görölmektedir.
- Çalışmada yapılan değerlendirmeler ışığında Türkiye ve Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde (10 ülke analizinde) toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995-2005 yıllarına göre dağılımına bakıldığında, Türkiye'nin

toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%70,3) iken, 2005 yılında %71,4 oranında olduğu, İngiltere'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında %71 iken, 2005 yılında %87,1 oranında olduğu, Almanya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%81,6) iken, 2005 yılında %76,9 oranında olduğu, Fransa'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%78,6) iken, 2005 yılında %79,8 oranında olduğu, İtalya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%70,8) iken, 2005 yılında %76,6 oranında olduğu, Hollanda'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%71) iken, 2002 yılında %62,5 (2005 verisi yok) oranında olduğu, Finlandiya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%75,6) iken, 2005 yılında %77,8 oranında olduğu, ek Cumhuriyeti'nin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%90,9) iken, 2005 yılında %88,6 oranında olduğu, İsveç'in toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%86,6) iken, 2005 yılında %84,6 oranında olduğu, Portekiz'in toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%62,6) iken, 2005 yılında %72,3 oranında olduğu ve Avusturya'nın toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı 1995 yılında (%71,5) iken, 2005 yılında %75,7 oranında sağlık harcaması olduğu görülmektedir. Bu veriler ışığında AB ye ülkelerde toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sektörünün payı Türkiye'ye göre yüksektir.

Bu veriler ışığında, Avrupa Birliği'ne ye ülkelerde (10 ülke analizinde) toplam sağlık harcamalarının (1995-2005) yıllara göre dağılımında AB ye ülkeleri içinde, 2005 yılında %11,1 ile Fransa ve %10,2 Avusturya ile Portekiz toplam sağlık harcaması en yüksek olan iki AB ye ülkesi olduğu görülmektedir. Ayrıca, 3374\$ ile Fransa ve 3519\$ ile Avusturya'nın kişi başına sağlık hizmetlerine harcayan ve AB lkeleri içinde GSMH'sından en büyük pay ayıran ülke konumundadır. Sağlık verilerine göre; Türkiye'de kişi başına yıllık sağlık harcaması 586\$ olup, bu miktar Türkiye GSMH'nın %7,6'sına denk düşmektedir.

- Türkiye'de gerçekleşen sağlık harcamalarının yıllar içindeki (1995-2005) değişimi incelendiğinde Türkiye'nin sağlık harcamalarında da artış eğilimi

görülmektedir. Ancak, Avrupa Birliği'ne üye 10 ülkedeki sağlık harcamalarına göre düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

- Ülkemizin sağlık hizmetlerinde çok başlılığa ve koordinasyonsuzluğa son verecek iyi bir sağlık politikası geliştirilmeli ve bu politika sektörler arası işbirliği içinde yürütülmelidir.
- Toplum bireylerinin tümünün sosyal güvence şemsiyesi altına alınması ve hasta hekim ilişkisinde para ögesinin birincil faktör olmaktan çıkarılması sağlanmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinde öncelik, koruyucu ve sağlıklı geliştirici hizmetlere verilmelidir. Ayrıca, ihtiyacı olanın ihtiyacı olduğu zaman tedavi edici hizmetlere ulaşması sağlanmalıdır. Sağlık hizmet birimleri çağdaş yönetim biliminin gerekleri doğrultusunda yönetilmelidir. Dolayısıyla kaynak tahsisi dengesi ve etkinliği sağlanmalıdır.

Sonuç olarak, Türkiye'nin sağlık sisteminde arzulanan hedeflere (toplumun sağlık statüsünün yükselmesi) ulaşılabilmesi ve sağlıkta reformları başarılı bir şekilde yapılabilmesi için; ülke gerçekleri göz önünde bulundurularak doğru politikaların tespit edilmesi, bu politika alternatifleri arasından bilimsel bilgiye dayalı bir seçimin yapılması, bu seçimin yine bilimsel bilgi ışığında uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Bunun için sürdürülebilir sağlık politikası hedeflerinin olması gerekir. Sağlık Bakanlığı'nın gerek kamusal bazda ve gerekse istihdam ettiği kişiler bazında liderlik fonksiyonunu üstlenmesi gerekir. Sağlıklı insanların yaşadığı mutlu toplumları oluşturmak, tüm ülkelerin ve insanların en önemli hedeflerinden birisidir.

KAYNAKLAR

- AKDUR, Recep, (2006), **Sağlık Sektörü (Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu)**, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi (ATAUM) Araştırma Dizisi No: 25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- AKDUR, Recep, ÇÖL, Meltem, IŞIK, Aysel, İDİL, Aysun, DURMUŞOĞLU, Meral, TUNÇBİLEK, Arslan, (1998), **Halk Sağlığı**, Antıp AŞ. (Ankara Tıp Fakültesi Kuruluşu) Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, No:26.
- AKIN, C. Serhat, (2007), Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Harcamaları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Adana.
- AKTAN, C. Coşkun ve IŞIK, A. Kadir (2006), "Halk Sağlığı ve Temel Sağlık Hizmetleri Sunumunda Devletin Hizmet Sunma Kapasitesinin Arttırılması", **Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Finansmanında Yeni Yöntemler**, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/halk-saglik.pdf> (11.02.2008).
- AKTAN, C. Coşkun, (2006), "Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönteminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi", **Değişim Çağında Sağlık Hizmetleri**, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglikdegisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf> (11.02.2008).
- AKTAN, Coşkun Can ve IŞIK, A. Kadir (2006), "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler", **Değişim Çağında Sağlık Hizmetleri**, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf> (19.01.2008).
- ALAIN, Lefebvre (1998), "The Future of European Health Policy", **Eurohealth**, Volume 4, Number 5, Winter:1-2.

- ASLAN, M. Hanifi, (1998), **Hizmet Ekonomisi**, Alfa Yayınları, Yayın No:459, Ankara.
- BALSAK, Medine (2004), Türkiye’de Sağlık Sektörünün Kalkınma Sürecinde Yeri Ve Önemi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İstanbul.
- BARLAS, İrfan, (1996), Ülkemizin Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri, **T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu Başkanlığı Yayını**, Ankara.
- BOZKAYA, Çetin ve TEKER, Nurperi, (2001), Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı, **T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını**, Ankara.
- CAN, Nejla, (2001), **Avrupa Birliği’nde ve Türkiye’de Sağlık Sektöründe Araştırma-Geliştirme (Ar-Ge) Faaliyetleri**, Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Yayını, Ankara.
- CICHON, M. and GILLION, C., (1993), “The Financing of Health Care in Developing Countries”, **International Labour Review**, Vol. 132, No: 2, pp.173-186.
- CREESE, Andrew ve PARKER, David, (1994), “**Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Analizi**”, Dünya Sağlık Teşkilatı, Cenevre, (Çeviren: Mehtap Tatar ve Fahreddin Tatar), http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=1&subid=99 (20.01.2008).
- ÇAKIROĞLU, Evren, (2006), Sağlık Kurumlarında Yönetim Ve Liderlik, **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı Dönem Projesi.
- ÇALIŞKAN, Zafer, (1999), Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin Finansman Kaynakları Yönünden Türkiye’de Uygulanabilirliği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Antalya.
- ÇİLİNGİROĞLU, Nesrin, (2001), “Ekonomik Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi”, **Yeni Türkiye**, Sayı 40, Temmuz-Ağustos, s.1592.

- DİNLER, Zeynel, (2005), **İktisada Giriş**, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa.
- ERBİZ, Ekrem, (1989), Osmanlı'dan Günümüze Sağlık Hizmetleri ve Merkezi Yönetime Genel Bir Bakış, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü**, İstanbul.
- ERTEK, Tümay, (2004), **Mikroekonomiye Giriş**, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., Yayın No:1372, İstanbul.
- FARITOUS, Zahra, (1990), Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye'de Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Mesleği ve Eğitimi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi**, İstanbul.
- FİDAN, Doğan, (2004), "Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Sağlık Ekonomisi İçindeki Yeri: Tercihe Dayalı Ölçekler ve Maliyet Yararlanım", **1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu**, 8-10 Nisan 2004 İzmir.
- FİDANER, Caner, (2004), "Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SYK) Kavramı: Bir Giriş Denemesi", **1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu**, 8-10 Nisan 2004 İzmir.
- FİŞEK, Nusret, (1985), **Halk Sağlığına Giriş**, Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara.
- FİŞEK, Nusret, (1990), "Genel Sağlık Sigortası Bir Finansman Kaynağıdır! Para Toplamayı Amaçlar", **Sağlık İşkolunda Sendika Dergisi**, Sayı:2, Haziran, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/30.html. (22.01.2008).
- GİRAY, A. Ümit, (2008), "Avrupa Birliği'nde Sağlık Yönetimi", **Sağlık Bakanlığı Resmi Web Sitesi**, http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab_saglik_yonetimi.doc. (11.01.2008).
- GİRAY, Filiz, (1989), Sağlık Hizmetleri ve Türkiye'deki Durum (IV. ve V. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemleri), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Bursa.

- GÜMÜŞ, Önder, (2005), Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İzmir.
- GÜNAYDIN, Gönül, (1994), Türkiye’de Sağlık Sektörünün Ekonomik Etkinliği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Eskişehir.
- HANSEN, Paul and KİNG, Alan, (1996), The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach, **Jornal of Health Economics**, Vol.15, pp.127-137.
- IŞIK, A. Nilüfer, (2001), **Türkiye - Avrupa Birliği İlişkileri ve Sağlık**, T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Yayını, Ankara.
- KARAEMLAS, Dilara, (1994), Sağlık Sektörü Analizi Azgelişmiş Ülkeler ve Türkiye Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İstanbul.
- KARAIİBİŞ, Melih, (1990), Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Türkiye’de Sağlık Sektörü, **İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- KAYA, A. Kadir, (2006), “Avrupa Birliği ve Geleceği”, **Türk İdare Dergisi**, http://www.icisleri.gov.tr/_icisleri/TurkIdareDergisi/UpLoadedFiles/A.KadirKaya%2043-54.doc.
- KOUTSOYIANNIS, A., (1997), **Modern Mikro İktisat**, (Çeviren: Muzaffer Sarımeşeli), Gazi Kitabevi, Ankara.
- LEE, K., MILLS A. and HOARE G., (1993), “Health Economics Research in Developing Countries”, Oxford University Press.
- LİU, Yuanli, Çelik, Y. ve Şahin, B., (2005), **Türkiye’de Sağlık/İlaç Harcamaları ve İlaç Geri Ödeme Politikası**, Sağlıkta Umut Vakfı (SUVAK) Yayını, Ankara.

- MARINKER, Marshall, (2002), “Avrupa’da Sağlık Hedefleri (İdare, İlerleme ve Vaatler)”, BMJ Boks, King’s Üniversitesi, Londra, http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1106. (13.02.2008).
- MUTLU, Ayşegül ve IŞIK, A Kadir, (2005), **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa.
- NAKİP, Mahir, (2003), **Pazarlama Araştırmaları Teknikler ve (SPSS Destekli) Uygulamalar**, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- OECD, (2007), “OECD Health Data 2007-Frequently Requested Data set via OECD.Stat” <http://stats.oecd.org/wbos/default.aspx?DatasetCode=HEALTH> (03.03.2008).
- OECD, (2007), “OECD Health Data 2007-Selected Data”, <http://stats.oecd.org/wbos/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH> (03.03.2008).
- ÖZCAN, Taner, YILDIRIMKAYA, Gökhan, TIRYAKIOĞLU, Esra ve USUBUTUN, Seda, (2004), **Türkiye Sağlık Sektöründe Dönüşümünün Uygulanabilmesi İçin Stratejik Tercihler**, Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, http://www.sabem.saglik.gov.tr/donusum_prog/linkdetail.aspx?id=4471. (05.03.2008).
- ÖZDEMİR, Oya, OCAKTAN, E.ve AKDUR, R., (2003), “Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt 56, Sayı 4, ss: 207-216.
- PALA, Kayıhan, (2007), “Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?”, http://saglik.nilufer.bel.tr/pdf_doc/saglik_reformu.pdf. (03.01.2008).
- POYRAZ, Türkan, (1990), Sağlık ekonomisi (Sağlık Hizmetlerinin Kalkınmaya Etkisi), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İstanbul.

- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2001), **Herkese Sağlık” Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri (Sağlık 21)**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Aralık, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2003), **Sağlıkta Dönüşüm**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Aralık, http://www.hm.saglik.gov.tr/index.php?option=com_wrapper&Itemid=35.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2004), **OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999–2000**, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Yayın No: 2004 / 08, Aralık, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2007a), **21 Hedef’te Türkiye: Sağlıkta Gelecek**, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın No: 2007/13, Aralık, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2007b), **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007**, T.C. Sağlık Bakanlığı-Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Yayın No:12, Ankara.
- SALTİK, Ahmet, (2007), “Türkiye–Avrupa Birliği İlişkileri Sürecinde Türk Sağlık Politikaları”,<http://www.hekimsaltik.com/modules.php?name=News&file=article&sid=3> (15.01.2008).
- SARGUTAN, A. Erdal, (2006), **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- SİĞİRLİ, Deniz, EDİZ, Bülent, CANGÜR, Şengül, ERCAN, İlker ve KAN, İsmet, (2006), “Türkiye ve Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerin Sağlık Düzeyi Ölçütlerinin Çok Boyutlu Ölçekleme Analizi İle İncelenmesi”, **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik AD. Bursa.
- SMITH, Tony, (1992), “Avrupa’nın Sağlık Sorunları”, (Çeviren: Hande Gencel), **Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi**, Sayı:2, Ekim-Aralık, ss: 3-8.
- SOPHIA, Witter, (2002), “**Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing in Developing and Transtional Countries**”, Centre For Health Economics University of York.

- SOYER, Ata, (2000), “1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 15(4): 259-264.
- STRAUS, J. and THOMAS, D., (1998), “Health, Nutrition And Economic Development”, **Journal Of Economic Literature**, Vol. XXXVI, June, pp. 766-817.
- ŞAKAR, Y. Ayşe, (1999), **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını, İstanbul, Yayın No: 22.
- ŞENATALAR, Burhan, (2003), “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, **Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 25 (4), ss. 25-30.
- TABAK, R. Selçuk, (2000), **Sağlık Eğitimi**, Somgür Yayıncılık, Ankara.
- TABAN, Sami, (2004), “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi”, **3.Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi**, Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, <http://iibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler/01-01.pdf>. (11.01.2008).
- TANRITANIR, Nuray, (1997), **Türkiye ve Avrupa Birliği’ndeki Sağlık Politikaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması**, Devlet Planlama Teşkilatı Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü Yayını, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ab/>.
- TATAR, Mehtap, (2006), “Ulusal Sağlık Hesapları”, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜSEP)**, <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/MTatar%20Sunum-USH.pdf>.
- TEPAV, (2005), “Mali İzleme Raporu Kasım 2005 Bütçe Sonuçları Ek Analiz Sağlık Harcamalarında Neler Oluyor?”, **Yönetişim Etütleri Programı**, http://www.tepav.org.tr/tur/admin/maliupload/2005_11_TEPAV_Mali_Izleme_Raporu_Kasim%5BAnarapor%5D.pdf.
- TOKALAŞ, Sevinç, (2006), Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İstanbul.

- TOKAT, Mehmet, (1993), **Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı** , T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- TOKAT, Mehmet, (2001), **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998**, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara.
- TOKAT, Mehmet, (2004), **Sağlık Ekonomisi**, Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi Yayını, Yayın No: 403. Eskişehir.
- TOKAT, Mehmet, (2006), “Sağlık Ekonomisi”, **15 Nisan 2006 Hyatt Regency Otel Toplantı Sunumları**, H.Ü. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma Ve Uygulama Merkezi HÜSEP, <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf> (09.01.2008).
- TOKAT, Mehmet, (2008), “**Sağlık Ekonomisi**”, SKY 724 Sağlık Ekonomisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- TUNCER, Murat, (2007), “Türkiye ve Dünya Ülkelerinde Sağlık Harcamaları, İlaç Geri Ödemeleri ve Türkiye’de Sağlık Ekonomisinin Durumu”, **Sağlıkta Umut Vakfı Resmi Web Sitesi**, <http://www.suvak.org.tr/> (14.01.2008).
- TUTAR, Filiz ve KILINÇ, Nurcan, (2007), “Türkiye’nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli Ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi” **Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi**, C.IX, ss. 31-54. (04.01.2008).
- TÜBİTAK, (2003), **Teknoloji Öngörüsü Projesi Sağlık Ve İlaç Paneli Sağlık Hizmetleri Alt Grubu Rapor-1**, TÜBİTAK Vizyon 2023, TUBİTAK, Ankara.
- ÜZMEZ, Onur, (2006), Küreselleşmenin Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Kocaeli.
- VİKİPEDİ, (2008), “Avrupa Birliği”, **Vikipedi Özgür Ansiklopedi Resmi Web Sitesi**, http://tr.wikipedia.org/wiki/Avrupa_Birli%C4%9Fi. (15.01.2008).

WHO, (1981), **Global Strategy for Health for All By The Year 2000**, World Health Organization (WHO), Geneva.

WHO, (2000), “Health Systems Improving Performance”, What is a Health System? Cheapter One, **The World Health Report**, Regional Office For Europe, Geneva.

WILLIAMS, Alan, (1987), “Introduction”, **Health and Economics**, Mac Millian, London UK.

WORLD BANK, (2003), “Investing in Health: World Development Report” , **Oxford University Press for the World Bank**, New York.

www.bilgiyonetimi.org, (2002), “Bilgi Toplumu Ve Sağlığın Artan Önemi”, **Bilgi Yönetimi Web Sitesi**, http://www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=194. (02.02.2008).

www.sabem.saglik.gov.tr, (2007), “Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi/e-Sağlık”, **T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Erişim Merkezi Resmi Web Sitesi**, http://www.sabem.saglik.gov.tr/home_contents/pageview.aspx?catid=1&subid=211.

YILDIRIM, Ali ve ŞİMŞEK, Hasan, (2000), **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

YILDIRIM, H. H. ve TARCAN, M., (2000), “Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler”, **Ulusal Sağlık Kongresi Sunum**, Ankara, http://www.absaglik.net/hhy_kss.pdf.

YILDIRIM, H. Hüseyin, (2006), “AB Müzakere Süreci, Sağlık ve Türkiye: Bazı Saptamalar”, **AB Sağlık Resmi Web Sitesi**, <http://www.absaglik.com/>. (03.02.2008).

YILDIRIM, H. Hüseyin, (2006), “En Değerli Sermayem Ticarileşiyor: Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme”, **AB Sağlık Resmi Web Sitesi**, <http://www.absaglik.com/>. (03.02.2008).

- YILDIRIM, H. Hüseyin, (2007), “Türkiye, Sağlığı Açısından Ne Kadar Avrupalı? GSS Avrupalılığı Sağlamada Ne Ölçüde Etkili Olabilir?”, **AB Sağlık Resmi Web Sitesi**, <http://www.absaglik.com/>. (03.02.2008).
- YILDIRIM, Ramazan, (2005), “**Sağlık Hizmetlerinden Adil Yararlanma Hakkı**”, http://www.akader.info/KHUKA/2005_kasim/7.pdf. (09.01.2008).
- YILDIRIM, Savaş, (1994), Sağlık Hizmetlerinde Harcama Ve Maliyet Analizi, Uzmanlık Tezi, **Devlet Planlama Teşkilatı Yayını**, Yayın No: 2350.
- YURDADOĞ, Volkan, (2006), Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye’de Sağlık Reformu, Yayınlanmamış Doktora Tezi, **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Ankara.
- ZORLU, Erdal, (1996), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılanmasında Özelleştirmenin Yeri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İzmir.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Emine KILIÇ
Doğum Tarihi : 14.08.1982
Doğum Yeri : Ankara
E-Mail Adresi : slowemine@gmail.com
Sürekli Adresi : 30 Ağustos M.188.S. No: 34/10
Etimesgut / ANKARA
Cep Telefonu : 0506 4064983



EĞİTİM DURUMU

Okul Adı	Bölüm	Başlama Bitirme
Niğde Üniv. Sosyal Bilimler Enst.	İktisat Anabilim Dalı (Y.Lisans)	2006 – 2008
Niğde Üniv. İkt. İdr. Bilimler Fak.	İktisat Bölümü (Lisans)	2001 – 2005

İŞ DENEYİMİ

Kurum	Pozisyon	Başlama Bitirme
T.C. Ziraat Bankası	Stajyer	Temmuz 2003-Ağustos 2003
Akbank	BTM Yetkilisi	Nisan 2007-Temmuz 2007

SAHİP OLDUĞU UZMANLIK SERTİFİKALARI

Dış Ticaret Uzmanlık Sertifikası (Aksaray, 07.05.2006)

KATILDIĞI EĞİTİM KURSLARI

Kurs Programı	Düzenleyen Kuruluş	Tarih
Uluslararası Pazarlama ve İhracat-İthalat Elemanı Yetiştirme (66 Saat)	Aksaray Üniversitesi İ.İ.B.F. ve Aksaray Ticaret ve Sanayi Odası	Başlangıç:01.04.2006 Bitiş: 07.05.2006

BİLGİSAYAR BİLGİLERİ

Bilgisayar Programı	Düzey
Adobe Acrobat	İyi
Microsoft Office Access	Orta
Microsoft Office Excel	İyi
Microsoft Office Frontpage	İyi
Microsoft Office Powerpoint	Çok iyi
Microsoft Office Word	Çok iyi
Microsoft Windows 2000/XP	İyi
SPSS	Başlangıç