



**BAZI AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİ İLE
TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SİSTEMLERİ VE
SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN
KARŞILAŞTIRMALI OLARAK ANALİZİ**

İbrahim Halil YILDIZ

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Emine Seda KOÇ

2025

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

BAZI AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİ İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK
SİSTEMLERİ VE SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN KARŞILAŞTIRMALI
OLARAK ANALİZİ

İbrahim Halil YILDIZ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN: Doç. Dr. Emine Seda KOÇ

TEKİRDAĞ-2025
Her hakkı saklıdır.

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

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

20 / 01 / 2025

İbrahim Halil YILDIZ



ÖZET

Kurum, Enstitü, ABD : Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Tez Başlığı : Bazı Avrupa Birliği Ülkeleri ile Türkiye'nin Sağlık Sistemleri ve
Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırmalı Olarak Analizi
Tez Yazarı : İbrahim Halil YILDIZ
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Emine Seda KOÇ
Tez Türü, Yılı : Yüksek Lisans Tezi, 2025
Sayfa Sayısı : 63

Sağlık, bireyler için vazgeçilmez olan en temel haktır. Bireyler ve toplumlar sağlıklı bir yaşam sürmek için insanlığın varoluşundan bugüne kadar bu haklarına en iyi şekilde ulaşmaya çalışmışlardır. Bu durum sağlık hizmetlerinin her geçen gün iyileşmesine yönelik çabaların artmasına katkı sağlamıştır. Sağlık hizmetleri, sağlık kavramının sürdürülebilirliği ve geliştirilmesi bakımından verilen hizmet bütünüdür. Genellikle ülkelerin kamu kuruluşları ile verilen sağlık hizmetleri sunumunu gelişmiş ülkeler ile karşılaştırma yapılarak kıyaslanması mevcut sağlık hizmetleri sunumunun gelişimi, eksiklerinin belirlenmesi ve bakış açısı katması yönünden anlamlı olmaktadır. Dünyada gelişmiş ülkelerin çoğunluğunu Avrupa Birliği ülkeleri oluşturmaktadır. Bu ülkelerin sağlık sunumları sonucunda ortaya çıkan sağlık göstergeleri ile gelişmekte olan ülkeler kategorisinde yer alan ve 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bir üst sağlık hizmetleri sınıfına geçmeye çalışan Türkiye'nin sağlık göstergelerini karşılaştırılmıştır. Buna göre Türkiye, sağlık hizmetlerinde önemli ilerlemeler kaydetmiş olsa da hala gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında bazı alanlarda geride kalmaktadır. Özellikle sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya oranı, yaşam beklentisi ve bebek ölüm oranları gibi sağlık göstergelerinde gelişmiş ülkelerle aradaki farklar belirgindir ancak son yıllarda sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesindeki iyileşmeler, Türkiye'nin sağlık altyapısının güçlendiğini göstermektedir. Bu bağlamda sağlık alanındaki gelişmeleri sürdürülebilir kılmak ve daha fazla iyileştirme yapmak için başta koruyucu sağlık politikaları olmak üzere diğer politikalarında uygulamaları sürekli olarak takip edilip geliştirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada Türkiye'nin sağlık göstergelerinin gelişmiş ülkelerle karşılaştırılarak mevcut durumun değerlendirilmesi ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik önerilerin sunulması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Göstergeleri, Türkiye ve Avrupada Sağlık, Sağlık Sistemleri

ABSTRACT

Institution, Institute, Tekirdağ Namık Kemal University, Institute of Social
Department : Sciences, Department of Health Management
Thesis Title : Comparative Analysis of Health Systems and Health
 Indicators of Some European Union Countries and Türkiye
Thesis Author : İbrahim Halil YILDIZ
Thesis Adviser : Doç. Dr. Emine Seda KOÇ
Type of Thesis, Year : MS Thesis, 2025
Total Number of Pages : 63

Health is the most fundamental and indispensable right. From the beginning of existence, individuals and societies have strived to improve this concept to lead a healthy life. Healthcare services represent the entirety of services provided to ensure the sustainability and enhancement of the concept of health. Comparing the delivery of healthcare services, often provided by public institutions, with those of developed countries offers a meaningful perspective for assessing the development of current healthcare services, identifying shortcomings, and shaping future approaches.

Globally, most developed countries are members of the European Union. The health indicators resulting from the healthcare delivery in these countries have been compared with those of Türkiye classified as a developing country, which has aimed to transition to a higher level of healthcare services since implementing the Health Transformation Program in 2003. According to the findings, while Türkiye has made significant progress in healthcare services, it still lags in certain areas compared to developed countries. Particularly in health indicators such as the ratio of healthcare expenditures to Gross Domestic Product (GDP), life expectancy, and infant mortality rates, the differences with developed countries remain significant. However, recent improvements in the accessibility and quality of healthcare services demonstrate that Türkiye healthcare infrastructure is strengthening. In this context, to sustain advancements in health and achieve further improvements, it is essential to continuously monitor and develop healthcare policies, particularly preventive health policies. This study aims to evaluate Turkey's healthcare indicators by comparing them with those of developed countries and to provide recommendations for improving healthcare services

Keywords: Health Indicators, Health in Türkiye and Europe, Health Systems

ÖNSÖZ

Bu çalışma, sağlık sistemlerinin farklı yaklaşımlarını ve sağlık göstergelerindeki çeşitliliği anlamlandırmak adına bazı Avrupa Birliği ülkeleri ile Türkiye'nin sağlık hizmet sunumunda ortaya çıkan sağlık göstergelerini karşılaştırmayı amaçlamaktadır. Çalışmanın, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi konusunda literatüre katkı sağlaması ümit edilmektedir.

Çalışmanın hazırlanması sırasında desteğini başından sonuna dek bir an olsun esirgemeyip beni motive eden, her daim beni sabırla dinleyen, bana büyük katkıları olan danışman hocam Sayın Doç. Dr. Emine Seda KOÇ'a teşekkür ederim.

Beni bugünlere getirip destekleriyle hep yanımda olan aileme, sevgili annem Miyaset YILDIZ ve sevgili babam Mehmet Sebih YILDIZ'a sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
TEZ ONAY SAYFASI	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
SAĞLIK KAVRAMI ve SAĞLIK HİZMETLERİ.....	3
Sağlık Kavramı.....	3
Sağlık Hizmetleri.....	4
1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	6
1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	7
Sağlık Hizmeti Sunum Basamakları.....	8
1.3.1 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	8
1.3.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	9
1.3.3 Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	10
1.4. Sağlık Hizmet Sunumlarının Finansman Modelleri	11
1.4.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi	12
1.4.2. Refah Eğilimli Tıp Sağlık Sistemi (Bismark).....	12
1.4.3. Genel ve Kapsayıcı Sağlık Sistemi.....	13
1.4.4. Sosyalist ve Merkezden Planlanmış Sağlık Sistemi	13
1.4.5. Vergiye Dayalı Finansman (Beveridge Modeli):.....	14
İKİNCİ BÖLÜM.....	16
TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ	16
2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	16
2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı	17
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	26
AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ	26
3.1. Avrupa Birliğinde Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış	26
3.2. Bazı Avrupa Ülkelerinin Sağlık Sistemleri	27
3.2.1. Fransa Sağlık Sistemi	27
3.2.2. İspanya Sağlık Sistemi.....	28
3.2.3. Almanya Sağlık Sistemi	28
3.2.4. Belçika Sağlık Sistemi	29
3.2.5. Hollanda Sağlık Sistemi	30
3.2.6. Polonya Sağlık Sistemi	30

3.2.7. Yunanistan Sağlık Sistemi	31
3.2.8. Portekiz Sağlık Sistemi	32
3.2.9. Finlandiya Sağlık Sistemi	33
3.2.10. Danimarka Sağlık Sistemi	34
3.2.11. Çekya Sağlık Sistemi	34
3.2.12. İtalya Sağlık Sistemi	35
3.2.13. Slovenya Sağlık Sistemi	36
3.2.14. Romanya Sağlık Sistemi	36
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	38
TÜRKİYE VE BAZI AVRUPA ÜLKELERİNİN SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	38
4.1. Türkiye'nin Sağlık Göstergeleri	38
4.2. Türkiye ve Bazı Avrupa Birliği Ülkelerinin Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması.....	45
4.2.2. Pandemi Öncesi ve Sonrası Doğumda Beklenen Yaşam Sürelerinin Karşılaştırılması.....	48
4.2.3. Türkiye ve Bazı Avrupa Ülkelerinde Bebek Ölüm Hızları	49
4.2.4. 100 Bin Kişi Başına COVID-19'a Bağlı Ölüm Oranları	50
4.2.5. 2016-2019 Yılları Arasında 100 Bin Kişi Başına Kalp Krizi ve İstemik Kalp Rahatsızlığından Ölenlerin Oranı	51
4.2.6. Bulaşıcı Olmayan Dört Ana Hastalık Grubu Nedenli Erken Ölüm Olasılığının Uluslararası Karşılaştırması.....	52
4.2.7. 100 Bin Kişide Kanserden Ölüm Oranı (2022)	53
4.2.8. 1000 Kişi Başına Düşen Hekim Sayısının Karşılaştırılması	54
4.2.9. Bin Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı	55
SONUÇ VE ÖNERİLER	57
KAYNAKÇA	63

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1 Sağlık Hizmet Sunumlarının Finansman Modelleri.....	15
Tablo 2 Sağlık Harcamalarının GSYİH Oranı (2010-2023)	38
Tablo 3 Sağlık Harcamaları 2010-2023.....	40
Tablo 4 Kişi Başı Cepten Harcanan Sağlık Harcamaları.....	41
Tablo 5. Türkiyenin Sosyo-Ekonomik Göstergeleri.....	42
Tablo 6 Yıllara Göre Sağlık Personeli İstatistikleri.....	43
Tablo 7 2023 Yılı Sağlık Personeli İstatistikleri	43

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1 Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH Oranı, 2023.	39
Şekil 2. Türkiye'de Yıllara Göre 100 Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı	44
Şekil 3. Bazı Avrupa Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYİH'e Oranı, 2022... ..	45
Şekil 4. Doğumda Beklenen Yaşam Süreleri.	46
Şekil 5. Pandemi öncesi ve sonrası yaşam beklentileri, 2022.	48
Şekil 6. Bebek Ölüm Oranları	49
Şekil 7. COVID-19 Nedeni ile Ölen Sayısı (100 Bin)	50
Şekil 8. Kalp Krizi ve İstemik Kalp Rahatsızlıklarına Bağlı Ölüm Sayıları	51
Şekil 9. Bulaşıcı Olmayan Dört Ana Hastalık Grubu Nedenli Ölüm Olasılığı	52
Şekil 10. 100 Bin Kişide Kanser Nedenli Ölüm Oranları, 2022	53
Şekil 11 Avrupa ile Türkiye'nin 100 Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı	54
Şekil 12. Bin Kişi Başına Düşen hemşire Sayısı ve Avrupa, 2021	55

KISALTMALAR LİSTESİ

DB	:Dünya Bankası
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
EUROSTAT	:Avrupa Birliği İstatistik Ofisi
GSS	:Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	:Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
OECD	:Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
SDP	:Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	:Sosyal Güvenlik Kurumu
SUT	:Sağlıkta Uygulama Tebliği
SSK	:Sosyal Sigortalar Kurumu
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
UNDP	:Birleşmiş Milletler Nüfus Ofisi

GİRİŞ

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütünüyle hissedilecek iyilik içerisinde olmak şeklinde tanımlanmaktadır (DSÖ, 2000). Sağlık, bireysel düzeyde olduğu kadar, güçlü ve gelişmiş devletlerin varlığını sürdürebilmesi açısından da kritik bir öneme sahiptir. Sağlıklı bir toplumun inşası, hem bireylerin hem de devletlerin ortak amacı olarak kabul edilir. Bu bağlamda, bireysel ve toplumsal sağlık hedeflerinin uyum içinde olması gereklidir (Manavgat, 2024). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda ise, sağlık hizmetlerinin temel ve vazgeçilmez bir hak olduğu belirtilmiş ve sağlık hizmetlerinin devletin güvencesi kapsamında yer aldığı vurgulanmıştır (Etiz, 2000). Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesi, bireylerin ve toplumların refahı için kritik bir öneme sahiptir.

Sağlıklı bireylerin varlığı sağlık sistemlerinin yeterli ve kaliteli düzeyde olması koşuluyla sağlanmaktadır. Sağlık sistemleri, toplum sağlığını koruma veya sağlık düzeyini geliştirme amacıyla yürütülen tüm faaliyetleri kapsayan sistemler olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2000). Bu sistemlerin temel hedefi, toplumların sağlık statüsünü yükseltmek, bireylerin sağlık beklentilerini karşılamak ve finansal adaleti sağlamak olarak görülebilir.

Çalışmanın birinci bölümünde, sağlık kavramına ilişkin kapsamlı bir tanım yapılmıştır. Bu tanım kapsamında sağlık hizmetlerinin temel özellikleri belirtilmiş, sağlık hizmetlerinin farklı kategorilere göre sınıflandırılmasına yer verilmiştir. Bu bölüm, sağlık sistemlerinin teorik ve pratik yönlerini ele alarak okuyuculara konuyla ilgili kapsamlı bir çerçeve sunmayı amaçlamaktadır. Çalışmanın ikinci bölümünde Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin Cumhuriyetin ilanından sonraki değişim, gelişim ve politikalarına yer verilmiştir. Sağlık Bakanlığınca 2003 yılında yayımlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'ye ayrıca yer verilmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünde Avrupa ülkelerindeki sağlık hizmetlerinin mevcut durumdaki sağlık hizmet sunumlarına değinilmiş ve bazı ülkelere göre örneklendirilmiştir. Bu ülkeler; Almanya, Fransa, İtalya, Danimarka, Hollanda, Belçika, İspanya, Lüksemburg, Portekiz, Finlandiya, Çekya, Slovenya, Romanya ve Yunanistan üzerinden

değerlendirilmeye çalışılmıştır. Çalışmanın dördüncü bölümünde sağlık hizmet sunumunda kullanılan istatistiksel göstergelere değinilmiş ve anlam bakımından kavramsal açıklamalarına yer verilmiştir. Çalışmanın beşinci ve son bölümünde ise Türkiye ile örneklerinin verildiği Avrupa ülkelerinin sağlık göstergeleri karşılaştırılmıştır.

Çalışmanın akışı, sistematik bir yaklaşım benimsenerek kurgulanmıştır. Çalışmada literatür taraması, kaynak kitaplar, akademik makaleler ve kurumsal internet sitelerinden (OECD, Eurostat vb.) elde edilen veriler kullanılmıştır. Bu veriler, en yaygın ve güncel kaynaklardan derlenmiş olup araştırmanın güvenilirliğini ve geçerliliğini artırmak amacıyla akademik geçerliliği olan yayınlardan dikkatle seçilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMI ve SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı, başta DSÖ olmak üzere birçok kurum ve kuruluş tarafından tanımlanmaya çalışılmış ve birçok tanım ortaya çıkmıştır. Bu tanımlardan en çok kullanılanı 1948 yılında DSÖ tarafından organizasyon anayasasında temelleri atılan fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali içerisinde olmak olarak karşımıza çıkmaktadır. 1982 Anayasası'nın 56. maddesi, Türkiye'de sağlık kavramı, sağlığa erişim hakkını ve çevre ile sağlık arasındaki ilişkiyi anayasal bir düzlemde ele almaktadır. Buna göre, " *Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir...*" (Resmi Gazete, 1982) Bu ifade, bireylerin sağlıklı bir çevrede yaşama hakkını anayasal bir hak olarak tanımlar ve devletin bu hakların korunması için yükümlülüklerini ortaya koymaktadır.

Sağlık kavramı, toplumların sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasal dinamiklerinden doğrudan etkilenir. Örneğin, sosyal eşitsizlikler, yoksulluk ve eğitim düzeyi gibi faktörler sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergelerinde önemli farklılıklara neden olabilmektedir (Ateş, 2013). Sağlık kavramı, bireylerin kişisel algılarına bağlı olarak değişkenlik gösterebildiği için kesin bir tanım yapmak oldukça zordur. Bu zorluğun üstesinden gelmek ve kavramı daha iyi anlayabilmek için sağlık hem subjektif hem de objektif boyutlarıyla ele alınmalıdır (Bolsoy & Sevil, 2006). Bu bağlamda, bir kişinin kendi algısı, hasta olmamasına rağmen kendini hasta hissetmesi ya da hasta olduğu halde sağlıklı hissetmesi gibi durumları ifade eder. Objektif sağlık ise bireyin sağlık durumunun doktor tarafından yapılan muayene, test ve tetkik sonuçlarına göre değerlendirilmesidir (Velioğlu, 1991). Bu tanım, sağlığın yalnızca tıbbi bir durum olmadığını, aynı zamanda bireyin kendi algısını da

içerdiğini vurgulamaktadır. Subjektif ve objektif sağlık arasındaki bu ilişki, bireyin sağlıklı olarak değerlendirilebilmesi için hem kendisini sağlıklı algılaması hem de objektif olarak sağlıklı olması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu iki boyutun birlikte değerlendirilmesi, sağlık kavramını daha bütüncül bir şekilde anlamayı sağlamaktadır.

Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini korumayı, geliştirmeyi ve hastalıkları tedavi etmeyi amaçlayan bir kamu hizmeti alanıdır. Bu kavram, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmesi için gerekli olan sağlık altyapısının, insan gücünün ve politikaların bir araya getirilmesini içerir (Aydın, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık hizmetlerini bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için planlanan, organize edilen ve uygulanan bütüncül bir süreç olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2000). Sağlık hizmetleri, sağlık sistemleri aracılığıyla bireylerin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek kapsamında sunulan hizmetlerin bütünüdür (Güler, 2012). Sağlık hizmetlerinin temel amacı, bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, hastalık durumunda tedavi sağlamak, tam iyileşme gerçekleşmese dahi bireylerin bağımsız bir yaşam sürmesini desteklemek ve genel sağlık düzeyini yükseltmeye yönelik çalışmaları gerçekleştirmektir (Öztek, 2001).

DSÖ'ye göre, bir sağlık sisteminin etkin bir şekilde işleyebilmesi için altı ana bileşene sahip olması gerekmektedir. Bu bileşenler, sağlık sisteminin temel yapı taşlarını oluşturmakta olup her biri sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini doğrudan etkilemektedir. İlk bileşen, sağlık hizmetlerinin minimum kaynak israfı ile sağlanması, sistemin verimliliğini artırarak, toplumun sağlık ihtiyaçlarına etkin bir şekilde yanıt verilmesini sağlamaktadır. İkinci bileşen, iyi performans gösteren bir sağlık insan kaynağına sahip olmak, sağlık çalışanlarının niteliği ve motivasyonu ile doğrudan ilişkilidir. Üçüncü bileşen, sağlık bilişim sistemlerinin etkin bir şekilde işlemesi, sağlık verilerinin doğru ve hızlı bir şekilde toplanmasını, analiz edilmesini ve paylaşılmasını sağlar. Dördüncü bileşen, temel tıbbi ürünler, aşılarda ve teknolojilere eşit erişim imkânı sunarak, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine

ulaşabilirliğini temin eder. Beşinci bileşen, yeterli finansmanın sağlanması, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini ve genişletilmesini garanti eder. Son olarak, etkin liderlik ve yönetim, sağlık sisteminin bütün bileşenlerinin uyumlu bir şekilde çalışmasını sağlar ve sağlık politikalarının başarıyla uygulanabilmesini temin eder (DSÖ, 2007).

Sağlık hizmetleri, üç ana başlık altında toplanmıştır: koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri şeklinde (ALU, 2017). Sağlık hizmetlerine ilişkin başlıklar şu şekildedir:

1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek ve toplum sağlığını korumak amacıyla yürütölen faaliyetleri kapsar. Aşılama programları, sağlıklı beslenme kampanyaları, hijyen bilgilendirme çalışmaları ve çevresel sağlık önlemleri gibi uygulamalar bu kapsamdadır (Aydın, 2017). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, bu hizmetler toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmede temel taşlardan biridir (DSÖ, 2000).

Koruyucu sağlık hizmetleri, yalnızca hastalıkların önlenmesiyle sınırlı kalmaz, aynı zamanda bireylerin sağlıklı yaşam biçimlerine yönlendirilmesi amacıyla da önemli bir rol oynar. Bu hizmetler, sağlık harcamalarının uzun vadede düşürölmesine katkıda bulunurken, toplumun genel sağlık düzeyini artırarak sosyal refahı güçlendirir. Ayrıca, koruyucu sağlık uygulamaları, sağlık sisteminin yükünü hafifletmekle birlikte, bireylerin yaşam kalitesini de yükseltir (Gençer, 2021) Gelişmiş ölkelerde, koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar, sağlık sorunlarının önlenmesinin yanı sıra, sağlık hizmetleri sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak adına kritik bir strateji olarak kabul edilmektedir. Bu sebeple, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde uygulanması, yalnızca bireylerin değil, toplumun genel sağlığının korunmasında da merkezi bir öneme sahiptir (Yıldırım, 2023).

Toplumun tamamına eř zamanlı fayda sağlayan, bölünemez mal ve hizmetler arasında yer alan koruyucu sağlık hizmetleri, devlet tarafından sağlanmaktadır.

Örneğin, hava ya da su kirliliği gibi sağlığı tehdit eden çevresel sorunların önlenmesi için alınan tedbirlerin yararı, bireyler arasında ayrıştırılmaz ve herkes bu faydadan eşit şekilde yararlanır. Bu tür hizmetlerin faydasını ücret karşılığında sunmak veya ödeme yapmayanları hariç tutmak mümkün olmadığından, bu hizmetlerin devlet eliyle sunulması ve maliyetlerinin kamu kaynaklarıyla karşılanması zorunlu hale gelmektedir (Şenatalar, 2003).

1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, ortaya çıkan hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik çalışmaları içerir. Hastaneler, poliklinikler ve diğer tıbbi kuruluşlar bu hizmetlerin sağlanmasında önceliklidir. Bu hizmetler, genellikle bireyin sağlık problemlerini çözmeye yönelik cerrahi veya ilaç tedavisi gibi müdahaleleri içerir (Akdur, 2006). Tedavi hizmetleri, sağlık hizmetlerinin sunulduğu farklı düzeylere göre üç ana kategoriye ayrılmaktadır; hastaların yatışına gerek duyulmayan, genellikle ayaktan veya evde sağlanan tedavi biçimi, birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan hizmetler arasındadır. Bu basamak, aynı zamanda koruyucu hizmetleri de kapsayarak bireylerin sağlığını riske atan hastalıkların önlenmesine yönelik hizmetler sunar. Birinci basamaktan farklı olarak, ikinci basamak sağlık kurumlarında sunulan hizmetler, hastaların tedavi edilebilmesi için yatış gerektiren hizmetleri içermektedir. Bu basamağa örnek olarak devlet hastaneleri ve üniversite hastanelerinin ikinci basamağa hizmet veren kurumları gösterilebilir. Üniversite hastaneleri ve dal hastaneleri gibi, en ileri teknolojiyle donatılmış ve uzman kadrosunun yoğun olduğu sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetler, üçüncü basamak sağlık kurumlarında sağlanan hizmetlerdir. Bu kurumlardaki hastalar genellikle yatarak tedavi edilir ve daha karmaşık tedavi süreçlerine ihtiyaç duyarlar. Sağlık hizmetlerinin bu üç aşaması, bireylerin sağlık durumlarını doğrudan etkileyen ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini sağlayan temel unsurlar olup toplum sağlığının korunması açısından hayati bir öneme sahiptir (Başol, 2015).

1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, bireylerin geçirdikleri bir hastalık, kaza, cerrahi işlem ya da doğuştan gelen sağlık sorunları nedeniyle kaybettikleri fiziksel, zihinsel ve sosyal yeteneklerini yeniden kazanmalarını amaçlayan bir hizmet türüdür. Bu hizmetler, bireylerin bağımsızlıklarını artırarak, yaşam kalitelerini iyileştirmeyi hedefler (Akdur, 2006). Rehabilitasyon hizmetleri iki başlık altında incelenir (Akdur, 1999):

1.2.3.1 Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri

Fizik tedavi yöntemleri veya protez gibi uygulamalarla, fonksiyon kaybına uğrayan organın eski işlevini kazanması sağlanarak bireyin günlük yaşamını sürdürebilmesi hedeflenir. Başka bir ifadeyle, bu hizmetler kalıcı fiziksel rahatsızlıkları ve sakatlıkları iyileştirerek bireylerin yaşam kalitesini artırmayı amaçlar (Akdur, 1999).

1.2.3.2 Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri

Fiziksel ve zihinsel rahatsızlıkları olan bireylerin bakımını üstlenmek ve sağlık durumlarına uygun bir işe başlamalarını sağlamak amacıyla sunulan hizmetlerdir. Sosyal rehabilitasyon, adından da anlaşılacağı gibi, sosyal hizmet kurumları ve personeli tarafından yürütülürken, tıbbi rehabilitasyon sağlık sektörü tarafından gerçekleştirilir. Sonuç olarak, tıbbi rehabilitasyon, sağlık sektörünün sorumluluğunda olan hizmetler arasında yer alırken, sosyal rehabilitasyon sosyal hizmet kurumları ve personeli tarafından yürütülmektedir (Akdur, 1999).

Sağlık Hizmeti Sunum Basamakları

Türkiye’de sağlık hizmetleri, üç kademededen oluşan bir sistemle sunulmaktadır. Birinci basamak, temel koruyucu sağlık hizmetleri ile ayaktan tedavinin sağlandığı aile sağlık merkezlerini kapsar. İkinci basamak sağlık hizmetleri, hastanelerde sunulan hem ayaktan hem de yatarak tedavi hizmetlerine odaklanırken, üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise nitelikli uzmanlık gerektiren tedavilerin yapıldığı, eğitim ve üniversite hastaneleri gibi büyük ölçekli sağlık kuruluşlarını içerir (Sargutan, 2006).

1.3.1 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlıkla ilgili ilk başvuru noktası olup teşhis, tedavi ve bakım süreçlerini kapsar. Aile hekimleri ve sağlık çalışanları tarafından yürütülen bu hizmetler, temel sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasını, hastalıkların erken evrede tespitini, kronik hastalıkların kontrolünü ve sağlık bilincinin artırılmasını hedefler. Gerektiğinde, hastaları ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirme ve bu süreçleri organize etme görevini de üstlenir (DSÖ, 2020).

Birinci basamak sağlık hizmetleri kavramı, ilk kez 1920 yılında Birleşik Krallık'ta yayımlanan Dawson Raporu ile gündeme gelmiş olup bu hizmetlerin tüm ülke genelinde yaygınlaştırılmasının gerekliliği ifade edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1978 tarihinde Alma-Ata’da gerçekleştirdiği toplantıda ise, bu hizmetler sağlık sisteminin temel yapı taşı olarak tanımlanmıştır. Tanımda, bilimsel ve toplumsal temellere dayalı, ekonomik olarak erişilebilir, toplumun ihtiyaçlarına yanıt veren ve sağlık hizmetlerine erişimde ilk adımı oluşturan bir süreç olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca sevk zinciri sisteminden de bahsedilmiş olup sağlık sorunlarının %85-90’ı birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde çözülebileceği ifade edilmiştir (IRFP, 1920).

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri büyük bir çoğunluğu kamu sektörüne ait olmak üzere bazı özel kuruluşlar aracılığıyla da sunulmaktadır. Bu

hizmetlerin temel amacı, bireylerin sağlık sorunlarını erken dönemde tespit etmek, önlemek ve temel tedavi hizmetleri sağlamaktır.

Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen bu hizmetler genellikle şu kuruluşlar aracılığıyla verilir (Uzuner, 2023):

- **Aile Sağlığı Merkezleri (ASM):** Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından yönetilen bu merkezler, bireylere sürekli ve bütüncül bir koruyucu sağlık hizmeti sunar. ASM'ler Türkiye genelinde yaygın olup aşı uygulamaları, gebelik takibi, kronik hastalık yönetimi gibi başlıca hizmetleri verir.
- **Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM):** Bu merkezler, daha geniş bir toplum sağlığı bakışıyla, bölgesel sağlık sorunlarına yönelik programlar yürütür. Eğitim, çevre sağlığı hizmetleri ve bulaşıcı hastalık kontrolü gibi alanlarda çalışır.
- **Sağlık Evleri:** Özellikle kırsal bölgelerde hizmet veren sağlık evleri, ebe ve hemşireler aracılığıyla temel sağlık hizmetlerini sağlar. Bu hizmetler, doğum takibi, aşı ve temel sağlık kontrollerini içerir.
- **Özel Poliklinikler ve Tıp Merkezleri:** Bu kurumlar da birinci basamak düzeyinde hizmet verir ve genellikle SGK anlaşmalarıyla çalışır. Özel poliklinikler, basit tedavi ve tanı işlemlerini sağlar.

1.3.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri, daha özel sağlık hizmetleri sağlayan, hastaların genellikle ilk başvurdukları birinci basamak hizmetlerden sonra alabilecekleri tedavi ve bakım hizmetlerini ifade eder. Bu hizmetler, genellikle hastaneye yatış gerektiren durumlar veya uzmanlık gerektiren hastalıklar için sunulur ve birinci basamağa göre daha ileri düzeyde tıbbi müdahale ve tetkik gerektirir. İkinci basamak sağlık hizmetleri, genellikle devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri veya özel hastanelerde sağlanır ve genel pratisyenlerin yerine uzman hekimler tarafından verilir (Erençin & Yolcu, 2008). Bu hizmetler, genellikle hastaların hastalıklarının teşhis ve tedavi süreçlerinde daha karmaşık hizmetlere ihtiyaç

duyduklarında devreye girer. Örneğin, birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavi edilemeyen durumlar, acil vakalar veya özel tedavi gerektiren hastalıklar ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilir. İkinci basamağın bir diğer önemli işlevi, birinci basamaktan sevk edilen hastaların daha ileri tetkik ve tedavilerinin yapılmasıdır. Bu süreçte, hastalar uzman hekimler tarafından değerlendirilir ve tedavi edilmesine yönelik planlamalar yapılır (Ateş, 2016).

Türkiye'de ikinci basamakta verilen sağlık hizmetleri, devlet hastaneleri, kamu bünyesinde yer alan üniversite hastaneleri ve özel teşebbüs hastaneler tarafından verilmektedir (Özdemir, 2022). Bu hastaneler, çeşitli tıbbi branşlarda uzmanlaşmış sağlık hizmetleri sunar. Örneğin, kardiyoloji, ortopedi, nöroloji gibi dallarda uzmanlaşmış hekimler, hastaların tanı ve tedavisini yapar. Ayrıca, hastaların yataklı tedavi gerektiren durumlarında bu hastaneler devreye girer. Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik olarak, özel hastanelerin sayısı artmış ve özel sektördeki hastanelerin, tedavi edilen hasta sayısı açısından önemli bir rolü olmuştur (Kavuncubaşı, 2015).

Görüldüğü gibi ikinci basamak sağlık hizmetleri, daha ileri düzeyde sağlık hizmeti arayan bireyler için kritik bir öneme sahiptir. Türkiye'deki sağlık sisteminde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aksine, bu hizmetlerin sunumu daha kompleks tedavi süreçlerini içerir. Sağlık hizmetlerinin daha hızlı ve etkin sunulabilmesi için, devlet hastanelerinin yanı sıra özel hastaneler de önemli bir yer tutmaktadır (Arslan & Kılıç, 2017).

1.3.3 Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ileri düzey tıbbi bilgi ve teknoloji gerektiren nitelikli tedavi yöntemleri ile ileri düzey tetkiklerin uygulandığı hastalıkların tedavisi amacıyla eğitim hastaneleri ve üniversite hastanelerince sunulan sağlık hizmetleridir (Özdemir, 2022). Bu hizmetler, belirli yaş gruplarına (çocuk ve ergen hastalıkları hastanesi, dal hastane, geriatri hastanesi vb.), cinsiyetlere (jinekoloji ve doğum hastane alanları vb.) veya özel hastalıklara (ruh ve akıl hastalıkları, verem, onkoloji hastaneleri vb.) yönelik olarak sunulmakta olup ileri

teknoloji ve uzman sağlık personeli ile donatılmış yataklı tedavi kurumlarında verilmektedir. Bu tür hizmet sunan kurumlar, üçüncü basamak tedavi kuruluşları olarak adlandırılmaktadır (Turhan, 2015).

nc basamağın bir özelliği, multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğidir. Yüksek teknoloji kullanılan cihazlarla, genellikle ekipler halinde yapılan tedavilerde farklı uzmanlık alanları bir arada çalışır. Örneğin, kanser tedavisinde onkologlar, cerrahlar, radyologlar ve patoloğlar bir araya gelir. Ayrıca, klinik araştırmalar ve eğitim, bu basamaktaki hastanelerde büyük bir yer tutar. Eğitim hastaneleri, tıp öğrencileri ve uzmanlık eğitimi gören doktorlar için önemli bir uygulama alanıdır ve bu hastanelerde yapılan araştırmalar sağlık alanındaki gelişmelere katkıda bulunur (Ateş, 2013).

1.4. Sağlık Hizmet Sunumlarının Finansman Modelleri

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması, ülkelerin sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumu bakımından büyük çeşitlilik gösterir. Literatürde, sağlık sistemleri çeşitli kriterlere göre farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Milton I. Roemer'in 1993'te önerdiği sınıflandırma, sağlık sistemlerini dört ana grupta toplamaktadır (Roemer, 1993):

- Girişken ve Serbest Sağlık Sistemi,
- Refah Eğilimli Sağlık Sistemi (Bismark),
- Kapsayıcı ve Genel Sağlık Sistemi,
- Sosyalist ve Merkezden Yönetilen Sağlık Sistemi.

Bu sınıflandırma, her bir sistemin temel özelliklerine göre ülkelere uygun düşen sağlık modelini belirler (Atabey, 2021). Ayrıca, ülkelerin tarihsel, ekonomik ve kültürel bağamları da sağlık sistemlerinin yapısını etkileyen önemli faktörlerdir. Örneğin, gelişmiş lkelerde genellikle sosyal sağlık sigortası ya da ulusal sağlık sistemleri ön plana çıkarken, gelişmekte olan lkelerde daha çok özel sigorta ve karma sistemler tercih edilmektedir (Çelebi & Cura, 2013).

1.4.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi

Serbest piyasa tipi, özel sektörün ön planda olduğu, devlet müdahalesinin sınırlı olduğu ve sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde piyasa koşullarına bağlı olarak sunulduğu bir yapıyı ifade eder. Bu sistemde sağlık hizmetleri genellikle özel sigorta veya doğrudan ödeme yöntemleriyle finanse edilir ve bireylerin sağlık sigortası yaptırmaya zorunluluğu yoktur. Bu model, sağlık hizmetlerinin özel sektörün insiyatifiyle şekillendiği, aynı zamanda rekabetin teşvik edildiği bir ortam yaratır. Ancak bu sistemin en büyük eleştirisi, yalnızca maddi gücü olan bireylerin kaliteli sağlık hizmetlerine erişebilmesi, ekonomik olarak dezavantajlı olanların ise bu hizmetlere ulaşamamasıdır (Odier, 2010).

1.4.2. Refah Eğilimli Tip Sağlık Sistemi (Bismark)

Refah eğilimli sağlık sistemi, aynı zamanda Bismark modeli olarak da bilinir. Bu model, ismini 19. yüzyılda Prusya Başbakanı Otto Von Bismarck'tan alır. Bismark, 1880'lerde, işçiler için zorunlu sigorta sistemini kurarak, sağlık hizmetlerinin finansmanını işçilerin, işverenlerin ve devletin katkılarıyla oluşturmayı amaçlamıştır (Roemer, 1993). Bu sağlık sistemi, kamu sağlık sigortasına dayalıdır ve önemli ölçüde prim gelirleriyle finanse edilir. Sigorta, özellikle iş gücüne dayalı olarak örgütlenir ve devletin rolü, yalnızca denetim ve düzenleme ile sınırlıdır (Odier, 2010).

Bismark modeli, serbest piyasa tipi sağlık sistemlerinden farklı olarak karlılık amacı güdülmeyen ve halkın geniş kesimlerine sağlık hizmeti sunmayı amaçlar. Kamu sektörü, sağlık hizmetlerinin büyük kısmını sağlar, ancak özel sektör de tamamlayıcı bir rol üstlenir. Bu modelde, sağlık hizmetleri genellikle ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerini kapsayan geniş bir sigorta yapısı sunar (Şen, 2019). Avrupa'da birçok ülkede bu sistem uygulanmaktadır; Almanya, Fransa, Belçika ve Hollanda gibi gelişmiş ülkelerde yaygın olan bu model, halkın sağlık hizmetlerine erişimini güvence altına almayı hedefler (Tatar, 2011).

1.4.3. Genel ve Kapsayıcı Sağlık Sistemi

Genel ve kapsayıcı sağlık sistemleri, tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine eşit erişimini sağlamayı hedefleyen ve genellikle devlet tarafından finanse edilen sistemlerdir (Uğurluoğlu, 2005). Bu tür sistemlerde sağlık hizmetlerinin finansmanı, genellikle vergi gelirleriyle yapılır, ancak sosyal sigorta gibi farklı finansman yöntemleri de kullanılabilir. Beveridge modeli, devletin tüm sağlık hizmetlerini finanse ettiği bir sistemken, Bismarck modeli sağlık sigortası fonları aracılığıyla sağlık hizmeti sunar. Bu sistemlerdeki temel amaç, toplumdaki tüm bireylerin sağlık hizmetlerine eşit bir şekilde erişmesini sağlamaktır (Öztürk ve Karakaş, 2015). Sağlık göstergeleri, bu tür sistemlerin etkinliğini ölçmek için kullanılır ve yaşam süresi, sağlık hizmetlerine erişim ve genel sağlık durumu gibi parametreleri içerir. Gelişmiş ülkelerde, yaşlanan nüfus ve sağlık altyapısındaki gelişmeler, sağlık harcamalarını artırırken, bu tür sistemlerin sürdürülebilirliği önemli bir tartışma konusudur.

1.4.4. Sosyalist ve Merkezden Planlanmış Sağlık Sistemi

Semashko modeli, merkeziyetçi bir sağlık sistemi olup 20. yüzyılın başlarında Nikolai Aleksandrovich Semashko tarafından geliştirilmiştir ve Sovyetler Birliği'nde uygulanmıştır. Bu sistem, sosyalist bir yaklaşım benimseyerek, sağlık hizmetlerinin tamamen devlet tarafından finanse edilmesini ve organize edilmesini öngörmektedir (Stevens & Van Der Zee, 2008).

Semashko sağlık sistemi, tüm sağlık hizmetlerini devletin sağlama ve sağlık personelinin maaşlarının da devlet tarafından ödenmesi gibi özellikleriyle merkeziyetçiliği zirveye taşımaktadır (Roemer, 1993). Bu sistemde, devlet tarafından yönetilen poliklinikler ve hastaneler bulunur, bu sağlık hizmetlerinin tüm finansmanı merkezi ve yerel idarelerin vergi gelirlerinden sağlanır (Groenewegen, 2007). Böylece, sağlık hizmeti sunumu ve organizasyonu tamamen merkezi otoriteler tarafından kontrol edilir, bu da eşitlikçi bir sağlık hizmeti sağlama amacı güder.

1.4.5. Vergiye Dayalı Finansman (Beveridge Modeli):

Vergiye dayalı finansman modeli, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından finanse edilmesini sağlayan temel yaklaşımlardan biridir ve ilk olarak 1920'lerde uygulanmaya başlanmıştır. Bu sistem, özellikle sosyalist hükümetlerin kamu hizmetlerini sunma amacı doğrultusunda kullanılmış ve sağlık hizmetleri, tüm topluma eşit şekilde sunulmaya çalışılmıştır. Sovyetler Birliği'nden Yeni Zelanda'ya kadar birçok ülke, bu modelin sağlık sistemlerine entegrasyonu ile sağlık hizmetlerini daha geniş bir kitleye ulaştırmayı amaçlamıştır (Gottret ve Schieber, 2006).

1942'de yayımlanan Beveridge Raporu, bu modelin gelişmesinde önemli bir dönüm noktası olmuş ve İngiltere'de 1946'da yürürlüğe konulan Ulusal Sağlık Hizmetleri Yasası ile sağlık hizmetlerinin finansmanında devletin rolü pekiştirilmiştir. Bu yasayla, sağlık hizmetlerinin finansmanı merkezi bütçe aracılığıyla sağlanarak, toplumsal faydayı artırmayı ve dışsal olumsuz etkilerden korunmayı hedeflemiştir (Kurşun & Rakıcı, 2016).

Bu modelde, vatandaşlardan alınan vergiler kamu kasasında toplanır ve kamu yönetimi tarafından, sağlık hizmetleri gibi farklı alanlarda kullanılmak üzere dağıtılır. Vatandaşlar, sağlık hizmetlerinden yararlanırken, belirlenen katkı payı haricinde herhangi bir ödeme yapmazlar, bu da sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir olmasını sağlar (Tatar, 2011).

Vergiye dayalı finansman modeli, birçok ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Danimarka, İrlanda, İsveç, İngiltere, İspanya, İtalya ve İzlanda gibi ülkeler, bu yöntemi benimsemiş ve vatandaşlarının sağlık hizmetlerine kolay erişimini sağlamak için devletin büyük bir rol üstlendiği sistemler oluşturmuştur. Ayrıca, Yeni Zelanda, Türkiye, Portekiz, Avustralya da vergiye dayalı finansman sistemini sağlık alanında uygulamaya başlamıştır (İstanbulluoğlu, 2010).

Tablo 1 Sağlık Hizmet Sunumlarının Finansman Modelleri

Model	Beveridge	Bismark	Özel Sigorta
Finansman	Vergiler	Ücrete Bağlı Vergi	Bireysel Ödeme
Kapsam	Tüm Vatandaşlar	Sınırlandırılabilir	Bireysel
Altyapı	Kamu	Karma (Kamu ve Özel)	Özel
Otorite	Merkezi	Karma	-
Örnek Ülkeler	İspanya, İtalya, İrlanda, İngiltere, Portekiz, Danimarka, İsveç	Fransa, Almanya, Belçika, Lüksemburg, Hollanda, Avusturya	Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

(Kaynak: Buğdaycı, 2022)

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Bu bölümde, Türkiye Cumhuriyetinin kuruluşundan bugüne kadar geçen süreçte sağlık hizmet sunumunun tarihsel gelişim ve değişimleri ile beraber cârî dönem sağlık bilgilerini içermektedir.

2.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye'deki sağlık sistemi, tarih boyunca yaşanan toplumsal, ekonomik ve siyasi değişimlerin şekillendirici etkisi altında gelişim göstermiştir. Osmanlı İmparatorluğu döneminde başlayan Batılılaşma hareketleri, sağlık hizmetlerinde modernleşme sürecinin temelini atmış ve bu süreç Cumhuriyet'in kuruluşuyla daha kurumsal bir yapıya evrilmiştir (Çoban, 2019). Özellikle 1920 yılında Sağlık Bakanlığı'nın kurulması, Cumhuriyet dönemi sağlık politikalarının oluşmasında bir dönüm noktası olmuştur. 1920'li ve 1930'lu yıllarda, halk sağlığını koruma amacıyla koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiş ve bu dönemde bulaşıcı hastalıklarla mücadele en önemli sağlık hedeflerinden biri olarak belirlenmiştir (Sevinç & Yılmaz, 2020). Bu çerçevede çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu, sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine eşit ve erişilebilir bir şekilde sunulmasını sağlamayı hedeflemiştir. Kanunun uygulamaya konulmasıyla birlikte sağlık ocakları ve ilçe hastaneleri gibi temel sağlık altyapıları oluşturulmuş; bu sayede hizmetlerin kademeli, organize ve entegre bir biçimde halka ulaştırılması amaçlanmıştır (Kasapoğlu, 2015).

1980'lerden itibaren sağlık sistemi, neo-liberal politikaların etkisiyle belirgin bir dönüşüm sürecine girmiştir. Bu dönemde uygulamaya konulan sağlık reformları, kamu ve özel sektörün sağlık hizmetlerinde daha aktif bir şekilde rol almasını sağlamış ve sistemin yapısında köklü değişikliklere yol açmıştır (Aydınlı, 2022). Artan sağlık harcamaları, finansman yöntemlerinde yeniliklerin gerekliliğini ortaya koymuş ve bu durum performansa dayalı ödeme sistemleri ile genel sağlık sigortası uygulamalarının hayata geçirilmesine zemin hazırlamıştır. Türkiye'nin sağlık

sistemi, günümüzde kamu kaynaklarının, özel sektör yatırımlarının ve zorunlu sigorta modellerinin bir arada kullanıldığı karmaşık ancak bütünleşik bir yapı sunmaktadır (SP, 2023).

Günümüz Türkiye'sinde sağlık sisteminin ana unsurları arasında devlet tarafından desteklenen kamu hastaneleri, giderek artan sayıda hizmet sunan özel sağlık kuruluşları ve temel sağlık hizmetlerinin ilk basamağını oluşturan aile sağlığı merkezleri yer almaktadır (Uğurluoğlu, 2018). Sağlık harcamalarının finansmanı büyük ölçüde devlet bütçesi ve sosyal güvenlik sistemine bağlı prim ödemeleri ile sağlanmaktadır. Bu finansman kaynaklarının etkin, sürdürülebilir ve adil bir şekilde kullanılması, sağlık sisteminin temel hedefleri arasında yer almaktadır. Bu çerçevede, kaynakların optimal düzeyde değerlendirilmesi ve hizmetlerin kalite odaklı bir anlayışla sunulması üzerinde önemle durulmaktadır (Sözer, 2020).

2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye'de sağlık politikalarının değişim stratejileri, 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) eliyle yürütülen Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması ile somut bir biçimde hayata geçirilmeye başlanmıştır. Aynı yıl, 16 Ağustos 1990 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti hükümeti ile Dünya Bankası (DB) arasında Sağlık Projesi İkraz Anlaşması imzalanmıştır (İkraz No: 3057-TU). Bu anlaşma, 1990 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanarak (Sayı: 20658) yürürlüğe girmiştir. Toplam bütçesi 150 milyon dolar olarak belirlenen proje kapsamında, bütçenin 75 milyon dolarlık kısmı Türkiye'ye kredi olarak tahsis edilmiştir. Bu proje ile Türkiye'de sağlık sisteminin, sunulan hizmetlerin kalitesini artırması ve aynı zamanda, kısmen de olsa kendini finanse edebilen bir yapıya dönüşmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda, finansal sürdürülebilirlik ve hizmet sunumunda etkinlik odaklı bir yapı oluşturulması amaçlanmıştır (Belek, 2012).

İkinci Sağlık Projesi'ne yönelik kredi anlaşması, Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile DB arasında 28 Eylül 1994 tarihinde imzalanmıştır. Bu projenin toplam bütçesi 200 milyon dolar olarak belirlenmiş olup bütçenin 150 milyon dolarlık kısmı Dünya Bankası tarafından kredi şeklinde sağlanmıştır. İkinci Sağlık Projesi, birinci projeye benzer amaçları taşımakla birlikte, daha geniş bir kapsamda sağlık

sisteminin yeniden yapılandırılmasını hedeflemiştir. Özellikle, daha sonraki yıllarda “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olarak adlandırılacak reformların hukuki ve politik altyapısının hazırlanmasında önemli bir rol oynamıştır. Her iki proje, 1990-1999 yıllarını kapsayan dönemde, Türkiye'nin sağlık sektöründe köklü dönüşüm süreçlerini başlatan temel girişimler arasında yer almaktadır (Belek, 2012).

58. Hükümet tarafından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan Acil Eylem Planı, sağlık sektöründe köklü dönüşümler hedefleyen bir vizyonla oluşturulmuş ve "Herkese Sağlık" başlığı altında yapılması gereken reformları detaylandırmıştır (SB, 2002). Bu plan, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini, verimliliğini ve adalet ilkesine uygun bir şekilde sunumunu sağlama amacıyla tasarlanmıştır. Ayrıca, sağlık sisteminin insan odaklı, sürdürülebilir, sürekli gelişime açık ve uzlaşmacı bir yapıya evrilmesi hedeflenmiştir (Resmi Gazete, 2002). Gönüllülük esasının ön planda tutulduğu bu çerçevede, güçler ayrılığı ilkesi doğrultusunda sağlık hizmetlerinin planlama, sunum, finansman ve denetim süreçlerinin birbirinden bağımsız hale getirilmesi vurgulanmıştır. Hizmet sunumunda rekabetin teşvik edilmesi de önemli bir strateji olarak belirlenmiştir (Kırılmaz, 2012).

Planın temel bileşenleri şu şekilde verilmiştir (Akdağ, 2007):

- Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak daha etkin bir yönetim mekanizmasına kavuşturulması,
- Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında tüm vatandaşların sağlık güvencesine erişiminin sağlanması,
- Mevcut sağlık kuruluşlarının tek bir çatı altında toplanarak yönetim birliğinin sağlanması,
- Kamu hastanelerinin finansal ve yönetsel özerklik kazanmalarının teşvik edilmesi,
- Aile hekimliği sistemine geçiş yapılarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin sevk zinciri ile güçlendirilmesi,
- Anne ve çocuk sağlığına yönelik hizmetlere özel bir öncelik verilmesi,
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılarak hastalıkların önlenmesine odaklanması,

- Özel sektörün sağlık yatırımlarına yönlendirilmesi ve bu konuda teşvik mekanizmalarının geliştirilmesi,
- Yönetim yetkilerinin yerel idarelere devredilmesiyle alt kademelerde etkinliğin artırılması,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerdeki sağlık personeli eksikliğini giderilmesi,
- Dijitalleşme çalışmaları kapsamında sağlıkta e-dönüşüm projelerinin uygulanması.

2003 yılında, Acil Eylem Planı'nın duyurulmasının ardından Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) hazırlanarak kamuoyuna sunulmuştur. SDP, Türkiye'de sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması amacıyla kapsamlı bir reform planı olarak ortaya konmuş ve çeşitli stratejik hedefler belirlenmiştir. Bu hedefler arasında, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunma işlevlerinden ayrıştırılarak düzenleyici ve denetleyici bir role kavuşturulması önemli bir yer tutmaktadır. Ayrıca, Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminin oluşturulması ve bu sistem üzerinden tek bir hizmet satın alıcının teminat paketleri aracılığıyla sağlık hizmeti satın alması öngörülmüştür (OECD, 2008).

SDP kapsamında, sağlık ocağı modelinden aile hekimliği sistemine geçiş sağlanması, kamu hastanelerinin özertleştirilerek işletme mantığıyla yönetilmesi ve sağlık personelinin ücretlendirilmesi ile istihdamında yeni yöntemlerin benimsenmesi planlanmıştır. Programın diğer önemli unsurları, sağlık hizmetlerinin özel sektör aracılığıyla sunumunun teşvik edilmesi ve kamu-özel ortaklıklarının yaygınlaştırılmasıdır. Bu kapsamlı reform paketi, Türkiye'de sağlık sektörünün işleyişini kökten değiştirmeyi hedefleyen bir politika çerçevesi sunmuştur (OECD, 2008).

2.2.1 Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasını zorunlu hale getiren pek çok faktörün bir araya gelmesiyle gündeme gelmiştir. Artan sağlık maliyetleri, kamu yönetimindeki değişim talepleri ve toplumun sağlık hizmetleri kalitesine yönelik yükselen beklentileri, dönüşüm sürecini tetikleyen başlıca nedenlerdir. SDP'nin temel amacı, sağlık hizmetlerinin

sunumunun etkili, verimli ve adaletli bir şekilde düzenlenmesi ve bu hizmetlerin sürdürülebilir bir finansman modeliyle desteklenmesidir. Bu amaç doğrultusunda, aşağıdaki başlıklar öne çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003):

2.2.1.1 Etkililik

Bu programın bu boyutu, halkın genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesine yönelik uygulamaları kapsamaktadır. Öncelikli olarak, bireylerin hastalanmasının önlenmesine odaklanılmakta ve bu doğrultuda çeşitli stratejiler geliştirilmektedir. Salgın hastalıklarla mücadelede etkili yöntemlerin benimsenmesi, anne ve çocuk ölüm oranlarının düşürülmesi ve ortalama yaşam süresinin uzatılması gibi hedefler, programın temel amaçları arasında belirlenmiştir. Bu hedeflere ulaşmak için gerekli politikalar ve uygulamalar, Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında ortaya konulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.2.1.2. Verimlilik

Kaynakların etkin bir şekilde kullanılmasıyla maliyetlerin düşürülmesi ve bu yolla elde edilen tasarrufların sağlık hizmetlerine yeniden aktarılması hedeflenmiştir. Bu kapsamda, sağlık iş gücünün etkili bir şekilde yönetilmesi, malzeme temin süreçlerinin optimize edilmesi, akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması, sağlık işletmeciliği uygulamalarının geliştirilmesi ve koruyucu hekimlik faaliyetlerinin güçlendirilmesi gibi unsurlar, verimlilik ilkesi çerçevesinde değerlendirilmiştir. Bu yaklaşımlar, kaynakların daha rasyonel kullanımını sağlamak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak amacıyla uygulanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.2.13. Hakkaniyet

Sağlık hizmetlerine erişimde adaletin sağlanması, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) temel hedeflerinden biri olarak belirlenmiştir. Bu hedef doğrultusunda, her bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine gerektiğinde erişebilmesi, finansmanın bireylerin ekonomik durumlarına göre adil bir şekilde dağıtılması ve bölgeler arasında var olan sağlık hizmeti eşitsizliklerinin ortadan

kaldırılması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda, özellikle dezavantajlı grupların ve bölgelerin sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılmasına yönelik politikalar geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin finansmanında adil bir paylaşım modelinin benimsenmesiyle, bireylerin ekonomik gücüne bakılmaksızın herkesin eşit şartlarda hizmet alabilmesi hedeflenmiştir. Bu yaklaşım, toplumun genel sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlıkta fırsat eşitliğinin sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.2.1.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının İlkeleri

SDP'nin temel dayanak noktalarının, modern sağlık yönetimi anlayışı çerçevesinde oluşturulduğu ve insan odaklı bir sistemin geliştirilmesini amaçladığı vurgulanmaktadır. Bu ilkelerin, sağlık hizmetlerinde etkinliği artırmak ve sürdürülebilir bir yapı oluşturmak adına belirlendiği ifade edilmektedir. İnsan odaklılık, sürdürülebilirlik, sürekli kalite iyileştirme, katılımcılık, uzlaşma, gönüllülük, güçler ayrılığı, yerinden yönetim ve hizmette rekabet gibi ilkeler, sistemin temel unsurları arasında bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.2.1.5 İnsani Merkezilik

Sağlık sisteminin planlanması ve hizmet sunumu süreçlerinde, bireylerin ihtiyaçlarının, taleplerinin ve beklentilerinin öncelikli olarak dikkate alınması gerektiği ifade edilmektedir. Bu yaklaşım doğrultusunda, sağlığın yalnızca bireysel bir olgu olmadığı, aynı zamanda aileden topluma yayılan daha geniş bir yapı içerisinde ele alınması gerektiği ifade edilmektedir. Bu bağlamda, bireyin refahının değerlendirilmesi sürecinde, aile sağlığı ile olan ilişkisine önem verilmesi gerektiği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.2.1.6 Sürdürülebilirlik

Sağlık sisteminin, ülkenin mevcut sağlık koşullarına uygun şekilde yapılandırılması, sistemin işleyişinin etkin ve verimli olmasını sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, mevcut kaynaklarla uyum içinde çalışabilen

ve sürdürülebilirliği garanti altına alınmış bir modelin oluşturulması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin uzun vadede etkinliğini koruyabilmesi için, sistemin kendi kendini yenileyebilen ve dışa bağımlılığı en aza indirebilen bir yapıya sahip olması temel bir gereklilik olarak görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.2.1.7 Sürekli Kalite Gelişimi

Sağlık hizmetlerinde, geri bildirim mekanizmalarının etkin bir şekilde işletilmesi, olası hataların erken aşamada tespit edilerek önlenmesine olanak tanımaktadır. Bu süreç, hizmet sunumunda meydana gelebilecek aksaklıkların en aza indirilmesini sağlarken, aynı zamanda sistemin sürekli iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Böylece, sağlık hizmetlerinin kalite standartlarının korunması ve zaman içinde daha ileri bir seviyeye taşınması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.2.1.8. Katılımcılık

Sağlık sisteminin planlanması ve hayata geçirilmesi sürecinde, ilgili tüm paydaşların görüş ve önerilerinin dikkate alınması önemli bir gereklilik olarak görülmektedir. Bu doğrultuda, sağlık sektöründe yer alan tüm unsurların sürece dâhil edilmesi, karar alma mekanizmalarının daha kapsayıcı ve etkili olmasını sağlayacaktır. Ayrıca, kaynakların verimli kullanımını teşvik eden bir yapı oluşturularak, sektörde bütüncül ve sürdürülebilir bir sistemin geliştirilmesi amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.2.1.9. Uzlaşmacılık

Sağlık sektöründe yer alan farklı kesimlerin beklentilerini dengeli bir şekilde ele alan ve ortak bir uzlaşma zemini oluşturmayı amaçlayan bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda, olası çıkar çatışmalarının önüne geçilmesi ve tüm paydaşları kapsayan adil ve uygulanabilir standartların belirlenmesi önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir. Böyle bir sistemin hayata geçirilmesi, sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliği sağlarken aynı zamanda sektördeki iş birliğini ve koordinasyonu da güçlendirecektir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.2.1.10. Gönüllülük

Sağlık hizmetlerine erişimde ve sunumunda, bireyler ve kurumlar arasında herhangi bir ayırım gözetilmeksizin adil ve kapsayıcı bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Bu çerçevede, zorlayıcı politikalar yerine, bireylerin sağlık sistemine gönüllü olarak katılımını teşvik edecek düzenlemelerin hayata geçirilmesi önem arz etmektedir. Bu tür mekanizmaların geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin daha geniş kitlelere ulaşmasını sağlarken, aynı zamanda bireylerin sağlık sistemine olan güvenini ve bağlılığını artıracaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.2.1.11. Güçler Ayrılığı

Sağlık hizmetlerinin etkin ve adil bir şekilde yürütülebilmesi için planlama, finansman, sunum ve denetim süreçlerinde yetki ve sorumlulukların net bir biçimde ayrılması amaçlanmaktadır. Bu sayede, çıkar çatışmalarının önüne geçilerek, hizmetlerin şeffaf ve hesap verebilir bir şekilde yürütülmesi sağlanacaktır. Aynı zamanda, görevlerin belirli bir düzen içinde yürütülmesi, sağlık sisteminin verimliliğini artırarak daha etkili bir hizmet sunumunu mümkün kılacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.2.1.12. Merkeziyetçilik

Yerinden yönetim ilkesine dayalı olarak, mali özerkliği bulunan ve karar alma süreçlerinde esneklik sağlayan işletmelerin, kaynaklarını daha verimli kullanmaları amaçlanmaktadır. Bu çerçevede, finansal bağımsızlığa sahip kuruluşların, ihtiyaçlara hızlı yanıt verebilmesi ve hizmet sunumunda etkinliği artırması beklenmektedir. Böyle bir yapı, hem yerel düzeyde yönetim kapasitesini güçlendirecek hem de kaynak tahsisinde daha rasyonel bir yaklaşımın benimsenmesine katkı sağlayacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.2.1.13 Hizmette Rekabet

Sağlık hizmetlerinin sunumunda çeşitli işletmelerin belirlenen standartlara uygun hizmet vermesinin teşvik edilmesi, sektörde rekabetin artırılmasını ve tekelleşmenin önüne geçilmesini hedeflemektedir. Bu durum, hizmet sağlayıcılar arasında kaliteyi yükseltme ve maliyetleri dengede tutma yönünde bir motivasyon oluşturacaktır. Böylece, sağlık hizmetlerinin hem erişilebilirliği hem de sürdürülebilirliği açısından daha verimli bir yapı oluşturulması amaçlanmaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.3. 694 Sayılı KHK Sonrası Sağlık Politikaları (2017-2023)

SDP, Türk sağlık sisteminde köklü değişikliklere yol açan önemli bir süreçtir. 2003 yılı itibarıyla açıklanan bu program, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansman yapısında önemli başarılar sağlasa da zaman içinde değişen toplumsal ihtiyaçlar ve sağlık sektörü koşulları doğrultusunda güncellenmesi gereken bir yapıyı işaret etmiştir. 2017 yılına gelindiğinde, sağlık politikaları yeniden şekillendirilmiş ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'na yönelik önemli düzenlemeler yapılmıştır. 15 Ağustos 2017'de açıklanan ve 25 Ağustos 2017'de Resmi Gazete'de yayımlanan 694 sayılı KHK, Türk sağlık sisteminde büyük bir yapısal değişim meydana getirmiştir. 694 sayılı KHK, önceki düzenlemeleri revize ederek Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nu kaldırmış, taşra teşkilatındaki yönetim yapısını önemli ölçüde değiştirmiştir. İl Sağlık Müdürlükleri altında yeniden yapılandırılan başkanlıklar ve başkan yardımcılıkları, özerk sağlık yapılarının yerine merkeziyetçi bir yönetim anlayışını getirmiştir. Bu değişiklik, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlangıcında hedeflenen özerklik ve yerinden yönetim anlayışının gerilemesine yol açmıştır. Bu nedenle, 694 sayılı KHK sonrası oluşturulan yapı, Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak tanımlanamayacak bir hal almıştır (Resmi Gazete, 2017).

Bu dönemde ayrıca, büyük yatak kapasiteleriyle dikkat çeken Şehir Hastaneleri modeli de sağlık sistemine dahil edilmiştir. Şu ana kadar dokuz Şehir Hastanesi faaliyete geçmiş olup birçoğu da inşa aşamasında olan yeni hastanelerle birlikte bu modelin yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Ancak, ekonomik yapısı,

finansal sürdürülebilirliği ve hizmet kalitesi açısından ciddi eleştiriler almıştır (Atasever, 2018). Çeşitli araştırmalar, Şehir Hastaneleri'nin özellikle hasta memnuniyeti, çalışan verimliliği ve maliyet açısından beklenen hedeflere ulaşmadığını ortaya koymaktadır. Bu hastane modelinin etkinliği, uzun vadede yapılacak daha kapsamlı değerlendirmelerle netlik kazanacaktır. Şu an için, Şehir Hastaneleri'nin tam olarak nasıl bir performans sergileyeceği, gelecekte yapılacak çalışmalarla ortaya çıkacak gibi görünmektedir (SB, 2022).

Türkiye sağlık sistemi, 2020 ile 2024 yılları arasında özellikle COVID-19 pandemisi ve sağlık altyapısındaki modernizasyon çalışmalarıyla önemli bir dönüşüm geçirdi. Pandemi süreci, Türkiye'nin sağlık altyapısının güçlü yönlerini ve zorluklarını ortaya koyarak, sağlık sisteminin dayanıklılığını test etti. Bu dönemde, şehir hastaneleri sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada kritik bir rol üstlendi. Büyük kapasiteye sahip bu hastaneler, tek kişilik oda imkanları, yoğun bakım yatakları ve hızlı test kapasiteleriyle salgınla mücadelede büyük katkı sağladı (Erdem, 2023). Ayrıca, sağlık hizmetlerinin niteliği de büyük ölçüde iyileştirildi. 2020 itibarıyla hastane yatak sayısı ve bir doktora düşen nüfus oranı önemli ölçüde iyileşmiş, sağlık altyapısının modernizasyonu hız kazanmıştır. Dijital sağlık uygulamaları ve uzaktan sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi dijital dönüşüm adımları atılmış ve bu adımlar sağlık sistemine erişimi daha da kolaylaştırmayı hedeflemiştir. Bu dönüşüm, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hem nicel hem de niteliksel iyileştirmelerle desteklenmiştir (Gemlik, 2023).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

3.1. Avrupa Birliğinde Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış

AB'nin sağlık politikaları, üye ülkeler arasında eşit sağlık hizmetlerine erişim sağlamayı amaçlamaktadır. Bu politikalar, önleyici sağlık önlemleri, aşılama, antimikrobiyal dirençle mücadele gibi önemli sağlık konularına odaklanmaktadır. Ancak her ülkenin sağlık sistemi, kendi ekonomik durumu, nüfus yapısı ve sosyal sigorta sistemlerine göre farklılık göstermektedir (Sur, 2023). Bu durum, sağlık politikalarının uygulanmasında çeşitli zorluklar yaratmakta ve ülkeler arasında farklı yaklaşımlar geliştirilmesini gerektirmektedir. AB, bu farklılıkları dengelemek ve tüm üye devletlerde sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için ortak stratejiler ve finansal destek mekanizmaları geliştirmektedir.

AB, hızla yaşlanan bir nüfusa sahip olup bu durum sağlık harcamalarındaki artışı artırmaktadır. Özellikle 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık hizmetlerine daha fazla başvurması, sağlık harcamalarını önemli ölçüde yükseltmektedir. Yaşlanan nüfus, iş gücü piyasası ve kamu finansmanı üzerinde büyük baskılar yaratmaktadır. Bu demografik değişiklik, sağlık politikalarının şekillendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır ve sosyal güvenlik sistemlerini ve uzun dönemli bakım hizmetlerini doğrudan etkilemektedir (Çevik, 2019). Sonuç olarak, AB ülkelerinde sağlık sistemlerine genel bir bakış olarak, her ülkenin farklı sağlık gereksinimlerine ve ekonomik koşullarına göre şekillenmektedir. Bu farklılıklar, sağlık hizmetlerine erişim ve maliyetler gibi sağlık göstergeleri üzerinde belirgin etkiler oluşturmaktadır.

Avrupa Birliği, üye ülkeler arasında sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikleri azaltmak ve genel kaliteyi artırmak amacıyla çeşitli ortak projeler ve politikalar geliştirmektedir. Bu kapsamda, dijital sağlık sistemlerinin yaygınlaştırılması, sınır

ötesi sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve hasta güvenliğinin artırılması gibi alanlarda önemli adımlar atılmaktadır. Ayrıca, pandemi gibi küresel sağlık krizleri, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını güçlendirme ihtiyacını daha da belirgin hale getirmiştir. Bu durum, üye ülkeler arasında sağlık politikalarının daha sıkı bir şekilde koordine edilmesini ve ortak kriz yönetim mekanizmalarının geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Avrupa Birliği'nin bu çabaları, sağlık alanında sürdürülebilir ve kapsayıcı çözümler üretme hedefini desteklemektedir (Boz & Önder, 2017).

3.2. Bazı Avrupa Ülkelerinin Sağlık Sistemleri

3.2.1. Fransa Sağlık Sistemi

Fransa, sağlık hizmetlerini kamu-özel sektör iş birliği modeliyle düzenleyen kapsamlı bir sistem işletmektedir. Sosyal güvenlik sistemiyle vatandaşlarına geniş bir sağlık hizmeti erişimi sunar. Özel sağlık sigortası yaygındır ve kamu tarafından sağlanmayan hizmetleri karşılar. Fransa'da sağlık sistemi, bireylerin sağlık masraflarını büyük ölçüde devlet tarafından sübvansede etmeyi hedefler (Yıldırım, 2015).

COVID-19 pandemisi esnasında Fransa, sağlık sistemini test etme anlamında büyük zorluklarla karşılaşmıştır. Maske, eldiven ve koruyucu ekipman gibi temel malzemelerin yetersizliği dikkat çekmiştir. Bunun yanında, pandeminin etkisiyle sağlık harcamaları artmış ve devlet, bu alandaki fonlamayı artırmıştır. Fransa'nın sağlık sistemi, genel anlamda kaliteli bir yapı olarak değerlendirilse de kırsal bölgelerde erişim sorunları ve hastaların uzun bekleme süreleri gibi problemler bulunmaktadır (Sarıyıldız & Arkadaşları, 2021).

Fransa'da sağlık hizmetleri, bireyin gelir düzeyine bağlı olmaksızın erişilebilir kılınmıştır. Bu sistemde, doğrudan ödeme yapan hastalar bile daha sonra masraflarının büyük bir kısmını geri alabilmektedir. Ek olarak, Fransa, sağlık çalışanlarının sayısını artırarak hizmet kapasitesini genişletmeyi hedeflemektedir. Ancak, yaşlanan nüfus nedeniyle sağlık sistemi üzerinde gelecekte finansal yükler artabilir. Devlet, bu sorunlara çözüm bulmak amacıyla sağlık reformları üzerinde çalışmaktadır (OECD, 2019).

3.2.2. İspanya Sağlık Sistemi

İspanya'nın sağlık sistemi, "Ulusal Sağlık Sistemi" adıyla bilinen merkezi ve özerk topluluklardan oluşur. Hizmetler genellikle ücretsizdir ve genel vergilerle finanse edilir. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulması, her özerk topluluk tarafından düzenlenir, bu da bölgesel farklılıklara yol açabilir (Yalçın, 2022).

İspanya'nın sağlık sistemi, COVID-19 pandemisiyle birlikte büyük bir baskı altına girmiştir. Yoğun bakım ünitelerindeki doluluk oranları yükselmiş ve sağlık çalışanlarının üzerindeki yük önemli ölçüde artmıştır. Bu dönemde, sağlık personelinin artırma ve yoğun bakım kapasitelerini genişletme önlemleri alınmış olsa da yaşlı bakım evlerinde ciddi sorunlar yaşanmış ve bu durum kamuoyunda eleştirilerin odağı olmuştur (Türk, 2022).

İspanya'nın sağlık sistemi, güçlü yönlerine rağmen bölgesel eşitsizlikler nedeniyle eleştirilmektedir. Özellikle kırsal bölgelerde doktor eksikliği ve altyapı sorunları bulunmaktadır. Bunun yanında, sağlık teknolojilerinin entegrasyonu ve dijital sağlık çözümleri alanında daha fazla iyileştirme yapılması gerektiği düşünülmektedir (Çetintürk, 2020).

3.2.3. Almanya Sağlık Sistemi

Almanya'nın sağlık sistemi, zorunlu sağlık sigortası modeliyle yapılandırılmıştır ve sistem, kamu ve özel sağlık hizmetlerinin birlikte çalıştığı bir yapıya sahiptir. Çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen primler, bu sigorta modelinin temelini oluşturur. Bireylerin gelir düzeyine bağlı olarak prim oranları belirlenir ve düşük gelirlili bireyler devlet tarafından sübvans edilir. Almanya'da her bireyin bir aile hekimine kayıtlı olması gerekmektedir ve bu hekimler, hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini düzenler. Özel sağlık sigortasına sahip bireyler, genelde daha kısa bekleme sürelerine sahip olabilmektedir (Köse, 2020).

Pandemi sürecinde Almanya, COVID-19'un etkilerini yönetmek amacıyla güçlü bir test ve izleme stratejisi uygulamış ve sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltmak için özel sektörle iş birliğini güçlendirmiştir. Sağlık altyapısı, diğer Avrupa ülkelerine kıyasla daha dayanıklı bir performans sergilemiş olsa da yaşlanan nüfus ve

artan kronik hastalıklar, sistemin sürdürülebilirliği konusunda ciddi endişelere yol açmıştır (Hüsmenoğlu, 2021).

Almanya sağlık sistemi, güçlü finansman mekanizmaları ve yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunmasıyla tanınır. Ancak, özellikle kırsal bölgelerdeki doktor eksikliği gibi sorunlarla karşı karşıyadır. Sağlık hizmetlerine erişimdeki bu eşitsizlikleri gidermek için devlet, yeni politikalar üzerinde çalışmaktadır. Dijital sağlık çözümleri ve tele-tıp hizmetleri, bu sorunların çözümünde önemli bir araç olarak görülmektedir (Myant, 2020).

3.2.4. Belçika Sağlık Sistemi

Belçika, zorunlu sağlık sigortasına dayalı bir sistemle sağlık hizmetlerini organize etmektedir. Sağlık hizmetleri büyük ölçüde devlet tarafından sübvansede edilmekte, bireyler de hizmet aldıklarında düşük bir katkı payı ödemektedir. Hem kamu hem de özel sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde çalıştığı bu sistemde, vatandaşlar geniş bir sağlık hizmeti yelpazesine erişebilmektedir. Belçika'da, hastaneler genellikle yerel yönetimler ve özel kuruluşlar tarafından işletilmektedir. Sağlık çalışanlarının eğitimi ve teknolojik altyapısının modernizasyonu, sistemin temel güçlü yanlarını oluşturmaktadır (Bölükbaşı, 2020).

COVID-19 salgını sırasında Belçika, özellikle yaşlı bakım evlerinde zorluklar yaşamıştır. Pandemi sürecinde, sağlık çalışanlarının yetersizliği ve tedarik zinciri sorunları dikkat çekmiştir. Bu süreçte Belçika, sağlık sistemine daha fazla yatırım yaparak uzun vadeli çözümler üretmeye çalışmıştır. Ayrıca aşılama oranlarının artırılması ve dijital sağlık kayıtlarının entegrasyonu gibi konulara öncelik verilmiştir (Sarıyıldız, 2021).

Belçika sağlık sistemi, genelde iyi işleyen bir yapı sergilese de kronik hastalıkların yönetimi ve yaşlanan nüfus gibi sorunlar, sağlık harcamalarını artırmaktadır. Bu nedenle, sürdürülebilir finansman modelleri ve sağlık hizmetlerine eşit erişim konularında reform ihtiyacı bulunmaktadır (Ians, 2020).

3.2.5. Hollanda Sağlık Sistemi

Hollanda, bireylerin özel sağlık sigortası satın almak zorunda olduğu, devletin ise düşük gelir gruplarına mali destek sağladığı karma bir sağlık sistemi modeline sahiptir. Sistem, birey odaklı bir yaklaşıma dayanır ve yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunmaktadır. Sigorta kapsamı, genelde geniş olmakla birlikte bireylerin katkı payı ödemesi gerekebilir. Hollanda'da aile hekimliği, sağlık hizmetlerinin planlanmasında önemli bir rol oynar ve sevk sistemi aracılığıyla hastaların ihtiyaç duyduğu uzmanlık hizmetlerine ulaşımı sağlar (Sarıyıldız, 2021).

Hollanda, COVID-19 pandemisi sırasında dijital sağlık ve tele-tıp çözümlerinin benimsenmesi konusunda önemli adımlar atmıştır. Pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak amacıyla uzaktan sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmış, böylece hem hasta hem de sağlık çalışanları arasındaki enfeksiyon riski azaltılmıştır. Ayrıca, sağlık çalışanlarına yönelik psikolojik destek ve motivasyon artırıcı programlar uygulanmıştır. Sağlık harcamalarının daha etkili bir şekilde yönetilmesi ve bütçe planlamalarının optimize edilmesi, pandeminin ekonomik yükünün kontrol altında tutulmasında kritik bir rol oynamıştır. Hollanda, bu süreçte esnek ve dayanıklı sağlık sistemi uygulamalarıyla ön plana çıkmıştır (Eryer, 2023).

Hollanda sağlık sistemi, genel anlamda güçlü ve kapsayıcı bir yapıya sahip olsa da yaşanan nüfusun artan sağlık talepleri ve kronik hastalık yükü, sistemin karşılaştığı önemli zorluklar arasında yer almaktadır. Bu nedenle, sürdürülebilirlik ve sağlık hizmetlerine eşit erişim alanında reformlar yapılması hedeflenmektedir.

3.2.6. Polonya Sağlık Sistemi

Polonya'nın sağlık sistemi, 1989'daki komünist rejimin sonrasında batıya entegrasyon çabaları çerçevesinde önemli dönüşümler geçirmiştir. 1989-2004 yılları arasında yapılan sağlık reformları, merkezi yönetimin etkisini azaltmayı amaçlayan pek çok organizasyonel ve finansal düzenleme getirmiştir. Bu süreçte, Polonya'daki sağlık sistemi, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, kaynakların daha etkin kullanılabilmesi ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin sağlanması adına birçok

yapısal değişlikle şekillenmiştir (Deniz, 2021). Bu dđnüşüm süreci, sağlık hizmetlerinin daha yerinden yönetilmesi ve merkezi denetimin gevşetilmesi yönünde önemli adımlar atılmasını sağlamıştır.

Polonya'da sağlık sisteminin işleyişi, merkezi yönetimin etkinliğini azaltarak bölgesel yönetimin rolünü artırmayı amaçlayan reformlarla şekillenmiştir. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden ve denetiminden sorumlu olup finansman ve hizmet sunumunu yerel yönetimlere bırakmıştır. Bakanlık, ayrıca tıbbi araştırmalar, sağlık eğitimi ve büyük sermaye gerektiren yatırımlar gibi kritik alanlardan sorumlu tutulmaktadır. Polonya Ulusal Sağlık Enstitüsü ise ülke çapında klinikler ve eğitim-araştırma hastaneleri kurma görevini üstlenmiştir. Bu yapılanma, sağlık hizmetlerinin daha verimli ve erişilebilir bir şekilde sunulmasına olanak tanımaktadır (Bukowski, 2019).

3.2.7. Yunanistan Sağlık Sistemi

Yunanistan sağlık sistemi, merkezi bir modelden ziyade, merkezi yönetimle yerel yönetimlerin birlikte çalıştığı karma bir yapıya sahiptir. Sistem, vatandaşların tümüne ücretsiz temel sağlık hizmetleri sunmaktadır ve bu hizmetlerin finansmanı genel vergilerle sağlanmaktadır. Ancak, son yıllarda ekonomik kriz nedeniyle sağlık bütçesinde kesintiler yapılmış, bu da sağlık hizmetlerinde çeşitli sorunlara yol açmıştır. Özellikle kamu hastanelerindeki ekipman eksikliği ve personel açığı dikkat çekmektedir. Yunanistan'da özel sağlık hizmetleri de yaygın olmakla birlikte, bu hizmetlere erişim genelde maddi durumu daha iyi olan kesimle sınırlıdır (Deniz, 2021).

Yunanistan sağlık sistemi üzerinde Covid19 büyük bir baskı oluşturmuştur. Pandemi süresince kamu hastanelerinde yatak kapasitesi sınırlı kalmış ve yoğun bakım ünitelerindeki doluluk oranları kritik seviyelere ulaşmıştır. Buna karşılık, hükümet, özel hastanelerle iş birliği yaparak pandemi yönetimini desteklemiştir. Pandemi, Yunanistan'ın sağlık altyapısındaki yetersizlikleri gözler önüne sermiş ve sağlık sistemini modernize etme ihtiyacını artırmıştır (İşlek, 2021).

Yunanistan'da aile hekimliği sistemi, sağlık hizmetlerinin planlanmasında zayıf bir noktadır. Sevk zinciri mekanizmasının etkin bir şekilde işletememesi, uzmanlık hizmetlerine yönelik talebi artırmıştır. Bu durum, sağlık çalışanlarının iş yükünü fazlalaştırmış ve bekleme sürelerinin uzamasına neden olmuştur. Ayrıca, yaşlanan nüfusun sağlık talepleri ve ekonomik daralmanın yarattığı etkiler, Yunanistan sağlık sistemini sürdürülebilirlik açısından zorlamaktadır. Yunanistan hükümeti, bu sorunları gidermek için dijital sağlık çözümlerini ve sağlık hizmetlerine eşit erişim politikalarını güçlendirme hedefindedir (Dinler, 2023).

Sonuç olarak, Yunanistan sağlık sistemi, vatandaşlara ücretsiz temel sağlık hizmetleri sunmasıyla öne çıkmasına rağmen, finansman yetersizliği, kırsal bölgelerdeki erişim sorunları ve altyapı eksiklikleri gibi çeşitli zorluklarla karşı karşıyadır. Özellikle kriz dönemleri, sağlık sisteminin reform ihtiyacını daha da belirgin hale getirmiştir (Dinler 2023).

3.2.8. Portekiz Sağlık Sistemi

Portekiz sağlık sistemi, Ulusal Sağlık Servisi (Servio Nacional de Saúde - SNS) aracılığıyla kapsamlı hizmetler sunan ulusal bir yapıya sahiptir. Genel vergilerle finanse edilen bu sistem, tüm vatandaşlara eşit sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır. SNS'nin temel önceliklerinden biri, birinci basamak sağlık hizmetlerine kolay erişim sağlamaktır. Aile hekimliği uygulamaları, kronik hastalıkların yönetimi ve önlenmesinde kritik bir rol üstlenmektedir. Bununla birlikte, ekonomik krizlerin etkisiyle sağlık harcamalarında yapılan kesintiler, hizmet kalitesini düşürmüş ve bekleme sürelerini uzatmıştır. Özel sağlık sektörü ise bu eksiklikleri tamamlayıcı bir rol üstlenmiştir. Ancak, kırsal bölgelerdeki altyapı eksiklikleri ve uzun bekleme süreleri, sistemin temel sorunları arasında yer almaktadır (Altinkaya, 2020).

COVID-19 pandemisi, Portekiz sağlık sisteminde önemli değişimlere yol açmıştır. Pandemi sürecinde artan hasta talepleri, hastanelerde kapasite sorunlarına neden olmuş ve sağlık çalışanlarının yükü önemli ölçüde artmıştır. Sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak adına yeni önlemler geliştirilmiş, özellikle dijital

sağlık çözümleri ve uzaktan hizmetlerin entegrasyonu hız kazanmıştır. Ayrıca, kriz sonrası dönemde sağlık altyapısının modernizasyonuna yönelik yatırımlar artırılmış, sağlık çalışanlarının sayısını artırmaya yönelik politikalar devreye alınmıştır. Bu çabalar, sistemin gelecekteki krizlere karşı daha dirençli hale getirilmesini hedeflemektedir (Ceylan, 2020).

3.2.9. Finlandiya Sağlık Sistemi

Finlandiya sağlık sistemi, merkezi hükümetin belirlediği standartlara uygun olarak yerel belediyeler tarafından yönetilmektedir. Bu yapı, hizmetlerin yerel ihtiyaçlara göre şekillendirilmesine olanak tanımaktadır. Belediyeler, birinci basamak sağlık hizmetlerinden uzmanlık gerektiren tıbbi hizmetlerin organizasyonuna kadar geniş bir sorumluluk alanına sahiptir. Sağlık hizmetleri genel olarak vergilerle finanse edilmekte, özel sektör ve iş sağlığı hizmetleri ise tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir. İşverenlerin sunduğu kapsamlı iş sağlığı hizmetleri, çalışan sağlığını desteklemede önemli bir yer tutmaktadır. Ayrıca, Finlandiya'nın yaşlanan nüfusuna yönelik geliştirilmiş uzun süreli bakım hizmetleri, yaşam kalitesini artırıcı bir etki yaratmaktadır. Bununla birlikte, kırsal bölgelerdeki hizmet erişimi ve hekim eksikliği gibi sorunlar devam etmektedir (Hüsmenoğlu & Yılmaz Kuşaklı, 2021).

Pandemi süreci, Finlandiya sağlık sisteminin dayanıklılığını test etme fırsatı sunmuştur. Pandemi sürecinde, yerel yönetimlerin etkin kriz yanıt mekanizmaları oluşturduğu ve sağlık hizmetlerinin kesintisiz sürdürülebildiği görülmüştür. Uzaktan sağlık hizmetlerinin hızla benimsenmesi, dijitalleşme süreçlerini hızlandırmış ve hasta takibinde verimlilik sağlamıştır. Pandemi sonrası dönemde ise sağlık çalışanlarının eğitimine yapılan yatırımlar artırılmış, sağlık altyapısı modernize edilmiştir. Bu süreç, Finlandiya'nın gelecekteki sağlık krizlerine karşı daha hazırlıklı bir sistem oluşturmasını sağlamıştır (Saygın & Kundakcı, 2020).

3.2.10. Danimarka Sağlık Sistemi

Danimarka'nın sağlık sistemi, bölgesel yönetimlerin kontrolünde yürütülen ve merkezi bir finansman modeliyle desteklenen bir yapıya sahiptir. Genel vergilerle finanse edilen sistem, vatandaşlara eşit ve ücretsiz sağlık hizmetleri sunmayı amaçlamaktadır. Aile hekimleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin koordinasyonunda kilit bir rol oynarken, sağlık hizmetlerinin temel taşı olarak görev yapmaktadır. Danimarka, yüksek teknoloji kullanımı ve uzmanlaşmış kadrolarıyla Avrupa'nın en iyi sağlık hizmetlerinden birine sahiptir. Elektronik sağlık kayıtlarının yaygın kullanımı ve dijitalleşme seviyesi, hastaların süreçleri daha etkin şekilde takip etmesini sağlamaktadır. Ancak, yaşanan nüfus ve artan kronik hastalık oranları, uzun vadeli planlamalar gerektiren önemli zorluklardır (Dinçer & Serdaroğlu, 2017).

COVID-19 pandemisi, Danimarka sağlık sisteminin güçlü ve zayıf yönlerini gözler önüne sermiştir. Salgın sürecinde, sağlık hizmetlerinin esnekliği ve kapasitesinin artırılmasına yönelik önemli adımlar atılmıştır. Dijital sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmış ve hasta memnuniyetini artırmıştır. Pandemi sonrası dönemde ise altyapı yatırımları hızlandırılmış, kriz yönetim kapasiteleri geliştirilmiştir. Bu süreçte edinilen tecrübeler, gelecekteki sağlık krizleri için bir rehber niteliği taşımaktadır (Filiz, 2023).

3.2.11. Çekya Sağlık Sistemi

Çekya, sağlık hizmetlerinin finansmanını zorunlu sağlık sigortası modeliyle sağlayan bir ülke olarak dikkat çekmektedir. Bu modelde, sigorta fonlarına yapılan prim ödemeleri, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminin anahtarıdır. Kamu ve özel sektörün iş birliğiyle sunulan sağlık hizmetleri, geniş bir kullanıcı kitlesine hitap etmektedir. Kamu sağlık hizmetleri yaygın olmakla birlikte, özel sektör hızlı ve kişiselleştirilmiş hizmet arayanlar için bir alternatif sunmaktadır. Bununla birlikte, kırsal bölgelerdeki doktor ve hemşire eksikliği gibi sorunlar devam etmektedir. Genç

sağlık çalışanlarının daha iyi çalışma koşulları için yurtdışına göç etmesi, sistemin sürdürülebilirliği açısından bir tehdit oluşturmaktadır (Saygın & Kundakçı, 2020).

Pandemi sürecinde, Çekya sağlık sisteminin esnekliği ve krizlere yanıt kapasitesi test edilmiştir. Dijital sağlık hizmetlerinin entegre edilmesi, hasta takibini ve hizmet sürekliliğini artırmıştır. Pandemi sonrası dönemde sağlık çalışanlarının eğitimine yapılan yatırımlar artırılmış ve kırsal bölgelerdeki sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmek için altyapı çalışmaları başlatılmıştır. Ayrıca, gelecekteki krizlere hazırlık için sağlık politikalarında köklü değişiklikler yapılmıştır (Altınkaya, 2020).

3.2.12. İtalya Sağlık Sistemi

İtalya'nın sağlık sistemi, Ulusal Sağlık Servisi (Servizio Sanitario Nazionale - SSN) tarafından organize edilmektedir. Genel vergilerle finanse edilen sistem, sağlık hizmetlerini ücretsiz sunarak eşitlikçi bir yapıyı amaçlamaktadır. Ancak, bölgeler arasındaki ekonomik ve altyapısal farklılıklar, hizmet kalitesi ve erişilebilirliği üzerinde belirgin etkiler yaratmaktadır. Kuzey bölgeleri daha gelişmiş altyapıya sahipken, güney bölgelerinde sağlık hizmetlerinin kalitesi geride kalmaktadır. Pandemi sürecinde yoğun bakım ünitelerindeki doluluk oranları ve yaşlı bakım evlerindeki sorunlar, sistemin zayıf yönlerini gözler önüne sermiştir. Buna karşılık, dijital sağlık çözümleri ve uzaktan sağlık hizmetleri İtalya sağlık sisteminin yenilikçi yönlerinden biri olarak öne çıkmaktadır (Ceylan, 2020).

Pandemi süreci, İtalya'nın sağlık sisteminde geniş çaplı bir dönüşüm sürecini tetiklemiştir. Salgın, sağlık altyapısındaki eksiklikleri gözler önüne sererken, acil durum kapasitelerinin artırılmasına yönelik yatırımlar yapılmıştır. Ayrıca, dijital sağlık çözümlerinin daha etkin bir şekilde kullanılmaya başlanması, uzaktan hizmetlerin kapsamını genişletmiş ve sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmıştır.

Pandemi sonrası dönemde ise, bölgesel eşitsizlikleri azaltmaya yönelik adımlar atılmış ve sağlık politikalarında reform süreçleri başlatılmıştır (Bektaş & Reçber, 2020).

3.2.13. Slovenya Sağlık Sistemi

Slovenya'nın sağlık sistemi, zorunlu sağlık sigortası ile tamamlayıcı özel sigorta modellerinin bir arada bulunduğu bir yapıya sahiptir. Sağlık Sigortası Enstitüsü, temel sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlarken, tamamlayıcı sigorta planları daha geniş kapsamlı hizmetlere erişim imkânı sunmaktadır. Kamu sağlık hizmetleri büyük ölçüde yaygınken, özel sektörün önemi giderek artmaktadır. Düşük gelirli gruplara yönelik destekleyici politikalarıyla dikkat çeken Slovenya sağlık sistemi, altyapının modernizasyonu konusunda ise eksiklikler barındırmaktadır. Ayrıca, kronik hastalık yönetimi ve yaşlı bakım hizmetlerine yönelik yatırımlar artırılmalıdır (Teleş, Çakmak & Konca, 2018).

Pandemi sürecinde Slovenya, sağlık sisteminin dayanıklılığını artırmak amacıyla çeşitli önlemler almıştır. Dijital sağlık uygulamalarının ve uzaktan hizmetlerin yaygınlaşması, pandeminin sistem üzerindeki etkilerinden biri olmuştur. Sağlık çalışanlarının yükünü hafifletmek ve hizmet sunumunda sürekliliği sağlamak amacıyla altyapı yatırımları artırılmıştır. Pandemi sonrası dönemde ise sağlık politikalarının güçlendirilmesi ve kriz yönetimi kapasitelerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir (Greer, 2022).

3.2.14. Romanya Sağlık Sistemi

Romanya, sosyal sağlık sigortası modeliyle yönetilen bir sağlık sistemine sahiptir. Ancak kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Sağlık çalışanlarının yüksek göç oranları, hizmet sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Kamu hastanelerindeki personel eksikliği ve eski altyapı, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmektedir. Bununla birlikte, son yıllarda yapılan reformlar, sağlık sistemini daha şeffaf ve etkin bir yapıya kavuşturmayı amaçlamaktadır. Romanya'nın sağlık göstergeleri Avrupa Birliği ortalamasının gerisinde kalsa da iyileştirme çabaları sürdürülmektedir (Filiz, 2023).

COVID-19 pandemisi, Romanya sağlık sisteminin zayıf y6nlerini daha belirgin hale getirmiştir. Salgın sırasında sağlık altyapısındaki eksiklikler ve sağlık çalışanı yetersizliği gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. Buna karşılık, dijital sağlık 6z6mleri ve uzaktan hizmetlerin entegrasyonu hızlanmış, hasta takibi ve tedavi s6relerinde iyileştirmeler sağlanmıştır. Pandemi sonrası d6nemde ise sağlık altyapısının g6lendirilmesi, kırsal b6lgelere y6nelik politikaların geliştirilmesi ve kriz y6netimi kapasitelerinin artırılması hedeflenmiştir (H6smenoğlu & Kuşaklı, 2021).



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE VE BAZI AVRUPA ÜLKELERİNİN SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde Türkiye ve bazı Avrupa ülkelerinin sağlık göstergelerinin karşılaştırılmasına odaklanmaktadır. Bu karşılaştırma, her iki bölgenin sağlık durumu, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık sistemlerinin etkinliği üzerine bir analiz sunmayı amaçlamaktadır. Türkiye'nin sağlık göstergelerindeki gelişmeler, özellikle yaşam beklentisi ve bebek ölüm oranları gibi temel parametrelerdeki iyileşmeler, Avrupa ülkeleriyle kıyaslanarak değerlendirilecektir.

4.1. Türkiye'nin Sağlık Göstergeleri

Bu kısımda Türkiye'nin resmi kaynaklardan yayınlanan bazı sağlık göstergeleri verilmiştir.

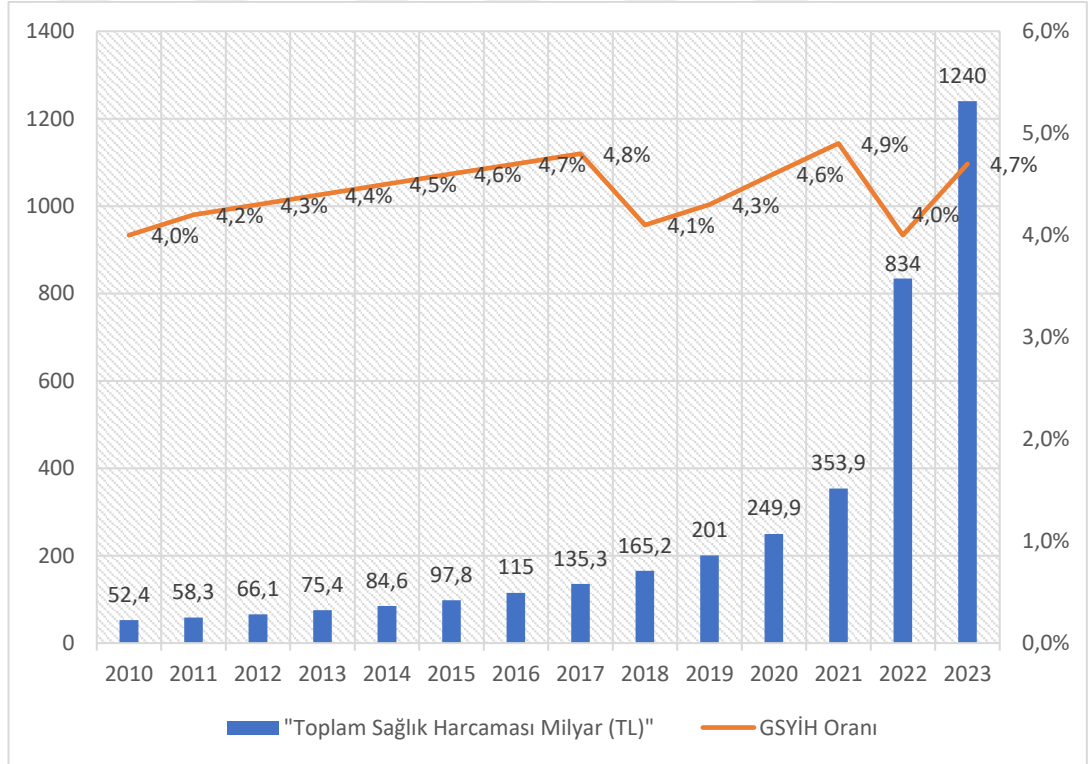
4.1.1. Türkiye'nin Sağlık Harcamaları

Tablo 2 Sağlık Harcamalarının GSYİH Oranı (2010-2023)

Yıl	Toplam Sağlık Harcaması (Milyar TL)	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (TL)	Sağlık Harcamasının GSYİH'ye Oranı (%)
2010	52.4	682	4.0%
2011	58.3	748	4.2%
2012	66.1	845	4.3%
2013	75.4	953	4.4%
2014	84.6	1,077	4.5%
2015	97.8	1,190	4.6%
2016	115.0	1,460	4.7%
2017	135.3	1,724	4.8%
2018	165.2	2,000	4.1%
2019	201.0	2,300	4.3%
2020	249.9	3,000	4.6%
2021	353.9	4,500	4.9%
2022	834.0	7,141	4.0%
2023	1,240.0	14,582	4.7%

Kaynak: TÜİK, 2023

Sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı Tablo 2'de sunulmuştur. 2010-2023 yılları arasında toplam sağlık harcamaları ve kişi başına düşen sağlık harcamalarında düzenli bir artış gözlenmiştir. 2010 yılında toplam sağlık harcaması 52,4 milyar TL ve kişi başına sağlık harcaması 682 TL iken, 2023 yılında bu değerler sırasıyla 1.240 milyar TL ve 14.582 TL olarak kaydedilmiştir. Sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı ise yıllar içinde dalgalanma göstermiş, en yüksek değer %4,9 ile 2021 yılında kaydedilmiş, 2023 yılında ise %4,7 olarak gerçekleşmiştir. Özellikle 2022 ve 2023 yıllarında kişi başına sağlık harcamalarında keskin bir artış yaşanmış olmasına rağmen, GSYİH'ye oranı önceki yıllara kıyasla daha sınırlı kalmıştır (Tablo 2).



Şekil 1 Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH Oranı, 2023.
Kaynak: TÜİK, 2023

Tablo 2'ye ilişkin Şekil 1'de Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının yıllar içindeki artışı ve bu harcamaların GSYİH'ye oranı görselleştirilmiştir. 2010-2023 yılları arasında toplam sağlık harcamaları sürekli artış göstermiştir. Özellikle 2020 yılından itibaren hızlı bir yükselme dikkat çekmektedir; 2022 yılında 834 milyar TL,

2023 yılında ise 1.240 milyar TL'ye ulaşmıştır. GSYİH'ye oran ise yıllar içinde dalgalı bir seyir izlemiştir. 2018 yılında %4,1'e düşerken, 2021'de %4,9 ile en yüksek seviyeye çıkmıştır. 2022'de %4,0'a gerileyen oran, 2023'te %4,7 seviyesine yeniden yükselmiştir (Şekil 1).

Tablo 3 Sağlık Harcamaları 2010-2023

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması (Milyar TL)	Kişi Başı Sağlık Harcaması (TL)	Kişi Başı Sağlık Harcaması (\$)	Sağlık Harcamalarında Özel Sektör Oranı
2010	61 678	843	547	21,4
2011	68 607	924	490	20,4
2012	74 189	987	553	20,8
2013	84 390	1 108	516	21,5
2014	94 750	1 228	526	22,6
2015	104 568	1 337	458	21,5
2016	119 756	1 511	428	21,5
2017	140 647	1 751	462	22,0
2018	165 234	2 030	384	22,5
2019	201 031	2 434	409	22,0
2020	249 932	2 997	403	20,8
2021	353 941	4 206	316	20,8
2022	606 835	7 141	382	23,6
2023	1 244 237	14 582	495	22,5

Kaynak: TÜİK, 2023, Merkez Bankası, 2024

Tablo 3'te, 2010-2023 yılları arasında Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları, kişi başı sağlık harcamaları ve özel sektör harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı verilmiştir. Toplam sağlık harcaması, 2010 yılında 61.678 milyon TL iken 2023 yılında 1.244.237 milyon TL'ye yükselmiştir. Kişi başı sağlık harcaması ise aynı dönemde TL bazında sürekli bir artış göstererek 843 TL'den 14.582 TL'ye çıkmıştır. Buna karşın, kişi başı sağlık harcaması dolar cinsinden değerlendirildiğinde, 2010 yılında 547 \$ olan değer, 2021 yılında 316 \$ ile en düşük seviyeye indiği ve 2023 yılında 495 \$'a yükseldiği görülmektedir. Özel sektör harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ise yıllar içinde görece sabit bir seyir izleyerek %20,4 ile %23,6 arasında değişmiştir. Bu veriler, sağlık harcamalarının nominal olarak arttığını, ancak döviz bazında dalgalanmalar yaşandığını ve özel sektör katkısının oran olarak büyük ölçüde sabit kaldığını göstermektedir (Tablo 3).

Tablo 4 Kişi Başı Cepten Harcanan Sağlık Harcamaları

Yıl	Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, Nominal (₺)	Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, Reel (₺)
2002	56	1.053
2010	138	1.148
2011	143	1.118
2012	156	1.125
2013	186	1.245
2014	218	1.341
2015	221	1.265
2016	247	1.308
2017	299	1.426
2018	352	1.443
2019	407	1.450
2020	481	1.525
2021	670	1.775
2022	1.318	2.028
2023	2.589	2.589

Tablo 4, 2002-2023 yılları arasında kişi başı cepten yapılan sağlık harcamalarının nominal ve reel değerlerini göstermektedir. Veriler, yıllar içinde hem nominal hem de reel bazda belirgin bir artış eğilimi sergilemektedir. 2002 yılında nominal olarak 56₺ olan kişi başı sağlık harcaması, 2023 yılında 2.589₺'ye ulaşarak önemli bir artış kaydetmiştir. Reel değerler incelendiğinde, 2002 yılında 1.053₺ olan sağlık harcamalarının 2023 yılında 2.589₺'ye yükseldiği görülmektedir. Özellikle 2021 sonrası dönemde reel harcamalarda gözlenen hızlı artış, sağlık hizmetlerinin maliyetindeki yükselişi ve bireylerin sağlık harcamalarındaki yükünün giderek arttığını göstermektedir. Bu durum, enflasyon, sağlık hizmetlerine erişim maliyetleri ve bireysel harcama eğilimleri gibi çeşitli ekonomik dinamiklerden etkilenmiş olabileceği düşünölmektedir (Tablo 4).

Tablo 5 Türkiye'nin Sosyo-Ekonomik Göstergeleri

Yıl	Yıl Ortası Nüfus	\$	SGP \$ (Fiili Bireysel Tüketim Bazlı)	TÜFE	GSYİH (TL)
2002	66.003.000	1,521	0,534	18,655	362.109.647.626
2003	66.795.000	1,492	0,695	14,889	472.171.775.307
2004	67.599.000	1,432	0,758	13,71	582.852.798.817
2005	68.435.000	1,348	0,827	12,674	680.275.847.307
2006	69.295.000	1,441	0,872	11,564	795.757.108.825
2007	70.158.000	1,3	0,904	10,633	887.714.413.790
2008	71.052.000	1,281	0,912	9,627	1.002.756.496.348
2009	72.039.000	1,545	0,942	9,061	1.006.372.481.605
2010	73.142.000	1,502	0,95	8,346	1.167.664.479.155
2011	74.224.000	1,677	0,991	7,839	1.404.927.614.908
2012	75.176.000	1,802	1,045	7,199	1.581.479.250.872
2013	76.148.000	1,903	1,104	6,697	1.823.427.315.107
2014	77.182.000	2,186	1,144	6,152	2.054.897.827.653
2015	78.218.000	2,711	1,19	5,714	2.350.941.343.285
2016	79.278.000	3,022	1,258	5,302	2.626.559.709.633
2017	80.313.000	3,648	1,387	4,77	3.133.704.267.365
2018	81.407.000	4,715	1,58	4,1	3.761.165.557.278
2019	82.579.000	5,679	1,739	3,56	4.317.809.823.926
2020	83.385.000	7,04	2,022	3,171	5.048.567.944.965
2021	84.147.000	8,981	2,475	2,651	7.256.141.737.216
2022	84.980.000	16,573	3,94	1,539	15.011.775.978.537
2023	85.326.000	23,492	6,087	1,000	26.545.721.796.819

Tablo 5, Türkiye'nin 2002-2023 yılları arasındaki nüfus, döviz kuru, satın alma gücü paritesi (SGP) bazlı fiili bireysel tüketim, tüketici fiyat endeksi (TÜFE) ve gayrisafi yurt içi hasıla (GSYİH) değişimlerini göstermektedir. Verilere göre, Türkiye'nin nüfusu istikrarlı bir şekilde artarken, ABD doları cinsinden kişi başına düşen gelir ve SGP bazlı tüketim de belirgin bir yükseliş göstermiştir. Özellikle 2021 sonrası dönemde döviz kurundaki dalgalanmalar ve enflasyonist baskılar dikkat çekmekte olup 2022 ve 2023 yıllarında TÜFE'nin düşmesine rağmen nominal GSYİH'nin hızlı bir artış gösterdiği görülmektedir. 2002 yılında 362 milyar TL olan GSYİH, 2023 yılında 26,5 trilyon TL'ye ulaşarak yaklaşık 73 katına çıkmıştır. Bu bağlamda, ekonomik büyümenin sürdürülebilirliği açısından fiyat istikrarının ve döviz kuru dengelerinin sağlanması önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır (Tablo 5).

4.1.2 Türkiye’de Sağlık İnsan Kaynağına İlişkin Göstergeler

Tablo 6 Yıllara Göre Sağlık Personeli İstatistikleri

Personel Türü	2002	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Uzman Hekim	45.457	82.894	85.199	88.127	93.517	95.600	101.233
Pratisyen Hekim	30.900	44.053	46.843	49.760	53.035	53.697	54.899
Asistan Hekim	15.592	26.181	28.768	33.372	37.017	45.391	48.091
Toplam Hekim	91.949	153.128	160.810	171.259	183.569	194.688	204.223
Diş Hekimi	16.371	30.615	32.925	34.830	39.851	42.359	45.718
Eczacı	22.289	32.032	33.841	35.364	37.211	38.981	40.610
Hemşire	72.393	190.499	198.103	227.292	232.442	243.565	248.287
Ebe	41.479	56.351	55.972	59.040	57.908	59.632	59.750
Diğer Sağlık Pers.	50.106	177.409	182.456	206.103	219.630	232.661	266.217
Diğer Personel	83.964	376.367	369.660	408.581	481.311	538.642	549.116
Toplam Personel	378.551	1.016.401	1.033.767	1.142.469	1.251.922	1.350.528	1.413.921

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022-2023

Tablo 6’da, 2002-2022 yılları arasında Türkiye'deki sağlık personelinin tüm sektörlerdeki dağılımı görülmektedir. Verilere göre, uzman hekim sayısı 2002 yılında 45.457 iken 2022 yılında 95.600'e yükselmiştir. Benzer şekilde, pratisyen hekim, asistan hekim ve toplam hekim sayılarında da istikrarlı bir artış gözlemlenmiştir. Diş hekimisi sayısı 16.371'den 42.359'a, eczacı sayısı ise 22.289'dan 38.981'e yükselmiştir. Hemşire sayısı 72.393'ten 243.565'e çıkarırken, ebe sayısında daha sınırlı bir artışla 41.479'dan 59.632'ye ulaşılmıştır. Diğer sağlık personeli ve diğer personel ile hizmet alımındaki artış da dikkat çekici olup sırasıyla 50.106'dan 232.661'e ve 83.964'ten 538.642'ye yükselmiştir. Genel olarak toplam sağlık personeli sayısının 2002'de 378.551 iken 2022'de 1.350.528'e ulaştığı görülmektedir. Bu veriler, sağlık sektöründe hem nitelik hem de nicelik açısından önemli bir büyüme yaşandığını göstermektedir (Tablo 6).

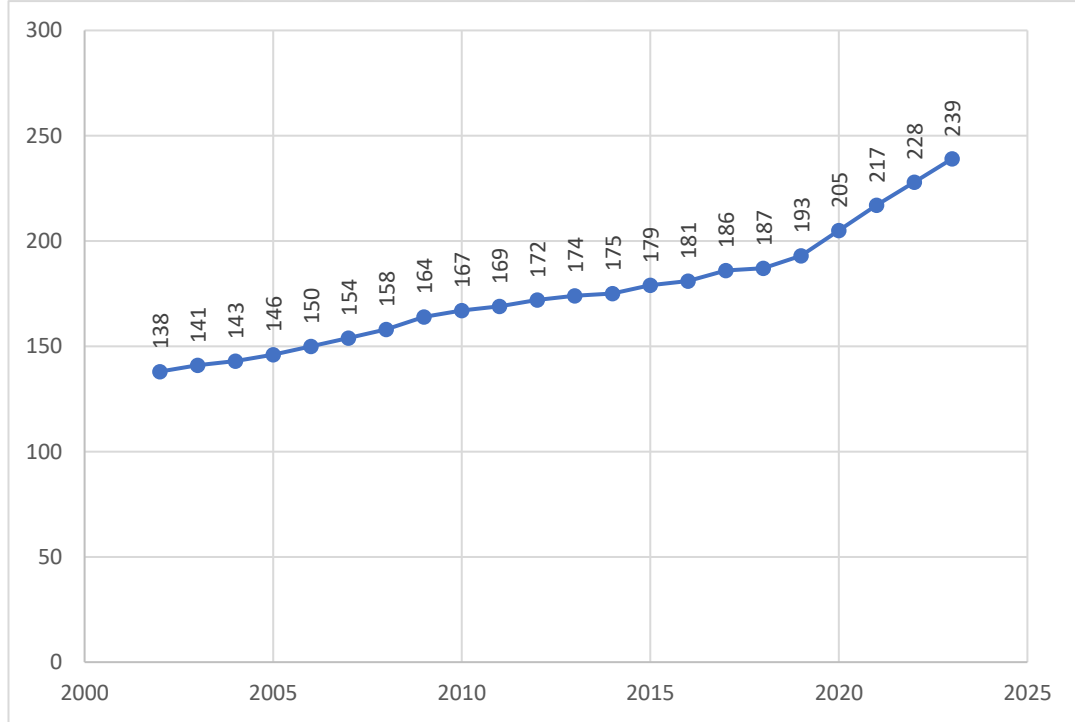
Tablo 7 2023 Yılı Sağlık Personeli İstatistikleri

Personel Türü	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	57.286	12.574	31.373	101.233
Pratisyen Hekim	48.855	666	5.378	54.899
Asistan Hekim	25.621	22.470	-	48.091
Toplam Hekim	131.762	35.710	36.751	204.223
Diş Hekimi	12.874	5.948	26.896	45.718
Eczacı	4.761	751	35.098	40.610
Hemşire	177.767	36.875	33.645	248.287
Ebe	56.179	994	2.577	59.750
Diğer Sağlık Pers.	188.375	24.104	53.738	266.217
Diğer Personel	283.625	70.752	194.739	549.116
Toplam Personel	855.343	175.134	383.444	1.413.921

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni, 2023

2023 yılı itibarıyla Türkiye'deki sağlık personelinin sektörler arasındaki dağılımı Tablo 7'de verilmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplam 855.343 personel görev yaparken, üniversitelerde 175.134, özel sektörde ise 383.444 personel istihdam edilmiştir. Uzman hekim sayısı Sağlık Bakanlığı'nda 57.286, üniversitelerde 12.574 ve özel sektörde 31.373 olarak gerçekleşmiş olup toplamda 101.233'e ulaşmıştır. Toplam hekim sayısı 204.223 olarak kaydedilmiş, bu grubu 45.718 dış hekimi ve 40.610 eczacı takip etmiştir. Hemşire ve ebe sayıları sırasıyla 248.287 ve 59.750 olarak belirlenmiştir. Diğer sağlık personeli toplamda 266.217 iken, diğer personel ve hizmet alımı grubunda 549.116 kişi istihdam edilmiştir. Genel toplamda, 2023 yılı itibarıyla Türkiye'deki sağlık personeli sayısı 1.413.921 olarak hesaplanmıştır (Tablo 7).

100 Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı



Şekil 2. Türkiye'de Yıllara Göre 100 Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı 2002-2024
Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları.

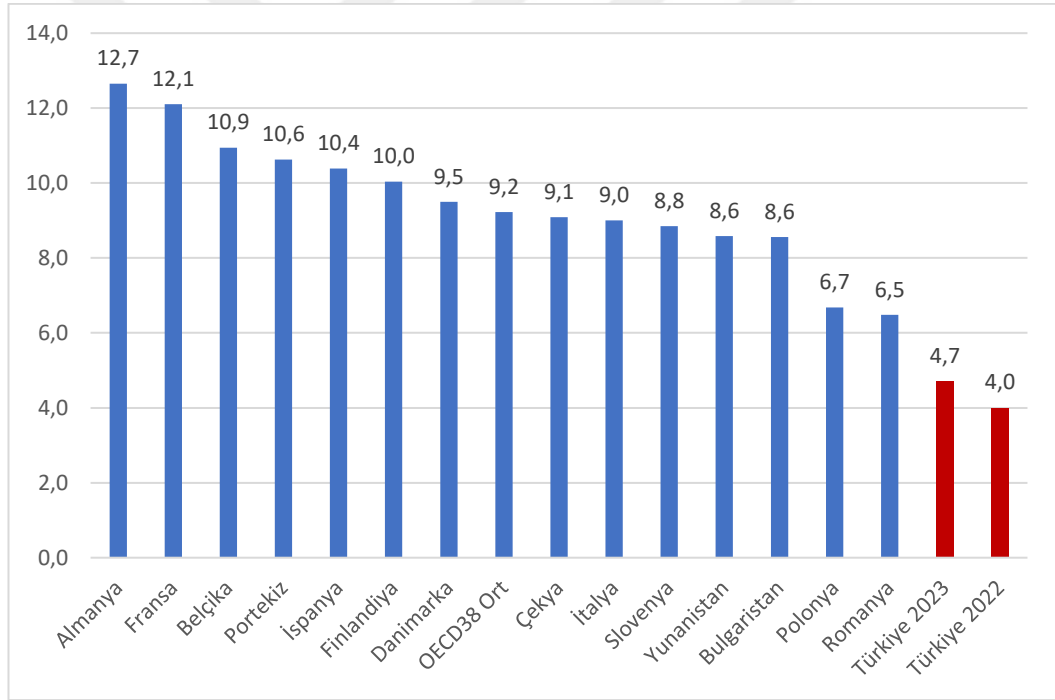
Şekil 2'deki verilere bakıldığında yıllara göre 100.000 kişiye düşen hekim sayısında düzenli bir artış gözlemlenmiştir. 2002 yılında 138 olan hekim sayısı, takip eden yıllarda kademeli olarak artarak 2007 yılında 154'e, 2012 yılında 172'ye ve

2017 yılında 186'ya yükselmiştir. 2019 yılında hekim sayısı 193 olarak kaydedilirken, 2020 yılında 205'e, 2021 yılında 217'ye ve 2022 yılında 228'e yükselmiştir. 2023 yılı itibarıyla ise hekim sayısı 239 olarak tespit edilmiştir. Bu veriler, yıllar içinde 100.000 kişiye düşen hekim sayısında istikrarlı bir artış yaşandığını ve özellikle son yıllarda artışın hız kazandığını göstermektedir (Şekil 2).

4.2. Türkiye ve Bazı Avrupa Birliği Ülkelerinin Sağlık Göstergelerinin

Karşılaştırılması

Bu kısımda, Türkiye ile bazı Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık göstergelerinin karşılaştırılması yapılmıştır.



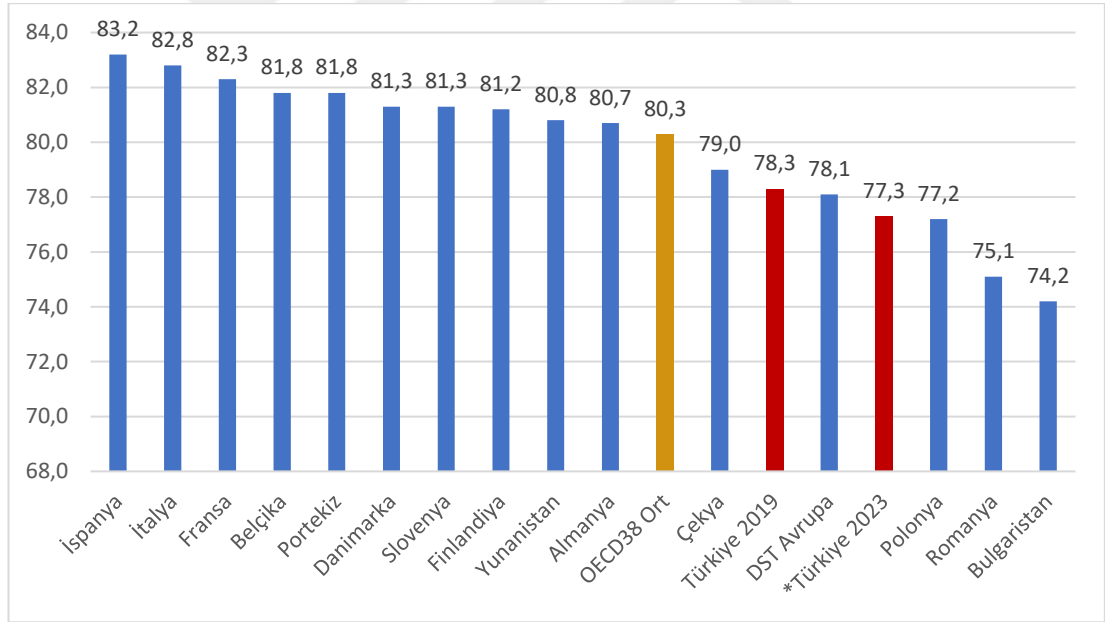
Şekil 3. Bazı Avrupa Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYİH'e Oranı, 2022

Kaynak: OECD Health Status, 2023, TÜİK 2023

Şekil 3'teki verilere göre ülkelerin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GDP) içindeki sağlık harcamalarının oranı karşılaştırıldığında, Almanya %12,7 ile en yüksek paya sahip ülke olarak dikkat çekmektedir. Fransa %12,1, Belçika %10,9 ve Portekiz %10,6 oranlarına sahipken, İspanya %10,4 ve Finlandiya %10,0 ile benzer seviyelerde yer almıştır. Danimarka'da bu oran %9,5 olarak kaydedilirken, OECD38 ortalaması %9,2 olarak hesaplanmıştır. Çekya %9,1, İtalya %9,0 ve Slovenya %8,8 ile ortalamaya yakın değerler göstermektedir. Yunanistan ve Bulgaristan'da oran

%8,6 olarak tespit edilmiş, Polonya %6,7 ve Romanya %6,5 ile daha düşük seviyelerde yer almıştır. Türkiye'de sağlık harcamalarının GDP içindeki payı 2022 yılında %4,0 iken, 2023 yılında %4,7'ye yükselmiştir. Veriler, ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdığı payın ekonomik gelişmişlik düzeyi ve sağlık sistemlerinin yapısıyla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Almanya, Fransa ve Belçika gibi Batı Avrupa ülkeleri, yüksek sağlık harcamaları ile dikkat çekerken, Doğu Avrupa ülkelerinde bu oranların görece düşük olduğu görülmektedir. Türkiye'de sağlık harcamalarının GDP içindeki payının 2022'den 2023'e artış göstermesi olumlu bir gelişme olmakla birlikte, hâlâ OECD ve Avrupa ortalamalarının oldukça altında kalmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların artırılması ve kaynak tahsisinin gözden geçirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (Şekil 3).

4.2.1. Türkiye ve Avrupa Ülkelerinde Doğumda Beklenen Yaşam Süresi



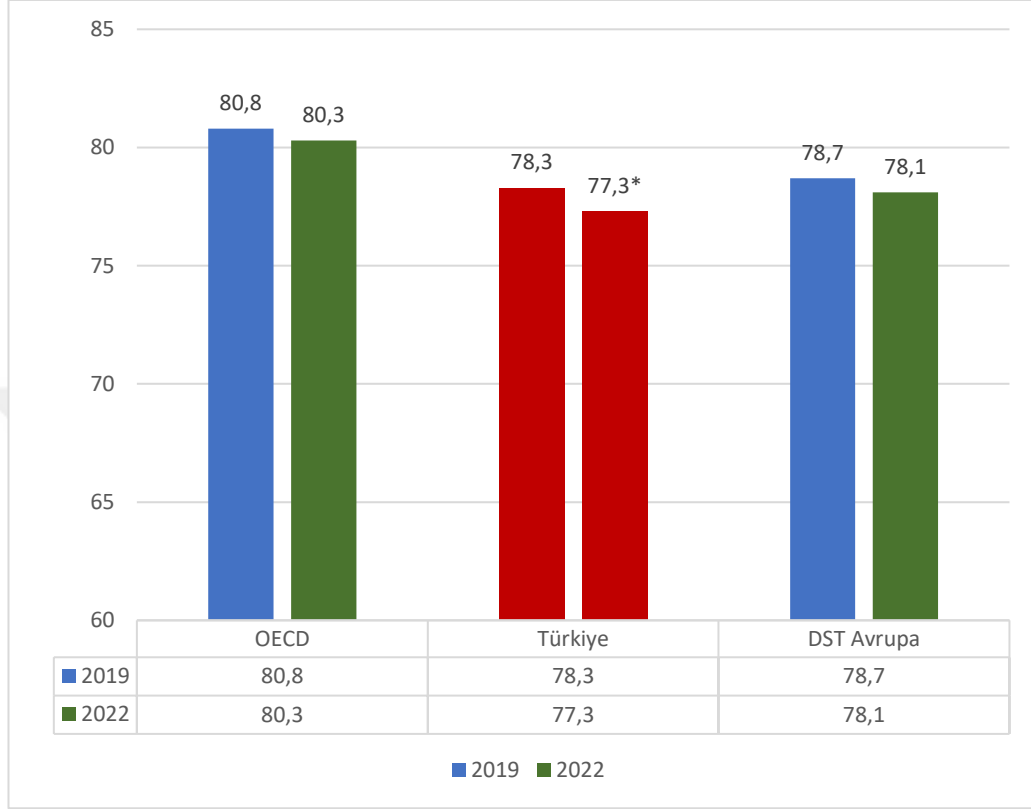
Şekil 4. Doğumda Beklenen Yaşam Süreleri.

Kaynak: Avrupa Birliği İstatistik Ofisi, 2022, Türkiye İstatistik Kurumu, 2023

OECD ülkelerinde yer alan bazı Avrupa ülkeleri ve Türkiye'nin doğumda beklenen yaşam süreleri Şekil-3'te verilmiştir. Doğumda yaşam beklentisi en yüksek olan ülkeler İspanya (83,2 yıl), İtalya (82,8 yıl) ve Fransa (82,3 yıl) olarak sıralanmaktadır. DSÖ Avrupa bölgesinin ortalaması 78,1 yıl olarak gerçekleşmiştir. Bunun yanı sıra, Finlandiya (81,2 yıl), Danimarka (81,3 yıl) ve Portekiz (81,8 yıl)

gibi ÷lkelerde de yaşam beklentisi y÷ksek d÷zeyde bulunurken, T÷rkiye'nin 2019 yılında 78,3 yıl olan yaşam beklentisi 2023 yılı verisinde 1 yıl yaş d÷şüş ile 77,3 yıl olarak belirlenmiştir. Diğer ÷lkeler arasında Almanya (80,7 yıl), Slovenya (81,3 yıl), Yunanistan (80,8 yıl) ve Çekya (79,0 yıl) gibi ÷lkeler yer alırken, Polonya (77,2 yıl), Romanya (75,1 yıl) ve Bulgaristan (74,2 yıl) daha d÷ř÷k yaşam beklentisine sahip ÷lkeler olarak öne çıkmaktadır (şekil 3). Bu veriler, Avrupa ÷lkeleri arasında doğumda beklenen yaşam süresinde belirgin farklılıklar olduğunu göstermektedir. Batı Avrupa ÷lkeleri genel olarak daha y÷ksek yaşam beklentisine sahipken, Doğu Avrupa ÷lkelerinde bu değerler daha d÷ř÷ktür. T÷rkiye'de ise yaşam beklentisinin 2019'dan 2023'e bir yıl azalması, sağlık politikaları, yaşam koşulları ve pandemi sonrası etkilerin değerlendirilmesini gerektirmektedir. Genel olarak, sosyoekonomik faktörler, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve demografik dinamikler yaşam beklentisini şekillendiren temel unsurlar olarak öne çıkmaktadır.

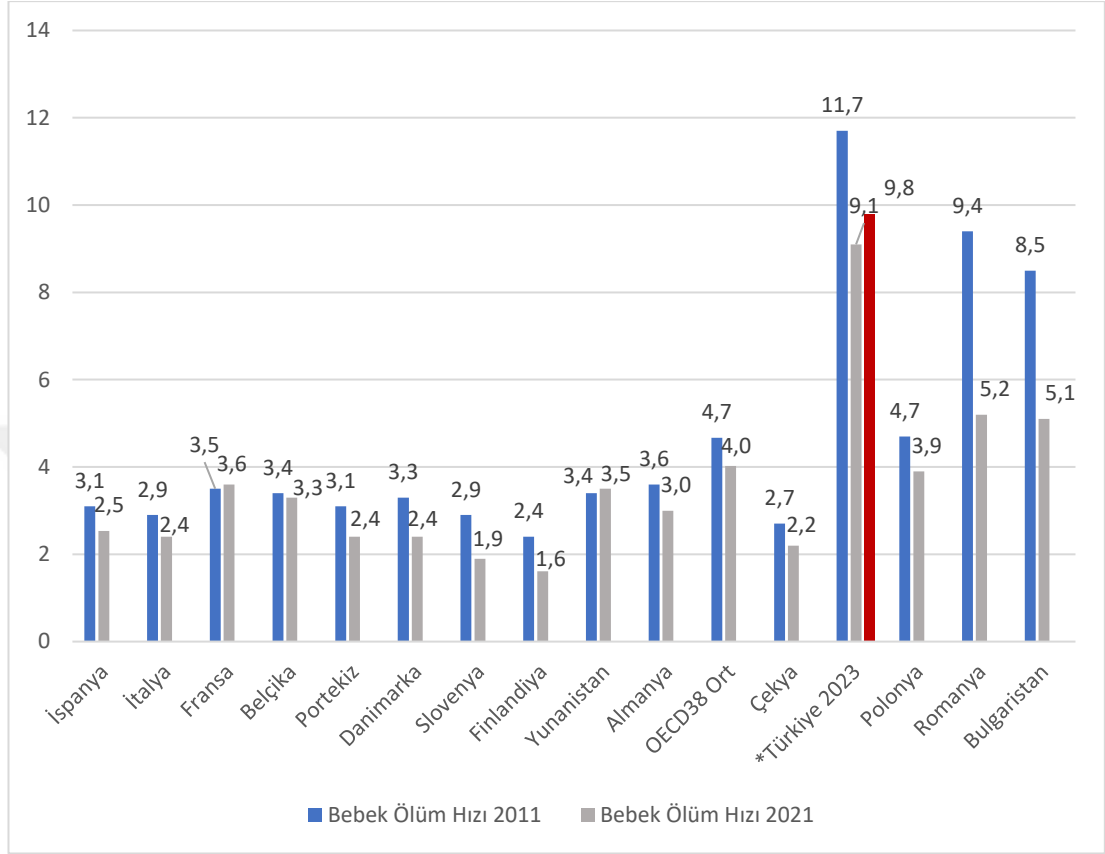
4.2.2. Pandemi Öncesi ve Sonrası Doğumda Beklenen Yaşam Sürelerinin Karşılaştırılması



Şekil 5. Pandemi öncesi ve sonrası yaşam beklentileri, 2022. *Türkiye Verisi 2023 Yılına Aittir.
Kaynak: Birleşmiş Milletler Nüfus Birimi, 2022. Türkiye İstatistik Kurumu, 2023

Pandemi öncesi ve sonrasında doğumda beklenen yaşam beklentileri Şekil-5'te verilmiştir. 2019 ve 2022 yılları arasındaki veriler incelendiğinde, OECD ortalamasının 2019'da 80,8 yıl, 2022'de ise 80,3 yıl olduğu görülmektedir. Türkiye'nin yaşam beklentisi 2019'da 78,3 yıl iken, 2022'de 77,3 yıla düşmüştür. DSÖ Avrupa için ise 2019'da 78,7 yıl olan yaşam beklentisi, 2022'de 78,1 yıla gerilemiştir. Bu veriler, COVID-19 pandemisinin sağlık sistemleri ve genel halk sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini yansıtarak, birçok ülkede yaşam beklentisinde düşüşe yol açtığını göstermektedir (Şekil 5).

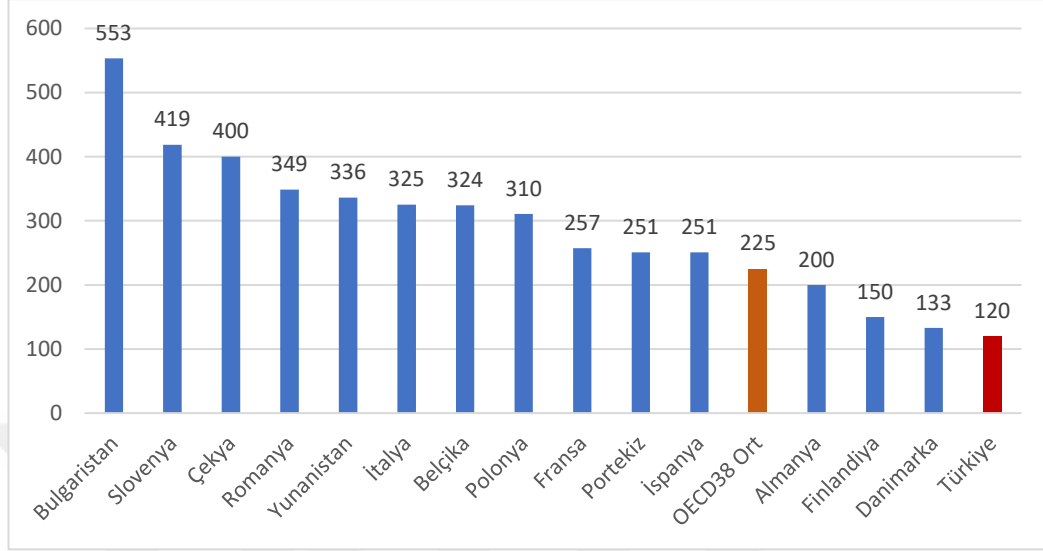
4.2.3. Türkiye ve Bazı Avrupa Ülkelerinde Bebek Ölüm Hızları



Şekil 6. Bebek Ölüm Oranları (Binde). Türkiye 2023 verisi dahil edilmiştir.
Kaynak: OECD, 2023. Türkiye İstatistik Kurumu, 2023

Bebek ölüm hızı 2011 ve 2021 yıllarında çeşitli Avrupa ülkeleri ile Türkiye'nin verileri Şekil 6'daki gibi incelendiğinde, İspanya'da bebek ölüm hızı 2011'de 3,1 iken 2021'de 2,5'e gerilemiştir. İtalya'da ise 2011'de 2,9 olan bebek ölüm hızı, 2021'de 2,4'e düşmüştür. Fransa'da 2011'de 3,5 iken 2021'de 3,6'ya artış göstermiştir. Finlandiya, 2011'de 2,4 olan bebek ölüm hızını 2021'de 1,6'ya düşürmüştür. Türkiye'de ise 2023 yılı verisi 9,8 olarak belirtilmiştir, 2021'de ise bu oran 9,1'di ve 2011'de 11,7 olarak kaydedilmiştir. Diğer ülkelerde de benzer değişiklikler gözlemlenmiştir; örneğin, Çekya'da bebek ölüm hızı 2011'de 2,7 iken 2021'de 2,2'ye düşmüştür. OECD ortalaması ise 2011'de 4,7 iken 2021'de 4,0'a gerilemiştir. Türkiye'de bebek ölüm hızı her ne kadar düşüş gösteriyor olsa da gelişmiş Avrupa ülkelerinin oldukça gerisinde dedir ayrıca 2023 yılındaki artış düşüş eğiliminin sonlandığı yönünde fikir üretebilmektedir (Şekil 6).

4.2.4. 100 Bin Kişi Başına COVID-19'a Bağlı Ölüm Oranları

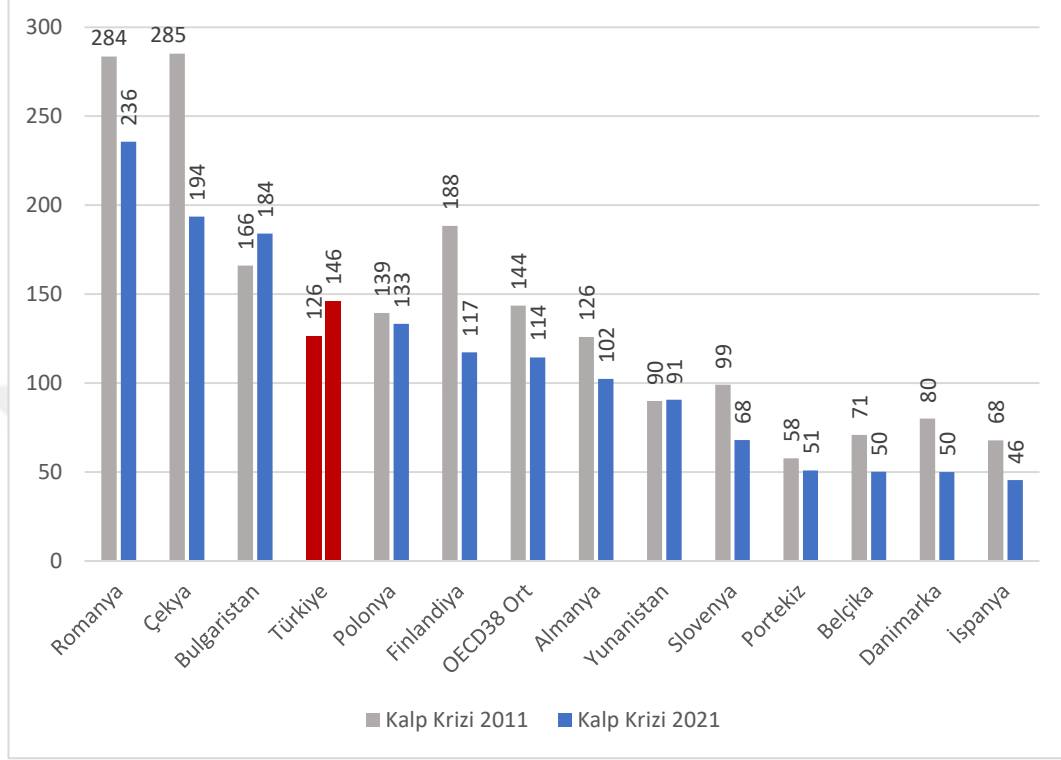


Şekil 7. COVID-19 Nedeni ile Ölen Sayısı (100 Bin)

Kaynak: OECD Health Status, 2023. The 2022 Revision of World Population Prospects

Covid-19 ölüm oranları, 100 bin kişi başına düşen ölüm sayıları açısından Şekil 7'deki gibi değerlendirildiğinde, en yüksek oran Bulgaristan'da (553) görülürken, bunu Slovenya (419) ve Çekya (400) takip etmektedir. Türkiye'deki oran OECD ülkelerinin ortalamalarının altında seyrederek 120 olmuştur. Diğer ülkelerdeki 100 bin kişi başına Covid-19 ölüm oranları ise şu şekilde sıralanmıştır: İtalya (325), Belçika (324), Yunanistan (336), Polonya (310), Romanya (349), Fransa (257), Portekiz (251), İspanya (251), Almanya (200), Finlandiya (150), Danimarka (133), ve OECD38 ortalaması 225 olarak belirtilmiştir. Türkiye'deki Covid-19 ölüm oranlarının OECD ortalamasının altında kalması, uygulanan sağlık politikaları ve salgın yönetim stratejileri ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca, bu durumun, ülke genelinde alınan önlemlerin etkinliği ve sağlık altyapısının kapasitesi ile desteklendiği değerlendirilmektedir (Şekil 7).

4.2.5. 2016-2019 Yılları Arasında 100 Bin Kişi Başına Kalp Krizi ve İstemik Kalp Rahatsızlığından Ölenlerin Oranı

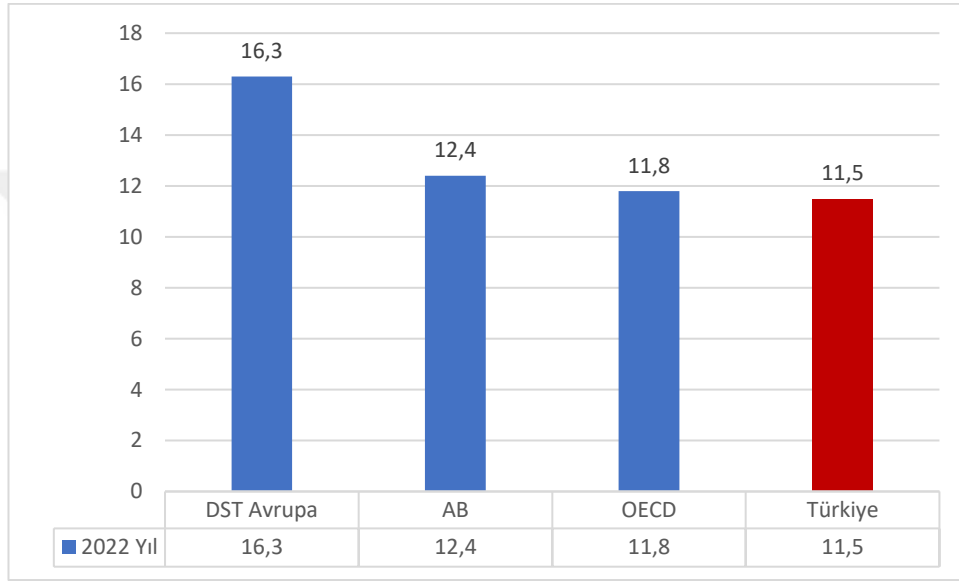


Şekil 8. 2016-2019 Yılları Arasında Kalp Krizi ve İstemik Kalp Rahatsızlıklarına Bağlı Ölüm Sayıları (100 Bin)
Kaynak: OECD Health Status, 2023

Tablodaki verilere göre, ülkelerin 2011 ve 2021 yıllarındaki her 100 bin kişide görülen kalp krizi ve iskemik kalp rahatsızlıklarına bağlı ölüm oranları Şekil 8'de karşılaştırılmıştır. İspanya'da oran 68'den 46'ya, Belçika'da 71'den 50'ye, Finlandiya'da 188'den 117'ye, Danimarka'da 80'den 50'ye ve Portekiz'de 58'den 51'e düşüş göstermiştir. Almanya'da oran 126'dan 102'ye, Slovenya'da 99'dan 68'e ve OECD38 ortalamasında 144'ten 114'e bir azalma kaydedilmiştir. Yunanistan'da ise 90'dan 91'e küçük bir artış yaşanmıştır. Türkiye'de oran 126'dan 146'ya yükselirken, Çekya'da 285'ten 194'e, Polonya'da 139'dan 133'e ve Romanya'da 284'ten 236'ya düşüş gerçekleşmiştir. Bulgaristan'da ise 166'dan 184'e artış kaydedilmiştir. Türkiye'de 2011 yılından 2021 yılına kadar her 100 bin kişide görülen kalp krizi ve iskemik kalp rahatsızlıklarına bağlı ölüm oranlarının 126'dan 146'ya yükseldiği gözlemlenmiştir. Bu artış, diğer birçok ülkede kaydedilen düşüş eğiliminin aksine, Türkiye'de kardiyovasküler hastalıklarla mücadelede daha etkili stratejilere ihtiyaç

duyulduğunu ortaya koymaktadır. Öte yandan, OECD38 ortalamasında ve birçok Avrupa ülkesinde bu oranların düşmesi, sağlık politikaları ve koruyucu tedbirlerin olumlu etkilerine işaret etmektedir (Şekil 8).

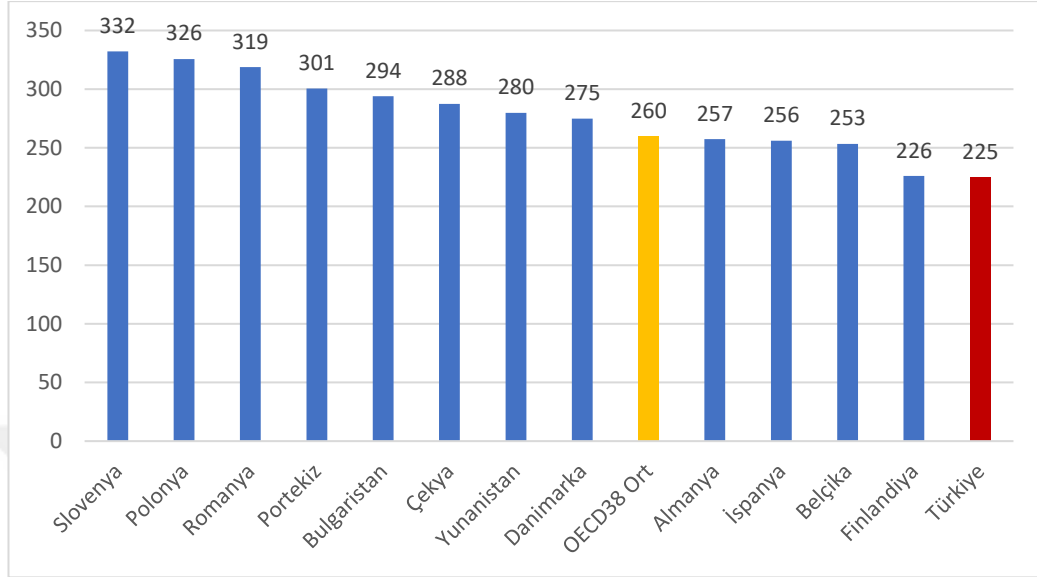
4.2.6. Bulaşıcı Olmayan Dört Ana Hastalık Grubu Nedenli Erken Ölüm Olasılığının Uluslararası Karşılaştırması



Şekil 9. Dört Ana Bulaşıcı Olmayan Hastalık Grubu Nedenli Erken Ölüm Olasılığı, 2022
*Dört Ana Bulaşıcı Olmayan Hastalık Grubu: Diyabet (Şeker), Malign Neoplazmlar, Kronik Solunum Yolu Hastalıkları, Dolaşım Sistemi Hastalıkları.
Kaynak: DSÖ Global Health Observatory, 2023

Bulaşıcı olmayan dört ana hastalık grubu nedenli erken ölüm ihtimalinin 2022 yılına ait verileri Şekil-9'da verilmiştir. Uluslararası karşılaştırmada önemli farklılıklar gözlemlenmiştir. DSÖ Avrupa bölgesinde bu oran %16,3 ile en yüksek seviyede gerçekleşirken, Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde %12,4 olarak tespit edilmiştir. OECD ortalamasında %11,8 olarak belirlenen bu oran, genel olarak gelişmiş ülkelerde nispeten daha düşük seviyelerde seyretmiştir. Türkiye'de ise bulaşıcı olmayan dört ana hastalık grubu nedenli erken ölüm olasılığı %11,5 olarak kaydedilmiş ve OECD ortalamasının altında bir değerle dikkat çekmiştir. Bu veriler, Türkiye'nin hem AB ülkeleri hem de OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında daha olumlu bir konumda yer aldığını göstermektedir. Bununla birlikte, DSÖ Avrupa bölgesindeki yüksek oran, bu bölgede bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede daha fazla önlem alınması gerektiğine işaret etmektedir (Şekil 9).

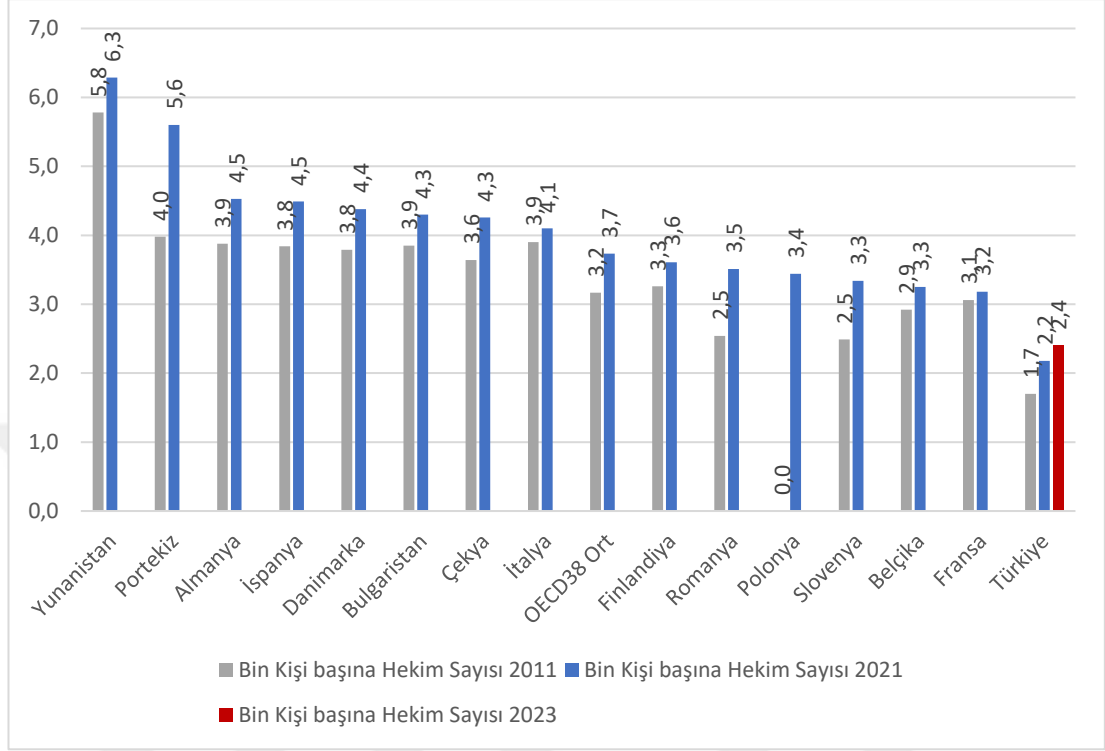
4.2.7. 100 Bin Kişide Kanserden Ölüm Oranı (2022)



Şekil 10. 100 Bin Kişide Kansere Nedenli Ölüm Oranları, 2022
Kaynak: OECD Health Status, 2023

Bazı Avrupa ülkeleri ile Türkiye'nin her 100 bin kişide görülen kanser vakaları Şekil-10'daki gibi karşılaştırıldığında; Slovenya, 332 vaka ile en yüksek orana sahip ülke olarak dikkat çekerken, onu 326 vaka ile Polonya ve 319 vaka ile Romanya takip etmektedir. Bulgaristan'da ise bu oran 294 olarak kaydedilmiştir. Danimarka'da 275, Yunanistan'da 280 ve Çekya'da 288 vaka oranları belirlenmiştir. OECD38 ortalamasında 260 olarak hesaplanan kanser vaka oranı, bazı ülkelerin ortalamasının üzerinde seyrettiğini göstermektedir. İspanya'da bu oran 256, Belçika'da 253 ve Almanya'da 257 olarak tespit edilmiştir. Finlandiya'da 226 vaka ile daha düşük bir oran gözlenirken, Türkiye'de ise 225 vaka oranı ile en düşük değerlere sahip ülkelerden biri olmuştur. Bu durum, Türkiye'nin kanser vakalarında OECD ortalamasının altında bir konumda yer aldığını göstermektedir (Şekil 10).

4.2.8. 1000 Kişi Başına Düşen Hekim Sayısının Karşılaştırılması



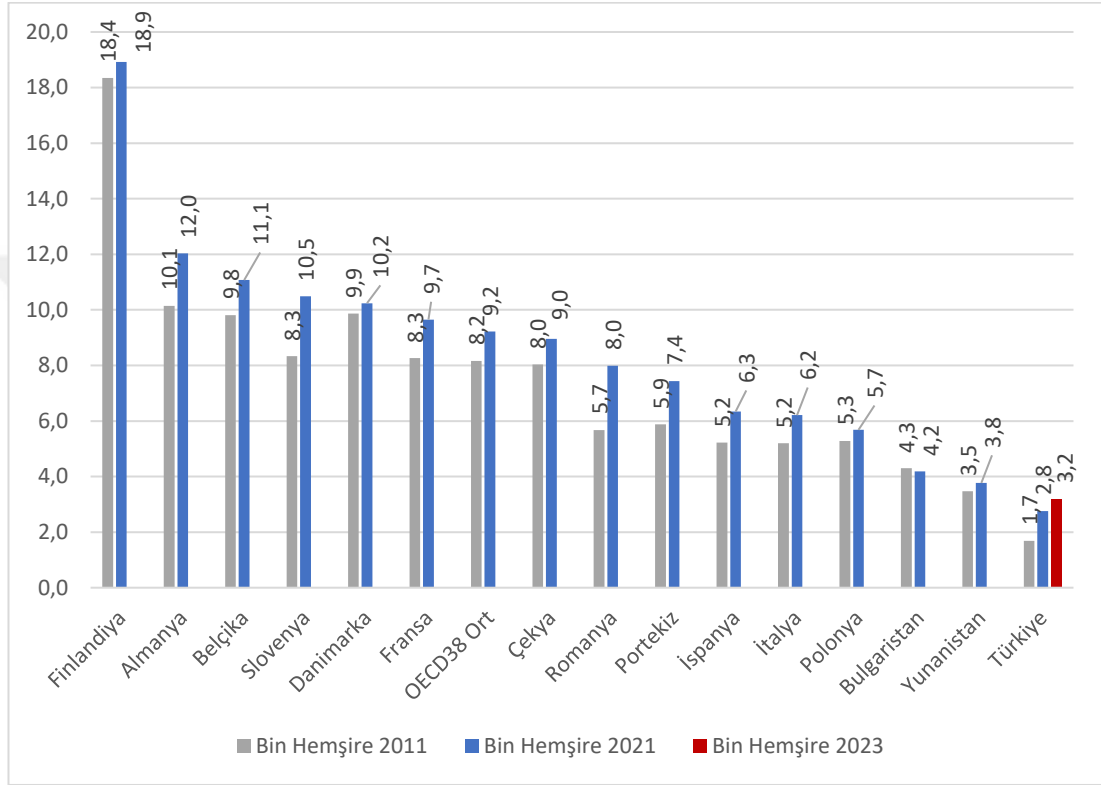
Şekil 11 Bazı Avrupa Ülkeleri ile Türkiye'nin 100 Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı Karşılaştırması 2011-2021

Kaynak: OECD Health Gloence 2023

Verilere göre, 2011 ile 2023 yılları arasındaki dönemde ülkelerde bin kişi başına düşen hekim sayısında belirgin bir artış olduğu Şekil 11'deki gibi gözlemlenmiştir. Yunanistan'da 2011 yılında bu oran 5,8 iken, 2021'de 6,3'e yükselmiştir. Portekiz'de ise 2011'de 4,0 olan oran, 2021'de 5,6'ya çıkmıştır. Almanya ve İspanya'da bin kişi başına düşen hekim sayısı sırasıyla 2011'de 3,9 ve 3,8 iken, 2021'de her iki ülkede de 4,5'e yükselmiştir. Danimarka'da oran 2011'de 3,8 iken 2021'de 4,4'e çıkmıştır. Bulgaristan'da ise 2011'de 3,9 olan oran, 2021'de 4,3'e yükselmiştir. Çekya'da 2011'de 3,6 iken 2021'de 4,3'e, İtalya'da ise 3,9 iken 4,1'e çıkmıştır. OECD38 ortalamasında ise bu oran 2011'de 3,2 iken, 2021'de 3,7'ye yükselmiştir. Finlandiya'da 2011'de 3,3 olan oran, 2021'de 3,6'ya çıkmıştır. Romanya'da 2011'de 2,5 iken 2021'de 3,5'e, Polonya'da ise 0,0'dan 3,4'e artış kaydedilmiştir. Slovenya'da oran 2,5'ten 3,3'e, Belçika'da ise 2,9'dan 3,3'e çıkmıştır. Fransa'da 2011'de 3,1 iken, 2021'de 3,2'ye yükselmiştir. Türkiye'de ise 2011'de bin kişi başına 1,7 olan hekim sayısı, 2021'de 2,2'ye çıkmış ve 2023 yılı itibarıyla 2,4'e

ulaşmıştır. Türkiye, OECD ortalamasının altında kalmaya devam etmekle birlikte, 2021 ve 2023 yıllarında önemli bir artış göstermiştir (Şekil 11).

4.2.9. Bin Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı



Şekil 12. Bin Kişi Başına Düşen hemşire Sayısı ve Avrupa, 2021
Kaynak: OECD Health Glorance 2023. SB, 2024

Şekil 12’de verilmiş olan verilere göre, 2011 ile 2023 yılları arasındaki dönemde ülkelerde bin hemşire sayısında önemli artışlar gözlemlenmiştir. Finlandiya, bin hemşire başına 18,4 oranıyla en yüksek değeri 2011 yılında kaydederken, 2021 yılında bu oran 18,9’a çıkmıştır. Almanya’da 2011’de 10,1 olan oran, 2021’de 12,0’ye yükselmiştir. Belçika’da bu oran 9,8’den 11,1’e çıkarken, Slovenya’da ise 8,3’ten 10,5’e yükselmiştir. Danimarka ve Fransa’da sırasıyla 9,9 ve 8,3 olan oranlar 2021’de sırasıyla 10,2 ve 9,7’ye çıkmıştır. OECD38 ortalaması 2011’de 8,2 iken, 2021’de 9,2’ye yükselmiştir. Çekya’da 8,0’dan 9,0’a, Romanya’da ise 5,7’den 8,0’e artış yaşanmıştır. Portekiz’de bu oran 5,9’dan 7,4’e, İspanya’da 5,2’den 6,3’e çıkmıştır. İtalya’da ise 5,2’den 6,2’ye bir artış gözlenmiştir. Polonya’da

bin hemşire başına oran 5,3'ten 5,7'ye yükselirken, Bulgaristan'da 4,3'ten 4,2'ye düşmüştür. Yunanistan'da ise 3,5'ten 3,8'e bir artış yaşanmıştır. Türkiye'de ise bin hemşire sayısı 2011'de 1,7 iken, 2021'de 2,8'e, 2023'te ise 3,2'ye çıkarak en büyük artışı göstermiştir. Türkiye, hemşire sayısında önemli bir gelişim kaydederken, OECD ortalamasına yaklaştırmaya başlamıştır (Şekil 12).



SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Türkiye'nin sağlık göstergeleri, sağlık harcamaları ve sağlık sistemine ilişkin veriler analiz edilmiş ve bazı Avrupa ülkeleri ile karşılaştırılmıştır. Bu bağlamda, elde edilen bulgular ve sonuçları, ilgili literatürde yer alan çalışmalar ile kıyaslanarak değerlendirilmiştir.

Akman ve Tarım (2020) tarafından yapılan çalışmada, Türkiye ve İngiltere'nin birinci basamak sağlık hizmetleri karşılaştırılmış ve Türkiye'deki aile hekimliği sisteminin sağlık hizmetlerine erişim ve hasta yönetimi açısından önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada da benzer şekilde Türkiye'nin birinci basamak sağlık hizmetlerinin, Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında yapısal farklılıklar barındırmakla birlikte, son yıllarda önemli gelişmeler kaydettiği vurgulanmaktadır. Ancak, Türkiye'de sevk zincirinin etkin bir şekilde çalışmaması ve hastaların doğrudan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönelmesi, sağlık sisteminde ciddi yük oluşturmaktadır. Akman ve Tarım'ın çalışması bu sorunun altını çizerken, bu çalışmada da bu durumun sürdürülebilir bir sağlık sistemi açısından çözülmesi gereken önemli bir konu olduğu ifade edilmektedir.

Daştan ve Çetinkaya (2015) ise OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemlerini kıyaslayarak, Türkiye'nin sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının OECD ortalamasının oldukça altında kaldığını belirtmektedir. Bu çalışmada da benzer şekilde, Türkiye'nin kişi başına sağlık harcamasının Avrupa ülkelerine kıyasla düşük seviyelerde olduğu ve sağlık harcamalarının sürdürülebilir finansman modelleri ile desteklenmesi gerektiği ifade edilmiştir. Daştan ve Çetinkaya'nın çalışmasında Türkiye'nin sağlık göstergeleri açısından OECD ülkelerine kıyasla geride olduğu belirtilirken, bu çalışmada da doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranları ve sağlık harcamalarının Avrupa ortalamalarının altında kaldığını ortaya koymaktadır. Her iki çalışma da Türkiye'nin sağlık sistemini güçlendirmek için uzun vadeli planlamaların gerekliliğine vurgu yapılmaktadır.

Karaman (2019) tarafından yapılan çalışmada, Almanya'nın sağlık sistemi ile Türkiye'nin sağlık sistemi çeşitli parametreler açısından karşılaştırılmıştır. Almanya'nın sağlık sistemi, finansman yapısı, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve altyapı olanakları açısından Türkiye'ye kıyasla daha gelişmiş bir yapıdadır. Çalışmada, Almanya'nın kişi başına düşen sağlık harcaması, sağlık personeli sayısı ve teknolojik altyapısı gibi temel göstergeler açısından Türkiye'nin oldukça ilerisinde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın bulguları da benzer şekilde Türkiye'nin sağlık sisteminde bazı yapısal eksikliklerin bulunduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranının düşük olması ve sağlık çalışanlarının sayısının nispeten gelişmiş ülkelere göre daha az olması gibi unsurlar, Türkiye'nin sağlık göstergelerinde Avrupa ülkelerinin gerisinde kalmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte, son yıllarda Türkiye'de gerçekleştirilen sağlık reformlarının ve şehir hastaneleri gibi yatırımların sağlık hizmetlerine erişimi artırdığı gözlemlenmiştir. Ancak, Karaman'ın çalışmasında da vurgulandığı gibi, bu reformların sağlık hizmetlerinin kalitesine ne ölçüde yansıdığı tartışmalıdır. Almanya'da sağlık hizmetlerine erişimin daha dengeli olduğu ve finansal sürdürülebilirlik açısından daha güçlü bir sistemin var olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, Türkiye'nin sağlık sisteminde finansal kaynakların artırılması, sağlık hizmetlerine erişimin bölgesel eşitsizlikler göz önünde bulundurularak iyileştirilmesi ve altyapı yatırımlarının sürdürülebilir hale getirilmesi gerekmektedir.

Hassan (2022) tarafından yapılan çalışma, Somali ve Türkiye'nin sağlık sistemlerini karşılaştırmakta ve bu iki ülkenin temel sağlık harcamalarında büyük farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Çalışma bulgularında da belirtildiği gibi, Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları ve kişi başına düşen sağlık harcamaları 2010'dan itibaren düzenli olarak artmaktadır. Hassan'ın çalışması ise Somali'nin sağlık harcamalarının çok düşük seviyelerde olduğunu ve büyük oranda özel sektöre bağlı bir sistemin bulunduğunu göstermiştir. Bu durum, Türkiye'nin sağlık hizmetlerindeki kamu sektörü ağırlıklı yapısı ile Somali'nin özel sektöre bağımlı sisteminin temel farklılıklarını ortaya koymaktadır. Ayrıca, Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcamalarının Somali'ye oranla çok daha yüksek olması, sistemin finansman yapısındaki belirgin farklılıkları vurgulamaktadır.

Teleş, Çakmak ve Konca (2018) tarafından yapılan çalışma, Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin sağlık sistemlerini Veri Zarflama Analizi (VZA) yöntemi ile değerlendirmiştir. Bu analiz sonucunda, AB ülkelerinin %58,33'ünün verimli sağlık sistemlerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgularda ise Türkiye'nin AB ortalamasına göre sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranının daha düşük olduğu ancak son yıllarda artış gösterdiği belirtilmiştir. AB ülkelerindeki kişi başına düşen sağlık harcamaları ve toplam sağlık harcama oranları incelendiğinde, Türkiye'nin halen ortalamanın altında bir seviyede bulunduğu görülmektedir. Bununla birlikte, Teleş ve arkadaşlarının bulguları ile çalışmada saptanan veriler karşılaştırıldığında, Türkiye'nin son dönemde sağlık sisteminde kayda değer iyileşmeler gösterdiği söylenebilir.

Konca ve Demirci (2019) tarafından yapılan çalışma, G20 ülkelerinin sağlık sistemi performanslarını Malmquist Toplam Faktör Verimliliği (MTFV) analizi ile incelemiştir. Sonuçlara göre Türkiye, 2000-2010 yılları, 2010-2015 yılları ve 2000-2015 yılları arasındaki dönemlerde sağlık sisteminde verimlilik artışı gösteren ülkeler arasında yer almaktadır. Bu bulgu çalışmanın sonuçlarıyla da uyumludur. Çalışmanın sonuçlarında, Türkiye'nin sağlık sisteminde yaşanan dönüşümler ve sağlık harcamalarındaki artış ile sistemin genel verimliliğinin yükseldiği belirlenmiştir. Ancak, G20 ülkeleri arasındaki diğer ülkelerle karşılaştırıldığında, Türkiye'nin belirli alanlarda geride kaldığı gözlemlenmektedir. Türkiye'nin sağlık harcamaları ve sistem performansında belirgin bir iyileşme gösterdiği ancak halen Avrupa Birliği ve G20 ortalamalarının gerisinde kaldığı ortaya çıkmaktadır.

Tunc ve Yarar (2021) tarafından yapılan çalışma, Türkiye ve İngiltere'nin sağlık dönüşüm politikalarını karşılaştırmıştır. Bu çalışmada, İngiltere'nin sağlık politikalarının uzun vadede istikrar gösterdiği ve Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) kapsamında sağlık hizmetlerinin tamamen vergilerle finanse edildiği belirtilmiştir. Türkiye'nin sağlık politikalarında ise 2002 sonrası büyük reformlar gerçekleştirilmiş, Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemine geçilmiş ve sağlık hizmetleri kamu-özel ortaklığı ile genişletilmiştir. Çalışma bulgularında verildiği üzere, Türkiye'deki sağlık dönüşümü önemli ilerlemeler kaydetmiş olmakla birlikte, İngiltere'ye kıyasla sağlık

hizmetlerinin finansmanında daha karmaşık bir model benimsenmiştir. İngiltere'nin sağlık hizmetlerini tamamen devlet finansmanı ile sürdürmesi, sağlık hizmetlerine erişimde daha büyük eşitlik sağlamaktadır. Buna karşın, Türkiye'de özel sağlık hizmetlerinin payı daha yüksektir ve sağlık harcamaları açısından bireylerin doğrudan katkısı önemli bir rol oynamaktadır.

Kaya (2011) tarafından yapılan çalışma, Türkiye ile bazı OECD ülkelerinin sağlık sistemlerini karşılaştırmaktadır. Çalışmada, OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranının Türkiye'den daha yüksek olduğu ve sağlık hizmetlerine erişimde daha yaygın bir kamu finansmanı kullanıldığı belirtilmiştir. Türkiye'nin sağlık harcamalarındaki artış eğilimi olumlu olmakla birlikte, OECD ortalamasının gerisinde kalmaktadır. Bulgular neticesinde elde edilen sonuçlara göre, Türkiye sağlık harcamalarını artırmış ve özellikle kamu destekli sağlık politikaları ile sağlık hizmetlerine erişimi genişletmiştir. Buna karşın, OECD ülkeleri ile kıyaslandığında, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sürdürülebilirliği açısından daha fazla yapısal reform gerekmektedir. Türkiye'nin sağlık sisteminin finansmanında daha kapsayıcı politikaların benimsenmesi, sürdürülebilirlik açısından kritik bir öneme sahiptir.

Çalışmada Elde Edilen Sonuçlara Göre Şu Öneriler Sunulmaktadır;

Koruyucu Sağlık Politikalarının Güçlendirilmesi

Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması gerekmektedir. Bunun için, toplumu sağlıklı yaşam tarzları benimsemeye teşvik eden kampanyaların yaygınlaştırılması, erken teşhis programlarının desteklenmesi ve çevresel sağlık faktörlerinin iyileştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca, sağlık eğitimi programlarının tüm yaş gruplarını kapsayacak şekilde genişletilmesi ve okullarda sağlık bilincinin artırılmasına yönelik uygulamaların hayata geçirilmesi önem taşımaktadır.

Sağlık Personeli Dağılımının İyileştirilmesi

Sağlık çalışanlarının dengeli bir şekilde dağıtılması, kırsal bölgelerdeki hizmet kalitesini artıracaktır. Bu amaçla, teşvik programlarının geliştirilmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi önem taşımaktadır. Buna ek olarak, bölgesel ihtiyaçlara göre sağlık personeli yetiştirilmesi ve hizmet içi eğitimlerin artırılması, bölgesel eşitsizliklerin azaltılmasında etkili olacaktır.

Dijital Sağlık ve Teknoloji Entegrasyonu

Sağlık hizmetlerine erişimi artırmak ve verimliliği sağlamak amacıyla dijital sağlık uygulamaları ve tele-tıp sistemlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Bu adımlar, özellikle kırsal ve uzak bölgelerdeki erişim sorunlarını çözebilir. Ayrıca, elektronik sağlık kayıtlarının yaygınlaştırılması ve bu sistemlerin sağlık çalışanları tarafından etkin bir şekilde kullanılması, hizmet kalitesini artıracaktır.

Finansal Sürdürülebilirlik

Sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'ya oranını artırmak ve mali sürdürülebilirliği sağlamak için kamu-özel iş birliği modelleri ve performans bazlı finansman sistemleri geliştirilmelidir. Sağlık sektörüne yapılan yatırımların izlenmesi ve etkili kaynak yönetimi stratejilerinin uygulanması, uzun vadeli sürdürülebilirliği sağlayabilir.

Uluslararası İş Birliklerinin Güçlendirilmesi

Avrupa Birliği ülkeleri ile sağlık politikalarının uyumlaştırılması, bilgi ve deneyim paylaşımını artırabilir. Bu doğrultuda, uluslararası projelere katılım teşvik edilmelidir. Özellikle sağlık teknolojileri ve yenilikçi tedavi yöntemleri konusunda iş birliği yapılması, sağlık sisteminin kapasitesini artıracaktır.

Pandemi Sonrası Dayanıklılığın Artırılması

COVID-19 pandemisi sonrası, sağlık sistemlerinin krizlere karşı dayanıklılığını artıracak altyapı yatırımları ve acil durum yönetim planlarının oluşturulması önemlidir. Ayrıca, halk sağlığı krizlerinde hızlı müdahale kapasitesini artıracak mekanizmaların geliştirilmesi gerekmektedir.

Toplum Sağlığının İzlenmesi

Saęlık gōstergelerinin dūzenli olarak izlenmesi ve raporlanması, politika yapıcılara veri temelli karar alma sūreçlerinde yol gōsterecektir. Bu baęlamda, ulusal saęlık veri merkezlerinin gūçlendirilmesi ve analiz kapasitelerinin artırılması gerekmektedir.

Eğsitsizliklerin Azaltılması

Tūrkiye'deki sağlık hizmetlerine erişim ve kalite konusundaki bōlgesel ve sosyoekonomik eğsitsizliklerin azaltılması için hedef odaklı projeler geliştirilmelidir. Őzellikle dezavantajlı gruplara yōnelik sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve ũcretsiz sağlık taramaları gibi uygulamalar bu amaca hizmet edecektir.

Kırsal Bōlgelerde Sağlık Hizmetleri

Kırsal bōlgelerde sağlık hizmetlerinin artırılması için mobil sağlık ekipleri ve taşınabilir sağlık teknolojileri kullanılabilir. Ayrıca, kırsal bōlgelerde yaşayan sağlık personeline ek teşvikler verilmesi, bu bōlgelerde hizmet sunumunu destekleyeceği dūřunūlmektedir.

Sağlık Altyapısının Geliştirilmesi

Sağlık altyapısının modernizasyonu için hastane ve aile sağlığı merkezi sayısının artırılması, ileri teknolojiyle donatılması ve mevcut altyapının dūzenli olarak yenilenmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin fiziksel kapasitesini artırmanın yanı sıra, yeşil hastane uygulamaları gibi sūrdürülebilir altyapı projelerine Őncelik verilmesi Őnerilir.

Sağlık alışanlarının Eğitimine Yatırım

Saęlık alıřanlarının gūncel tedavi yōntemleri ve teknoloji kullanımı konusundaki bilgi dūzeylerinin artırılması, saęlık hizmetlerinin kalitesini doęrudan etkilemektedir. Bu nedenle, dūzenli eęitim programları ve meslek içi geliřim fırsatları sunulması Őnerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Akdoğan, M., Günay, A., Say, B., Gündoğan Gür, N. (2020). Avrupa Birliği'nin Covid-19 Yönetimi. *Ekonomi Politika Ve Finans Araştırmaları Dergisi*, 5(Özel Sayı), 32-58. <https://doi.org/10.30784/epfad.805320>
- Akdur, R. (1999). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması . Prof Dr Recep Akdur : <https://www.recepakdur.com/yayinlar/kitaplar-ve-makaleler/kitaplar/turkiyede-saglik-hizmetleri-ve-avrupa-toplulugu-ulkeleri-ile-kiyaslanmasi>, (06.12.2024).
- Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Uyumu. Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akın A, Ersoy K (2012). 2050'ye Doğru Nüfusbilim Ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış.Tüsiad Yayınları.
- Akın A, Ersoy K. (2012). 2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: sağlık sistemine bakış. 1st ed. Akın A, Ersoy K, (Editörler). İstanbul: Tüsiad Yayınları.
- Akman, E., & Tarım, M. (2020). Türkiye ve İngiltere sağlık sistemleri: birinci basamak sağlık hizmetleri karşılaştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 303-316.
- Altınkaya, Z. (2020). 2020 Koronavirus Pandemisinde Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Neoliberalizm: İtalya Örneği. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(20), 1-31.
- Alu, A. (2017). Sağlıkın Temel Kavramları. *Sağlık Yön. Dergisi*, 1(2), 32-41
- Aslan, Ö. (2018). Türkiye'de 1980-2014 Yılları Arasında Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları İle Kişi Başı Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sosyal Güvenlik Uzmanları Dergisi* 7;14.

- Aslantürk, H., Arslan, S., Ulucan Özkan, E., Öztürk, Y. (2017). Tutuklu Ve Hükümlülerin Sağlık Hizmet Sunumuna İlişkin Tedavi Taleplerinin ve Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*(10), 10-25.
- Atabey, S. E. (2012). Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası. Gazi Kitapevi.
- Atasever M, Gözlü M, Özaydın MM, Güler H, Örnek M, Barkan OB, (2018). Şehir hastaneleri araştırması. 1st ed. Atasever M, (Editörler). Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2018. 114 p.
- Ateş, M. (2013). Sağlık Sistemleri. Beta Yayınları.
- Ateş, M. (2016). Sağlık Sistemleri. 3. Baskı. İstanbul: Beta Yayınları
- Aydınlı, B. (2022). Sağlıkta Dönüşüm Programının Sağlık Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Başol, E. (2015). Gelişmekte olan ülkelerde strateji: sağlık sisteminde sevk zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 128-140.
- Bayın, G. (2016), “Doğuştan Ve İleri Yaşta Beklenen Yaşam Sürelerine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi”, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20 (3), s.93-103.
- Bektaş, M. H., & Reçber, K. (2020). COVID-19 salgını sürecinde Avrupa’da sağlık olanaklarına erişime getirilen kısıtlamalar ile yaşama hakkının ihlali arasındaki bağın incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 11(2), 695-707
- Belek, İ. 2009. Sağlık Politik Ekonomisi, Sosyal Devletin Çöküşü. İstanbul: Yazılama yayınları.
- Belek, İ. 2012. Sağlıkta Dönüşüm, Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı. İstanbul: Yazılama yayınları.

- Bilgin, R. (2021). OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemlerinin Sağlık Göstergeleri Açısından Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimlerde Yenilikçi Yaklaşımlar Dergisi*, 5(4), 212-235.
- Bolsoy, N ve Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Cilt: 9 Sayı: 3. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/29326>
- Bölükbaşı, N., Işık, H., & Söyler, S. (2020). Sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının payı ve OECD ülkeleri arasında karşılaştırmalı bir değerlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(1), 22-35.
- Boz, C., & Önder, E. (2017). OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Performanslarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvence*(11), 24-61. <https://doi.org/10.21441/sguz.2017.54>
- Boz, C., & Sur, P. D. H. (2016). Avrupa Birliği Üyesi Ve Aday Ülkelerin Sağlık Harcamaları Açısından Benzerlik Ve Farklılık Analizi. *Sosyal Güvence*(9), 23-46.
- Bukowski, J., & Pogorzalczyk, J. (2019). Health Behaviours and the Sense of Optimism in Nursing Students in Poland, Spain and Slovakia during the COVID-19 Pandemic <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/4/2388>
- Çelebi, K., & Cura, S. (2013). Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Maliye Dergisi*, 164, 47-67.
- Çetintürk, İ. (2019). OECD ülkelerinin sağlık harcama göstergelerinin kümeleme analizi ile sınıflandırılması [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Çevik, N. K. & Yüksel, O. (2019). Türkiye, Almanya ve Hindistan Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(16), 209-218.

- Ceylan, Z. 2020. Estimation of COVID-19 prevalence in Italy, Spain, and France. *Journal of Science of the Total Environment*. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138817>.
- Çoban, H. (2019). “Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması” Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, İzmir.
- Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Demirci, Ş., Konca, M., & İlgün, G. (2020). Sağlık finansmanının sağlık sistemleri performansına etkisi: Avrupa Birliği üyesi ve aday ülkeler üzerinden bir değerlendirme. *Sosyoekonomi*, 28(43), 229-242.
- Deniz, S. (2021). Polonya Sağlık Sistemi, Ed: Tengilimoğlu, D. & Öztürk, Z. Karşılaştırmalı Sağlık Sistemi: 443-448.
- Dinçer, Ö., & Serdaroğlu, H. S. (2017,). Sağlık turizminde iletişim stratejileri: Danimarka örneği. 3. Uluslararası Sağlık İletişimi Sempozyumu, Erzurum, Türkiye.
- Dinler, Z. M., & Akbolat, M. (2023). Sağlık Hizmetlerinden Yoksunluk Göstergeleri Açısından Türkiye ve Seçilmiş OECD Ülkelerinin Karşılaştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14(100. Yıl Özel Sayısı), 305-318. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.1336246>
- Dünya Sağlık Örgütü. (2000). *Global Strategy for Health for All By The Year*, Geneva, s.20.
- Erdem, R., Alkan, A., & Çam, S. (2023). Türk Sağlık Sisteminde Pandemi Sonrası Değişim Trendleri. *Abant Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(3), 1446-1453. <https://doi.org/10.11616/asbi.1327881>

- Erençin, A. ve Yolcu, V. (2008). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü ve yerinden yönetimi. *Siyaset Yönetim*, 3,118-136.
- Eryer, A. (2023). Covid 19 Özelinde Seçili Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Sistemi ve Göstergelerinin Değerlendirilmesi. *Ünye İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(2), 47-61.
- Etiz, S. (2000). *Halk Sağlığı ve Epidemiyolojisi*. Eskişehir: A.Ü Yayın No:357.
- Filiz, M. (2023). OECD Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri Arz ve Talebi Üzerinde Bir Değerlendirme. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (43), 633-659.
- Gemlik, H. N., Mutlu, R., Çatar, R. Ö. and Arslanoğlu, A. (2023), A qualitative Research on the Perspectives of Health Managers on Crisis Management and Solution Proposals During the Pandemic Period, *Trends in Business and Economics*, 37(3), 169-176. <https://doi.org/10.5152/TBE.2023.22113>
- Gençer, Ç., Er, F., Barut, B., Kara, Y. (2021). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 32(3), 1125-1142. <https://doi.org/10.33417/tsh.845895>
- Giray, F., & Taşdelen, S. (2018). Kamu Ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Gsyh İçinde Payının Değerlendirilmesi: Türkiye Ve Oecd Karşılaştırması. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(4), 269-290. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/614840>
- Gottret, P. ve Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited A Practitioner’s Guide*, Washington: The International Bank For Reconstruction And Development/ The World Bank.
- Greer, S. L., Rozenblum, S., Fahy, N., Brooks, E., Jarman, H., de Ruijter, A., Palm, W., & Wismar, M. (2022). *Avrupa Birliği sağlık politikası hakkında her zaman bilmek isteyip de sormaya korktuğunuz her şey* [Kitap incelemesi]. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 6(2), 144-149.

- Groenewegen, P.P. (2007), “Doğu Avrupa’da Sağlık Reformu”, Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan ve Ç. Yoltar(der.), Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar, İletişim Yayınları, 1. Baskı, İstanbul.
- Güler, Ç ve Akın, L. (2012). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 2. Baskı. Güler Çağatay AL, Editor. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Hassan, K. I. (2022). Somali Sağlık Sistemleri ve Sağlık Harcamalarının OECD Ülkelerinden Türkiye ile Karşılaştırılması.
- Hüsmenoğlu, M., & Kuşaklı, B. Y. (2021). Almanya sağlık sistemi COVID-19 pandemisi durum analizi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 8(2), 156-162.
- Ians. (2020). “France Cuts Self-İsolation Period From 14 Days To Days 12.09.2020”. Erişim adresi: <https://travel.economicstimes.indiatimes.com/news/destination/international/france-cuts-self-isolation-period-from-14-days-to-7-days/78079012>
- Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services (1920) (Lord Dawson of Penn) URL: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/> Son Erişim Tarihi: 2 Ocak 2025.
- İşlek, E., Özatkan, Y., Kardelen, M., Arı, H.O., Çelik, H., Yıldırım, H.H. (2021). Türkiye’de Covid 19 Pandemisi Yönetimi ve Sağlık Politikası Stratejileri, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi, 54-65.
- Kara, F., & Öztürk, İ. (2021). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin karşılaştırmalı analizi: Türkiye ve İspanya örneği. Batı Karadeniz Tıp Dergisi, 5(1), 7-18.
- Karagan, E. (2008). *Bazı Avrupa Birliği ülke sağlık sistemleri ile Türk sağlık sisteminin karşılaştırılması* (Master's thesis, Marmara Üniversitesi (Turkey)).

- Karagöz, Y. (2014), SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik: Tıp, Eczacılık, Diş Hekimliği ve Sağlık Bilimleri İçin. 1. Basım, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Ankara.
- Karaman, S. (2019). *Avrupa Birliği üyesi ülkelerin sağlık sistemi ile Türk Sağlık sisteminin karşılaştırılması: Türkiye Almanya örneği* (Master's thesis, Namık Kemal Üniversitesi).
- Kasapoğlu, A. (2015). Impacts of Health Reforms in Turkey: The Case Violence Towards Physicians. *Journal of Family Medicine and Community* (Erişim: Aralık 2024) <https://www.jscimedcentral.com/>
- Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2015). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi, 4, 44-46.
- Kaya, A. (2011). *Türkiye ile bazı OECD ülkelerinde sağlık sistemleri ve karşılaştırması* (Master's thesis, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Kaya, M. V., & Naldöken, Ü. (2023). G20 ülkelerinin sağlık sistemleri açısından karşılaştırmalı olarak incelenmesi ve değerlendirilmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 244-256.
- Kırılmaz, H. (2012). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastaneler Örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi.
- Konca, M., & Demirci, Ş. (2019). G20 ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemi performansı: Yıllara göre karşılaştırmalı bir analiz. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(4), 175-181.
- Köse, T. (2020). "Global Governance and Crisis Management in the Post COVID-19 World." Reflection on The Pandemic in The Future of The World. Şeker, M,

Özer, A, Korkut, C. (Eds.). Turkish Academy of Science, 369-391. Ankara: Berk Grup Matbaacılık.

Kurşun, A. ve Rakıcı, C. (2016). Sosyal Refah Devletinin Tarihi Süreci ve Günümüz Bazı Refah Devletlerinin Değerlendirilmesi. Uluslararası Ekonomi Ve Yenilik Dergisi. 2(2). 135-156.

Manavgat G. (2024). Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, Yıl: 2024, Cilt: 6, Sayı: 1, Sayfa: 106-118.

Metin Ateş (2013). Sağlık Sistemleri, 2013, s.111

Myant, C. (2020). “Re-looking and Revaluing Health, post COVID in France. 15.6.2020”. Erişim adresi: <https://www.opendemocracy.net/en/> (Erişim: 12/2024).

OECD. (2008). OECD Reviews of Health Systems: Turkey. World Bank, Washington.

Özdemir P. (2022). “Sağlık Hizmetlerinde Dijital Dönüşüm ve Türkiye Örneği”. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir.

Öztek, Zafer (2001), “Sağlıkta Kavramlar, Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, Cilt 1, Sayı 39.

Öztürk, Z. & Karakaş, E. T. (2015). Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 1(2), 29-59.

Resmi Gazete, 1982 Neşir ve İlânı: 9 Kasım 1982 - Sayı: 17863

Roemer, M.I. (1993), “National Health Systems Throughout the World”, Annual Review of Public Health.

- Sağlık Bakanlığı. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, İlerleme Raporu, (Ed.) AKDAĞ, R., Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2007). 21. Hedefte Türkiye, Sağlıkta Gelecek, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2007). Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2012). Stratejik Plan 2013-2017, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), AKDAĞ, R., Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2018). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Platformu (2023). Sağlık hizmetleri. Erişim adresi: <https://www.saglikplatformu.com/saglik-hizmetleri/>. Erişim tarihi: 03.12.2024
- Sargutan, E. (2006). Birleşik Krallık Sistemi. Ülkelerin Karşılaştırılmalı Sağlık Sistemleri.
- Sarıyıldız, A., Paşaoğlu, M. T., & Yılmaz, M. E. (2021). Türkiye, Çin, ABD, Fransa Sağlık Sistemleri ve COVID-19 Politikaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(2), 314-327. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.818483>
- Saygın, Z.Ö., & Kundakçı, N. (2020). Sağlık Göstergeleri Açısından OECD Ülkelerinin EDAS ve ARAS Yöntemleri ile Değerlendirilmesi. Alanya Akademik Bakış, 4(3), Sayfa No. 911-938.
- Şenatalar, B. (2003), Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (4), 26.

Sevinç, Ş. & Yılmaz, F.Ö. (2020). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri, Selçuk Sağlık Dergisi 202;1(2):118-132.

Socialist Health Association (2017). The Interim Report On The Future Provision of Medical And Allied Services.

Sözer, Ali Nazım (2020) Türk Genel Sağlık Sigortası, Güncellenmiş 3. Basım, Beta Yayınları, İstanbul 2020.

T.C. Bakanlar Kurulu (2017). Olağanüstü hal kapsamında bazı düzenlemeler yapılması hakkında kanun kararname. 2017. (Erişim) : <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=4.5.694&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=694&Tur=4&Tertip=5&No=694>

T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Şehir Hastaneleri Koordinasyon Dairesi Başkanlığı (Erişim): <https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/>

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü (2019). Şehir Hastaneleri : (Erişim) <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>

Teleş, M., Çakmak, C., & Konca, M. (2018). Avrupa Birliği döngüsündeki ülkelerin sağlık sistemleri performanslarının karşılaştırılması. *Yönetim ve Ekonomi*, 25(3)

Tunc, S., & Yarar, O. (2021). Sağlıkta Dönüşüm Politikalarında Türkiye ve İngiltere Karşılaştırması. *Journal of Management Marketing and Logistics*, 8(3), 184-196.

Türk, M. (2022). Fransa sağlık sistemi ve pandemi yanıtı. *Dosya-Derleme*, 37(3), 231-240. (Erişim): https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit_goster.php?Id=3091

Tüylüoğlu, Ş. & Tekin, M. (2009), “Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri”,

- Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(1), s.1-31.
- Uğurluoğlu, Ö., & Bulut, S. (2018). Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(3), 118-132.
- Uğurluoğlu, Ö., & Çelik, Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 3-29.
- Uzuner, A. (2023). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 7(2), 123-135. Erişim <https://turkishfamilyphysician.com / July-September>
- Velioğlu, P. (1991): “Çağdaş Sağlık Kavramı ve Sağlık Meslekleri Eğitim Programları”, *Hemşirelik Bülteni*, Sayı:19.
- Yalçın, G. S., Kara, O., Aydın, Ü. (2023). “Covid-19 ile Mücadelede Ülkelerin Nispi Performansı ve Kamusal Tedbirlerin Etkisi”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 18(1), 1 – 17.
- Yıldırım, K. (2023). Koruyucu sağlık bakım davranışlarının belirleyicileri üzerine bir araştırma. *Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 1-7. <https://doi.org/10.47542/sauied.1303768>
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 591 610.