

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARINDA GÜNCEL GELİŞMELER:
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINDAN GÜNÜMÜZE BAZI
DEĞERLENDİRME VE ÖNERİLER**

Emel BAŞOL

Amerikan Hastanesi

emelB@amerikanhastanesi.org

Prof.Dr. Abdülkadir IŞIK

Namık Kemal Üniversitesi, İİBF Maliye Bölümü, Tekirdağ

akisik@nku.edu.tr

Özet

Sağlık, tüm birey ve toplumlar için en büyük öneme sahip temel bir ihtiyaçtır. Sağlık ihtiyacının ikamesi mümkün değildir. Sağlık kavramı insanların ruhsal, sosyal ve bedenen tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu iyilik durumunu sağlayan örgütler ise sağlık kurumlarıdır.

Sağlıkta dönüşüm programı, dünyadaki gelişmeleri takip eden Türkiye’de de yürürlüğe girmiştir. Türkiye’nin sağlıkta dönüşüm programı ülkenin sosyo ekonomik gerçeklerine bağlı, sürdürülebilir ve geliştirilebilir özelliktedir. Program, birbiriyle eşit tüm bireylerin kaliteli sağlık hizmetine adaletli olarak ulaşmalarını amaç edinen etik bir yaklaşım üzerine inşa edilmiştir. Bu çalışmanın amacı öncelikle sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi vermek ardından Türkiye’deki sağlık hizmetleri ile ilgili yürütülen politikaları değerlendirip bu konuda öneriler geliştirmektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Sağlıkta Dönüşüm Politikaları, Türkiye’nin Sağlık Politikaları

**RECENT DEVELOPMENTS IN HEALTH POLICY IN TURKEY:
FROM HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM TO PRESENT
EVALUATION AND SOME SUGGESTIONS**

Abstract

Health is essential and the most important requirement for all individuals and societies. Substituting the health needs is not possible. The notion of health defined as a complete well being as spiritually, socially and physically. The organizations that provide this well being are health institutions.

The transformation program in health also entered into force in Turkey which follows developments in world. The transformation program of Turkey depends on the socio-economic realities of the country and it's characterized as sustainable and improved. The program was based on an ethical approach to aiming all equal individuals can reach the fairly to health services. The purpose of this study is first inform about health and health services and then evaluate the health service policies in Turkey and give suggestion in this regard.

Key Words: Health Services, Transformation Policies in Health, Turkey's Health Policies

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978 yılında duyurduğu "Herkese Sağlık" hedeflerinin ve politikalarının günümüze uygulanması ve 21. yy stratejilerinin oluşturulmasında DSÖ'nün bir üyesi olarak Türkiye önemli katkı sağlamıştır. Türkiye, Avrupa Birliği'ne uyum sürecinde 2001 yılında bir stratejik planlama oluşturmuş, 2003 yılında ise "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı yürürlüğe koymuştur (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Sağlıkta Dönüşüm Programı; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasını amaçlamıştır. Bu hedefler doğrultusunda önemli reformlar yapmıştır ve süreç halen devam etmektedir. Sağlık hizmetleri ile ilgili yürütülen politikalar ve bu kapsamda bir takım önerilerin sunulması bu çalışmanın ana amacını oluşturmaktadır.

1. Sağlık Kavramı

İnsan mutluluğu için sağlık önemli ve öncelikli bir etmendir. Çoğunlukla sağlıklı olma halinin varlığı değil yokluğu bireyler için hissedilirdir. İnsanlar ve toplumun geneli için önemli olan sağlık hususunda bireylerin bilgi sahibi olması ve koruyucu tedbirleri alarak sağlıklı kalmaya devam etmesi son derece önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün anayasasında sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve toplumsal yönden tam iyilik durumu olarak tanımlanmaktadır. Sağlık Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımının da anlaşılacağı üzere ruhsal ve zihinsel iyiliği de kapsamaktadır. Bu bağlamda sağlıktan bahsedebilmek için yalnızca fiziki bir sorunun olmaması yeterli değildir, sağlıklı bedeni sağlıklı zihin ve ruh hali tamamlamalıdır.

Ülkemizde yaşanan, hızlı ve sosyal ekonomik değişimlere paralel olarak sağlık sorunlarının boyutları da önemli ölçüde değişmektedir. Günümüzde toplum sağlığını, kalp hastalıkları, kanser, bulaşıcı hastalıklar gibi fiziksel hastalıkların yanı sıra ruhsal bozukluklar da büyük ölçüde etkilemektedir. Ruhsal bozukluklar hastayı, aileyi, sağlık sistemini ve genel anlamda ekonomik ve psiko-sosyal açıdan etkilemektedir. Bu anlayışla başlatılan ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve birinci basamağa yaygınlaştırılması ile toplumun sağlığa zararlı alışkanlıklardan korunması ve toplumun bu yönde bilinçlendirilmesine çalışılmaktadır.

Sağlığın biyolojik sağlık, (bedenin her bir hücresinin optimum kapasitede işlev gördüğü ve hücreler arası uyumun var olduğu bir durumdur) psikolojik sağlık, (kişinin çevresiyle uyumu ve beklemediği bir olay karşısındaki savunma potansiyelidir) ve sosyolojik sağlık (bireyin, sosyal rollerinin yerine getirmedeki yeterliliğidir). Bunun karşıtı ise hastalıktır, tanımlamaları yapılmıştır.

2. Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Özellikleri

Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık düzeyin yükseltmek için verilen bir hizmetle bütünüdür. Toplum sağlığını korumak ve yükseltmek için hizmetin şeklini, standardını kurallarını ve çerçevesini belirlemek ve bu esaslar dahilinde çalışan sistemi denetlemek Sağlık Bakanlığının görevidir. Sağlık Bakanlığı dışında sağlık hizmetleri yalnızca tedaviye yönelik olduğu için, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri bütünüdürünün ağırlık merkezini Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hizmetler oluşturmaktadır. “Kısaca herkesin beden ve ruh sağlığı içinde hayatının devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek, halka sağlık hizmetleri ulaştırmak ve sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini sağlamak Sağlık Bakanlığının işidir. Devlet, herkesin hayatını, beden

ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşları tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetleri gerek teknoloji yoğun ağırlığı gerekse de beşer sermaye ihtiyacı nedeniyle arzı son derece pahalı olan bir özelliğe sahiptir. Sağlık hizmeti bireyler tarafından tıbbi bir rahatsızlık hissedildiğinde talep edilir ve hastalık halinde sağlık hizmeti alınması bir zorunluluk arz eder. Bu nedenle sağlık hizmetinin talebi öngörülemez ve tüketiciler tarafından kontrol edilemez. Bireyler yalnızca aldığı önlemlerle sağlığını korumaya çabalayabilirler. Sağlık hizmeti fayda ve maliyetleri açısından yarı kamusal mal ve hizmettir. Faydası sadece tedavi gören bireyle sınırlı kalmaz. Aynı şekilde sağlık hizmetlerinden mahrum olmanın bedelini sadece hasta değil toplumun geri kalanının da ödemesi söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin talebinin fiyata olan duyarlılığı düşüktür. En temel ve ikame edilemez ihtiyaçlardan biri olduğu için fiyatlardaki değişimin talebi etkileme oranı düşüktür. Sağlık hizmetlerinin ikamesi olan bir mal ya da hizmet grubu mevcut değildir.

Sağlık hizmetinin yarı kamusal mal niteliğinde olması ve sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlıklı olması, sağlık hizmetleri ve ürünlerinin fiyatlandırılmasında kısıt oluşturmaktadır. Ayrıca fiyatlar yüksek seviyede tutulsa bile sosyal güvenlik uygulamaları kapsamında maliyeti devlete yansımaktadır.

Yukarıda sıralanan tüm bu etkenlerden ötürü sağlık hizmeti arzında yaşanacak bir aksaklık insan hayatını ve toplumun sağlığını tehdit edeceğinden sağlık hizmetlerinin kalitesi önemli bir husustur.

3. Sağlıkta Dönüşüm Politikaları: Amaçlar ve İlkeler

2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunulmasında önemli değişiklikler önermektedir. Programın sağlıkla ilgili bugüne kadar oluşan ülke birikimini dikkate alarak hazırlandığını Sağlık Bakanlığı'nın “Özlenen değişimi gerçekleştirmek için, mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüştürmek gerekir. Bu yüzden kamunun reform adı altında ümitsizliğe dönüşmüş olan arzularını yeniden alevlendirmek ve geniş katılımı tüm tarafların sahiplenebileceği ve aktif rol alacağı bir eylem dizisini kararlılıkla başlatıyor ve bunu 'Dönüşüm Programı ' olarak adlandırıyoruz.” (Sağlık Bakanlığı, 2003) ifadesi göstermektedir. Dönüşüm program, ülkenin sağlık konusundaki birikimi ve tecrübeleri dikkate alınarak hazırlanmış, hedefler konulmuş ve bu doğrultuda adımlar atılmıştır.

Programın amacı toplumun ihtiyaç duyduğu, tüm bireylerin gereksinimi olan sağlık hizmetini eşit ve adilane bir şekilde elde ettiği modern, nitelikli bir sağlık sistemi

oluşturmaktır. Bir kez bu temeller üzerine inşa edilen sağlık sisteminin yüksek maliyetlere karşın etkin bir finansal sistemle sürdürülebilirliğinin sağlanması gerekmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları aşağıda kısaca sıralanmıştır:

- a) Sağlıkta yönetimin tekrar düzenlenmesi, idari birimlerin işlevlerinin belirlenerek Sağlık Bakanlığı'nın denetim ve planlama faaliyetlerini merkezine alması
- b) Ülke çapında hastaların sağlık hizmetine rahat ulaşması, iyi hizmet görmesi ve maliyet etkinliği benimseyen bir sistem kurulması
- c) Sağlık hizmeti sunan kurumların yönetsel ve finansal bağımsızlığının olması,
- d) Temel sağlık hizmetlerin yaygınlaştırılması ve bu bağlamda Aile Hekimliği'nin oluşturularak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin aşamalı olarak yükseltilmesi.
- e) İnternet ve teknolojiden daha fazla faydalanılması, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık alanında yaygınlaştırılması
- f) Dönüşüm hedefleri çerçevesinde yeniliklerin hayata geçirilmesine imkan sağlayacak, tüm nüfusu içine alan bir genel sağlık sigortasının oluşturulması.

2003 yılı başında ilan edilen Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında ki temel ilkeler olarak görülen maddeler şunlardır:

- **İnsan merkezlilik;** sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak kişiyi, ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir.
- **Sürdürülebilirlik;** ülke koşullarına uygun hazırlanan programların kaynaklar açısından da yeterli olması ve kendi kendini devam ettirebilmesi öngörülmektedir.
- **Sürekli kalite gelişimi;** sağlık sisteminin ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek devamlı olarak daha iyiye doğru yönelmesi amaçlanmaktadır.
- **Katılımcılık;** sağlık sisteminde ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınarak planlama ve uygulama safhalarında yapıcı bir anlayışla ortak zeminlerin oluşturulması amaçlanmaktadır.
- **Uzlaşmacılık;** sağlık sektöründe bulunan farklı çıkar gurupların çatışmadan uzlaşmaya yönlendirilerek orta yarar sağlanması hedeflenmektedir.

- **Gönüllülük**; sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin, hizmette arz ve talep eden, birey veya kurum ayrımı yapmaksızın belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir.
- **Güçler ayrılığı**; sağlık hizmetini planlayan, denetleyen, finanse eden ve hizmet üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Böylece daha verimli ve kaliteli hizmete erişim sağlanabilecektir.
- **Desantralizasyon**; idari ve mali açıdan özerkleştirilen kurumların yerinden yönetim ilkesine göre örgütlenmesi ilkesidir.
- **Hizmette rekabet**; sağlık hizmeti sunumunun devletin tekelinden çıkarıp , standartların belirlenmesi yoluyla farklı hizmet sunucularınınbu alanda birbirleriyle rekabet içerisinde olmalarının sağlanmasıdır.

3.1. Sağlıkta Dönüşüm Politikası: Reformlar ve Bazı Değerlendirmeler

2003-2010 yılları arasında dönüşüm politikası bağlamında yapılan yenilik ve düzenlemeler aşağıdaki gibi özetlenebilir (OECD, 2009 & TEPAV, 2008):

- Pilot uygulaması için seçilen 10 adet hastanede Performansa Dayalı Ödeme Sistemi getirildi (2003).
- Emekli Sandığı üyesi devlet memurlarına sevk yapılmadan özel sağlık kurumlarında hizmet alma hakkı tanındı.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu sağlık kuruluşlarında Performansa Dayalı Ödeme Sistemi yaygınlaştırıldı (2004).
- Sosyal Sigortalar Kurumu ile Sağlık Bakanlığı kuruluşlarının koordinasyonu sağlandı.
- KDV oranı reçeteli ilaçlarda %18'den %8'e düşürüldü.
- Referans fiyat uygulaması ile farklı sosyal güvenlik kurumlarının farklı geri oranda gerçekleştirdiği geri ödemeler tektipleştirildi.
- Yeşil kart sahiplerinin 3 ilde ayakta tedavi pilot uygulaması başlatıldı.
- İlaç fiyatlarının 5 ila 10 AB ülkesi kriter alınarak bu ülke ortalamalarının altına çekilmesi amaçlanarak, sosyal güvenlik ve sigorta kurumlarına ilaçların en fazla %22'si kadar geri ödeme zorunluluğu getirildi ve geri ödemeler için tek bir liste yayınlandı (2006).
- İlaç ruhsatlarının süresi 5 yıl olarak AB mevzuatına uygun şekilde düzenlendi.
- Eşdeğer ilaç uygulaması için kabul edilen etkin madde sayısı arttırıldı.
- SGK Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) yayınladı.
- İlk basamak sağlık hizmeti herkes için ücretsiz hale geldi.

- Yataklı tedavilerde tüm tıbbi ürünlerin hastane tarafından sağlanması mecburiyeti getirildi.
- GSS 5754 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” kabul edilerek tüm kamu çalışanları Genel Sağlık Sigortasına dahil edildi.
- Özel hastanelere SGK tarafından SUT ile belirlenen tarife üzerinden %30’a kadar ek ücret alma hakkı verildi ve SGK’nın anlaşmalı olduğu özel hastaneler sınıflandırıldı.
- Kanseri tedavisi, acil bakım ve yoğun bakım hizmetlerinden ücret alınmamaya başlandı.
- Üniversitedeki sağlık personelinin tam gün çalışmasını öngören ve “Tam Gün” olarak bilinen yasa yürürlüğe kondu.

Sosyal Güvenlik Kurumu’nun 2007 yılında yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliği ve 2008 yılında uygulamaya geçilen Genel Sağlık Sigortası ile yapılan değişimlerle eski uygulamaların kıyaslaması şöyledir: (Başesgioğlu, 2007):

- GSS öncesi yalnızca Emekli Sandığı üyeleri üniversite hastanelerine doğrudan başvurabilirken GSS ile bu hak SSK ve Bağ-Kur’lulara da tanınmıştır. Önceden SSK’lılar için sevk alınması ve Bağ-Kur’lular için önce hastanın cepten ödeyip daha sonra Bağ-Kur’un geri ödemesi gibi uygulamalar mevcuttu. SUT ile tüm SGK kapsamındaki hastaların anlaşmalı özel sağlık kurumlarında sağlık hizmeti alma seçeneği sunulmuştur.
- GSS öncesinde sağlık kurumlarına sağlık karnesi, kimlik kartı ya da vizite kağıdı temin edilmesi gerekirken yeni dönemde bunlardan yalnızca birinin sunulması yeterli görülmüştür.
- Önceleri hasta ya dayakınları tarafından alınması gereken tıbbi malzemeler hastane tarafından sağlanmaya başlamıştır.
- Uzun soluklu tedavi gerektiren hastalıklarda hastaya 2 yıl geçerliliği olan rapor ve reçete vererek söz konusu ilaçların 3’er aylık toplu olarak alınmasına imkan verilmiştir. Daha önceleri uzun süreli tedaviler için hasta 3 ayda bir reçete yenilemek zorundaydı.
- Daha önceleri sevk ile ya da Bağ-Kur’luların önce cepten ödeyip sonra geri aldıkları tahliller için artık hastalar başka kurumlara yönlendirilmesi uygulaması kaldırılmıştır. Özel merkezlere hastaneler kendileri tahlilleri yaptıracaktır.

- SUT ile birlikte artık dış tedavisinde her 3 sigorta grubu da üniversite hastaneleri ve devlet hastanelerinin sevkleri aracılığıyla özel sağlık kurumlarına gidebilmektedir. Önceleri SSK'lılar yalnızca protez için sevk edilmekteydi.
- Engellilerin özel sağlık kurumlarına doğrudan müraccat hakkı SUT ile sağlanmıştır.
- Önceleri SSK'lıların yalnızca şehir içi ambulans bedelleri karşılanır ve Bağ-Kur'luların ambulans bedeli karşılanırken yeni uygulamalar ile tüm sigortalıların ambulans bedeli sigortaya dahil edilmiştir.
- Hastaya dair bilgilerin (durumu, yapılan ödemeler vb.) elektronik olarak takibi için MEDULA sistemine geçilmiştir. Önceden yalnızca hastanın hak sahipliği elektronik olarak incelenebiliyordu.

Türk sağlık sistemindeki değişiklikler analiz edildiğinde 1980 ve 1990'lardaki sağlıkta liberalizasyon çalışmalarının sonuç verdiği söylenebilir. Bu liberalizasyonun ana hatları özel sağlık kurumlarının destek ve teşviki, hastaların özel sağlık kurumlarına yönlendirilmesi, kamu sağlık çalışanlarına ödemelerin performans bazlı yapılması, sağlık piyasasına rekabetçi özelliklerin kazandırılması, sağlık kurumlarında merkeziyetçi yönetimler yerine merkezden denetim yerinde yönetim ilkesinin olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ise kamusal mal ve hizmet gibi vergilerle değil mümkün olduğu ölçüde sigorta primleri ve katkı payları üzerinden sağlanarak, sağlık hizmetinin arzı ile finansmanının farklı süreçler olarak örgütlenme çabaları göze çarpmaktadır (Çiçeklioğlu, 2011:67).

Türkiye'nin 2003'te duyurduğu Sağlıkta Dönüşüm Programının çıkış noktası Dünya Bankası'nın Türk uzmanlarla birlikte hazırladığı "Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Reformu" (DB, 2003) başlıklı rapora uzanmaktadır.

2003'te gerçekleştirilen reform ile birlikte sağlık hizmeti veren kurumların özel kurumlar da dahil olmak üzere Sosyal Güvenlik Kurumu çatısından hizmet almaları sağlanmıştır. İlk basamak sağlık hizmeti için Aile Hekimi uygulaması getirilmiş böylece toplumun tümü yerine yalnızca talep edenlere birinci basamak sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır. Kamu sağlık kurumları arasında bir birlik oluşturulmuş bu kurumlar kısmen bağımsız bir hale getirilerek piyasa koşullarına uyum sağlamaları hedeflenmiştir. Performans bazlı ödeme ve döner sermaye payları uygulamaları ile sağlık çalışanlarının ücretlerinin belirlenmesinde rekabetçi bir mekanizma oluşturulmuştur (Çiçeklioğlu, 2011: 67-68). Reformları ile Türk sağlık sisteminin hem idari hem mali hem de hizmet açılarından düzenlenmesi arzulanmış, bu bağlamda hem finansman hem hizmet durumu hem de örgütsel yapıyı hedef alan değişiklikler

gündeme getirilmiştir. SDP sürecinde Bakanlık verilerine bakıldığında 9 yılda sağlık kurumlarındaki taşeron sayısı 11.000’den 120.000 kişiye arttırılmıştır.

Türk sağlık sisteminin son reform projesi olan SDP dört kollu bir yapı arz etmektedir (DB, 2003). Bunlardan ilki sosyal güvenliğin dizaynıdır. Bu dizayn SSK, BaKür ve Emekli Sandığı’nın birleştirilerek sosyal güvenlikle ilgili tek bir kuruma (SGK) dönüştürülmesidir (5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu). SGK’nın oluşturulmasının ardından 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” (SSGSSK) ile toplumun tamamının dahil edildiği Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamaya konmuştur. Sağlık ocaklarının aile hekimliğine evrilmesi reformun ikinci kolunu oluşturmaktadır. Reform projesinin üçüncü kolu, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren sağlık kurumlarının sağlık işletmesi olarak modelize edilmesidir. Sağlık Bakanlığı’nın düzenleyici ve denetleyici bir rol kazandırılması yönündeki yenilikler ise reformun son koludur. (Ataay, 2008:170).

4. Türkiye’de ve Seçilmiş OECD ülkelerinde Sağlık Harcamaları İncelenmesi

Bu bölümde Sağlık harcamalarının kavram ve kapsamı incelenecek, bunun yanı sıra Türkiye’de ve Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları veriler eşliğinde değerlendirilecektir.

4.1. Sağlık Harcamaları Kavramı ve Kapsamı

Sağlık harcamaları genellikle sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına yapılan harcamaları kapsamaktadır. Sağlık harcamalarının artması bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu etkilemektedir. Hükümetler günümüzde sağlık harcamalarına daha fazla önem vermektedir.

Ekonomik kalkınmanın sağlanmasında temel rolü olan sağlık harcamaları, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarına ayrılan pay, gelişmekte olan ülkelere göre nispeten daha fazladır. Ayrıca sosyal devlet anlayışına hakim olan ülkelerde de, sağlık ve eğitim gibi temel kamu hizmetleri sayılan erdemli mallara daha fazla kaynak ayrılmaktadır. Örneğin, Türkiye’de sosyal devlet anlayışı gereği düşük gelirli bireylere sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla yeşil kart uygulaması başlatılmıştır.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki rolü genellikle teşvik edici özelliktedir (Mushkin, 1962: 129). Literatürde sağlık harcamalarının bu olumlu etkisi “sağlığa dayalı büyüme hipotezi” ile açıklanmıştır. Sağlığa dayalı büyüme hipotezine göre, sağlık harcamaları üretken sermaye niteliğindedir. Diğer bir ifadeyle sağlık sektörüne yapılan yatırımlar toplam ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır. Ayrıca ülkelerde zayıf bir sağlık sektörünün bulunması, sermayenin verimliliğini

negatif yönde etkilemektedir. Bu etki, az gelişmiş ülkelerde başarısız sağlık sektörü varlığını açıklamaya yardımcı olmaktadır (Foon Tang, 2011: 201).

Öte yandan Bloom ve Canning (2000)'e göre sağlık harcamaları ekonomik refah ve büyüme üzerinde pozitif etkilere sahiptir. Bu pozitif etkinin nedenleri ise şöyle özetlenmektedir;

- Sağlıklı bireyler (çalışanlar) daha verimlidir.
- Sağlıklı bireyler beşeri sermayeyi pozitif etkiler.
- Ortalama yaşam süresinin fazla olması, fiziksel yatırımların artmasını teşvik etmektedir. Bununla birlikte artan sağlık harcamaları, ortalama yaşam süresinin fazla olmasını desteklemekte ve bu durumda uzun dönem büyümeyi arttırmaktadır.

4.2. Türkiye’de ve Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları

Türkiye’de sağlık harcamaları merkezi yönetim bütçe giderleri içinde yer almaktadır. Sağlık harcamaları; genel tedavi ve sağlık malzemeleri giderlerinden, genel ilaç giderlerinden, yeşil kartlıların tedavi ve sağlık malzemeleri giderlerinden, yeşil kartlıların ilaç giderlerinden oluşmaktadır.

Tablo 1’de seçilmiş bazı OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı gösterilmektedir. Tablo 1’den de anlaşıldığı üzere Türkiye sağlık harcamaları konusunda diğer ülkelerin gerisinde kalmaktadır. Özellikle Fransa, Almanya ve ABD gibi gelişmiş ülkelerde sağlık harcamaları yüksek oranlarda gerçekleşmektedir.

Tablo 1: Seçilmiş OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYH'ya Oranı

Ülke	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Avustralya	8,1	8,0	8,0	8,0	8,2	8,6	8,4	-	-
Avusturya	9,9	9,8	9,7	9,7	9,9	10,5	10,4	10,2	-
Kanada	9,3	9,3	9,4	9,5	9,7	10,8	10,7	10,6	10,6
Çek Cumhuriyeti	6,6	6,6	6,4	6,3	6,5	7,6	7,2	7,3	-
Finlandiya	7,8	8,0	7,9	7,6	7,8	8,6	8,5	8,5	8,7
Fransa	10,5	10,5	10,5	10,4	10,5	11,2	11,2	11,2	-
Almanya	10,2	10,3	10,2	10,1	10,3	11,3	11,1	10,9	-
Yunanistan	8,3	9,2	9,3	9,4	-	10,0	9,3	9,0	-
Macaristan	7,9	8,1	7,9	7,4	7,2	7,5	7,8	7,6	7,5
İtalya	8,1	8,3	8,4	8,1	8,5	8,9	8,9	8,7	8,7
Hollanda	9,0	10,0	9,9	9,9	10,2	11,0	11,1	11,0	11,5
Polonya	5,9	5,8	5,8	5,9	6,4	6,7	6,5	6,3	-
ABD	15,1	15,1	15,2	15,4	15,8	16,9	16,9	16,9	-
Türkiye	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	6,1	5,6	5,3	5,4

Kaynak: OECD Health Data 2014, <http://stats.oecd.org> ve TÜİK Sağlık Harcama İstatistikleri 2013, www.tuik.gov.tr'den yararlanılarak derlenmiştir.

Tablo 1'de görüldüğü üzere, Avrupa Birliği sürecinde bulunan Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının GSYH oranı, diğer üye devletlerle kıyaslandığında nispeten daha az gerçekleşmiştir. Bununla birlikte küresel krizin ortaya çıktığı 2008 yılında sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı %6,1 iken, 2009 yılında da oran sabit kalarak %6,1 gerçekleşmiş, 2010 ve 2011 yıllarında ise bu oran azalmıştır. Diğer bir ifadeyle sağlık harcamaları, küresel krizin etkilerinin sürdüğü dönemde olumsuz etkilenmiştir. 2012 yılında sağlık harcamalarının payı 2011 yılına göre 0,1 artarak, 5,4 olarak gerçekleşmiştir. TÜİK (2013)'e göre, Türkiye'de cari sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı; 2009 yılında %95,5, 2010 yılında %95, 2011 yılında %95,3 ve 2012 yılında %95,4 olarak gerçekleşmiştir. Genel devlet sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı, 2009–2012 döneminde sırasıyla %81; %78,6; %79,6 ve %76,8'dir. Hane halkı tarafından yapılan cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise, 2009 yılında %14,1; 2010 yılında %16,3; 2011 ve 2012 yıllarında %15,4 olarak meydana gelmiştir. Bu verilere bakıldığında, Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının çok büyük bir bölümünün kamu tarafından karşılandığı ileri sürülebilir.

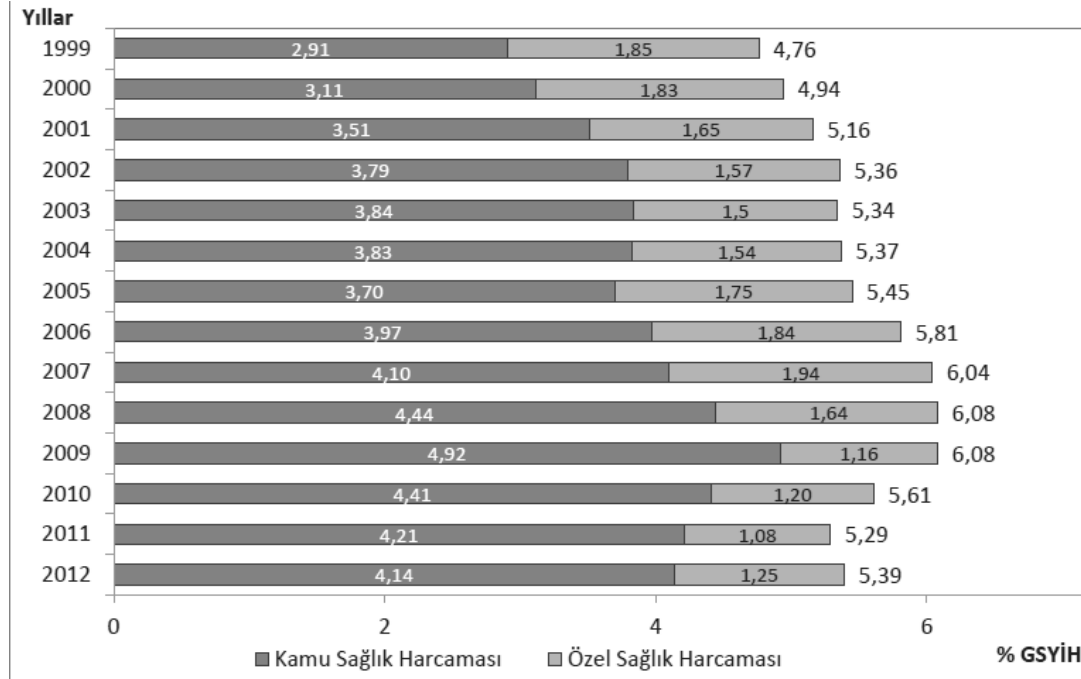
Tablo 2: Yıllara Göre Cari, Yatırım ve Toplam Sağlık Harcaması, Türkiye

Yıllar	Ünit	GSYİH	Cari Sağlık Harcaması	Cari Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Yatırım Harcaması	Yatırım Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcaması (Cari+Yatırım)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)
1999	Milyon ₺	104.596	4.786		199		4.985	
	Milyon ABD \$	261.489	11.965	4,6	497,5	0,2	12.463	4,8
	Milyon SGP ABD \$	522.980	23.930		995		24.925	
2000	Milyon ₺	166.658	7.888		360		8.248	
	Milyon ABD \$	277.763	13.147	4,7	600	0,2	13.747	4,9
	Milyon SGP ABD \$	555.527	26.293		1.200		27.493	
2001	Milyon ₺	240.224	12.086		310		12.396	
	Milyon ABD \$	200.187	10.072	5	258	0,1	10.330	5,2
	Milyon SGP ABD \$	600.560	30.215		775		30.990	
2002	Milyon ₺	350.476	18.331		443		18.774	
	Milyon ABD \$	233.651	12.221	5,2	295	0,1	12.516	5,4
	Milyon SGP ABD \$	584.127	30.552		738		31.290	
2003	Milyon ₺	454.781	23.676		603		24.279	
	Milyon ABD \$	303.187	15.784	5,2	402	0,1	16.186	5,3
	Milyon SGP ABD \$	568.476	29.595		754		30.349	
2004	Milyon ₺	559.033	28.616		1.405		30.021	
	Milyon ABD \$	399.309	20.440	5,1	1.004	0,3	21.444	5,4
	Milyon SGP ABD \$	698.791	35.770		1.756		37.526	
2005	Milyon ₺	648.932	33.292		2.067		35.359	
	Milyon ABD \$	499.178	25.609	5,1	1.590	0,3	27.199	5,4
	Milyon SGP ABD \$	811.165	41.615		2.584		44.199	
2006	Milyon ₺	758.391	40.949		3.120		44.069	
	Milyon ABD \$	541.708	29.249	5,4	2.229	0,4	31.478	5,8
	Milyon SGP ABD \$	947.988	51.186		3.900		55.086	
2007	Milyon ₺	843.178	46.495		4.409		50.904	
	Milyon ABD \$	648.599	35.765	5,5	3.392	0,5	39.157	6,0
	Milyon SGP ABD \$	936.865	51.661		4.899		56.560	
2008	Milyon ₺	950.534	52.320		5.420		57.740	
	Milyon ABD \$	731.180	40.246	5,5	4.169	0,6	44.415	6,1
	Milyon SGP ABD \$	1.056.149	58.133		6.022		64.156	
2009	Milyon ₺	952.559	55.294		2.616		57.911	
	Milyon ABD \$	635.039	36.863	5,8	1.744	0,3	38.607	6,1
	Milyon SGP ABD \$	1.035.390	60.102		2.843		62.947	
2010	Milyon ₺	1.098.799	58.623		3.054		61.678	
	Milyon ABD \$	732.533	39.082	5,3	2.036	0,3	41.119	5,6
	Milyon SGP ABD \$	1.156.631	61.708		3.215		64.924	
2011	Milyon ₺	1.297.713	65.372		3.236		68.607	
	Milyon ABD \$	763.361	38.454	5,0	1.904	0,3	40.357	5,3
	Milyon SGP ABD \$	1.259.916	63.468		3.142		66.609	
2012	Milyon ₺	1.415.786	72.820		3.538		76.358	
	Milyon ABD \$	786.548	40.456	5,1	1.966	0,3	42.421	5,4
	Milyon SGP ABD \$	1.361.333	70.019		3.402		73.421	

Tablo 2; Türkiye'nin sağlık harcamalarını 1999-2012 yılları arasında cari, yatırım ve toplam sağlık harcamalarını ve bunların GSYİH'ya oranlarını göstermektedir. Sağlık harcamalarının söz konusu yıllarda GSYİH ile orantılı bir şekilde arttığını bu nedenle sağlık harcamalarının GSYİH'ya olan oranlarının %4-6 bandı arasında değiştiği görülmektedir. Toplam sağlık harcamalarının içinde ise yatırım harcamalarının oranı cari harcamalara kıyasla düşüktür. Bu durumdan yola

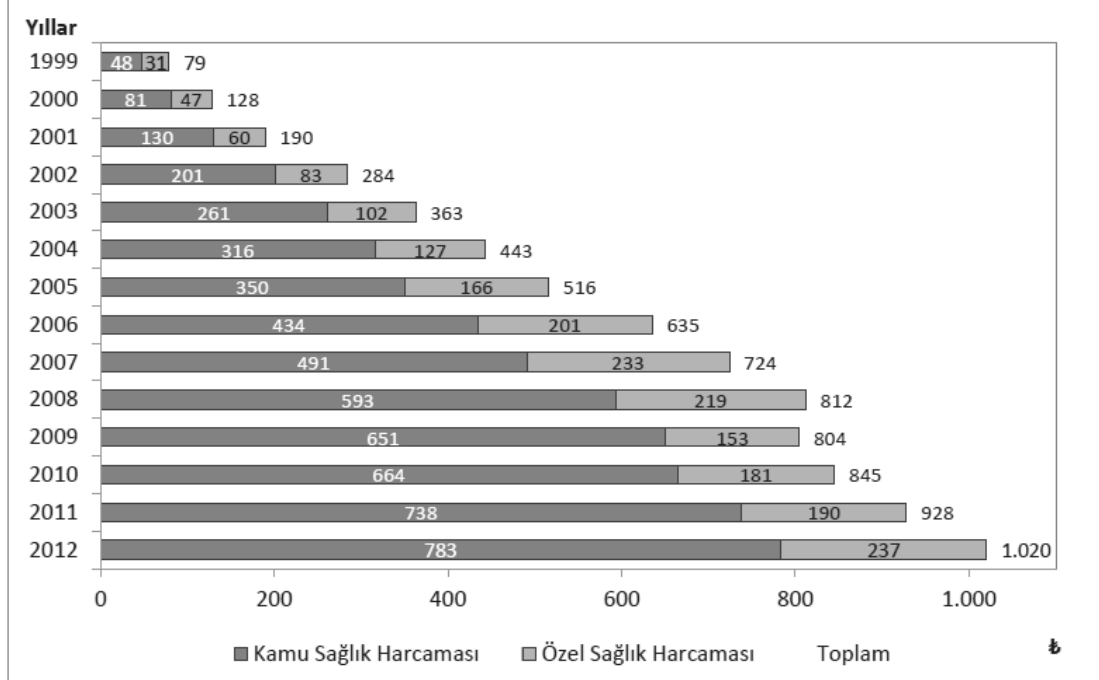
çıkarak Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarının ileriye dönük altyapı sağlayıcı harcamalar olmadığı ifade edilebilir.

Grafik 1: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%), Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2013). Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

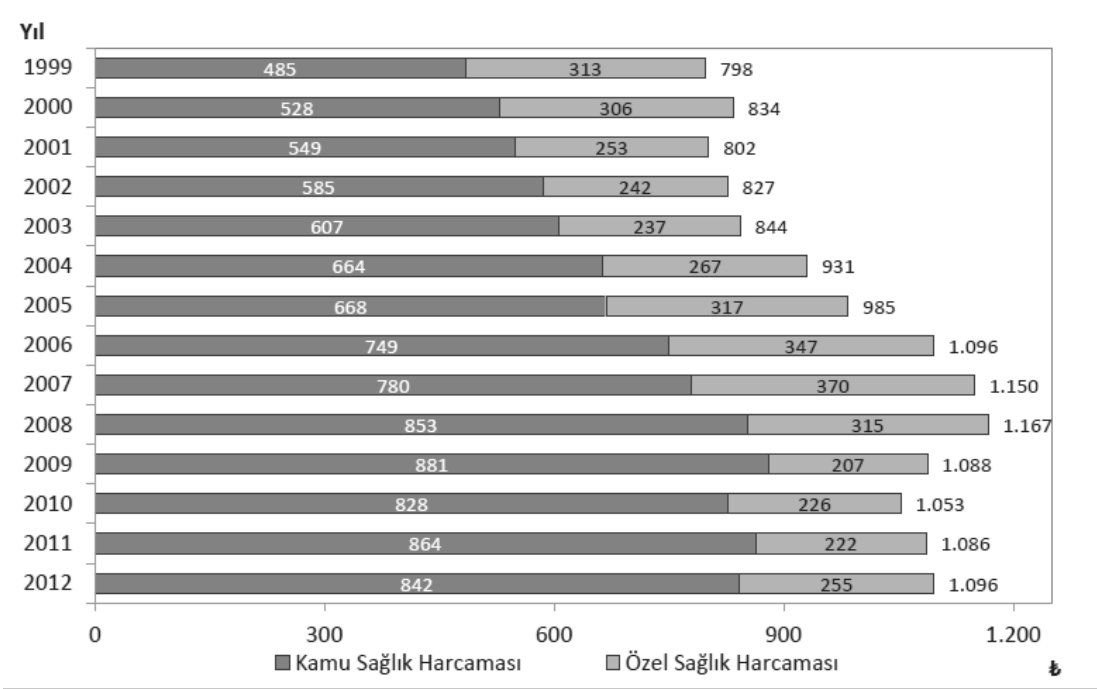
Grafik 1’de 1999-2012 yılları arasındaki kamu ve özel sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı verilmiştir. Buna göre, yıllar içinde özel sağlık harcamalarından kamu harcamalarına geçiş olduğu söylenebilir. Sağlık harcamaları içinde özel harcamaların payı %1,85’ten %1,25’e düşerken kamu harcamalarının %2,91’den %4,14 oranına çıktığı görülmektedir. Grafikten yola çıkarak toplam sağlık harcamalarında meydana gelen artışın kamu harcaması olarak gerçekleştiği söylenebilir. Bu durum Türkiye’de sağlık hizmetlerinin ve harcamalarının kamu ağırlıklı olduğu savını destekler niteliktedir.

Grafik 2: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Nominal, Türkiye

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2013). Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Sağlık harcamaları ile ilgili önemli bir istatistiksel gösterge de kişi başına düşen sağlık harcamasıdır. Grafik 2; 1999-2012 yılları arasındaki nominal kişi başına düşen sağlık harcamasını sergilemektedir. 13 yıllık dönemde kişi başına sağlık harcamalarında 12 katlık ciddi bir artış olduğu görülmektedir. Ancak söz konusu değerler nominal olduğundan gerçek değişimi reel veriler üzerinden inceleyeceğiz. Yine nominal verilere göre 1999 yılından 2012 yılına kadar kişi başına kamu sağlık harcaması 15 kattan fazla artarken, yine aynı süre zarfında kişi başına özel sağlık harcaması 7 kattan fazla artmıştır.

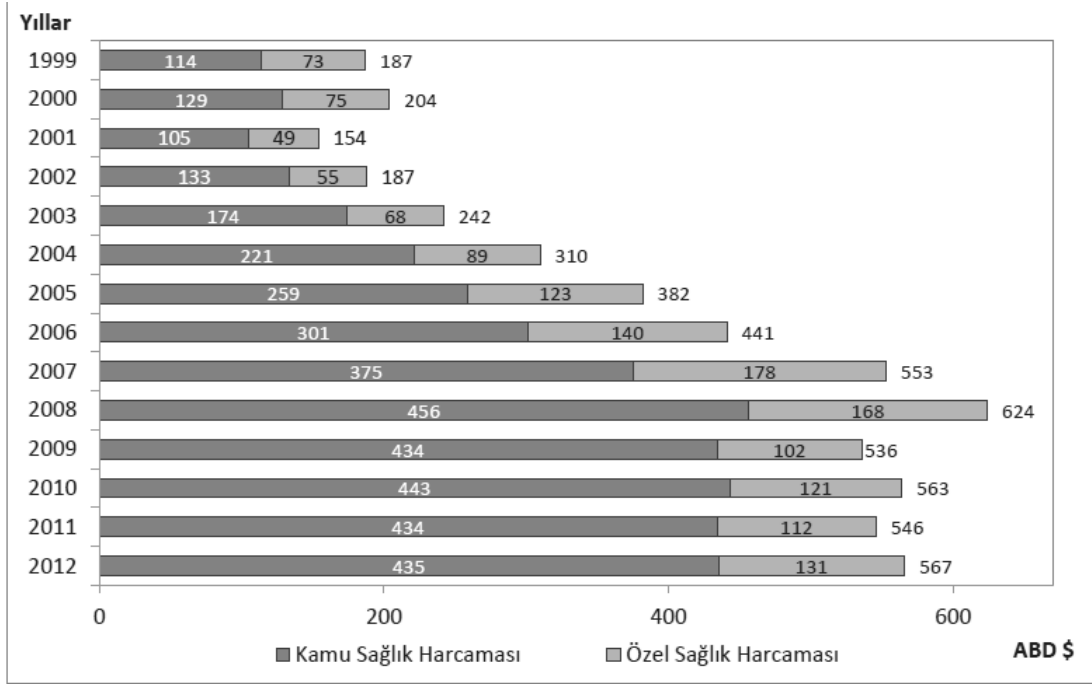
Grafik 3: 2013 Yılı Rakamları ile Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Reel, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2013). Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Enflasyon etkisinden arındırılmış reel rakamlarla kişi başına sağlık harcamaları Grafik 3’de görülmektedir. Buna göre 13 yılda kişi başına kamu sağlık harcamaları 1.3 katına çıkmıştır. Kişi başı özel sağlık harcaması ise 3/1 oranında azalmıştır. Türkiye’de sağlık politikasının kamu ağırlıklı yanı yine bu noktada karşımıza çıkmaktadır.

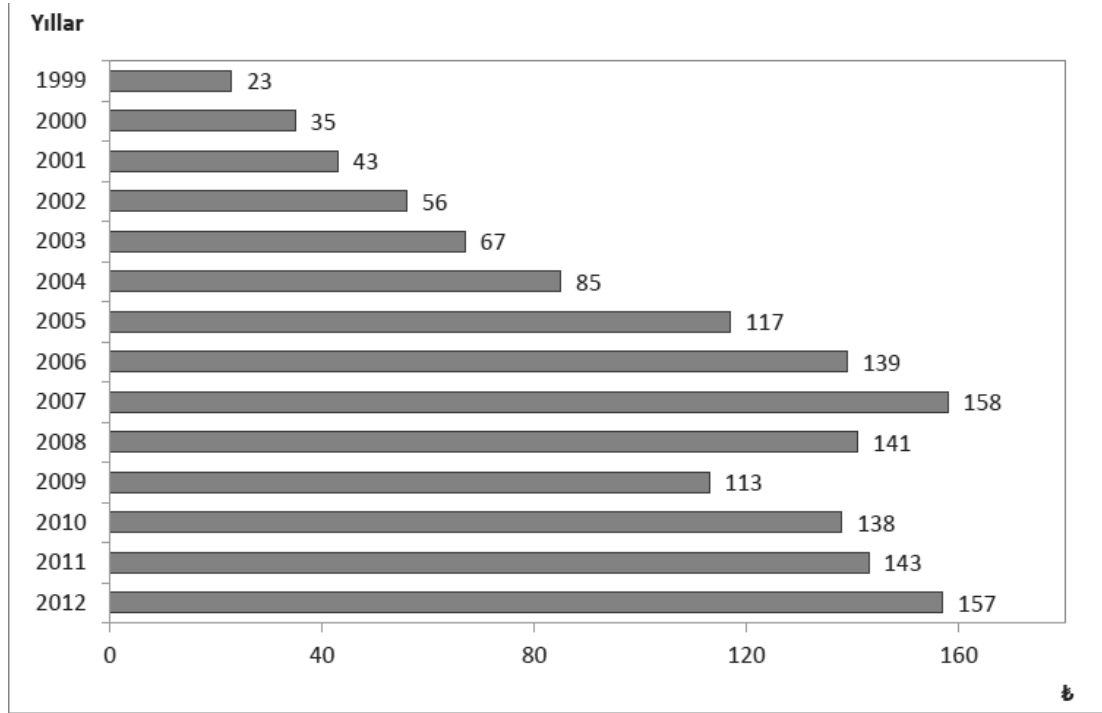
Grafik 4: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, ABD \$, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2013). Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Grafik 4 ise ABD’de söz konusu yıllar arasında kişi başı gerçekleşen sağlık harcamalarını göstermektedir. Söz konusu yıllar arasında ABD’de kişi başına sağlık harcaması 3,03 katına çıkmıştır. Kişi başı kamu sağlık harcamalarındaki artış da hemen hemen aynı oranda seyretmiştir. Buna kıyasla kişi başı özel sağlık harcamalarındaki artış 1,8 katla sınırlı kalmıştır. Türkiye ile ABD kişi başı sağlık harcamalarını kıyaslamamız gerekirse ABD’deki artışın Türkiye’deki kişi başı toplam sağlık harcaması artışına göre daha fazla olduğu görülmektedir. Buna rağmen ABD’de de Türkiye’deki gibi kişi başı sağlık harcamaları açısından kamu kesiminin ağırlığı hissedilmektedir. Ve kişi başı özel ve kamu harcamaları arasındaki yüzdeler Türkiye’nin dağılımı ile benzeşmektedir.

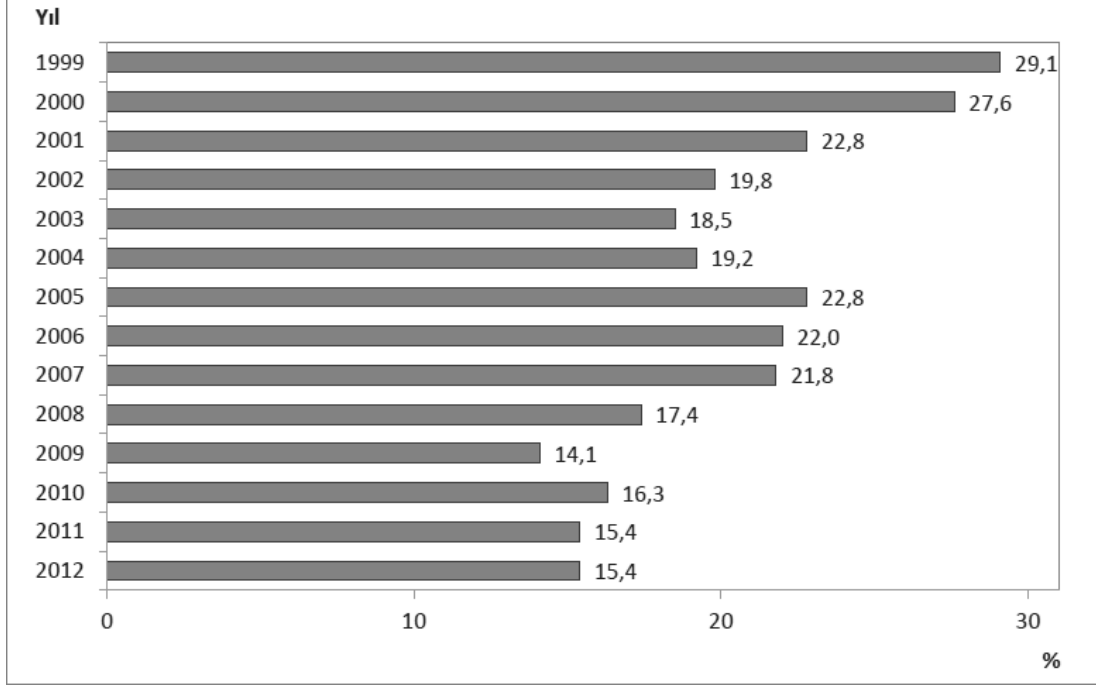
Grafik 5: Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, Nominal, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2013). Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Grafik 5’de ise Türkiye’de 1999-2012 yılları arasında kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması nominal olarak sunulmuştur. Tablodan da gözlemlenebileceği üzere yıllara göre kişi başı cepten yapılan sağlık harcamaları nominal olarak artış kaydetmiştir.

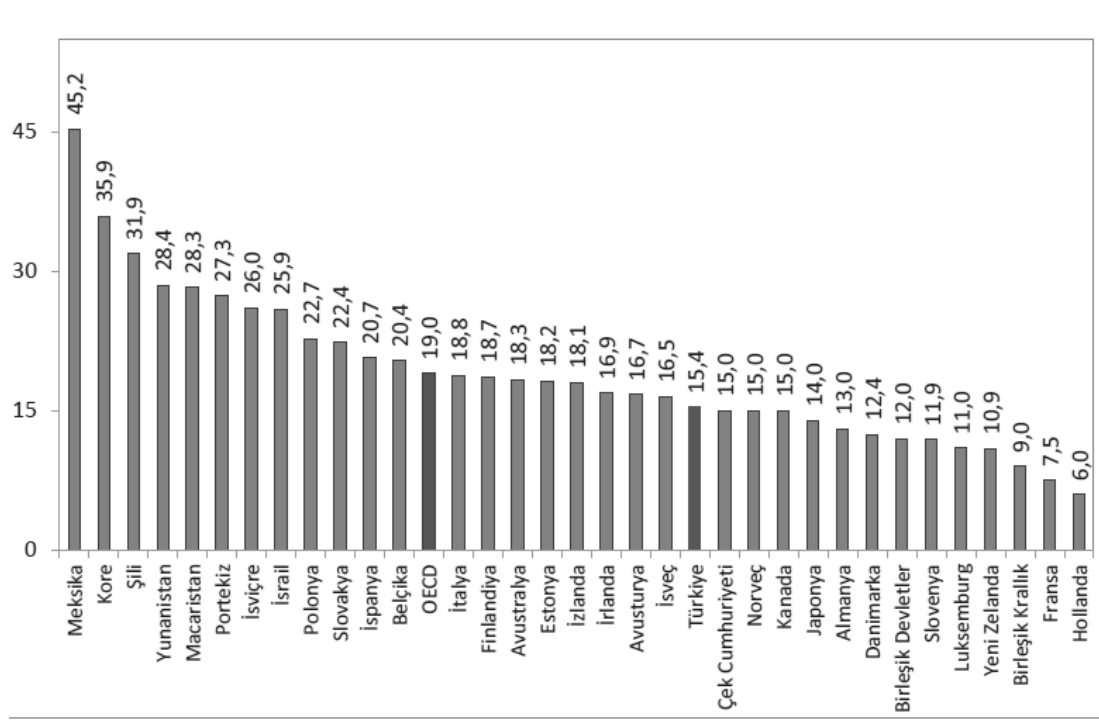
Grafik 6: Yıllara Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı, (%), Türkiye (1999-2012)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2013). Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Grafik 6'da Türkiye'de 1999-2012 yılları için cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı yüzdesel bir ifade ile verilmiştir. Buna göre dalgalanmalar olmakla beraber Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının azalma kaydettiği ifade edilebilir, zira 1999 senesinde %29.1 olan söz konusu oran 2012 senesinde %15.4 olarak gerçekleşmiştir.

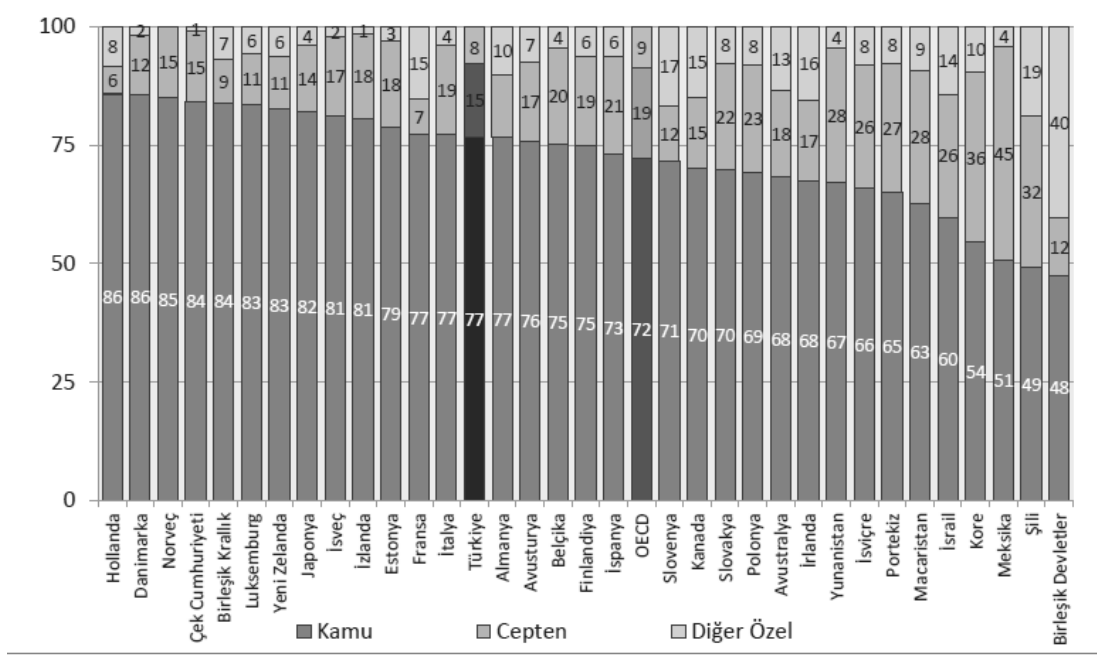
Grafik 7: OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı, 2012



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2013). Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Grafik 7’de OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı 2012 yılı için sunulmuştur. Bu doğrultuda OECD ülkelerinde cepten yapılan sağlık harcamasının toplam harcama içerisindeki oranı %19, Türkiye’de ise söz konusu oran %15.4’tür. Türkiye OECD ortalamasına söz konusu oran bakımından yakın durumdadır.

Grafik 8: OECD Ülkelerinde Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları, 2012



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2013). Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Grafik 8’de OECD ülkelerinde 2012 yılı için finansman türüne göre sağlık harcamaları gösterilmektedir. Kamu-Cepten ve Diğer Özel olarak sınıflandırılan finansman türlerine bakıldığı vakit Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanının %77’si kamu tarafından, %15’i cepten ve %8’i diğer özel olarak sağlanırken; OECD ülkelerinde %72’si kamu, %19’u cepten ve geri kalan %9’luk kısım ise diğer özel olarak finanse edilmektedir. Ufak farklar olmakla beraber gerek OECD ülkelerinde gerek Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanında kamunun payı büyüktür.

Ekonomik kalkınmanın sağlandığı gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının düzeyi diğer ülkelere göre daha fazla olduğu ileri sürülebilir. Bununla birlikte, gelişmekte olan ülkeler de sağlık harcamalarına önem vermektedir. Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYH içindeki payına bakıldığında ise, 2005–2008 döneminde sağlık harcamalarının payında artış görülmektedir. 2008 ve 2009 yılında bu oran sabit kalmıştır. Bunun sebebi olarak, küresel krizin yaşanması gösterilebilir. 2010–2011 döneminde ise sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı azalmıştır. 2012 yılında ise, bu oran 5,4 olarak gerçekleşmiştir. 2011 yılına göre sağlık harcamalarının payı 2012 yılında 0,1 artış göstermiştir. Ancak, Türkiye’nin artan nüfusu ele alındığında sağlık harcamalarındaki bu artışın yetersiz olduğu görülmektedir.

5. Türkiye’de Sağlık ve Sağlık Sistemi Tasarımı: Öneriler

Önceleri yaşam hakkını temel insanlık hakkı sayan insanlık, modern çağda artık “sağlıklı yaşamı” temel insanlık hakkı olarak kabul etmekte ve bunu tüm uluslararası bildirgelere koyarak her ülke yönetimlerine bu hakkı garanti altına almayı görev olarak vermektedir. Ayrıca, bu hakkın hiçbir siyasi tercihe feda edilmeyeceği kayıt altına alınmıştır.

İdeal sağlık sistemi; erişilebilir, kaliteli, iyi finanse edilmiş, etkin ve verimli, sürdürülebilir ve iyi sunulabilir olmalıdır. Sağlık sistemi bireylerin adaletli ve eşit bir şekilde sağlık hizmetlerine ulaşma hakkını esas alıp sağlık hizmetlerinin finansmanında ödeme gücünü kriter almalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün belirttiği üzere ülkeler sağlık sistemlerini vatandaşların ihtiyaçlarını tam olarak karşılayabilecek ve yüksek nitelik arz eden bir yapıda kurmalıdır. Sağlık hizmetleri maliyet etkin, finansmanı ne tamamen vergilere ve kamuya ait ne de ödeme ilkesini göz ardı edecek ölçüde adaletsiz, toplumun benimsediği bir tarzda sunulmalıdır. Her ülkenin kendi ihtiyaçları ve ekonomik dengelerini adaletli bir şekilde gözetken kendine ait bir sistem geliştirmesi gerekmektedir.

Öncelikle ifade etmek gerekir ki sağlık sorunu bazı ekonomik ya da politik nedenlere feda edilmemelidir. Devlet güvencesi altında olmalı ve tüm halkı kapsamalıdır. Bu ilkedен taviz verilemesi mümkün değildir.

Tüm bunlardan yola çıkılarak öyle bir sağlık sistemi kurulmalı ki bu sistem;

1- Hem sağlıklı yaşam hakkını garanti etmeli,

2- Hem de ekonomik olarak toplum bakımından karşılanabilir olmalıdır.

Bu denklem kolayca, hazır reçetelerle çözülecek bir denklem değildir. Ekonomik olarak karşılanabilir ve sürdürülebilir, toplumun sağlıklı yaşama hakkını sağlayan ve toplum tarafından benimsenen bir sağlık sisteminin kurulması sorununu bazı prensipler belirleyerek irdelemekte fayda vardır. Bu noktada geliştirdiğimiz çözüm önerileri şunlardır:

- **Birinci seçenek;** devletin tüm sağlık hizmetini ve finansmanını kendi üzerine almasıdır. Hastane, personel ve tıbbi malzeme vb. maliyetleri devlet karşılar ve bu hak tüm halkı kapsar. Bu sistem komünist rejimlerde ve kısmen İskandinav ülkelerinde uygulandı ancak pek başarılı olamadı. Çünkü;

a) Sistem hantallaştı, sağlık hizmetlerinin üretilmesinde verimlilik düştü ve aşırı talep oluştu.

b) Ülke ekonomisi zorlandı ve sistemi kaldıramaz hale geldi.

c) Hastanın doktor seçme hakkı kısıtlandı.

d) Muayene ve ameliyat tümüyle ücretsiz olduğu için insanlar ihtiyacı olmadığı halde tedavi talep etti ve bedavacılık (free rider) problemi meydana geldi.

- **İkinci seçenek;** devletin sağlık sorununu tümüyle özel sektöre devretmesi ve bu yükten kurtulmasıdır. Ancak bu sistem sadece ödeme gücü olan yüksek gelir gruplarının hizmet alacağı bir sistem olacağı için gayri insani olacaktır. Bu durum toplumda büyük gerginliklere yol açacaktır ve bu nedenle uygulama alanı bulamamıştır.

- **Üçüncü seçenek** ise, devlet kısmen kendi yatırımlarıyla kısmen de özel sektörden hizmet satın alarak bir kombinasyon uygulamasıdır. Devlet hem devlet hastaneleri ve üniversite hastaneleri ile sağlık hizmeti sunarken hem de özel hastaneler piyasada bulunur. Özel hastanelerle muayene ve ameliyat ücreti üzerinden bir fiyat belirleyerek hastanın bu ücretin bir kısmını ödemesi ve geri kalanını da devletin ödemesi sağlanır. Örneğin; muayene ücreti 50 TL ise hastanın 15 TL vermesi geri kalan 35 TL yi de özel hastaneye devletin vermesi olarak düşünebiliriz. Halkın ödeyeceği miktar onun ekonomik gücünü zorlamamalı ama tamamen ücretsiz de olmamalı ki bedavacılık ve aşırı talep sorunlarıyla karşılaşılmasın. Devlet de bu şekilde personel, bina yapımı vb. gibi maliyetlerden kurtulacaktır. İlgili kurumların düzenleyici ve denetleyici roller üstlenerek yolsuzluklara engel olması böyle bir sistemde büyük önem taşımaktadır.

Türkiye’de sağlık reformları ve sağlıkta yapılan incelemelerin ardından sağlık sistemi için bazı öneriler sunacak olur isek;

- Sağlık Bakanlığı’nın kendi bünyesinde fiyat belirleme departmanı olmalı ve hastalara kaliteli mal/malzeme kullanılmalıdır. Aksi takdirde kalitesiz mal/malzeme kullanımı sonucu oluşan komplikasyonları önlemek veya gidermek de ekstra maliyet yaratıcı bir unsur olacaktır. Örneğin; idrar sorunu yaşayan hastalara kalitesiz bez ve sonda tedarik edilmesi sonucunda idrar yolu enfeksiyonunun oluşması. Bunun gibi örnekleri çoğaltabiliriz. Bunu önlemek için sağlık bakanlığı, kaliteli malların ülkeye giriş faturası üzerinden karı kendi belirlemeli, malzeme tedariğini bayiden değil üretici firma ya da distribütör firmadan doğrudan yapmalıdır.
- Devlet hastanelerinin malzeme alımını tek bir merkezde biriktirip toplu ihale açarak daha düşük maliyetle daha kaliteli ürünlerin alınması, malzemenin hastane deposunda son kullanma tarihinin geçmemesi için geçen yıllardaki tüketilen tıbbi malzeme oranı üzerinden standart sapma hesaplanarak alım yapılması israfi önleyecek bir adımdır.

- Milli eğitim ile ortak çalışma yapılarak ilköğretim çağındaki çocuklar için sigara ve alkol tarzındaki ürünlerin vücuda zararları konusunda eğitim verilmesi.
- Tarım Bakanlığı ile ortak çalışma yapılarak hormonlu ve katkı maddeli, donmuş sağlıksız ürünlerin halka satışını engellenmelidir. Örneğin; tavuk ve salatalık gibi. GDO'lu gıdalar insan sağlığında ileriye dönük ciddi sağlık sorunları ve Sağlık Bakanlığı için de ciddi maliyet oluşturmaktadır.
- Toplum sağlığı merkezlerinin sayısını ve etkinliğini arttırıp insanları o merkezlere yöneltecek reklam ve duyurular yapılmalıdır.
- Devlet hastaneleri alanında bulunan tüm kafeterya, restoran, otopark vb. gibi gelir getirecek tüm işletmelerin yönetimi hastane veya sağlık bakanlığının belli bir birim yönetimine verilmesi daha karlı olacaktır.
- Kamu sağlık tesislerinin altyapısını, kapasitesini, kalitesini, dağılımını geliştirip özellikle “Aile Hekimliği” sisteminin bütün nüfusa ulaşılması sağlanarak, birinci basamak hizmetine daha fazla insanın yararlanmasını sağlamak gereklidir. Anne ve bebek ölümleri analiz edilerek, süreçlerde yaşanan sorunların öncelikli olarak çözülmesi ve benzer vakaların yaşanmaması için gerekenlerin yapılması şarttır.
- Devlet için sağlık hiçbir zaman para kazanma aracı olmamalıdır. Toplanan vergiler hakkaniyetli ve sağlık sorununu riske etmeyecek bir oranda sağlığa kaynak ayrılmalıdır. Bilinmelidir ki modern devletin iki alandaki yatırımı toplumun geleceğini tayin edecektir. Bunlardan biri eğitim diğeri sağlıktır. En temel yatırım insana yatırımdır. Bunu sağlamak için iyi vergi toplamalı, vergi kaçakları önlenmeli, devlet kaynaklarını titiz kullanmalı, israfa ve yolsuzluğa izin vermemelidir. Ülkeye barış getirmeli ve böylece silaha değil sağlığa ve eğitime bol kaynak ayırabilmelidir.

Sonuç olarak; önce “insan” ve “sağlık” denmelidir. Sağlıklı toplum sağlıklı bireylerden oluşur. Bu durumda sağlıklı ve doğru kararlar almayı doğurur. Sağlıklı toplum o ülkenin kalkınmasına ve ekonomisine de katkıda bulunur. İnsanlar sağlıklı kalabilmek için ne yapacakları konusunda tedirgin olmamalıdır. Sağlıkları konusunda nereye ve nasıl başvuru yapacaklarını bilmelidirler. İnsanları, ekonomiyi sarsmadan, ödediği prim ya da vergiyi ne için, nasıl ve ne zaman ödediği bilinçine ulaştırmalıyız. İşte o zaman insanlar yaşadığı devlete ve sağlık sistemine güven duyarlar. Bu durum toplumun refahı ve kalkınması için çok önemli bir noktadır.

Yani, devletin sağlığa ayırdığı payı başlangıçta yüksek tutması ama sonraki dönemlerde yani insanlar bilinçli ve sağlıklı olduğunda ya da sağlığını idame ettirebilecek güce sahip olduğunda bu payı azaltmak ve eksik olarak görülen alanlara kaydırmak gereklidir.

Sonuç

Sağlık hizmetleri doğuştan getirilmiş bir haktır. Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu, dışsallık yayması, kamusal mal olma, asimetrik bilgilendirme, hastalık riskinin ve tüketiminin önceden belirlenememesi, yararlı mal olma, ikame edilemezlik ve devlet müdahalesinin gerekliliği özelliklerinden dolayı birçok ülkede devlet tarafında sunulmaktadır. Ancak küreselleşmeyle birlikte yeni liberal anlayışın etkisiyle devlet kurumlarının yanında özel sektörde yer almaktadır. Bu anlayış sonucu sağlık hizmetlerinde bir yerleşme, özelleştirme gibi politikalar yaygınlaşmıştır. Türkiye’de bu gelişmelere paralel olarak SDP adı altında sağlık hizmetlerinde bir takım reformlar yapılmış ve bu program tamamlanmaya çalışılmaktadır.

Türkiye’nin kurulduğu tarihten itibaren sağlık hizmetlerine siyasi, ekonomik, politik kaygılar vb. nedenlerden dolayı gereken önem verilmemiş ve SDP öncesi sağlık hizmetlerinin finansmanında, sunumunda bir takım aksaklıklar mevcuttur. SDP’ nin amacı mevcut aksaklıkların düzeltilmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinliğin sağlanmasıdır.

Reform programı ile hedeflenen; anne ve yeni doğan kayıplarının azaltılarak, koruyucu-önleyici sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması yoluyla toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Maliyet etkin yöntemlerle sağlık hizmetlerinde verimlilik artışı sağlanması amaçlanmaktadır. Reformla birlikte hem sağlık ihtiyacı hem de finansmanı en uygun yöntemlerle maksimize edilmeye çalışılmıştır. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının performansları ve ücretleri, tıbbi malzeme ve ilaç tedariki, yaygın koruyucu tedaviler ön plana alınarak çeşitli düzenlemeler getirilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Reformunun tamamlayıcısı konumundaki Genel Sağlık Sigortası uygulaması tüm vatandaşların sağlık sigortası kapsamına alınarak sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırma anlamında adaletli bulunmaktadır. Hastaların ücretsiz ve herhangi bir evrak talep edilmeksizin ilk basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmaları hasta ve vatandaşlık hakları açısından sağlık sistemindeki önemli ilerlemelerdir. Öte yandan sağlık kuruluşlarına dair Sağlık Bakanlığı’na verilen yetkiler politik bir hamle olarak nitelendirilmekte ve gelişmiş ülkelere kıyasla bürokratik ve merkeziyetçi bulunmaktadır.

Sağlık çalışanlarının performans değerlendirmeleri için Hastane Takip Sistemi’nin kurulması bilhassa aile hekimliği sisteminin analizi için önemli bulunmaktadır. Buna ek olarak Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi vesilesiyle vatandaşın görüşlerinin dikakte alınması reforma dair verimlilik ve etkinlik hedefleriyle örtüşen rasyonel uygulamalardır.

Sonuç olarak; Sağlıkta Dönüşüm Programı değerlendirildiği vakit, reformla istenildiği şekilde Türk sağlık sisteminin yapısal olarak değiştiğini ve bu değişimin hızlı olduğunu söylemek mümkündür. Sigorta kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi, kalite ve akreditasyona önem veren bir bakış açısının geliştirilmesi, hasta hakları ve verimlilik, etkililik, rekabet, hekim seçme hakkı gibi kavramlarının ön plana alınması ile reformun sonuçlarının son derece etkili ve önemli olduğu ortadadır.

Kaynakça

ATAAY, F. (2008), “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 41, Sayı 3, Eylül: 169-184.

BLOOM. David E. ve David CANNING. (2000). The Health and Wealth of Nations, Science Vol 287 18 February.

BODUR S.,(1991). Aile Sağlığı Eğitim Serisi, Ankara.

BULUTOĞLU K. , Kamu Ekonomisine Giriş , İstanbul 2003

BURSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ. (2013). “Aile Hekimliği ve Aile Hekimliğinin Evrensel Tanımı“.

ÇİÇEKLİOĞLU, Meltem (2011), “Türkiye’de Sağlık Reformları”, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara

FOON TANG, C., (2011), “Multivariate Granger Causality and the Dynamic Relationship Between Health Care Spending, Income and Relative Price of Health Care in Malaysia”, Hitotsubashi Journal of Economics 52, ss. 199–214

KARSLIGİL Ş.(1973), Sağlık Bilgisi, İstanbul.

KAVUNCUBAŞI, Ş., (2007). Sağlık Kurumları Yönetimi, A.Ü. Eskişehir.

MUSHKIN, S.J., (1962), “Health as an Investment”, Journal of Political Economy, Vol. 70(5), ss. 129–157

OECD Health Data 2014, <http://stats.oecd.org>

SAĞLIK BAKANLIĞI (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara

SAĞLIK BAKANLIĞI (2011). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporu

SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK ARAŞTIRMALARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2013) Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

SAĞLIK BAKANLIĞI, <http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20141223.html> (Erişim Tarihi: 20.10.2014)

T.C. ANADOLU ÜNİVERSİTESİ. (2013).“Hemşirelikte Kişilerarası İlişkilerin Boyutları”.

TÜİK. (2013). Sağlık Harcama İstatistikleri.

WHO. (2013). Health for All Database 2013

YILDIRIM H.H. ve YILDIRIM T. (2013). Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme.