

TÜRKİYE’DE 1980 SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARINDA DÖNÜŞÜM VE SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİLERİ

Doç. Dr. Hatice EROL

Adnan Menderes Üniversitesi, Nazilli İİBF, (haticeerol@adu.edu.tr)

Doç. Dr. Abdullah ÖZDEMİR

Adnan Menderes Üniversitesi, Nazilli İİBF, (aozdemir@adu.edu.tr)

ÖZET

20. yüzyılın son çeyreğinde hız kazanan neoliberal politikalar, hem iktisat politikalarında hem de sosyal politikada değişimi beraberinde getirdi. Bu değişimin etkili olduğu alanlarının başında sağlık hizmetinin sunumu gelmektedir. 1980 sonrası sağlık hizmetleri verimlilik, karlılık, maliyet ve performans ücretlendirmesi gibi iktisadi kavramlar çerçevesinde yeniden yapılandırılmaktadır. Bu süreçte kamu hizmeti olarak devletin sorumluluğunda ve görevi olarak görülen sağlık hizmetleri piyasalaştırılmakta, özelleştirme politikalarının etkisiyle kamu sağlık işletmeleri yerini özel sağlık işletmelerine bırakmaktadır. Bu değişim beraberinde sağlık harcamalarında da artışı getirmektedir.

Bu çalışma, 1980 sonrası Türkiye’de sağlık politikalarında değişim sürecini sonuçları ile birlikte değerlendirmeyi hedeflemektedir. Çalışma kapsamında, Genel Sağlık Sigortası, aile hekimliği, şehir hastaneleri incelenerek, sağlık harcamalarındaki değişim, bireylerin sağlık harcamalarına katılım oranları, kamu ve özel sağlık kuruluşlarının harcamaları ve sosyal güvenlik harcamaları içinde sağlık harcamalarının değişimi incelenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Harcamaları, Sağlık Politikaları, Sağlık Reformu.

TRANSFORMATION OF HEALTH POLICIES IN TURKEY AFTER 1980, AND ITS EFFECTS ON HEALTH EXPENDITURES

ABSTRACT

Neoliberal policies which gained momentum in the last quarter of the 20th century brought along change in both economic and social policies. One major field where this change is effective is the presentation of health care. Health services after 1980 are being restructured within the framework of economic concepts such as efficiency, profitability, cost and performance charges. Within this period, the health services, which are regarded as the responsibility of the government as a crucial public service, are being marketed, whereas public health enterprises leave their place to private enterprises under the policies of privatization. The change in health policies inevitably leads to deepening of inequality and poverty.

This study aims to evaluate post-1980 changes in health policy in Turkey, together with the results of those changes. Within the scope of the study, the changes in health expenditures will be examined regarding the General Health Insurance, family medicine, city hospitals, participation rates of individuals in health spending, expenditures of public and private health institutions and expenditures for social security.

Keywords: Health Expenditures, Health Policies, Health Reform.

1.Giriş

1970’li yılların sonlarında kâr oranlarının düşmesi nedeniyle başlayan ekonomik krizi aşmak için Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası (DB) ve Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) gibi örgütlerin desteği ile Türkiye’nin de dâhil olduğu pek çok ülkede “Yapısal Uyum Programları” başlatıldı. Yapısal uyum programları, genel olarak kamusal sistemin yeniden yapılandırılmasına dayanmaktaydı.

DB, sağlık hizmetleri sunumunun maliyet-etkililik temelli uygulamalar olmadığı için sağlık alanında maliyet artışına dayalı “sağlık krizi” yaşandığını ve krizden çıkış için ise yerinden yönetim ve özelleştirmeye dayalı reform programlarının gerekliliğini ve bu sayede sağlık sistemlerinde etkinliğin artacağını, hakkaniyet ve müşteri memnuniyetinin sağlanacağını ileri sürüyordu. DB’nin yaklaşımları doğrultusunda Türkiye’de önce “sağlık reformları” ardından “sağlıkta dönüşüm programı” diye ifade edilen adımlar gerçekleştirildi. Türkiye’de 1980 sonrası sağlıkta reform çalışmaları sonucunda, hastalar “müşteri”ye, sağlık kurumları “işletme”ye, kamu sağlık hizmetleri “piyasa”ya dönüştü. Sağlık için cepten katkılar arttı, ilaç ve teknoloji kullanımının artışının da etkisiyle sağlık harcamaları yükseldi (Erol & Özdemir, 2014: 11). Ancak sağlık göstergelerinde ve sağlık hizmetlerine erişimde beklenen iyileşmenin ne düzeyde gerçekleştiği tartışmalıdır. Son günlerde yaygınlaşan şehir hastaneleri projelerinin hayata geçmesiyle sağlık harcamalarının daha da artması ve sosyal güvenlik sisteminin finansal yapısında sorunların yaşanabileceği açıktır.

Çalışmada ilk aşamada literatür taraması yapılarak, 1980 sonrası Dünya’da ve Türkiye’de sağlık politikalarında dönüşüm incelenmektedir. Sağlık politikalarında değişimin sağlık göstergelerine ve harcamalarına etkileri resmi istatistik verilerinden yararlanılarak ortaya konulmaya çalışıldı. Özellikle şehir hastaneleri projeleri incelenerek bu projelerin sağlık harcamalarına etkisi araştırıldı. Sağlık hizmetlerinde yaşanan finansal sorun ortaya konularak, çözüm önerileri ile çalışma sonuçlandırıldı.

2.Sağlık Hizmeti ve Genel Özellikleri

Geleneksel görüşe göre sağlık kavramı, sağlık ve hastalığın nesnel ve gözlemlenebilir olgular olduğu varsayımına dayanmaktadır. Burada sağlık, yalnızca hastalık, belirtiler veya problemlere bağlı olarak tanımlanmaktadır. Bu sağlık görüşünün temel sorunu belirli hastalıkları ve vücut bölümlerini vurgulayarak bireyi bir bütün olarak ele almamasıdır. 1940’ların sonlarında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), daha net bir "sağlık" tanımı geliştirmiştir. Buna göre sağlık, yalnızca hastalık veya zayıflığın olmaması değil aynı zamanda bedensel, zihinsel ve sosyal refah açısından da iyi olma halidir (Boruchovitch & Mednick, 2002: 175).

Sağlık hizmeti genel olarak toplumların ve kişilerin sağlıklarını geliştirmek, hastalanmalarını önlemek, hastalandıklarında ve/veya yaralandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyenlerin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan planlı çalışmaların tümüdür (Hamzaoğlu, 2017: 21). Sağlıklı olma halini ekonomik ve toplumsal yapıdan ayrı düşünmek mümkün değildir. Ottawa Sözleşmesi’nde sağlık, temel insan haklarından biri olarak ele alınmakta, huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir eko-sistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımını içeren bazı ön şartlar bu doğrultuda vurgulanmaktadır. Bu ön şartların kabul edilmesi, sosyal ve ekonomik koşullar, fiziksel çevre, bireysel yaşam tarzları ve sağlık

arasındaki kaçınılmaz bağlantıları öne çıkarmaktadır. Bu bağlantılar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tanımının merkezindeki bütüncül sağlık anlayışı için temel sunar. Buna göre tüm insanların temel sağlık kaynaklarına erişimi olmalıdır. Kapsamlı bir sağlık anlayışına göre, sosyal ve ekonomik koşulları ve fiziksel çevreyi yöneten tüm sistem ve yapılar, faaliyetlerinin birey ve toplum sağlığı ve refahı üzerindeki etkisine ilişkin sonuçları dikkate almalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 1).

DSÖ de 1978 yılında Alma Ata’da düzenlediği toplantıda sağlık politikası olarak “Temel Sağlık Hizmeti” yaklaşımını benimsemiştir. Temel sağlık hizmeti kavramı, sağlıklı olma halinin sağlık hizmetlerinden çok beslenme, konut, gelir, iş gibi temel etmenlerin varlığına bağlı olduğunu savunur. Temel sağlık hizmetlerinin gerçekleşmesi ise adil bir gelir dağılımı, kamusal sağlık hizmeti, sağlıklı konut ve çevre gibi temel girdilerin kamu otoriteleri tarafından sağlanmasına bağlıdır. 1980 sonrası siyasi ve ekonomik gelişmeler ise kamu sektörünün küçültülüp, özelleştirilmelerin büyütülmesi gerektiğini dikte etmekteydi (Dedeoğlu, 2009: 195-196). Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ve kar maksimizasyonuna açık hale getirilmesi için öncelikle sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve sunumunda kamunun rolünün azaltılması gerekmektedir (Erol & Özdemir, 2014: 19). Ancak sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlere göre farklı özelliklere sahip olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasının sağlık hizmetine erişimde önemli sorunlara yol açması muhtemeldir. Sağlık hizmetinin özellikleri;

- Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır, genellikle ikame edilemez.
- Sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfidir. Sağlık hizmetleri piyasası şeffaf değildir. Belirsizlikler ve risk mevcuttur. Sağlık hizmetlerinde tüketici ne zaman, nerede ve ne miktarda sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağını, talep edeceğini ve tedavinin etkisini önceden bilemez.
- Sağlık hizmetleri, hizmet çeşitliliği ve uzmanlık alanları, sahip olduğu teknik donanım ve sürekli hazır olma gereksinimi nedeniyle karmaşık bir yapıya sahiptir.
- Sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısı farklıdır.
- Bilgi asimetrisi, sağlık piyasalarının ayırıcı bir özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilgi asimetrisi, işlemin taraflarından bir ya da birden fazlasının diğer kişi ya da kişilerden daha iyi bilgiye sahip olması durumu olarak tanımlanabilir. Mal ya da hizmetin arz ve talep edenleri arasında bilgi yönünden yakınlık her iki tarafın sağlıklı karar vermesinde etkili olmaktadır. Ancak taraflardan birinin mal ya da hizmet hakkında diğerine göre çok daha fazla bilgi sahibi olması diğerini etkileme ve yönlendirme imkânı sunmakta, rekabet koşullarını ve iktisadi etkinliğin azalmasına neden olmaktadır (Sayım, 2015: 8). Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini çoğu kez hekimler belirlemektedir. Sağlık hizmetlerinde arz edenin talep edene göre çok daha fazla bilgisi bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerini talep eden hastalar veya “müşteriler” kendisine uygulanan tedavi yönteminin uygunluğu ve kalitesi konusunda çok az bilgi sahibidir.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşır.

Sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlere göre yukarıda kısaca özetlenen farklı özelliklerine rağmen sağlık alanındaki maliyet artışları gerekçesiyle “sağlık krizi”nin yaşanması olasılığı üzerinden sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve özelleştirilmesi öncelikli hedef olarak politika yapıcıları tarafından benimsenmektedir. Bu yaklaşım ise sağlık harcamalarını kontrol etmek yerine, tam tersine sağlık

harcamalarını etkileyen diğer faktörlerle birlikte harcamalarda önemli artışları beraberinde getirmektedir.

3. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Bir toplumda sağlık harcamalarını etkileyen faktörler genel olarak yedi ana başlık altında toplanmaktadır. Bunlar; kişi başına gelirin yükselmesi, eğitim seviyesi ve sağlık bilincinin gelişmesi, sosyal değer yargılarının değişmesi, teknolojik gelişmeler, şehirleşme, yaşam süresinin uzaması ve toplumsal düzende meydana gelen değişmeler olarak sınıflandırılabilir.

20. yüzyılın ikinci yarısından günümüze kadar geçen sürede doğum oranları artış gösterirken, sağlık hizmetlerindeki artışla doğru orantılı olarak ölüm oranları azalma göstermiştir. Bu nedenle dünya nüfusu geçmiş yüzyıllara kıyasla çok yüksek rakamlara çıkmıştır. Yükselen gelir ve daha iyi yaşam istekleri bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebinin nicelik ve niteliğini yükseltmiştir.

Literatürde kalkınma carileri genel olarak eğitim ve sağlık harcamalarının toplamı olarak ifade edilmektedir. Kalkınma carilerinin bileşenlerinden biri olan eğitim hizmetlerinin sayısı ve niteliği gelir artışına bağlı olarak artış gösterdi. Ortalama insan ömrünün uzaması, eğitim hizmetlerinin gelişmesi, daha nitelikli nüfus ve eğitim beraberinde insanların eğitime ayırdıkları payları daha da artırmalarına neden oldu. Eğitim düzeyindeki artış, bireylerin sağlıklı olma konusundaki duyarlılıklarını ve bireylerin sağlık hizmetlerine olan taleplerini arttırdı.

Değişen yaşam biçimleri, değer yargıları beraberinde bireylerin kavramlara olan ilgisini de değiştirmektedir. Eskiden toplum içinde önemsiz olarak görülen kavramlar zaman içinde daha fazla önem kazanmıştır. Söz konusu kavramlardan biri de sağlığa bakış açısı olmuştur. Sağlık genelde daha ileri yaşlarda üzerinde durulan bir konu iken, günümüzde bu algı değişmiştir. Genç yaştan itibaren özelde bireylerin, genelde toplumun sağlığa bakış açıları farklılaşmıştır. Sağlık daha fazla üzerinde durulması gereken konu olmuştur. Bireyler daha küçük yaştan itibaren sağlık hizmeti almaya başlamış, bu ise sağlık harcamalarının yükselmesi sonucunu yaratmıştır.

İyi işleyen bir sağlık sistemi için sağlık teknolojileri gereklidir. Ülkelerin gittikçe artan sağlık teknolojileri harcamaları karşısında kaynakların sınırlı olması sağlık teknolojisinin değerlendirilmesini zorunlu kılmıştır. Sağlık teknolojisi; sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, tanısı, tedavisi, rehabilitasyonu ve/veya uzun süreli bakımı için yapılan her türlü müdahaledir. İlaçlar, tıbbi cihazlar, tıbbi veya cerrahi prosedürler ve sağlık bakımında kullanılan organizasyonel sistemler sağlık teknolojisi olarak kabul edilmektedir. Bir sağlık sorununu çözmek ve yaşam kalitesini iyileştirmek üzere geliştirilen cihaz, ilaç, aşı, prosedür ve sistem formunda organize bilgi ve becerilerin uygulaması sağlık hizmeti teknolojisiyle aynı anlamda kullanılmaktadır. Sağlık teknolojileri, sağlık göstergelerinde iki yönlü bir iyileştirme sağlamıştır. İlk olarak; yeni teknoloji, yaşam kalitesini iyileştirerek ve yaşam süresini uzatarak doğrudan sağlık düzeyinin iyileşmesine katkı sağlamaktadır. İkinci olarak ise, yeni sağlık teknolojisi hastanede kalış süresini kısaltarak ve sağlık harcamalarını azaltarak sağlık sistemini diğer açılardan da olumlu bir şekilde etkilemektedir (Yiğit & Erdem, 2016: 217). Sağlık teknolojisindeki gelişmelerin erken tanıya bağlı sağlık üzerinde olumlu etkileri yanında

gereksiz teknoloji kullanımına bağlı sağlık sorunları ile artan sağlık harcamaları gibi olumsuz etkileri de söz konusu olabilmektedir.

Kent yaşamı, bireylerin ekonomik ve sosyo-kültürel hayatı üzerinde etkili olduğu gibi sağlık koşulları üzerinde de önemli etkiye sahiptir. Kent yaşamının sağladığı ekonomik koşullar, nüfus değişimleri, sanayileşme ile üretim alanlarının değişmesi ve betonlaşma insanların sağlık anlayışlarının ve sağlık durumlarının etkilenmesine neden olmaktadır. Kentlerde yaşanan sorunlar, orada yaşayan insanların sağlık durumları üzerinde de etkili olmaktadır. Örneğin, kentin artan nüfusun ihtiyaçlarını karşılayamaması sonucu oluşan çarpık kentleşmeye bağlı sorunlar hem çevre hem de toplum sağlığını tehdit etmektedir. Buna ek olarak, toplu taşıma hizmetlerindeki yetersizlikler, sağlıklı yaşam alanlarının kısıtlı olması, temizlik hizmetlerinin yetersizliği, gecekondulaşma gibi sorunlar yeni sağlık sorunlarını tetiklemekte, var olan sorunları ise derinleştirmektedir. Sağlık konusunda kentleşmenin yarattığı önemli etkilerden biri de, hatalı sağlık stratejilerinin etkilerini toplumun geneline yayarak büyütmesidir. Örneğin kentin şebeke suyuna yapılan hatalı bir müdahale birkaç saat içinde yüz binlerce insanın hastalanmasına ve sağlık alanında bir infial oluşmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle kentleşme, sağlık politikalarının önemini artırmaktadır (Loş, 2016: 78).

4. Dünyada Sağlık Reformları

1980'li yılların başından itibaren “sağlıkta reform” tartışmaları ülkelerin gündemindedir. IMF, DB ve DTÖ gibi kuruluşların desteğiyle kamusal sistemin yeniden yapılandırılması, özelleştirme ve yerinden yönetim gibi öneriler ile piyasaların yeniden düzenlenmesi hedeflenmiştir. Yeniden yapılanma tartışmalarından en çok etkilenen hizmetlerin başında kamusal sağlık hizmetleri gelmektedir.

1970'lerden itibaren tüm dünyada uygulanan neoliberal ekonomi politikalarının sağlık sistemi üzerinde yansımaları ise 1980'lerde ortaya atılan ve 1990'larda uygulamaya başlanan sağlık reformları oldu. “Reform”, sağlık hizmetleri sisteminin performansını geliştirme yönünde önemli, amaçlı bir çabayı içermektedir. Ülkelerin sağlık reformlarının arkasında dört itici gücün bulunduğu iddia edilmektedir. Bunlar sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri, artan beklentiler, ödeme kapasiteleri konusunda limitlerle yüzyüze kalınması ve son olarak geleneksel yaklaşım hakkında giderek büyüyen şüphecilik olarak ifade edilmektedir (Roberts vd., 2004:9-12). Sağlık reformları ile sağlık kuruluşlarının organizasyonundan hizmet sunumuna ve finansman yapısına kadar önemli bileşenlerde dönüşüm yaşandı. DB ve IMF bu değişim ve dönüşümün öncü kuruluşları oldu. Reform gerekçeleri arasında en etkili faktörün artan maliyetlerin kontrol edilmesi olduğu söylenebilir.

DB sağlık reformlarını, sağlık alanındaki maliyet artışlarına ve sağlığın finansman kriziyle karşılaşacağı iddiasına dayandırdı. DB, ülkelerde maliyet-etkililik temelli uygulamalar olmadığı için “sağlık krizi” yaşandığını ileri sürdü. İçeriğini yerinden yönetim ve özelleştirme olarak iki ana başlıkta topladığı sağlık reformları ile ülkelerin sağlık sistemlerinin etkinliğinin artacağını, hakkaniyet ve müşteri memnuniyetinin sağlanacağını savundu (DB, 1993). Sağlığı kapitalist paradigmaya hapseden bu yaklaşımda temel sorun sağlığın alınıp satılır olması değil; onu alabilecek, yani sağlığı tüketebilecek “müşteri”lerin nasıl yaratılacağı ve memnun edileceği olarak belirlendi. Sağlık hizmetlerinin bir maliyeti olduğu ve herkesin bu maliyete katlanmak zorunda

olduğu yaklaşımıyla herkese sağlık primi, katılım ve katkı payı ödeme zorunluluğu getirilmesi hedeflendi. DB tarafından ülkelerin sağlık ve ekonomik durumları dikkate alınmadan tüm ülkelere benzer reform programları önerilmekte ve bizzat DB tarafından verilen kredilerle desteklenmektedir (Elbek, 2015: 48).

Yapılan reformlarla sağlık göstergelerinin de gelişeceği öngörülmektedir. Oysa ülkelerin sağlık göstergelerinde iyileşmede sağlık harcama düzeyleri yerine, devletlerin sosyal ve ekonomik müdahalelerinin önemli rolü olduğu saptanmıştır. Ölüm ve hastalık hızlarını azaltmada kişi başı sağlık harcamalarının fazlalığı yeterli değilken, refah düzeyi ve gelir dağılımı ve bunları da belirleyen politik müdahalelerin etkili olduğu bilinmektedir (Hamzaoğlu, 2017: 22).

DB tarafından desteklenen reform programlarında (Hamzaoğlu, 2013: 178);

- “Eşitsizlikleri önleyecek iddiası ile sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi,
- Maliyet, etkililik, etkinlik sağlayacağı iddiası ile hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması,
- Kamu verimsizdir iddiasıyla mülkiyet ve hizmet sunumunun özelleştirmesi,
- Yerinden yönetim yaşanan sorunların ilacıdır iddiası ile yerinden yönetime geçilmesi,
- Sağlık bakanlıklarının karar vericilikten arındırılarak yalnızca düzenleyici olması, karar vericiliğin kamu finansman kurumuna devredilmesi,
- Hekim seçme özgürlüğü yaratacak olması iddiasıyla aile hekimliği sisteminin kurulması,
- Hem kapsam dışılığın önlenmesi hem de “sağlık hizmetlerinin de maliyeti var, herkes bedelini gelirin göre ödemeli” gerekçesiyle sağlık hizmetlerinin genel bütçeden karşılandığı ülkelerde sağlık primi ödemesiyle karakterize Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulanmasının başlanması ve GSS’nin uygulandığı ülkelerde prim ödemelerinde kişilerin paylarının artırılması,
- Sağlık hizmetlerinde gereksiz başvuru ve kullanımın engellenmesi gerekçesiyle katkı ve katılım payı uygulaması yer almaktadır.

5. Türkiye’de Sağlık Reformları

Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de 1980 sonrası, kamusal sağlık hizmetleri yerine özel sağlık hizmetlerinin desteklediği ve geliştirildiği yıllar oldu. Bu amaçla hem hukuksal hem de kurumsal yapıda önemli değişiklikler yapıldı. Bu değişiklikler şöyle özetlenebilir;

- 1982 Anayasasının 56. maddesi ile sağlık hizmetleri, devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarıldı ve devlet «sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verilmesini düzenlemekle» görevlendirildi.
- 1987 tarihli 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi açısından piyasalaşmaya doğru ilk adım oldu. Kanun GSS oluşturmanın ilk adımlarını tanımlamakta ve kamu hastanelerini işletme haline getirerek tedavi edici hizmetleri piyasaya açmakla ilgili düzenlemeleri içermekteydi (Pala, 2017: 45).
- 1990’lı yıllar I. ve II. Ulusal Sağlık Kongreleri ile merkeziyetçi yapı yerine yerel yönetimlere devir yönünde görüşlerin hâkim olduğu dönem oldu. 1991 yılında Sağlık

Bakanlığı(SB)'na bağlı “Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü” kuruldu ve DB rehberliğinde sağlık reform tasarımları hazırlanmaya başlandı.

- 1995 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla sağlık işletmesine dönüştürülen Ankara'daki “Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi” piyasalaşma yolunda ilk örnektir.

- 1990'lı yıllarda sağlık reformları adı altında yapılan düzenlemeler, 2003 yılından itibaren “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) adı altında gerçekleştirildi. SDP hedeflerinden biri SB'nin sadece “planlayıcı ve denetleyici” bir işleve sahip olması ve hizmet sunumundan çekilmesidir. Bu amaçla SB'nin organizasyon yapısında değişiklikler yapılmış, Bakanlık bünyesinde Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kuruldu.

- SDP, sağlık hizmetlerinin finansmanının GSS ile sağlanması, kamusal birinci basamağın tasfiye edilerek sağlık ocaklarının kapatılması ve bunun yerine birinci basamağın özelleştirilmesi yaklaşımına uygun aile hekimliği modeline geçilmesi ve kamu hastanelerinin işletme haline dönüştürülerek piyasalaştırılması uygulamalarını içermektedir.

- 2003 yılında çıkarılan 4924 sayılı Kanun ile sözleşmeli personel istihdamı başlangıçta eleman temin edilmesinde güçlük çekilen yerlerle sınırlı, istisnai bir uygulama iken, ilerleyen yıllarda yasada yapılan değişiklikler sonrası sözleşmeli personel istihdamı başta aile hekimliği modelinde olmak üzere genel istihdam biçimi haline geldi.

- 2004 yılında çıkarılan 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile başlayan aile hekimliği, 2010 yılında ülke genelinde uygulandı. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının sorumlu oldukları “koruyucu sağlık hizmetleri”, “topluma yönelik” ve kişiye yönelik olmak üzere ikiye bölündü. Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlık ocakları yerine kurulan “toplum sağlığı merkezleri”nin sorumluluğuna verilirken, kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri aile hekimlerinin sorumluluk alanına bırakıldı (Erol & Özdemir, 2014: 16). Böylece birinci basamakta topluma yönelik sağlık hizmeti sunma yerini, başvurana hizmet verme anlayışının egemen olduğu aile hekimliği uygulamasına bıraktı.

- 2005 yılında sağlık sigortası, sağlık hizmeti sunumu ile ilaç üretim ve dağıtımının bütünleştirildiği, bu sayede sağlık giderlerini azaltmayı hedefleyen Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastaneleri SB'ye devredildi.

- 2006 tarihli 5502 sayılı yasa ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adı altında tek çatı altında birleştirildi.

- 2006 yılında çıkarılan ve 2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile sağlığın finansmanı ile sağlık hizmeti sunumu kesin olarak birbirinden ayrıldı. Sağlık hizmetlerinin finansmanı sigorta yoluyla sağlanırken SGK'nın özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti satın almasının kapsamı genişletildi. Sağlığın finansmanı tek elde toplanarak özel sektör de dâhil olmak üzere sağlık hizmet sunucularının SGK'dan hizmet almaları modeli bu yasa ile oluşturuldu.

- 2010 yılında 5947 Sayılı “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” çıkarıldı.

- 5510 sayılı Kanun ile prim toplamaya dayalı, hizmetten yararlanma sırasında katkı payı ödenmesi zorunlu olan ve sunulacak hizmetlerin “Temel Teminat Paketi” adıyla sınırlanabildiği GSS 2012 yılından itibaren yürürlüğe girdi. GSS'nin sadece “Temel Teminat Paketi” içindeki hizmetleri karşılaması, hizmetin içeriğini daraltmakta,

özel sağlık sigortaları ile kişisel ödemelerin kapsamının her geçen gün artmasına yol açmaktadır. Temel ilkesi «herkesten gücüne göre prim alıp, herkese gereksinimine göre hizmet vermek» olan GSS sisteminde prim tahsilat sorunları yaşanmaktadır. GSS prim ödeyenlerin belli standart sağlık hizmetlerinden yararlandığı, prim ödeyemeyecek “yoksul” kesimler için sosyal yardım mekanizmasının öngörüldüğü, sistemin sağladığı standart sağlık hizmetlerini aşan hizmet talebinde ise özel sağlık sigortaları ve özel sağlık kuruluşlarına yöneltildiği “liberal” bir modeldir. Sistemin “toplumun bütününe kucaklama ve sağlık hizmetinden yararlanamayan kimseyi bırakmama” iddiası tam olarak gerçekleşmedi.

- 2011 yılında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Kamu Hastaneler Kurumu kurularak SB ve bağlı kuruluşların organizasyon yapısı değiştirildi. Kamu hastaneleri yarı otonom hale getirilerek piyasa benzeri yapıya dönüşmesi Kamu Hastane Birlikleri ile sağlandı.

- 2004 yılında SB hastanelerinde başlatılan performansa dayalı döner sermaye uygulaması, 2006 yılında tüm SB kurumlarına, 2011 yılında da üniversite hastanelerine yaygınlaştırıldı. Döner sermaye ve performansa dayalı ücret ödeme sistemi ile rekabetçi ücret politikası benimsendi. Bu sistemle hizmet üretiminin artırılması ve işletmenin (hastane/sağlık kurumunun) gelirinin yükseltilmesi sadece hastane yönetiminin değil tüm çalışanların hedefi haline getirildi (Erol & Özdemir, 2014: 18).

- 2013 yılında çıkarılan 6428 sayılı kanun ile kamu özel işbirliği modeli ile tesis yaptırılması, yenilenmesi ve hizmet alınması gibi uygulamalar yürürlüğe girmiştir (Pala, 2017: 49). Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin önemli adımlarından biri olarak bu model karşımıza bazen Kamu Özel İşbirliği, bazen Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) veya Şehir Hastaneleri adıyla gelebilmektedir. KÖO devletin bir özel şirket grubuyla uzun süreli (49 yıla kadar) sözleşme ilişkisi kurması esasına dayanan bir yatırım ve hizmet modelidir. Bu sözleşmenin konusunu, kamu hizmeti verilecek tesisin özel şirketler tarafından inşa edilerek devlete kiraya verilmesi, devletin de hem şirketlere kira ödemesi hem de bu tesiste verilecek “çekirdek hizmet” dışındaki hizmetleri bu şirketlere devretmesi oluşturmaktadır (Erbaş vd.,2012:8). KÖO kamu kaynaklarına özel sektörün ulaşımını sağlama yöntemlerinden birisidir ve sağlıkta piyasalaşma sürecinin en önemli adımlarındandır (Atalay, 2015: 66). KÖO yatırım maliyetinin yüksekliği ve beklenen gelirin sağlanamadığı durumlarda bunun hizmetten yararlanan halka yüksek fiyat olarak yansıtılması riskini taşımaktadır.

Yukarıda kronolojik olarak verilen sağlık hizmetlerinin kamu yerine özel sektör eliyle gördürülmesine yönelik dönüşümlerin özellikle 2000 yılı sonrası hız kazandığı görülmektedir. 2002 öncesi yıllar, sağlık reformları adıyla toplumun ve hukuksal altyapının hazırlandığı, 2002 sonrası ise SDP adı altında sağlığın piyasalaştırılması için hızlı adımların atıldığı yıllar oldu. Aslında 1990’lardan itibaren Türkiye’de özel sağlık kuruluşları hızla gelişti. Kamu sağlık kurumlarının verdiği hizmetlerden duyulan memnuniyetsizlikler ve kamu sağlık tesislerinin yetersiz kaldığı gerekçesiyle sosyal güvenlik kurumlarının özel sağlık işletmelerinden hizmet satın alma yolunu izlemesi, sosyal güvenlik kurumlarının sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanması gereken kaynaklarının kamudan özel sektöre aktarılmasına yol açtı. Ayrıca bu dönemde sağlık harcamalarının hızla artması yanında kamu sağlık kurumlarının sağlığın finansmanında döner sermaye gibi genel bütçe dışı kaynakları kullanma eğilimi güçlendi.

SDP ile kamu sağlık hizmetleri özele devredilirken kamunun elinde kalan sağlık hizmetleri de üretim ve sunum aşamasında piyasa kurallarına göre belirlenmeye başladı. Sağlığı piyasalaştıran sağlık reformları yoluyla sağlık talebi kısıktılmakta, artan sağlık talebi karşılığında hizmet üretimi de artmakta ve böylece sağlığın metalaşması için uygun ortam oluşturulmaktadır (Atalay, 2015: 58). Sağlık reformları ve SDP sağlık hizmet sunumunda yaşanan sorunlar ve eşitsizlikler nedeniyle toplumun genelinde destek gördü. Örneğin Çelikay & Gümüş (2011: 72) sigortalılar üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda eski sosyal güvence sisteminin (SSK, Bağ-Kur ve Yeşil-Kart güvencesine sahip olan kişilerin Emekli Sandığı mensuplarına kıyasla) GSS'ye kıyasla daha adaletsiz bir hizmet sunumuna yol açtığını savundukları ortaya çıktı. Ancak tüm iyileşmelere rağmen günümüz sağlık sisteminin sağlık risklerini kapsamına almada yetersiz olduğu ve sağlık sistemine güvenmedikleri tespit edildi (Çelikay & Gümüş, 2011:75).

Adaş & Elbek'in (2013: 246-247) araştırması sonucunda SDP'nin gerçek anlamda bir eşitliği sağlayamadığı, yurttaşların sosyoekonomik durumuna göre sağlık hizmetini farklılaştırıp ayırdığı ve hekimler ile sağlık birimlerinin uygulamalarının insanların sosyoekonomik statüsüne göre değişime yol açtığı saptandı.

Türkiye'de 1980 sonrası başlayan ve 2000'li yıllar ile hız kazanan sağlık reformları ve SDP'nin olumsuz etkileri (Atalay,2015: 62-63);

- Kamusal sağlık hizmetlerinin zayıflatılarak, sağlık hizmet alanının özel sektöre bırakılması,
- Kamu sağlık hizmeti veren kuruluşların piyasa koşulları içine alınması,
- Sağlığın metalaştırılması,
- Hastaların müşterileştirilmesi,
- Sağlık personelinin piyasa koşulları içine çekilmesi ve esnek güvencesiz, ücret baskısı altında çalıştırılması şeklinde özetlenebilir.

6. Sağlık Hizmeti Kullanımı Verileri

Sağlıkta dönüşüm sürecinin sonucunda nüfus artış oranı ile açıklanamayacak şekilde sağlık hizmeti verilen kurum sayısında, hizmet sunumu ve kullanımında artış yaşanmıştır. Bu artış özellikle yapılan girişimsel işlemler ve sezeryanla doğum sayılarında, muayene sayıları ile tetkik ve görüntüleme sayılarında dikkat çekmektedir.

Aşağıda Tablo 1'de kamu ve özel yataklı tedavi kurumlarının yıllara göre değişen yatak sayıları görülmektedir.

Tablo 1. Kamu ve Özel Yataklı Sağlık Kurumlarının Yatak Sayıları

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer (1)	Toplam
1980	75.484	13.501	3.868	6.264	99.117
1985	80.423	14.653	4.874	3.968	103.918
1990	92.354	18.068	6.230	4.086	120.738
1995	102.388	20.811	8.934	3.939	136.072
2000	96.334	23.838	12.162	2.616	134.950
2001	100.845	25.296	11.837	2.732	140.710
2002	107.394	26.341	12.387	18.349	164.471
2003	107.771	26.619	12.917	18.158	165.465
2004	108.511	28.025	12.671	17.500	166.707
2005	110.109	29.014	13.876	17.973	170.972
2006	110.819	31.193	14.639	17.691	174.342
2007	112.037	30.978	17.397	17.588	178.000
2008	114.428	29.912	20.938	17.905	183.183
2009	115.443	30.112	25.178	17.905	188.638
2010	120.180	35.001	28.063	16.995	200.239
2011	121.297	34.802	31.648	6.757	194.504
2012	122.322	35.150	35.767	6.833	200.072
2013	121.269	36056	37.983	6.723	202.031
2014	123.690	36.670	40.509	5.967	206.836
2015	122.331	38.361	43.645	5.311	209.648
2016	132.921	37.707	47.143	-	217.771

Kaynak: SB, 2018: 114,

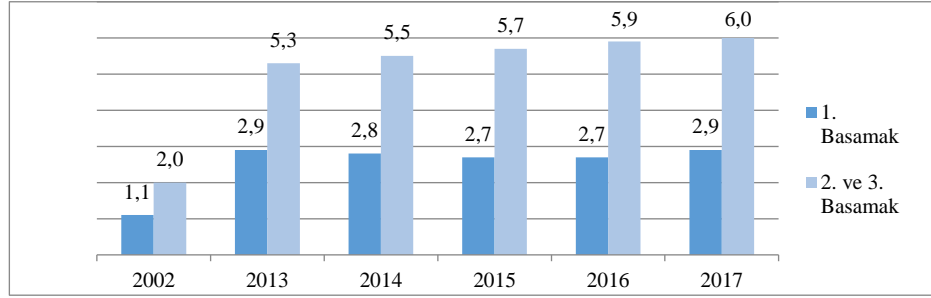
(1)"Diğer" grubu altında Belediyelere ait yataklı sağlık kurumları kapsamıştır. 2016 yılında sayıları az olduğundan "Özel" sektöre dâhil edilmiştir. Ayrıca, 2002 - 2015 yılları arasında Milli Savunma Bakanlığına ait hastaneler "Diğer" grubuna dâhil edilmiştir.

Tablo 1 verilerine bakıldığında; 1980 yılında SB, üniversite ve özel sağlık kurumlarının yaklaşık 99 bin olan toplam yatak sayısı, 2016 yılında iki kat artarak 218 bine ulaşmıştır. SB'ye bağlı yatak sayısı 75 binden 133 bine ulaşırken, özel sağlık kurumlarının yatak sayıları 1980 yılında yaklaşık 4 bin iken, 11 kattan fazla artarak 2016 yılında 47 bini aşmıştır. Özel sağlık kurumlarının yatak sayılarındaki bu artış sağlık reformları ile özel sağlık kuruluşlarına yapılan teşviklerin başarılı olduğunu göstermektedir.

Sağlık hizmetleri için "talep" her zaman var olmakla birlikte daha fazla kar elde edebilmek için "uyarılmış talep"e gereksinim duyulmaktadır. Talep tüketici eğilimleri ile oluşur ve sağlık hizmeti sunan ile tüketici arasında var olan "bilgi asimetrisi" bu eğilimin yönlendirilmesini kolaylaştırır. Son yıllarda hekime başvuru sayısı, görüntüleme tetkikleri, cerrahi girişim ve sezaryenle doğum sayıları ve ilaç tüketimindeki artışa bakıldığında talep artışında başarılı olduğu söylenebilir.

Aşağıda Şekil 1’de yıllara ve hizmet kapsamına göre kişi başı hekime başvuru sayıları görülmektedir.

Grafik 1:Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Baş Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler



Kaynak: SB, 2018:155.

Grafik 1 verilerine göre 2002 yılında toplam 3,1 olan hekime başvuru sayısı 2017 yılında yaklaşık üç kat artarak 8,9’a çıkmıştır. Gerçekte koruyucu hekimliğin uygulanmasında hayati öneme sahip birinci basamak sağlık kurumlarına başvuru 2017 yılında %30’lar düzeyindeyken, tedavi edici hekimliği önceleyen 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarına başvuru yaklaşık % 70’ler düzeyindedir. Genç nüfusa sahip olmasına rağmen Türkiye’de 8,9 olan hekime başvuru sayısı OECD ülkelerinde 2016 yılı için ortalama 6,8’dir. İsveç (2,8), Birleşik Devletler (4), Yunanistan (4), Fransa (6,1) ve İtalya (6,8) Türkiye’ye göre daha düşük hekime başvuru sayısına sahipken, sadece Almanya (10), Macaristan (11,1), Çekya (11,1), Slovakya (11,5), Japonya (12,8) ve Güney Kore (17) Türkiye’nin üzerindedir (OECD Health Data, 2018). Türkiye’nin genç nüfusa sahip olmasına rağmen görece yaşlı nüfus sorunu yaşayan çoğu OECD ülkelerinden daha yüksek hekime başvuru sayısına sahip olması düşündürücüdür. Yaşın ilerlemesiyle sağlık sorunlarının artmasına bağlı olarak hekime başvurularının ve sağlık harcamalarının bugüne göre çok daha hızlı artması beklenmektedir.

SDP ile MR, BT, ultrason, doppler ultrason ve eko görüntüleme sayıları ile cihaz sayılarında çok hızlı bir artış söz konusudur. Aşağıda Tablo 2’de Türkiye’de 2016 yılı için yataklı tedavi kurumlarında var olan cihaz sayıları görülmektedir.

Tablo 2: Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları Cihaz Sayıları (2016)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
MR	299	109	428	836
BT	521	138	493	1.152
ULTRASON	2.782	677	2.011	5.470
Dopler Ultrason	3.012	435	1.232	4.679
EKO	1.186	241	694	2.121
Mamografi	351	79	501	931

Kaynak: SB, 2018:129.

Tablo 2 verilerine göre, SB'ye bağlı kurumlarda 299 MR cihazına karşılık, özel sağlık kurumlarında 428 MR cihazı mevcuttur. BT sayısı SB ile özel sağlık kurumlarında birbirine yakın sayıda mevcut iken mamografi sayısı SB'de 351 iken, özel sağlık kurumlarında 501'dir. Cihaz sayıları kadar önemli diğer veri ise 1000 kişiye düşen görüntüleme sayısıdır.

Aşağıda Tablo 3'te sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında bin kişiye düşen görüntüleme sayıları görülmektedir.

Tablo 3: Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Bazı Cihazların 1000 Kişiye Düşen Görüntülenme Sayısı, 2017

	MR	BT	Ultrason	Doppler Ultrason	EKO	Mamografi
SB	113	147	233	164	73	17
Üniversite	22	29	28	10	10	4
Özel	38	29	69	25	18	5
Toplam	174	205	330	200	101	26

Kaynak: SB, 2018: 182.

SB ve OECD verilerine göre sağlık teknolojisi kullanımında Türkiye ilk sıralarda yer almaktadır. Örneğin yataklı tedavi kurumlarında 1.000 kişiye düşen MR görüntüleme sayısında Türkiye 174 ile OECD ülkeleri arasında ilk sırada yer alırken, OECD 25 ortalaması 70'dir. Yataklı tedavi kurumlarında 1000 kişiye düşen BT görüntüleme sayısı OECD ortalaması 2016 yılı için 148 iken Türkiye'de 205'dir (OECD, 2018).

Sağlık hizmeti kullanımında artış cerrahi girişim sayısına da yansımıştır. SDP'nin temel bir bileşeni olarak uygulamaya konulan performans sistemi, endikasyon dışı -diğer bir ifadeyle bilimsel olarak gerekmediği halde yapılan- ameliyat, tetkik ve muayeneleri arttırmakta ve mesleki etik değerlerde kabul edilemez bir aşınmaya neden olmaktadır (Elbek, 2010: 445).

Aşağıda Tablo 4'te 2002-2017 yılları arası sektörlere göre toplam ameliyat sayıları görülmektedir.

Tablo 4: Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Sağlık Bakanlığı	1.072.417	2.414.538	2.445.424	2.364.595	2.473.267	2.590.538
Üniversite	307.108	715.889	765.549	801.424	799.133	815.076
Özel	218.837	1.553.810	1.587.973	1.604.126	1.499.829	1.525.685
Toplam	1.598.362	4.684.237	4.798.946	4.770.145	4.772.229	4.931.299

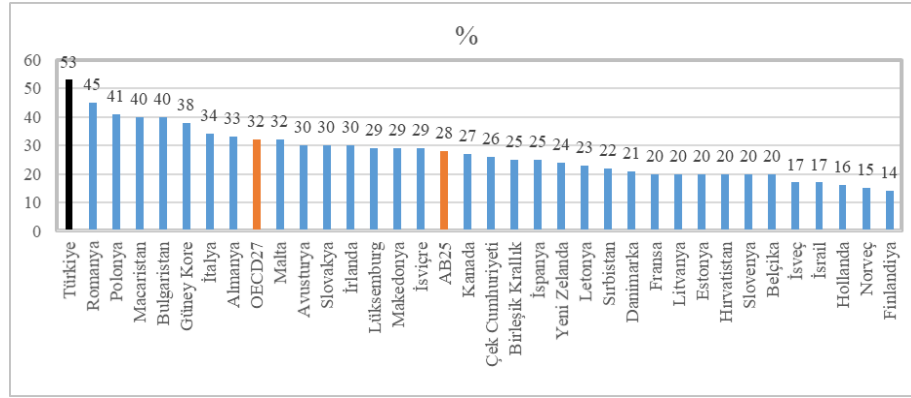
Kaynak: SB, 2018: 166.

Tablo 4 verilerine göre 2002 yılında toplam 1.598.362 olan toplam ameliyat sayısı, yaklaşık üç kat artarak 2017 yılında 4.931.299'a ulaşmıştır. Özellikle özel sağlık kuruluşlarındaki artış dikkat çekicidir. SDP'nin hastaneleri bir tür işletmeye dönüştürerek "daha çok kazanmaya" zorlaması ameliyat sayı ve niteliklerinde de değişime yol açmaktadır (Elbek, 2015: 35).

SDP'nin yarattığı talep patlaması sağlık anlayışını da değiştirdi. Toplumun, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının normal olan doğum süreciyle ilgili algılarının değişmesi, doğuma ameliyat gerektiren hastalıklı süreç olarak yaklaşımın öne çıkması, sezaryenle doğumlarda ciddi artışa yol açmıştır. Sezaryenin hizmet sunucularına sağladığı ekonomik fayda, gerek hekim gerekse hastane açısından avantajlı olması, normal doğuma göre daha kısa sürede uygulanması, çalışma saatlerine göre ayarlanabilir olması artışın sebepleri arasındadır (Üçer, 2013:263). 2002 yılında sezaryenle doğumların tüm doğumlar içindeki oranı % 21 iken, bu oran 2017 yılında % 53,1'e çıktı. Sezaryenle doğum SB'ye bağlı yataklı tedavi kurumlarında 2017 yılı için % 38,7 iken, özel sağlık kurumlarında % 69,7'ye çıkmaktadır (SB, 2018: 80-81).

Aşağıda Grafik 2'de 2016 yılı için sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranının uluslararası karşılaştırılması görülmektedir.

Grafik 2: Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırılması (%) 2016



Kaynak: SB, 2018: 84.

Grafik 2 verilerine göre tüm doğumlar içinde sezaryenle doğum oranında Türkiye % 53 ile OECD ülkeleri arasında ilk sırada gelmektedir. OECD ortalaması % 32 iken Avrupa Birliği ortalaması % 28'dir.

SDP Türkiye'de ilaç tüketiminde de ciddi artışlara yol açmıştır. 2017 yılında eczaneler kanalıyla tüketilen ilaç miktarı yaklaşık 2,7 milyar kutuya çıktı (SB, 2018: 201). 2002 yılında ise 700 milyon kutu ilaç tüketiliyordu (SB, 2012: 112). Hastanelerde tüketilen ilaçlar buna dâhil değildir.

Sağlık hizmet kullanımına yönelik verileri artırmak mümkündür. Ancak SDP sadece hizmet kullanımında hızlı bir artışa yol açmadı. Önce sağlık reformları ardından SDP olarak adlandırılan süreç hizmet kullanımında talep patlaması yarattığı kadar sağlık çalışanlarının statüsü ve çalışma ilişkilerinde de önemli değişikliklere yol açmaktadır. Sonraki başlıkta bu sürecin çalışanların statüsüne etkisi incelenmektedir.

7. Sağlıkta Dönüşümün Çalışanların Statüsüne Etkisi

Sağlık reformları ve sağlıkta dönüşüm programından en olumsuz etkilenen kesim sağlık personeli olmaktadır. Bu dönemde güvencesiz ve esnek çalışma modelleri başlangıçta mavi yakalılar ilerleyen yıllarda ise beyaz yakalılar da içerecek şekilde yaygınlaşmaktadır. Mavi yakalılar uzun süredir karşılaştığı esnek çalışma modelleri ile beyaz yakalılar olarak sağlık çalışanları da SDP ile karşılaştılar. SDP ile hekimler yoğun bir şekilde esnek çalışma modellerine maruz kalmasa da mesleki değersizleşmeye maruz kaldılar. Özellikle aile hekimliği modelinde gerek aile hekimleri gerekse aile sağlığı elemanları çalışma süreleri ve yerlerinin belirsizliği, iş yoğunluğu ve iş stresinin arttığı güvencesiz esnek çalışma modelinde görev yapmaya başladılar (Gül ve Ergun, 2010:317). Güvencesiz esnek çalışma modeli çalışanlar arasında rekabeti körüklerken aralarında hiyerarşilerin oluşmasına (sözleşmeli-kadrolu gibi) yol açtı.

Aşağıda Tablo 5’de 1980 yılından 2016 yılına kadar sağlık personeli sayılarının değişimi görülmektedir.

Tablo 5: Türkiye’de Sağlık Personeli Sayıları 1980-2016

Yıllar	Hekim	Diş hekimisi	Hemşire	Sağlık memuru	Ebe	Eczacı	Diğer personel ve hizmet alımı(1)
1980	27.241	7.177	26.880	11.964	17.197	11.379	-
1985	36.427	8.305	30.854	15.525	18.852	11.602	-
1990	50.639	10.514	44.984	21.547	30.415	15.792	-
1995	69.349	11.717	64.243	34.342	39.551	19.090	-
2000	85.242	15.906	69.550	51.887	41.594	21.927	-
2005	100.853	18.149	78.182	62.035	43.541	22.756	-
2006	104.475	18.332	82.626	67.514	44.483	23.140	-
2007	108.402	19.278	94.661	79.441	47.175	23.977	-
2008	113.151	19.959	99.910	89.540	47.673	24.778	-
2009	118.641	20.589	105.176	93.550	49.357	25.201	-
2010	123.447	21.432	114.772	99.302	50.343	26.506	-
2011	126.029	21.099	124.982	110.862	51.905	26.089	260.693
2012	129.772	21.404	134.906	122.663	53.466	26.571	273.616
2013	133.775	22.295	139.544	131.652	53.427	27.012	290.363
2014	135.616	22.996	142.432	138.878	52.838	27.199	303.110
2015	141.259	24.834	152.803	145.943	53.086	27.530	311.337
2016	144.827	26.674	152.952	144.609	52.456	27.864	321.952

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistikleri. Devlet hesabına ve serbest çalışan tüm sağlık personelini kapsar.

(1) Diğer personel ve hizmet alımına ait veri kaynağı değiştiğinden 2011 yılı öncesi için, tanıma uygun sağlıklı verilere ulaşılamamıştır.

Tablo 5 verilerine göre, 1980 yılından 2016 yılına kadar Türkiye’de nüfus artış hızına paralel olarak devlet hesabına ve serbest çalışan sağlık personeli sayısında artış gerçekleşti. Ancak tabloda dikkat çeken veri diğer personel ve hizmet alımı yoluyla

istihdamda görülen artıştır. Hizmet alımı yoluyla personel istihdamındaki artış, güvencesiz çalışmanın boyutlarını göstermesi açısından çarpıcı bir veridir.

Aşağıda Tablo 6’da 2002 ile 2017 yılı içinde SB personel sayıları görülmektedir.

Tablo 6: Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Sağlık Bakanlığı

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Uzman Hekim	22.187	35.081	36.886	38.783	40.544	42.726
Pratisyen Hekim	29.030	32.601	33.060	35.833	37.173	38.721
Asistan Hekim	6.189	7.814	7.930	7.973	8.615	8.817
Toplam Hekim	57.406	75.496	77.876	82.589	86.332	90.264
Diş Hekimi	3.211	7.997	7.640	8.683	9.125	9.768
Eczacı	1.596	2.067	2.102	2.156	2.318	2.855
Hemşire	54.360	93.700	94.404	101.722	103.507	112.074
Ebe	39.473	48.694	48.103	48.078	47.766	49.003
Diğer Sağlık Personeli	33.276	93.555	97.763	102.243	104.446	111.193
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	67.496	183.622	189.998	194.689	204.778	215.402
Toplam Personel Sayısı	256.818	505.131	517.886	540.160	558.272	590.559

Kaynak: SB, 2018:217.

Tablo 6 verilerine göre 2017 yılında SB’nin toplam personel sayısı 2002 yılına göre iki kattan fazla artış gösterdi. Toplam hekim sayısı 2002 yılında 57.406 iken, 2017’de 90.264’e çıktı. Destek hizmetleri oluşturan diğer sağlık personeli ile diğer personel ve hizmet alımı yoluyla istihdam edilen personelin 2002 yılında 100.772 iken 2017 yılında üç kattan fazla artarak 326.595’e ulaşması, güvencesizliğin boyutlarını göstermesi açısından çarpıcı bir veridir.

Sağlık personelinin güvencesiz çalışma sürecini hızlandıran projelerden biri de KÖO ile yapılan şehir hastaneleridir. KÖO projelerinin hayata geçmesi ile sağlık hizmeti “çekirdek ve destek” olarak ayrıştırılmakta, sadece muayene hizmetleri “çekirdek hizmet” kavramı içerisinde devletin işlev alanında bırakılmaktadır. Teşhis için görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri “destek hizmeti” kapsamı altında üstlenici özel firmaya bırakılmaktadır. Yıllardır hizmet alımı yoluyla taşeron şirketler üzerinden görülmekte iken 20.11.2017 tarih ve 696 sayılı KHK ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4/D maddesi kapsamında sürekli kamu işçilerine gördürülen yemek, temizlik, bilgi işlem gibi işlevler ile dokümantasyon hizmetleri üstlenici firmaya bırakılmaktadır. KÖO modelinin hayata geçmesiyle kamusal sağlık hizmeti sunanların yaklaşık yarısının ürettiği mal ve hizmetler “özelleştirilmekte”dir. Kamu, üstleniciden kendi çekirdek hizmetini destekleyen mal ve hizmetleri satın almakta veya kiralamaktadır (Sönmez, 2018: 65).

SB personelinin yaklaşık yarısı özel hukuk hükümleri çerçevesinde bireysel iş sözleşmesine dayalı güvencesiz istihdam edilirken, üniversiteler ile özel sağlık kuruluşlarındaki personelin istihdamına da bakmak gerekmektedir.

Aşağıda Tablo 7’de 2017 yılı için sağlık personelinin sektörlere ve unvanlara göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 7: Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2017.

	SB	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Hekim	42.726	14.415	23.810	80.951
Pratisyen Hekim	38.721	240	5.688	44.649
Asistan Hekim	8.817	15.580	-	24.397
Toplam Hekim	90.264	30.235	29.498	149.997
Diş Hekimi	9.768	2.505	15.616	27.889
Eczacı	2.855	348	25.309	28.512
Hemşire	112.074	24.261	29.807	166.142
Ebe	49.003	759	3.979	53.741
Diğer Sağlık Personeli	111.193	11.990	32.234	155.417
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	215.402	70.987	52.852	339.241
Toplam Personel Sayısı	590.559	141.085	189.295	920.939

Kaynak: SB, 2018: 217.

Tablo 7 verilerine göre 2017 yılı için tüm sektörler için toplam sağlık personeli sayısı 920.939’a ulaşmıştır. Toplam sağlık personeli sayısının yaklaşık üçte ikisini oluşturan 590.559 kişi SB personelidir. SB’nin 590.559 personelinin 316.593’ü diğer sağlık personeli ile diğer personel ve hizmet alımı yoluyla istihdam edilenlerden oluşmaktadır. Özel sektörde hizmet alımı yoluyla personel istihdamı SB’ye göre oransal olarak daha düşük düzeydedir.

Esnek çalışma modellerinden bir diğerini ise aile hekimliği modeli oluşturmaktadır. Aile hekimliği sistemi ile hekimler “kamu görevlisi” olmak yerine ücretini piyasa koşullarında kazanan bir “girişimciye” dönüştürülmüştür. Aile sağlığı elemanları da kamu görevlisi statüsünden, aile hekimiyle yaptığı bireysel iş akdiyle istihdam edilen ve kamu görevliliğinin sağladığı güvenceleri büyük ölçüde yitirmiş bir statüye sahiptir (Ataay, 2008: 176). Bu istihdam modeli ile sağlık hizmetlerinin gereği olan ekip çalışması yerini ikili çalışma modeline bırakmakta ve bununla emek gücü maliyetleri azaltılmaya çalışılmaktadır (Erol & Özdemir, 2014: 16).

Personel sayısındaki artışa rağmen uluslararası göstergelere göre 100.000 kişiye düşen hekim sayısı Türkiye’de halen çok yetersizdir. Aşağıda Tablo 8’de 100.000 kişiye düşen hekim sayısının uluslararası karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 8: 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması

Ülke	Hekim sayısı	Ülke	Hekim Sayısı	Ülke	Hekim sayısı
Yunanistan	659	AB	378	Lüksemburg	310
Norveç	523	Avustralya	377	Belçika	307
Avusturya	513	Çek Cumhuriyeti	369	Slovenya	307
Portekiz	480	OECD	351	Yeni Zelanda	302
Litvanya	477	Slovakya	347	Romanya	291
Almanya	458	Estonya	346	Birleşik Krallık	278
İsveç	450	Letonya	337	Birleşik Devletler	272
Bulgaristan	435	Fransa	335	Kanada	268
İsviçre	432	Finlandiya	333	Polonya	263
İtalya	414	Hollanda	331	Japonya	250
İspanya	413	İsrail	329	Meksika	236
Danimarka	394	Hırvatistan	324	Şili	230
Malta	392	Macaristan	321	Güney Kore	229
İzlanda	385	İrlanda	319	Türkiye	186

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2018, EUROSTAT veri tabanından aktaran SB, 2018:219.

Not: Türkiye verisi 2017 yılına aittir. Ülke verileri 2016 yılına veya en yakın yıla aittir.

Tablo 8 verilerine göre, 2017 yılı için Türkiye’de 100.000 kişiyeye düşen hekim sayısı 186 kişidir ve seçili ülkeler arasında Türkiye bu veri ile son sırada yer almaktadır. OECD ülkelerinde ortalama 351 kişi ile Türkiye’nin yaklaşık iki katı düzeyindedir. 100.000 kişiyeye düşen hemşire ve ebe sayısında da tablo farklı değildir. Aşağıda Tablo 9’da 100.000 kişiyeye düşen hemşire ve ebe sayısının 2016 yılına ait uluslararası karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 9: 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması 2016

Ülke	Hemşire ve Ebe Sayısı	Ülke	Hemşire ve Ebe Sayısı	Ülke	Hemşire ve Ebe Sayısı
Norveç	2.121	Yeni Zelanda	1.162	Hırvatistan	673
Danimarka	1.889	Kanada	1.096	Portekiz	673
İsviçre	1.827	Fransa	1.053	Macaristan	660
Finlandiya	1.655	OECD	1.025	İspanya	647
Almanya	1.654	Slovenya	990	Estonya	644
İzlanda	1.501	AB	914	Slovakya	608
Belçika	1.393	Malta	860	İsrail	601
Avustralya	1.387	Çek Cumhuriyeti	844	Polonya	581
İrlanda	1.341	Birleşik Krallık	836	Letonya	486
Hollanda	1.245	Avusturya	815	Bulgaristan	480
İsveç	1.242	Litvanya	806	Yunanistan	350
Lüksemburg	1.235	Romanya	693	Şili	308
Japonya	1.228	İtalya	684		
Birleşik Devletler	1.166	Güney Kore	682	Türkiye	272

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2018, EUROSTAT veri tabanından aktaran SB, 2018:230.

Not: Türkiye verisi 2017 yılına aittir. Ülke verileri 2016 yılına veya en yakın yıla aittir.

Tablo 9 verilerine göre 100.000 kişiyeye düşen ebe hemşire sayısı OECD ülkelerinde ortalama 1.025 iken Türkiye’de 272 ile bu verinin yaklaşık dörtte biri düzeyindedir. Türkiye 272 ile OECD ülkeleri arasında son sırada yer alırken 2.121 kişi ile Norveç ilk sırada yer almaktadır.

9. Sağlıkta Dönüşüm Programının Sağlık Harcamalarına Etkileri

Türkiye’de sağlık reformları ve SDP sonrasında sağlık harcamalarında ciddi artışlar gerçekleşmiştir. Türkiye’de sigorta temelli kurgulanan sosyal güvenlik sistemi, artan sağlık harcamaları karşısında 1990’ların ortalarından itibaren emeklilik sigortasında olduğu gibi sağlık sigortasında da gelirlerin giderleri karşılayamadığı bir tablo ile karşılaşmıştır. Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanında tercihini sosyal sigortaya dayalı finansman yönteminden yana kullanmıştır. Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi ile sağlık hizmetlerinin sunumu kademeli olarak gelişmiştir. Önce nüfusun bazı bölümleri sosyal güvenlik kapsamına alınmış, ardından bu nüfusa sağlık hizmetleri de verilmeye başlanmıştır. Bugün SGK, sağlık hizmetlerinin finansmanında en güçlü kurum konumundadır.

Aşağıda Tablo 10’da Türkiye’de 2000-2017 arası toplam sağlık harcamaları ve toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)’ya oranı görülmektedir.

Tablo 10: Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeler, 2000-2017.

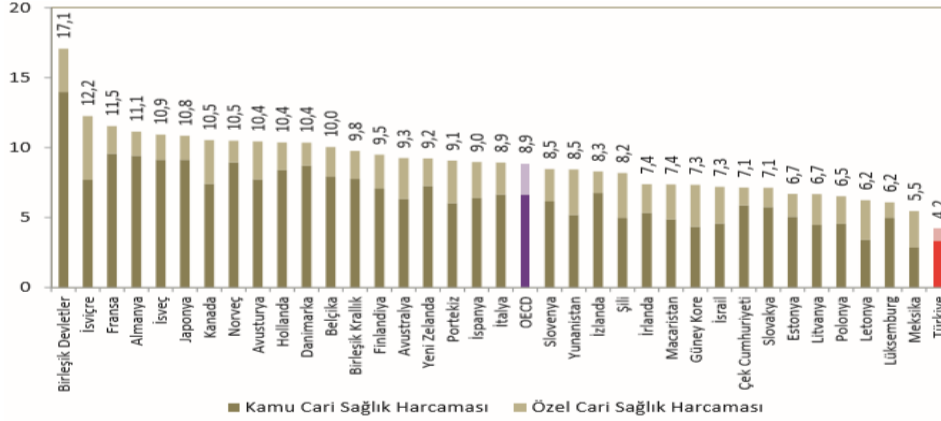
YIL	Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) ⁽¹⁾	YIL	Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%)
2000	8.248	4,8	2009	57.911	5,8
2001	12.396	5,1	2010	61.678	5,3
2002	18.774	5,2	2011	68.607	4,9
2003	24.279	5,2	2012	74.189	4,7
2004	30.021	5,2	2013	84.390	4,7
2005	35.359	5,2	2014	94.750	4,8
2006	44.069	5,6	2015	104.568	4,5
2007	50.904	5,8	2016	119.756	4,6
2008	57.740	5,8	2017	140.647	4,5

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri.

Tablo 10 verilerine göre toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2000 yılında % 4,8 düzeyindeyken, 2007, 2008 ve 2009 yıllarında % 5,8 düzeyine ulaşmış, 2017 yılında ise % 4,5'e düşmüştür. Sağlık harcamalarındaki artışa rağmen, OECD ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye'de GSYİH içinde sağlık harcamalarının düzeyi daha düşüktür.

Aşağıda Grafik 3'te 2016 yılı için Türkiye'nin cari sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının uluslararası karşılaştırılması görülmektedir.

Grafik 3: Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırılması (%), 2016



Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2018, SB,2018:276.

Not: Türkiye verisi 2017 yılına aittir. Ülke verileri 2016 yılına veya en yakın yıla aittir.

Grafik 3 verilerine göre OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı % 8,9 iken, Türkiye'de bu oran % 4,2'dir. Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sağlık harcamalarının artmasının en önemli nedenlerinden biri yaşlı nüfustur. Nüfusun yaş yapısının önemli göstergelerinden biri olan ortanca yaş TÜİK verilerine göre 2018

yılı için 32'dir (TÜİK, 2019a). Ancak TÜİK nüfus projeksiyonlarına göre ortanca yaşın 2023 yılında 33,5, 2040'ta 38,5 ve 2060'ta 42,3, 2080'de ise 45 olması beklenmektedir. Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresi artmakta ve nüfus yaşlanmaktadır. Yaşlı nüfus olarak tanımlanan 65 yaş ve üzeri nüfus oranı 2018 için % 8,7 iken, 2023'te % 10,2, 2040'ta % 16,3, 2060'ta % 22,6 ve 2080'de % 25,6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2018). Türkiye'de gerek sağlık hizmetlerinin kullanımında, gerekse sağlık harcamalarındaki artış bu avantajlı demografik yapıya rağmen gerçekleşmiştir.

Aşağıda Tablo 11'de 2000-2017 yılları arası Türkiye'de hizmet sunucularına göre sağlık harcamaları dağılımı görülmektedir.

Tablo 11: Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

		Genel Toplam	Genel Devlet			Özel Sektör			
			Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane-halkları	Diğer ⁽¹⁾
2000	Toplam Sağlık Harcaması	8.248	5.190	1.846	458	2.886	3.058	2.280	778
	Cari Sağlık Harcaması	7.888	4.865	1.718	323	2.824	3.023	2.256	767
	Yatırımlar	360	325	128	135	62	35	24	11
2005	Toplam Sağlık Harcaması	35.359	23.987	9.520	467	14.000	11.372	8.049	3.323
	Cari Sağlık Harcaması	33.292	22.554	8.776	327	13.452	10.738	8.049	2.689
	Yatırımlar	2.067	1.433	744	140	549	634	-	634
2010	Toplam Sağlık Harcaması	61.678	48.482	17.209	577	30.695	13.196	10.062	3.134
	Cari Sağlık Harcaması	58.623	45.726	15.307	477	29.941	12.897	9.891	3.007
	Yatırımlar	3.054	2.756	1.902	100	754	299	172	127
2015	Toplam Sağlık Harcaması	104.568	82.121	25.286	927	55.908	22.446	17.315	5.131
	Cari Sağlık Harcaması	96.786	75.622	20.265	893	54.464	21.163	16.404	4.760
	Yatırımlar	7.782	6.499	5.021	34	1.444	1.283	912	371
2016	Toplam Sağlık Harcaması	119.756	94.012	28.731	1.118	64.163	25.744	19.562	6.182
	Cari Sağlık Harcaması	112.540	88.279	24.290	1.064	62.925	24.261	18.531	5.730
	Yatırımlar	7.216	5.733	4.441	54	1.238	1.483	1.031	452
2017	Toplam Sağlık Harcaması	140.647	109.744	35.316	1.303	73.125	30.904	24.004	6.900
	Cari Sağlık Harcaması	130.981	101.786	27.694	1.216	72.876	29.195	22.770	6.425
	Yatırımlar	9.666	7.958	7.623	86	249	1.709	1.234	475

Kaynak: TÜİK, 2019b, Sağlık Harcamaları İstatistikleri.

Tablo 11 verilerine göre 2000 yılında 8.2 milyon TL olan toplam sağlık harcamasının 5.190 milyon TL'si kamuya, 3.058 milyon TL'si özel sektöre aittir. 2017 yılında ise toplam 140.647 milyon TL olan sağlık harcamalarının 109.744 milyon TL'si kamuya, 30.904 milyon TL'si özel sektöre aittir. Tablo verilerine göre tüm hizmet sunucularında hem cari sağlık harcamalarında hem de yatırım kalemlerinde önemli artışlar görülmektedir. Ancak toplam sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik kurumlarının yaptığı harcamalarındaki artış dikkat çekicidir. 2002 yılında sosyal güvenlik kurumları 2.886 milyon TL toplam sağlık harcaması yaparken bu rakam 2017 yılında yaklaşık 26 kat artarak 73.876 milyon TL'ye ulaşmıştır. Sağlık harcamalarındaki artış ise yaklaşık 17 kattır.

Aşağıda Tablo 12'de yıllara göre kişi başı kamu ve özel cari sağlık harcamaları görülmektedir.

Tablo 12: Türkiye'de Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Cari Sağlık Harcaması, SGP, ABD Doları

	Kamu Cari Sağlık Harcaması	Özel Cari Sağlık Harcaması	Toplam
2002	329	141	470
2003	342	138	481
2004	383	151	534
2005	395	188	583
2006	483	218	701
2007	535	243	778
2008	608	229	837
2009	683	165	849
2010	680	192	872
2011	721	190	192
2012	726	191	917
2013	766	212	978
2014	809	233	1.043
2015	804	225	1.029
2016	874	236	1.092
2017	874	251	1.124

Kaynak: TÜİK'ten aktaran SB, 2018: 250.

Tablo 12 verilerine göre 2002 yılında 470 dolar olan toplam kişi başı kamu ve özel cari sağlık harcamaları, 2017 yılında 1.124 dolara ulaştı. 2002 yılında 329 dolar olan kamu sağlık harcamaları, 2017 yılında 874 dolara çıkarken, 141 dolar olan özel sağlık harcamaları 2017 yılında 251 dolara çıktı. Zaman içerisinde hane halkının tüketim harcamalarında sağlığa ayrılan pay yüzde olarak artmamış gibi görünse de (2002'de % 2,3; 2012'de % 1,8) mutlak değer olarak cepten harcamalarda ciddi artışlar yaşandı.

Son yıllarda kamu ve özel sektöre ait kurumların yaptığı sağlık harcamalarında artışlar yanında bireylerin ve ailelerin cepten yaptığı sağlık harcamalarında da önemli artışlar gerçekleşti. Bireyler SDP öncesi daha sınırlı kalemlerde ve daha düşük bedellerle katılım payı öderken, bugün ilave kalemlerde ve artan miktarlarda katılım payı ödemek durumundadır. Bu zorunluluk kişilerin GSS kapsamında olmasına rağmen artarak sürmektedir.

Aşağıda Tablo 13'te 2018 yılı SGK Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre sağlıkta katılım payları ve ilave ücretler görülmektedir.

Tablo 13: Sağlıkta Katılım Payları ve İlave Ücretler

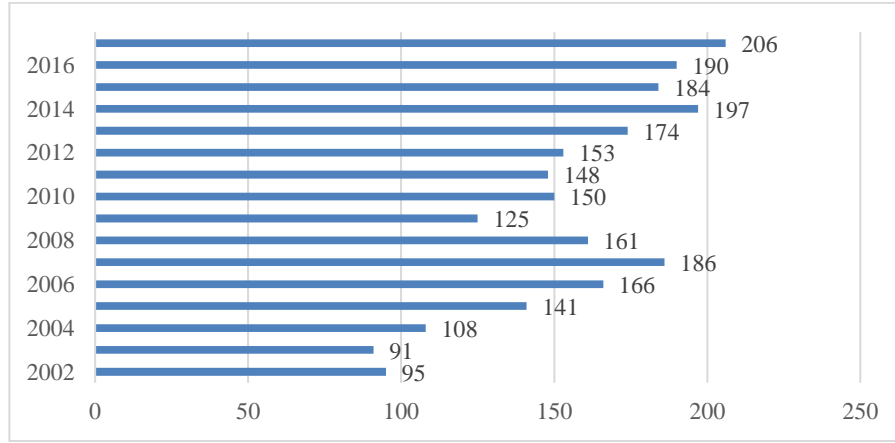
	Katılım payı veya ilave ücret alınacak hizmetler	Miktarlar
1	Reçete	3 kutuya kadar (3 kutu dâhil) 3 TL, Sonraki her kutu için ilave 1 TL
2	Muayene ücretleri	
	2.Basamak sağlık hizmeti sunucularında	6 TL muayene bedeli+3 TL reçete+1 TL üç kutu ilacı geçen her kutu için ilave ücret
	Üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde	7 TL muayene bedeli+3 TL reçete+1 TL üç kutu ilacı geçen her kutu için ilave ücret
	Üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında	8 TL muayene bedeli+3 TL reçete+1 TL üç kutu ilacı geçen her kutu için ilave ücret
	Anlaşmalı Özel Hastaneler	15 TL muayene bedeli+3 TL reçete+1 TL üç kutu ilacı geçen her kutu için ilave ücret
	Üniversite hastanesinde öğretim üyesi muayenesi	Poliklinik muayenelerinde SGK fiyatının en fazla iki katı (diğer hizmetler için bir katı) (Bir defada asgari ücretin iki katını aşamaz)
	10 gün içinde aynı branştan tekrar muayene	Ek 5 TL
3	İlaç katılım payı	SGK'dan gelir ve aylık alanlar için %10, diğer kişiler için %20
4	Tıbbi malzeme- vücut dışı ortez ve protez katılım payı	SGK'dan gelir ve aylık alanlar için %10, diğer kişiler için %20
5	Yardımcı üreme yöntemi katılım payı	Birinci denemede %30, ikinci denemede %25, üçüncüsü %20
6	Eşdeğer ilaç farkı	Sınırsız
7	Yatak ücreti	SGK "Standart yatak tarifesi" işlem bedelinin 1,5 katına, tek yataklı odalarda ise 3 katına kadar
8	Günübirlik tedavide yatak ücreti	SGK "Gündüz yatak tarifesi" işlem bedelinin 3 katına kadar
9	Vakıf üniversiteleri dâhil sözleşmeli (özel) sağlık hizmet sunucuları için ilave ücret	SGK fiyatının %200'ü
10	Röntgen laboratuvar hizmeti	Özel hastanelerde (ilave) ücretli
11	İstisnai sağlık ücreti	Robotik cerrahi, diş protezleri, katarakt ameliyatı, epidural anestezi ile (ağrısız) doğum, lazerli prostat tedavisi vb. SGK fiyatının 3 katı ilave ücret alınabilir.

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 05.07.2018 Tarih ve 30469 sayılı Mükerrer Resmi Gazete.

Sağlıkta katılım payları ve ilave ücretler tablosuna bakıldığında, çok farklı adlar ile bireylerin sosyal güvenceye sahip olmalarına rağmen cepten ödeme yükümlülüğü ile karşı karşıya kaldığı görülmektedir. GSS öncesi sadece ilaç ve tıbbi malzemede %10 ve %20 gibi oranlarda katılım payı ödenirken, şu an onun üzerinde değişik kalemlerde ve SGK ödeme fiyatının üç katına kadar ulaşan ilave ödeme yükümlülükleri söz konusudur.

Toplam sağlık harcamalarının düzeyini bilmek kadar, özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan harcamalarının miktarını da bilmek gerekmektedir. Grafik 5'te Türkiye'de yıllara göre kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması görülmektedir.

Grafik 5: Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, (SGP ABD Doları)



Kaynak: TÜİK

Grafik 5 verilerine göre 2002 yılında 95 dolar olan kişi başı cepten sağlık harcaması, dalgalı bir seyir izlemekle birlikte artış eğilimini sürdürmüş ve 2017 yılında 206 dolara ulaşmıştır. Aşağıda Tablo 14'te cepten yapılan sağlık harcamasının cari sağlık harcaması içindeki oranının uluslararası karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 14: Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), 2016

Ülkeler	Kamu	Cepten	Diğer Özel	Ülkeler	Kamu	Cepten	Diğer Özel
Norveç	85	15	0	Avusturya	74	19	7
Almanya	85	12	3	OECD	73	21	6
Japonya	84	13	3	Slovenya	73	12	15
Danimarka	84	14	2	İrlanda	72	13	15
İsveç	84	15	1	İspanya	71	24	5
Fransa	83	10	7	Kanada	70	15	15
Çek Cumhuriyeti	82	15	3	Polonya	70	23	7
Birleşik Devletler	82	11	7	Avustralya	68	19	13
İzlanda	82	17	2	Litvanya	67	32	1
Hollanda	81	11	8	Portekiz	66	28	6
Lüksemburg	81	11	7	Macaristan	66	30	4
Slovakya	81	18	1	İsviçre	63	30	8
Birleşik Krallık	80	15	5	İsrail	63	23	13
Belçika	79	16	5	Yunanistan	61	34	4
Yeni Zelanda	79	14	8	Şili	61	32	7
Türkiye	78	17	5	Güney Kore	59	33	8
Estonya	76	23	2	Letonya	55	45	1
Finlandiya	74	20	5				
İtalya	74	23	2	Meksika	52	40	7

Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2018, SB, 2018:254.

Not: Türkiye verisi 2017 yılına aittir. Ülkelere ait veriler 2016 yılına veya en yakın yıla aittir.

Tablo 14 verilerine göre 2016 yılı için toplam cari sağlık harcamaları içinde cepten sağlık harcamaları OECD ülkelerinde ortalama % 20,4 iken Türkiye’de bu oran %17,4’tür. Cepten en yüksek harcama yapan ülkeler Letonya, Meksika, Güney Kore, Yunanistan şeklinde devam ederken en az harcama düzeyi %9,8 ile Fransa’dadır.

Son yıllarda pek çok sebebe bağlı olarak sağlık hizmetine olan talep arttı ve talep artışı sağlık hizmet tüketimini artırdı. Buna rağmen Türkiye’nin SDP çerçevesinde yaptığı sağlık harcamaları dikkate alındığında; bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı ve ortalama yaşam süresinde belirgin bir iyileşmenin olmadığı, kaynakların akılcı kullanılmadığı ifade edilebilir. SDP kapsamında hayata geçmekte olan KÖO projeleri sağlık harcamalarında çok daha ciddi artışlara yol açabilecektir. Sağlıkta KÖO uygulamasına gidenlerin ana argümanı, toplumun artan sağlık ihtiyacı talebine, kamu maliyesinin, kamunun sağlık bütçesinin yetmediği şeklindedir. SB bütçesi merkezi ve döner sermaye olmak üzere iki başlıktan oluşmaktadır. 71,5 milyar TL olan 2018 bütçesinin %53’ü merkezi, %47’si döner sermaye bütçesinden oluşmaktadır. SB’nin toplam bütçesinin % 52’sini personel harcamaları, % 38,5’ini mal ve hizmet alımları oluştururken yatırımlara sadece % 10’luk pay kalmaktadır (Sönmez, 2018: 66). KÖO ile hastanelerin özel sektöre yaptırılıp kamu tarafından uzun süreli kiralanması ilk bakışta kamunun hastane yapma işini özel sektöre bırakması gibi algılanmaktadır. Ancak sağlık yan hizmetlerinin özel kesime bırakıldığı, bedelsiz arsa temininden, finansman güvencesine ve yatak doluluk garantileri gibi güvencelerin kamu tarafından üstlenildiği bu projelerin hayata geçmesiyle devletin ileride ciddi finansman yükü ile karşılaşması muhtemeldir. Örneğin 2018 bütçesine tüm Kamu-Özel İşbirliği projelerinin garanti

zararları için 6,4 milyar TL konulurken bunun 2,6 milyar TL'si şehir hastaneleri içindir (Sönmez, 2018: 67). SB 2017 yılı faaliyet raporuna göre;

- 2017 yılında sözleşmesi imzalanan 30.809 yatak kapasiteli 21 adet KÖO sağlık tesislerinin yapımı devam etmektedir.
- 4074 yatak kapasiteli Adana, Mersin, Isparta ve Yozgat şehir hastanelerinin inşaatı tamamlanarak hasta kabulü başlamıştır.
- Ayrıca 4.500 yatak kapasiteli Denizli, Samsun, Antalya, Aydın ve Diyarbakır Kayapınar şehir hastanelerinin ihale süreci ise devam etmektedir.
- 6300 yatak kapasiteli İzmir Tınaztepe, Ordu ve İstanbul Sancaktepe şehir hastaneleri ise Yüksek Planlama Kurulunda onay beklemektedir.
- 3000 yatak kapasiteli Rize, Sakarya ve Trabzon şehir hastanelerinin ön fizibilite çalışması devam etmektedir.

KÖO ile yapılan şehir hastaneleri kamunun yatırım bütçesinin yetersizliği nedeniyle kamunun yatırım yükünü azaltacağı iddiasıyla hayata geçirilmekle birlikte, ilk uygulamalar bütçeye önemli miktarda yük oluşturdu ve planlanan projelerin hayata geçmesiyle ileride daha da ağır yükler oluşturması muhtemeldir.

10. Sonuç

Sağlık sektörü dünya genelinde üzerinde yoğun çalışmaların yapıldığı önemli bir sektördür. Dünya'nın birçok ülkesinde sağlık sektöründe sistem değişiklikleri yapılmaktadır. Söz konusu değişiklikler, sağlık harcamalarının da hızla artmasına yol açmaktadır. Bu nedenle devletlerin en az maliyetle en kaliteli sağlık hizmetini sunmaya yönelik çabalarını artırmaları gerekmektedir. Türkiye'de sağlık sektörünün performansının iyileştirmesi, güçlendirilmiş sağlık sistemlerinin oluşturulması ve devletin kıt kaynaklarının boşa harcanmaması için gereken önlemlerin alınması uygun olacaktır.

Sağlık hizmetleri diğer mal ve hizmetlere göre farklı özelliklere sahiptir. Sağlık alanındaki maliyet artışları gerekçesiyle "sağlık krizi" yaşanması olasılığı üzerinden sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması Dünya genelinde ve Türkiye'de öncelikli hedef olarak benimsenmektedir. Ancak bu amaçla yapılan değişiklikler, sağlık harcamalarını kontrol etmek bir yana, sağlık harcamalarında çok ciddi artışlara yol açmaktadır. Bu artış, sosyal güvenlik sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği açısından da tehdit oluşturmaktadır. Örneğin Türkiye'de kişiler, sosyal güvenlik kapsamında olmasına rağmen değişik kalemlerde ve SGK'nın ödeme fiyatının üç katına kadar ulaşan ilave ödeme yükümlülükleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Türkiye'de 2002 yılında sağlık hizmetleri için kişi başına 95 dolar dolar olan cepten ödemeler, 2017 yılında 206 dolara ulaşmıştır. Gelir dağılımındaki adaletsizlik ve yoksulluk sorunu karşısında artan cepten harcamalar sağlık hizmetlerine ulaşmada gelecekte ciddi sorunlara yol açacaktır. Ayrıca sağlıklı yaşam hakkının temel insan hakkı olduğu da gözden uzak tutulmamalıdır.

Artan sorunlar karşısında ülkelerin farklılıklarını ve özgün koşullarını ihmal eden standart çözüm önerileri yerine, Türkiye'nin geçmiş deneyimlerini de dikkate alan çözümleri öne çıkarmak gerekmektedir. Bu kapsamda toplum hekimliğini önceleyen 1961 Tarih ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasanın

yeniden değerlendirilmesinde yarar bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri bir bütünsellik içinde sunan bütüncül yaklaşımların benimsenmesine ve uygulanmasına ihtiyaç vardır. Bu kapsamda insanlar fiziksel, biyolojik ve sosyal çevresi ile birlikte ele alınmalı, sağlığın korunması ve geliştirilmesi hedeflenmelidir. Toplumda sağlık ile ilgili olaylar sürekli ve objektif olarak izlenmeli ve gözlemlere dayalı sosyo-ekonomik kalkınmanın parçası olan bir plan çerçevesinde sağlık hizmetleri geliştirilmeli ve sağlık hizmetleri herkese ulaştırılmalıdır.

Tüm dünyada sağlık alanını etkisi altına alan neoliberal reform dalgasının sağlık sorunlarını çözmesi zor görünmektedir. Sağlık hizmetlerinde reform çalışmalarının en önemli gerekçesini artan sağlık harcamalarını kontrol etme kaygısı oluşturmakla birlikte sağlık hizmetlerinin finansman sorunu, hakkaniyet ve dayanışma ilkeleri doğrultusunda, sağlık hizmetine erişimi engellemeden, sosyal adaleti sağlayan sosyal devlet ile çözülebilir.

Kaynakça

- Adaş, E.B., & Elbek, O. (2013) Kapitalizm sağlık için zararlıdır. İçinde O. Elbek (ed.), *Hastalar ve Sağlıksız İşaretler*, (ss.235-253), İstanbul: Hayykitap.
- Ataay, F. (2008). Sağlık reformu ve yurttaşlık hakları, *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), Eylül, 169-184.
- Atalay, A.S. (2015). Türkiye’de sağlık siyaset piyasa. İçinde G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel ve Ö. Birler (ed.), *Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu Özel Ortaklığı*, (ss. 57-83). Ankara: Notabene Yayınları.
- Boruchovitch, E., & Mednick, B. R. (2002). The meaning of health and illness: Some considerations for health psychology, *Psico-USF*, 7(2), 175-183.
- Çelikay, F. & Gümüş, E. (2011). Sağlıkta dönüşümün amprik analizi, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66, 55-92.
- DB (1993). World development report 1993, *Investing in Health*, Oxford University Press, New York.
- DB (2003). Turkey reforming the health sector for improved access and efficiency, report No. 24358-TU, Mart, Erişim Adresi: http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/05/03/000094946_030424040_04721/Rendered/PDF/multi0page.pdf
- Dedeoğlu, N. (2009). *Dünya sağlık örgütü ve sosyal haklar*, Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu, 22-23 Ekim 2009, Antalya, Belediye İş Sendikası Yayını, Ankara: 194-199.
- Elbek, O. (2010). “Performans” ve hekimlik, *Toplum ve Hekim*, 25, 432-447.
- Elbek, O. (2015). Türkiye’de sağlık siyaset piyasa. İçinde G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel ve Ö. Birler (ed.), *Herşey Sermaye İçin Sevgilim*, (ss. 21-56). Ankara: Notabene Yayınları.
- Erbaş, Ö., Yavuz, C.I., & İlhan, B. (2012). *Soru ve yanıtlarla kamu özel ortaklığı*, Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayınları.

- Erol, H., & Özdemir A. (2014). Türkiye’de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 4(1), 9-34.
- Gül, S. S., & Ergun, A.D. (2010). Piyasa odaklı bir uygulama olarak aile hekimliği: sağlık hizmeti sunumunda olası kayıplar, II. Ulusal Sosyal Haklar Sempozyumu, 5 Kasım, ss.317-337, <http://www.sosyalhaklar.net/2010/bildiri/gul.pdf>
- Hamzaoğlu, O. (2013). Dünyada sağlık reformu Türkiye’de sağlıkta dönüşüm gerçekler ve belgeleri, *Toplum ve Hekim*, 28, 172-180.
- Hamzaoğlu, O. (2017). İnsana Karşı Piyasa, Türkiye’de sağlık ve sosyal güvenlik içinde G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel, Ö. Birlir (ed.), *Dünyada Sağlık Reformları Sağlık Hizmetlerinde Neden Kriz, Neden Reform/Dönüşüm* (ss.21-43), Ankara: Notabene Yayınları.
- Loş, N. (2016). Sağlık ekonomisi çerçevesinde sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırmalı analizi: OECD ülkeleri ve Türkiye örneği, İstanbul Üniversitesi, SBE, İktisat Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
- OECD (2018). *Health data*, Erişim Adresi: <https://data.oecd.org/health.htm>
- Pala, K. (2017). İnsana karşı piyasa, Türkiye’de sağlık ve sosyal güvenlik İçinde G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel, Ö. Birlir (ed.), *Türkiye’de Sağlık Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci* (ss.44-74). İstanbul: Notabene Yayınları.
- Roberts, J.M., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, R.M (2004). *Getting health reform right. aguide to improving performance and equity*, Oxford Univerity Press.
- Sayım, F. (2015). Sağlık hizmetinin özellikleri, *Akademik Ar-Ge Dergisi-Sosyal Bilimler*, 15(1), 1-12.
- SB (2012). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2011*, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Ankara, http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf
- SB (2018). *Sağlık istatistik yıllığı 2017*, Sağlık Bakanlığı Yayın No.1106, Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/28709,210119saglik-istatistikleri-yilligipdf.pdf?0>
- Sosyal Güvenlik Kurumu, *Sağlık uygulama tebliği*, 05.07.2018 Tarih ve 30469 sayılı Mükerrer Resmi Gazete.
- Sönmez, M. (2018). Türkiye’de sağlıkta kamu-özel işbirliği şehir hastaneleri İçinde. K. Pala (ed.), *Sermaye Birikimi, “Kamu-Özel İşbirliği” ve Şehir Hastaneleri* (ss.55-70). Türk Tabipler Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu. İstanbul: İletişim Yayınları.
- TÜİK, (2018). *Nüfus projeksiyonları, 2018* Haber Bülteni, Sayı. 30567, 21 Şubat 2018, Erişim adresi: <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>
- TÜİK, (2019a). *Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları 2018* Haber Bülteni, sayı.30709, 1 Şubat 2019, Erişim Adresi: <http://tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=30709>

- TÜİK, (2019b). *Sağlık harcamaları istatistikleri*, Erişim Adresi:
http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084
- Üçer, A.R. (2013). Tıp bu değil 2. İçinde İ. Arslanoğlu (ed.), *Sağlıkta Dönüşüm Programının Yarattığı Talep Patlaması* (ss.257-280) İstanbul: İthaki Yayınları.
- Yiğit, A. & Erdem, R. (2016) Sağlık teknolojisi değerlendirme: Kavramsal bir çerçeve, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 215-249.