



**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ GENEL DEĞERLENDİRMESİ,  
EKONOMİK VE YAPISAL ETKİLER**  
**GENERAL EVALUATION OF THE HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM,  
ECONOMIC AND STRUCTURAL IMPACTS**

**Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Fevzi GÜN**

Kırklareli Üniversitesi, mahmutfevzigun@klu.edu.tr, orcid.org/0000-0003-3249-0123

**Dr. Öğr. Üyesi Demet TOPAL KOÇ**

Kırklareli Üniversitesi, demettopalkoc@klu.edu.tr, orcid.org/0000-0003-0541-8011

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (24.02.2023- 18.03.2023)

**Öz**

Sağlık hizmetleri talebi toplumun yaşlanması, bilgiye ulaşımın kolaylaşması, teknolojideki hızlı değişimler ve bunlarla ilişkili olarak, sağlık hizmetlerine olan taleplerin ve beklentilerin artması gibi sebeplerden dolayı hızla artmaktadır. Söz konusu talepteki yükselişe bağlı sağlığa ayrılmış kaynaklarda da artış görülmektedir. Kaynakların tüketimindeki yükselişten dolayı, tüm dünyada ülkeler sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği açısından yeni arayışlara ve bunun sonucu olarak reform hareketlerine girişmektedir. Bu çalışmada, Dünya'daki reform hareketleri ile Türkiye'de 2003 yılında başlatılan 'Sağlıkta Dönüşüm Projesi' ile genel hatlarıyla ilgili bilgi verilmekle birlikte, Sağlıkta Dönüşüm Projesi Türkiye'de bazı yapısal ve ekonomik göstergeler bağlamında incelenmekte ve sağlıkta dönüşüm programının yapısal ve ekonomik etkileri değerlendirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Politikaları ve Düzenlemeleri, Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Sağlık Harcamaları, Ekonomik ve Yapısal Etkiler

**Abstract**

The demand for health services is growing rapidly by reason of the aging of societies, ease of access to information, rapid changes in technology and the increase in demand and expectations for health services. Depending on the rise in the demand in question, there is an enlarging in the sources given to health form day to day. Through, the growth in resource consumption, states worldwide are embarking on new searches for the financial sustainability of health systems and as a consequence, improve movements. In this study, general information about the Health Transformation Project, which was initiated in Turkey in 2003 in side by side with the reform movements in the world, is described and discussed.

**Keywords:** Health Policies and Regulations, Health Transformation Project, Health Expenditures, Economic and Structural Effects.

## GİRİŞ

Günümüzde toplumsal değişim ve dönüşümler sağlık sektöründe de çarpıcı bir hale gelmiştir. Sağlık sektörünün iç ve dış çevresindeki değişimlerin hızı ve karmaşıklık derecesi, sağlık politikalarına yön veren sağlık yöneticilerinin en önemli çalışma alanlarından biri olmuştur. Toplumun yaşlanması, bilgiye ulaşımındaki kolaylık, teknolojinin hızlı değişimi ve bunlarla ilişkili olarak sağlık hizmetlerine olan taleplerin ve beklentilerin artması gibi sebeplerle sağlık hizmetlerine harcanan kaynaklarda yüksek artışlar yaşanmıştır. Sağlık hizmetlerindeki harcamaların artışının bir diğer nedeni sağlık sektörünün ülke ekonomileri için bir yatırım ve istihdam kapısı olarak görülmesi ve buna bağlı olarak gelişen, kamunun sağlık finansman ve sunumundan çekilmesi, piyasada özel sektörün yapabileceği nitelikteki sağlık hizmeti üretimini rekabet olgusuna bırakma yönündeki davranışlarıdır. Dünyadaki reform hareketlerinin özünde de bir yandan kamunun sağlık hizmetleri üzerindeki yükünü azaltmak diğer yandan toplumun ve özel sektörün de daha aktif katılımı ile finansal sürdürülebilirliği mümkün kılmak, böylelikle kaynakların daha etkili ve verimli kullanılmasına ön ayak olmak gibi gerekçeler yer almaktadır.

Çalışmamızda dünyadaki reform hareketlerine paralel şekilde Türkiye’de hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı incelenmekte, Sağlıkta Dönüşüm Projesinin (SDP) yapısal ve ekonomik etkileri çerçevesinde bilgiler verilmesi amaçlanmaktadır.

## YÖNTEM

Makalede Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili ikincil veriler kullanılmıştır. Bu nedenle çalışmamız etik kurul izni gerektirmemektedir. Söz konusu program başlama süresinden itibaren ölçülen hastane sayıları, hasta yatağı sayıları, hekime müracaat sayıları, Türkiye’de merkezi devlet ve özel sektör sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılan sağlık yatırımları, toplam ve cari sağlık harcamaları, SGK tarafından kurumlara yapılan ödemeler, Türkiye ve OECD ülkelerinde temel sağlık göstergeleri ve sağlık harcamaları, Sağlıkta Dönüşüm Programı Reformları kronolojisinde Türkiye’de sağlık harcamalarının finansman verileri toplanmıştır. Söz konusu verilerden hastane sayıları, hasta yatağı sayıları, hekime müracaat sayıları Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllıklarından; Türkiye’de merkezi devlet ve özel sektör sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılan sağlık yatırımları, toplam ve cari sağlık harcamaları TÜİK’in Sağlık Harcamaları İstatistiklerinden; SGK tarafından kurumlara yapılan ödemeler SGK’nın herkese açık veri arşivinden; Türkiye ve OECD ülkelerinde temel sağlık göstergeleri ve sağlık harcamaları verileri de OECD’nin veri setlerinden alınmıştır. Gerek tablolar gerekse grafikler oluşturularak SDP’nin yapısal ve ekonomik açıdan değerlendirmesi sunulmuştur.

## KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### Dünyada Sağlık Reformunun Nedenleri

“İyileştirme, düzeltme, ıslahat” anlamlarında kullanılmakta olan ‘reform’ kavramı, sağlık alanında son yıllarda sıklıkla kullanılır haline gelmiştir. “Sağlık reformu terimi, sağlık sistemlerindeki değişim tartışmalarında ön plana çıkmıştır. Reform ile birçok değişiklik tasarlanmış, uygulanmış ve uygulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1995 yılında sağlık reformunu “sağlık politika ve kuruluşlarını değiştirmeye yönelik faaliyetler” şeklinde tanımlamaktadır. Reform süreçlerinin planlı ve yukarıdan aşağıya doğru bir değişimi olan ‘siyasi’ bir kavram olarak belirtmiştir” (Etiler ve Yavuz, 2004:285).

Sağlıkta reform düşüncesi, son 20 yıldır birçok ülkenin gündeminde kalmış ve sağlık ekonomisi literatüründe önemli bir yer edinmiştir (Köktaş ve Kobal, 2013:19). Dünya geneline baktığımızda,



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

sağlık hizmetlerinde, 1980'lerin başlarından itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli reform girişimlerinin olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde hayata geçirilmeye çalışılan reformlar iki grup olarak değerlendirilmektedir. İlki, Dünya Bankası ile IMF (Uluslararası Para Fonu) tarafından desteklenmekte olan "piyasa temelli" sağlık reformudur. Bu model sağlık hizmetlerini piyasa ekonomisi ile ilişkilendirir. İkinci olarak, DSÖ ile UNICEF'in desteklediği 'sosyal model'dir. Söz konusu model, sağlık hizmetlerini bir ihtiyaç olarak değerlendirir. Ayrıca, her iki modelin birlikte kullanıldığı, "yaklaşımların işbirliği" olarak isimlendirilen üçüncü bir modelin olduğu da söylenebilir (Günaydın, 2011:324).

Dünya genelinde uygulamaya geçilen sağlıkta reform hareketlerinin gerekçeleri ise şunlardır;

**Artan Maliyetler:** Tüm dünyada sağlık hizmetlerinin maliyetleri yükselmektedir. Yaşlanan nüfus, kronik hastalıklarda artış, yeni ve karmaşık teknoloji artan maliyetler artan maliyetlerin temel sebeplerini oluşturmaktadır.

**Artan Beklentiler:** Hane halkının sağlığa daha çok harcama yapması, iletişim ve seyahat olanaklarındaki artış, "daha iyi" sağlık hizmetlerinin olduğunu bilmeleri gibi sosyal nedenler ile artan beklenti ve ülke yöneticilerinin bu beklentilere cevap verme yükümlüğü gibi politik sebepler olarak gösterilmektedir.

**Ödeme Kapasitesinin Sınırlı Olması:** Sağlık sektörünün maliyetleri ve talebi, ekonomik büyümenin önüne geçmiştir. Dünya Bankası ile IMF'den alınmış borçlar sebebiyle kamu harcamalarını kısma zorunlu hâle gelmiştir.

**Geleneksel Fikirler ile ilgili Şüphencilik:** Global olarak piyasaya dönüş, sosyal dayanışmanın azalması ve beraberinde birçok ülkede hükümetlerin girişimine yönelik aksiyonlara doğru eğilim ortaya çıkmıştır. 1980 yılından itibaren, hükümet karşıtı mesajların takipçileri, dünyadaki görüşlerini daha agresif savunmuşlardır. Siyaset ile istihdam bağlantısını koparabilmek için, pek çok kurumsal reform girişiminde bulunulmuştur (Roberts vd., 2009:11-16).

Sağlıkta Reform uygulamalarına bakıldığında küresel olarak reform paketlerinin bazı ortak özelliklere sahip olduğu saptanmıştır. Bunlar; Sosyal Güvenlik Sisteminin yeniden yapılandırılması: Temel sağlık bakımı ve tüm vatandaşları kapsayan sigortayı temel alan sistem, Genel vergilerin finanse ettiği, ulusal sağlık sisteminin, sigortayı temel alan sistemlere dönüştürülüp ek kaynak elde edileceği iddiası, Vatandaşların tamamına sağlık kuruluşu ile hekim 'seçme-tercih hakkı' verilmesi, Ödemelerde finansal yardım (vergi ya da sosyal sigorta sübvansiyonu gibi), Hizmet sunucularının (hastaneler, aile hekimleri, eczaneler gibi) yeniden düzenlenerek rekabet piyasası oluşturulması (Hastaya seçme hakkının verilmesi rekabet yaratmak), Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması ve kamu finansmanda çok daha ağırlıklıyken, sunumun özel sektörden hizmetin satın alınması şeklinde ilerlemesi, Yerinden yönetim ağırlıklı sistemle, hizmetlerin yerel yönetimlere aktarılması (desantralizasyon), Maliyetlerin Sınırlandırılması, Finansman kurumları ve hizmet sunucuları ilişkilerinin "sözleşmeyle belirlenmesi", Hizmet sunucularının yetkilerinin sıkıca takip edilmesi ve sınırlandırılması, Sağlıkta insan gücünün kar etme odaklı ekibe dönüştürülmesi, Tüm hizmetlerin standartlaştırılması: Hizmetin satılabilir 'hizmet paketlerine' evrilmesi, Standart "tedavi protokolleri"nin ortaya çıkarılması, Bazı tıbbi girişimlerden yapılmadan önce "provizyon alınması" uygulamaları, Ücretsiz hak olan işlemlerin, önce azaltılarak ve sonrasında ortadan kaldırılarak," bunları insanların satın almaya teşvik edilmeleri ve zorlanmaları", Özel sermaye hizmetleri meta olarak üretilmeye ikna edilirken; doğacak riskleri devletin üstlenmesi, devletin rolünün düzenleme ve denetlemeyle kısıtlanması ve kârı yüksek alanların, özel sermayeye devredilmesi politikaları:



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

Hastanelerin birer işletmeye dönüştürülmesi, zararı olan servislerin ya da hastanelerin kapatılması, üst yönetimin profesyonellere katarulması vb. uygulamaların başlatılması (Kıran, 2015).

Dünya genelinde uygulanan reformların ortak özelliklerine bakıldığında, Türkiye’de uygulamaya geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin de yüksek derecede benzerliklere sahip olduğu istişare edilmektedir. Çalışmanın bundan sonraki bölümünde Türkiye’de Sağlık Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile ilgili bilgiler verilecektir.

### **Türkiye’de Sağlık Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi**

Türkiye’de yaşanan sağlıkta reform çalışmaları dünyadaki reform hareketlerine paralel olarak 1990 yılından itibaren ivme kazanmaya başlamıştır. 1989 yılında Devlet Planlama Teşkilatı’nın (DPT) yaptırdığı ve 1990’da tamamlanan “Sağlık Sektörü Master Planı” kapsamında Dünya Bankası yardımları ile 1. Sağlık Projesi ortaya çıkarılmıştır. Bu çalışma sonunda Türk Sağlık Sistemi’nde hizmet sunucu ile hizmet satın alanın ayrıldığı bir reform önerisi ortaya çıkarılmıştır. Daha sonra Master Plan çalışması, Sağlık Bakanlığının hızlandırdığı reform çalışmalarının temelini atmıştır. Sağlık Bakanlığı, 1990 yılında ilk taslak olarak Milli Sağlık Politikası dokümanını yayınlamış, burada amacının, “değişen hükümet ve bakanlarla değişmeyen bir sağlık politikası oluşturmak” olduğunu belirtmiştir. Sağlık politikalarının belirlenmesi aşamasında ilk kez katılımcı ve uzlaşmacı yaklaşımla sağlık sektöründeki tüm taraflar, 1992’de düzenlenen 1. Ulusal Sağlık Kongresi’nde toplanmıştır. İlgili sektörler, üniversiteler, kurumlar, mesleki birlikleri ile basını da kapsayan 500 kişilik bir çalışma yapılmıştır (Yılmaztürk, 2013:182).

1992 yılında organize edilen I. Ulusal Sağlık Kongresi’nde alınmış olan kararlar, ulusal düzeyde sağlık politikalarının temeli olmuştur. Önerilmiş olan sağlık reformlarının ana başlıkları; sağlık finansmanı, hastane ve sağlık işletmeleri, birinci basamak hizmetlerinin sunumu ve aile hekimliği, yönetim ve organizasyon, insan kaynakları, sağlık enformasyon görev yapmıştır ve sağlık politikaları istikrardan uzaklaşmıştır. Bu dönemde, çeşitli kalkınma planları sağlık reformlarını ele almaya devam etmiştir. 1993 yılında hazırlanan ‘Sağlık Reformu Yasa Tasarısı’ 1. basamak sağlık hizmetlerini özelleştirilme aracı olarak aile hekimliğini gündeme getirmiştir. Kamu hastanelerinin özele aktarılması ve genel sağlık sigortasını hayata geçirilmesi, sağlık hizmetlerinde yerel güçleri yetkili kılmıştır. 1996-2000 yıllarını içeren ‘Yedinci Kalkınma Planı’ ise; GSS’nin mümkün olduğunca hızlı başlatılması, hizmet sunumu ve finansmanın ayrılması, hastanelerin daha kaliteli sağlık hizmeti sunabilmesi ve hastanelere özerklik tanınması, 1. basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliğine geçilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve sağlık hizmetlerinin izlenmesindeki rolünü güçlendirme amacıyla Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılmasını hedeflenmiştir (Kıvanç, 2015:165).

16 Kasım 2002’de 58. Hükümetin açıkladığı ‘Acil Eylem Planı’ çerçevesinde, “Herkesin Sağlık” amacıyla temel hedefler belirlenmiştir. Belirlenen hedefler şunlardır (İleri ve diğ. 2016:176-186):

- 1- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- 2- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- 3- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- 4- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- 5- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- 6- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- 7- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- 8- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- 9- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- 10-Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,



11-Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Türkiye belirlediği hedefler doğrultusunda, 2001’de Avrupa Birliği’nin Sağlık Mevzuatına uyumu amaçlayan stratejik planlamaya bağlı olarak, 2003’te de ‘Sağlıkta Dönüşüm Programını’ (SDP) hayata geçirilmiştir (Bostan, Çiftçi, 2016:2). ‘Sağlıkta Dönüşüm Programının’ hedefleri, sağlık hizmetlerinin ‘etkili, verimli ve hakkaniyete uygun’ olarak ‘organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması’ şeklinde açıklanmıştır (Doğan, 2017:7). Bu hedefler çerçevesindeki ilkeler ise ‘İnsan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımçılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı (sağlık hizmetlerinin sunumunun, finansmanının, planlama ve denetleme yetkilerinin birbirinden ayrılması) ve hizmette rekabet’ olarak belirlenmiştir (Doğan, 2017:7).

Dokuz temel ilkeye bakılırsa;

**‘İnsan Merkezlilik:** İnsan merkezlilik ilkesi, sistemin planlaması ve hizmet arzında hizmetten faydalanan bireylerin ihtiyaçlarını, taleplerini ve beklentilerini esas alınmasıdır. Bireyler aile sağlığı kavramı incelenir.

**Sürdürülebilirlik:** Sistemin ülke konjonktürü ve her çeşit kaynağı ile devamlılık arz etmesi ilkesidir.

**Sürekli Kalite Gelişimi:** Toplum için arz edilen sağlık hizmetlerinde ulaşılan noktayı yeterli görmeden, sistemsiz hatalarla ilgili geri dönüş mekanizmasının ortaya konulmasıdır.

**Katılımcılık:** Sağlık sistemini geliştirmeyi ve uygulamalar sırasında tarafların görüş ve önerilerinin alınmasıdır. Ayrıca “sağlık sektöründe tüm bileşenlerinin sisteme dahil edilerek uygulamalarda birliğin sağlanması” da hedeflenmektedir.

**Uzlaşmacılık:** Sağlık sektörü için alınan kararların ve yapılan uygulamaların method, standart ve kontrol mekanizmalarında birliğin sağlanmasıdır.

**Gönüllülük:** Sağlık hizmeti sunucu veya kullanıcılarının, ayrımı olmadan sistem içindeki tüm birimlerin saptanmış amaçlara göre hareket etmelerini sağlama yöntemidir.

**Güçler Ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinin finansmanı, planlayıcısı, denetleyicisi güçlerin birbirinden ayrık olması amaçlanmaktadır. Böylece çıkar çatışmasının oluşmaması ve daha etkin, kaliteli hizmet sunumunun sağlanması beklenir.

**Desantralizasyon:** Kamu kurumlarındaki hantal yapıyı ortadan kaldırıp güncel şartlara uygun bir şekilde yerinden yönetimin oluşturulması amaçlanmaktadır.

**Hizmette Rekabet:** Sağlık sektörü için rekabet ortamının oluşturulması ve böylece sağlık hizmetleri arzında monopol piyasasının engellenmesi amacını ifade eder. Monopol piyasasının ortadan kaldırılmasıyla rekabetçi bir sağlık piyasasına ulaşılması teşvik edilmiş olacaktır. (Gülşen ve Yıldırım, 2017:166).’

‘Sağlıkta Dönüşüm Programının’ ana unsurları ise, sağlık sisteminin dönüşümünü sağlama amacıyla kullanılan ve SDP’de “bileşen” şeklinde isimlendirilen 8 temel öğeden meydana gelmiştir. Bunlar:

1. Planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
  - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
  - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
  - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma: ulusal ilaç ve tıbbi cihaz kurumları,

8. Sağlık bilgi sistemidir. (Er, 2011:295)

‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın’ her elementi diğer elementler ile alakalı olup temelde üç ana ayak üzerine kurgulanmıştır. Bunların birincisi GSS ile farklı çalışma kesimlerini kapsam altına almış olan Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK (Sosyal Sigorta Kurumu) programlarını 2006’da tek bir sigorta kurumu altında toplamasıdır (Çavmak ve Çavmak, 2017:52-53). Bu yenilik tekil sosyal sigorta kuruluşunun sağlık hizmetlerini çeşitli sunuculardan alabilmesine olanak tanımının yanında, ‘SSK hastanelerinin’ Sağlık Bakanlığı’na aktarılması ile hizmet sunucuları ve alıcıları arasında ayırım yapılması sonucunu ortaya çıkartmıştır. ‘Sağlıkta Dönüşüm Programının’ ikinci ana ayağı, Aile Hekimliği sistemine geçiştir. Programının üçüncü ana ayağı ise, ‘02/11/2011 tarihli Resmi Gazete’de 663 sayılı KHK’ ile yayınlanmış Kamu Hastane Birlikleri (KHB) reformu bulunmaktadır (Atılğan, 2015:9). Çalışmanın bundan sonraki kısmında sağlıkta dönüşüm programının yapısal ve ekonomik düzeydeki etkilerinden bahsedilecektir.

### SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ YAPISAL VE EKONOMİK ETKİLERİ

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı zamanın gerekliliklerine göre değişimlere sahne olmuştur. Bakanlığa ait teşkilata yönelik düzenlemelerden ilki, 1936 yılında 3017 sayılı Kanunla gerçekleşmiş, bunu 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı KHK takip etmiştir. 181 no’lu KHK’yı 663 sayılı KHK izlemiştir. 663 sayılı KHK kapsamındaki düzenlemeleri kamudaki reform ilkesi ekseninde farklı ana başlıklar ile ifade etmek mümkündür (Lamba ve Diğ.,2014:63):

- Politika belirleyen ve hizmet sunan birimlerin ayrılması,
- Sağlıkta profesyonel yönetime geçilmesi,
- Açıkça belirlenmiş standartlar ve performans ölçümleri,
- Merkezîyetçi bir yaklaşımla sunulmaya çalışılan bütünlük hizmetlerin, işlevsel özelliklerine göre birimselleştirilmesi,
- Rekabetçi anlayışın ön plana çıkması,
- Özel sektör yönetim tekniklerinin kullanılması,
- Kaynak kullanımında disipline önem verilmesi,
- Yatay örgütlenme esasına dayalı, idari ve mali açıdan özerk yapıya sahip sağlık işletmelerinin tesisi,
- Yönetişim anlayışının benimsenmesidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik yapısal alandaki düzenlemeler, Sağlık Bakanlığı Teşkilat yapısının yeniden organize edilmesi, birinci ve ikinci basamaktaki sağlık hizmetleri modelinin yeniden yapılandırılması üzerinden planlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın görev ve yetkilerinde değişikliklere gidilmiş, bu değişiklikler, Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında öncelikli olarak “yerinden yönetimi teşvik edici uygulamalarla” başlatılmış ve böylece Sağlık Bakanlığında desentralizasyon ilkesinin yürürlüğe girmesi amaçlanmıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2011 yılına kadar yürürlüğe konulan uygulamaları şu şekilde özetlemek mümkündür: Kamudaki reform anlayışı doğrultusunda, Sağlık Bakanlığı’nın görev ve yetkilerinin bir bölümü il idarelerine bırakılmış; kamuya ait hastanelerin, döner sermaye işletmeciliği vasıtasıyla özel sektör kuruluşlarından sağlık hizmeti başta olmak üzere hizmet satın almasının önü açılmış; sağlık personelinin ücretlendirilmesinde performans dayalı ödeme sistemine geçilmiştir (Doğan, 2017:8). Bileşenler çerçevesinden baktığımızda, SDP’nin (1), (2) ve (7) numaralı bileşenlerinin tamamlandığı görülmektedir. Diğer bileşenleri ise kısaca şu şekilde özetlemek mümkündür: SDP’nin (3) numaralı bileşenindeki, aile hekimliğine geçiş kısmı tamamlanmış, kamuya ait ikinci

ve üçüncü basamak hastanelerinin özerk yapıya kavuşturulması ile ilgili ilk aşama kaydedilmiş, fakat özelleştirme ve şirketleşme ile ilgili sonraki aşamaya geçilememiştir (izmirtabip.org.tr).

694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 187. Maddesinde belirtildiği üzere 663 sayılı Kanun Hükmümüle Kararnamenin 25. maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir. Buna ilaveten 694 numaralı KHK'nın 2., 3. ve 4. maddelerinde şu hususlara yer verilmiştir; “Bakanlığın il ve ihtiyaca göre kurulacak ilçe yönetim birimleri il ve ilçe sağlık müdürlükleridir. İl sağlık müdürlüğü bünyesinde ihtiyaca göre halk sağlığı, kamu hastaneleri, ilaç ve tıbbi cihaz, sağlık ve acil sağlık hizmetleri ile personel ve destek hizmetlerini yürütmek üzere başkanlıklar kurulabilir...İl sağlık müdürleri Bakanlığın il düzeyindeki hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesinden sorumludur; Bakanlığın düzenlemeleri çerçevesinde il düzeyinde personelin adil ve dengeli dağılımını yapar ve bu amaçla il içinde personel nakil ve görevlendirme işlemlerini doğrudan gerçekleştirir. İl sağlık müdürü, acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresinden sorumlu ve bu konuda yetkilidir.” Böylelikle kamu hastane birlikleri yayınlanan bir kararname ile kaldırılmıştır (Resmi gazete, 694 Sayılı KHK, 2017).

SDP'nin (4) nolu bileşeninde yer alan “yüksek motivasyon” ile ilgili hedef tam anlamıyla fiiliyata geçirilememiş, tam aksine şiddet ve çalışanların özlük hakları ile ilgili sorunlar artarak devam etmiş, sağlık kuruluşlarında çalışan personelin motivasyonu daha da azalmış; “bilgi ve beceri” ile ilgili hedefler ise mevcut eğitim kurumlarını destekleyen bir yaklaşımın olmaması sebebiyle, anlaşıldığı kadarıyla (5) numaralı bileşende tanımlanan kurumların sahip oldukları birtakım eksiklikler sebebiyle hükümet nezdinde henüz tamamlanamamıştır. (6) numaralı bileşenle ilgili girişimler sınırlı kalmış, bileşen büyük ölçüde eksik kalmıştır. (8) numaralı bileşene yönelik kapsamlı girişimlerde bulunulmuş, fakat hem sürecin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi hem de SGK ile yaşanan entegrasyon problemleri nedeniyle hükümet açısından eksiklikler yaşandığı ifade edilmiştir. “Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ)” “Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)” ile ilgili yasa tasarısı; Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin (5) ve (6) numaralı bileşenlerinin güçlü bir şekilde fiiliyata geçirilmesidir. Bunlara ilave olarak, sözü edilen girişimlerin (4). ve (8). başta olmak üzere SDP'nin tüm bileşenlerini destekleme amacına hizmet ettiği söylenebilmektedir (izmirtabip.org.tr). Aşağıda Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ilan edildiği tarih olan 2002 yılından günümüze yaşanan ekonomik ve yapısal değişimi gösteren tablolara yer verilmiştir. Tablo 1.'de 2002 ve 2019 yılları arasında, çeşitli sektörlerdeki hastane sayılarının yıllara göre değişimi yer almaktadır.

## BULGULAR

**Tablo 1.** Çeşitli Sektörlerdeki Hastane Sayılarının Yıllara göre Değişimi (2002-2019)

	2002	2015	2016	2017	2018	2019
<b>SB.Hastanesi</b>	774	865	876	879	889	895
<b>Üniversite Hast.</b>	50	70	69	68	68	68
<b>Özel Hastane</b>	271	562	565	571	577	575
<b>Diğer</b>	61	36	-	-	-	-
<b>Toplam Hast.</b>	1.156	1.533	1.510	1.518	1.534	1.538

**Kaynak:** Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019

Tablo 1.' e bakıldığında, bu dönemde, SB hastanelerinin sayısının 774'ten 895'e çıktığı görülmektedir. %15,6 oranındaki bu artışı, üniversite hastanelerindeki yüzde %13,6 oranındaki artış takip etmiştir. Özel hastane sayısı ise, 2002'de 271 iken %112'lik bir artışla 575'e çıkmıştır. Tablo 2.'de, Türkiye'de 2002 ve 2019 periyodu arasında, yıllara ve sektörlere göre hastane yatağı sayısı verilmiştir.

**Tablo 2.** Çeşitli Sektörlerdeki Hasta Yatağı Sayılarının Yıllara göre Değişimi, Türki

	2002	2015	2016	2017	2018	2019
<b>SB. Hastanesi</b>	107.394	122.331	132.921	135.339	139.651	143.412
<b>Üniversite Hastanesi</b>	26.341	38.361	37.707	41.324	42.066	42.925
<b>Özel Hastane</b>	12.387	43.645	47.143	49.200	50.196	51.167
<b>Diğer</b>	18.349	5.311	-	-	-	-
<b>Toplam Yatak</b>	164.471	209.648	217.771	225.863	231.913	237.504

**Kaynak:** Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin yürürlüğe girmesinden itibaren sağlık hizmet sunumuyla ilgili diğer yapısal sonuçlara baktığımızda; Tablo 2'de görüldüğü üzere, Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı verilerinde SB hastanelerindeki yatak sayısının 17 yıllık süre içinde %33.5 oranındaki bir artışla 107.394'ten 143.412'ye yükseldiği görülmektedir. Aynı dönemde özel hastane yatak sayılarında %313, üniversite hastanelerinde ise yüzde %62'lik bir artışın yaşandığı gözlenmektedir. Özellikle bu dönemde özel hastane yatak sayılarında yaşanan artışın dikkat çekici olduğu görülmektedir.

Yıllara ve sektörlere göre hastanelere müracaat sayılarına bakıldığında<sup>1</sup> ise, hastane yatağı sayısındaki artışın bir benzerinin müracaat sayılarında da yaşandığı görülmektedir. SB hastanelerine yapılan müracaat sayılarında, 2002-2019 yılları arasında %253'lük bir artış gözlenirken, aynı dönemde özel hastane müracaatlarında %1175, üniversite hastanelerinde ise yüzde %423'lük bir artış yaşandığı gözlenmektedir. İkinci ve üçüncü basamak hastane müracaatları toplamının ise bu dönemde 134.138.461'den %291'lik oranda bir artışla 524.801.756'ya yükseldiği görülmektedir. Aynı dönemde 1. Basamak sağlık kuruluşlarına yapılan müracaatlarda ise, %285'lik oranda bir artışın yaşandığı gözlenmektedir. Nüfusun söz konusu yıllar arasındaki artış oranının %25 olduğu düşünüldüğünde, birinci, ikinci, üçüncü basamakta yer alan sağlık kuruluşlarına yönelik gerçekleşen kişi başına müracaat sayılarının ciddi oranda artış gösterdiği söylenebilmektedir.

**Tablo 3.** Devlette ve Özel Sektörde Sağlık Hizmeti Sunan Kurumların Sağlık Yatırımları, Toplam ve Cari Sağlık Harcamaları (2002-2020) (Milyon TL)

2002	Genel Devlet					Özel sektör		
	Genel toplam	Toplam	Merkezi devlet	Mahalli idareler	SGK	Toplam	Hane-halklar	Diğer <sup>(1)</sup>
Toplam Sağlık Harcaması	18 774	13 270	5283	356	7 631	5504	3 725	1779

<sup>1</sup> EK-1'den hekim müracaat sayılarına ulaşılabilir.



Cari Sağlık Harcaması	18 331	12 827	5086	253	7 488	5504	3 725	1779
Hastaneler	6077	5333	2720	64	2549	744	420	324
Evde hemşirelik bakımı	62	-	-	-	-	62	62	-
Ayakta bakım sunanlar	3624	1 358	1 138	88	132	2 267	1 609	658
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	7 080	5 318	842	38	4 438	1 763	1 634	129
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	74	63	37	26	-	11	-	11
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	398	206	51	-	155	192	-	192
Sınıflandırılmayan diğer kategori	1 014	549	298	37	214	465	-	465
Yatırım	443	443	197	103	143	-	-	-
2020	Genel Devlet				Özel sektör			
	Genel toplam	Toplam	Merkezi devlet	Mahalli idareler	SGK	Toplam	Hane-halklar	Diğer <sup>(1)</sup>
Toplam Sağlık Harcaması	249932	198062	68927	1632	127504	51869	40105	11764
Cari Sağlık Harcaması	233062	146232	42650	1357	102226	41441	31698	9743
Hastaneler	123397	78550	23885	119	54546	18333	12761	5572
Evde hemşirelik bakımı	1	-	-	-	-	1	-	1
Ayakta bakım sunanlar	25664	15862	9229	655	5979	8109	6370	1739
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	63053	40133	98	20	40015	11789	10191	1598
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	13055	8884	8662	222	-	-	-	-
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	1166	456	-	-	456	493	-	493
Sınıflandırılmayan diğer kategori	6726	2348	777	341	1231	2716	2375	341
Yatırım	16870	10586	8842	16	1728	2771	1928	842

“Not<sup>1</sup>: Diğer ifadesi, sigorta şirketleri, hane halklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.”

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Tablo 3'e göre, toplam sağlık harcamaları 2002 yılına göre 2020'de %1231,2 artarken; genel devlet sağlık harcamalarının %1392,5'lik bir oranda, özel sektör sağlık harcamalarının ise %842,3 oranında yükseldiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin üretilmesine yönelik yapılan harcamaların genel dağılımına bakıldığında, toplam genel devlet sağlık harcamalarının, toplam özel sağlık harcamalarından yaklaşık dört kat daha fazla olduğu gözlenmektedir. Genel devlet ve özel sektörde de en büyük pay %51 ile Sosyal Güvenlik Kurumuna aittir. Toplam sağlık harcamaları hizmet sunucular açısından incelendiğinde 2020'de yaklaşık %49,4 ile hastaneler en büyük paya sahipken; perakende satışın payı %25,2 ve diğer tıbbi malzeme sunucularının payı %10,3 oranında gerçekleşmiştir. Sağlık harcamalarındaki yatırımlarda 2020 yılında yaklaşık %3708'lik ve ayrıca

carı sağlık harcamalarında da yaklaşık %1171,4'lük bir artış yaşanmıştır. Sağlık harcamalarında ve özellikle toplam genel devlet sağlık harcamalarındaki yüksek düzeyde artış dikkat çekicidir. Söz konusu artışın ardında pek çok neden olmakla birlikte 2002-2020 yılları arası tıbbi teknolojiler, teşhis ve tedavi yöntemlerindeki değişimi de göz önünde bulundurulması önemlidir.

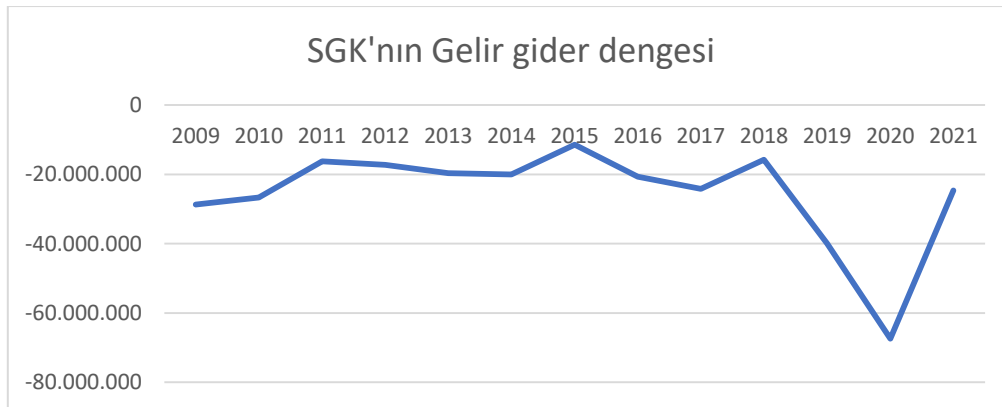
SGK tarafından 5510 sayılı kanun kapsamında 2. Basamak, 3. Basamak, özel ve üniversite hastanelerine yapılan, tıbbi malzeme, tedavi, ilaç, optik ve yolluk ödemeleri yer almaktadır<sup>2</sup>.

2012 ve 2020 yılları arasında söz konusu kurumlara yapılan ödemeler 2012 yılına göre, toplamda %85,27'lik bir artış göstermiştir. Yalnızca 2020 yılında 2. Basamak devlet hastaneleri olarak, bir kurumla sözleşmeli olarak faaliyetlerinin yürüten eğitim ve araştırma hastanesi dışında kalan kamu hizmet (devlet) hastaneleri, ilçelerde bulunan kamu hizmet (devlet) hastaneleri, Bakanlık bünyesinde hizmet sunan ağız-dış sağlığı merkezleri, dal hastaneleri ve bağlı poliklinikler, belediye hastaneleri, kamuya ait tıp merkezlerine yapılan ödemelerde düşüş olmuştur.

SGK gelirlerine bakıldığında, Sosyal Sigortalar Kurumu Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü ve Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün gelirleri olmak üzere iki ana gelir kaleminin olduğu görülmektedir. Sosyal Sigortalar Kurumu Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü'nün aktaracağı gelirler; prim, menkul kıymetler, kurumun ortağı veya sahibi işletmelerden ve iştiraklerden elde edilen gelirler, genel bütçeden yapılan yardımlar, bağışlar, 506 sayılı kanununun 140. maddesi gereğince elde edilen gelirler, gelirlerin nemalandırılması yoluyla sağlanan gelirler ve diğer gelirler olarak sıralanabilmektedir.

Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'nce aktarılan gelirler ise, kısa vadeli sigorta kolları primleri, genel bütçeden yapılan yardımlar, menkul kıymetler ve gayrimenkullerden elde edilen gelirler, sağlık kuruluşlarındaki hizmetler nedeniyle elde edilen gelirler, gelirlerin nemalandırılması ile elde edilen gelirler ile diğer gelirlerdir. Buna karşılık SGK'nın giderlerine bakıldığında da benzer şekilde sigorta ve sağlık işleri genel müdürlükleri olmak üzere iki ana başlık altında toplandığı görülür. Sigorta işleri ile ilgili giderler; sigorta, faiz, yönetim ve diğer giderler iken, sağlık işleri ile ilgili giderler ise, tesis, satın alınan hizmet, faiz, genel yönetim, iş kazası, meslek hastalığı, sigorta yardımları ve diğer giderlerdir (Sosyal Sigortalar Kanunu, 2003).

### Şekil 1: SGK'nın Gelir Gider Dengesi<sup>3</sup>



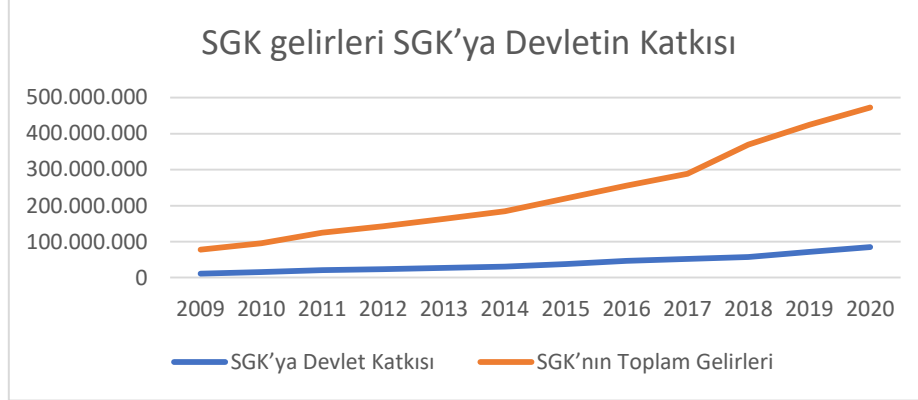
Kaynak : (SGK Veri, 2022)

<sup>2</sup>EK-2'den SGK Tarafından Kurumlara Yapılan Ödemelere ulaşılabilir.

<sup>3</sup> Şekillerdeki grafikler, yazarlar tarafından 'SGK Veri' web sitesinden alınan verilerle oluşturulmuştur.

SGK'nın 2009 ve 2011 yılları arasında gelir gider dengesi incelendiğinde 2009-2011 yılları arasında dengesizliğin azaldığı görülmektedir. 2012-2014 yılları arasında küçük artışlar ve 2015-2017 yılları arasında azalışlarla dengenin sürdürüldüğü görülmektedir. 2019 yılından sonra ise gelir gider dengesinde yüksek farklar ortaya çıkmıştır. 2009 ve 2011 yılları arasında SGK giderleri incelendiğinde gelirlere göre çok yüksek giderlerin olduğu gözlenmektedir.

Şekil 2: SGK Gelirleri ve SGK'ya Devletin Katkısı



Kaynak: (SGK Veri, 2022)

2009-2021 yılları arasındaki veriler incelendiğinde SGK'nın gelirleri %624,2 artarken; SGK'ya devlet katkısı %704,3 artmıştır. Sağlıkta dönüşüm projesinin de devlet bütçesinde sosyal güvenlik payını azaltmadığı söylenebilir. SGK'nın en önemli geliri, prim gelirlerinden oluşmaktadır. Türkiye'de söz konusu sosyal güvenlik primleri, işçi ve işverenden, çalışanın ücretinin belli bir oranı olarak alınır. Elgin ve Schneider'in (2016) çalışmasına göre, Türkiye'de kayıt dışı ekonominin GSYH'ya oranı ortalama %30,61 olarak hesaplanmıştır. Orlu ve Köse'nin (2018) çalışmasında sigorta primlerinin, genel sağlık sigortalarının temel finansmanlarından biri olduğu ve bu nedenle kayıt dışı ekonomi ne kadar fazla ise söz konusu sigorta primlerinin de bu ölçüde azalacağı belirtilmiştir. Kayıt dışı ekonominin GSS gelirlerine etkisi tam olarak hesaplanamasa da kayıt dışı işçi çalıştırma ve işçi maaşlarının olduğundan düşük gösterilmesi GSS'nin finansmanını etkilediği söylenebilir. TÜİK'e göre (2017;) Türkiye nüfusunun %35,1'i kayıt dışı çalışmaktadır. Buna göre, GSS'ye yapılan sigorta prim ödemelerinde yaklaşık %35'lik bir kayıp olduğu çıkarımı yapılmıştır (Orlu ve Köse, 2018). Bu durum da SGK'nın doğrudan finansmanında gelir kaybı oluşturmaktadır.

Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminde, 1990'lı yılların ilk dönemlerinden itibaren finansman açığı görülmeye başlanmış ve 2000'li yıllardan sonra bu açık sürdürülemez hâle gelmiştir. Bunun en büyük sebeplerinden biri aktif/pasif oranının düşüklüğü olarak gösterilmektedir. 2006 yılında aktif/pasif oranı 1,95; 2009'da 1,78 ve 2015'te 1,95'e yükselmiştir (SGK, 2015; akt. Cural, 2016). Buna göre Türkiye'de her emekliye yaklaşık 2 çalışan düşmektedir. Oysa, sosyal güvenlik sistemindeki parametrelerin sağlıklı bir görünüme sahip olması için aktif/pasif oranının yaklaşık 4 olması beklenmektedir. Böylece her 4 aktif çalışan 1 emekliye bakabilir. Söz konusu aktif/pasif oranının düşük olması Türkiye'deki kayıt dışı istihdam ve erken emeklilikten kaynaklandığı belirtilmektedir (Cural, 2016). Aynı çalışmada SGK'nın bütçe açıklarının 2000'lerden sonra hızla arttığı, bu açıkları kapatmak için Bütçe Transferlerinin yapıldığı ancak bu transferlerin finansman açıklarını kapatmadığı aksine yıllar içinde arttırdığı yapılan nedensellik analizlerinde gösterilmiştir.

Hem kayıt dışı ekonominin hem de erken emeklilik sisteminin, SGK'nın finansman açığı yaşamasına sebep olduğu görülmektedir. Bu sonuçla birlikte, SDP'nin ana hedeflerinden biri olarak 'Sosyal güvenlikteki finansman açıklarının azaltılması' tam olarak gerçekleştirilemediği söylenebilir.

Tablo 4'te ise Türkiye ve OECD Ülkelerinde Temel Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları gösterilmektedir.

**Tablo 4: Türkiye ve OECD Ülkelerinde Temel Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları (2017)<sup>4</sup>**

Gösterge	Türkiye OECD	(ort±ss)	p değeri
Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla(SAGP)(USD)*	24309	41353±16029	<0,001
Kişi Başı Sağlık Harcaması*	1064	3813±1955	<0,001
Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Payı(%)*	5,23	8,99±2,24	<0,001

**Kaynak:** (Sayılı, 2017)

Tablo 4'e göre Türkiye ve OECD ülkeleri arasında, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (kişi başı), Sağlık Harcaması (kişi başı), Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Payı, Kadınlarda Yaşam Yılı Beklentisi, Erkeklerde Yaşam Yılı Beklentisi, Yaşam Yılı Beklentisi (total), Sağlıklı Yaşam Yılı Beklentisi, 15 yaş ve üzerinde Alkol tüketimi (litre), Neonatal Mortalite Hızı (binde), 5 Yaş Altı Ölüm Hızı (binde), Anne Ölüm Hızı (yüz binde), 15 yaş üzeri popülasyonda Sigara kullanma (%), Doktor Sayısı (on binde), Hemşire ve ebe (on binde), Hastane yatak sayısı(binde), Hastane sayısı (milyonda) gibi kriterlerde sadece "15 yaş üzeri popülasyonda Sigara kullanma (%)" ölçütünde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bunun dışında sadece "15 yaş ve üzerinde Alkol tüketimi (litre)" ölçütünde Türkiye lehine istatistiki olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu durum Sağlıkta Dönüşümün 2002 Türkiye verileri ile kıyaslandığında genel olarak olumlu sonuçlar elde edildiği, OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında ise henüz tam olarak istenen etkililik hedefine ulaşamadığı görülmektedir.

Tablo 5'te Sağlıkta Dönüşüm Programı Reformları Kronolojisinde Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı gösterilmektedir.

**Tablo 5. Sağlıkta Dönüşüm Programı Reformları Kronolojisinde Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı**

Yıl	Reformlar	Sağlık Harcaması Payı (%)			
		Devlet	Sosyal Güvenlik fonları	Özel Kesim (topl.)	Özel Kesim Cepten Harcamalar
2003	SDP açıklanmıştır. Performansa dayalı ek ödemeye yönelik pilot çalışma başlatılmıştır. Devlet memurlarının özel hastanelerden yararlanmasının önü açılmıştır.	27	44.2	28.8	18.9

<sup>4</sup> Tablo 4'ün tamamına EK-3'ten ulaşılabilir.



2004	SB hastanelerinde performansa dayalı ek ödemeye geçilmiştir. Aile hekimliği pilot uygulaması başlatılmıştır. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası TBMM'ye gönderilmiştir. İlaç referans fiyat uygulamasına geçilmiştir. İlaçlarda alınan KDV oranı %8'e düşürülmüştür.	26.2	45.5	28.3	20.2
2005	SSK hastaneleri başta olmak üzere sağlık kuruluşları ve bazı kamu sağlık kurumları SB'ye devredilmiştir. SSK kapsamındaki sigortalı ve emekliler ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başlamıştır. Yeşil Kart sahiplerine ayakta sağlık hizmetlerinde ve ilaçlarda ödeme yapılmaya başlanmıştır. Yeşil Kart sahipleri ilaçta %20 katılım payına tabii olmuşlardır.	27.3	40.4	32.3	24.2
2006	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde global bütçe yöntemi üzerinden ödeme yapılmaya başlanmıştır. Daha önce ödemesi yapılan birtakım ilaçlar pozitif listeden çıkarılmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Kanunu çıkarılmıştır. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda yer alan bazı maddeler iptal edilmiştir.	27.2	41.7	31.1	23.6
2007	Ayaktan ve yatan hasta müracaatlarında, paket fiyat uygulamasına geçilmiştir. SGK'da MEDULA sistemi faaliyete girmiştir. Özel sağlık kuruluşlarının kuruluşuna yönelik kapsamlı düzenlemelere gidilmiştir.	28.4	40.4	31.2	23.9
2008	Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortasıyla ilgili kanunlar yürürlüğe girmiştir. 18 yaş altında kalan tüm nüfus sosyal güvenlik sistemi şemsiyesi altında alınmıştır.	26.7	46	27.3	19.2
2009	İlaçta geri ödemeler, eş değer gruptaki en ucuz + %15 olarak değiştirilmiştir. Ödeme Komisyonunun çalışmalarına rehberlik edecek ödeme esas ve usulleri yönergesi yayımlanmıştır. Ayakta bakım hizmetleri için katkı payı uygulamasına geçilmiştir.	31	49.5	19.5	14.5
2010	Yeşil Kart kapsamında yer alan vatandaşlar, özel sağlık kuruluşlarının acil birimi ile yoğun bakım ünitelerinden ücretsiz bir şekilde faydalanmaya başlamıştır. İlaçta global bütçe ödemesi yöntemine geçilmiştir. İlaç fiyatlarında yeni indirim oranları benimsenmiştir. Aile hekimliklerinin ülke çapında yaygınlaştırılması sağlanmıştır.	..	..	22	16.9
2011	Özel hastaneler niteliklerine göre sınıflandırılmış, bu yolla sigortalılardan tahsil edebilecekleri fark ücretleri yeniden belirlenmiştir. Kamuya bağlı çalışanlar ve emekliler SGK bünyesine dahil edilmiştir. Tam gün yasasına yönelik yeni düzenlemeler getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, bir yatan hasta ödeme yöntemi olan (TİG) teşhisle ilişkili gruplar yöntemine geçilmiştir.	27	52.1	20.9	15.9
2012	Tam gün yasası üniversite hastanelerinde yürürlüğe girmiştir. Kamu Hastane Birlikleri hayata geçmiştir.	21.3	57.8	20.8	15.9

2013	İlk şehir hastanesinin temeli atılmıştır. (Yozgat) Kamu-özel ortaklığı ile yapılan ilk şehir hastanesi	--	--	21.6	16.9
2014	Genel Sağlık Sigortası affı çıkarılmıştır.	--	--	22.4	17.7
2015	Sağlık Bilimleri Üniversitesi kurulmuştur. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı kurulmuştur.	--	--	21.9	16.9
2016	HASAM ya da HSM Halk Sağlık Merkezlerinin Açılmasına dair yönetmeliğin yayınlanması Yeşil Kart Kapsamına Girenlerin Sevksiz Doğrudan Gidebileceği 10 Üniversite Hastanesinin ilanı İlk şehir hastanesi olan Yozgat Şehir hastanesi faaliyete başlamıştır.	--	--	20.6	-
2017	694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile 663 no'lu Kanun Hükmünde Kararnameden geri adım atılmıştır.	--	--	-	-
2017 sonrası	Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci fazı olarak 'Sağlık Hizmetlerinin Kalite düzeyinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 25.08.2017 tarih ve 30165 sayılı Kararname ile kapatılmış, görevler ve yetkiler, Sağlık Bakanlığındaki Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne aktarılmıştır." (Kanun Hükmünde Kararname, 694)	-	-	-	-

**Kaynak:** Atılğan, 2015 ve OECD Statistics (<http://stats.oecd.org/> : erişim tarihi: 18.12.2017

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile aile hekimliği, kamu hastane birlikleri ve performansa dayanan ek ödeme sistemi hayata geçirilmiştir. Bunların yanı sıra, sosyal sigorta sistemindeki değişikliklerle birlikte sigorta kapsayıcılığı artmıştır, bu durum da sağlık sistemindeki talep yapısı da değişmiştir. Öyle ki, hekime müracaat sayılarına bakıldığında 2002-2019 yılları arasında tüm birimlerde ciddi artış olmuştur. Tablo 3'e göre, birinci basamakta %285; ikinci ve üçüncü basamakta %291,2'lik artışlar görülmüştür. Artan sağlık hizmet talebi de sağlık harcamalarını arttırmıştır. Tablo 4'e göre 2002-2020 yılları arasında yaklaşık %1231'lik artış meydana gelmiştir.

## TARTIŞMA VE YORUM

SDP sonrası dikkat çeken bir başka husus da sağlık harcamalarının finansman yapısındaki önemli değişimlerdir. 2003 – 2017 döneminde sağlık harcamalarının finansman yapısı incelendiğinde, genel olarak devlet (merkezi bütçe) harcamalarının ve cepten harcamaların paylarının düştüğü, buna karşılık sosyal güvenlik fonlarından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının payının yükseldiği görülmektedir (Tablo 5). 2007 sonrası özel hastanelere ilişkin gerçekleştirilen düzenlemelerle birlikte, sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamaların yükü azalırken, sosyal güvenlik sistemi üzerindeki yüklerin arttığı görülmektedir. Kamunun sağlık harcamalarının toplamdaki payının hızlı bir yükseliş trendine girmesi, sağlık finansmanı konusunda risklerin de arttığını göstermektedir (Atılğan, 2015).

Sosyal güvenlik sistemi üzerindeki yüklerin artmasına rağmen SGK'ya ayrılan bütçeden sağlığa ayrılan kaynağın gösterildiği Tablo 3.'te görüldüğü üzere

SGK'da kurumlara ayrılan bütçenin başta kamu 3. basamak sağlık kuruluşları olmak üzere her sene artmaktadır. Sağlık harcamalarındaki artış ve SGK'nın gelirlerindeki kayıplarla birlikte finansman açıklarının ortaya çıktığı gözlenmektedir. Bununla beraber, sağlık harcamalarına ayrılan payın dağılımında, özel hastanelerin aldığı paydaki artışın yüksekliği dikkat çekici görünmektedir (Kocasoy, 2014:46).



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

Keskin'nin (2018) Sağlıkta Dönüşüm Projesinin ikinci aşamasında kamu hastanelerinin teknik verimliliğin araştırıldığı çalışmasında; A1 rolündeki hastanelerin (eğitim ve araştırma hastaneleri) %71,79; A2 rolündeki hastanelerin %57,89; B tipi hastanelerin %33,17'si ve C tipi hastanelerin de %30,03'ü teknik açıdan etkin olduğu gözlenmiştir. A1 tipi olan hastanelerin genel olarak diğer hastanelere göre daha etkin olduğu anlaşılmaktadır. Atılgan (2016) çalışmasında da benzer şekilde hastanelerin büyüklük artışının etkinliği yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu da hastanelerin ölçeğini büyütme ölçek ekonomilerinin yarattığı avantajlardan dolayı hastanelerin etkinliğini arttırdığı, böylece kaynakların daha etkin kullanılabilirdiğini göstermektedir. Ayrıca Keskin (2018) çalışmasında kamu hastanelerinin 2012 yılına kadar toplam faktör etkinliğinde artış olurken, 2012 sonrası düşüş gözlenmiştir. Bu düşüşün kaynağı olarak teknolojideki gerileme olarak belirtilmiştir. Bu sonuçlar SDP'nin 2012 yılına kadar olumlu kazanımlar sağladığı, 2012 sonrasında ise, aynı verimliliğin devam ettiremediğini göstermektedir. Bu bağlamda, Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile birlikte hastanelerin teknik verimlilikleri ve toplam faktör verimliliklerini inceleyen çalışmalara göre, Sağlıkta Dönüşüm Programında 2012 yılı öncesinde yükselişler yaşanmıştır. Ancak 2012 sonrasında verimlilik ve etkinlikler de düşüşler gözlenmiştir. Şekil 1 de bu durumu destekler nitelikte olup SGK'nın gelir ve gider dengesinin özellikle 2012 yılı sonrası bozulmaya başladığı görülmektedir.

SDP'de sağlık hizmetleri talebindeki değişim açısından Tablo 2.'de yer alan Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayılarıyla karşılaştırıldığında ortaya çelişki arz eden bir durum olduğu görülmektedir. 2002-2015 yılları arasındaki müracaatlara bakıldığında 2. Basamağa yönelik talebin artış gösterdiği, 1. Basamağa yönelik talebin ise azalış gösterdiği gözlenmiştir. Bu durumun sağlıkta dönüşümün temel amaçlarından olan maliyet etkililik hedefinden uzak olduğu, sevk sisteminin katkı payı uygulaması dışında işler bir şekilde yürürlüğe konulamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Benzer şekilde, sağlık hizmet talebindeki değişime Tablo 3.'de yer alan Yıllara Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayılarındaki değişim ile bakıldığında ise, tüm basamaklarda ciddi talep artışlarının olduğu görülmüştür. Katkı paylarının düzenlenmesi ile fiyat ayarlamalarının talep üzerinde sınırlı etkilerinin olduğu, bu tip düzenlemelerden ziyade, aile hekimliği kurumunun güçlendirilmesi ve etkin/verimli bir sevk zincirinin oluşturulmasının, sağlık hizmetlerinin aşırı tüketimini engelleyebilecek politik uygulamalar arasında olduğu düşünülmektedir (Atılgan, 2015). Sağlık hizmeti sunum basamakları ile ilgili yapılan çalışmalar da bu saptamayı desteklemektedir. Üst solunum yolları enfeksiyonuna bağlı hastane müracaatlarının birinci basamakta tedavi edilmesi durumunda ortaya çıkan mali durumda, 240.306.759 TL'lik bir muayene ücreti tasarrufunun sağlandığı bulgusuna ulaşılmıştır (Bankur, 2017:83).

ARS tanısı konan hastalara yönelik yapılan bir çalışmaya göre, birinci basamağa başvuranların toplam mutlak maliyeti hasta başı ortanca değeri 33,11 tl, üçüncü basamağa başvurularınki ise 80,37 tl bulunmuştur. Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına müracaatta bulunan 494 hastanın, üçüncü basamak yerine birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurması durumunda, hasta başına 47,26 tl olmak üzere, 23.346,44 tl tasarruf elde edileceği hesaplanmıştır (Atıcı, 2018:66).

Başka bir çalışmaya göre, acil birimlerine müracaatta bulunan hastaların başvuru nedeni olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarının yüzde 70'inin birinci basamak sağlık kurumlarında teşhis ve tedavisi yapılabilecek hastalıklardan olduğu (Arıca, 2019) bulgusuna ulaşılmıştır. Bu sonucu destekler nitelikte EK-1'den de görülebileceği gibi aile hekimine müracaatlar %33,6 artarken; 2. ve 3. Basamak hastanelere yapılan müracaatlarda %291'lik bir artış yaşanmıştır. Bu durum da SDP'nin amaçlarından biri olan ekonomik verimliliği olumsuz etkilediği söylenebilir.

SDP ile 2007 sonrası özel hastanelere ilişkin gerçekleştirilen düzenlemelerle birlikte, sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamaların yükü azalırken, sosyal güvenlik sistemi üzerindeki yüklerin arttığı, toplamda kamunun sağlık harcamalarındaki payının hızla yükselmesiyle finansman konusunda risklerin de arttığı görülmektedir. Şekil 1'den de görüldüğü gibi SGK gelir gider dengesinin özellikle 2015 sonrasında dikkat çekici şekilde bozulması finansman yapısındaki riskleri açıkça ortaya koyduğu söylenebilir. Sağlık harcamaları finansmanı açısından değişen roller, sağlık hizmetleri talebini arttırmıştır. Yükselen sağlık hizmetleri talebi de sağlık harcamalarını, özellikle de kamu sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur.

Türkiye'de özel hastane sayısı her geçen artarken, özel hastane sayısını ve sunulan sağlık hizmetlerini kontrol edebilmek amacıyla, 2013 yılı sonlarında, zincir hastane gruplarının küçük ölçekli sağlık kuruluşlarını bünyelerine katmaları teşvik edilmiş ve yeni sağlık kuruluşlarının açılması bazı yasal engeller aracılığıyla birtakım koşullara bağlanmıştır. (Çetin, 2017:285).

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin uygulamaya geçtiği dönemde ortaya çıkan bir diğer sonuç Merkezi Devlet tarafından yapılan sağlık yatırımlarının sürekli artış eğiliminde olmasına ve özel sektörde bu eğilimin dalgalı bir periyot çizmesine rağmen özel sektör kuruluşlarına yönelik müracaatların kamu hastanelerine oranla çok daha hızlı artmış olmasıdır. Buradaki farkın SGK ile yapılan sözleşmeden kaynaklandığı, halkın alım gücü olduğu takdirde özel sağlık hizmet sunumunu kamu sektörüne tercih ettiği düşünülmektedir. Diğer bir olasılık da astronomik sayıda artan hastane müracaatları ve sayısı yıllar içinde neredeyse pek değişmeyen devlet hastaneleri (Tablo 1) nedeniyle devlet hastanelerinde randevu almada zorluk yaşayan ve satın alım gücü olan bireylerin özel hastanelere yönelmesi olabilir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin etkililiğini ve verimliliğini gösteren farklı bir parametre ise, OECD ülkeleriyle olan Temel Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları kıyaslamasıdır. Buna göre Türkiye'nin 2002 verileri ile kıyaslandığında genel olarak olumlu sonuçlar elde edildiği, OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında ise henüz tam olarak istenen etkililik hedefine ulaşılmadığı görülmektedir.

Özellikle özel sektörün verilerle de desteklenen agresif büyüme eğilimi ve bu büyümenin altındaki en temel finansal dinamiklerin artan SGK ödemelerinden ziyade katkı payı ve doğrudan ödemelerden oluşması sağlıkta dönüşümün temel amaçlarından biri olan makro verimlilik hedefinden de uzaklaşabileceği ihtimalini canlı tutmaktadır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin uygulamaya geçtiği 2003 yılından itibaren, Sağlıkta dönüşüm projesinin ana bileşenlerinin tam olarak hayata geçirilemediği gözlenmiştir. Buna rağmen sistemde yapısal ve ekonomik olarak önemli değişimler yaşanmıştır. Bu dönemde sağlık hizmetlerine olan talep ve buna bağlı olarak harcamalar artmış fakat reformun temel amaçları olarak görülen etkililik, verimlilik, hakkaniyet gibi unsurların fiiliyatta hayata geçirilemediği gözlenmiştir. Bu dönemlerde özellikle özel hastane ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yapılan müracaatlar ile hekime başvuru sayılarındaki artış dikkat çekicidir. Devlet hastanesi sayısında dikkate değer artışın olmaması da devlet hastanelerinin yoğunluğunu ve buna bağlı olarak maliyetlerini arttırdığı görülmüştür. Bir diğer ayırt edici husus, özel hastane yatak sayılarındaki önemli artıştır. Hastane ve hekim müracaatlarındaki agresif denilebilecek artışların, sağlık hizmet sunumunun kamu hastanelerinden özel sektöre kayma trendine girdiği yönündeki savunularla örtüşmektedir. Ayrıca, hekime müracaatların astronomik düzeydeki artışı gerek hekimlerin gerekse sağlık sisteminin üzerindeki artan iş yükünü ve maliyetleri göstermekle birlikte, söz konusu çok yüksek düzeydeki





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

müracaatlara çözüm bulunması gerektiğini; aksi durumda sağlık sisteminde ve sağlık hizmetlerinin finansmanında sorunlar yaşayacağına işaret etmektedir.

**Çatışma Beyanı:** Bu çalışmada herhangi bir kurum, kişi ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**Yazar Katkı Oranı Beyanı:** Yazarların katkı oranı ilk yazarın %60, ikinci yazarın %40'tır.

**Teşekkür Beyanı:** Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

### KAYNAKÇA

- Atılğan, E. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerine Etkileri. Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, 18(96), 8-23.
- Arıca, S. G., (2018). Acile Gidenlerin Yüzde 70'i Birinci Basamakta Tedavi Edilebilecek Hastalar <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-acile-gidenlerin-yuzde-70i-birinci-basamakta-tedavi-edilebilecek-hastalar-11-681-80209.html> adresinden ulaşılmıştır.
- Atıcı, E. (2018). Akut Sinüzit Hastalarında Tanı ve Tedavi: Birinci ve Üçüncü Basamağın Karşılaştırmalı Maliyet Analizi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2018, s.66
- Bankur, M., (2017). Aile Hekimliğinde Zorunlu Sevk Zincirinin Uygulanmamasının Sağlık Harcamalarına Etkisi: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Üzerine Bir Uygulama, Sosyal Güvence Dergisi, Sayı 12, s.83
- Bostan, S., Çiftçi F., (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerindeki Değişim Etkisi: Sağlık Çalışanlarının Görüşleri, SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt 7 Sayı 2
- Çetin, F. G. (2017). Sağlıkta dönüşüm programı ekseninde sağlığın ekonomi politikası. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(1), 274-293.
- Orlu, C., ve Köse, A., (2018). Türkiye ve İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sistemlerinin Kıyaslanması ve Türkiye İçin Yeni Bir Model Önerisi, Finansal Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi, 10(19), 303-329.
- Doğan B. Ş, (2017). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Sağlıkta Dönüşüm Projesi, V. Anadolu International Conference in Economics, May 11-13, Eskişehir, Turkey, s.7
- Elgin, C., ve Schneider, F. (2016). Shadow economies in OECD countries: DGE vs. MIMIC approaches. Bogazici Journal, 30(1), 51-75.
- Er, Ü., (2011). Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şubat, s.295
- Etiler, N., ve Yavuz, C., (2004). Sağlık Reformlarının Ana Sağlığı Hizmetleri Üzerine Etkileri: Ülke Örnekleri, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt 19, Sayı 4,s.285
- Gülşen, M. A. ve Yıldırım, M., (2017). Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Uygulanan Sağlık Regülasyonlarının Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkisi, Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt-Sayı: 10(4) ss: 159-172



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

- Günaydın, D., (2011). Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları, Sosyal Siyaset Konferansları, Sayı: 60, s. 323–365
- İleri, H., Seçer, B. ve Ertaş, H., (2016). Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi, Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi: 12, ss. 176 -186)
- Keskin, H. İ. (2018). Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ve kamu hastanelerinin etkinliği. *Akdeniz İİBF Dergisi*, 18(38), 124-150.
- Kıran, B., (2015). Dünya’da Sağlık Reformu Politikalarının Doğuşu ve Sonuçları, 16-01-2015, <http://eczacininseesi.com/index.php?yon=ozgur&id=739> , e-gazete.
- Kıvanç, M., (2015). Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye’de Sağlık Reformları, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, Sayı 3 Cilt: 2, s.165
- Kocasoy, A., (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansman, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon, s.46
- Köktaş, A. ve Kobal, İ., (2013). Sağlık Reformu Kapsamında Talep Yanlı Maliyet Paylaşımı: Türkiye Üzerinde Bir Değerlendirme, Sosyal Güvenlik Dünyası, Sayı 85, s.19
- Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M. ve Kerman, U., (2014). Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 47, Sayı 1, s. 53-78.
- Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, (2017). Karar Sayısı:KHK/69 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13.pdf> Erişim Tarihi: 18.12.2017
- Roberts, M.J, Hsiao, W., Berman, P. ve Reich, M.R. (2003). Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford; ISBN: 0-19-516232-3.
- Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2009, S.11,12,13,14,15,16)
- Sağlık Bakanlığı Yayınları, (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011 <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/kitaplar/SDPturk.pdf> Erişim Tarihi: 18.10.2022
- Sağlık Bakanlığı, (2018). 2018-2022 Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı, <https://www.titck.gov.tr/Dosyalar/Kurumsal/StratejikPlan.pdf> Erişim Tarihi: 01.09.2022
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı, (2019). <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR.82338/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-yayinlanmistir.html> Erişim Tarihi: 15.09.2022
- Sayılı, U., (2017). Türkiye ve OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması, Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt 2, Sayı 3, 1-12 s.10 [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik\\_istatistik\\_bilgileri](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri)
- Türk Tabipleri Birliği, (2017). Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yasa Tasarısı Değerlendirme Raporu
- TÜİK. İşgücü İstatistikleri Ağustos, (2017). <http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=24633>

Yılmaztürk, A., (2013). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi. Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 8(1), 176-188.

4958 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, (2004). Resmî Gazete. 1/7/2004, S. 25509. (<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20047489.pdf>)

694 KHK, (2005). Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Sağlık Bakanlığına Devri, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/01/20050119M1-1.htm>

### Ek-1: Çeşitli Kurumlarda Yıllara Göre değişen Toplam Hekime Müracaat Sayısı

	2002	2015	2016	2017	2018	2019
Sağlık Ocakları	69.103.517	-	-	-	-	-
Aile Hekimlikleri	-	208.538.951	205.549.931	228.098.527	258.436.607	278.043.149
Verem Savaş Dispanserleri	2.012.458	1.495.558	1.374.153	1.391.817	1.332.580	1.256.364
ÇEKÜS Birimleri*	2.980.481	548.433	525.011	646.856	366.095	309.984
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*	-	3.457.520	8.080.631	4.496.42	4.821.348	3.959.746
Özel Poliklinikler	731.132	523.694	461.013	501.993	539.593	629.221
E2-E3 Entegre İlçe Hastaneleri	-	2.916.890	3.205.116	3.356.809	3.577.348	3.903.402
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	217.481.046	219.195.855	238.492.427	269.073.571	288.101.866
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	26.953.360	22.069.610	18.912.829	19.055.722	18.298.592
Hastaneler**	124.313.659	415.665.041	444.443.714	461.519.553	494.385.911	506.503.164
SB. Hastaneleri	109.793.128	303.908.634	336.875.423	350.347.005	377.045.707	387.622.848
Özel Hast.	5.697.170	77.217.044	71.147.878	72.208.615	74.675.065	72.669.168
Üni. Hast.	8.823.361	34.539.363	36.420.413	38.963.933	42.665.139	46.211.148
2.ve3. Basamak Hast.Toplamı	134.138.461	442.618.401	466.513.324	480.432.382	513.441.633	524.801.756
Genel Toplamlar	208.966.049	660.099.447	685.709.179	718.924.809	782.515.204	812.903.622

**Kaynak:** Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019, s.148

### Ek-2: SGK Tarafından Kurumlara Yapılan Ödemeler

YILLAR	FATURA TUTARLARI (KDV Dahil Değildir)				
	Bin TL		ÖZEL	ÜNİVERSİTE	TOPLAM Total (B)
DEVLET 2.BASAMAK	DEVLET 3.BASAMAK				
2012	10.051.990	5.945.100	6.771.108	5.506.848	28.275.046
2013	11.049.401	6.598.896	7.294.698	6.129.775	31.072.770
2014	12.340.270	7.218.596	7.671.542	6.944.105	34.174.513
2015	12.598.117	8.107.009	8.153.544	7.459.415	36.318.085
2016	13.894.172	9.542.520	8.409.883	8.205.334	40.051.909
2017	14.724.847	11.408.747	9.055.398	9.354.777	44.543.769
2018	15.846.098	13.201.645	9.426.962	10.792.632	49.267.338
2019	16.095.71	14.276.804	9.831.592	12.134.601	52.338.713
2020	13.100.719	15.018.786	11.666.067	12.601.561	52.387.132

**Kaynak:** SGK Kurumsal İstatistikleri,

[http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik\\_istatistik\\_bilgileri](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri)

**Ek-3: Türkiye ve OECD Ülkelerinde Temel Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları (2017)**

Gösterge	Türkiye OECD	(ort±ss)	p değeri
Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla(SAGP)(USD)*	24309	41353±16029	<0,001
Kişi Başı Sağlık Harcaması*	1064	3813±1955	<0,001
Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Payı(%)*	5,23	8,99±2,24	<0,001
Kadınlarda Yaşam Yılı Beklentisi*	78,9	83,16±1,94	<0,001
Erkeklerde Yaşam Yılı Beklentisi*	72,6	78,02±3,10	<0,001
Yaşam Yılı Beklentisi (Total)*	75,8	80,53±2,42	<0,001
Sağlıklı Yaşam Yılı Beklentisi*	66,2	70,98±1,99	<0,001
15 yaş ve üzerinde Alkol tüketimi (litre)*	2,4	9,80±2,55	<0,001
Neonatal Mortalite Hızı (binde)*	7,1	2,66±1,49	<0,001
5 Yaş Altı Ölüm Hızı (binde)*	13,5	4,66±2,65	<0,001
Anne Ölüm Hızı (yüzbinde)*	16	8,80±6,88	<0,001
15 yaş üzeri popülasyonda Sigara Kullanma (%)*	25,5	24,47±6,86	<0,388
Doktor Sayısı(on binde)**	17,1	29,77±7,65	<0,001
Hemşire ve ebe (on binde)**	24	89,22±40,36	<0,001
Hastane yatak sayısı (binde)**	2,65	4,76±2,51	<0,001
Hastane sayısı (milyonda)**	19,92	29,80±15,19	<0,001

**Kaynak:** Sayılı, 2017\*.2015 yılı verileri \*\*:2013 yılı verileri