

# TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE REFORMLAR VE POLİTİKA TRANSFERİ\*

Gözde YILMAZ<sup>1</sup>

## Öz

Türkiye sağlık alanında oldukça kapsamlı ve köklü bir reform programı olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı 2003 ve 2010 yılları arasında uygulamaya koymuştur. Sağlık sisteminde gerçekleştirilen bu reformlar birçok farklı sistemin farklı yönlerinin transfer edilmesi ve sentezlenmesi ile oluşturulan hibrit bir Türkiye Model'ini ortaya çıkarmıştır. Bunun yanı sıra en önemlisi kısa bir zaman zarfında Türkiye sağlık alanında politika transfer eden bir ülke durumundan politika ihraç eden bir model haline gelmiştir. Bu kapsamda bu çalışmanın amacı 2003-2010 tarihleri arasında oluşturulan sağlıkta Türkiye Model'ini incelemek, bu doğrultuda yapılan yasal düzenlemeleri araştırmak ve modelin özelliklerini detaylı bir şekilde ortaya koymaktır. Makale Türkiye sağlık politikasındaki dönüşümün hibrit bir politika transferine işaret ettiğini ve ulusal gereksinimler dikkate alınarak bir Türkiye Modeli oluşturulduğunu ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Politika Transferi, Sağlık, Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Türkiye Modeli

\* Bu makale yazarın TÜBİTAK 3501 Kariyer Destekleme Programı çerçevesinde desteklenen araştırmanın çıktısıdır.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Atılım Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Uluslararası İlişkiler Bölümü, eposta: gozde.yilmaz@atilim.edu.tr

## REFORMS IN TURKISH HEALTH SYSTEM AND POLICY TRANSFER

### Abstract

Turkey put the ‘Health Transformation Program’ into practice in 2003-2010 through a series of comprehensive and radical reforms. In generating the reforms in line with the Program the country transferred and synthesized different aspects of various health systems and developed a hybrid Turkish Model. Most importantly, Turkey has become an exporter of its health model earlier from a country transferring health policy. In this regard, this article analyzes the Turkish Model in healthcare and aims to provide a detailed analysis of it. Moreover, the article stresses that the transformation of the Turkish Health System characterizes a hybrid model – Turkish model – as a result of policy transfer that takes domestic needs into account.

**Keywords:** Health, Health Transformation Policy, Policy Transfer, Turkey, Turkish Model.

## Giriş

Türkiye’de sağlık alanında son yıllarda oldukça fazla gelişme yaşanmıştır. Örnek olarak, 2006 yılında sosyal güvenlik kurumları birleştirilmiş, 2008 yılında yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ile birlikte Türkiye’de yaşayan herkes sağlık güvencesi altına alınmış, 2009 yılında Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı kabul edilmiş, 2010 yılında aile hekimliği kurumu oluşturulmuştur (Sülkü, 2011). Geçmiş yıllarda gerçekleştirilen, dar çerçeveli ve uygulamada zayıf kalan reformların aksine 2003 yılı sonrasındaki reformlar kapsamlı bir program çerçevesinde gerçekleştirilmiş ve yeni bir sistem oluşturma gayesiyle köklü reformlar yapılmıştır. Bu sistemin politika yapıcılar tarafından birçok farklı sistemin değerlendirilerek sentezlenmesi sonucunda ortaya çıktığı görülmektedir. Sonuç olarak Türkiye sağlık sisteminin reformunda etkin olan sürecin politika transferi olduğu görülmektedir.

Sağlık politikasındaki değişimin en önemli özelliği ve farklılığı çok kapsamlı bir reform sürecine tabii olmasıdır. Sağlık politikasında adım adım ve kökten bir değişim gözlenmekte olup, yamalı veya seçici bir yapıda olmamış bir bütünlük halinde sağlıkta ‘Türkiye Modeli’ oluşturulmuştur. Bu kapsamda kısa bir zaman zarfında Türkiye sağlık alanında politika transfer eden bir ülke durumundan politika ihraç eden bir model haline gelmiştir. Bir başarı örneği olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/World Health Organization–WHO) tarafından örnek gösterilen Türkiye Modeli farklı ülkelerle sağlık personelinin eğitimi gibi birçok alanda yapılan işbirlikleriyle ve reform deneyiminin paylaşılmasıyla öne çıkmıştır (EBM Haber Ajansı, 2013; WHO, 2012: s. 6).

Bu çalışma 2003-2010 tarihleri arasında oluşturulan sağlıkta Türkiye Model’ini incelemek, yani bu doğrultuda yapılan yasal düzenlemeleri araştırmak ve modelin özelliklerini detaylı bir şekilde ortaya koymayı hedeflemektedir. Makale Türkiye sağlık politikasındaki dönüşümü sistematik ve detaylı bir şekilde analiz ederek ortaya çıkan modelin hibrit bir politika transferine işaret ettiğini ve ulusal gereksinimler dikkate alınarak bir Türkiye Modeli oluşturulduğunu ortaya koymaktadır. Sağlıkta dönüşümü inceleyen birçok eser literatürde yer almasına rağmen yapılan reformların Türkiye Modeli adı altında hibrit bir politika transfer modeli olduğu bu çalışma tarafından ortaya konulmaktadır.

Araştırma nitel bir araştırma olup süreç-izleme (process-tracing) yöntemi kullanılarak yürütülmüştür. Detaylı olarak Türkiye Model'ini oluşturan yasal reformları ortaya koymak ve bunun hangi modeller ele alınarak oluşturulduğunu araştırmak için bu yöntem araştırma için uygun bulunmuştur.

Araştırmanın sınırlılıkları düşünüldüğünde en önemlisi belirli bir döneme (2003-2010) ve yürütmeden ziyade Türkiye Model'ini ortaya çıkaran yasal düzenlemelere odaklanmasıdır. Yani araştırma 2010 sonrası dönemi ve Türkiye Model'inin uygulanması konusunu ele almamıştır ki bunun nedeni de bu modelin yapısını ve nasıl ortaya çıktığının araştırmanın temel odak noktası olmasından ileri gelmektedir. Ayrıca, transferin sebepleri veya transferde rol alan etkin aktörler gibi konular bu makalenin odak noktasında değildir. Dolayısıyla makalede konu Türkiye sağlık modeli ve politika transferi çeşidi ile sınırlandırılmıştır.

Makalenin ilk bölümünde politika transferi konusuna odaklanılacak ve sonra Türkiye sağlık politikasına tarihi bir bakış atarak yapılan reformları detaylandıracaktır. Daha sonra literatürde baskın gelen sağlık modellerini inceleyerek Türkiye Model'inin bu modellerin hangi özelliklerini aldığını ve nasıl sentezlendiğini inceleyecek olan makale son olarak araştırmanın çıkarımlarını ortaya koyacaktır.

### Politika Transferi

Disiplinler arası bir literatüre konu olan politika transferi özellikle son yıllarda birçok araştırmacı tarafından yoğunlaşılacak bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Politika transferi kavramı belirli bir zamanda ve/veya mekânda politikalar, kurumlar gibi düzenlemeler hakkındaki bilginin bir başka zaman ve/veya yerde politika ve kurum gibi düzenlemeleri geliştirmekte kullanılması süreci olarak tanımlanmaktadır (Dolowitz and Marsh, 1996, s. 344). Farklı tanımlar (örnek olarak; Evans, 2010, ss. 6-7) literatürde yer alsa da politika transferi genel olarak bir yerden politika, kurum, yönetsel düzenlemelerin diğer bir yere transfer olması olarak özetlenebilir.

Politika transferi yaklaşımı politika değişim sürecini incelerken geniş ve kapsamlı bir perspektif ile yola çıktığından metodolojik anlamda

önyargıları önleyerek Avrupalılaşıma gibi birçok dar kapsamlı literatüre katkı sağlamaktadır (Bulmer vd., 2007, s. 190). Örneğin, Avrupalılaşıma literatürü politika değişim sürecini AB'ye odaklı bir şekilde incelerken, AB'nin dışında farklı etkenler ki bunların başında küreselleşme ve ülke içi etkenler gelmektedir, sorunu açıklamakta rol oynasa bile ihmal edilebilmektedir. Bu durumu önleme konusunda politika transferi yaklaşımı herhangi bir aktöre veya etkene odaklanmadan, açık ve kapsamlı bir perspektifle araştırmacıya ciddi bir avantaj sağlamaktadır.

Politika transferi yaklaşımının bahsi geçen avantajlarına ve literatürün zaman içerisinde gelişmesine rağmen bir takım problemler veya eksiklikler halen mevcuttur. Öncelikle politika transferinin hem bağımsız hem de bağımlı değişken olarak kullanılması ve bu iki yaklaşımın birbirini tamamen dışlamaması araştırmacının her şeyden önce çözmesi gereken ve araştırmasında netlikle ifade etmesi gereken bir durum olarak ortaya çıkarmaktadır (Benson and Jordan, 2011; Dolowitz and Marsh, 2000; Evans, 2010; Marsh and Sharman, 2009). Politika transferi politika değişimi, politika iflası, politikanın başarısı gibi konuları açıklamada bağımsız değişken olarak kullanılabilmesi gibi, transferin hangi şartlarda ve nasıl ortaya çıkabileceği konusunda bağımlı değişken olarak da kullanılabilir (Marsh ve Sharman, 2009, s. 278).

Bu iki araştırma yaklaşımı birbirini tamamen dışlamamakta, bir araştırma sonucunun (politika çıktısı) neden ve nasıl ortaya çıktığı bir bütünlük içerisinde açıklanmalıdır (Marsh and Sharman, 2009, s. 278). Bu konuda ya birini ya da ötekini seçme eğilimi literatürde ağır basmış ve birbirini dışlamayan bu iki yaklaşımın nasıl bir arada yürütülebileceği halen çözülememiştir (Evans, 2010, s. 18). Bu nedenle politika transferini konu alan araştırmaların bu konuyu netlikle araştırma tasarılarında ortaya koymaları önemli bir gerekliliktir.

Politika transferi literatüründeki diğer bir eğilim ise pozitivist yaklaşımların hakimiyetidir ki bu durum Dolowitz ve Marsh (1996, s. 357) tarafından erken dönem literatür için bir eleştiri kaynağı olmuştur. Fakat Benson ve Jordan (2011, s. 374) pozitivist çalışmaların politika transferi literatüründeki ağırlığının son dönemde de devam ettiğini ve Dolowitz ve Marsh'ın problemlerin sosyal olarak inşa edildiği ve çözümlerin nereden ve ne şekilde geldiğinin buna bağlı olarak

belirlenmesi olasılığının hala çözümediği ve araştırmalara konu olmadığını tespit etmiştir.

Politika transferi analizi birçok soru çerçevesinde şekillenmiştir. Bu sorulardan en temel olanları şunlardır: Politika transferini kim yapar? , Ne transfer edilir? , Neden politika transfer edilir? , Nereden transfer yapılır? , Politika transferinin dereceleri veya seviyeleri nelerdir? (Dolowitz and Marsh, 1996, s. 344, 2000, s. 8). Bu sorulardan yola çıkarak politika transferi literatürü şekillenmiş ve yapılandırılmıştır.

Bu sorulardan ne transfer edilir ve nereden transfer edilir sorularıyla politika transferinin nasıl sınıflandırıldığı bu çalışmanın odaklandığı sorulardır. Öncelikle, ne transfer edilir sorusu ele alındığında, teoride “politika hedefleri; yapı ve içerikler; politika enstrümanları veya yönetsel teknikler; kurumlar; ideolojiler; fikirler, tutumlar ve kavramlar; negatif dersler” şeklinde özetlenebilecek biz dizi transfer başlığının öne çıktığını görmekteyiz. (Dolowitz and Marsh 1996, ss. 349-350). Literatür ilk önce hükümetler arası politika enstrümanları, yönetsel teknikler ve kurumların transferine odaklanmış, daha sonraları literatüre ideolojiler, fikir ve tutumlar gibi transfer alanlarına odaklanan çalışmalar (örnek olarak Stone 2004) eklenmiştir (Benson and Jordan, 2011, s. 370).

İkinci olarak, politika transferinin sınıflandırılması veya seviyeleri konusunda literatür zamanla gelişme kaydetmiş ve farklı transfer şekilleri ortaya konmuştur. Politika transferi literatüründe önemli çalışmalara sahip ve bir politika transferi modeli olan ders çıkarma modelinin mimarı olan Rose (1991) transfer derecelerini beş farklı kategoriye ayırmıştır. Bunlar kopyalama, öykünme, hibritleşme, sentez ve ilhamdır. Kopyalama bir ülkede kullanılan programın başka bir ülkede hiç bir değişikliğe tabii olmadan alınıp işlerliğe konulması sonucu ortaya çıkmaktadır (Rose, 1991, s. 21). Kopyalamayı reddeden öykünme durumunda başka bir yerdeki program birinci sınıf standardı temsilen ele alınır, fakat milli farklılıklar göz önüne alınarak yurt içi ortama adapte edilir (Rose, 1991, s. 21). Hibritleşme farklı iki yerdeki programların içeriğinden fark edilir bir şekilde kombinasyon yaratmayı öngörürken, sentez birçok farklı programı oluşturan elementlerin bir bütünlük oluşturacak şekilde birleştirilmesiyle ortaya çıkar (Rose, 1991, s. 22). Politika

transferinde ilham ise başka bir yerde karşılaşılan tanıdık bir problemin yurt içinde yaşanan problemin çözümüne ve politikanın değiştirilmesine ilham olma durumudur (Rose, 1991, s. 22).

Politika transferi literatürüne önemli katkıları olan Dolowitz ve Marsh (1996, s. 351) Rose'un çalışmasını temel almış ve bu kategorileri çalışmalarında kullanmışlardır, fakat bir değişiklik: hibritleşme ve sentez şeklinde ortaya çıkan politika transferi tek bir kategori altında toplanmış ve bu durum bir veya birden fazla yerdeki programların içeriklerinin birleştirilerek kombine edilmesi şeklinde tanımlanmıştır. Detaylandırılan politika transferi kategorileri literatürde kabul görmekte ve politika transferi çalışmalarında halen kullanılmaktadır. (Evans, 2010, ss. 8-9).

Üçüncü olarak, politika transferinin nereden yapılacağı konusunda literatür üç farklı düzlem üzerinden hareket etmiştir: ulusal, yerel ve uluslararası düzlem (Dolowitz and Marsh, 1996, ss. 351-353, 2000, s. 12). Ulusal seviyede sorumlu aktörler kendi ülkeleri içerisinde yer alan siyasi sistemlerden veya birimlerden ders çıkarabilirler ki bu şekilde farklı şube ve bölümlerden yönetsel teknikler ve prosedürler transfer etme olanağı elde ederler (Dolowitz and Marsh, 1996, s. 352, 2000, s.12; Rose, 1991, s. 13). Ayrıca ulusal tarihten veya geçmiş deneyimlerden ders çıkarmakla işe başlamak da politika transferi için mantıken en başta gelen yollardan bir tanesidir ve bu şekilde hem zamandan hem de kaynaklardan tasarruf etme gibi bir avantaj ortaya çıkmaktadır (Dolowitz and Marsh, 1996, s. 351). Ulusal seviyenin içerisinde yerel bazda da farklı birimler kendi aralarında ders çıkarıp transfer yapabileceği gibi, ulusal hükümet de yerel birimlerdeki program, politika gibi unsurlardan dersler çıkarıp transfer yapabilir (Dolowitz and Marsh, 2000, s. 12). Son olarak, ulusal sınırların ötesinde bir devlet diğerinden politika transfer edebilir ve onların deneyimlerinde yararlanabilir (Dolowitz and Marsh, 1996, s. 352, 2000: 12). Bunun yanı sıra, literatür diğer bir düzlemde de politika transferinin gerçekleştiğini ortaya koymuştur. Mesela uluslararası arenada ulusal hükümetler politika fikirleri ve normlarının transferini sıklıkla hükümet dışı organizasyonlar, ulus ötesi savunuculuk koalisyonları, Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Teşkilatı (AGİT) gibi devletlerarası organizasyonlar vasıtasıyla yapmaktadırlar (Stone, 2004).

Son yıllarda özellikle gelişen ve detaylanan politika transferi kavramı önemli bir araştırma alanı olarak karşımıza çıkmakta ve Türkiye vakasında da geçerliliği gözlemlenmektedir. Türkiye sağlık politikasında gerçekleştirilen reformların ve dolayısıyla oluşturulan Türkiye Model'inin kaynağı bir sonraki bölümde detaylı olarak incelenecektir.

### **Türkiye Sağlık Politikası, Reformlar ve Politika Transferi**

Türkiye sağlık politikasında 2000'li yıllarda köklü bir değişime gitmiş ve bu yolda adımlar atılmıştır. 2003 ve 2010 yıllarını kapsayan Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında yapılan reformlar ve bu reformlar öncesi sağlık sistemindeki durum bu bölümde detaylandırılacaktır.

### **Türkiye Sağlık Politikasına Tarihi Bir Bakış**

Cumhuriyetin kuruluşundan 1946 yılına kadar Türkiye'nin sağlık politikasının temelleri atılmış, Sağlık Bakanlığı'nın sistemin planlanması ve uygulanması konusundaki yetki ve görevleri belirlenmiş ve sağlık sisteminin oluşturulması yönünde birçok kanun çıkarılmıştır (OECD, 2008; Sülkü, 2011). Bu dönemde

*“sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetimin tek elden yürütülmesi; koruyucu hekimliğin merkezi yönetimin, tedavi edici hekimliğine yerel yönetimlerin hizmet alanı olarak ayrışması; sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, yatılı tıp talebe yurtları açılması, mezunlarına mecburi hizmet konulması; sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması”* ilkelerine odaklanılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 20).

1946 yılında özel sektör çalışanlarına ve kamu sektöründe çalışan mavi yakalılara sağlık sigortası sağlayan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuş ve 1952'de Emekli Sandığı'nın kurulmasıyla sosyal güvenlik kapsamı genişletilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011). 1946 ve 1960 yılları arasında sağlık hizmeti vermesi tasarlanan sağlık merkezleri kurulmuş ve hastaneler yerel yönetimlerden alınarak Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır (OECD, 2008, s. 40). Yine bu dönemde sağlık ve sosyal güvenlik alanında Hemşirelik Kanunu, İşçi



Sigortaları Kanunu gibi yasalar çıkarılmış ve sağlık sisteminin yapılanması sürmüştür (Sülkü, 2011, s. 4).

1960 ve 1980 yılları arasındaki dönemde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun (1961) çıkarılmış ve bu kanun eşitlikçi, devamlılık ilkelerini baz alan ve halkın ihtiyaçlarına yönelik ulusal sağlık hizmetlerinin kuruluşunun temelini oluşturmuştur (OECD, 2008, s. 40; Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 23). Anayasal düzlemde, 1961 Anayasası ile birlikte, sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik bir hak olarak görülmüş ve devlet vatandaşlarına bu servisi sağlamada sorumlu tutulmuştur (Demirci, 2012, s. 164). Bu dönemin en önemli özelliği sağlık politikasında planlı döneme geçilmiş olması ve sağlık politikasında oldukça önemli rol oynayan beş yıllık kalkınma planlarının oluşturulmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 10). 1963 yılında kabul edilen beş yıllık kalkınma planına ilk defa sağlık konusu eklenmiş ve planın amaçları arasında Genel Sağlık Sigortası'nın oluşturulması yer almıştır (OECD, 2008, ss. 41-42). 1967 yılında Genel Sağlık Sigortası yasa taslağı hazırlanmış fakat bakanlar kuruluna sevk edilememiş, 1971 yılında tasarı Meclise sunulmuş fakat kabul edilmemiş, 1974 yılında tekrar Meclise sunulan tasarı görüşülmemiştir (Sağlık Bakanlığı 2003, s. 10). Sonuçta bu dönem Genel Sağlık Sigortası tartışmalarının ve yasa tasarılarının gündeme geldiği bir dönem olmasına rağmen bu konuda bir yasal düzenleme yapılamamıştır.

1980 sonrası dönem 60'larda başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletildiği ve anayasal düzlemde sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinde vatandaşlara birçok hak getirildiği bir dönem olmuştur (OECD 2008, s. 41; Sağlık Bakanlığı 2003, s. 10). 1960 Anayasasıyla aynı doğrultuda, 1982 Anayasası sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini tüm vatandaşların yasal hakkı olduğunu ve devletin bu hizmetleri vatandaşlara sağlamada gerekli tedbirleri almakla yükümlü olduğunu belirtmiş, sağlık hizmetlerini denetleme ve işleyişini düzenleme konusunda devletin rolünün güçlendirmiş ve Genel Sağlık Sigortası'nın uygulanabileceğini belirtilmiştir (OECD, 2008, s. 41). Genel Sağlık Sigortası tartışmalarının bu dönemde tekrar gündeme gelmesi ve sıklıkla tartışılmasına rağmen, 1986 yılında Bağ-Kur sağlık sigortalılarına sağlık yardımları yapılmaya başlanmış ve sonuçta kamu sosyal güvenlik alanında üç başlı parçalı bir yapı ortaya çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı 2003, s.

24). Sonuçta bu dönemde yapılan yasal düzenlemelere rağmen kapsamlı bir sağlık politikası oluşturulamamıştır (OECD, 2008, s. 41).

1990'lara gelindiğinde sağlık alanında reform çalışmalarının arttığı görülmüş ve bu alanda birçok adım atılmıştır. En önemlisi 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) sağlık sektörü konusunda "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" adlı bir plan hazırlamış ve bu planda öngörüldüğü üzere 1992'de 1. Ulusal Sağlık Kongresi toplanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011, s. 24). Bu plan ve sağlık kongrelerinin toplanmasıyla birlikte sağlık reformlarının ele alındığı bir sürece girilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 24). 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Sağlık Politikası hazırlanmış ve politikanın hedefleri "*destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye*" olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 24). Bunun yanı sıra 1993 yılında herhangi bir sosyal güvencesi olmayan ekonomik durumu zayıf kişilere Yeşil Kart uygulaması ile sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağı sağlanmıştır (Demirci, 2012, s. 170). 1998 yılında Genel Sağlık Sigortası tartışmaları sonucunda Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigorta İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı Bakanlar Kurulu tarafından Meclise sunulmuş, fakat yasalaşmamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 24).

1990'larda yürütülen reform çalışmalarının ana bileşenleri "*sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması; birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi; hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi; Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması*" olmasına rağmen bu hedeflerin çoğu gerçekleştirilememiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 24).

2000'lerin başına kadar Türkiye'nin sağlık politikasını öncelikle yerleştirme ve düzenleme ve sonrasında reformlarla geliştirme çabası göze çarpmaktadır. Özellikle 1960'lardan sonra Genel Sağlık Sigortası tartışmaları sağlık hizmetleri konusunda özel bir yer tutmuş, fakat çeşitli reformlar yapılmasına ve yapılmaya çalışılmasına rağmen da Genel Sağlık Sigortası hayata geçirilememiştir. Sonuçta, geçmiş yıllarda teorik anlamda çalışmalar yapılmışsa da uygulama

yeterli olmamış ve bu dönem teorik anlamda sağlık politikasının geliştiği bir dönem olarak kalmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011, s. 24).

### **Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Reformlar (2003-2010)**

2003 yılı öncesi Türkiye sağlık sisteminde birçok problem göze çarpmaktaydı. Bu dönem öncesinde birçok reform ve reform denemesiyle problemler çözülmeye çalışılmış, fakat bütüncül bir programdan uzak olan bu reformlar sistemi dönüştürememiştir. 2003 yılı öncesindeki problemlerin teşhisi finansman, ödeme, organizasyon, düzenleme ve davranış başlıkları adı altında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan birçok raporda yer almıştır (Örnek olarak; Sağlık Bakanlığı, 2008; 2011).

Parçalı ve çoklu bir yapıya sahip sağlık sisteminde sigortalı vatandaşlar dahi sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk çekmişlerdir; çalışanların hizmetinin niteliği ve niceliğinin değerlendirilmesi yapılmadan sabit ücret uygulaması mevzu bahiskene, kamuda çalışan doktorların maaşı yetersiz kalmış ve ‘özel’ çalışmaya izin verilmiştir; özel sektörden hizmet alımı oldukça kısıtlı kalmış ve kayıt dışılık gibi birçok problem süregelmiştir; acil hizmetlerdeki problemler, hizmet açısından bölgesel dengesizlikler, koruyucu hizmetlerdeki yetersizlikler, yaygın anlamda ‘özel’ hizmet sunumu (muayenehanecilik) ve alımı, hastanelerdeki bakımsızlık ve altyapı yetersizlikleri ciddi problemler arasında olagelmıştır; sağlık hizmetlerinin piyasa şartlarına terk edilmesi, bu hizmetlerin sunumundaki bürokratik zorluklar, dengesiz dağılımlı ve kuralsız atamalar ve ilaç fiyatlarında sürekli artış öngören bir zihniyet karşılaşılan önemli zorluklar arasında olmuştur; çalışanların motivasyon eksikliği, muayene konusunda hastaların sıklıkla hastaneyi tercih etmeleri, hekim seçme olanağının ve hasta haklarını koruyacak kurumların olmaması, hastaların uyum göstermesi için oluşturulan programların kısıtlı kalması ve sağlıklı bir hayat için davranış değişikliğini öngören programların olmaması sağlık sisteminin eksiklikleri arasında yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 21).

2003 yılına gelindiğinde geçmiş yıllarda sağlık sistemini geliştirme adına yapılan reformlarla paralel fakat daha kapsamlı, daha sistematik ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ adı altındaki program uygulamaya konulmuştur.

Türkiye'nin sağlık sistemindeki problemler ortaya konarak, bu problemlerin çözümünde stratejik planlamayla çözüm yolları sunan dönüşüm programı "geçmişteki 'reform çalışmaları' ve 'sağlık projesi' çalışmalarındaki birikimin mirasını değerlendirerek gelecekteki geçilmesi düşünülen sağlık sistemini tasarlayacak ve tasarlanan sisteme geçişi" kolaylaştırmayı hedeflemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 7). Özetle, programın amaçları "sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması, sunulmasıdır" şeklinde ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24). Bu anlamda, uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyini yükseltmesini öngören etkililik ilkesi, düşük maliyetle kaynaklardan azami hizmetin üretilmesini öngören verimlilik ilkesi ve sağlık ihtiyacı ölçüsünde hizmetlerden yararlanma ve mali güç doğrultusunda katkısını hedefleyen hakkaniyet ilkesi ile doğru orantıda olması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24). Detaylı olarak programın hedefleri incelendiğinde hedeflerin "sağlık finansmanında tüm kamu finansman kurumlarının birleştirilerek tek bir kamu sağlık finansman kurumu oluşturulması ve Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmesi; Sağlık Bakanlığının icracı yanının giderek düzenleyici/koordine edici yanıyla değiştirilerek, yeniden yapılandırılması; kamu hastanelerinin işletme haline getirilmesi; birinci basamakta aile hekimliğine geçilmesi; sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesi (performansa göre) ve istihdamında (sözleşmeli çalışma) yeni tercihlerde bulunulması" olduğu görülmektedir (Soyer, 2009, s. 179).

Programın sekiz tema etrafında şekilleneceği ve dönüşümü bu şekilde sağlayacağı belirtilmiştir ki bu temalar "planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı; herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası; yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, a) güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, b) etkili, kademeli sevk zinciri, c) idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri; bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü; sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları; nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon; akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma; karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi" olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2007, s. 17).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın genel ilkeleri de programın başlangıcında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan belgelerde detaylandırılmıştır. Bu ilkeler insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, güçler ayrılığı, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2003, ss. 25-26). İnsan merkezilik hizmet sunulan bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerinin odak noktasına konulmasını; sürdürülebilirlik hâlihazırdaki kaynak ve koşullara uygun bir programın oluşturulması ve devamlılık sağlamasını; sürekli kalite gelişimi sağlanan hizmetin gelişiminin sağlanması ve bu yönde bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını; katılımcılık sağlık sisteminin geliştirilmesi ve uygulanmasında ilgili tarafların görüşlerinin alınmasını; uzlaşmacılık sektördeki tüm bölümlerin çıkarlarının gözetilmesi ve ortak bir noktada buluşulmasını; güçler ayrılığı finansmanı sağlayan, planlamayı, denetlemeyi yapan ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılmasını; gönüllülük sistem içerisinde tüm hizmet alan ve verenlerin teşvik edilerek gönüllü olarak yer almasını; desantralizasyon merkezden yönetimin hantal yapısından çıkılıp yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesini; hizmette rekabet hizmet sunucuların tekel olmaktan çıkarılıp yarışmasını ifade etmektedir (Sağlık Bakanlığı 2003, ss. 25-26).

Dönüşüm Programı'nın 2003 yılında uygulanmaya başlanması ile birlikte sağlık sisteminde birçok reform hayata geçirilmiş ve programda ortaya konulan hedefleri gerçekleştirme yolunda adımlar atılmıştır (***Ek A'ya göz atınız***). Programın temel hedefleri ve reformlar incelendiğinde birçok hedefin gerçekleştirildiği, fakat bazılarının da eksik kaldığı gözlemlenmektedir. Öncelikle Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmiş ve sağlık sisteminin finansmanında köklü değişiklikler yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 27; Sağlık Bakanlığı 2010, s. 14). Bu kapsamda herkese tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası sigortalı olup olmadığına bakılmaksızın sağlık kurumlarından yararlanma hakkı vermiş ve sosyal güvenlik kurumlarını tek çatı altında birleştirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 63). Fakat planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı oluşturma hedefiyle Sağlık Bakanlığı "*devletin sağlık sektörünü 'tek elden planlama' görevini*" yerine getirecek bir kuruma dönüştürülmek istense de bu yolda atılan adımlar kısıtlı kalmış ve köklü yasal değişimler gerçekleştirilememiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 27, 2007,

s. 79). Bir diğer önemli hedef olan kamu hastanelerinin sağlık işletmesi haline geliştirilmesi konusunda, ilk adım olarak bu hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanmış, sonrasında kamu hastaneleri özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmüştür. Sağlık Bakanlığı genelde sağlık piyasasını özelde ise bu işletmeleri denetleyen ve düzenleyen bir kurum haline getirilmiştir (Erol ve Özdemir, 2014, s. 17; Sağlık Bakanlığı, 2003, ss. 31-32). Ayrıca sağlık ocakları çatısında yürütülen birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde yeniden yapılandırma hedefi uygulamaya geçirilmiştir (Erol ve Özdemir, 2014, s. 16; Sağlık Bakanlığı, 2003, ss. 30-31). Bunun yanında verimliliği arttırmak ve özel muayenehanelere gidişi azaltmak için sağlık çalışanlarının performansına göre ücretlendirilmesi sistemi hayata geçirilmiş ve az gelişmiş bölgelerdeki sağlık personeli sıkıntısını gidermek adına sözleşmeli personel uygulamasına başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 37, 64, 66). Bahsedilen hedefler ve bu doğrultuda atılan adımların yanında kademeli sevk zinciri oluşturulması, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumlarının oluşturulması ve desteklenmesi, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon sağlanması, akılcı ilaç ve malzeme yönetimini sağlanması, bilgiye erişim için sağlık bilgi sistemi oluşturulması ve sağlık çalışanlarının motivasyonu yüksek çalışanlar haline getirilmesi hedefleri doğrultusunda da adımlar atılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003, ss. 31-36, 2011, ss. 63-68).

### **Yeni Sağlık Sistemi: Türkiye Model'inin Oluşturulması ve Diğer Ülkelere İhracatı**

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması konusunda literatürde farklı yaklaşımlar ortaya konmuştur. Fakat klasik sınıflandırma denilen, Sosyal Sağlık Sigortası veya Bismarck; Ulusal Sağlık Hizmetleri veya Beveridge; ve Özel Sağlık Sigortası veya Liberal modelleri içeren sınıflandırma literatüre hâkim olmuş ve sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında bu modeller ve özellikleri sıklıkla kullanılmıştır (Demirci, 2012, ss. 59-72; Nolte vd., 2005, ss. 15-20; Saltman and Dubois, 2004, ss. 23-26).

18. yüzyılda Alman Şansölyesi Bismarck tarafından ortaya atılan Bismarck Modeli devlet bazlı bir sosyal sigorta tipidir, hastalık fonları ile finanse edilmektedir ve sağlık sigortası nüfusun çoğu hatta tamamı için zorunludur

(Demirci, 2012, s. 68; Nolte vd., 2005, s. 15; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008, s. 140). Bu sistemde çalışanların istihdam kategorilerine ayrılarak gelirlerinden belirli bir kısmı hastalık fonlarına ödemesi, işverenlerin ödediği primler ve ödeme gücü olmayanlar için devlet katkısıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlanmaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008, s. 140; Yıldırım, 2012, s. 13) Modelde sağlık hizmeti sadece sigortalılara verilirken devlet sistemin finanse edilmesini farklı sağlık sigorta kurumları yolu ile dolaylı anlamda yönetmektedir (Lee vd., 2008, s. 109). Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansı birbirinden ayrılarak hizmet sunumu hem kamu hem de özel sağlık hizmetleri kurumları tarafından karşılanmaktadır (Demirci, 2012, s. 69). Sistemde hastaların hekim ve hastane seçmesi ve serbest hekimlik mümkün olmakla birlikte hizmet sunucuları arasında rekabet yaratılarak hizmet kalitesinin artırılması hedeflenmiştir (Demirci, 2012, s. 69; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008, s. 141). Almanya'da uygulamaya konulan sistem Avusturya, Danimarka gibi diğer Avrupa ülkelerine de yayılmış ve devletin sağlık sistemindeki rolü modelin yaygınlaşması ile birlikte artmıştır (Saltman and Dubois, 2004, s. 24).

Beveridge modeli devlet tarafında sağlanan sağlık hizmetlerinin yine devlet tarafından vergilerle finanse edildiği bir sistemdir (Lee vd., 2008, s. 109; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008, s. 137). Bu modelde evrensellik ilkesi öne çıkar ve sağlık sigortası herkesi kapsar, yani yaş, cinsiyet, çalışma durumu ve aile durumları gibi etkenlere bakılmaksızın tüm vatandaşlar sigorta kapsamına alınır (Demirci, 2012, s. 66; Yıldırım, 2012, s. 12). Sağlık hizmetlerinin sunumu Birleşik Krallık örneğinde olduğu gibi ağırlıkla kamusal sağlık kurumları tarafından yapılmaktadır ve sağlık çalışanları da memur statüsündedir (Yıldırım, 2012, s. 12). Birleşik Krallık Beveridge modelinin birebir örneği olarak kabul edilse de Avrupa ve dünyada (örnek olarak İsveç, Norveç, Kanada, Yeni Zelanda, İtalya, İspanya) birçok ülke tarafından uygulanmaktadır (Demirci, 2012, ss. 67-68).

Liberal modelde özel sağlık sunucuları sağlık hizmetlerini sunmakta ve sağlık hizmetlerinde devletin rolü oldukça kısıtlı kalmaktadır (Lee vd., 2009, s. 109). Liberal sistemde sağlık hizmetlerinin finansı vergi ve primlerden sağlanmaktadır (Lee vd., 2009, s. 109). Amerikan sağlık sistemi bu modelin önde gelen örneklerinden biri olmakla beraber sağlık hizmetlerinin tamamen

özel olmasından ötürü, Amerika örneğinde de olduğu gibi, toplumun büyük bir kesimi sigortasız kalabilmekte ve sorunlar ortaya çıkmaktadır (Demirci, 2012, s. 71).

Türkiye'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sisteminde yapılan değişiklikler sonucunda birden fazla modelden yararlanılarak bir Türkiye modeli oluşturulmuştur. Politika transferi literatüründe hibritleşme ve sentez şeklinde anılan bu durum Bismarck, Beveridge ve Liberal modellerinin ulusal şartlara uygun olan özelliklerinin Türkiye sağlık sistemine transferi ile ortaya çıkmıştır (Demirci, 2012, ss. 231-232). Beveridge modelini temel altyapı olarak alan Türkiye modeli Liberal modelden Bismarck modeline nispeten daha fazla özellik ödünç almıştır (Demirci, 2012, s. 236). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın en önemli mimarlarından Sağlık Eski Bakanı Recep Akdağ Latin Amerika, Afrika, Asya, Avrupada birçok ülkeye geziler yapmış ve bu ülkelerdeki sağlık sistemlerini, özellikle evrensel sağlık sigortası sistemlerini, incelemiş ve sonuç olarak bu ülkelerden öğrenilenlerin direk benimsenmesi yerine yerel şartlara uyarlanması gerektiğini vurgulamıştır (Akdağ, 2015). Bu yaklaşım Sağlık Bakanlığı'nın yayınlarında da önemle belirtilmiştir ki örnek olarak şu sözler verilebilir:

*Dünyanın birçok gelişmiş ülkesinde sağlık sistemlerini yerinde inceleyip değerlendirerek, ülkemizde devraldığımız mirasla birleştirdik ve kendimize mahsus, merkezinde bizzat insanımız olan bir Türkiye modeli olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı geliştirdik* (Sağlık Bakanlığı, 2008, s. 7).

Türkiye Modeli incelendiğinde üç temel özelliğinin adı geçen üç modelin temel özelliklerinden olduğu görülmektedir: tüm vatandaşlar tarafından ödenmesi zorunlu olan primler; genel vergilendirme ve bunları destekleyen özel sağlık sigortası (Demirci 2012, s. 231). Beveridge sisteminin ana özelliği olan herkesi kapsayan evrensel sağlık sigortası, Bismarck sisteminin sağlık hizmetlerinin finansında ana öge olan prim ödemeleri ve Liberal sistemin ana özelliği olan özel sağlık sigortasının teşvik edilmesi Türkiye modelinin temel özelliklerindedir. Bunların yanı sıra Beveridge modelindeki gibi devletin özel sağlık hizmetlerinde güçlü denetleyici rolü, Liberal modeldeki gibi kamu harcamasının kısıtlanması, yine Beveridge modelindeki gibi devletin tek elden kamu finansmanını sağlaması Türkiye Model'inin özellikleri arasındadır.



Sonuç olarak, Türkiye sağlık sistemi reformlarla dönüştürülürken birçok sistemden yararlanılmış ve bu sistemlerin bir takım özelliklerinin ulusal düzleme uyarlanmasıyla bir model oluşturulmuştur.

Özellikle son yıllarda Türkiye Modeli farklı ülkeler tarafından örnek alınan bir model haline gelmiştir ki bu da farklı modellerin farklı özelliklerinin alınmasıyla oluşturulan sistemin ihraç edilen bir model haline geldiğini göstermektedir. Model DSÖ, DB gibi birçok uluslararası kuruluş tarafından bir başarı hikâyesi olarak anılmakla birlikte Türkiye'nin gerçekleştirdiği reformlarla sağlık sisteminde görülen iyileşme övgü almıştır (McCourtie, 2015; WHO, 2012).

Sağlık konusunda ülkedeki gelişmelere bakıldığında – Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında - ortalama yaşam süresinin arttığı, çocuk ölümlerinin azaldığı, hasta memnuniyetinin arttığı ve finansal risk korumasının büyüdüğü görülmektedir ki bu a programın başarısı konusunda bir ipucu sunmaktadır (Detaylar için *Ek B, EK C, EK D, Ek E*'yi görünüz) (Akdağ, 2015, s. 4; WHO, 2012, ss. 8-9).

Türkiye'nin çok kısa bir zaman zarfında sağlık sisteminde gerçekleştirdiği dönüşümün diğer ülkelere bir örnek teşkil edebileceği özellikle DSÖ tarafında sıklıkla dile getirilmiş, Türkiye Model'inden esinlenilmesi gerektiği ve gerçekleştirdiği kapsamlı dönüşümden birçok ülkenin ders çıkarabileceği belirtilmiştir (Akdağ, 2015, s. 4; McCourtie 2015; WHO, 2012, s. 21). Türkiye Model'inin özellikle yakın coğrafyasındaki ülkelere örnek olması büyük bir olasılık olmasına rağmen Türkiye Sağlık Eski Bakanı Akdağ'ın da altını çizdiği üzere her ülkenin kendine has özelliklerinin olması yekpare bir sistemin her ülkede uygulanamayacağını ortaya koymaktadır (Akdağ, 2015, s. 4). Sonuçta, her ülkedeki ortam ve değişim kabulü önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Fakat Türkiye'nin Batı ve Doğu arasında yer alan konumu ve Batı ve Doğu medeniyetlerinin özelliklerini beraber taşıması Türkiye modelinin başka ülkeler tarafından ithal edilme potansiyelini arttırmaktadır. Bununla birlikte modelin değiştirilmeden ithal edilmesi yerine birçok ülkenin Türkiye deneyiminden yararlanması ve dersler çıkarması da oldukça mümkündür.

Hali hazırda bir örnek olarak, sağlık sisteminde reform hazırlığı içerisinde olan Bahreyn'in Türkiye deneyiminden yararlanması ve Türkiye modelini yakından inceleyebilmesi için Dünya Bankası Bahreyn yetkililerinin Türkiye'ye çalışma turları ile ziyaretlerini organize etmiş ve böylelikle Bahreyn'in sağlık sistemindeki reformları nasıl gerçekleştirebileceği sorusuna cevap aranmıştır (McCourtie, 2015). Bu örneğin yanı sıra sağlık alanında işbirliği birçok farklı ülke ile sürdürülmektedir. Mesela, 2015 yılında Kırgızistan ve Çad ile sağlık alanında işbirliği anlaşmaları imzalanmış ve Türkiye'nin sağlık alanında kazanmış olduğu tecrübelerin bu ülkelerle paylaşılacağı belirtilmiştir (HaberTürk, 2015; Sağlık Bakanlığı, 2015). Ayrıca Sağlık Eski Bakanı Recep Akdağ aralarında Güney Afrika, Vietnam, Ürdün, Bahreyn ve Fas olmak üzere çeşitli ülkelerden talep üzerine bu ülkelere giderek sağlık sistemleri konusunda danışmanlık vermektedir (TRT Haber, 2015). Tüm bu örnekler son yıllarda ortaya çıkmış ve Türkiye Model'ini birebir adapte etmek yerine modelden ve reform tecrübesinden yararlanma şeklinde süregelmiştir. İleriki yıllarda bu örnekler çerçevesinde gelişen işbirliği sonucunda ve daha farklı örneklerin çıkma ihtimali ile Türkiye Model'inin ihraç edilip edilmediği daha net bir şekilde ortaya çıkacaktır. Sonuç olarak, çok yakın bir dönemde ortaya çıkan Türkiye Modeli şimdiden ilgili uluslararası örgütlerin ve birçok ülkenin dikkatini çekmiş ve sağlık reformu konusunda ders çıkarmak için incelenmeye alınmış ve karşılıklı işbirliği adımları atılmıştır. Bu bilgiler ışığında ileriki dönemde Türkiye'nin sağlık sisteminin uluslararası arenada örnek teşkil edeceği ve araştırmalara konu olabileceği çok muhtemel gözükmektedir.

### Sonuç

Türkiye 2000'lerde sağlık alanında köklü, bütüncül ve kapsamlı reformlar gerçekleştirmiş ve dolayısıyla sağlık alanında bir dönüşüm gerçekleştirilmiştir. Bu makalede 2003-2010 yılları arasında Türkiye'nin sağlık politikasındaki dönüşüm incelenerek 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' adı altında ortaya çıkan yeni sağlık modelinin – Türkiye Modeli – transferi irdelenmiştir. Türkiye'de sağlık alanında yapılan tüm reformların detaylı bir şekilde incelenmesi sonucunda Bismarck, Beveridge ve Liberal Model'lerinin farklı özelliklerinin alınarak sentezlenmesi sonucu hibrit bir politika transferi yapıldığını

ortaya koyulmuştur. Bunun yegâne sebebi modellerin ulusal şartlar ışığında değerlendirilerek bir Türkiye Modeli oluşturulmasıyla transferin yapılmasıdır.

Türkiye Modeli adı geçen modellerden yararlanılarak üç temel özellik çerçevesinde oluşturulmuştur. Bunlar zorunlu primler, genel vergilendirme ve destek mahiyetinde özel sağlık sigortasıdır. Beveridge Modeli ele alınarak genel sağlık sigortası Türkiye Modeli'nin önemli bir ayağı olurken, Bismarck Modeli çerçevesinde finansman konusunda prim ödemeleri temel alınmıştır. Ayrıca Liberal Modeli'nin temel bir özelliği olan özel sağlık sigortasının teşviki Türkiye Modeli'nin diğer bir ögesi olmuştur. Ayrıca Liberal Modeli'deki kamu harcamalarının kısıtlanması ve Beveridge Modeli'nin öngördüğü özel sağlık hizmetlerinde denetleyici roldeki devlet Türkiye Modeli'nin ana özelliklerinden olmuştur. Sonuç olarak, Türkiye sağlık reformları gerçekleştirilirken birçok sistemden yararlanılmış ve bu sistemlerin bir takım özelliklerinin ulusal düzleme uyarlanmasıyla bir model oluşturulmuştur.

En önemlisi makale 'Türkiye Modeli' ile Türkiye'nin zamanla sağlık alanında politika transfer eden bir ülke durumundan politika ihraç eden bir model haline gelmesini ortaya koymuştur. Özellikle son yıllarda, model sağlık konusunda ileri gelen bir uluslararası aktör olan DSÖ tarafından bir başarı örneği olarak gösterilmiş ve diğer ülkelerin de bu deneyimden yararlanması teşvik edilmiştir. Bu anlamda Türkiye'nin sağlık politikasındaki deneyimini sistematik bir şekilde değerlendirerek hem 'Türkiye Modeli' özelliklerini detaylandıran hem de diğer ülkelere genel ve özel tavsiyeler içeren bir çalışma yapması önemli bir gerekliliktir. Bu yolla sağlık alanında hem diğer ülkelerle işbirliği arttırılabilir hem de uluslararası arenada Türkiye bu alanda kendini daha iyi bir noktaya taşıyabilir. En önemlisi bu tanıtımın dolaylı da olsa sağlık turizmine yapacağı katkıdır ki diğer ülkelerin yetkilileri ile işbirliği yapılması mümkünken ülke vatandaşlarına da Türkiye'deki sağlık sistemi tanıtılabilir ve vize kolaylıkları ile de sağlık turizmine özendirilebilir.

## Kaynakça

- Akdağ, R. (2015). Lessons from Health Transformation in Turkey: Leadership and Challenges. Commentary, *Health Systems & Reform*, 1 (1), pp. 3-8.
- Benson, D., Jordan, A. (2011). What Have We Learned from Policy Transfer Research? Dolowitz and Marsh Revisited., *Political Studies Review*, 9, pp. 366-378.
- Demirci, B. (2012). *Transformation in the Organizational and Financial Set-up of the Health Care System in Turkey – Its Repercussions and Similarities with the English Model*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi/Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, Ankara.
- Dolowitz, D. P., Marsh, D. (1996). Who Learns What from Whom: A Review of the Policy Transfer Literature. *Political Studies*, XLIV, pp. 343-357.
- Dolowitz, D. P., Marsh, D. (2000). Learning From Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 13 (1), pp. 5-24.
- EBM Haber Ajansı. (2013, 6 Haziran). Türkiye Sağlık Alanında Model. <http://www.ebmhaber.com.tr/-turkiye-saglik-alaninda-model-ulke-d47829.html>
- Erol, H., Özdemir, A. (2014). Health Reforms and the Evaluation of Health Expenditures in Turkey. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), pp. 9-34.
- Evans, M. 2010. Policy Transfer in Critical Perspective. Mark Evans (Ed.), *New Directions in the Study of Policy Transfer* içinde (pp. 6-31). Abingdon, Oxon and New York: Routledge.
- HaberTürk. (2015, 1 Ağustos). Türkiye'den Kırgızistan'a Sağlık Alanında Destek. <http://www.haberturk.com/saglik/haber/1110062-turkiyeden-kirgizistana-saglik-alaninda-destek>
- Lee, S., Chun, C., Lee, Y., Seo, N. K. (2008). The National Health Insurance System as One Type of New Typology: The Case of South Korea and Taiwan. *Health Policy*, 85, pp. 105-113.
- McCourtie, S. D. (2015, 17 Şubat). Lessons from Turkey How Bahrain is Looking to Improve its Healthcare. World Bank News.
- Nolte, E., McKee, M., Wait, S. (2005). Describing and Evaluating Health Systems. Ann Bowling and Shah Ebrahim (Ed.) *Handbook of Health Research Methods: Investigation, Measurement and Analysis* içinde (ss. 12-4). Berkshire: Open University Press.

- OECD. (2008). Turkey. *OECD Reviews of Health Systems*. OECD and World Bank.
- Rose, R. (1991). What is Lesson-drawing? *Journal of Public Policy*, 11(1), pp. 3-33.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). Sağlıkta Dönüşüm. Aralık 2003.
- Sağlık Bakanlığı. (2007). Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002 – Haziran 2007. Editör: Akdağ, R. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2008). “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu”. Editör: Akdağ, R. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2010). Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları. AB Koordinasyon Dairesi Başkanlığı. Editör: Ekmekçi, E. B. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010). Editör: Akdağ, R. Ankara.
- Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşüm’ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?” *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2 (4), ss. 179-182.
- Saltman, R. B., Dubois H. F. W. (2004). The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems. Richard B. Saltman, Reinhard Busse ve Josep Figueras (Ed.) *Social Health Insurance Systems in Western Europe* içinde (pp. 21-32). Berkshire: Open Univesrity Press.
- Sülkü, S. N. (2011). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. *Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı*, 144. Ankara: Hermes.
- Stone, D. (2004). Transfer Agents and Global Networks in the ‘Transnationalization’ of Policy. *Journal of European Public Policy*, 11 (3), pp. 545-566.
- TRT Haber. (2015, 14 Temmuz). Akdağ’dan ‘Sağlık Sistemi’ Danışmanlığı. <http://www.trthaber.com/haber/saglik/akdagdan-saglik-sistemi-danismanligi-194180.html>
- Uğurluoğlu, E., Özgen H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dairesi*, 11 (2), ss. 133-160.
- WHO (2012). *Successful Health System Reforms: The Case of Turkey*. Mayıs.
- Yıldırım, H. H. (Ed.) (2012). *Sağlık Sigortacılığı*. Anadolu Üniversitesi Yayını, s. 2527.

## Ekler

## Ek A: Türkiye’de Sağlık Reformları – 2003-2010\*

Yıl	Reform
2003	<ul style="list-style-type: none"><li>-Performansa dayalı ödeme sistemi – Sağlık Bakanlığı’na bağlı 10 hastanede pilot uygulama</li><li>-Sevksiz özel hastanelere başvuru imkânı – Devlet memuru ve Emekli Sandığı üyelerine</li><li>-Hasta hakları ile ilgili yasal düzenleme ve hastanelerde hasta hakları birimlerinin kurulması</li><li>-Az gelişmiş bölgelerde sözleşmeli sağlık personeli uygulaması</li><li>-İletişim Merkezi (SABİM)’nin kurulması</li><li>-Ulusal bağışıklama kampanyası doğrultusunda aşılama günleri</li><li>-Ücretsiz ambulans hizmetlerinin başlaması</li><li>-Ücretsiz gezici sağlık hizmetlerinin kırsala yaygınlaştırılmaya başlanması</li><li>-Hizmet ücretinin ödenmemesi durumunda hastanede rehin tutulma olaylarının önüne geçmek için mekanizmaların uygulanması</li><li>-Sağlık Bakanlığı’nda Toplam Kalite Yönetimi uygulaması</li></ul>
2004	<ul style="list-style-type: none"><li>-Gebelere ve bebeklere ücretsiz demir ve D vitamini desteği uygulaması</li><li>-Genişletilmiş Bağışıklama programı ile aşılama programının oluşturulması, bilinçli anneler ve sağlıklı bebekler projesinin geliştirilmesi, bebek dostu hastanelerin artırılması, ‘Demir gibi Güçlü Türkiye’ projesinin başlatılması, Raşitizm Önleme Programı’nın başlatılması ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin oluşturulması</li><li>-Gebeler ve çocuklar için tıbbi denetimlerden geçmeleri koşuluyla nakit para yardımının başlatılması</li><li>-Ücretsiz Kanser Tarama Eğitim Merkezleri’nin açılmaya başlanması</li><li>-İlaç politikasında fiyatlandırma ve KDV konusunda değişiklikler yapılarak yurtdışı referans fiyat sisteminin getirilmesi ve ilaç fiyatlarının düşmesi</li><li>-Reçeteli ilaçların vergilerinin %18’den %8’e indirilmesi</li><li>-Kamu sektöründe hizmet vericilere hekim seçme imkânı verilmesi</li><li>-Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde hekim seçme hakkının uygulanması</li><li>-Sağlık Bilgi İletişim Merkezi’nin hizmete sokulması</li><li>-Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi’nin kuruluş aşamasının tamamlanması</li><li>-Maliye Bakanlığı genelgesi ile Geri Ödeme Komisyonu’nun kurulması</li><li>-Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşlarda Performansa Dayalı Ödeme Sistemi’nin uygulanmaya başlaması</li></ul>

Yıl	Reform
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayakta tedavi ve reçete giderlerinin Yeşil Kart kapsamına alınması ve %20'lik katkı payı uygulamasının başlatılması</li> <li>-Reçetesiz ilaçların ve sağlık hizmetlerinin vergilerinin %18'den %8'e indirilmesi</li> <li>-Savunma Bakanlığı ve üniversite hastaneleri dışındaki tüm kamuya bağlı sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi</li> <li>-Sağlık Bakanlığının iş yükünü hafifletmek adına Sağlık Meslek Liseleri'nin Milli Eğitim Bakanlığı'na devredilmesi</li> <li>-İlaçların lisanlanmasına dair yönetmeliğin Mecliste onaylanması</li> <li>-Kurumsal ve kalite kriterlerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'ne eklenmesi</li> <li>-SSK sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devri ve SSK'lılara Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelere ve eczanelere erişim hakkı tanınması</li> <li>-Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde Hasta Hakları birimlerinin kurulması</li> <li>-İlk olarak Aile Hekimliği uygulamasına Düzce'de başlanması</li> </ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>-5202 sayılı Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Birleştirilmesine Dair yasanın yürürlüğe girmesi, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın tek çatı altında toplanması ve uygulamaya başlanması</li> <li>-Aile Hekimliği uygulamasının 5 ilde (Eskişehir, Edirne, Denizli, Adıyaman, Gümüşhane) daha uygulamaya konulması</li> <li>-Az gelişmiş bölgelerde hekim dağılımını dengelemek adına 2003 yılında yürürlükten kaldırılan hekimler için mecburi hizmet uygulamasının tekrar uygulamaya konulması</li> <li>-Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde global bütçe uygulamasına başlanması</li> <li>-SGK içerisinde İlaç harcaması takip sisteminin kurulması ve fatura bilgisini ve hizmet ödemelerini gerçekleştirmek için oluşturulmuş MEDULA'nın başlatılması</li> <li>-Sağlık için Kamu Özel Ortaklığı Kanununun Mecliste kabul edilmesi</li> <li>-Kızamık, kabakulak, kızamıkçık gibi hastalıkların aşlarının rutin aşılama programlarına alınması</li> </ul>

Yıl	Reform
2007	<ul style="list-style-type: none"><li>-SGK'lı olup olmamasına bakılmaksızın herkesin birinci basamak hizmetlerinden yararlanmasına olanak verilmesi</li><li>-SGK tarafından yayınlanan Yeni Sağlık Uygulama Tebliği'nin kabul edilmesi</li><li>-Sağlık Bakanlığı hastanesinden üniversite hastanesine SSK ve Bağ-Kur'lular için sevk zorunluluğunun kaldırılması</li><li>-Kronik bir rahatsızlığa sahip olan hastaların hekim onayına gerek duymadan eczanelerde tekrar reçete yaptırabilmesinin sağlanması</li><li>-Ambulans hizmetlerinin kış mevsiminde erişilmesinde sorun yaşanan alanlarda daha erişilebilir hale getirilmesi</li><li>-Aile Hekimliği uygulamasının 4 ilde (Elazığ, Isparta, Samsun ve İzmir) daha uygulamaya konulması</li><li>-Yeşil Kartlıların ayakta tedavilerinde muayene, tetkik-tahlil, ilaç, diş çekimi ve protezi, gözlük ve acil tedavi giderlerinin ödeme kapsamına alınması</li><li>-SGK ile anlaşmalı olan Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde CPT ve ICD-10'a dayalı ayakta ve yatan hasta prosedürleri için toplu sabit fiyat ödemesinin getirilmesi</li></ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"><li>-5754 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" kabul edilmesi ve Genel Sağlık Sigortası sistemi uygulamaya konulması</li><li>-Yeşil Kart uygulamasının Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınması ve Yeşil Kart sahiplerinin diğer sağlık sigortası sahipleri gibi aynı teminatlardan yararlanması olanağının getirilmesi</li><li>-Kış mevsiminde erişilmesi zor olan yerlere erişimi sağlamak üzere mobil sağlık hizmetlerine 75 kar ambulansı, 4 deniz ambulansı ve 6 hava ambulansının eklenmesi</li><li>-Sağlık Bakanlığı'nın "Özel Ayaktan Tanı ve Tedavi Merkezleri" yönetmeliğinin kabul edilmesi, yeni ruhsatlandırma prosedürlerinin kabul edilmesi ve ihtiyaç ruhsatı koşulunun getirilmesi</li><li>-Kamu alanlarında sigara içilmesini yasaklayan Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun'un kabul edilmesi</li><li>-Yatarak tedavilerde ilaç ve tıbbi malzemelerin hastane tarafından temin edilmesinin zorunlu hale getirilmesi</li><li>-SGK ile anlaşmalı özel hastaneler Sağlık Uygulama Tebliği fiyatı üzerine maksimum %30 fark alabilme sınırının getirilmesi ve kanser tedavisi, acil ve yoğun bakım hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi</li><li>-Özel hastanelerde Yanık, kanser, yenidoğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp damar cerrahisi tedavi ve işlemlerinden ilave ücret alınmamasının sağlanması</li><li>-Yurtdışında tedavisi mümkün olmayan hastalıkların yurtdışında tedavi edilebilmesi imkânının tüm sigortalılara sağlanması</li><li>-Ulaşım problemi olan yerlerde anne adaylarının misafir edilerek sağlıklı bir şekilde doğum yapmalarını hedefleyen Misafir Anne Projesi'nin başlatılması</li><li>-Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin başlatılması</li><li>-Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı'nın başlatılması</li></ul>



Yıl	Reform
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>-5 ilde (Rize, Trabzon, Tunceli, Uşak ve Bursa) daha Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi</li> <li>-Ayaktan tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde katkı payı uygulamasının başlatılması</li> <li>-İlaç takip sisteminin pilot uygulamasına başlanması</li> <li>-Eczane bulunmayan yerlerde yaşayanlara ilaç ulaştırmak için mobil eczane uygulamasının başlatılması</li> <li>-Merkezi Hastane Randevu Sistemi pilot uygulamasına başlanması</li> <li>-Eş değer ilaç bedellerinin ödenmesi konusunda aynı endikasyonda kullanılması öngörülen aynı etken maddeyi içeren en ucuz ilaç bedelinin ödenmesi için konulan %22'lik oranın %15'e indirilmesi</li> <li>-Kamu personelinin Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınması konusundaki Tebliğ'in Resmi Gazete'de yayınlanması ve 15 Ocak 2010 tarihi itibarı ile kayıt ve işlemlerin Sosyal Güvenlik Kurumuna devrinin kararının alınması</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>-5497 sayılı "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazın Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" un kabul edilmesi ve hekimlerin tam gün çalışmasına olanak sağlanması</li> <li>-Kamu personelinin Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmasının uygulamasına başlanması</li> <li>-Sosyal Güvenlik Kurumu'nun hastadan alınan fark ücretini belirlemek hedefiyle özel hastaneleri sınıflandırması</li> <li>-Yeşil Kart sahibi olanların dış kanal ve dolgu tedavisinden ücretsiz yararlanmalarının sağlanması</li> <li>-Evde sağlık hizmetlerinin verilmeye başlanması</li> <li>-İlaç Takip Sistemi'nin tüm yurda yayılması</li> <li>-Aile Hekimliği sisteminin tüm yurda yayılması</li> <li>-Teşhis İlişkili Gruplar ödeme sisteminin uygulanmaya başlanması</li> <li>-Bürokrasinin azaltılması ve idari basitleştirme çalışmalarının başlaması</li> <li>-5997 sayılı Kanunla Yeşil Kart uygulamasının 1 Ocak 2012 tarihine kadar yürürlükte kalmasının düzenlenmesi</li> </ul>

\* Bu tablo Sülkü (2011) ve Sağlık Bakanlığı (2010, 2011)'den yararlanılarak oluşturulmuştur.

**Ek B: Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrası Sağlık Sistemi Performans Göstergeleri\***

Gösterge	SDP Öncesi	Son Dönem Veriler
Nüfus	66,008,000 (2002)	73,722,992 (2010) 74,724,269 (2011)
<b>Sağlık Alanında İlerlemeler</b>		
Ortalama Yaşam Süresi (Dünya Sağlık Raporu)	71.0 (2000)	75 (2009)
Çocuk Ölümleri (1000 canlı doğum)	36 (2000)	12 (2010) 9,6 (2011)
5 Yaş Altı Ölümleri (1000 canlı doğum)	42 (2000)	13 (2010) 12.5 (2011)
Kızamık vakası (100, 000 nüfus)	11.8 (2002)	0.01 (2010)
<b>Finansal Erişim ve Risk Tedbiri</b>		
Toplam Sağlık Gideri (% GDP)	5.4 (2002)	6.1 (2008)
Toplam Hükümet Harcamalarında Sağlık Alanında Kamu Gideri Oranı (DSÖ Değerlendirmesi)	9.1 (2002)	12.8 (2010)
Sağlık Alanında Kamu Sektörü Gideri (Toplam Sağlık Giderine % Oranı)	70.7 (2002)	73 (2008)
Özel Sağlık Gideri (Toplam Sağlık Giderine % Oranı)	29.3(2002)	27(2008)
Sağlıkta Cepten Harcama (Toplam Sağlık Giderine % Oranı)	19.8 (2002)	17.4(2008)
Kendi İlaç ve Tedavi Masraflarını Ödeyen Kişilerin Yüzdesi	32 (2003)	11.1 (2011)
Sağlık Sigorta Kapsamı	70(2000)	98(2010)
<b>Memnuniyet (Kamu Sektörü)</b>		
Genel Hasta Memnuniyeti (%)	39.5(2003)	75.9(2011)
Hasta Memnuniyeti, Birinci Basamak Tedavi (%)	41(2003)	78.4(2011)
Hasta Memnuniyeti, Kamu Hastaneleri (%)	41(2003)	76.4(2011)

\*Tablo DSÖ Raporundan Türkçeye çevrilerek alınmıştır (WHO, 2012, s.8)

**Ek C:** Türkiye'nin Sağlık Sistemindeki Temel Göstergeler\*

Gösterge	2002 Türkiye	2012 Türkiye		
Ortalama Yaşam Beklentisi (Yaş)	71.9	74.6		
Anne Ölüm Oranı (100.000 doğumda)	64	15.4		
Bebek Ölüm Oranı (1000 doğumda)	26.7	11.6		
Bulaşıcı Hastalıkların Yaygınlığı (100.000 kişide)	AİDS	0.07	AİDS	0.13
	Tüberküloz	27.3	Tüberküloz	18.7
	Sıtma	15.5	Sıtma	0.5
	Kızamık	11.8	Kızamık	0.12
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı (%)	74.8	78		
Aşıyla Korunabilir Hastalıklarda Aşılama (%)	78	97		
Cepten Sağlık Harcamaları (%)	19.8	15.4		

\* Tablo Johansen (2015), OECD (2014) ve Sağlık Bakanlığı (2012) dokümanlarından derlenmiştir.

**Ek D:** Türkiye'de Finansal Risk Koruma\*

Gösterge	2002	2012
Genel Sağlık Sigortası Oranı (%)	70.0	98.3
Toplam Sağlık Harcaması (%)	5.4	6.5
Kamu Sağlık Harcaması (%)	70.7	76.8
Cepten Sağlık Harcamaları (%)	19.8	15.4

\* Johansen (2015)

**Ek E: Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Kaynaklar\***

<b>Gösterge</b>	<b>2002</b>	<b>2012</b>
Doktor Sayısı (her 100.000 kişi için)	138	172
Hemşire Sayısı (her 100.000 kişi için)	171	249
Hastane Yatak Sayısı (Her 10.000 kişi için)	378.551	698.518
Yoğun Bakım Yatak Sayısı	2214	23.689
Ambulans Sayısı	2963	4269

\* Johansen (2015)