



Araştırma Makalesi • Research Article

Türkiye, Almanya ve Hindistan Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz **Turkey, Germany and India Health System: A Comparative Analysis*Nüket Kırcı Çevik ^{a,**}, Onur Yüksel ^b^a Doç. Dr., Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,, Maliye Bölümü, 59030, Tekirdağ/Türkiye.

ORCID: 0000-0002-0104-1088

^b Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, 59030, Tekirdağ/Türkiye.

ORCID: 0000-0002-2184-6828

MAKALE BİLGİSİ

Makale Geçmişi:

Başvuru tarihi: 28 Haziran 2019

Düzeltilme tarihi: 20 Temmuz 2019

Kabul tarihi: 22 Temmuz 2019

Anahtar Kelimeler:

Almanya,

Hindistan,

Sağlık Göstergeleri,

Sağlık Sistemi.

ARTICLE INFO

Article history:

Received June 28, 2019

Received in revised form July 20, 2019

Accepted July 22, 2019

Keywords:

Germany,

Health Reform,

Health System,

India.

ÖZ

Türkiye, 2003 yılından bu yana sağlık alanında reform niteliği taşıyan bir dönüşüm süreci içerisine girmiştir. Bu çalışmanın amacı, sağlık sistemindeki mevcut durumu 2000 ve 2015 dönemini esas alarak seçilmiş ülke örnekleriyle birlikte karşılaştırmalı olarak incelemektir. Türkiye ile karşılaştırılmak üzere, Roemer, M. (1991) çalışmasında öne sürülen ülkeler sınıflaması baz alınarak refah yönelimli ülkeler kategorisinden Almanya ve Hindistan seçilmiştir. Çalışmada, Türkiye, Almanya ve Hindistan örneğinde hem demografik hem de sağlık verileri göstergelerle sunulmuştur. Temel sağlık göstergelerine ilişkin veriler incelendiğinde 2000-2015 döneminde Türkiye'nin genel sağlık sisteminde ve sağlık göstergelerinde gelişmeler olduğu tespitine varılmıştır. Türkiye, Almanya ile karşılaştırıldığında; genel sağlık sistemi ve temel sağlık göstergeleri açısından bu ülke standartlarını yakalayamadığı anlaşılmıştır. Türkiye, Hindistan ile karşılaştırıldığında ise; temel sağlık göstergeleri açısından daha iyi standartlara sahip olduğu görülmüştür. Genel bir değerlendirmeyle, Türkiye'nin sağlık sisteminin gelişmiş ülke sağlık sistemleri standardına henüz erişemediği gelişmekte olan ülke sağlık sistemlerine kıyasla ise dahi iyi temel sağlık göstergelerine sahip olduğu kanısına varılmıştır.

ABSTRACT

As of 2003, Turkey has entered into a reformative process of change in health field. The aim of this study is to examine the current state of the health system in Turkey on the basis of 2000-2015 period in comparison with selected countries. Based on the country classification in Roemer M.'s (1991) study, Germany and India were selected among the welfare-oriented countries to be compared with Turkey. Turkey, India, and Germany are presented with both demographic and health indicators in the study. The data concerning basic health indicators of the period 2000-2015 reveals that there were developments in Turkey's general health system and health indicators. When compared to Germany, which is a country with a strong health system and high welfare standards, Turkey seems not to have reached the general health system and basic health indicators of that country. However, Turkey has been found out as having better standards in terms of health indicators than India which is described as "bright spot" in the global plan and has the seventh largest economy of the world but lagging behind Germany in terms of economic development level. In the light of the data analyzed, it has been found out that Turkey has not reached the health standards of developed countries while it has better health indicators than the developing ones.

1. Giriş

İnsanlar dünyaya geldikleri andan hayatlarını kaybettikleri ana dek sağlıklı olmak istemektedirler. Sağlıklı olabilmek için gerek maddi gerekse de manevi olarak her türlü zorluğu göze alabilmektedirler. Bu durumun en önemli sebebi sağlığın, insan hayatında yaşamsal bir öneme sahip olması

ve insanların gerek iş yaşamlarının devamı gerekse de aile ve sosyal yaşamlarının devamında rol oynamasıdır. Sağlığın kavramsal olarak tanımlanmasında dar veya kapsamlı herkesin yapabileceği bir tanım mevcuttur. Cevapların büyük bir çoğunluğunun da "hastaliksızlık hali" şeklinde olması kuvvetle muhtemeldir. Bu tanım yanlış olmamakla

* Bu çalışma, 2017 yılında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından kabul edilen "Sağlık Reformları Sürecinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları: Seçilmiş Ülkeler ve Türkiye Örneği" adlı Yüksek Lisans tezinden türetilmiş ve 1-2 Aralık 2018 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenen International Congress of Management Economy and Policy (Autumn'18) isimli kongrede bildiri olarak sunulmuştur.

** Sorumlu yazar/Corresponding author.

e-posta: nuket.kirci@yahoo.com

beraber sağlığın tanımını yalnızca hastaliksızlık hali olarak tanımlamak yetersiz ve kapsayıcı nitelikten uzak olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü 19-22 Haziran 1946 yılında New York'ta düzenlediği Uluslararası Konferansında anayasasını kabul etmiş ve bu anayasada sağlığı; bedensel, zihinsel ve sosyal refahın tam olduğu, hastalığın ve zayıflığın olmadığı bir durum şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2009:1). Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasası 7 Nisan 1948 tarihinde yürürlüğe girmiştir ve sağlık tanımı değişmemiştir. Sağlık, temel bir insan hakkıdır ve bu hakkın yaşam hakkından bağımsız olarak düşünülmesi imkânsızdır. Bu açıdan devletlerin vatandaşları için sağlık hizmetlerine ulaşımın hakkaniyetli ve eşit olması yönünde çalışmalar yürütmesi gerekmektedir

1970 yılı Petrol Krizi sonrası dönemde Keynesyen politikalar rafa kalkmaya başlamış ve liberal politikalar yeniden gündeme gelmiştir. Bu dönemde liberal görüş yalnızca ekonomi alanında değil, sağlık sektöründe de kendini hissettirmeye başlamıştır. Türkiye'de sağlık alanına olan ilginin yoğunlaşması uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile olmuştur. Türkiye, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık alanında içerisinde köklü değişimleri barındıran bir reform sürecine girmiştir. Bu reform paketinde bulunan başlıca uygulamalar: düzenleyici ve denetleyici bir role sahip Sağlık Bakanlığı, genel bir sağlık sigortası, aile hekimliği, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri ve özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasının teşvik edilmesidir. Bu reform paketi içerisinde bulunan bazı uygulamaların yalnızca bu dönem ile gündeme gelmediği örneğin; özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasının teşvik edilmesi 1968-1972 yıllarını kapsayan İkinci Kalkınma Planı'nda yer aldığı görülmektedir (DPT, 1968: 223). 1963-1967 yıllarını kapsayan Birinci Kalkınma Planında ise sosyal güvenlik konusunda 15 yıl hedef konularak genel bir sosyal güvâhlin kurulması ve işsizlik sigortası sisteminin kurulması amaçlanmıştır (DPT, 1963: 110). Bu amaç doğrultusunda 1967 senesinde genel sağlık sigortası taslağı hazırlanmış ancak Bakanlar Kuruluna sunulmamıştır. 1969 senesinde ise meclise sunulan kanun kabul edilmemiştir.

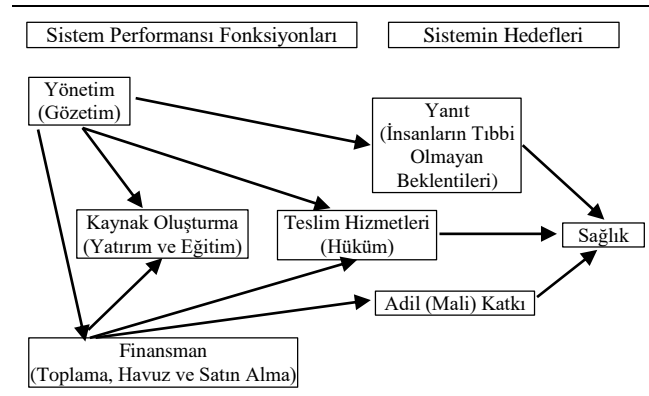
Dünya'daki gelişmelerle birlikte 24 Ocak 1980 Kararları ile liberal ekonomi anlayışını kabul eden Türkiye'nin, uygulama alanı bulan sağlıkta reformların da liberal görüş çerçevesinde şekillendiği söylenebilir. Özellikle, düzenleyici ve denetleyici fonksiyona sahip Sağlık Bakanlığı ve idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri anlayışına dayalı olarak kurulan Kamu Hastane Birlikleri liberal anlayışa dayalı uygulamaların örneklerini teşkil etmektedir. Uygulamaya koyulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, Dünya Bankasının 2002 yılında hazırlanmış olduğu "Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar" başlıklı çalışması ile de paralellik göstermektedir (Cevahir, 2016: 86). Türkiye'nin uygulamaya koyduğu bu reform süreci ile uluslararası kuruluşların Türkiye'ye ilişkin değerlendirme ve tavsiyelerini dikkate almış ve bu alandaki dünya trendlerini yakalama çabası içerisinde girmiştir.

Çalışma 5 bölüm olarak planlanmıştır. Giriş bölümünde konu hakkında genel bilgiler verilecektir. İkinci bölümde sağlık sistemleri hakkında bilgi verilecek olup üçüncü bölümde Türk sağlık sistemi reform öncesi ve sonrası dönem şeklinde iki başlık altında incelenecektir. Dördüncü bölümde Almanya ve Hindistan sağlık sistemleri tanıtılıp sağlık göstergeleri bazında Türkiye karşılaştırması yapılacaktır. Genel değerlendirme ve sonuç bölümünde ise ulusal ve uluslararası düzeyde yapılan karşılaştırmalı analiz sonucunda politika önerilerinde bulunulacaktır.

2. Sağlık Sistemi

Sistem kavramsal olarak belirli amaç veya amaçlara ulaşabilmek için birbirleriyle uyumlu bir şekilde çalışan bütündür. Bu perspektiften sağlık sistemini tanımlayacak olursak sağlık sistemi: amacı sağlık düzeyini geliştirmek olan içerisinde bu sistemin finansmanı, hizmet sunumunu, mevzuatı gibi unsurları barındıran; girdi, süreç ve çıktıdan oluşan bütündür. Sağlık sistemlerinin tanımda da belirtildiği üzere amaçları vardır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2000 yılında yayınlanan "Sağlık sistemleri: Performansı Arttırmak" isimli rapora göre; sağlık sistemlerinin asıl amacı sağlığı teşvik etmekle birlikte, sağlığını kaybetmiş bireylere sağlıklarını kazandırmak ve onları korumaktır. (WHO, 2000: 5). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılı raporunda sağlık sisteminin fonksiyonları ve hedefleri arasındaki ilişkileri Şekil 1'deki gibi şematize etmiştir.

Şekil 1. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları ve Hedefleri Arasındaki İlişkiler



Kaynak: WHO (2000: 25)

Sağlık sistemlerini sınıflandırmak amacıyla birçok çalışma yürütülmüştür ve literatürde birçok sınıflandırma mevcuttur. K. Evang, M. Terris, M.G. Field, R. Elling gibi isimlerde sağlık sistemlerinin sınıflandırma yoluna gitmişlerdir. Literatürde sıklıkla kullanılan sınıflandırma M.I. Roomer'a ait olmakla birlikte, çalışmada da bu sınıflandırma baz alınmıştır. M.I. Roomer 1986 yılı verilerine göre ülkelerin sağlık sistemlerini sosyo-politik yapılarına göre dört gruba ayırmıştır. Bu ayırım Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Ülkelerin Sosyo-Politik Yapılarına Göre Sınıflandırılması

Ülkelerin Ekonomik Seviyesi (Kişi Başına GSMH)	Ülkelerin Sosyo-Politik Yapıları			
	Girişimci ve Serbest	Refah Yönelimli	Kapsayıcı Evrensel	Sosyalist
Gelişmiş ve Sanayileşmiş	ABD	Almanya Fransa Japonya Kanada	B.Krallık Norveç Y. Zelenda	Eski SSCB
Gelişen ve Değişimci	Tayland Filipinler G. Afrika	Brezilya Mısır Malezya	İsrail Nikaragua	Küba K.Kore
Az Gelişmiş	Gana Bangladeş Nepal	Hindistan Burma	Sri Lanka Tanzanya	Çin Vietnam
Kaynak Zengini		Libya	Kuveyt Suudi Arabistan	

Kaynak: Roemer (1991)

2.1. Girişimci ve Serbest Sağlık Sistemi

Girişimci ve serbest sağlık sistemi liberal anlayış üzerine kurulu bir sağlık sistemidir. Bu sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin tamamı özel sektörün elinde olmakla birlikte sağlık hizmetleri (özellikle tedavi edici sağlık hizmetleri) tam anlamı ile piyasa güçlerine bırakılmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı özel sağlık sigortacılığı gibi dolaylı ödeme yöntemlerinin yanında cepten ödemeler gibi doğrudan ödeme yöntemleri ile de sağlanmaktadır. Girişimci ve serbest sağlık sisteminde tedavi edici hizmetler özel sektörün elindeyken devlet koruyucu sağlık hizmetlerini üstlenmiştir. Serbest ve girişimci sağlık sistemini uygulayan ülkelerin başında ABD gelmektedir. Bunun yanı sıra Tayland, Filipinler, Güney Afrika, Gana, Bangladeş, Nepal gibi ülkelerde bu sistemi uygulamaktadır.

2.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi

Refah yönelimli sağlık sistemi, hastalık halini kapsayan çalışanların, işverenlerin ve devletin ek prim ödemesi yoluyla zorunlu sağlık sigortacılığına dayanan sistemdir. Türkiye'nin de dâhil olduğu Refah yönelimli sağlık sisteminin temeli 1883 yılında Almanya başbakanı Otto Von Bismarck tarafından atılmıştır. Bismarck sisteminde sağlık hizmetlerinin sunumu kamu-özel ortaklığı ile sağlanırken, daha iyi hizmet alabilmek için bireylerin başvurabileceği özel sağlık sigortacılığı sistemini de sistem içerisinde barındırmaktadır. Bu sistemde üyeler ödedikleri primler ne olursa olsun sağlık hizmetlerinden eşit olarak faydalanmaktadırlar. Sosyal Sağlık Sigortacılığının başlıca özellikleri şunlardır (İstanbulluoğlu vd., 2010; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008):

- Üyelik nüfusun tamamı veya birçoğu için zorunluluk arz etmektedir.
- Tespit edilen primler genellikle işçi ve işveren arasında paylaştırılmaktadır.

- Sigortaya tabi olan üyenin ödeyeceği prim elde etmiş olduğu gelirden hesaplanmaktadır. Bu sebepten dolayı subjektiftir.
- İşsiz bireylere yönelik sağlanan sigorta hastalık fonları ile yürütülmektedir.
- Sosyal sağlık sigortalarının finansmanında genel vergilerin de önemli bir rolü vardır.
- Refah yönelimli sağlık sistemini Türkiye, Almanya, Fransa, Japonya, Kanada, Brezilya, Mısır, Malezya, Hindistan, Burma, Libya gibi ülkeler uygulamaktadır.

2.3. Kapsayıcı Evrensel Sağlık Sistemi

Kapsayıcı evrensel sağlık sistemi, hastalık dahil tüm sağlık hizmetlerinin sigorta sistemi olmadan devlet tarafından karşılanmasıdır. Bu harcamalar vergiler yoluyla finanse edilmektedir. Bu sistem içerisinde özel sektörde bulunabilir. Kapsayıcı evrensel sağlık sistemini uygulayan ülkelerin başında İngiltere gelmektedir. Kapsayıcı evrensel sağlık sistemini Norveç, Yeni Zelanda, İsrail, Nikaragua, Sri Lanka, Tanzanya, Kuveyt, Suudi Arabistan gibi ülkeler uygulamaktadır.

2.4. Sosyalist Sağlık Sistemi

Sosyalist sağlık sistemi, finansmanın tamamının devlet tarafından karşılandığı ve hastalık hali dâhil tüm hizmetlerin içerisinde olduğu bir sistemdir. Sosyalist sağlık sistemi temel ve koruyucu sağlık sistemi olmakla birlikte özel sektör sağlık alanında ya yoktur ya da özel sektörün payı küçüktür. Sosyalist sağlık sistemini uygulayan ülkeler arasında: Eski SSCB, Küba, Kuzey Kore, Çin ve Vietnam gibi ülkeler vardır.

3. Sağlık Reformları Sürecinde Türk Sağlık Sistemi

3.1. Reform Öncesi Dönem

23 Nisan 1920 tarihinde açılan TBMM kuruluşunun üzerinden 10 gün gibi kısa bir süre geçtikten sonra 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanunla "Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti" kurulmuştur. Bu vekâletin ilk başkanı da Dr. Adnan Adıvar olmuştur. İlk yıllarda savaş yaralarının sarılması ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi önemli fonksiyonları yerine getiren vekâlet zaman içerisinde çeşitli sağlık politikaları belirlemiş ve sağlık hizmetlerinin sunumu ve bunlara ayrılan paylar değişim göstermiştir. 1920 ile 2002 yılları arasında belirlenen sağlık politikalarını 3 ana başlık altında toplayabiliriz:

- Kuruluşundan 1961 yılına kadar olan dönem: Kurumsallaşma
- 1961 ile 1980 arası dönem: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi

- (iii) 1980 ile 2002 arası dönem: Liberal politikaların ağırlık kazanmaya başladığı dönem.

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda rol oynayan 3 önemli kurum bulunmaktadır. Bu kurumlar Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve üniversitelerdir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda bu kadar çok kurumunun bulunması hizmetlerin parçalı ve karmaşık bir yapıya sahip olmasına sebep olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda en büyük rolü oynayan Sağlık Bakanlığı olmakla birlikte basamaklandırılmış sağlık hizmetlerini kendi tesisleri ile sunmaktadır. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetlerini de sunma fonksiyonunu üstlenen tek kurumdur. Koruyucu sağlık hizmetleri ve evde bakım hizmetleri temelde sağlık ocağı, sağlık evi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, verem savaş dispanseri kurumlarıyla Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Sağlık Bakanlığı düzenleyici rol üstlenmekle birlikte direkt olarak hizmet sunan kurumdur.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası madde 60’a göre; devlet sosyal güvenlik teşkilatlarını kurmakla görevlendirilmiştir. Bu madde ile birlikte reform öncesi dönemde sağlık harcamalarının finansmanında birçok kurumun rol oynadığı görülmektedir. T.C. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-kur, OYAK (Ordu Yardımlaşma Kurumu) gibi kurumlar prim esasına göre çalışan kurumlardır. Primli finansmanın asıl amacı sigortalılara ödedikleri bedelle orantılı olarak ekonomik ve sosyal çıkar sağlanmasıdır. (Şener, 2010: 423). Bunun yanı sıra Sosyal Yardım ve Dayanışma Fonu, Sosyal Yardım ise Dayanışma Sandıkları, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Yeşil Kart gibi uygulamalar ise prim esasına dayanmamaktadır.

Sosyal güvelik kurumlarının tek bir çatı altında toplanması öncesinde hem hizmet hem de finansman açısından Türkiye’nin karmaşık bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Bu durum aynı zamanda sosyal güvenlik hizmeti sunan kurumların teminat paketlerindeki farklılıklar Tablo 2’de görüldüğü üzere fırsat eşitsizliğine sebebiyet vermektedir.

Tablo 2. Sosyal Güvenlik Fonları Temel Teminat Paketleri

Temel Teminat Paketi	SSK	Bağ-Kur	Aktif Devlet Memurları	Emekli Sandığı	Yeşil Kart	
					Sağlık Bakanlığı	SYDTF
Yatarak Tam ve Tedavi H.	+	+	+	+	+	
Ayakta Tam ve Tedavi H.	+	+	+			+
Yatarak İlaç H.	+	+	+	+	+	
Ayakta İlaç H.	+	+	+	+	+	
Yurtdışı Tedavi H. H. Giderleri	+		+			+
Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri	+	+	+	+	+	
Gebelik ve Analık İçin H.	+	+	+	+	+	
Ortez, Protez ve Diğer Malzeme	+	+	+			
Yol, Gündelik ve Refakat Giderleri	+		+			

Kaynak: Sülkü (2011)

3.2. Reform Dönemi

Türkiye, 2003 yılı itibariyle sağlık alanında liberal görüş temelli bir reform süreci içerisine girmiştir. Hayata geçirilmeye başlayan bu reformların üzerinde Dünya Bankası raporu ve liberal ekonomi anlayışının sağlık üzerindeki etkisi bulunmaktadır. 2002 yılı Kasım ayında yapılan genel seçimlerin akabinde siyasal iktidar birçok alanda yeni politikaların uygulanacağını açıklamış olup bu alanlardan birisi de sağlık olmuştur. 3 Ocak 2003 tarihinde ise sağlık alanında “Herkesin Sağlık” adı altında yapılması hedeflenen planlar şu şekilde sıralanmıştır (58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003):

- Sağlık Bakanlığının günün koşullarına ve yeni sağlık sistemine göre yeniden yapılandırılması
- Devlet hastanesi, kurum hastanesi ve sigorta hastanelerinin tek çatı altında toplanması

- Hastanelere idari ve mali yönden özerklik verilmesi
- Sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanının ayrılması
- Genel Sağlık Sigortası sisteminin ve kurumunun kurulması
- Aile hekimliği sistemine geçilmesi ve sevk zinciri sisteminin kurulması
- Anne ve çocuk sağlığına özel bir önem verilmesi
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi

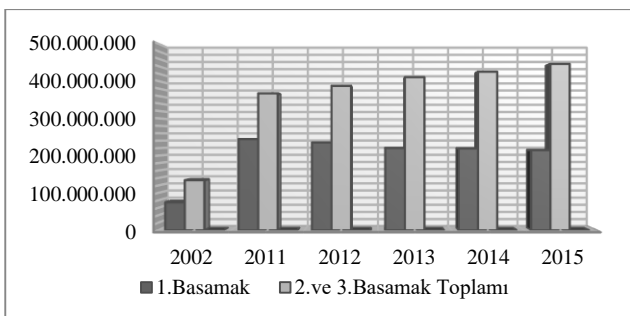
Acil eylem planının açıklanmasından kısa bir süre sonra ise Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanmış olup sağlıkta dönüşümün 8 tema etrafında olması kararlaştırılmıştır (Akdağ, 2008: 20):

- (i) Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı
- (ii) Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası
- (iii) Yaygın erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
- (iv) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
- (v) Etkili, kademeli sevk zinciri
- (vi) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- (vii) Bilgi ve beceri donanmış, yüksek motivasyonlu çalışan sağlık insan gücü
- (viii) Sistemi denetleyecek eğitim ve bilim kurumları
- (ix) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
- (x) Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
- (xi) Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi

Yayınlanan raporlar ve hedefler doğrultusunda 2003 yılı Ocak ayında bu programın uygulamaya konulması ile Türkiye sağlık alanında yeni bir döneme girmiştir. Bu program ile birlikte Aile Hekimliği sistemi, Genel Sağlık Sigortası gibi sağlık hizmetlerinin sunumu, ulaşılabilirliği ve sağlık sisteminin finansmanına yönelik olarak önemli adımlar atılmıştır. Bu program özetle hizmette yerleşme ve finansmana yönelik değişimi hedefleyen bir programdır (Demirci, 2015).

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı’ndan önce birinci basamak sağlık hizmeti sunma görevini Sağlık Ocakları üstlenmekteydi. 2005 yılında Almanya ve İngiltere gibi sağlık sisteminin gelişmiş olduğu ülkelerde uygulama alanı bulan Aile Hekimliği sistemi beraberinde birçok eleştiriyi de getirerek uygulanmaya başlamıştır. Bu sistem ile kuvvetlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmeti sunma hedeflenmiştir. Şekil 2’de 2002 ve 2015 yılları arasında 1. 2. ve 3. Basamak sağlık hizmetlerine toplam başvuru sayısı verilmiştir.

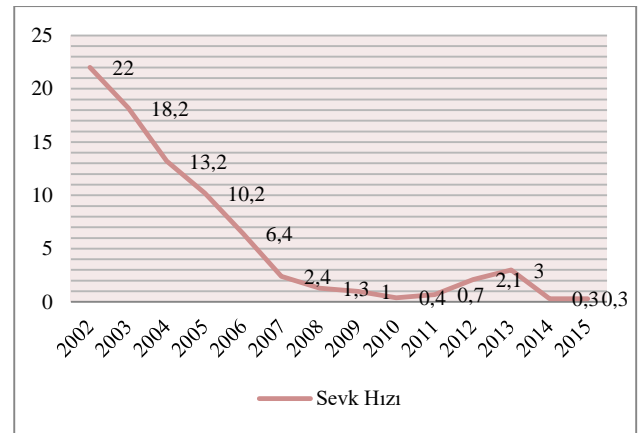
Şekil 2. 2002-2015 Yılları Arası 1.Basamak ve 2. - 3. Basamak Toplamı Başvuru Sayısı



Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı (2015)

Sağlıkta Dönüşüm Programının esaslarından etkili ve kademeli sevk zinciri sisteminin hayata geçirilemeyeşi (Şekil 3) sağlık hizmeti sunan basamaklara olan başvuru sayıları (Şekil 2) ve gelişmiş ülkelerde uygulanan aile hekimliği sistemindeki hizmet kalitesi göz önüne alındığında aile hekimliği sisteminde hedeflenen amaca ulaşamadığını göstermektedir. Ayrıca, kuvvetlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetlerinde istenilen noktaya ulaşamaması sağlık harcamalarının kontrolünde zayıflık ve diğer basamaklara olan gereksiz yığılmalardan kaynaklanmaktadır.

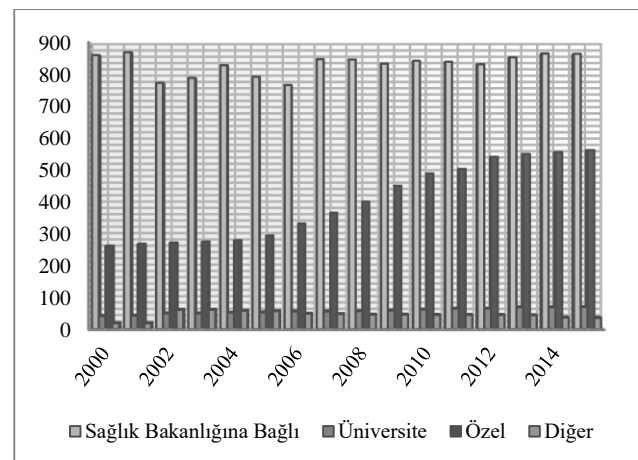
Şekil 3. 2002-2015 Yılları Arası 1.Basamak Sevk Hızı (%)



Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı (2015)

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın esaslarından olan özel sektörün sağlık alanındaki teşvikinin esas bu programa özgü değildir. Türkiye’de kabul edilen Birinci Kalkınma Planı’nda bu hedefe yer verilmiştir. 2002 yılı öncesinde istenilen bu hedef dâhilinde özel sektör sağlık alanında yer sahibidir. Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özel sektörün sağlık alanında sahip olduğu pay Şekil 4’te de görüldüğü üzere yıllar bazında önemli bir artış yakalayarak devam etmektedir.

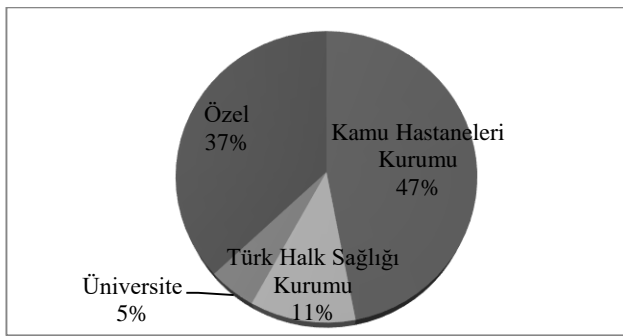
Şekil 4. 2000-2015 Yılları Arası Hizmet Sunucularına Göre Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı



Kaynak: TÜİK (2017)

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı'nın denetleyici ve düzenleyici bir rol üstlendiği görülmektedir. Kamu Hastane Birlikleri'nin kurulması ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin yönetimi bu birliklere bırakılmıştır. Sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısında merkezîyetçilikten yerleşmeye doğru adımlar atılmaya başlamıştır. Bununla birlikte Sağlık bakanlığına bağlı kurumlarda Global Bütçe esasına geçilmiş olup referans ilaç fiyatlaması esası harcamaların kontrol altına alınması noktasında adımlar atılmıştır. Şekil 5'te Kamu Hastane Birliğine Bağlı Hastanelerin ve diğer kurum hastanelerinin oransal dağılımı verilmiştir.

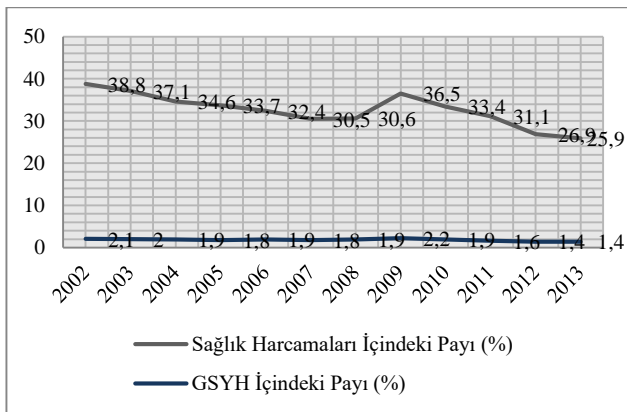
Şekil 5. Kamu Hastane Birliğine Bağlı Hastanelerin ve Diğer Kurum Hastanelerinin Oransal Dağılımı



Kaynak: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2015: 23)

Türkiye'de ilaç harcamalarının 2002-2013 yılları arasında artışına rağmen GSYH içindeki payı ve sağlık harcamaları içindeki payının azalmış olması artan sağlık harcamaları ve GSYH göz önüne alındığında kuşkusuz ilaç harcamalarında oransal anlamda önemli bir aşama kaydedildiğini göstermektedir (Şekil 6).

Şekil 6. 2002-2013 Yılları Arası İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı

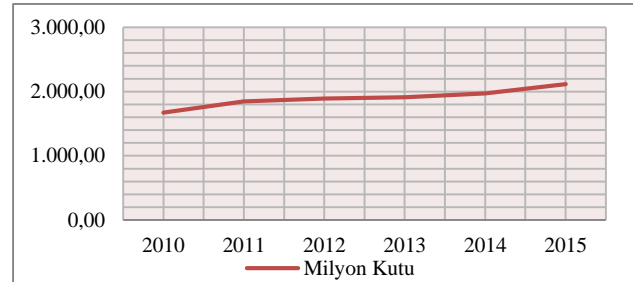


Kaynak: Atasever (2014)

Tüketilen ilaç miktarına kutu bazında bakıldığında ise 2010-2015 döneminde bir artış bulunmaktadır (Şekil 7). İlaçların tedavi edici yönü yanında bireylerin sağlığına yaptığı olumsuzlukları da göz önüne alındığında, bilinçli ilaç tüketimine yönelik özellikle bireylere ve sağlık hizmeti

sunan personele yönelik olarak çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu çalışmalar neticesinde ilaç harcamaları kontrol altına alınıp azaltılabilir ve ilaç harcamalarından elde edilecek kaynak diğer hizmetlere aktararak hizmet kalitesi artırılabilir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine yapılacak olan kaynak artışı ile bireylerin hasta olma riskleri düşürülerek tedavi edici hizmetlere olan talep ve bu hizmetlerin yüksek maliyetlerinin önüne geçilerek daha sağlıklı bir toplum yapısına sahip olunabilir.

Şekil 7. 2010-2015 Yılları Arası Tüketilen İlaç Miktarı Seyri



Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı (2015)

4. Almanya ve Hindistan Sağlık Sistemleri

Bu bölümde Almanya ve Hindistan sağlık sistemleri tanıtılmaktadır.

4.1. Almanya Sağlık Sistemi

Almanya sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kalitesinde uluslararası düzeyde önemli konuma sahip olan bir ülkedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü halkın eğitilmesi ve kitlelere mesajlara ayrılmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016). Sağlık eğitiminde federal, eyalet ve belediyelere önemli görevler düşmektedir. Almanya Sağlık Bakanlığına bağlı bulunan BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung-Federal Sağlık Eğitimi Merkezi) sağlık eğitimi konusunda çalışmalar yürütmektedir. Almanya'da ayakta tedavi hizmetleri aile hekimleri ve diş hekimleri tarafından yerine getirilmektedir. Aile hekimleri (Hausarzt) sözleşme esasına göre çalışmakta olup gerek koruyucu hekimlik gerekse de tedavi edici hizmetleri sunmaktadır. Almanya'da aile hekimliği uzmanlığı 6 yıllık bir Tıp Fakültesi eğitiminin akabinde 5 yıllık bir uzmanlık eğitimi gerektirmektedir (Kavukçu ve Burgazlı: 2). Bireyler aile hekimi seçmekte özgürdürler ancak seçim yaptıktan sonra en az 3 ay süre ile seçtikleri hekime bağlı olmak zorundadırlar. Acil durumlarda, hafta sonları, tatil günleri, gece gündüz acil aile hekimliği ve diş hekimliği hizmetlerinden faydalanılabilir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016). Aile hekimlerinin ödeme sistemleri ise hizmetlere göre belirlenmektedir. Yapılan her hizmetin bir tarifi ve sunum süresi belirlenmiştir. Doktorlar ile sağlık sigortaları arasında KV (Kassenärztliche Vereinigung) bulunmakta ve doktorlar buralara zorunlu üyelik ile sağlık sigortalarıyla yapılan anlaşmaları yapan, ödemelerin yapıldığı, kontrol işlemlerinin denetlendiği özerk yapıya sahip bir kurumdur (Kavukçu ve Burgazlı, 2).

Almanya’da bulunan hastane hizmetlerinin yürütülmesi belediyelere bırakılmış olup bir kentte hastane kurulup kurulamayacağı, nerede nasıl kurulacağı konuları belediyeler ile eyalet yönetimlerinin tasarrufuna bırakılmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016). Almanya’da hastane hizmetlerini ise 3 kategoride sunulmaktadır. Bunlar devletin sahip olduğu hastaneler, özel hastaneler ve bağımsız-kâr amacı gütmeyen hastanelerdir. Hastanelerde çalışan hekimler aile hekimlerinin aksine maaşlı çalışmaktadırlar.

Almanya’da sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısına bakıldığında en başta Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır. Ancak 16 eyalet sağlık bakanlığı ile birlikte karar alma sürecini paylaşmaktadır. Almanya sağlık sistemi merkezi yönetim esasından daha çok çoğulcu ve özerk bir yönetim esasına bağlıdır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016). Almanya Sağlık Bakanlığı 1962 tarihinde kurulmuştur. 1969 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Aile ve Gençlik Bakanlığı birleştirilmiştir. 1989 tarihinde Gençlik Kadın Aile ve Sağlık Bakanlığı adını almış ancak 1991 tarihinde Sağlık Bakanlığı adı altında örgütlenmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı birimler ve görevleri şunlardır:

- (i) Robert Koch Institut (RKI): Hastalıklarla mücadele ve önlenmesi sorumlu halk sağlığı alanında federal hükümetin merkezi kurumudur.
- (ii) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Federal Sağlık Eğitimi Merkezi): Halkın sağlık eğitimi konusunda çalışmalar yürüten ve federal hükümete bağlı olan bir kurumdur.
- (iii) Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Alman Tıbbi Dokümantasyonu ve Enstitüsü): Tıp ve biyolojik bilimler literatürünü izleme, değerlendirme ve yaygınlaştırılması faaliyetlerinden sorumludur.
- (iv) Paul-Ehrlich-Institut (PEI) (Paul Ehrlich Serum ve Aşı Enstitüsü): Bağışıklama ve serum ürünlerinin denetim, ruhsatlandırma ve korunması faaliyetlerinden sorumludur.
- (v) Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (İlaç ve Tıbbi İlaçlar Federal Enstitüsü) : İlaç ve tıbbi cihazların ruhsatlandırılması faaliyetlerinden sorumludur.

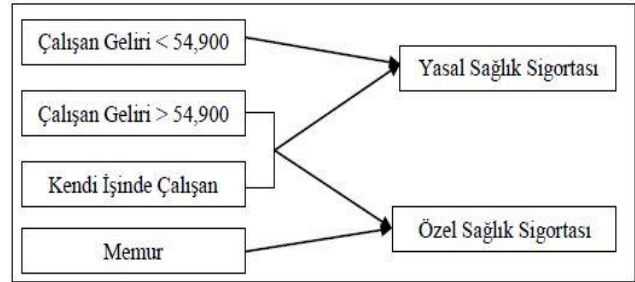
Almanya, sağlık sisteminin finansmanında sosyal sigorta yöntemini kullanmaktadır. Bu sistemin işleyiş esası çalışanın kazandığı ücretten ve işverenden prim alınmasına dayalıdır. Almanya’da sosyal sigorta sistemi dönemin Başbakanı Otto Von Bismarck tarafından başlatılmıştır. Ancak bu sistemin tarihini maden işçilerinin kazaya uğrayıp sefaletle düşen arkadaşları için kurdukları sandıklara kadar götürebiliriz (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016). Bismarck öncelikle bir sosyal politika ile işçilerin durumunu düzeltmek istemiştir. 1880’li yıllarda Bismarck’ın başında bulunduğu hükümet zaman içerisinde sağlık, kaza, maluliyet, kaza gibi sigortalar geliştirilerek sistem uygulanmaya başlamış ve kendi ismi ile anılan Bismarck yöntemi literatüre girmiştir.

Günümüzde bu yöntem uygulanmaya devam etmekte olup sigorta sistemi yasal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası olmak üzere iki türde işlemektedir. Ancak bu iki yöntem haricinde ek sigortalara da başvurulmaktadır. Almanya’nın vatandaşlarına sunduğu başlıca sosyal güvenceler şunlardır:

- (i) Krankenversicherung: Sağlık Sigortası
- (ii) Unfallversicherung: Kaza Sigortası
- (iii) Rentenversicherung: Emeklilik Sigortası
- (iv) Arbeitslosenversicherung und Pflegeversicherung: İşsizlik ve Bakım Sigortası

Yasal Sağlık Sigortası (GKV), tüm sigortalıların aynı oranda katkı payı ödemesi ile işleyen bir sistemdir. Bu oran %15,5’tir. Primler maaştan kesilmekle birlikte sağlık fonuna aktarılmaktadır. Bu sağlık sigortasına bağlı olan çalışanın çocukları ve ailesi de ücretsiz olarak sigortalanmaktadır. Yasal Sağlık Sigortasına bağlı olanların alabilecekleri hizmetler: koruyucu sağlık ve uzman bakım hizmetleri, göz, diş, ilaç gibi hizmetlerdir. Ancak diş tedavilerinde kimi durumlarda cepten harcamalar devreye girebilmekte bu durumda da ek sigortalara başvurulmaktadır. Özel sağlık sigortası (PKV) ise herkesin kullanabileceği bir yöntem olmamakla birlikte çeşitli şartlara bağlanmıştır. Şekil 8’de de görüleceği üzere geliri 2014 yılı için 54,900 EURO ve üzeri olanlar ve kimi meslek mensupları için sağlanan bir sigorta yöntemidir. Almanya’da 2014 yılı için özel sigortalara bağlı bulunan kişi sayısı 8,8 milyon kişidir (Blümel ve Busse, 2016: 69).

Şekil 8. Alman Sağlık Sigortası Sistemi ve Seçimi*



Kaynak: (Obermann vd., 2012: 147’den aktaran: Esmail, 2014: 16)
* Çalışan gelirinde 2014 yılı kullanılmıştır.

Almanya’da 1 Ocak 2009 tarihinden itibaren ülke çapında yaşayan herkese sağlık sigortası zorunluluğu getirilmiştir. Almanya’ya kısa süreli yapılan ziyaretlerde sağlık sigortası yaptırma zorunluluğu vardır. Aksi takdirde vize verilmemesi kararlaştırılmıştır.

4.2. Hindistan Sağlık Sistemi

Hindistan sağlık göstergeleri açısından uluslararası düzeydeki konumu gelişmiş ülkelerin sağlık düzeylerine nazaran oldukça geride olan bir ülkedir. 1947 senesinde bağımsızlığını kazanan bu ülkede ilk zamanlar sağlık hizmetlerinin kapsayıcı bir niteliğe sahip olduğu söylenebilir. Ancak zaman içerisinde sistemsel sorunlardan dolayı sağlık düzeyi gelişmiş ülkelerin göstergeleri ile

arasındaki uçurum artmış ve de uluslararası göstergelerde benzerine rastlanmayacak düzeyde cepten harcamalar yaşanmaktadır. 1947 yılından itibaren Hindistan sağlık sisteminin ve buna paralel olarak sağlık hizmetlerinin geçirmiş olduğu değişim 3 aşamada tanımlanabilir (Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, 2005: 43-44):

- (i) 1.Dönem (1947-1983): Sağlık politikası iki ilkeye dayalıdır. Birincisi hizmetler için kimsenin ödeme yapma sorumluluğunun olmaması ve ikinci olarak bu sağlık hizmetlerinin sağlanmasında devletin sorumlu olması.
- (ii) 2.Dönem (1983-2000): 1983 senesinde ilk Ulusal Sağlık Politikası açıklanmıştır (National Health Policy). Sağlık hizmet sunumunda özel girişimin teşvik edilmesi ifade edilmiş, aynı zamanda kamu tarafından finanse edilen kapsamlı temel sağlık hizmetlerine erişim genişletilmiştir.
- (iii) 3.Dönem (2000 Sonrası): (National Health Policy 2002) Bu dönemde sağlık sektörünü etkileyen üç önemli değişime tanık olunmuştur. Birincisi halk sağlığı için belirlenmiş hedefleri ele almak amaçlı özel sektörün kaynaklarının kullanım arzusu ikincisi sağlığın finansmanında yeni kanallar sağlamak için sağlık sigortasının serbestleştirilmesi adımları üçüncü ve son olarak ise devletin yalnızca bir sağlayıcı (tedarikçi) olması sağlık hizmetleri finansörüne dönüşmesini yeniden tanımlamak.

Hindistan anayasası “Yaşam Hakkı”nı mutlak bir hak olarak kabul etmekle birlikte bunun sağlayıcısı konumunda olan “Sağlık Hakkı”nı da bir ayırım gözetmeksizin her bir vatandaşa sunmayı üstlenmiş olup, Hint ulusal sağlık politikasının amacının finansal sıkıntı olmadan kaliteli sağlık hizmetlerine evrensel erişimdir (MOH2009; Thomas 2009’dan aktaran: Bhatia, 2016). Hindistan anayasasına göre kamu politikası alanları merkez ve eyalet hükümetleri arasında bölünmektedir. Eyaletler sağlık hizmetlerini organize etmek ve teslim etmek ile görevli olmakla birlikte merkezi hükümet uluslararası anlaşmalara saygı, ilaç

üretimi, kalite kontrol, ulusal hastalık, aile plan programı ve tıp eğitimi gibi önemli rol oynamaktadır (Bhatia, 2016).

Hindistan’da birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunu kamu üstlenmiş olup, yerel yönetimler tarafından istihdam edilen doktorlar tarafından sunulmaktadır. Bu hizmetlerden faydalanmak için herhangi bir kayıt gerekli olmamakla birlikte coğrafi olarak yakın olan bölgedeki kurumdan hizmet sağlanmaktadır. Bu birimlerde doktorun haricinde hemşire, ebe, eczacı ve laboratuvar teknikeri gibi sağlık personelleri bulunmaktadır. Özel sektör ise hem kırsal hem de kentsel alanda küçük bakım evlerinde faaliyet göstermektedir. Ayakta tedavi hizmetleri ise hükümetin sağlık tesislerinde görevli maaşlı ve tam zamanlı uzman hekimler tarafından yerine getirilmektedir. Hastane hizmetleri bölgesel hastaneler tarafından ikinci basamak olarak yerine getirmektedir. Bu hastanelerin giderleri tahsis edilen bütçeden karşılanmaktadır. Son zamanlarda Hindistan’da özel sektörün sahip olduğu yatak sayısında artış yaşanmaktadır (Bhatia, 2016). Hindistan sağlık sisteminde kamu aktörü Sağlık ve Aile Refahı Bakanlığı’dır. Bu bakanlığın içerisinde aynı zamanda Sağlık Araştırma Bölümü bulunmaktadır.

Hindistan sağlık sisteminin finansmanında kamu kaynaklı finansman- sigortalar ve özel sigortalar rol oynamaktadır. İlkesel olarak tüm vatandaşlar için evrensel ve mevcut sağlık hizmetleri vergiler ile kamu tarafından finanse edilmektedir ve Ulusal Politika Belgesi’nde vergi bazlı finansman önemli bir kaynak olarak kalması önerilmiştir (%70 yoksul kesim için) (Bhatia, 2016). Birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsizdir. Ancak uygulamada erişim hükümeti sağlık hizmetlerine ciddi darboğazlar hane özel bakım aramaya mecburdur ve genellikle yüksek cep ödemeleri ile sonuçlanır (Bhatia, 2016: 77). Kapsamdaki hizmetleri bazıları katkı payı gerektirmekle birlikte temel ilaç listesindeki ilaçlar ücretsiz, diğerleri ise eczanelerden satın alınır. Ulusal sağlık politikası çerçevesinde sunulan hizmetler ise ücretsizdir. Özel harcamalara ve özel sigorta sistemine bakıldığında ise çoğunluğu esas hizmet noktasında yapılan cepten ödemeler oluşturmaktadır ve %5’i sağlık sigortası tarafından karşılanır.

Tablo 3. Türkiye, Almanya ve Hindistan Sağlık Sistemi Göstergeleri*

Sağlık Göstergesi	Almanya		Türkiye		Hindistan	
	2000	2015	2000	2015	2000	2015
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	78,2	81	71,1	77,1	62,7	68,3
1000 Kişi Başına Düşen Doktor Sayısı	3,3	4,1	1,3	1,8	0,5	0,7
1000 Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı	10,5	13,1	1,1	1,9	0,7	1,4
1000 Kişi Başına Düşen Hastane Yatağı Sayısı	9,1	8,2	2,1	2,7	0,7	0,5
GSYH İçinde Sağlığa Ayrılan Pay	9,8	11,1	4,6	4,1	4	3,9
Kişi Başı Sağlık Harcaması (PPP Dolar)	2707	5297	426	1029	82	238
Sağlık Harcamaları İçinde Devlet ve Sağlık Sigortalarının Harcamaları Payı	78,3	84,3	61,7	78,1	22,6	24,8
Kişi Başı Devlet ve Sağlık Sigortası Harcaması (PPP Dolar)	2120	4465	262	804	19	59
Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Harcamaların Payı	12,1	12,7	28,9	16,9	71,7	65,1
Kişi Başı Cepten Harcamalar (PPP Dolar)	327	672	123	174	59	155

* Ulaşılamayan sağlık göstergelerinde en yakın yıl baz alınmıştır.

Kaynak: OECD (2018); WHO Health Reports (2002-2016).

Tablo 3'te Türkiye, Almanya ve Hindistan'a ait sağlık göstergeleri 2000 ve 2015 yılları için verilmiştir. Gelenen süreçte Türk sağlık sisteminin iyileşme yönünde adımların atıldığı ve sonuçlarının alındığı ilgili sağlık göstergelerinde görülmektedir. Reform sürecinde olan ülkemizin yine de Almanya gibi gelişmiş sağlık sistemine sahip bir ülkeyi yakalayamadığı görülmektedir. Sağlık harcamalarına yapılan yatırımların ekonomik büyüme üzerinde de etkisi bulunmakta olup bu etki uzun dönemde ortaya çıkmaktadır (Yumuşak ve Yıldırım: 2011,61). Özellikle yıllar itibarıyla sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı azalmıştır. Gelişmiş ülkeler incelendiğinde bu oranın %5 ve üzeri olduğu görülecektir. Sağlık hizmetlerinde kilit rol oynayan doktor, hemşire ve hastane yatağı sayısında da iyileşmeler olsa da özellikle hemşire sayısı yetersiz durumdadır. Sağlıkta Dönüşüm Programını eleştiren görüşlerin hedefinde cepten harcamalar bulunmaktadır. Bu eleştirilerin haksız olduğu görülmektedir. Nominal olarak artan cepten harcama tutarı toplam sağlık harcamalarına oranlandığında kayda değer bir iyileşme sürecindedir. Gelenen süreçte 2002-2015 periyodunda Türkiye ve Almanya sağlık sistemlerinin çok boyutlu ölçekleme ve kümeleme analizi sonuçlarına göre farklı algılandığı yönünde ampirik bulgular literatürde bulunmaktadır (Çevik ve Yüksel, 2019).

5. Genel Değerlendirme Ve Sonuç

Gelenen süreçte Türkiye'nin ulusal anlamda sağlık sisteminde ve sağlık sistemi göstergelerinde gelişme yaşadığı tespit edilmiştir. Ancak kuvvetlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetlerinin bel kemiği olan aile hekimliği sisteminin kuvvetlendirilememiş olması ve de sevk zinciri sisteminin işleyişindeki aksaklıklar, reform paketinin ana amaçlarına ulaşamadığı kanaatine varılmaktadır. Ayrıca artan sağlık harcamaları içindeki ilaç harcamalarının payındaki düşüşe rağmen, kutu bazında kullanılan ilaç sayısındaki artış sağlık sistemi göstergelerinde uzun vadede olumsuz etkileri ortaya çıkarabilmektedir. Bu açıdan bakanlık düzeyinde bilinçli ilaç tüketimine yönelik uygulamaların ve teşviklerin arttırılması gerekmektedir.

Seçilmiş ülkeler karşısında 2000 ve 2015 yılları arasında Türkiye'nin ilerleme kaydettiği açıktır. Sağlık düzeyi göstergelerinde Almanya gibi sağlık sisteminin güçlü olduğu ülke göstergeleri sayısal olarak yakalanamamıştır. Bu açıdan bu göstergelerin iyileştirilmesi adına sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik politikaların izlenmesi ve gerekirse reformların kapsamının genişletilmesi gerekmektedir. Sağlık sistemine ilişkin göstergelerde Türkiye, Hindistan'a göre iyi bir konumda olmasına karşın reformlar sürecinde önemli adımlar atılsa da Almanya'nın oldukça gerisinde kalınmıştır. Bu açıdan Türkiye'de sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik olarak politikaların nitelik ve nicelik olarak iyileştirilmesi gerekmektedir. Sağlık harcamalarına ilişkin göstergelerde de iyileşmeler olduğu tespit edilmiş ancak Almanya standartlarına erişilememiştir. Bu açıdan sağlık harcamalarının arttırılmasına yönelik olarak politikalar izlenmelidir. Genel bir değerlendirmeye, Türkiye'nin sağlık sisteminin gelişmiş

ülke sağlık sistemleri düzeyine henüz erişemediği az gelişmiş ülke sağlık sistemlerine kıyasla ise dahi iyi bir konumda olduğu kanısına varılmıştır.

Kaynakça

- Akdağ, R. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Bhatia, M. (2015). The German health care system, 2015. *International profiles of health care systems*.
- Blümel, M., & Busse, R. (2015). The German health care system, 2015. *International profiles of health care systems*, 69-76.
- Cevahir, E. (2016). *Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansımaya Örnekleri*. İstanbul: Kibele Yayınları.
- Demirci, B. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Nasıl Bir Sistem Getiriyor ?. *Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(30), 122-135.
- DPT (1963). *Birinci Beş Yıl Kalkınma Planı*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.
- DPT (1968). *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.
- Esmail, N. (2014). Health Care Lessons from Germany. In: *Lessons From Abroad a Series on Health Care Reform*. Fraser Institute.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Kavukçu, E., & Burgazlı, M. (2011). Almanya'da Aile Hekimliği Uzmanlığı Uygulamalarına Finansal Verilerle Güncel Yaklaşım. *Turkish Family Physician*, 2(2), 1-4.
- Kırcı Çevik, N., & Yüksel, O. (2019). OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Göstergeleri Açısından Çok Değişkenli İstatistiksel Analizlerle Karşılaştırılması. İçinde: *International Congress of Management Economy and Policy*, April 20-21, Istanbul, Turkey. (Erişim 30.05.2019), <https://www.icomep.com/pdf/ICOMEp'19SpringAbstractBook.pdf>
- Ministry of Health & Family Welfare, Government of India (2005). India's health system: The financing and delivery of health care services. In: Pranay G. Lal and Byword Editorial Consultants (Eds.), *Report of the National Commission on Macroeconomics and Health*. New Delhi: New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India. (Erişim:04.04.2019), <https://www.who.int/macrohealth/action/Report%20of%20the%20National%20Commission.pdf>

- OECD (2018). *OECD Health Statistics 2018*. (Erişim: 15.06.2019), <https://www.oecd.org/els/health-systems/OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data.xls>
- Öztek, Z. (2009). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40, 6-12
- Roemer, M.I. (1991). *National Health System of the World: The Countries*, Vol.1. New York: Oxford University Press.
- Sülkü, S.N. (2011). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. Ankara : T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı
- Şener, O. (2010). *Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- T.C Sağlık Bakanlığı (2015). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
- T.C. Başbakanlık (2003). 58. Hükümet Acil Eylem Planı. Ankara: T.C. Başbakanlık. (Erişim: 04.04.2005), <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/aep.pdf>
- TÜİK (2017). *Sağlık İstatistikleri*. (Erişim: 11.04.2017), http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=252
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2016). *Dünya Sağlık Sistemleri*. (Erişim: 03.02.2017), <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2014). *Kamu Hastaneleri Yıllığı 2014*. Ankara: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü.
- Uğurluoğlu, E., & Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-159.
- WHO (2000). *The World Health Report 2000*. Switzerland: Publications of the World Health Organizatio. (Erişim: 15.06.2019), <https://www.who.int/whr/2000/en/>
- WHO (2009). *Basic Documents*. Switzerland: Publications of the World Health Organizatio. (Erişim: 10.11.2016), <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents-47-en.pdf>
- WHO (2016). *The World Health Report 2016*. Switzerland: Publications of the World Health Organizatio. (Erişim: 15.06.2019), https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
- Yumuşak, İ. G., & Yıldırım, D. Ç. (2009). Sağlık harcamaları iktisadi büyüme ilişkisi üzerine ekonometrik bir inceleme. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 4(1), 57-70.