

Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi

Health Reforms and the Evaluation of Health Expenditures in Turkey

Hatice EROL

Doç. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi, Nazilli İİBF,
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

Abdullah ÖZDEMİR

Yrd. Doç., Dr. Adnan Menderes Üniversitesi, Nazilli İİBF, İktisat Bölümü

Ocak 2014, Cilt 4, Sayı 1, Sayfa 9-34
January 2014, Volume 4, Number 1, Page 9-34

P-ISSN: 2146 - 4839

2014/1

www.sgd.sgk.gov.tr
e-posta: sgd@sgk.gov.tr

Yazılar yayınlanmak üzere kabul edildiği takdirde, SGD elektronik ortamda tam metin olarak yayımlamak da dahil olmak üzere, tüm yayın haklarına sahip olacaktır. Yayınlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yazı ve tablolardan kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

If the manuscripts are accepted to be published, the SGD has the possession of right of publication and the copyright of the manuscripts, included publishing the whole text in the digital area.

Articles published in the journal represent solely the views of the authors.

Some parts of the articles and the tables can be cited by showing the source.

SGD

Sosyal Güvenlik Dergisi

Journal of Social Security

Cilt : 4 - Sayı : 1 - Yıl : 2014 / *Volume : 4 - Number : 1 - Year : 2014*

Sahibi / Owner of the Journal

Sosyal Güvenlik Kurumu Adına / *On behalf of the Social Security Institution*
Yadigar GÖKALP İLHAN (Kurum Başkanı / *President of the Institution*)

Genel Yayın Yönetmeni / Publication Manager

Dr. Mustafa KURUCA

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Desk Editor

İlhan İŞMAN

Yayın Kurulu / Editorial Board

Dr. Mustafa KURUCA

Dr. Siddık TOPALOĞLU

Mehmet Ali SAĞLAM

Harun HASBI

Muammer YILDIZ

Editörler / Editors

Dr. Erdem CAM

Selda DEMİR

Asuman KAÇAR

Yayın Türü: Uluslararası Süreli Yayın / *Type of Publication: Periodical*

Yayın Aralığı: 6 aylık / *Frequency of Publication: Twice a Year*

Dili: Türkçe ve İngilizce / *Language: Turkish and English*

Tasarım / Design: Aren Reklam ve Tanıtım / Ankara 0.312 430 70 81 • www.arentanitim.com.tr

Basım Yeri / Printed by: EPA-MAT Matbaacılık / Ankara

Basım Tarihi / Press Date: 20.01.2014

P-ISSN: 2146-4839

Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD), Index Copernicus International, Asos Index ve DOAJ tarafından indekslenmekte ve EBSCO SocIndex tarafından değerlendirme sürecinde olup izlenmektedir.

Journal of Social Security (SGD) has been indexed by Index Copernicus International, Asos Index, DOAJ and monitored by EBSCO SocIndex.

SGD sosyal güvenlik dergisi. -- Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu, 2014-.

c. : tbl., şkl. ; 24 cm.

ISSN: 2146-4839

Sosyal güvenlik -- Dergiler - Türkiye

Sosyal Güvenlik-- -- Hukuk ve mevzuat -- -- Türkiye

362.05

SGD Sosyal Güvenlik Dergisi

Tüm hakları saklıdır. Bu Dergi'nin tamamı ya da Dergi'de yer alan bilimsel çalışmaların bir kısmı ya da tamamı 5846 sayılı Yasa'nın hükümlerine göre Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığının yazılı izni olmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayımlanamaz.

İletişim Bilgileri / Contact Information

Ziyabey Caddesi No: 6 Balgat / Ankara / TURKEY

Tel / Phone: +90 312 207 88 91 – 207 87 70 • Faks / Fax: +90 207 78 19

Erişim: www.sgd.sgk.gov.tr • e-posta / e-mail: sgd@sgk.gov.tr

ULUSLARARASI DANIŐMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Professor Yener ALTUNBAŐ
Bangor University – UK

Professor Jacqueline S. ISMAEL
University of Calgary – CA

Professor zay MEHMET
University of Carleton – CA

Professor Allan MOSCOVITCH
University of Carleton – CA

Professor Mark THOMPSON
University of British Columbia – CA

Asst. Prof. Sara HSU
State University of New York – USA

Asst. Prof. C. Rada Von ARNIM
University of Utah – USA

ULUSAL DANIŐMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Mustafa ACAR
Aksaray Üniversitesi Rektörü

Prof. Dr. Yusuf ALPER
Uludağ Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Faruk ANDAÇ
Çağ Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Kadir ARICI
Gazi Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Onur Ender ASLAN
TODAİE

Prof. Dr. Berrin Ceylan ATAMAN
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

Prof. Dr. Hayriye ATİK
Erciyes Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Zakir AVŐAR
Gazi Üniversitesi
İletişim Fakültesi

Prof. Dr. Ufuk AYDIN
Anadolu Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Remzi AYGÜN
Gazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Abdurrahman AYHAN
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Mehmet BARCA
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
İşletme Fakültesi

Prof. Dr. Vedat BİLGIN
Gazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Nurşen CANIKLIOĐLU
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Fevzi DEMİR
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. A. Murat DEMİRCİOĞLU
Yıldız Teknik Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Üstün DİKEÇ
Emekli ğretim yesi

Prof. Dr. Ömer EKMEKÇİ
İstanbul Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Őukran ERTÜRK
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Mehmet Vedat GÜRBÜZ
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Ali GÜZEL
Kadir Has Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Alpay HEKİMLER
Namık Kemal Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Oğuz KARADENİZ
Pamukkale Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Trksel KAYA BENGSHIR
TODAİE

Prof. Dr. Cem KILIÇ
Gazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Ali Rıza OKUR
Yeditepe Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Serdar SAYAN
TOBB Ekonomi ve Teknoloji ni.
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Ali SEYYAR
Sakarya Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Ali Nazım SZER
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Sarper SÜZEK
Atılım Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Müjdat ŐAKAR
Marmara Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Erol ŐENER
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Zarife ŐENOCAK
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Savaş TAŐKENT
İstanbul Teknik Üniversitesi
İşletme Fakültesi

Prof. Dr. Mehtap TATAR
Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Sabri TEKİR
İzmir Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Aziz Can TUNCA
Bahçeşehir Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. M. Fatih UŐAN
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Özlem zdemir YILMAZ
Ortaođu Teknik Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. rsan AKBULUT
TODAİE

Doç. Dr. Levent AKIN
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Tamer AKSOY
TOBB Ekonomi ve Teknoloji ni.
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Selda AYDIN
Gazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Süleyman BAŐTERZİ
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Hediye ERGIN
Marmara Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Orhan FİLİZ
Polis Akademisi

Doç. Dr. AŐkın KESER
Uludağ Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Engin KÜÇÜKKAYA
Ortaođu Teknik Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Adil ORAN
Ortaođu Teknik Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi¹

Health Reforms and the Evaluation of Health Expenditures in Turkey

Hatice EROL*

Abdullah ÖZDEMİR**

ÖZET

Sağlıklı yaşam hakkı, birçok uluslararası belgede en temel insan hakkı olarak tanımlanmış ve sağlığın korunması, hastalık halinin tedavi edilmesi ve rehabilitasyonu görevi kamu hizmeti olarak devletler tarafından üstlenilmiştir. Bu kapsamda sağlık risklerine karşı, bireylere kamu sağlık sistemi ile güvence sağlanmaya çalışılmıştır. Ancak 20. yüzyılın son çeyreğinde kamusal hizmetlerde yeniden yapılanma çalışmalarından sağlık sistemleri de etkilenmiştir. Özellikle nüfus artışı, demografik yapının değişmesi, halkın beklentileri ve teknolojik gelişmeler sağlık harcamalarında artışa yol açmış, bunun karşısında devletler yeniden yapılanma arayışları ile maliyetleri kontrol etme çabasına girmiştir. Türkiye’de 1990’lı yıllarda başlayan ve 2000 yılı sonrası hız kazanan sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma çalışmaları ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı ve sunumunda köklü değişiklikler gerçekleşmiştir. Bu çalışmada, Türkiye’de sağlık sisteminde reform çalışmalarının sağlık harcamalarına etkileri değerlendirilmeye çalışılacaktır. Bu amaçla reform kapsamında Genel Sağlık Sigortası (GSS), aile hekimliği ve Kamu Hastane Birlikleri incelenerek, sağlık harcamalarındaki değişim, özellikle bireylerin sağlık harcamalarına katılma oranları, kamu ve özel sağlık kuruluşlarının harcamaları, sosyal güvenlik harcamaları içinde sağlık harcamalarının değişimi incelenecektir.

Anahtar Sözcükler: Sosyal haklar, sağlık reformu, sağlık harcamaları, genel sağlık sigortası, aile hekimliği

ABSTRACT

The right to healthy life is defined as a basic human right and the protection of health, treatment and rehabilitation during illness have been assumed by states as a public service. In this context, individuals were tried to be provided security through a public health system against health risks. However, health systems were affected by the efforts to restructure public services in the last quarter of the 20th century. Especially population increases, changing demographic structure, people’s expectations led to an increase in health expenditures and countries tried to search for reconstruction and control costs. In Turkey too, with the restructuring efforts that had started in the 1990s and gained momentum in the 2000s, fundamental changes in organizing, financing and offering health services have happened. In this study, the effects of reform efforts in the health system on health expenditures will be evaluated. For this purpose, by examining General Health Insurance (GSS), family medicine and Public Hospitals Associations, change in health expenditures, the ratio of individuals’ participation in health expenditure, expenditures of public and private health institutions and change in health expenditures in social security expenditures will be analyzed.

Keywords: Social rights, health reforms, health expenditures, universal health insurance, family medicine

* Doç. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi, Nazilli İİBF, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü
haticeerol@adu.edu.tr

** Yrd. Doç., Dr. Adnan Menderes Üniversitesi, Nazilli İİBF, İktisat Bölümü
aozdemir@adu.edu.tr

1 Bu çalışmanın ilk versiyonu 26-28 Haziran 2013 tarihleri arasında Kırgızistan-Türkiye Manas Üniversitesi ile Ege Üniversitesi’nin ortaklaşa düzenlediği “Uluslararası Ekonomi, Finans ve Bankacılık Kongresinde” bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

1970’li yılların sonlarında kâr oranlarının düşmesi nedeniyle başlayan ekonomik krizi aşmak için, Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası (DB) ve Dünya Ticaret Örgütü gibi kuruluşların desteği ile Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde “Yapısal Uyum Programları” başlatıldı. Yapısal uyum programları, genel olarak kamusal sistemin yeniden yapılandırılması ve özelleştirmelerle iç piyasaların düzenlenmesini hedeflemekteydi.

Küreselleşme adı altında tüm dünya ülkelerine dayatılan bu programlar, devletin küçültülmesini, kamu ve sosyal harcamaların azaltılarak kaynakların özel sektöre yöneltilmesini, para ve işgücü piyasalarının düzensizleştirilmesini, kamunun sağlık ve eğitim gibi sektörlerden çekilerek yerini özel sektöre bırakmasını, kamu sağlık kurumlarının tasfiye edilmesini, sosyal güvende devlet bütçesi yerine primlerle mali kaynak sağlanan sigortacılığın geliştirilmesini öngörmekte idi (Yeldan, 2001:24-25).

DB, 1980’li yıllarla birlikte birçok ülkede, sağlık alanı analizleri gerçekleştirip raporlar hazırlayarak, sağlık alanında maliyet artışından kaynaklanan “sağlık krizi”nin varlığını tanımladı. Krizin çözümü olarak da “sağlıkta reform” önerisi benimsendi. Kamuoyuna, reform paketlerinin uygulanması ile nüfusun tümünün sağlık hizmeti kapsamına alınacağı ve farklı sosyal güvenlik kurumlarından kaynaklanan “eşitsizlikler”in çözüleceği mesajları verildi. DB, ülkelerde maliyet-etkililik temelli uygulamalar olmadığı için “sağlık krizi” yaşandığını, içeriğini desantralizasyon ve özelleştirme olarak iki ana başlıkta topladığı sağlık reformları ile ülkelerin sağlık sistemlerinin etkinliğinin artacağını, hakkaniyet ve müşteri memnuniyetinin sağlanacağını ileri sürüyordu (DB, 1993).

Reform paketlerinin içeriğinde, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak yeniden yapılandırılması, sağlık hizmetlerinin sunumuyla finansmanının birbirinden ayrılması, sağlık sektöründe kamu kurumlarının varlığını olabildiğince sınırlayıp, kamu dışı aktörlerin sağlık sektörüne girişinin sağlanması, piyasa mekanizmalarının çok daha yoğun kullanılması ile sağlık bakanlıklarının hizmet sunan işlevinden arındırılıp yalnızca düzenleyici kurumlara dönüştürülmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kişilere yönelik ve hekim temelli olarak sunulmasını sağlayacak aile hekimliği sisteminin kurulması ve yerinden yönetime dayanan

bir sistemin kurulması bulunuyordu. Sağlık hizmetlerinin bir maliyeti olduğu ve bu nedenle hizmeti kullanacak olanların bu maliyeti paylaşması gerektiği gerekçe gösterilerek herkese sağlık primi, katılım ve katkı payı ödeme zorunluluğu getirilmekteydi. Ayrıca reform paketlerinde, sağlık emek-gücü istihdamında esnek çalışma biçimleri ile özellikle hekim ve hemşirelik hizmetleri sunumunda ara emek-gücü kullanımının yaygınlaştırılması da yer almaktaydı (Hamzaoğlu, 2011:26).

Sağlıkta reform uygulamaları sonucu, hastalar “müşteri”ye, sağlık kurumları “işletme”ye, kamu sağlık hizmetleri “piyasa”ya dönüştü. Sağlık için cepten katkılar arttı, ilaç ve teknoloji kullanımının artışının da etkisiyle sağlık harcamaları yükseldi.

I- TÜRKİYE’DE SAĞLIK REFORMLARI

Türkiye’de sağlık hizmetleri, yasalarla devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiş ve 1961 Anayasası’nda anayasa hükmü olarak düzenlenmiştir. 1961 tarihli ve 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu kabul edilerek, birinci basamak hizmetlerinin kırsal kesime kadar yayılarak herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması ve koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin entegre biçimde bir arada yürütülmesi hedeflenmiştir. Ancak, 1982 Anayasası’nın 56. maddesi ile sağlık hizmetleri, devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet “sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verilmesini düzenlemekle” görevlendirilmiştir.

224 sayılı Kanun’un uygulanması için yeterli çaba gösterilmemiş ve ak-sayan sağlık hizmetleri toplumun memnuniyetsizliğine yol açtığında, çözüm olarak sağlıkta reform gündeme getirilmiştir. Türkiye’de 1987 tarihli “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile somut olarak ilk adımı atılan sağlık reformları, 1990’ların sonuna kadar maliyet sınırlayıcı politikalarla gündeme gelmiştir.

1980’li ve 1990’lı yıllarda uygulanan sağlık reformlarıyla liberalizasyon konusunda önemli adımlar atılmıştır. Sağlık reformları; hizmetin finansmanının vergilerden değil, ödeyebilenlerin primleri ve katkı payı ile karşılanmasını, sağlık hizmet sunumu ile finansmanın ayrılmasını, sağlık kurumlarının özelleştirilmesini, yerinden yönetime dayalı ve rekabeti

kolaylaştıran bir sistemin oluşmasını, sağlık emek-gücü istihdamında esnekleşmenin ve performansa dayalı ödemenin yaygınlaşmasını önermektedir (Çiçeklioğlu, 2011:67). Hükümetlerin neoliberal ekonomi politikalarının bir uzantısı olarak sağlık reformları adıyla dile getirdikleri sağlık politikaları, 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) adıyla topluma sunulmuştur. 2003 yılında SDP ile gelişen süreç, DB ve Türk uzmanlarca oluşan bir komisyonca 2003 yılında tamamlanan “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Reformu” (DB, 2003) başlıklı rapora dayanmaktadır.

2003 yılından itibaren SDP ile sağlığın finansmanı tek elde toplanarak, özel sektör de dâhil olmak üzere sağlık hizmet sunucularının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’ndan hizmet almaları modeli oluşturulmuştur. Birinci basamakta topluma yönelik sağlık hizmeti sunumu yerine başvurana hizmet verme anlayışının egemen olduğu aile hekimliği uygulaması başlamıştır. Kamu hastanelerinin yarı otonom hale getirilerek piyasa benzeri bir yapıya dönüşmesi süreci başlatılmış, kamu hastane birlikleri oluşturulmuştur. Döner sermaye ve performansa dayalı ödeme sistemi ile sağlık çalışanları kamu kurumları içinde rekabete dayalı bir ücretlendirme mekanizması içine çekilmişlerdir (Çiçeklioğlu, 2011:67-68). SDP ile sağlık sistemini oluşturan üç temel alana (örgütlenme, finansman ve sağlık hizmeti sunumu) birden müdahale edilmiştir. SDP ile sağlık insan gücü istihdamında köklü değişiklikler yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı (SB) verilerine göre 2002 yılında 11 bin olan taşeron işçi sayısı, 2011 yılında 120 bin kişiye çıkarılmıştır.

SDP adıyla anılan reform projesi dört ana başlık altında toplanmaktadır (DB, 2003). Reform projesinin ilk başlığı sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılmasıdır. Bu çerçevede üç sosyal güvenlik kuruluşu (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK) SGK çatısı altında birleştirilmekte (5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu) ve 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” (SSGSSK) ile de Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturulmaktadır. Reform projesinin ikinci ayağını, sağlık ocakları çatısı altında yürütülen birinci basamak sağlık hizmetlerinin “aile hekimliği” sistemi altında yeniden yapılandırılması oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamına gelen 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”

2004 yılında yürürlüğe girmiştir. Reform projesinin üçüncü ayağını, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında “sağlık işletmesi” modelinin uygulanmaya geçirilmesi, dördüncü ayağını ise SB merkez teşkilatının yeniden yapılandırılarak “düzenleyici” işlevlerle sınırlandırılması oluşturmaktadır (Ataay, 2008:170). Kamu hastanelerinin elden çıkarılmasına yönelik “Kamu Hastaneleri Birliği” uygulaması, Kasım 2011 tarihinde yayınlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK)’nin içinde yer almaktadır.

A- Genel Sağlık Sigortası

Sosyal Güvenlik Reformunun kurumsal yapı ile ilgili ayağı 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile 20 Mayıs 2006 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Reformun diğer bileşeni ise emeklilik rejimi ve genel sağlık sigortası ayağı birleştirilerek, 5510 sayılı SSGSSK ile 1 Ekim 2008 tarihinde hayata geçirilmiştir. 2012 yılından itibaren zorunlu GSS uygulamasına geçilmiş ve sağlık sisteminin finansmanında köklü değişiklikler ortaya çıkmıştır. Sistem, finansman ile sağlık hizmeti üretiminin birbirinden kesin olarak ayrıldığı, hizmet satın alınması anlayışına dayanmaktadır. Reform öncesi Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) sağlık giderlerini düşürmek amacıyla kendi hastanelerini, ilaç fabrikalarını ve eczanelerini kurmuştu. Sağlık sigortası, sağlık hizmeti ile ilaç üretim ve dağıtımının bütünleştirdiği bu sistemin, giderlerin düşürülmesini sağladığı varsayıyordu (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006:281). Ancak özel sağlık kuruluşlarını destekleyen yeni sisteme geçiş ile sağlık harcamalarında önemli artışlar gerçekleşmiştir.

GSS, sağlık hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı bir finansman sistemidir. Temel ilkesi “herkesten gücüne göre prim alıp, herkese gereksinimine göre hizmet vermek”tir. Ancak, GSS şu anki uygulaması ile yoksulu korumakta çok yeterli olmayan bir uygulamadır. Aylık geliri asgari ücretin üçte birinin üzerinde olan tüm yurttaşlar her ay prim ödemek zorundadır. GSS kapsamında asgari ücretin üçte birinden daha az (01.07.2013-31.12.2013 tarihleri arası aylık geliri 340.50 TL’den az olanlar) gelire sahip olduğunu belgeleyen kişilerin primleri devlet tarafından ödenmekte ve sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanması sağlanmaktadır. Ancak, burada önemli bir sorun yoksulluk sınırının asgari ücretin üçte biri gibi düşük düzeyde belirlenmesinde ortaya çıkmaktadır.

Bu sınırın gerçek yoksulluk sınırına karşılık geldiği tartışmalıdır. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (Türk-İş)'nin hesaplamalarına göre 2013 yılı Ağustos ayında dört kişilik bir ailenin sağlıklı ve dengeli beslenebilmesi için bir ayda gıda için yapması gereken asgari harcama tutarını tanımlayan “açlık sınırı” 1.020 TL iken, gıda harcaması yanında giyim, konut, ulaşım ve diğer zorunlu ihtiyaçlar için yapılması gereken toplam harcama tutarını ifade eden “yoksulluk sınırı” 3.322 TL’dir. Aynı dönem için 803,68 TL’si olan net asgari ücret, açlık sınırının altında kalmaktadır. Düzenli ve güvenceli işlere sahip olmayan geniş bir nüfus kesimi de prim ödeyemedikleri için sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Türkiye’de Ocak 2013 döneminde, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı olmadan çalışanların oranı %36,2’dir ve bu oran tarım sektöründe %83’tür (TÜİK, 2013). Ayrıca 5510 sayılı Kanun’un 60. maddesine göre 4-b sigortalıları (Bağ-Kur) sağlık hizmet sunucusuna başvurduğunda 60 günden daha fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunması halinde sağlık hizmetinden yararlanmamaktadır. Böylece sistemin “toplumun bütününe kucaklama” ve “sağlık hizmetlerinden yararlanamayan kimseyi bırakmama” iddiası gerçekleşmemektedir.

Bu konuda bir diğer sorun, fonlar yetmediği için verilen hizmetin içeriğinin azaltılmasıdır. GSS’nin hangi sağlık hizmetlerini vereceği her yıl SGK tarafından yeniden belirlenmekte ve bazı sağlık hizmetleri giderek GSS temel teminat paketi dışında kalmaktadır. GSS yalnızca “temel teminat paketi” kapsamındaki sağlık giderlerini karşılamakta ve pakete dâhil olmayan sağlık giderleri ise “özel sağlık sigortası” ya da “kişisel ek ödeme” ile karşılanmaktadır. Temel teminat paketinin dar tutulması halinde, sağlık giderleri GSS dışı mekanizmalarla finanse edilmek durumunda kalınacak, bu da hizmetten yararlananlar açısından ek harcamayı gerekli kılacaktır. GSS sisteminin bu özelliğine yönelik en temel eleştiri bu düzenlemelerin, özel sağlık sigortacılığını teşvik amaçlı olduğu, yurtaşların GSS primi ödemek yanı sıra ek harcama yapmak zorunda bırakılacağı yönündedir (TTB, 2003).

GSS kapsamında finansmanı sağlanmakla birlikte katılım payı alınan sağlık harcamaları bir diğer sorundur. GSS kapsamında olan sigortalılardan, sağlık hizmeti sunucusunun özel ya da resmi olmasına göre farklılık gösteren oranlarda ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi başvurularında

katkı payı alınmaktadır. Şöyle ki 2013 yılı katılım payı; devlet hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri veya üniversite hastaneleri gibi resmi sağlık hizmeti sunucularındaki ayakta muayenelerde 5 TL, özel hastaneler veya özel tıp merkezleri gibi ikinci basamak özel sağlık hizmeti sunucularındaki ayakta muayenelerde 12 TL, 10 gün içerisinde aynı branşta farklı sağlık hizmet sunucusuna yapılan başvurularda 5 ve 12 TL’lik katılım payı tutarları 5 TL artırılarak tahsil edilmektedir. Ayakta tedavide kullanılan ilaçlar için de GSS sigortalıları kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında ilaç bedeli yanında, her bir reçete için, üç kutuya kadar (üç kutu dahil) temin edilen ilaçlar için 3 TL, üç kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 TL katılım payı alınmaktadır. Vücut dışı protez ve ortezlerden, SGK’dan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınmaktadır. Tüp bebek tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede %25 oranında olmak üzere bu tedaviler için SGK tarafından karşılanan bedeller üzerinden katılım payı alınmaktadır. SGK’nın sözleşmeli vakıf üniversiteleri ile özel hastaneler ve özel tıp ve dal merkezleri tesislerine müracaat eden kişilerden, sundukları sağlık hizmetleri için; SGK’nın bu sağlık hizmetleri karşılığında ödediği ücretler üzerinden ilave ücret talep edebilmektedirler.

GSS sisteminin en temel özelliğinin, primlerini ödeyen bütün yurttaşların kamusal sağlık sigortası ve kamu sağlık kuruluşlarından oluşan bir sistem içinde bütün sağlık hizmetlerini alabildiği ve bütün giderlerinin sigorta sistemi tarafından ödendiği bir model yerine, yurttaşların kamusal sağlık sigortası ve kamu sağlık kuruluşlarının yanı sıra özel sağlık kuruluşlarına ve özel sağlık sigortacılığına da başvurulabildiği ancak bunun için ek ödeme yapmak zorunda kaldığı yarı kamusal, yarı özel bir sistem öngörmesi olduğu ortaya çıkmaktadır (Ataay, 2008:172-173).

GSS sistemi üzerine genel bir değerlendirme yapıldığında, sistemin en temel özelliğinin, sağlık hizmetlerini yurttaşlık hakkı olarak gören ve bu çerçevede hizmeti genel bütçeden finanse ederek tüm yurttaşlara ücretsiz olarak sunan kapsayıcı bir modelden farklı olarak, prim ödeyenlerin belli standart sağlık hizmetlerinden yararlandığı, prim ödeyemeyecek durumda olan “yoksul” kesimlerin bu standart hizmetlerden yararlanabilmesi

için “sosyal yardım” mekanizmalarının öngörüldüğü, sistemin sağladığı standart sağlık hizmetlerini aşan hizmet talebinde bulunanların da özel sağlık sigortaları ve özel sağlık kuruluşlarına yönettildiği “liberal” bir model olduğu ortaya çıkmaktadır (Erdoğan, 2006).

B- Aile Hekimliği

Reform projesinin ikinci ayağı, sağlık ocakları çatısı altında yürütülen birinci basamak sağlık hizmetlerinin “aile hekimliği” olarak yeniden yapılandırılmasından oluşmaktadır. 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” un 2004 yılında çıkartılmasıyla birlikte, pilot olarak seçilen Düzce ilinden başlanarak ve her yıl yeni iller kapsama alınarak aile hekimliği sisteminin ülke genelinde uygulanmasına geçilmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının sorumlu oldukları “koruyucu sağlık hizmetleri”, “topluma yönelik” ve “kişiyeye yönelik” olarak ikiye bölünmüş, topluma yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri sağlık ocakları yerine kurulan “toplum sağlığı merkezleri”nin sorumluluğuna verilirken, kişiyeye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri aile hekimlerinin sorumluluk alanına bırakılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin planlanması, hekim ve hasta seçme özgürlüğü kavramları kullanılarak piyasa dinamiklerine (rekabet, müşteri memnuniyeti, kişi başına ödeme, performans göre ödeme) göre özel hekim muayenehanesi temelinde yeniden yapılandırılmıştır. Bir hekim ve bir aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği sisteminde, hekimler “kamu görevlisi” olmak yerine, ücretini piyasa koşullarında kazanan bir “girişimci”ye dönüştürülürken, aile sağlığı elemanı da kamu görevlisi statüsünden aile hekimiyle bireysel iş akdi temelinde istihdam edilen ve kamu görevliliğinin sağladığı güvenceleri büyük ölçüde yitirmiş bir statüye sokulmaktadır (Ataay, 2008:176). Her hekim aile sağlığı elemanını kendisi seçmektedir. Tıbbi hizmetler dışında gereksinim duyulan emekgücü hekim tarafından genellikle taşeron aracılığıyla sağlanmaktadır. Sağlık hizmetinin gereği olan ekip çalışması yerine ikili çalışma ile emekgücü maliyetleri azaltılmaya çalışılmaktadır.

C- Sağlık İşletmesi Modeli

Türkiye’de sağlık işletmesi modeline geçiş ilk olarak 1987 tarihli “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile denemiş ancak Anayasa Mahkemesi’nin

iptal kararı ile gerçekleştirilememiştir (Ataay, 2007:81-87). DB’nin 2003 tarihli raporunda, kamu hastanelerinin verimliliğinin artırılması için hem idari hem de sağlık hizmeti üretimi açısından özerkleşmesi gerektiği savunulmuştur. Raporunda özerkleşmeyle hem hastanelerin kendi kaynaklarını yaratmaları hem de arz talep ilişkisinin daha sağlıklı bir biçimde kurulmasının mümkün olabileceği iddia edilmektedir.

Sağlık işletmesine dönüş sürecinde ilk olarak SB’na bağlı olmayan diğer kamu hastaneleri (SSK sağlık tesislerinin devri), Bakanlığa bağlanmıştır. “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Kanun Tasarısı” ve “Sağlık Kanun Tasarısı” ile eğitim hastaneleri dışındaki bütün kamu hastanelerinin ve diğer sağlık kuruluşlarının il özel idarelerine bağlanması ve sağlık işletmesi modeline geçiş öngörülmüştü. Bu tasarıların yasalaşamaması üzerine, 663 sayılı “SB ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” (2 Kasım 2011 tarihli Resmi Gazete) ile Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları, “*Kamu Hastane Birlikleri*” adıyla, ayrı tüzel kişiliğe sahip ve idari yönden özerk kuruluşlar olarak sağlık işletmesi modeline göre yeniden yapılandırılmıştır. Böylece kamu sağlık kuruluşları özerk birer sağlık işletmesine dönüştürülürken, SB’da oluşan “sağlık piyasası”nın denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir kurum haline getirilmiştir. SB’na ait sağlık tesislerinin özel sektöre kiralama karşılığı yaptırılması işlemlerini yürütmek amacıyla 2007 yılında Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. Böylece DB’nin (2003:73-77) “SB, sağlıktaki önceliklerin belirlenmesi ve politikaların hazırlanması, düzenlemelerin yapılması, denetim, kalite kontrolü, tüketicilerin eğitilmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesinden sorumlu olmalıdır.” yaklaşımına uygun dönüşüm gerçekleşmiştir.

Döner sermaye uygulaması, sağlık tesislerinin işletmeye dönüştürülmesinde önemli rol oynamaktadır. Döner sermaye uygulaması, sağlık emekçisinin unvanına göre hastanenin/sağlık kurumunun elde ettiği gelirin belli bir oranının dağıtılması ile başlamış ve performansa dayalı ek ödeme sistemi olarak devam etmektedir. 2004 yılında SB hastanelerinde başlatılan performansa dayalı döner sermaye uygulaması, 2006 yılında tüm SB kurumlarına yaygınlaştırılmış, 2011 yılında ise tüm üniversite hastanelerini de kapsamıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde performansa dayalı ek ödeme sistemi, tamamen piyasacı bir dinamik gösteren bir şekilde işlemektedir. Koruyucu hizmetlerin sürdürülmesi negatif performans, riskli grupların ve ulaşımı zor olan bölgelerde yaşayanların aile hekimi nüfusuna kaydedilmesi pozitif performans ile çözülmeye çalışılmış, sağlık yönetiminin tüm ilkeleri sadece geliri dikkate alan bir anlayışla çarpıtılmıştır. Benzer durum üniversite hastaneleri için de geçerlidir. Performansa dayalı ücret ödeme sistemi ile hizmet üretiminin artırılması ve işletmenin (hastane/ sağlık kurumunun) gelirinin yükseltilmesi sadece hastane yönetiminin değil, tüm çalışanların hedefi haline getirilmiştir. Bu süreçte piyasacı rekabet anlayışı ön plana çıkmış ve bu anlayış sağlık çalışanları arasında iş barışını bozacak şekilde devam etmiştir. Performans uygulaması, sağlık çalışanları arasında hem en çok itiraz edilen hem de en çok uyum gösterilen uygulama olarak sağlık üretim sürecinde yerini almıştır. Sağlık çalışanları, performans uygulaması ile sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasında aracı rol oynamıştır (Zencir, 2011:96-98).

II- TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; bedensel, ruhsal ve toplumsal tam bir iyilik hali olarak tanımlamakta, sağlığın her insanın temel bir hakkı olduğunu vurgulamaktadır. Ancak sağlık alanının piyasaya açılması, öncelikle sağlık tanımının fiilen değiştirilmesi anlamına gelir. Çünkü piyasanın varlığı sağlık hizmetini bir hak olmaktan çıkartır. Sağlık, artık parası olanın, ancak parasının yettiği kadar satın alabileceği bir metaya dönüşür ve bedelini karşılamaya gücü yetenler için sunumu sağlanır.

DSÖ hükümetleri insanların sağlığından sorumlu tutmuş, ülkelerarası düzey farkının bütün ülkeler için tehlike yaratacağını belirtmiştir. DSÖ 1978 yılında Alma Ata'da düzenlediği uluslararası toplantıda dünya ülkeleri için sağlık politikası olarak "Temel Sağlık Hizmetleri" yaklaşımını benimsemiştir. Temel sağlık hizmetleri kavramı, sağlığın sağlık hizmetlerinden çok beslenme, konut, gelir, çevre, iş gibi temel etmenlerin varlığına bağlı olduğunu savunur, sağlık hizmetleri içinde de önceliği hastanelere değil, ilk basamak ve koruyucu hizmetlere verir. Temel sağlık hizmetlerinin temel söylemleri olan "herkese sağlık, toplum katılımı, sağlığın sosyal, ekonomik ve siyasal belirleyicileri" gibi kavramlar politik söylemlerdi ve temel sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için gelir ve olanak eşitliği, adil vergilendirme, kamusal sağlık hizmeti, konut, sağlıklı çevre gibi temel sağlık

girdilerinin sağlanması gerekiyordu. Oysa siyasi ve ekonomik gelişmeler tam tersine kamu sektörünün küçültülüp, özelleştirmenin büyütülmesi gerektiğini dikte ediyordu (Dedeoğlu, 2009:195-196). Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ve kâr maksimizasyonuna açık hale getirilmesi için öncelikle sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve sunumunda kamunun rolünün azaltılması, hatta giderek ortadan kaldırılması gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri için “talep” her zaman var olmakla birlikte, daha fazla kâr elde edebilmek için “uyarılmış talep”e gereksinim duyulmaktadır. Bunun için sunumun talep yaratması adıyla bilinen bir mekanizma ve reklâmlar devreye girer. Talep, tüketicinin eğilimleri ile oluşur. Piyasa açısından kâr maksimizasyonunu sağlamak için tüketicinin eğilimlerinin etkilenmesi gerekir. Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda hizmeti sunan ile tüketici arasında “bilgi asimetrisi” olması, eğilimin yönlendirilmesini kolaylaştırır (Pala, 2011:75-76). Son on yılda hekime başvuru sayısı, görüntüleme tetkikleri, cerrahi girişim, sezaryenle doğum sayıları ve ilaç tüketimindeki artışa bakılarak talep artışının sağlanmasında başarılı olduğu söylenebilir.

Türkiye sağlık sektörü, SB tarafından yürütülen politikalar sonucunda son on yılda yaklaşık dört kat büyütülerek önemli bir “piyasa” yaratılmıştır. Bu büyümede SGK’nın sağlık giderlerindeki büyük artış ve kamu bütçesinden sağlık alanına aktarılan tutardaki yükselme belirleyici olmuştur. Bu büyüme ile birlikte, özel sağlık sektörü hızla gelişmiştir. SB verilerine göre (SB, 2012:55), toplam sağlık harcamaları içerisinde özel hastanelerin payı %6,2’den (2001) %17,3’e (2008) yükselmiştir.

Yaklaşık son on yıldır gerek sağlık hizmeti verilen kurum sayısında gerekse sağlık hizmeti sunumunda, özellikle de özel sağlık alanında nüfus artış oranı ile koşut olmayan hızlı bir büyüme söz konusudur. Toplam hastane sayısındaki artışta özel hastaneler başı çekmektedir. SB verilerine göre (2012:63), 2002 yılında 1.156 olan toplam hastane sayısı 2011’de 1.453’e, 271 olan özel hastane sayısı 503’e çıkmıştır.

Sağlık hizmeti verilen kurumlarda tıbbi cihaz sayılarında çok hızlı bir artış söz konusudur. Tablo 1’de 2002-2011 yılları arası yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayılarındaki artış görülmektedir.

Tablo 1’de görüldüğü üzere, 2002 yılında 58 olan MR sayısı yıllık ortalama %3’lük artış oranıyla 2011’de 781’e, 323 olan BT sayısı yıllık ortalama

ma %13.8'lik artış oranıyla 2011'de 1.088'e, 259 olan EKO sayısı yıllık ortalama %16.5'lik artış oranıyla 1.181'e, 1.005 olan ultrason sayısı yıllık ortalama %13.5'lik artış oranıyla 3.775'e ve 681 olan doppler ultrason sayısı yıllık ortalama %11'lik artış oranıyla 2.091'e ulaşmıştır. Ayakta tanı ve tedavi merkezlerindeki cihazlar bu rakamlara dahil değildir².

Tablo 1. Yıllara Göre Yataklı Tedavi Kurumları Cihaz Sayıları, Türkiye

Cihaz Adı	Yıllar										Yıllık Artış Oranı (%) ²
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
MR	58	99	149	199	310	410	517	647	697	781	33.0
BT	323	376	446	509	593	675	759	838	904	1.088	13.8
EKO	259	338	391	453	518	598	689	791	881	1.181	16.5
Ultrason	1.005	1.164	1.309	1.493	1.699	1.900	2.117	2.283	2.436	3.775	13.5
Doppler Ultrason	681	743	805	845	920	1.006	1.095	1.251	1.397	2.091	11.1

Kaynak: SB (2012:71), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

2011 yılında yataklı tedavi kurumlarındaki 781 MR cihazının 422'si (%54'ü), 1.088 BT cihazının 529'u (%49'u), 1.005 ultrason cihazının 348'i (%35'i), 681 doppler ultrason cihazının 348'i (%35'i) ve 259 eko-kardiyografi cihazının 111'i (%43'ü) özel sektöre ait kurumlardadır (SB, 2012: 71-75). Türkiye'de 2011 yılında yataklı tedavi kurumlarında her bir milyon kişi için 10,5 MR cihazı bulunmaktadır. Buna karşılık, OECD ülkeleri arasında 2010 yılında yataklı tedavi kurumlarında her bir milyon kişi için İsrail ve Meksika'da 2, Avustralya'da 5,5, İngiltere'de 6, Fransa'da 7, Kanada'da 8, ABD'de 31,5 MR cihazı vardır (OECD, 2012).

OECD (2012) verilerine göre, 2010 yılında her bin kişiden Avustralya'da 23, İngiltere'de 41, İspanya'da 46, Kanada'da 49, OECD ülkeleri ortala-

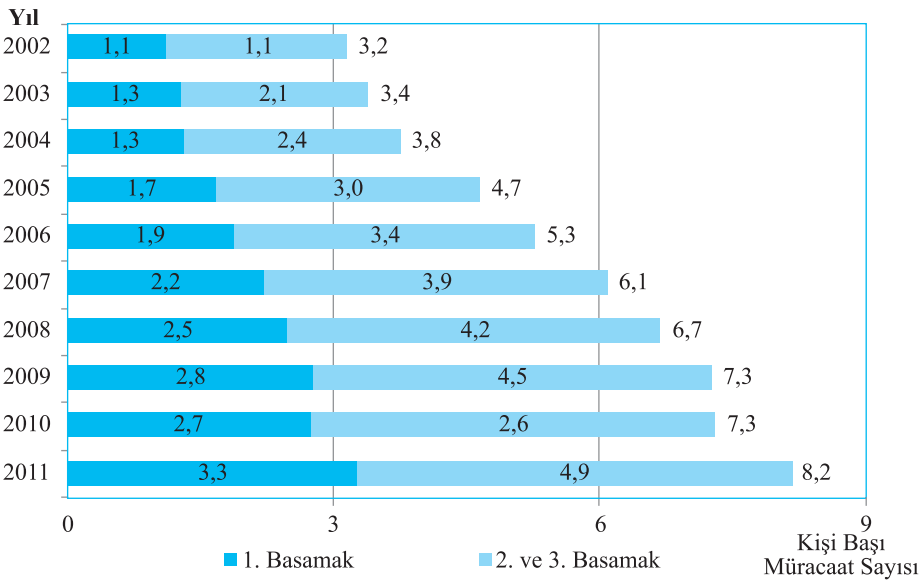
² Yıllık ortalama artış oranı yarı logaritmik regresyon modeli ile En Küçük Kareler Yönetimi kullanılarak tahmin edilmiştir. Modelin genel biçimi $\ln Y = b_0 + b_1 t$ şeklindedir. Burada Y bağımlı değişken (cihaz sayıları) ve t ise yılları temsil eden zaman değişkenidir. Yıllık ortalama büyüme oranı her bir cihaz için tahmin edilen regresyon denkleminde hareketle şöyle hesaplanmıştır (Bknz. Tarı, 2006).

Y'nin yıllık ortalama artış oranı: $r = (\text{antilogaritma } b_1 - 1) \times 100$
Regresyon sonuçları talep edildiği takdirde iletilecektir.

masında 46’sına MR görüntüleme tetkiki yapılırken, Türkiye’de bu sayı 80’dir (2011 yılında 97). BT çekimi içinde benzer bir görünüm söz konusudur. Türkiye’de 2011 yılında ortalama her dokuz kişiden birine BT, her on kişiden birine de MR çekilmiştir. Ayakta tanı ve tedavi merkezlerinde yapılan görüntüleme tetkikleri bu sayı ve oranlara dâhil değildir. Mali boyutunun ötesinde MR ve BT çekimi sırasında maruz kalınan radyasyon göz önüne alındığında toplum sağlığı açısından oldukça riskli bir durum söz konusudur. Hiçbir semptomu olmayan sağlıklı kişilerde reklam kampanyalarıyla “check-up” yöntemi olarak pazarlanan BT tetkiklerinin yaygınlaşması üzerine İngiltere’de kısıtlayıcı tedbirler alınmış, İngiltere SB 2010 yılında gereksiz tomografi çekimlerini yasaklamıştır (Üçer, 2013: 265-266).

Yaklaşık son on yıldır sağlık hizmeti kullanımında önemli bir artış gerçekleşmiş, yıllara göre hekime başvuru sayısında artış olmuştur. 2002 yılında 209 milyon olan toplam başvuru sayısı 2011’de 611 milyona çıkmıştır (SB, 2012:85). Şekil 1’de yıllara göre sağlık kurum ve kuruluşlarına kişi başı müracaat sayıları görülmektedir.

Şekil 1. Yıllara Göre Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, Türkiye

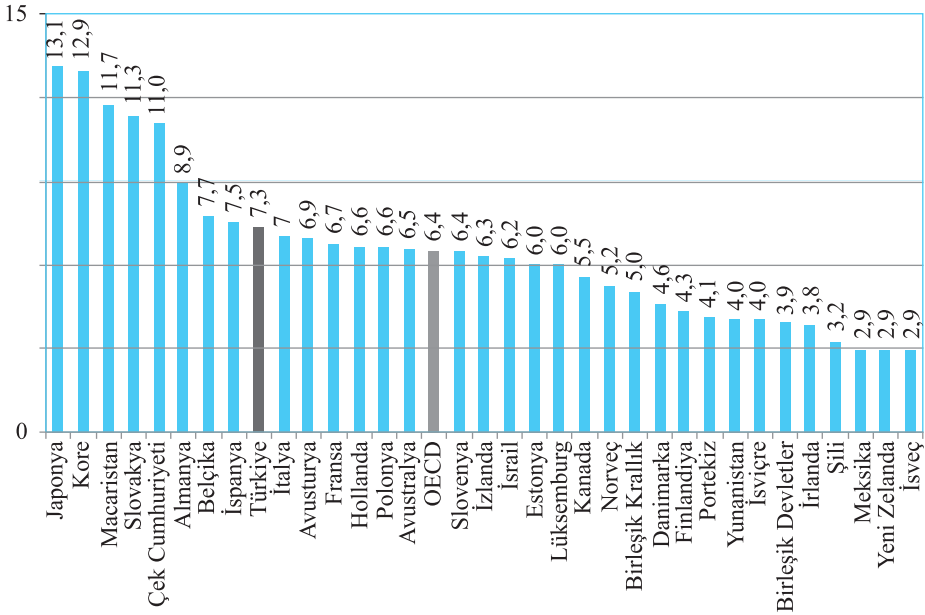


Kaynak: SB (2012:85), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

Şekil 1'e bakıldığında 2002'de 3,2 olan kişi başı müracaat sayısı 2011'de 8,2'ye çıkmıştır. Birinci basamakta 2002 yılında 1,1 olan müracaat sayısı, aile hekimliği uygulamasının da etkisiyle 2011 yılında 3,3'e, 2 olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına müracaat sayısı da 4,9'a ulaşmıştır.

Hastanelere başvuru sayısındaki artışta özel hastaneler başı çekmektedir. 2002-2011 yılları arasında hastanelere başvuru sayısı 2,7 kata çıkarken, özel hastanelere başvuru sayısı 10,5 kata çıkmıştır. Tüm hastanelerde 2002 yılında 1,9 olan kişi başı başvuru sayısı 2011 yılında 2,4 kata çıkarak 4,5 olurken, özel hastanelerde 2002 yılında 0,1 olan başvuru sayısı 2011 yılında sekiz kat artarak 0,8 olmuştur (SB, 2012:89-90). 2011 yılında hastanelere yapılan toplam 338 milyon başvurunun 315 milyonu (%93'ü), özel tıp ve dal merkezleriyle birlikte özel hastanelere yapılan 69 milyon başvurunun da 54 milyonu (%79'u) SGK ödemesi kapsamındadır. Hekime başvuru sayıları, OECD ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye'nin ortalamasının üzerinde başvuruya sahip olduğu görülmektedir. Şekil 2'de 2010 yılı verilerine göre kişi başı hekime başvuru sayısının uluslararası karşılaştırılması görülmektedir.

Şekil 2. Kişi Baş Hekime Başvuru Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması, 2010



Şekil 2 verilerine göre 2010 yılında OECD üyesi ülkelerde kişi başı hekime başvuru sayısı ortalaması 6,4 iken, görece daha genç nüfusa sahip olmasına rağmen Türkiye’de 7,3’e ulaşmıştır. Nüfusun yaşlanmasına paralel olarak başvuru sayısı daha da artacağından sağlık harcamalarında ciddi artışların yaşanması sürpriz olmayacaktır.

Yaklaşık son on yıldır cerrahi girişim ve ameliyat sayılarında da ciddi artışlar söz konusudur. SB verilerine göre (2012:93-95), 2002 yılında toplam ameliyat sayısı 1,6 milyon iken, 2011’de 2,6 kat artarak 4,2 milyona, özel hastanelerdeki ameliyat sayısı ise 219 bin iken, 6,3 kat artarak 1,4 milyona ulaşmıştır. Bu verilere göre toplumun %11,5’i her yıl ameliyat ya da cerrahi girişime konu oluyor ve önümüzdeki on yıllık dönemde hiç artış olmasa bile nüfusun tamamı ameliyat olacaktır denilebilir.

Türkiye’de son on yılda sezaryen ile doğum oranlarında da çarpıcı bir artış gerçekleşmiş, 2002 yılında %21 olan oran, 2011’de %47’ye çıkarak, OECD ülkeleri arasında birinci sıraya yerleşmiştir. Oysa DSÖ tarafından konulan hedef %5-15 aralığındadır. Sezaryenle doğumun normal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda veya normal doğumla birlikte bebek veya annede hastalık/ölüm oranında belirgin artış riskinin bulunması halinde uygulanması gerekmektedir. Sezaryenle doğumun böylesine yüksek oranlarda olması sağlığın piyasalaştırılmasının çarpıcı örneklerindedir (Üçer, 2013:262). Öncelikle medyada sezaryenle doğumun modern ve ileri teknolojik yöntem olduğu konusunda gizli ya da açık reklâmlar ile toplumda talep artışı sağlanmıştır. Sezaryenin hizmet sunucularına sağladığı ekonomik avantaj, gerek hekim gerekse hastane açısından avantajları, normal doğuma göre kısa sürede uygulanması, çalışma saatlerine göre ayarlanabilmesi talep artışının oluşturulmasının başlıca nedenleridir.

İlaçlar, bireysel ve toplumsal insan yaşamı bakımından vazgeçilemez metalardır. Dünyada ilaç üretim sektörleri içinde “araştırmacı ve buluşçu firmalar” ile “jenerik firmaları” olmak üzere kabaca iki tür üretici firma tipi etkinlik göstermektedir. Bütün firmaların faaliyet süreçlerinin iktisadi garantisi, firmaların kendi ürünleri üzerinde tesis ettiği “sınai ve fikri mülkiyet rejimleri” (patent, lisans gibi) ile sağlanır. Dünya ilaç sektörünün ve gelişmekte olan bir pazar olarak Türkiye ilaç sektörünün yapısal özellikleri “oligopolistik” bir karakter sergilemekte ve pazarı kontrol al-

tında tutan az sayıda firma büyük ölçüde pazar büyüklüğünü belirlemektedir (Abacıoğlu, 2011:80-81).

SDP ile ilaç tüketiminde önemli artışlar gerçekleşmiştir. Türkiye’de 2002 yılında 700 milyon kutu ilaç tüketilirken, 2011 yılında eczaneler kanalıyla tüketilen ilaç sayısı 1,7 milyar kutuya, kişi başına tüketilen ilaç miktarı ise 23 kutuya ulaşmıştır. Hastanelerde tüketilen ilaçlar buna dâhil değildir. ABD’nde ise 2011 yılında tüketilen ilaç miktarı 4 milyar kutu, kişi başına tüketilen ilaç miktarı ise 13 kutudur (Üçer, 2013:270). Ancak hem gereksiz ilaç tüketiminin neden olduğu finansman sorunu hem de ilacın yan etkileri nedeniyle akıllı ilaç tüketiminin özendirilmesi gerekmektedir.

Türkiye’de ilaç, tıbbi teknoloji, tıbbi cihaz ve sarf malzemeleriyle birlikte sağlık harcamalarının düşük olduğu, yükseltilmesi gerektiği iddiaları söz konusudur. Oysa sağlığa, ilaca, tıbbi teknolojiye ayrılan kaynakların koşulsuz artırılması talebinden önce etkili ve verimli kullanılıp kullanılmadığı ve bu harcamaların ulusal gelir içindeki payının ne olduğunun açığa çıkartılması gerekmektedir.

Koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti anlayışı yerine tedavi edici sağlık hizmeti anlayışını önceleyen SDP etkisiyle Türkiye’nin toplam kamu sağlık harcamalarında önemli artışlar yaşanmıştır. Tablo 2’de Türkiye’de 2002-2011 yılları arası tedavi ve ilaç harcamaları görülmektedir³.

Tablo 2 verilerine göre, 2002’de tedavi ve ilaç giderlerinden oluşan toplam kamu sağlık harcaması 9,9 milyar TL iken, yıllık ortalama % 17,9’luk artış ile 2011’de 45 milyar TL’ına ulaşmıştır. 2002’de 5,2 milyar TL’si olan ilaç harcamaları yıllık ortalama %13,3’lük artış ile 2011’de 16 milyar TL’ına ulaşmıştır. Sadece tedavi ve ilaç giderlerinden oluşan SGK harcamaları, 2002 yılında 7,6 milyar TL’si iken, yıllık ortalama %18,2’lik artış ile 2011’de 36,5 milyar TL’ına çıkmıştır. 2012 yılında SGK, 29,2 milyar TL’si tedavi harcamaları olmak üzere toplam 44,1 milyar TL’si sağlık harcaması yapmak zorunda kalmıştır. Toplam kamu sağlık harcamaları ve toplam SGK harcamaları içinde en yüksek artış oranının özel sektöre ait olduğu görülmektedir. Bu oranlar sırasıyla %33 ve %40 olarak gerçekleşmiştir.

3 Yıllık ortalama artış oranı Tablo 1’de belirtilen yöntemlere göre hesaplanmıştır.

Tablo 2. Türkiye'de Tedavi ve İlaç Giderleri (Milyar TL) (2002-2011)

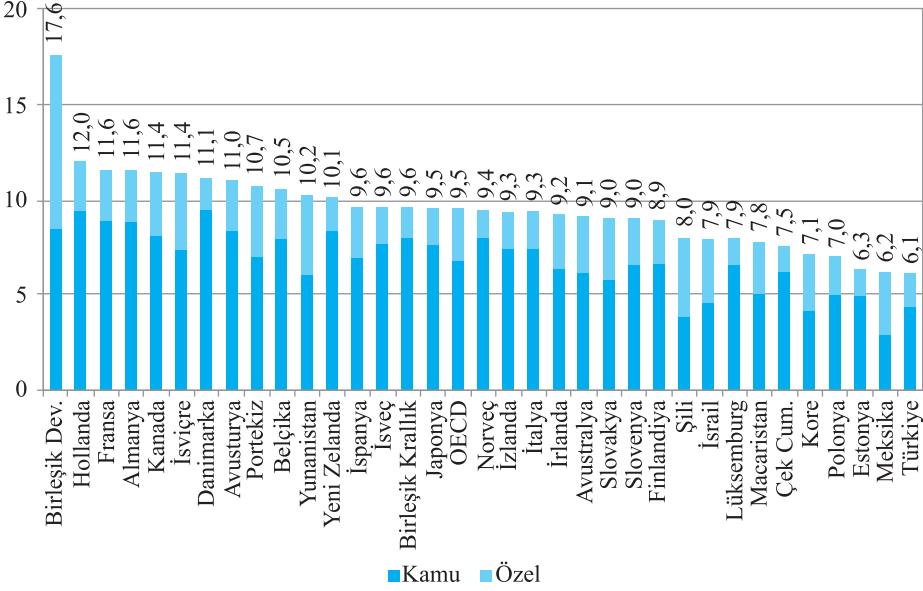
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	Yıllık Artış Oranı (%) ¹
Toplam Kamu Sağlık Harcaması (Sadece Tedavi ve İlaç Gideridir)	9,9	13,6	16,8	17,6	23,0	26,7	32,6	38,5	39,7	45,0	17,9
İlaç	5,2	6,8	7,9	8,7	10,1	11,1	13,0	16,1	15,3	16,0	13,3
Tedavi	4,2	6,1	8,1	7,9	12,1	14,7	18,5	21,0	22,4	25,2	21,8
Devlet Hastaneleri	2,6	4,0	5,4	4,9	7,8	9,2	10,2	11,9	12,7	14,2	19,6
Üniversite Hastaneleri	1,1	1,4	1,7	1,8	2,2	2,7	3,4	3,6	4,1	4,6	17,2
Özel Hastaneler	0,6	0,8	1,0	1,3	2,1	2,8	4,8	5,5	5,5	6,4	33,0
Diğer Sağlık Gid.**	0,5	0,7	0,8	1,0	0,8	0,9	0,7	0,5	0,5	0,6	-
Aile Hekimliği	0	0	0	0	0	0	0,5	0,8	1,4	3,1	-
Toplam SGK Harcaması (Sadece Tedavi ve İlaç Gideridir)	7,6	10,7	13,2	13,6	17,7	20,0	25,4	28,8	32,5	36,5	18,2
Tedavi	2,8	4,4	5,9	5,6	8,5	10,3	14,0	15,1	18,5	21,9	24,4
İlaç	4,3	5,6	6,4	7,0	8,4	8,8	10,7	13,2	13,5	14,1	14,0
Devlet Hastaneleri	1,8	3,0	4,1	3,5	5,4	6,4	7,3	7,9	9,6	11,3	20,0
Üniversite Hastaneleri	0,6	0,8	1,1	1,1	1,3	1,5	2,3	2,5	3,6	4,1	23,0
Özel Hastaneler	0,4	0,5	0,7	1,0	1,7	2,3	4,4	4,7	5,2	6,4	40,0
Diğer Sağlık Gid.**	0,5	0,8	0,8	1,0	0,8	1,0	0,7	0,5	0,5	0,5	-

*Tahmini bütçe, ** (Optik,Tıb.Malz.vs)

Kaynak: ÇSGB ve SGK Sağlık İstatistikleri 2013 verileri.

Şekil 3'te 2010 yılında OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı görülmektedir.

Şekil 3. OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı 2010, (%)



Kaynak: SB, 2012, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

Şekil 3 verilerine göre, toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı OECD ülkeleri ortalaması %9,5'dir. Bu alanda ABD %17,6 ile birinci sırada yer alırken, Türkiye %6,1 ile son sıradadır. Ancak bu ülkelerle Türkiye'nin nüfus piramidi çok farklıdır. Sağlık hizmetlerinin kullanımında ve sağlık harcamalarının artışında en önemli faktörlerden biri yaşlı nüfustur. 60 yaş üzeri nüfusun genel nüfusa oranı AB ülkelerinde ortalama %23,5 iken, Türkiye'de %11'dir (WHO, 2012:157-169). Gerek sağlık hizmetleri kullanımında gerekse harcamalardaki artış bu avantajlı demografik yapıya rağmen gerçekleşmiştir.

III- SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlık politikalarının belirlenmesi açısından önemlidir. Sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği ve finansman yükünün nasıl paylaşıldığı verilen hizmetin miktarının, kalitesinin, erişiminin ve hakkaniyetinin önemli belirleyicisidir. Sağlık hizmetlerinin finansman şekli ülkeden ülkeye farklılık gösterse de hemen her ülkede hem vergiler hem sosyal sigorta

primleri hem hane halklarının cepten yaptığı ödemeler hem de özel sağlık sigortasının aynı anda mevcut olabildiği görülmektedir (Tatar, 2011:104).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında tercihini sosyal sigortaya dayalı finansman yönteminden yana kullanmıştır. Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi ve sağlık hizmetlerinin sunumu kademeli olarak gelişmiştir. Önce nüfusun bazı bölümleri sosyal güvenlik kapsamına alınmış, ardından sağlık hizmetleri de verilmeye başlanmıştır. Bugün SGK, sağlık hizmetlerinin finansmanında en güçlü kurum konumundadır.

Tablo 3’te 1999-2008 yılları toplam sağlık harcamalarının gelişimi, kamu ve özel sektör arasında dağılımıyla birlikte verilmektedir.

Tablo 3. Türkiye Sağlık Harcamaları (Milyar TL) (1999-2008)

Yıllar		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Genel Devlet	Merkezi Devlet	1.274	1.846	3.612	5.283	6.317	7.659	9.520	11.766	13.966	15.948
	Yerel Devlet	158	458	231	356	482	500	467	683	867	865
	Sosyal Güvenlik	1.616	2.886	4.595	7.631	10.662	13.231	14.000	17.667	19.697	25.346
	Toplam	3.048	5.190	8.438	13.270	17.462	21.389	23.987	30.116	34.530	42.159
Özel Sektör	Hanehalkları	1.449	2.280	2.832	3.725	4.482	5.775	8.049	9.684	11.105	10.036
	Diğer*	488	778	1.126	1.176	2.335	2.856	3.323	4.269	5.269	5.545
	Toplam	1.937	3.058	3.958	5.504	6.817	8.632	11.372	13.953	16.374	15.580
Genel Toplam		4.985	8.248	12.396	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740

* “Diğer” sağlık harcamaları, özel sosyal sigorta (Banka sandıkları), hanehalklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT’ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

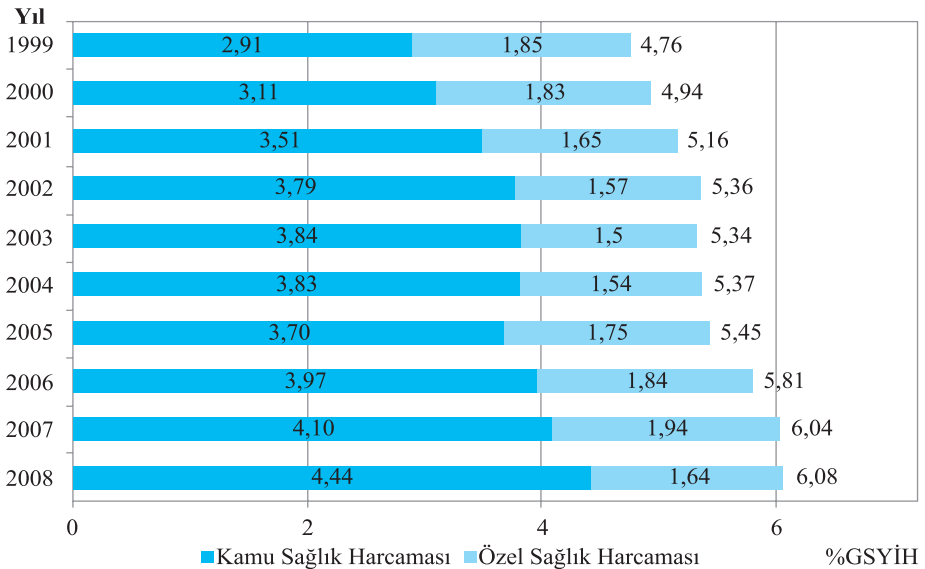
Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcama İstatistikleri, 2008.

Tablo 3 verilerine göre toplam sağlık harcaması içinde kamu sağlık harcamasının payı 1999 yılında %61,14 iken, bu oran 2008 yılında en yüksek düzeye ulaşmış ve %73 olarak gerçekleşmiştir. Kamu sağlık harcamalarında artışa paralel olarak, 1999 yılında sağlık harcamalarının %32,42’si sosyal güvenlik kurumlarınca finanse edilirken bu oran 2008’de %43,9’a, 1999’da %25,6 olan merkezi devlet harcamaları da %27,62’ye ulaşmıştır. 2008 verilerine göre toplam sağlık harcamaları içinde birinci sırada %43,9 ile SGK gelirirken, ardından %27,62 ile merkezi devlet harcamaları gelmektedir.

Kamu sağlık harcamalarının yarısından fazlasını SGK gerçekleştirmektedir. Merkezi devlet harcamaları ağırlıklı olarak SB ile Maliye Bakanlığı bütçesinden finanse edilmektedir. SB kamu sağlık harcaması açısından en fazla harcamaya sahip ikinci kurumdur. SB, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumundan ve yönlendirilmesinden temel sorumlu kuruluş olup, bütün SB bütçesi sağlık harcaması olarak değerlendirilmektedir. Aktif devlet memurları ve bağımlıları ile yeşil kartlıların sağlık hizmetlerinin finansmanı SSGSS Kanunu’nun uygulamaya girmesine kadar Maliye Bakanlığı tarafından karşılanmıştır. Yerel yönetimler, sağlık harcamalarının yerel devlet başlığı altında çok az bir bölümünü (%1,5) finanse etmektedir. Toplam sağlık harcamaları içinde 1999 yılında %38,9 olan özel sağlık harcamaları oranı önceki yıllara göre düşmüş olup, %27 olarak hesaplanmıştır. Hane halkı tarafından yapılan cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %17,4 iken, diğer özel sağlık harcamalarının oranı %9,6’dır.

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de kamu, vergi ve sigorta primleri ile tedavi ve ilaç alıcısı olarak sağlık harcamalarını finanse ederken, sağlık hizmetlerinin tedarikçisi olarak özel kuruluşlar öne çıkmaktadır. Şekil 4’te Türkiye’de yıllara göre kamu ve özel sağlık harcamasının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki payları verilmektedir.

Şekil 4. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%), Türkiye



Şekil 4 verilerine göre, Türkiye’de 1999 yılında GSYİH içinde toplam sağlık harcamalarının oranı %4,76 iken, 2008 yılında %6,08’e ulaşmıştır. Bunun %4,44’lük kısmı kamu sağlık harcaması, %1,64’ü ise özel sağlık harcamalarından oluşmaktadır. 2009 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı %6,7’dir. Bunun %75’i kamu, %25’i özel sağlık harcamalarıdır. 2009 yılında toplam sağlık harcaması 42 milyar dolar (kişi başı 575 dolar), satın alma gücü paritesine göre de 69 milyar dolardır (kişi başına 957 dolar) (WHO, 2012: 133-143).

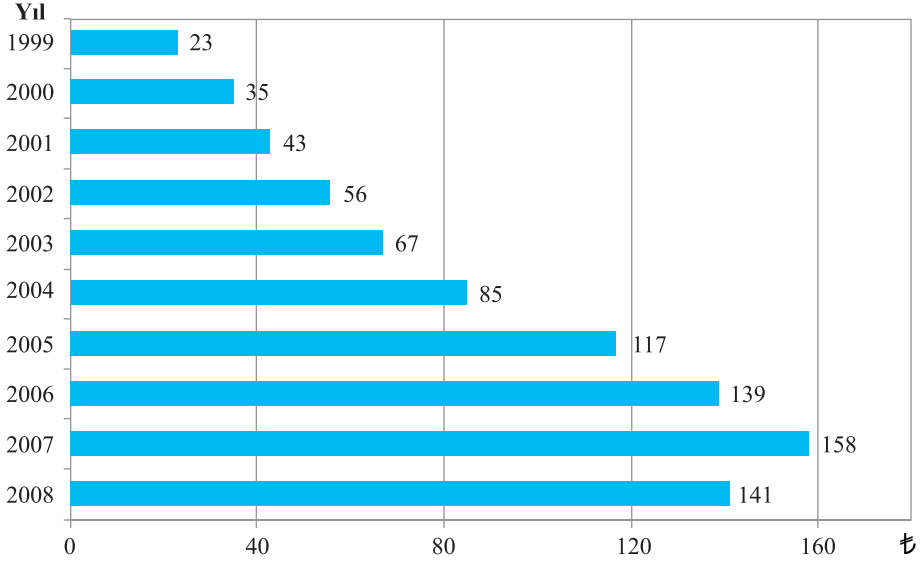
Eunwhan (2011:125) OECD üyesi 31 ülke için yaptığı araştırmada finansman kaynağı özel (özel sigorta, cepten harcama) olduğunda, toplam sağlık harcamasının önemli ölçüde arttığı ve özel finansman kaynağı ya da özel hizmet sunucusunun kişi başına toplam sağlık harcamasını artırıcı etki yaptığı sonucuna ulaşmıştır. Buradan özel sektör güdümündeki sağlık sisteminde, tedavi ücretlerinin ve hizmet kullanımının kamu kontrolündeki sisteme oranla daha fazla olduğu sonucu çıkarılabilir.

Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun ve özel sektörün payını bilmek kadar, özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan harcamaların oranını bilmek de önemlidir. Bu oranları bilmek, sosyal devlet anlayışı içinde devletin sorumluluklarını ne kadar yerine getirmekte olduğunu ortaya koymakta önemli olmakla birlikte, önümüzdeki dönemlerde sağlık sektörünün kamuya olacak yükünü tahmin etmekte de son derece önemlidir (Çelik, 2011:65). Vergi ve sigorta primleri ile sağlık harcamalarının finansmanını sağlayan yurttaşların, cepten sağlık harcamaları da artmaktadır. Şekil 5’de Türkiye’de yıllara göre kişi başı cepten yapılan sağlık harcamaları görülmektedir.

Şekil 5’deki verilere göre Türkiye’de 1999 yılında kişi başına cepten yapılan sağlık harcaması 23 TL iken, 2008 yılında 141 TL’ya ulaşmıştır. Devlet, Türkiye’de sağlık alanındaki sorumluluklarını azaltmakla birlikte oldukça büyük bir bölümünü üstlenmekte ama bunu özelden hizmet olarak sürdürmektedir. Kamunun özel sektörden hizmet satın almaya başlaması (Aksan, 2011:221), kapsamı, kamu hizmet sunumunda yapılan değişikliklerle, çeşitliliğin artırılmasıyla genişletilmiştir. İhale, imtiyaz, şirketleşme, kamu özel işbirliği, kiralama gibi yöntemlerin çoğu Türkiye’de

uygulanmaktadır. Bu yöntemler aslında birer kamu özel ortaklığı modelleridir. Özel sektör bu mekanizmalarla büyütülmüştür ve kamu, özel sektör kurumu olma yolundadır.

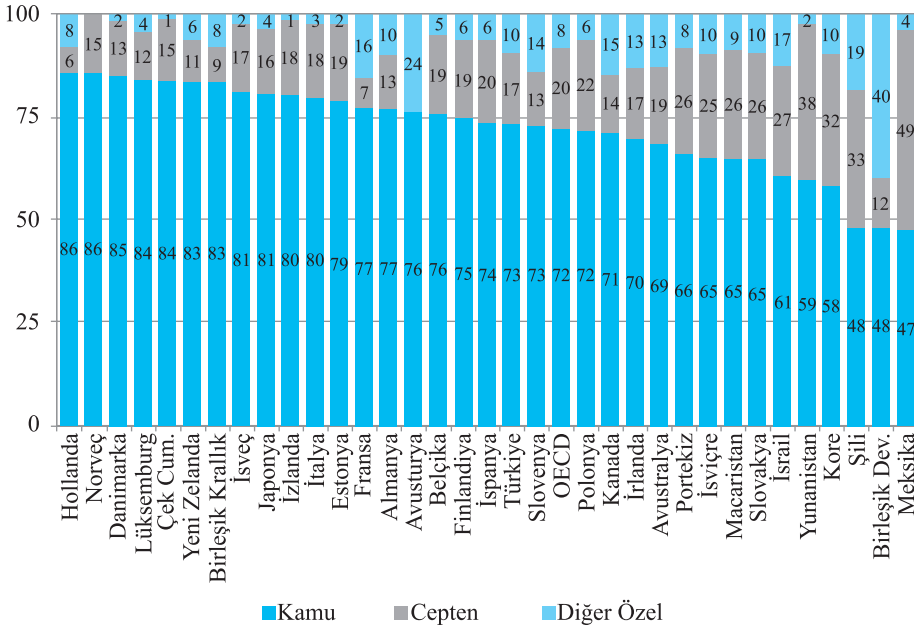
Şekil 5. Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, Nominal, TL, Türkiye



Kaynak: SB, 2012, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2011.

Şekil 6’da OECD ülkelerinde finansman türüne göre sağlık harcamalarının dağılımı görülmektedir.

Şekil 6 verilerine göre 2010 yılında OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının %28’i cepten ve diğer özel harcamalar iken, %72’si kamu harcamalarından oluşmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının en düşük olduğu ülkeler, Şili (%48), ABD (%48) ve Meksika (%47) olarak sıralanmaktadır. Hollanda ve Norveç %86 ile en fazla kamu sağlık harcaması yapan ülkelerdir. Türkiye’de ise sağlık harcamalarının %73’ü kamu tarafından finanse edilmektedir. Sağlık harcamalarının %73’ünün kamu tarafından finanse edilmesine rağmen, hizmetin tedarikçisi olarak özel kuruluşların oranı artmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda kamunun payı azalırken özelin payının artması sağlık harcamalarını da artıracaktır.

Şekil 6. OECD Ülkelerinde Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları, 2010

Kaynak: OECD, 2012

SONUÇ

Türkiye’de sağlık reformları ile mevcut sağlık sistemi köklü bir biçimde dönüşüme uğramıştır. Sağlık sisteminde yeniden yapılanma çerçevesinde sosyal sigorta ve sosyal yardım sistemlerinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve Bakanlıklar merkez teşkilatında köklü değişikliklere gidilmektedir. Sağlığı temel bir insan hakkı olarak gören ve genel bütçeden finanse edilerek bütün yurttaşlara ücretsiz olarak sunulan bir kamu hizmeti olarak ele alan yaklaşım yerine, GSS ve özel sağlık sigortası primlerini düzenli olarak ödeyen yurttaşların hak kazandığı bir hizmet yaklaşımı öne çıkmaktadır.

Türkiye’de yapılan sağlık reformları ile sağlık hizmetleri devletin asli görevlerinden uzaklaşması ve bu hizmetlerin devlet garantisi ve korumasından çıkartılması, piyasa koşullarına terk edilmesi, sağlık alanının kâr elde edilen bir alan haline dönüşmesi yolunu açmıştır. Bunun sonucunda da Türkiye, sağlık alanında çalışan çok uluslu şirketler için sağlık yatı-

rımlarının cazip olduğu ve kârlılığın ise garanti altına alındığı bir ülke haline gelme sürecinde hızla ilerlemektedir.

SDP ile uygulanan politikalar, Türkiye’deki sağlık sistemini devletin neredeyse tümüyle hizmet sunumundan çekildiği, tedavi edici sağlık hizmetlerine odaklanmış bir yaklaşımla büyütülen bir “piyasa”da özel sektörün egemen olduğu; bu nedenle de başta yoksullar olmak üzere toplumun dar gelirli kesimlerinin sağlık hizmetine erişimlerinin kısıtlanacağı bir yapıya doğru hızla sürüklenmektedir. Bu yapının sağlıkta eşitsizlikleri azaltması beklenmemelidir. Sağlık bir ticari meta olarak değil, temel insan hakkı olarak görülmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine dayalı, kamu tarafından finanse edilen alternatif ve neoliberal gündeme karşı sağlık sistemlerine ihtiyaç vardır.

Sağlık hizmetlerinde reform çalışmalarının en önemli gerekçesini artan sağlık harcamalarını kontrol etme çabası oluşturduğu için sağlık hizmetlerinin finansmanı önemlidir. Ancak sağlık harcamalarındaki artış gereksiz kullanım ve kaynakların verimsiz kullanımından kaynaklanıyorsa öncelikle bu olumsuzlukları ortadan kaldıracak önlemlerin alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı sorunu, hakkaniyet ve dayanışma ilkeleri doğrultusunda, sağlık hizmetlerine erişim engellenmeden, sosyal adaleti sağlayan sosyal devlet tarafından çözümlenebilir.

Kaynakça

- Abacıoğlu, Nurettin (2011), “Küresel Kapitalizmde İlaç Endüstrisi”, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf> (01.05.2013).
- Aksan, Aslı Davas (2011), “Kamudaki Özel”, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf> (20.04.2013).
- Ataay, Faruk (2007), *Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması: Türkiye’de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler*, 2. Baskı, (Ankara: Deki Yayınevi).
- Ataay, Faruk (2008), “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 41, Sayı 3, Eylül: 169-184.
- Çelik, Yusuf (2011), “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 1, Sayı:1, 62-82.
- Çiçeklioğlu, Meltem (2011), “Türkiye’de Sağlık Reformları”, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf> (05.05.2013).
- DB (1993), World Development Report 1993, Investing in Health, *Oxford University Press*, New York.
- DB (2003), Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, Report No. 24358-TU, Mart, http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/05/03/000094946_03042404004721/Rendered/PDF/multi0page.pdf (28.04.2013).
- Dedeoğlu, Necati (2009), “Dünya Sağlık Örgütü ve Sosyal Haklar”, Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu, 22-23 Ekim 2009, Antalya, *Belediye İş Sendikası Yayını*, Ankara: 194-199.
- Erdoğan, Seyhan (2006), “Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu”, *Mülkiye*, Sayı: 252: 211-236.
- Eunwhan, Lee (2011), “Sağlık Sisteminin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması Üzerine Etkisi: Kamu Sektörüne Karşılık Özel Sektör”, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf> (03.05.2013).
- Hamzaoğlu, Onur- Yavuz, Cavit Işık (2006), “Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine”, *Mülkiye*, Cilt: XXX, Sayı: 252, Güz: 275-297.
- Hamzaoğlu, Onur (2011), “1980 Sağlık Reformları Pandemisi: Neden ve Nasıl? Sağlıkın Ekonomi Politikası”, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf> (20.04.2013).

- OECD (2012), Health Data, www.oecd.org/health/healthdata (01.05.2013).
- Pala, Kayıhan (2011), “Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaşma Mekanizmaları”, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf> (20.04.2013).
- SB (2012), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Ankara, http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf (24.04.2013).
- SGK (2013), Sağlık İstatistikleri, www.sgk.gov.tr (01.05.2013).
- Tarı, Recep (2006), Ekonometri, Gözden Geçirilmiş 4. Baskı, İstanbul.
- Tatar, Mehtap (2011), “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 1, Sayı: 1, 103-133.
- TTB (2003), Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye’inde Halka ve Hekimlere/Sağlık Personeline Ne Getiriyor?, Türk Tabipler Birliği Yayını, Ankara, http://www.ttb.org.tr/eweb/s_donusum/ (15.04.2013).
- TTB (2005), Genel Sağlık Sigortası, 3. Baskı, TTB Yayını, Ankara.
- TÜİK (2011), Sağlık Harcama İstatistikleri 2008, Sayı: 34, 18 Şubat 2011, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10703>.
- TÜİK (2013), Hanehalkı İşgücü İstatistikleri, Sayı: 13483, 15 Nisan 2013, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13483> (01.05.2013).
- Türk-İş (2013), turkis.org.tr/index.dyn?wapp=haberdetay0&did=12B4A2F4-13C2-4BFE-9418-532CC8596825.
- Üçer, Ali Rıza (2013), “Sağlıkta Dönüşüm Programının Yarattığı Talep Patlaması”, *Tıp Bu Değil* 2, Arslanoğlu, İlknur (Editör), (İthaki Yayınları), İstanbul: 257-279.
- WHO (2012), World Health Statistics 2012, Health Expenditure, p.133-145. http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012:Full.pdf (25.04.2013).
- Yeldan, Erinç (2001), “Küreselleşme Sürecinde Türkiye Ekonomisi”, (İletişim Yayınları), İstanbul.
- Zencir, Mehmet (2011), “Sağlık Çalışanlarının Esnek Ücretlendirilmesi”, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf> (20.04.2013).