

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI

**PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMİ VE SOSYAL
GÜVENLİK SİSTEMİNE ETKİLERİ: ANKARA ÖRNEĞİ**

FATOŞ ÖCAL

DOÇ. DR. SEBİHA KABLAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ORDU 2019

ÖĞRENCİ BEYAN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak savunduğum “Performansa Dayalı Ödeme Sistemi ve Sosyal Güvenlik Sistemine Etkileri: Ankara Örneği” adlı çalışmamın. tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmadan yazdığımı ve yararlandığım kaynakların “Kaynakça” bölümünde gösterilenlerden farklı olmadığını, belirtilen kaynaklara atıf yapılarak yararlandığımı belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

24 /05/ 2019

Fatoş ÖCAL
15530500022

JÜRİ ÜYELERİ ONAY SAYFASI

Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fatoş ÖCAL'ın hazırladığı "Performansa Dayalı Ödeme Sistemi ve Sosyal Güvenlik Sistemine Etkileri: Ankara Örneği" başlıklı tez 24 /05/ 2019 tarihinde aşağıda imzaları olan jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

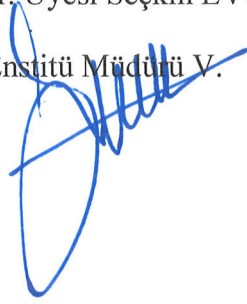
	Adı-Soyadı	Üniversite	İmza
Başkan :	Doç. Dr. Sebiha KABLAY	Ordu Üniversitesi	
Jüri Üyeleri :	Doç. Dr. Gönül YÜCE AKINCI	Ordu Üniversitesi	
	Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ozan CİNEL	Giresun Üniversitesi	

ONAY

27/06/2019.

Dr. Öğr. Üyesi Seçkin EVCİM

Enstitü Müdürü V.



TEŞEKKÜR

Öncelikle, tez yazım sürecimde beni yönlendiren ve destekleyen sayın danışmanım Doç. Dr. Sebiha KABLAY başta olmak üzere bütün hocalarıma, bugüne kadar yılmadan maddi ve manevi her zaman yanımda olan babam Asım ÖCAL ve annem Nurgün ÖCAL'a, akademik bilgi ve birikimi ile tez yazım sürecimde beni her zaman destekleyen kardeşim Hazan ÖCAL'a, büyük aksaklıklar ve engellere rağmen dilekçemin dağıtımına çıkmasına vesile olan Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Birimi Gülhane Ek Bina çalışanlarına ve istatistiki bilgilerin paylaşılmasını sağlayan Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurul heyetlerine teşekkürü bir borç bilirim.

Fatoş ÖCAL

Adıyaman, 2019

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	vi
TABLO DİZİNİ.....	ix
ŞEKİL DİZİNİ.....	xi
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	3
1.SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ VE SAĞLIK İLE İLİŞKİSİ.....	3
1.1. SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI.....	3
1.1.1.Dünyada Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihi Gelişimi.....	8
1.1.2.Modern Sosyal Güvenlik Sisteminin Ortaya Çıkışı.....	12
1.1.3.Sosyal Güvenliğe İlişkin Uluslararası Düzenlemeler.....	14
1.1.4.Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihi.....	16
1.1.4.1.Cumhuriyetin İlanı Öncesi Dönemde Sosyal Güvenlik Sistemi... ..	17
1.1.4.2.Cumhuriyetin İlanı Sonrası Dönemde Sosyal Güvenlik Sistemi (1921-2000).....	19
1.2.SAĞLIĞIN SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNDEKİ YERİ.....	27
1.2.1.Sağlık Kavramı.....	29
1.2.2.Sağlık Hakkı.....	30
1.2.3.Sağlık Hizmeti ve Çeşitleri.....	33
1.2.4.Sağlık Emek-Gücü.....	37
1.2.5.Sağlık Finansmanı, Gereksinimi ve Yöntemleri.....	38
1.2.6.Sağlık Sistemleri.....	41
1.2.7.Ülkelere Göre Sağlık Finansmanından Örnekler.....	43
1.2.7.1.Amerika Birleşik Devletleri’nde Sağlık Finansmanı.....	43
1.2.7.2.İngiltere’de Sağlık Finansmanı.....	49
1.2.7.3.Şili’de Sağlık Finansmanı.....	51
1.2.7.4.İsveç’te Sağlık Finansmanı.....	53
1.2.7.5.Almanya’da Sağlık Finansmanı.....	56
İKİNCİ BÖLÜM.....	59
2.NEOLİBERAL POLİTİKALARIN SAĞLIK SİSTEMİNE ETKİLERİ.....	59
2.1.KÜRESELLEŞME, NEOLİBERALİZM VE YARATTIĞI DÖNÜŞÜM.....	59
2.2.SAĞLIKTA REFORM SÜRECİ NEDİR, NEYİ AMAÇLAR.....	65
2.2.1.Türkiye’de Sosyal Güvenlik Reform Süreci.....	68

2.2.2.Türkiye’de Uygulanmaya Başlanan Neoliberal Sağlık Politikaları	72
2.2.2.1.Tam Gün Yasası	73
2.2.2.2.Aile Hekimliği.....	77
2.2.2.3.Toplam Kalite Yönetimi Uygulaması	81
2.2.2.4.Genel Sağlık Sigortası (GSS).....	82
2.2.2.5.Performansa Dayalı Ödeme (Ücretlendirme) Sistemi.....	87
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	96
3.PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMİ VE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNE ETKİLERİ: ANKARA ÖRNEĞİ.....	96
3.1.ANKARA İLİNİN SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK VERİLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ	96
3.1.1.Yıllara Göre Türkiye ve Ankara Demografik Göstergeleri	97
3.1.2.Ameliyat Kavramı ve Türleri	106
3.1.3.Tıbbi Görüntüleme Teknikleri ve Amacı.....	107
3.2.ALAN ARAŞTIRMASINA GEÇİŞ	111
3.2.1.Araştırmanın Amacı	112
3.2.2.Araştırmanın Önemi.....	116
3.2.3.Araştırmanın Kısıtları.....	116
3.2.3.Araştırmanın Evren ve Örnekleme	117
3.2.4.Araştırmanın Materyal ve Yöntemi	118
3.2.5.Araştırma Verilerinin İncelemesi.....	118
3.2.5.1.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2012-2017).....	118
3.2.5.2.Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2008-2017)	145
3.2.5.3.Türkiye Geneli Manyetik Rezonans ve Bilgisayarlı Tomografi Görüntüleme Sayıları ile Anjiyografi Verilerine İlişkin Bilgiler (2008-2017)	164
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	172
KAYNAKÇA	179
EKLER	194
ÖZGEÇMİŞ	199

ÖZET

PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMİ VE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNE ETKİLERİ: ANKARA ÖRNEĞİ

Bu çalışma; sağlıkta dönüşüm süreci ile performansa dayalı ödeme sisteminin sosyal güvenlik sistemine ne gibi etkileri doğurduğunu incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinden alınan verilerden oluşmaktadır. Bu veriler; toplam muayene sayısı, toplam ameliyat sayısı, sınıflarına göre toplam ameliyat sayısı, manyetik rezonans ve bilgisayarlı tomografi görüntüleme sayısı ile koroner anjiyografi işlemlerinin sayısı şeklindedir. Daha sonra Türkiye geneli manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi ve koroner anjiyografi işlemlerine ait veriler de yorumlanarak genel bir tablo sunulmuştur. Çalışma da ayrıca Türkiye geneli ve Ankara iline ait demografik verilere de yer verilmiştir. Böylelikle uygulanan işlem oranları ile nüfus artışı arasındaki ilişki saptanmaya çalışılmıştır.

Yapılan çalışmada elde edilen bulgular şunlardır; yıllara göre ameliyat sayılarında artış vardır. Özellikle E sınıfı ameliyatlardaki artış oranı diğer sınıflardan fazladır. Koroner anjiyografi uygulamalarında, manyetik rezonans ve bilgisayarlı tomografi cihazlarının kullanımında her geçen yıl artış olmuştur. Hekimlerin ücretlerinde döner sermaye önemli bir yere sahiptir. Bu gerekçelere bağlı olarak sağlıkta dönüşüm projesi ile istenen sonuçlar tam olarak elde edilememiş ayrıca toplam sağlık harcamalarında her yıl artış olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, performansa dayalı ödeme sistemi ile sağlık harcamaları artmıştır. Artan sağlık harcamaları, sosyal güvenlik sisteminde finansal problemlerin yaşanmasına ve sistem içi aksaklıkların ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Anahtar Kelimeler: sosyal güvenlik, sağlık, performans, işlem oranları.

ABSTRACT

THE PAYMENT SYSTEM WHICH IS BASED ON PERFORMANCE AND ITS EFFECTS TO THE SOCIAL SECURITY SYSTEM: SAMPLES FOR ANKARA

The aim of this study is to examine the effects of the performance-based payment system and the process of transformation of health system on the social security system. The study consisted of data obtained from Ankara Training and Research Hospital and Turkey High Specialist Training and Research Hospital. The data consist of the total number of examinations, total number of operations, total number of operations according to their types, the number of magnetic resonance and computed tomography viewing, and the number of coronary angiography procedures. The general data of Turkey on magnetic resonance viewing and coronary angiography procedures were also interpreted. Moreover, this work includes demographic data of both Ankara and Turkey. Thus, the relationship between the applied rates and the increase in population was examined.

The findings of the study are as follows. There is an increase in the number of operations according to years. Especially, the increase in E type operations is higher than other types of operations. In implementations of coronary angiography and use of both magnetic resonance and computed tomography devices has increased through years. Circulating capital have an important role on the wages of doctors. According to these reasons, expected results with the health transformation project could not be fully achieved. Moreover, total health expenditures have increased every year. As a result, health expenditures have increased with the performance-based payment system. Increasing health expenditures have caused financial problems in the social security system and the emergence of in-system failures.

Key Words: social security, health, performance, transaction rates.

KISALTMALAR ve SİMGELER

AB:	Avrupa Birliği
AHCA:	American Health Care ACT of 2017
BAĞ-KUR:	Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BES:	Bireysel Emeklilik Sistemi
BM:	Birleşmiş Milletler
ÇSGB:	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
WB:	Dünya Bankası
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
DTÖ:	Dünya Ticaret Örgütü
GATS:	Hizmet Ticareti Genel Antlaşması
GATT:	Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Antlaşması
GSS:	Genel Sağlık Sigortası
GSYH:	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
ILO:	Uluslararası Çalışma Örgütü
IMF:	Uluslararası Para Fonu
ISSA:	Uluslararası Sosyal Güvenlik Örgütü
İşKUR:	Türkiye İş Kurumu
MÖ.:	Milattan Önce
MHRS:	Merkezi Hekim Randevu Sistemi

NAFTA:	Kuzey Amerika Ülkeleri Serbest Ticaret Anlaşması
NHS:	İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti
OECD:	Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı
PDÖ:	Performansa Dayalı Ödeme
s.:	sayfa
SALAR:	İsveç Yerel Yönetimler ve Bölgeler Birliği
SB:	Sağlık Bakanlığı
SGK:	Sosyal Güvenlik Kurumu
SDP:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SNS:	Şili Ulusal Sağlık Hizmeti
SSA:	Sosyal Güvenlik İdaresi
SSGSS:	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
TDK:	Türk Dil Kurumu
TİSK:	Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu
TKY:	Toplam Kalite Uygulamaları
TOBB:	Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
TTB:	Türk Tabipler Birliği
TÜRK-İŞ:	Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu
TÜSİAD:	Türk Sanayicileri ve İş adamları Derneği

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

KHK: Kanun Üstünde Kararname

vb.: ve benzeri

\$: ABD Doları



TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Beveridge ve Bismarck Modellerinin Karşılaştırması.....	14
Tablo 2: American Health Care ACT of 2017 (AHCA)'ya Göre Bir Amerikan Vatandaşının Yaşına Göre Ödeyeceği Ortalama Sağlık Sigortası Poliçe Ücreti (Yıllık).....	46
Tablo 3: Almanya'da Sigorta Prim Oranlarının Brüt Ücret İçerisindeki Oranı....	57
Tablo 4: Türkiye'de 2000-2017 Yılları Arası Toplam Sağlık Harcamaları.....	86
Tablo 5: Ek Ödeme Tutarına Esas Katsayılar	92
Tablo 6: Türkiye 2008- 2017 Yılları Arası Demografik Göstergeler (*).....	98
Tablo 7: Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Sürecine İlişkin Yapılan Bazı Çalışmalar ve Elde Edilen Bulgular	113
Tablo 8: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yıllara Göre Ayaktan Muayene Kişi Sayısı	119
Tablo 9: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012-2017 Yılları Arası En Fazla Muayene Yapılan Poliklinikler	120
Tablo 10: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları (Ameliyat Sınıflarına Göre)	121
Tablo 11: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayılarının Sınıflara Göre Dağılım Yüzdesi.....	123
Tablo 12: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları.....	125
Tablo 13: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları	126
Tablo 14: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları.....	128
Tablo 15: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları.....	129
Tablo 16: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları.....	130
Tablo 17: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları.....	132
Tablo 18: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları	133

Tablo 19: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları	134
Tablo 20: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları	136
Tablo 21: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları	138
Tablo 22: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları.....	140
Tablo 23: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları.....	141
Tablo 24: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Bilgisayarlı Tomografi (BT) Çekimleri Sayısı.....	143
Tablo 25: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Manyetik Rezonans (MR) Çekimleri Sayısı.....	144
Tablo 26: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Toplam Koroner Anjiyografi İşlemi.....	144
Tablo 27: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yıllara Göre Ayaktan Muayene Kişi Sayısı (2008-2017).....	146
Tablo 28: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2017 Yılları Arası En Fazla Poliklinik Muayene Yapılan Poliklinikler.....	147
Tablo 29: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları (Ameliyat Sınıflarına Göre).....	148
Tablo 30: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayılarının Sınıflara Göre Dağılım Yüzdesi	150
Tablo 31: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Bölümü 2008-2017 Yılları Uygulanan Ameliyat Sayıları.....	153
Tablo 32: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2017 Yılları Arası Uygulanan Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü Ameliyat Sayıları	157
Tablo 33: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2017 Yılları Arası Uygulanan Üroloji Bölümü Ameliyat Sayıları.....	159
Tablo 34: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2017 Yılları Arası Uygulanan Göğüs Cerrahisi Bölümü Ameliyat Sayıları	161
Tablo 35: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2017 Yılları Arası Uygulanan Bilgisayarlı Tomografi (BT) Çekimleri Sayısı	163

Tablo 36: Türkiye Geneli 2008-2017 Yılları Arası Manyetik Rezonans Görüntüleme Sayısı.....	165
Tablo 37: 2008-2017 Yılları Arası MR Çekimi Artışı ile Türkiye Nüfusu Artış Oranı.....	166
Tablo 38: 2008-2017 Yılları Arası MR Çekim Sayısının Türkiye Nüfusu İçindeki Payı.....	166
Tablo 39: Türkiye Geneli 2008-2017 Yılları Arası Anjiyografi Sayısı	167
Tablo 40: 2008-2016 Yılları Arası Anjiyografi İşlemi Artışı ile Türkiye 45-89 Yaş Grubu Nüfusu Artış Oranı.....	168
Tablo 41: 2008-2016 Yılları Arası Anjiyografi İşleminin 45-89 Yaş Arası Toplam Nüfusa Oranı	169
Tablo 42: Türkiye Geneli 2008-2017 Yılları Arası Bilgisayarlı Tomografi Görüntüleme Sayısı.....	169
Tablo 43: 2008-2017 Yılları Arası BT Görüntüleme Artışı ile Türkiye Nüfusu Artış Oranı.....	170
Tablo 44: 2008-2017 Yılları Arası BT Görüntüleme Sayısının Türkiye Nüfusu İçindeki Payı.....	171

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1: Türkiye'nin Sosyal Güvenlik Sistemi	26
Şekil 2: Sağlık Hizmetleri Üçgeni	39

GRAFİK DİZİNİ

Grafik 1: 2014-2017 Yılları Arası Bazı Ülkelerde Yapılan Muayenelerde İstenilen MR Görüntüleme Sayısı (Her 1.000 Kişi İçin)	115
--	-----

GİRİŞ

Her canlı var olma bilincini edindikten sonra kendini koruma altına almaya çalışmış, karşılaşılabileceği risklere karşı bir güven alanı oluşturma konusunda çaba sarf etmiştir. Yüz yıllar boyunca gelişen bu süreç modern anlamda kendini sosyal güvenlik kavramı ile bütünleştirmiş gerek bireysel gerekse toplumsal boyutta birçok farklı formda kendini göstermiştir.

Modern anlamda sosyal güvenlik anlamının gelişmesi ile her ülke kendi vatandaşlarının sağlık, koruma ve sosyal güvenliğini sağlamak amacıyla bir sosyal güvenlik sistemi ve bu sistemin sağlıklı işleyebilmesi için bir sosyal güvenlik kurumu oluşturma gereksinimi duymuştur. Bu kurumlar sağlıklı yönetilemediği taktirde zaman zaman finansman problemi ile karşılaşmakta ve bu problemleri aşabilmek amacıyla reform uygulamaları yapmaktadır. Ancak her reform hareketi başarı ile sonuçlanmamakta, önceki sistemin yarattığı hasarları toparlamakta yetersiz kalmaktadır. Türkiye’de geçmişten bu yana yürütülen sağlıkta reform hareketlerinin de tam anlamıyla yeterli olduğu söylenemez. Gerek yürütülen nüfus politikaları gerek erken emeklilik uygulamaları ile prim aflarının yaşanmış olması gerekse sosyal güvenlik kurumunun yönetsel problemlerle karşılaşması sağlıkta reform sürecini olumsuz etkilemiştir.

Özellikle 2002 yılının sonlarına doğru çıkarılan Acil Eylem Planı, 2006 yılında çıkarılan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sosyal güvenlik ve sağlıkta dönüşüm sürecine hızla girilmiş ve sağlıkta reformun bileşenleri hızlı bir şekilde uygulanmaya koyulmuştur. Sağlıkta reform ile Türkiye’de sağlık sektöründe büyük değişiklikler olmuştur. Ülke vatandaşlarının tamamı Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmış, SSK’ya ait olan Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri devlet hastanesi statüsüne dönüştürülmüş, Sağlık Bakanlığı’nın taşra teşkilatının idari yapılarında değişikliklere gidilmiştir.

Ancak zaman geçtikçe görülmektedir ki 2002 yılında temelleri atılan bu reform süreci 2018 yılına doğru kendini yeni arayışlara bırakmış, yetkililer tarafından farklı arayışlara girildiği zaman zaman ifade edilmiştir. Örneğin 2017 yılı Kasım ayında dönemin Sağlık Bakanı Ahmet Demircan tarafından, Tam Gün yasasına yönelik değişikliklere gidileceği ve 2019 Mart ayında yeni Sağlık Bakanı

Fahrettin Koca tarafından, performansa göre ek ödeme sisteminin amacından uzaklaştığı, sistemin kaliteyi artırıcı özelliğinin yitirildiği ve sistemin güncel hedeflere göre tekrar düzenleneceği yönünde açıklamaları bulunmaktadır.

Her geçen gün uygulamaya konulan yeni yöntemler sağlık sisteminin karışık bir yapıya bürünmesine neden olabilmektedir. Öte yandan, artan kamu harcamaları, sağlık hizmetlerine ayrılan büyük finansman payı birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de büyük bir yük haline dönüşmüştür. Gerek ekonomik gerek politik sorunlar göz önüne alınırsa her ülke için sağlık hizmetlerinin, etkin, verimli, kaliteli, kolay erişilebilir ve anlaşılır olması gerekmektedir. Aksi halde sağlık hizmetlerinde gider artışlarının olması, buna bağlı olarak kamu giderlerinin artması kaçınılmaz olacaktır.

Bu nedenle, sağlıkta dönüşüm programını incelemek, bu programın bileşenlerinin etkinlik ve verimliliğini gözlemek, performans ödemelerinin sosyal güvenlik sistemi üzerindeki etkilerini irdelemek amacıyla elinizdeki çalışma planlanmıştır. Çalışmanın ilk bölümünde sosyal güvenlik ve sağlık ilişkisi, ikinci bölümde sağlıkta dönüşüm süreci ve bileşenleri, üçüncü bölümde çalışmanın konusunu oluşturan araştırma ile ilgili veriler açıklanmış, sonuç bölümünde ise elde edilen bulgular ışığında sisteme çözüm önerileri sunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ VE SAĞLIK İLE İLİŞKİSİ

1.1. SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI

Sosyal güvenlik çeşitli şekillerde tanımlanabilir. Talas'a göre sosyal güvenlik, "*bir ülke halkının bugününü ve yarınını güven altına almayı amaçlayan ve aralarında sıkı bir birlik ve uyum olan kurumlar bütünüdür*". Bu tanıma göre sosyal güvenlik mesleksi, fizyolojik veya sosyo-ekonomik risklerden kaynaklı bir kimsenin gelirinde sürekli veya geçici olarak kesinti meydana gelmesi durumunda geçinmesini sağlayan bir sistemdir (1983, s. 328). Daha açık bir tanım yapmak gerekirse sosyal güvenlik, "*toplumda bulunan herkesin, analık, işsizlik, hastalık, yaşlılık ve ölüm gibi bireyin öz iradesi dışında maruz kalabileceği risklere karşı güven ihtiyacının karşılanmasıdır*" (Ayhan, 2012, s. 43).

Sosyal güvenlik olası risklere karşı bireyin kendini garanti altına alma gereksiniminden doğmuş ve bu eksen etrafında gelişmiştir. Risk kavramı denilince akla gelen ilk şey mevcut bir durumun sarsılma ihtimalidir. TDK tarafından riskin tam karşılığı "zarara uğrama tehlikesi" olarak verilmiştir (<https://bit.ly/2J7Gpug>). Sosyal güvenlik çerçevesinde risk kavramı önceki tanımı temel alarak "kişiyi tehlikeye atan ve sosyal güvenceyi zorunlu kılan ihtiyaçların tamamı" olarak tanımlanır. Sosyal güvenlik açısından bu riskler, fiziki riskler, mesleki nitelikli riskler ile sosyo-ekonomik riskler olmak üzere üç başlık altında değerlendirilir (Tuncay ve Ekmekçi, 2005, s. 8; İzgi-Balcı, 2008, s. 85).

Fiziki riskler bir bireyin fiziksel durumunda meydana gelebilecek tehlikeleri tanımlamaktadır. Örnek vermek gerekirse bir birey dış etkenlerden kaynaklı olarak *hastalık* ya da *kaza* durumu ile karşı karşıya gelebilmektedir. Ya da her canlının doğası gereği karşılaşılabileceği *analık*, *yaşlılık* veya *ölüm* gibi doğal olaylarla karşılaşma ihtimali yüksektir. Bu beş riskin toplamına fiziki riskler denilmektedir (Oğlak, 2007, s. 67). Mesleksi nitelikli riskler iş kazaları ve meslek hastalıklarını kapsam içine alıp, çalışma hayatı boyunca karşılaşılabilmek ihtimali bulunan olası riskler ile malullük¹ riski olarak değerlendirilir. Sosyo-ekonomik riskler ise bireyin

¹ Çalışma hayatına girdikten sonra herhangi bir hastalık veya kaza sonucu 4/1, (a) ve (b) bendine göre sigortalı olanlar için çalışma gücünün en az %60'ını kaybeden kişiler, 4/1, (c) bendine göre sigortalı olan kişiler için ise ya çalışma gücünün en az %60'ını ya da görevini yapamayacak şekilde

işsiz kalma veya aile gelirinin yetersizliği durumu ile karşılaşma ihtimalini nitelemektedir (Talas, 1983, s. 341).

Bireyin bu risklere karşı sosyal güvencesini sağlaması iki yöntemle gerçekleşmektedir ve bu yöntemler literatürde *geleneksel yöntemler* ve *modern yöntemler* olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir. Geleneksel yöntemler bireysel tasarruf, topluca tasarruf, dini ve ahlaki yükümlülükler olarak karşımıza çıkarken; modern yöntemler işverenin sorumluluğu yöntemi, özel ticari sigortalar, devlet tarafından yürütülen sosyal güvenlik programları ve bireysel emeklilik uygulamaları olarak sıralanmaktadır (Yüksel, 2016a, s. 31). Bu uygulamaların açıklamaları yapılarak sosyal güvenlik hukuku yöntemlerini daha somut bir hale getirmek daha doğru olacaktır:

Geleneksel Yöntemler;

- Bireysel Tasarruf Yöntemi: Bireyler çeşitli yöntemlerle sosyal güvenliklerini sağlayarak geleceklerini güvence altına alabilirler. Bu sistemlerin en başında karşımıza bireysel tasarruf yöntemi çıkmaktadır. Bu yöntem sayesinde birey yarınını garanti altına almaya çalışmakta, böylece geleceğe yönelik kaygılarını hafifletmektedir. Ekonomik risklerin karşısında bireysel güvenliğin sağlanmasında akla gelen ilk yöntemdir. Birey karşılaşması mutlak veya muhtemel olan risklere karşı tasarruf yaparak tedbir almış olur. Bireysel teknikler, bireyin kapasitesi, bilgisi, idraki ve basiretine bağlı olarak sonuç veren tekniklerdir (Arıcı, 2012, s. 64).
- Topluca Tasarruf Yöntemi: Topluca tasarruf yöntemine göre bireysel değil kolektif olarak tasarruf edilmektedir. Bu tarz yardımlaşma sandıklarında sandığa üye olan bireyler sandığa ödedikleri aidatlarla zorunlu olarak tasarrufa yönlendirilir. En tipik örneği loncalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Mesleksi bir kuruluş olan loncalar, üyelerine muhtaç oldukları dönemlerde, hastalık ve cenaze hallerinde finansal destek sağlamaktaydı ancak sanayi devriminden sonra iktisadi yapının şekil değiştirmesiyle topluca tasarruf yöntemi zamanla önemini

meslekte kazanma gücünü kaybeden kişiler malul sayılmaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013a, s. 1).

yitirmiştir (Talas, 1983, s. 326). Yardımlaşma sandıkları dar bir kapsama sahip oldukları için tek başına sosyal güvenliği sağlamada yetersiz kalacağından ek bir sosyal güvenlik aracı olarak düşünülmesi daha faydalı olacaktır.

- Dini ve Ahlaki Yükümlülükler: Dini ve ahlaki yükümlülükler anlayışı eski çağlardan bu yana varlığını koruyan çok eski yöntemlerden birisi olmakla beraber bu anlayış da kapsamlı bir sosyal güvence sistemi olarak görülmemektedir. Çünkü bu anlayışa göre maddi kudreti yerinde olan bireyler gerek dini görevlerini yerine getirmek amacıyla gerekse ahlaki değerleri gereği yardıma muhtaç bireylere aynı ya da maddi olarak yardımda bulunmaktadır. Bu sosyal güvenlik yöntemi bireylerin arzu ve olanaklarına göre yapıldığı için herhangi bir garanti ve süreklilik teşkil etmemekle beraber gerçek ihtiyaç sahiplerinin tespitinin her zaman kolay olmaması unsurlarını göz önüne alırsak sosyal güvenliğin sadece bu yöntemlerle sağlanması mümkün değildir (Yüksel, 2016a, s. 32).

Modern Yöntemler;

- İşverenin Sorumluluğu Yöntemi: İşverenin sorumluluğu yöntemi yalnızca iş kazası ve meslek hastalıkları risklerini tazmin ettiği için diğer yöntemlere göre daha dar kapsamlıdır. Bu dar kapsam bireyi her türlü riske karşı tazmin etmediği için sigortalanma konusunda birey her açıdan kendini güvence altında hissedemez ve tam olarak bir sosyal güvenceden söz edilemez. İşverenin sorumluluğu yöntemi günümüzde hala az gelişmiş ülkelerde uygulanan bir yöntem olarak karşımıza çıkabilmektedir (Şakar, 2011b, s. 160).
- Özel Ticari Sigortalar: Aynı veya benzer sosyal tehlikelere maruz kalan/kalabilecek bireyler topluluğunda, tehlikenin gerçekleşmesi halinde ortaya çıkabilecek zararların belirli bir prim oranı karşılığında giderilmesine yönelik oluşturulan bağımsız ve özel yöntemlere sigortalanma denilmektedir. 19. yy'ın ortalarından itibaren yaşlılık, hastalık ve ölüm vb. risklere karşı, ilk kez İngiltere'de başvuru özel sigorta yöntemi, daha sonraları diğer ülkelere de yayılmıştır. Özel

sigorta yöntemleri ticaret hukuku ilkelerine göre kurulmuş ve o ilkeler doğrultusunda faaliyet gösteren kâr amacına dayalı bir sigortalanma yöntemidir. Bu teknikte ödenen primlerin miktarı sigortalanan şeyin değerine ve riskin gerçekleşme olasılığına göre hesaplanır. Bu nedenle sosyal korumaya çok fazla gereksinim duyanların özel sigortadan faydalanmaları yüksek prim oranları ödemelerine neden olmaktadır (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016, s. 11). Özel sigortada, sigortalanacak bireyin ödeyeceği prim oranı, sağlık statüsü, cinsiyeti vb. özellikler değerlendirilerek belirlenmektedir. Literatürde bu uygulamaya *risk oranlaması* denilmektedir. Risk oranlaması, düşük risk grubundaki sigortalının düşük, yüksek risk grubundaki sigortalının yüksek prim oranı ödeme durumu olarak tanımlanmaktadır. Risk oranlaması durumu, yaşlılar ve kronik rahatsızlığı olan bireyler için dezavantaj doğurmakta ve genellikle sigorta şirketleri tarafından sigorta kapsamı dışında tutulmalarına neden olmaktadır (Tiryaki ve Tatar, 2000, s. 127). Sonuç olarak bu yöntem sosyal devlet anlayışına ters olmakla beraber özel sigorta şirketlerinin bireylerin karşılaşılabilecekleri tüm riskleri sigorta altına almamaları, ya da bireyleri sigortalamadan önce sağlık geçmişine bakıyor olmaları, riski yüksek olan hastalıkların sigorta kapsamı dışında tutabilme durumlarının olması, özel sigortalanma yönteminin tam olarak bir sosyal güvence sağlamadığının göstergesidir.

- Devlet Tarafından Yürütülen Sosyal Güvenlik Programları: Devlet tarafından yürütülen sosyal sigortalar, sosyal hizmetler, sosyal yardım programlarıyla halkın karşılaşılabileceği her türlü riskin giderilmesi hedeflenir. Diğer bütün sosyal güvenlik sağlama araçları devletin bu faaliyetine yardımcı ek sosyal güvenlik araçları olarak düşünülmektedir. Devlet eliyle kurulup yürütümü gerçekleştirilen sosyal güvenlik sistemi sosyal devlet anlayışının somut bir görünümüdür (Yüksel, 2016, s. 34). Sosyal sigortalı olmak konu ile ilgili mevzuata belirtilen şartlara uygun tüm bireyler için zorunludur. Zorunluluk ilkesinin varlığı, çok sayıda bireyin sosyal sigortaya dahil olmasını sağlar. Sosyal sigorta, özel sigorta gibi primli bir sistem olmakla beraber prim oranları özel sigortalarınınki gibi yüksek değildir (Arıcı, 2012, s. 72).

- Bireysel Emeklilik Uygulamaları: Sistemin ilk ortaya çıkış şekli 1990'lı yıllarda sosyal güvenlik ve emeklilik sisteminde gereksinim duyulan reform hareketleri ile beraber olmuştur. 1994 yılında WB yalnızca devlet eliyle yürütümü gerçekleşen sosyal güvenlik sistemlerinin bireyleri sosyal risklere karşı korumada yeterli olmadığını ve alternatif emeklilik sistemlerinin uygulanması gerektiğini ileri sürmüştür (Eken ve Gaygısız, 2010, s. 57-58). Bu gereksinim doğrultusunda ortaya çıkan bireysel emeklilik uygulamalarında, şartları önceden belirlenmiş olan bir sözleşmeye göre, katılımcı sözleşmede bulunduğu şirket hesabına düzenli olarak yatırmış olduğu katkı paylarının emeklilik döneminin başlangıcına kadar etkin bir fon yönetimiyle değerlendirmesine fırsat verir (Apak ve Taşçıyan, 2010, s. 123).

Sosyal güvenlik sistemleri esas olarak primli ve primsiz sistemlere dayanmaktadır. *Primli sistemler*, yüksek gelirli kesimlerden toplanan primlerin, düşük gelirli kesimlerin asgari geçim seviyesine ulaşmalarına olanak tanır. Devlet tarafından olası risklerin azaltılması ile ekonomik güvenliğin arttırılmasında kullanılan bir sistemdir. Bu sistemle çalışan ve emekli kuşaklar arasında ayrıca aynı kuşak içerisinde olup da farklı gelir düzeyleri bulunan grupların birbirleri arasında dayanışması amaçlanır. Primli sistemde, ödenen primlerin emeklilik maaşlarının hesaplanmasında hesaba dahil edilip edilmemesine göre *maaş esaslı dağıtım yöntemi* ve *prim esaslı dağıtım yöntemi* olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Yılmaz, 2014, s. 26). Maaş esaslı dağıtım yönteminde, fon belirli seviyede bir emekli maaşı ödemeyi üstlenmektedir. Bu yöntemde risk, katılımcı ve/veya işveren üzerindedir. Her maaş ödemesi için gerek duyulan prim oranı değişiklik gösterebilir. Prim esaslı dağıtım yönteminde ise katılımcının ödeyeceği prim sabittir ve emekli maaşı sisteminin yaratacağı gelire bağlıdır. Maaş esaslı dağıtım yönteminin aksine, prim esaslı dağıtım yönteminde maaşın ne olacağına ilişkin kesin bir şey söz konusu değildir (Atılğan, 2016, s. 99).

Primsiz sistemler, bir ülkede muhtaç kesime karşı yardım amacıyla kamu kurumlarının genel ya da özel bütçelerinden yapılan ödemeler olarak tanımlanır. Bu sistemin finansmanı, vergilerle, vakıf ya da dernek gibi özel yardım kuruluşlarının gönüllü hizmetleri ile gerçekleştirilir (Yılmaz, 2014, s. 27). Primsiz sistemler kendi içinde *tazminat karakteri taşıyan* ve *koruma karakteri taşıyan* sistemler olmak

üzere kendi içinde ikiye ayrılır. İlk yöntem olan tazminat karakteri taşıyan sosyal yardımlar yöntemine göre devlet yararına çalışırken zarara uğrayan bireylere parasal ve sosyal yardımlar sağlanmaktadır. İkinci yöntemde ise yardımların kapsamına dezavantajlı olan bireyler girmektedir ve hizmet sunumu yalnızca bu gurubun yararına olacak şekilde sağlanmaya çalışılmaktadır. Örneğin engelli, yaşlı kimseler, kimsesiz çocuklar bu grupta değerlendirilmekte ve onların yaşamlarını destekleyecek şekilde sistem biçimlendirilmektedir (Oğlak, 2007, s. 68; Fişek, Özsuca ve Şuğle, 1997, s. 15-17).

Sosyal güvenlik her bireyin sahip olması gereken bir haktır ve bireylerin sosyal hayatını güvence altına alan en temel unsurdur. Sosyal güvenlik, kapsamlı olmakla beraber bu riskleri tazmin etme niteliğine sahip olmalıdır. Böylelikle geçmişten günümüze doğru geldikçe sosyal güvenliğin kapsamını arttırmaya yönelik çabalar farklı biçimlerde kendisini göstermiştir. Bu çabalar doğrultusunda ILO, ISSA ve Avrupa Konseyi sosyal güvenlik konusunda uluslararası boyutlarda çalışmalar yürütmektedirler. Bir sonraki alt başlıkta dünyada sosyal güvenliğin gelişiminden söz edilirken bu örgütler hakkında daha ayrıntılı bilgiler verilecektir.

1.1.1.Dünyada Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihi Gelişimi

Sosyal güvenlik kavramı literatürde 1930'lu yıllarda görülmeye başlanmış olsa da insanların kendi güvenliklerini sağlama gereksinimi çok daha eski bir tarihe sahiptir. İlk ve Orta Çağ'a bakıldığında bireylerin sosyal risklere karşı güvenceleri aile veya kabile içi dayanışmalar olarak görülmektedir (Yüksel, 2016a, s. 4). Sonraki dönemlerde ise mevcut risklere karşı korunma yöntemi daha önce de söz edildiği üzere din merkezli kurum ve kuruluşlar ve ardından daha çok kurumsal yöntemlerle sağlanmaya çalışılmıştır.

Sosyal güvenlik kavramının sözlük itibariyle günümüz karşılığını bulması tam olarak *Sanayi Devrimi*²'nin etkisi ile olmuştur. Sanayi Devrimi, ekonomik yönden toplumların tarım ekonomisinden, kitle üretim toplumuna dönüşmesine neden olmuştur. Kitle üretimi daha çok mal üreten endüstri toplumuna geçişi

² 1700'lü yıllarda James Watt'ın İskoçya'da buharlı makineyi bulmasıyla başlayan süreçtir. 1769 yılında buhar makinesinin en gelişmiş hali sanayi üretiminde kullanılmaya başlanmış ve çalışma ilişkilerinde köklü değişimler başlamıştır. Yaşanan bu dönüşüm Sanayi Devrimi olarak adlandırılır. (Özaydın, 2012, s. 34).

sağlayan bir süreç başlatmış ve bununla beraber *işçi sınıfı* denilen yeni bir sınıf doğmuştur. İşçi sınıfının doğmasıyla beraber çalışma hayatının geleneksel aktörleri değişmiş, loncalar önemini yitirerek *usta-çırak* kavramı, yerini *patron-işçi* kavramına bırakmıştır (Mahiroğulları, 2005, s. 43).

Sanayi Devrimi öncesinde devletlerin sosyal güvenlik uygulamaları çok kısıtlıdır. Çok eski tarihlere gitmek gerekirse Eski Yunan'da sefaletin yaygınlaşmasıyla, yoksul kesimlerin devlete karşı bağlılığını sağlamak amacıyla, savaş malullerinin ya da savaşta ölen bireylerin aile üyelerine destekler sağlanmaktaydı. Romalılarda ise hastalık ve ölüm sandığı birlikleri bulunmaktaydı. Birlikler sayesinde hastaların tedavisi, ölen bireylerin defni ve aile üyelerine yardımlar sağlanmaktaydı (Atılgan, 2016, s. 73). Bu uygulamalar Sanayi Devrimine kadar devam etmiştir. Bu uygulamalar tam olarak bir sosyal güvenlik uygulaması olmamakla beraber günün koşulları değerlendirildiğinde sosyal koruma mekanizması olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sanayi Devrimi ile çalışma süreleri katı mesai anlayışına dönüşmüştür. Bu süreç yalnızca üretim ilişkilerini değil aynı zamanda toplumsal dönüşümü de beraberinde getirmiş, toplumsal açıdan sosyo ekonomik denge oldukça farklı bir boyut almıştır. İşverenler çok fazla kar elde etmek amacıyla olabildiğince düşük ücretlerle, kadınlar ve çocuklar dahil olmak üzere ciddi ağır koşullarda işçilerini çalıştırmaya başlamıştır. İşçilerin çalışma süreleri gece gündüz kavramı olmaksızın 12 saati aşmıştır (Ören ve Yüksel, 2012, s. 46). Bu ağır şartların ortaya çıkmasıyla iş kazaları ve meslek hastalıklarının yoğun bir hal alması kaçınılmaz olmuştur. İşçiler yetersiz havalandırma koşulları nedeniyle, havaya karışan zehirli kimyasalları solumak zorunda kalmış, iş yerlerindeki yetersiz aydınlatma ve yüksek gürültü, görme ve duyma sorunlarına neden olmuştur. Ayrıca, herhangi bir koruyucu mekanizmanın bulunmadığı makineler, işçilerin vücut bütünlükleri açısından büyük risk doğurmuştur. Olumsuz çalışma koşullarına ek olarak, işçilerin alt yapı konusunda yetersiz konutlarda kalabalık aileler halinde kalmaları beraberinde tifo, kolera gibi sağlıklı olmayan ortamlardan kapılan hastalıkların yayılmasına neden olmuştur. 1830'lu yıllardan itibaren kentlerdeki ölümlerin başlıca nedeni bu hastalıklardan kaynaklı olmuştur. İnsanlar geleceklerini garanti altına alma gereksinimi duymuş, yarınlarına şüpheli yaklaşır olmuştur. Köyden kente göçlerin başlamasıyla, göç eden kişilerin sermayelerinin yalnızca fabrikada

çalıştıkları emekleri³ olunca ortaya geniş bir kitle halinde yoksul, güvencesiz bir sınıf çıkmıştır (Dertli ve Taştan, 2012, s. 26-53).

Sosyal güvenlik sistemlerinin tam olarak oluşumunu hazırlayan koşullar, esas itibariyle liberal kapitalist ekonomi modelini benimseyen Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde ortaya çıkmıştır. Batı Avrupa’da sosyal güvenlik sistemlerin gelişimi, genel olarak iki döneme ayrılarak incelenir. Bu dönemler Klasik dönem olarak adlandırılan Bismarck dönemi ve Birinci Dünya Savaşından sonraki dönem olarak ayrılmaktadır. Tarihsel süreç içinde, Bismarck tarafından oluşturulan Sosyal Sigorta Mevzuatı, sosyal güvenlik alanı için en önemli çabadır (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016, s. 16). Fakat bu uygulamalara değinmeden önce kronolojik sıralama açısından daha önceki uygulamalara bakmakta yarar vardır. Sosyal güvenlik uygulamalarının ilk örneklerine İngiltere’de 1601 yılında rastlanmaktadır. 1601 yılında çıkarılan *Yoksulluk Yasası* ve ardından 1662 yılında çıkarılan *İskân ve Nakil Yasası* sosyal güvenlik kavramının ana hatlarını şekillendirmiştir. Ardından 1795 yılında çıkarılan *Speenhamland Parlamentosu Yasası* da bireylerin istenilen geçim düzeyinin sağlanmasını öngörmüştür (Ulutürk ve Dane, 2009, s. 116).

Modern refah devletinin sosyal güvenlik alanındaki ilk kurumsal örneği 18. yy’ın son çeyreğindeki Bismarck dönemi Almanya’ında uygulanmıştır. Ancak Bismarck modeli uygulanmadan önce Almanya’da kısmi olarak sosyal güvenlik uygulamaları vardı. 1776 yılında çıkarılan Revidiente Klevish Markische isimli yasayla maden işçileri askerlikten ve vergiden muaf tutulmuş, çalışma saatleri sekiz saat olarak ayarlanmış, işçilerin çalışma hakları sigortalanmış ve işçi ücretlerine sabit bir gelir garanti edilmiştir. 1848 devriminin ardından çoğu şehirde hastalığa karşı zorunlu sigorta fonları kurulmuştur (Akyüz, 2011, s. 75). Sağlanan bu gelişmeler önemli olmakla beraber yalnızca bir kesim ya da bir bölgeyi kapsamı içine aldığından gerçek anlamda kurumsallaşmış bir sosyal güvenlik sistemi olduğu iddia edilemez. Ancak tarihte mevcut olan tüm gelişmeleri belirtmek ve ilerleyen yıllarda yaşanacak gelişmeleri daha net yorumlamak açısından kronolojik sıraya göre yaşanan gelişmeleri bilmek önemlidir.

³ Sülker bu durumu şu şekilde açıklamaktadır; “...fabrika işçiyi kendisine bağlı yoksul bir vaziyete dönüştürmekteydi. Makinelerin keşfinden sonra kumaşlar o kadar ucuzlamıştı ki, elle çalışanların bununla rekabet etmesi imkansızlaşmıştı. Bu şekilde çalışanlar açlıktan korunmak için pahalı makineler almıyor, bu yüzden fabrikaya girmek ihtiyacı duyuyor...” (1998, s. 15).

Geçmiş yıllara oranla 1800'lü yılların sonlarına doğru yaşanan gelişmeler kapsam olarak daha gelişmiş niteliktedir. Örneğin 1871 yılında Almanya'da iş kazaları ile bunlardan doğan sakatlık ve ölümler için işverenlerin tazminat ödemesine ilişkin bir kanun çıkarılmıştır. İşverenler bu sorumluluğa karşı kendilerini özel sigortalara sigorta ettirmeye başlamışlardır (Dilik, 1988, s. 75). Özel sigortacılığın ardından 1883 yılında Otto Van Bismarck tarafından zorunlu sağlık sigortacılığı yasal olarak ilk kez Almanya'da başlatılmıştır. Bu uygulama belli endüstrilerde, belli bir ücret düzeyi altındaki çalışanların hastalık fonuna üye olma zorunluluğunu getirmiştir. Bu fonun finansmanını işçiler ve işverenler tarafından alınan zorunlu katkılar oluşturmaktadır (Yenimahalleli-Yaşar, 2007, s. 31-31). Bu doğrultuda 1883 yılında hastalık sigortası kurulmuş, 1884 yılında iş kazaları ve 1889 yılında sakatlık ve yaşlılık sigortaları kabul edilmiştir. Ancak yönetim bakımından bir birlik sağlanamamış, hastalık sigortasının yönetimi yardım sandıklarına, iş kazalarının işveren kuruluşlarına ve sakatlık ile yaşlılık sigortasının ise yerel makamlara bırakılmıştır (Talas, 1983, s. 329). Hastalık sigortasına ilişkin yasaya göre, işverenin 2/3, işçilerin ise 1/3 oranında zorunlu olarak prim ödemeleri ve ayrıca işçinin hastalanması halinde, ücretsiz tıbbi yardım ile on üç hafta boyunca kendisine yarım ücret tutarında geçici iş göremezlik ödeneği verilmesi kabul edilmiştir (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016, s. 17).

Bismarck modeli günümüz sosyal güvenlik sistemlerinden primli sistemin temelini oluşturur. Bu model işçilere kazançla ilişkili yardımlar sağlamaktadır ancak söz konusu yardımlara belli bir süre için prim ödeyerek hak kazanımı gerçekleşir (Rakıcı ve Yılmaz, 2016, s. 70). Özellikle 1990 sonrası sağlık politikalarında WB'nin sağlık reformu hakkındaki girişimleri nedeniyle en çok başvurulan sağlık finansman yöntemi olarak da rastlanmaktadır (Tatar, 2011, s. 111). Bismarck modeli risk dayanışma sistemidir ve sistemin işlevi devlet kontrolü altındadır. Günün koşulları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde akademik literatür Bismarck modeli için iki farklı yaklaşımda bulunmaktadır. Kimi yazarlara göre Bismarck modelinin gelir dağılımını iyileştirme olanağı sınırlıdır çünkü bu modele göre yeniden dağılım dikey olarak değil yatay olarak gerçekleşmektedir (Atılğan, 2016, s. 92). Kimi yazarlara göre ise Bismarck modeli sanayi toplumu için en etkin sosyal güvenlik kurumu olarak ortaya çıkmıştır (Alper, 2016, s. 170).

1.1.2.Modern Sosyal Güvenlik Sisteminin Ortaya Çıkışı

Bismarck modeli her ne kadar önceki uygulamalara göre daha sistematik olarak sosyal güvenlik sistemini düzenlemeye çalışmış olsa da bu uygulamalarda çok yetersiz oldukları için köklü çözümler getirememiştir. Sosyal güvenliğin tam olarak yasalaşması uzun yıllar sonra 1929 *Buhranı* ile Amerika’da işsizliğin ciddi boyutlara ulaşmasıyla olanaklı hale gelmiştir. Buhran öncesi dönemde yürütülen politikalar yetersiz kalmış ve 1932 tarihinde dönemin devlet başkanı olan Roosevelt tarafından “Refah Devleti Doktrini” ortaya atılmıştır (Ayhan, 2012, s. 42). Bu amaçla 1933 tarihinde *National Industrial Recovery Act* ve 1935 tarihinde *Social Security Act* yasaları ABD’nin ulusal ekonomisini düzeltmek amacıyla çıkarılmıştır. 1935 tarihli yasa çağdaş anlamdaki ilk sosyal güvenlik yasası olarak nitelendirilmektedir. Bu yasa işçiler için yaşlılık ve ölüm sigortalarını düzenlemekte ve işsizliğe karşı birtakım önlemler içermektedir. Social Security Act yoksulluk sorununu bir bütün olarak görmüş, ekonomik yapı ile sosyal güvenlik arasında doğrudan bir bağ kurmuştur (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016, s. 20).

Modern anlamda sosyal güvenlik sistemine ikinci adımı Yeni Zelanda atmıştır. Bu sistemde yardım gören kişiler herhangi bir katılımda bulunmaz ve yardımların finansmanı vergiler yoluyla yürütülür. 1938 tarihinde oluşturulan Yeni Zelanda sistemi yoksulluk sorununa köklü çözümler getirmeyi amaçlamıştır. Sistemin temel özelliği ülkede yaşayan tüm bireylerin sosyal güvenliği bir hak olarak kabul etmelerine dayanır. Geliri belli bir seviyenin altına düşen her vatandaş sosyal güvenlik yardımı almaya hak kazanır. Sistemin temeli yoksulluğu kökünden silmek olduğu için yoksulluğa neden olan her türlü probleme çözüm önerisi getirmeye ve asgari bir yaşam düzeyi sağlamaya çalışmıştır (Oral, 2004, s. 11).

1941 yılına gelindiğinde İngiltere’de, Almanya’da kurulan Bismarck modelinden sonra ikinci en önemli sosyal güvenlik modelinin tohumları atılmıştır. Bu modelin adı Beveridge modelidir ve çıkış amacı dağınık olan İngiliz sosyal güvenlik sistemini düzenlemektir. İngiliz hükümeti tarafından görevlendirilen William Henry Beveridge hazırlamış olduğu raporu 1942 yılında sunmuş ve İngiltere’nin yanında tüm dünyada refah devleti fikrinin gelişmesine önemli katkı sağlamıştır. Beveridge raporu, üçayaklı bir Ulusal Sigorta Sistemi’ni öngörmekte, kapsamlı sağlık sistemi kurmayı, asgari ücret garantisi sağlamayı ve işsizliği azaltmayı planlamaktadır (Erdal, 2012, s. 72). Beveridge raporunun temel önerisi,

çalışan herkesin sigorta primi ödemesi ve sigortadan hasta olanlara, işsizlere, emekliye ayrılanlara ve dullara yardım yapılması şeklindedir. Özellikle, gereksinim, hastalık, cehalet, sefalet ve işsizlikle mücadele edilmesi gerektiğini söyleyen Beveridge'e göre, sosyal güvenliğin anlamı, gelirin yeniden dağıtımıdır. Söz konusu dağıtım şekli, varsıldan alıp yoksula vermek anlamında değil, çalışılan zamanlardan, çalışılmayan dönemlere doğru yapılan aktarım şeklindedir. Kısacası özünde yeniden üretim maliyetlerini kuşaklar arası bir sisteme oturtarak topluma yayma düşüncesini barındırır (Akpınar, 2014, s. 140).

Beveridge Raporunun özelliklerini daha öz bir şekilde ifade etmek gerekirse (Koç, 2006, s. 98-97);

- Sosyal güvenliğin halkın tümüne yayılması,
- Gelir her ne olursa olsun sosyal riske maruz kalan her birey için asgari yaşam düzeyi sağlanması için ulusal sigortadan yardım yapılması,
- Dağınık olan sosyal sigorta kuruluşlarının birleştirilmesi ve bu kamu hizmetlerinin tek bakanlık eliyle yürütülmesi,
- Üç ayaklı olarak tanımlanan sosyal güvenlik finansmanının fert ve devlet eliyle yürütülmesi ve ödenen primler karşılığında hem sosyal güvenlik garantisi hem de bireysel gayret ve çabalar sonucunda asgari haddin üzerine çıkılmasına ilişkin olanakların hazırlanması,
- Bütün sigorta kolları için aynı ve maktu bir prim alınması gerektiği,
- Tam istihdam, ulusal sağlık politikaları ve vergilerle finansmanı sağlanan ücretsiz genel sağlık hizmetleri,
- Herhangi bir ailenin asgari geçim seviyesi altına düşmemesi için gerekli tedbirlerin alınması zorunluluğu, öngörülmüştür.

Günümüz modern anlamda sosyal güvenlik sisteminin oluşumunu, yaygın ve uygulanabilirlik açısından Beveridge Raporu ve Bismarck Modelinin oluşturduğunu yukarıda gerekli açıklamalar yapılarak belirtilmiştir. Tablo 1'de her iki modelin karşılaştırması yapılarak gerek günümüzde uygulanan ülke modellerine örnek verilmesi gerekse aralarında var olan farklılıkların daha net görülmesi sağlanmıştır.

Tablo 1:Beveridge ve Bismarck Modellerinin Karşılaştırması

	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmeti, Örneğin: Birleşik Krallık	Sosyal Sağlık Sigortası Örneğin: Almanya
Karar verme Mekanizması	Devlet Tarafından Karar Verme ve Yönetim	Sigorta Fonu ve Hekim Birlikleri Tarafından Karar Verme ve Yönetim
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve İşverenlerin Katkıları (Prim Ödemesi)
Sağlık Hizmetleri Sunucuları	Kamu	Kamu/Özel
Kapsam	Tüm Yurttaşlar	Tüm Çalışanlar
Katkı	Asgari Geçim Yardımı	İkame Geliri

(Tatar, 2011, s. 110; Atılgan, 2016, s. 92).

1.1.3.Sosyal Güvenliğe İlişkin Uluslararası Düzenlemeler

Sosyal güvenlik kavramı İkinci Dünya Savaşından sonra tüm ülkelerin pozitif hukukunda yer almasına karşın uluslararası düzeyde ilk defa 1948 tarihli *İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi*'nde temel bir hak olarak düzenlenmiştir⁴. BM İnsan Hakları Komisyonu, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nden sonra ikiz sözleşme olarak adlandırdığı *Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi* ve ayrıca *Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi*'ni hazırlayarak BM Genel Kurulu'na sunmuştur⁵ (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016, s. 32).

Aynı yıllarda ILO tarafından da sosyal güvenlik politikalarının gelişiminde önemli adımlar atılmaya başlanmıştır. 1952 yılında yapılan ILO toplantısında 102 sayılı *Sosyal Güvenliğin En Az Normları Sözleşmesi* sosyal güvenliğin asgari normlarını tayin etmiş ve daha sonra bu normların içeriği zenginleştirilmiştir. Daha önce değinilen risk unsurlarının temeli aslında bu sözleşme ile literatürde tam anlamıyla yerini almıştır. Bu sözleşmeye göre *sosyal güvenliğin temeli*, sağlıkla ilgili bakım giderlerini kapsayan hastalık, gelir kaybına neden olan riskleri

⁴ İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi madde 22'ye göre; "*Herkesin, toplumun bir üyesi olarak, sosyal güvenliğe hakkı vardır. Ulusal çabalarla ve uluslararası iş birliği yoluyla ve her devletin örgütlenmesine ve kaynaklarına göre, herkes onur ve kişiliğinin serbestçe gelişim için gerekli olan ekonomik, sosyal ve kültürel haklarının gerçekleştirilmesi hakkına sahiptir*" ifadesi ile direk, 23,24 ve 25'inci maddeleri ile dolaylı olarak sosyal güvenlik haklarından bahsedilmiştir (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>).

⁵ BM Genel Kurulu tarafından ise bu sözleşmeler 1966 yılında kabul edilmiş, 1976 yılında da yürürlüğe girmiştir.

karşılıyan hastalık, işsizlik, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalıkları, analık, malullük, ölüm ve aile yardımları olarak dokuz unsurdan oluşur (Gülmez, 2011, s. 186-187; Ayhan, 2012, s. 52). Buna ek olarak 102 sayılı *Sosyal Güvenliğin Asgari Standartları Sözleşmesi*'nde *sosyal güvenliğin tehlikeye düşmesine neden olan riskler*, mesleki nedenlerden kaynaklı olarak doğabilen iş kazaları ve meslek hastalıklarını niteleyen *mesleki riskler*, insanların biyolojik yapısından kaynaklı olarak doğabilecek her türlü yaşam ve ölüm döngüsünü içinde barındıran *fizyolojik riskler*, değişen sosyal hayata bağlı olarak doğabilen *işsizlik*, değişen sosyal yaşantıları kapsayan *sosyo-ekonomik riskler* olarak sıralanmaktadır (Şakar, 2011b, s. 158). Daha sonra, 1962 yılına gelindiğinde tedavide eşitlik ilkeleri, 1967 yılında iş kazası durumunda yararlanımlar, 1969 yılında tıbbi bakım ve hastalık durumlarındaki yararlanımlar, 1980 yılında ise yaşlı işçilere yönelik öneriler sunulmuştur (Belek, 2009, s. 102-103).

ILO'dan sonra uluslararası boyutta sosyal güvenlik konuları hakkında çalışan bir diğer örgüt ise ISSA'dır. ISSA 1927 yılında ILO himayesi altında kurulmuş, 160 ülkede 330'dan fazla üye kuruluşu sahip önemli bir örgüttür. ISSA'nın temel amacı, küresel dünyada sosyal güvenlik teşkilatlarını desteklemek ve aktif olarak sosyal güvenlik anlayışını teşvik etmektir. Örgütün bünyesinde yayınlamış olduğu çeşitli yayınlara ve programlara bakıldığında gerek emek piyasasını düzenlemeye gerekse dezavantajlı grupların sosyal güvencesini sağlamaya yönelik çeşitli konularda sosyal güvenlik konularına değindiklerini ve bu doğrultuda ciddi çalışmalar yürütmektedir (<https://bit.ly/2X2iGk6>).

2010 yılında ISSA tarafından üç kısımdan oluşan *Sosyal Güvenliğin Kapsamının Genişletilmesine İlişkin Strateji Belgesi* yayınlanmıştır. Bu belgenin birinci kısmı yedi tane alt başlıktan meydana gelmiş ve her başlık sosyal güvenlik kavramı etrafında şekillenmiştir. Alt başlıklar sırası ile; *sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi, sosyal güvenliğin kapsamının uzun vadeli emeklilik programları vasıtasıyla artırılması, vergilerle finanse edilen asgari sosyal yardım programlarının yönetimi, işsizlik programları vasıtası ile kapsamın geliştirilmesi, uzun süreli bakım için sosyal sigorta programlarının kurulması ve genişletilmesi, göçmen işçilerin yeterli sosyal güvenliğe erişiminin sağlanması, uyum ve primlerin toplanması* (Altıntaş, 2015, s. 35-44) şeklindedir. Başlıklardan anlaşılacağı üzere

her başlık sosyal güvence kapsamı etrafında şekillenmiş ve bu doğrultuda gelişim göstermiştir.

Sosyal güvenliğin önemini vurgulayan uluslararası iki örgütten sonra değinilmesi gereken bir diğer örgüt ise Avrupa Konseyi'dir. 1949 yılında kurulan Avrupa Konseyi sosyal güvenlik konularında çeşitli belgelerin oluşumunda ve bu belgelerin gelişimiyle beraber yaygınlaştırılması noktasında aktif rol üstlenmektedir. Sosyal güvenliği içeren temel sosyal haklarla alakalı sunmuş olduğu *Avrupa Sosyal Şartı (1961) İle Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı*⁶ (1996) ve sosyal güvenliğin türlü alanlarında asgari normlar çizen *Avrupa Sosyal Güvenlik Kodu ve Ek Protokolü (1964)* ile sosyal güvenlik alanında çeşitli düzenlemeleri ele almıştır (Selvi, 2014, s. 46).

Dünyada sosyal güvenlik kavramının evrilme biçimi yukarıda anlatıldığı gibi şekillenmiştir. Genelden özele inmek gerekirse sırada Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminin tarihi gelişimine değinmek yerinde olacaktır. Alt başlıkta bu konu hakkında bilgilere yer verilmiştir.

1.1.4. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihi

Türkiye için sosyal güvenlik sisteminin tarihi gelişimini iki evrede ele almak sürecin daha iyi yorumlanması açısından verimli olacaktır. Bu amaç doğrultusunda öncelikle cumhuriyetin ilanı öncesi sosyal güvenlik sisteminin tarihi ile cumhuriyetin ilanı sonrası sosyal güvenlik sisteminin tarihi gelişimi iki başlık altında ele alınacak olup, cumhuriyet ilanı sonrası dönemde kendi içerisinde iki ayrı başlık altında değerlendirilecektir. Bunun nedeni 1921-2000'li yıllar arası uygulanan reform hareketleri ile 2000 yılı sonrası yürütülen reformların Türkiye sosyal güvenlik sistemi üzerindeki etkisinin farklı etkiler yaratmış olmasıdır.

⁶ Avrupa Sosyal Şartı ve Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı, insan hakları hukukunda önemli bir yere sahiptir. Her iki Şart'ın, 1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesini tamamlayıcı bir özelliğe sahip olduğu görülmektedir. Her iki Şart'da, çalışma hakkı, örgütlenme hakkı, sosyal güvenlik hakkı, adil ücret hakkı gibi İnsan Hakları Sözleşmesinde değinilmeyen hakların önemine vurgulandığı ve koruma altına alındığı görülmektedir (Gülmez, 2007, s. 29-31).

1.1.4.1.Cumhuriyetin İlanı Öncesi Dönemde Sosyal Güvenlik Sistemi

Osmanlı İmparatorluğu döneminde sosyal güvenlik uygulamaları geleneksel yöntemlerle sağlanmaktadır. Bu durumun en önemli etkeni Osmanlı'nın sanayi değil tarım toplumu olmasıdır. O dönemin işçi kesimi için Makal “*sanayi işçisi olmaktan çok; niteliksiz, tarım kesimiyle bağlarını koparmamış, yılın belirli dönemlerinde işçilik yapan, “işçi”den çok “köylü işçi” terimiyle niteleyebileceğimiz özellikler taşıyordu*” demektedir (1999, s. 41). Daha önce sosyal güvenlik sistemi uygulamalarının kurumsallaşmasının, sanayi devrimi sonrasında değişen toplum yapısını telafi etmek ve ağır sanayi koşulları altında ezilen halkın refahını sağlamak amacıyla olduğu belirtilmişti. Osmanlı'nın tarım toplumu olmasından kaynaklı kurumsallaşmış bir sosyal güvenlik sistemi tam olarak kurulamamıştır.

Osmanlı'da 13. yüzyıldan itibaren sosyal risklere karşı din, ahlak ve gelenek kuralları üzerine inşa edilmiş olan *loncalar* kullanılmıştır. Loncalar birtakım sosyal risklere karşı mensuplarına veya aile bireylerine ayni ve nakdi yardım sağlayan *orta sandığı* veya *teavün sandığı* olarak adlandırılan dayanışma sandıklarını kurmuşlardır. Bu sandıkların finansmanı bağışlar, mesleki terfilerde kalfa ve ustalar tarafından verilen paralar ile lonca mensuplarının ödedikleri aidatlarla sağlanmıştır (Tuncay ve Ekmekçi, 2005, s. 68). Loncalara ek olarak dini ve örfi değerlerine aşırı bağlı olan halk bilhassa İslam dininin gerekleri olan zekât, fitre gibi uygulamalarla yoksul halka varlıklı kesim tarafından yardımlar yapılmış böylelikle sosyal güvenliğin yardım unsuru yerine getirilmeye çalışılmıştır. Ayrıca aile içi destek yöntemleri sayesinde belirsiz riskler karşısında bireyler ailesini güvence olarak görmüş sonuç olarak riskler karşısında bireyler kendilerini güven altına almışlardır (Kitapçı, 2007, s. 81; Çımrın-Kökalan ve Durdu, 2015, s. 63).

İmparatorluk modern anlamda sosyal güvenlik sistemine 1839 tarihli Tanzimat Fermanından sonra geçmiştir. Bu dönemde ilk olarak madencilik sektöründe sınırlı önlemler getirilmiş olsa da 1865 tarihinde *Dilaver Paşa Nizamnamesi* çıkarılarak kurumsal olarak sosyal koruma mekanizması oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu Nizamname'ye göre Ereğli Kömür Havzası'nda çalışan işçilerin çalışma koşulları tespit edilerek, hastalığa kapılanların tedavileriyle alakalı birtakım önlemler alınmıştır (Tuncay ve Ekmekçi, 2015, s. 83). Ne var ki bu nizamname padişah onayı almamış, bu nedenden dolayı nizamname olarak değil de

bir teamülname olarak yalnızca Ereğli Havzası ile sınırlı kalmıştır. Çıkarıldığı dönemde maden ocaklarında çalışma koşullarının elverişsizliği karşısında meydana gelen şikâyetlerin yoğunluğundan dolayı bölgenin yöneticisi Dilaver Paşa'ya maden ocaklarındaki koşulları batılı tarzda ıslah etmesi için bir emirname gönderilmiştir. Dilaver Paşa'nın oluşturduğu bir komisyon, iki yılda 7 fasıl 100 maddeden oluşan bu teamülnameyi hazırlamıştır (Kurum, 2015, s. 50-51).

1866 yılına gelindiğinde *Askeri Tekaiüt Sandığı* kurulmuş ve bu sandık ilk resmi sosyal güvenlik kurumu olarak tanımlanmıştır (Güvercin, 2004, s. 91). Askeri Tekaiüt Sandığı emeklilik hakkı için otuz senelik hizmet süresi şartını vurgulanmış, emeklilik şartlarını düzenlemiş ve çalışma yaşını 18 olarak belirlemiştir. Harp okulu ve harp akademisinde eğitim görenler için eğitim aldıkları sürelerin toplamının 4 yıla kadarki kısmı hizmet süresi olarak görüleceği kararına varılmıştır. Askeri personelin bir kaza veya hastalık sonucu maluliyete düştüğü vakit maaş bağlanması uygun görülmüş ve bu konuda düzenlemelere yer verilmiş ve ek olarak ölüm sigortası kapsamında gerçekleşen ölüm durumunda ölüm aylığına bağlanacaklar belirlenmiştir. Bu duruma göre öncelikle çocuklara, eğer ölen birey çocuksuzsa anne-babasına aylık bağlanacaktır (Kurum, 2015, s. 54-59). Ölüm aylığı konusundaki bu uygulamanın günümüzde de uygulandığı görülmektedir.

1869 yılına gelindiğinde ise *Maadin Nizamnamesi* çıkarılmıştır. Maadin Nizamnamesi'nde, sosyal güvenlikle alakalı hükümler daha ileri gelmektedir. Nizamnameye göre, ocaklarda var olan zorunlu çalışma durumu kaldırılmıştır ve iş kazalarına karşı alınması gereken önlemlere dikkat çekilmiş, madenlerde doktor ve ilaç bulundurulmasını zorunlu kılmış, bununla birlikte işverenleri, iş kazalarına uğrayan işçilerine tazminat ödeme konusunda sorumlu tutmuştur. Ayrıca iş kazalarına maruz kalan işçinin ölümü halinde geride kalan yakınlarına ödeme yapılması ile ilgili de düzenleme getirmiştir (Alper, 2015a, s. 10). Nizamnamenin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için *Orman ve Maadin ve Ziraat Nezareti* kurulmuştur. Ancak bu kurum ilerleyen süreçte özerk bir yapıya dönüştürülmüş ve sağlıklı bir şekilde yönetilmesi mümkün olmamıştır (Kaştan, 2016, s. 12).

Tazminattan sonra devlet yönetiminde yapılan değişikliklere bağlı olarak kamu görevlileri için modern anlamda sosyal güvenlik kurumları olarak 1881 yılında *Sivil Memurlar Emekli Sandığı*, 1890 yılında *Seyri Sefain Tekaiüt Sandığı*, 1909 tarihinde *Tersane-i Amiriyeye Mensup İşçi Vesairenin Tekaiüdiyesi Hakkında*

Nizamnamesi, 1910 tarihinde *Hicaz Demiryolu Mamur ve Müstahdemlerine Yardım Nizamnamesi*, çıkarılmış ve 1917 yılında *Şirketi Hayriye Tekait Sandığı* kurulmuştur (Alper, 2013, s. 9; Tuncay ve Ekmekçi, 2015, s. 83-84).

İmparatorluğun son yıllarında bilhassa korunmaya muhtaç gruplara yönelik yeni kurumlar da faaliyete geçirilmiştir. 1868 yılında kurulan *Kızılay*, 1892 yılında açılan *Darü'l Aceze*, kimsesiz çocuklar için oluşturulan *Darü'l Eytam* ve İstanbul kapalı çarşı esnafının çıraklık eğitimi için meydana getirdiği *Darü's Şafaka* bu dönemin son sosyal güvenlik kuruluşları olarak karşımıza çıkmaktadır (Alper, 2011a, s. 177).

Cumhuriyet öncesi döneme bakıldığında sosyal güvenlik gereksiniminin daha çok çalışan sınıf düşünülerek düzenlendiği görülmektedir. Dönemin şartları göz önüne alınırsa günümüzde uygulanan sosyal güvenlik uygulamaları gibi çok kapsamlı bir sosyal güvenlik hizmeti beklemek bir hata olacaktır. Buna karşın toplumun o dönemki yapısı, ekonomik ve sosyal yaşantısında görülen değişimler sosyal güvenlik açısından da modern anlamda sosyal güvenlik sistemini de beraberinde getirmiş denilebilir. Çalışan sınıfın yeni yeni oluşmaya başlaması böylece ortaya çıkan bir takım koruma ve destekleme gereksinimi sonucunda, sosyal güvenlik kavramı Cumhuriyet öncesi dönemde ancak bu şekilde kendini göstermeye başlamıştır.

1.1.4.2.Cumhuriyetin İlanı Sonrası Dönemde Sosyal Güvenlik Sistemi (1921-2000)

Henüz Cumhuriyet ilan edilmeden önce Büyük Millet Meclisi Hükümeti zamanında 1921 tarihli 151 sayılı *Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Muteallik Kanun*'la beraber sosyal güvenliğe ilişkin birtakım hükümler düzenlenmiştir. Bu hükümlere göre işveren iş kazası geçiren ve hastalanan işçisine tazminat ve ücretsiz tedavi sağlama yükümlülüğü altına girmiştir. Ücretsiz tedavi sağlamak amacıyla işyerinde doktor bulundurulması, ölümle sonuçlanan kazalar için tazminat ödemesi ve işçilerin sosyal güvenlikleri için, *İhtiyat ve Teavün Sandıkları* oluşturulması öngörülmüştür. 1923 tarihine gelindiğinde maden işçileri tarafından *Amale Birliği* oluşturulmuştur. Bu birlik kimi uzmanlara göre sosyal

sigortaların başlangıcı olarak kabul edilmektedir (Şakar, 2011b, s. 161; Alper, 2015a, s. 11-12).

Türkiye’de modern anlamda sosyal güvenlik uygulamaları Cumhuriyet’in ilanından sonra görülür. Cumhuriyetin ilk yıllarında sosyal güvenliğe yönelik doğrudan düzenlemeler yapılmamış daha çok dolaylı düzenlemelerle bu gereksinim giderilmeye çalışılmıştır; 1926 tarihli *Borçlar Kanunu* ve 1930 tarihli *Umumi Hıfzıssıhha Kanunu* bunlara örnek olarak gösterilmektedir. Borçlar Kanununun, 112, 328, ve 332’inci maddeleri ile Borçlar Kanununun 173-180’inci maddeleri çalışma ilişkilerini düzenleme konusunda önemli adımlar olarak görülmektedir. Borçlar Kanunu 112’inci madde, işçi sağlığının korunması ve iş kazalarının önlenmesi gayesiyle işverenleri gerekli tedbirleri almakla yükümlü tutmuştur. 328’inci madde uzun süreli hizmet sözleşmesi içinde işçinin hastalık, askerlik vb. kendi kusuru olmaksızın çalışmaması halinde, işçiye kısa süreliğine ücret isteme hakkı tanımış ve 332’inci madde işverene işçi sağlığı ve iş güvenliği sağlama yükümlülüğü vermiştir. 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ise genel olarak çalışanları korumaya ek olarak özellikle çocuk ve kadın işçileri koruyucu hükümlere ilk kez yer vermiştir. Buna ek olarak 50 ve üzeri işçi çalıştıran işverenlere hastalık, kaza ve analık hallerinde işçilerine sağlık yardımı yapmasını öngörmüştür. Ayrıca kadın işçilerin doğumdan önce ve doğumdan sonra toplamda altı hafta çalışmasını yasaklamıştır (Fişek, Özsuca ve Şuğle, 1997, s. 11-12; Alper, 2015a, s. 13).

1936 tarihli *3008 sayılı İş Kanunu* ile ilk kez Türkiye’de sosyal sigortaların kuruluşu ve sosyal sigortalara ilişkin temel ilkeler öngörülmüştür. 3008 sayılı İş Kanunu’na göre; 100’üncü maddeye ilişkin çalışma hayatını düzenlemeye yönelik sosyal yardımlar devlet tarafından tanzim ve idare edilmelidir. 101’inci maddeye göre işe giriş hali ile sigortalı olma halinin eş zamanlı olması gerekliliğine vurgu yapılmıştır. 103, 104, 105, 106 ve 107’inci maddeleri işçi sigortası hakkında esas gerekliliklere vurgu yapmıştır (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2018, s. 26; Alper, 2015a, s. 14).

1938 tarihli Kamu İktisadi Teşebbüslerinde memur statüsünde çalışanların emekliliklerine ilişkin düzenlemeler ile 1942 tarihli *İktisadi Devlet Teşekkülleri Memurları Tekaüt Sandığı Nizamnamesi* de bu duruma bir örnektir. Ancak sosyal sigortalara ilişkin ilk kapsamlı yasa 1945 tarihli 4771 sayılı *İş Kazaları, Meslek*

Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu olarak görülmektedir ve bu yasaya paralel olarak aynı tarihte 4792 sayılı *İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu* çıkarılmıştır (Güvercin, 2004, s. 91-92; Makal, 1999, s. 277-278).

1945-1960 yılları arasında çok sayıda kanun yürürlüğe konmuş ve bu kanunlarla, ölüm, maluliyet, iş kazaları ve meslek hastalıkları, ihtiyarlık, analık sigortaları oluşturulmuştur (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016, s. 28).

Sosyal güvenlik kavramının gelişim sürecine dönem şartları göz önüne alınarak bakmak gelişim sürecini anlamaya ve kurumsallaşma sürecini yorumlamaya daha faydalı olacaktır. Bu amaçla Makal, sosyal güvenlik hizmetlerinin gelişimini hızlandıran iç etmenleri, *sosyal, siyasal ve iktisadi* açıdan görmektedir. Sosyal açıdan, Türkiye'nin toplumsal yapısında meydana gelen kırdan kente göçlerle aile yapısında meydana gelen değişimler, kırsal kesime ve geniş aile tipine bağımlılığı azaltarak sosyal güvenliğe duyulan gereksinimi arttırmıştır. Siyasal açıdan, 1946 tarihinde çok partili siyasal hayata geçişle beraber partiler arası rekabet ve kitlelerin iktisadi ve sosyal koşullarına olan duyarlılığın artmasıdır. İktisadi açıdan ise toplam istihdam içerisinde kamu kesiminin ağırlık göstermesidir. Bunun nedeni, kamu kesimi çalışanlarının sürekli ve yüksek gelire sahip olmaları ile ulusal gelirdeki artışlarla beraber sosyal güvenliğe ayrılacak fonların fazlaşması ve böylelikle sosyal güvenlik hizmetlerinin yürütülmesinin kolaylaşmasıdır (2002, s. 383-385).

1945 yılında Çalışma Bakanlığı kurulmuştur. Bakanlığın kuruluş kanunu ile sosyal güvenlik kavramının mevzuatımıza ilk kez girdiği söylenebilir (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016, s. 28). Gittikçe artan işsizliğin önlenmesi, işçi ve işveren ilişkilerinin düzene sokulması, iş güvenliği, işçilerin sağlık ve konut sorunlarının çözülmesi ayrıca çalışma yaşamıyla alakalı konuların uluslararası kuruluşlarla tek elden yürütülmesi bu bakanlığın amaçları arasında yer almaktadır (Özbek, 2006, s. 222-225). 1946 tarihli 4772 Sayılı Kanun'la *İş Kazası ve Meslek Hastalıkları ile Analık Sigortası* kurulmuş ve 1949 tarihinde 5434 sayılı yasayla T.C. Emekli Sandığı kurulmuştur. 5434 sayılı yasayla, devlet memurları ile onların eş ve çocuklarına yaşlılık, malullük ve ölüm halleri için sosyal güvenlik hizmetleri sunulurken, hastalık ve analık halleri için olan sigortaları işveren durumunda olan kurumların (devlet ve/veya diğer kamu tüzel kişileri) karşılaması ön görülmüştür (Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1997, s. 14). Emekli Sandığı ile ilerleyen yıllarda belediye

başkanları, il daimî encümen üyeleri, milletvekilleri, askeri okul öğrencileri ve türlü kuruluşlarda sözleşmeli çalışanlar gibi birçok birey, askeri ve sivil devlet memurlarının, sosyal sigorta programları kapsama alınmıştır (Bayri, 2013, s. 23).

Bu yıllarda yoğun olarak sosyal güvenlik kavramı çerçevesinde kanunlar çıkarılmasına devam edilmiş ve 1950 yılında 5417 sayılı *İhtiyarlık Sigortası Kanunu*, 1951 yılında 5502 sayılı *Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu*, 1952 yılında *Basın Mesleğinde Çalışanlarla Çalıştıranlar Arasındaki Münasebetlerin Tanzim Hakkında Kanun*, 1954 yılında *Deniz İş Kanunu*, 1957 yılında 6900 Sayılı *Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunu* gibi çeşitli⁷ kanun hükümleri getirilmiştir (Makal, 2002, s. 393). 1964 yılında, 506 sayılı Kanun ile önceleri işçi konumunda olan çalışanlar için düzenlenen sigorta kolları tek bir yasayla düzenlenmiştir. Bunun sonucunda İşçi Sigortaları Kurumu, *Sosyal Sigortalar Kurumu* (SSK) olarak isim değişikliğine uğramıştır. Sonuç olarak Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi, sigorta esasına dayalı ve çalışanların memur, işçi ya da serbest çalışan olarak farklı alt sistemler içerisinde koruma sağlayan bir yapı olarak şekillenmiştir (Gökbayrak, 2010, s. 145).

SSK ile Türkiye’de sosyal politika ve sosyal güvenlik sisteminin tam olarak kurumsallaşma yönünde ivme kazandığı söylenebilir. 1971 yılında 1479 sayılı *Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu kanunu* ile bağımsız çalışanlar sosyal güvenlik kapsamına alınmış ancak SSK kapsamı yerine bu sigortalılık kolu için BAĞ-KUR’un kurulması kararlaştırılmıştır. BAĞ-KUR ilk olarak kendi adına ve hesabına çalışan esnaf ve sanatkârlar ile diğer bağımsız çalışanları kapsam içine almış ancak 1983 yılında kapsamını biraz daha genişleterek⁸ tarım kesiminde bağımsız ve kendi adına çalışan çiftçileri de kapsam dahiline almıştır. 1976 tarihli 2022 Sayılı *65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkındaki Kanun* ile 65 yaşını doldurmuş, bakacak kimsesi olmayan ve herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna

⁷ 1969 çıkarılan Avukatlık Kanunu ile avukatları zorunlu olarak topluluk sigortaları sözleşmesi yoluyla, 1977 tarihli 2100 sayılı kanunla da tarım işlerinde ücretle çalışanlar ile ev işlerinde sürekli ve ücretle çalışanlar da SSK kapsamı içine alınmıştır (Talas, 1983, s. 384).

⁸ 1983 tarihli 2925 Sayılı *Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu* ile tarım kesiminde ücretli çalışan ve geçici olarak yanı mevsimlik işçilik yapan kişiler, 1983 tarihli ve 2926 Sayılı *Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu* ile de tarım kesiminde kendi adına bağımsız çalışanlar sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır. 2925 Sayılı Kanun 1984’den itibaren tüm yurt geneli uygulanmaya koyulmuş ancak 2926 Sayılı Kanun 1984 yılından itibaren 10 yıllık bir dönem içinde kademeli olarak yürürlüğe koyulmuştur (Alper, 2015a, s. 18-19).

tabii olmayan muhtaç kesime aylık bağlanması şartı getirilmiştir (Talas, 1983, s. 391- 392; Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2018, s. 30).

Ek olarak belirtmek gerekirse, 1970'li yıllarda ayrıca yaş şartına tabi tutulmadan yaşlılık aylığı verme uygulamaları başlamıştır. Hala günümüzde de seçim politikaları olarak kullanılan prim borcu aflarının o dönemde de yoğun ve yaygın kullanımı, fonların yanlış ve verimsiz kullanımına ek olarak sosyal sigorta kurumlarına yüklenen yeni yükler⁹ sosyal güvenlik sisteminde kapanması zor yaraların açılmasına neden olmuştur (Alper, 2014, s. 30).

Bu nedenle 1990'lı yıllara gelindiğinde birçok meslek kuruluşu, sosyal taraflar, sendikalarla, kamu kuruluşları ve siyasi partiler finansman sorununu çözmek amacıyla raporlar hazırlamıştır. Yurt içinde bu ÇSGB¹⁰, Türk-İş, TİSK, TOBB, TÜSİAD, DPT üstlenirken yurt dışından oluşturulan raporları ILO üstlenmiştir (Yılmaz, 2014, s. 86-89). 1999 yılında sunulan raporlar doğrultusunda sosyal güvenlik sisteminde zorunlu olarak reform sürecine gidilmesi kararlaştırılmıştır. Bunun sonucunda 1999 ila 2003 yılını kapsayan birinci dönem reform süreci başlamıştır. 1999 yılında 4447 sayılı yasayla *İşsizlik Sigortası* kurulmuştur. Bu yasaya göre; prim gelirlerini arttırmak amacıyla prime esas kazançlar yükseltilmiş ve 2000 yılından itibaren prim kesintileri başlamıştır. Kayıt dışılığı önlemek amacıyla işyeri ve sigortalının önceden bildirim uygulamaları getirilmiş, emeklilik yaşı kadınlar için 58, erkekler için 60 olarak belirlenmiş; aylık ve gelir hesaplama sistemi değiştirilerek, daha uzun süreli prim ödeyenlerin yüksek aylık almasına imkân veren bir sisteme geçilmiştir (Yüksel, 2016a, s. 22-26).

2000'li yıllarda ise birçok KHK çıkarılarak hızlı bir şekilde sosyal güvenlik üzerinden yeniden yapılanmaya gidilmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumu, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı adını almış, İşsizlik Sigortası uygulamalarına

⁹ Prim afları, erken emeklilik uygulamaları, isteğe bağlı sigortalılık, tedavi giderlerindeki artışlar, borçlanma yasaları, yönetimin özerk olmaması, prim karşılığı olmayan ödemeler, fonların etkili kullanılamaması gibi birçok etken sosyal sigorta kurumlarının açığının artmasına neden olmuştur. Bu durumu daha net açıklamak amacıyla Alper'in aktardığına göre 1999 yılı için sosyal sigorta kurumlarının toplam açığı 3 katrilyon TL'den, 2004 yılında 19 katrilyon TL'ye ulaşmıştır (2011b, s. 17).

¹⁰ 24 Haziran 2018 yılında yapılan seçimler sonucunda Türkiye Cumhuriyeti, Başkanlık sistemine geçmiş, yeni sisteme geçilmesi ile bakanlıkların isimlerinde de değişikliklere gidilmiştir. Bu nedenle T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile T. C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı birleşmiş yeni ismi T.C. Çalışma, Sosyal Hizmetler ve Aile Bakanlığı olarak değişmiştir. Ancak tezde, Türkiye Cumhuriyeti sosyal güvenlik tarihsel gelişimine değinileceği için tez boyu bakanlığın eski adı olan ÇSGB kullanılacaktır.

başlanmıştır. İş ve İşçi Bulma Kurumu'nun adı Türkiye İş Kurumu olarak değişerek önemli bir problem olan işsizlik konusuyla ilgili istihdam politikalarının yürütümü açısından kuruma önemli görev ve yetkiler verilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilatı kurularak Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, BAĞ-KUR, ve İŞKUR arasında koordinasyon ve sosyal güvenlik alanındaki uygulamalarda norm ve standart birliği sağlanmış, sosyal sigorta kurumları arasında yürütüm ve düzenleme işlevi SGK Başkanlığına tanımlanmıştır. Ayrıca BAĞ-KUR'un yönetim yapısı yeniden oluşturulmuştur (Alper, 2013, s. 32). 2001 yılında kamu sosyal güvenlik sistemine bir alternatif ya da tamamlayıcı olması amacıyla Bireysel Emeklilik Sistemi getirilmiştir. BES'in yegâne amacı bireylerin gelecekte karşılaşılabilecekleri riskleri özel sigortalar aracılığıyla çözümlenmeye kavuşturmalarınıdır. Böylelikle sosyal devlet kavramının temelini oluşturan toplumun sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşılama ve koruma görevinin piyasalaşmasının yolu açılmıştır. Çıkarılan kararname ve yapılan reformlar ışığında sosyal güvenlik sistemi köklü bir değişime uğramış, 2003 yılında SSK Başkanlığına ait sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (Tuncay ve Ekmekçi, 2015, s. 88-91; Akın, 2005, s. 24).

İkinci reform süreci ise 2003 yılından günümüze doğru yapılan düzenlemeleri içermektedir ki bu süreç tek çatı dönemi olarak da bilinmektedir. Kasım 2012 de açıklanan *Hükümet Programı ve Acil Eylem Planı Çerçevesinde ÇSGB'nin Sorumluluğunda Yürütülen Faaliyetler* başlığı altında *Sosyal Güvenliğin Tek Çatı Altında Toplanması ve Genel Sağlık Sigortasının Oluşturulması* ile ilgili rapor sunulmuştur. Bu rapora göre (Alper, 2015a, s. 35-36);

- Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının ayrılması,
- GSS sistemi ve ilgili kurumun kurulması,
- Uzun vadeli ve kısa vadeli sigorta programlarının birbirinden ayrılması,
- Prim karşılığı olmayan ödemelerin kaldırılması,
- Bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağının kurulması,
- Bütünleştirilmiş sosyal hizmet ve yardım ağı ile kurumsal yapının oluşturulması,

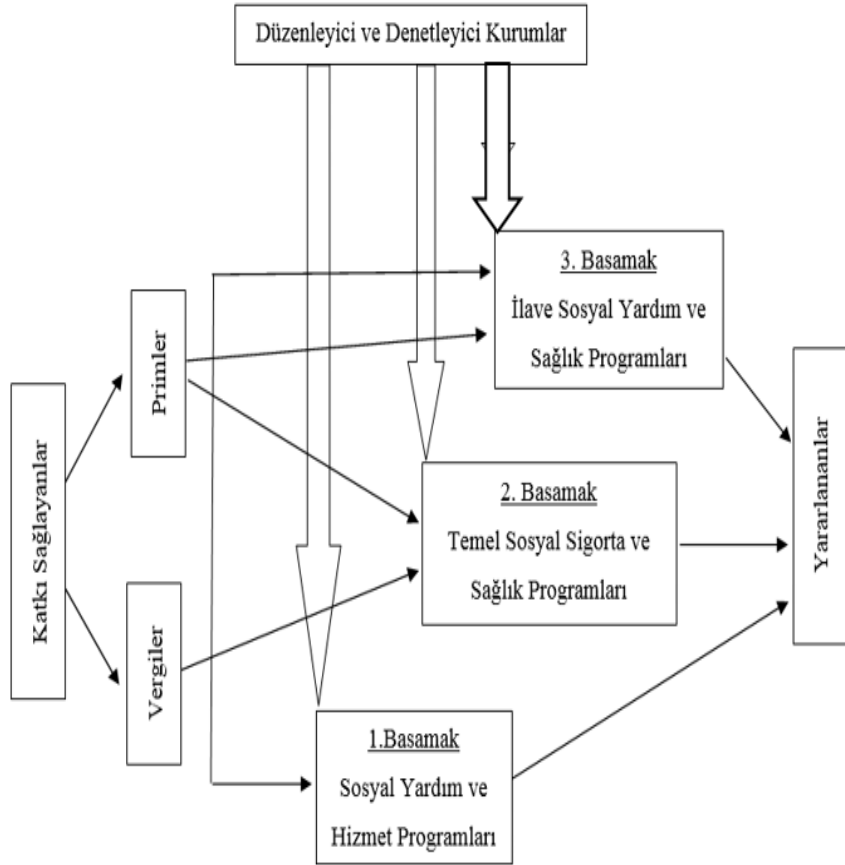
- Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliğinin sağlanması, hedefleri öngörülmüştür.

2003 reformunun bileşenlerine bakıldığında ilk olarak nüfusun tümüne, eşit, koruyucu, tedavi edici kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunun yapılabilmesi amacıyla genel sağlık sigortasının oluşturulması gerekliliği göze çarpmaktadır. İkinci bileşen dağınık bir şekilde bulunan sosyal yardım ve hizmetlerin bu yapısının giderilmesine yöneliktir. Üçüncü olarak kısa ve uzun vadeli sigorta kollarının tek bir emeklilik sigortası rejiminin üzerine inşa edilmesi gerekliliğine yöneliktir ve son olarak dördüncü bileşen ise bu üç temel işleve istinaden hizmetlerin halkın günlük yaşantısını kolaylaştıracak bir yapıda yeni bir sistemin kurulmasını içermektedir (Yılmaz, 2014, s. 95-96).

2006 yılının ilk aylarında, Türk Sosyal Güvenlik Sistemi'nin "tek çatı" altında toplanması amacıyla 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu yürürlüğe konulmuş ve bu kanunla Emekli Sandığı, BAĞ-KUR, SSK yani sosyal güvenlik kuruluşları ile sosyal yardım unsuru olan Yeşil Kart uygulamaları birleştirilerek, *Sosyal Güvenlik Kurumu* adı altında toplanmıştır. Sosyal güvenlik haklarının tek yasa içinde düzenlenmesi amacıyla kısa bir süre sonra 5510 sayılı *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu* çıkarılmıştır (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016, s. 31). Ancak anayasa Mahkemesi tarafından bazı maddelerinin iptal edilmesiyle SSGSS'nin yürürlüğe girmesi 2008 yılını bulmuştur. Yasanın yürürlüğe girmesiyle beraber Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminde kurumlar ve uygulamalar birleştirilmiştir. (Yenimahalleli-Yaşar, 2011, s. 180).

5510 sayılı yasaya göre, hizmet akdi ile çalışan kişiler 4/1(a), bağımsız çalışanlar 4/1(b), devlet memurları 4/1(c) kapsamında sigortalı sayılacak ve sigortalılık bilgileri ilgili bende göre düzenlenecektir. Bu düzenlemelere ek olarak, kısa vadeli sigorta hükümleri ve uzun vadeli sigorta hükümleri ile genel sağlık sigortasına ilişkin hükümlere de yer verilmiş; kısa vadeli sigorta kolları iş kazası ve meslek hastalığı, analık ve hastalık sigortaları olarak düzenlenmiştir ancak kısa vadeli sigorta hükümleri yalnızca hizmet sözleşmesiyle ve bağımsız çalışan sigortalılara ilişkin olup 4/1(c)'ye göre çalışan sigortalıları kapsam dışı bırakmıştır. Uzun vadeli sigorta kolları ise malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları olarak düzenlenmiş ve tüm çalışan kesimi kapsam alanına almıştır. Genel sağlık sigortasına ilişkin hükümlere göre ise genel olarak koruyucu sağlık hizmetleri, tıbbi

bakım ve tedavi hizmetleri, ağız ve diş tedavisi, yardımcı üreme yöntemleri tedavileri, teşhis ve tedavi için gerekli olan kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereçler olarak sayılmaktadır (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2018, s. 74-75).



Açıklama:

→ Simgesi Sosyal Güvenlik Programlarının Düzenleme ve Denetim Sürecini Gösterir.

→ Simgesi Fon Akışlarını Gösterir

(Bayri, 2013, s. 26).

Şekil 1: Türkiye'nin Sosyal Güvenlik Sistemi

Şekil 1'de Türkiye'de halen uygulanmakta olunan sosyal güvenlik sisteminin işleyiş tarzı sunulmuştur. Şekle bakıldığında bu sistemin üç basamaklı bir sistemden meydana geldiği görülmektedir. Sistemin alt basamağı sosyal yardım ve hizmet programlarından oluşmaktadır. Sosyal yardımlar Türkiye'de yoksulluğu denetleme ve hafifletmede öne çıkan temel bir araçtır. Sosyal yardımlar 2022 sayılı

Engelli Aylığı Kanunu gibi kimi yardım programlarının ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın hazırladığı kılavuzlar çerçevesinde düzenlenmiştir (Kutlu, 2015, s. 150).

Amaç, muhtaç kimselerin sosyal güvenlik gereksinimlerini gidermeye çalışmaktır. Bu basamakta düzenli yapılan sosyal yardımlar ve düzensiz yapılan sosyal yardımlar bir arada bulunur. Düzenli yapılan sosyal yardımlar primsiz ödemeler olarak SGK tarafından karşılanırken herhangi bir süreklilik teşkil etmeyen düzensiz sosyal yardımlar ise yerel yönetimlerce finanse edilmektedir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017, s. 15-17). Sosyal güvenlik sisteminin ikinci basamağını meydana getiren sosyal sigortalar, sosyal güvenlik sisteminin temelini teşkil etmektedir. Sosyal sigortalar, sanayi, hizmet ve tarım sektöründeki işçiler, serbest çalışanlar, isteğe bağlı sigortalılar ve askeri sivil memurların zorunlu sosyal sigorta ve sağlık sigortası programlarının yönetiminden sorumlu tutulmuştur. Üçüncü basamakta ise temel sosyal sigorta programlarına ek olarak mensuplarına sosyal koruma ve sağlık yardımı sağlayan bir takım kurum, vakıf veya kuruluşların yürüttükleri yardım programları bulunmaktadır. Bu programların bir bölümüne katkı yapmak zorunlu tutuluyorken bir kısmına ise katkı yapmak isteğe bağlı olarak bırakılmıştır (Bayrı, 2013, s. 26-27)

1.2.SAĞLIĞIN SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNDEKİ YERİ

Uluslararası düzeyde sağlık tanımına bakmak tanımın evrenselliği açısından önemlidir. WHO sağlık kavramını “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” şeklinde tanımlamıştır (<http://www.who.int>; http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html).

İnsan sağlığı tehlikeye düştüğü anda kısmi ya da tamamen zarara uğrayabilir. Bu durumlarda bireyin ve/veya bakmakla yükümlü olduğu ailesinin yaşayacağı ya da yaşayabileceği risklerin telafi edilmesi gerekmektedir. Telafi hali gerek sosyal güvenlik önlemleri ile gerekse sosyal yardım uygulamaları ile sağlanır. İlerleyen satırlarda birey için sağlığın önemine ve risk altında bulunduğu durumlara yer verilerek sağlık ile sosyal güvenlik arasındaki ilişki kurulmaya çalışılacaktır.

Sağlığı riske atan haller beş farklı boyutta ele alınacaktır. İlk risk durumu; hava kirliliğinin sağlık üzerine olan etkileridir. Yaygın çevre kirliliğinin ve çevre felaketlerinin meydana gelmesindeki esas etkenler zehirleyici metaller ve kimyasallardır. Hızla artan sanayileşme, tehlikeli maddelerin kullanımlarında da atışlara neden olmuştur. Hava kirliliği, çocuklarda birçok hastalık ve ölüme, erişkinlerde solunum sistemi hastalıklarına ve pek çok kalp damar sistemi hastalıklarına neden olmaktadır (Hamzaoğlu, 2016, s. 35-36).

İkinci olarak, iş kazaları ve meslek hastalıkları çalışanlar için önemli derecede risk oluşturmaktadır. İş kazaları, çalışanın iş yerlerinde yaşadığı kazaları tanımlar. İş kazaları vücudun dışına zarar verirken, meslek hastalıkları içten içe yayılan bir hastalıktır. Daha net anlatımla, kazalar tanım gereği, meydana geldiği anda mağdur olan kişinin acı duymasına neden olurken, meslek hastalıkları kısa süre içerisinde ortaya çıkabileceği gibi, yıllar sonra da kendini gösterebilir. Yaygın olan başlıca meslek hastalıkları; kalıcı duyma kayıpları, solunum yolu rahatsızlıkları, kas ve iskelet yapısında bozukluklar olarak görülür (Fişek, 2014, s. 45-95).

Üçüncü olarak, toplumlarda gelir dağılımının adil bir şekilde sağlanamaması yoksulluk ve sefaleti de beraberinde getirmektedir. Bu adaletsizliği giderme yükümlülüğü sosyal güvenlik sisteminin temelidir. Sosyal güvenlik hizmetleri sayesinde, bireylere yaşlılık dönemleri için yaşam standartlarına uygun düzenli bir gelir seviyesi sağlanması, bireylerin gelir düzeylerine bakılmaksızın adil sağlık hizmetinden yararlanabilmesi, tüm toplum için eğitim seviyesinin yükseltilmesi ve sosyal yardım uygulamalarının yürütülmesi sağlanmalıdır. Kısaca sosyal güvenlik hizmetleri, bir toplumda meydana gelen gelir ve yaşam standardı adaletsizliğini önlenmeye çalışmalıdır (Türk Tabipleri Birliği Görüşleri, 2005, s. 5).

Dördüncü olarak, beslenme hastalıkları, protein, vitamin, kalori ve mineral yetmezlikleri ile şişmanlık durumları sağlığı riske atan durumlardır. Bu durumların ortaya çıkması çocuklarda direnç azalması ve zekâ gelişimi yavaşlığı, yetişkinlerde ise şişmanlık, diyabet ve tansiyon gibi rahatsızlıklara uygun zemin hazırlar. Beslenme hastalıklarının önlenmesi ve tedavisi kişilerin diyetlerini düzenlemesi ile sağlanmaktadır. Ancak diyet düzenlenmesi bireysel şartlara göre şekillenmektedir. Kültür ve bireylerin ekonomik durumu ise bu şartların temel şekillendirici unsurlarıdır (Fişek, 1983, s. 72).

Son olarak değinilmesi gereken konu işsizliktir. Bireyin işsiz kalmasını iki açıdan değerlendirmek gerekmektedir. Psikolojik açıdan değerlendirilirse işsizlik, bireyin toplumdan soyutlanmasına ve dışlanmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak birey kendini hep eksik hissetmeye başlar (Fişek, 2014, s. 103). Maddi açıdan değerlendirilirse işsizlik, bireyin gelir kaybı yaşamasına neden olacaktır. Gelir kaybı durumu doğru ve dengeli beslenmeyi engelleyeceğinden dolayı sağlığın bozulmasına ve daha önce belirtilen hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilir.

Yukarıda sayılan beş durumun telafisini ancak doğru yürütülen sosyal güvenlik ve sosyal politika uygulamaları ile sağlamak mümkündür. İşsizlik durumunda asgari yaşam düzeyinin sağlanması amacıyla işsizlik yardımlarının yapılması veya olası hastalık risklerine karşın önleyici sağlık hizmetlerinin doğru yürütümüyle beraber hastalıkların önlenmesi veya erken tanı ve tedavi sürecine başlanarak hastalıkların ilerlemeden tedavi edilmesi mümkündür. Hastalıkların ortaya çıkması ve ileri boyutlara gelme durumları pahalı tedavi uygulamalarına neden olacağından gerek birey üzerine gerekse devletin bu hizmetleri sunan kurumlarına ciddi anlamda maddi yük bindirebilir. Bu nedenle sosyal güvenlik ve sağlık kavramlarını bir bütün olarak görmekte yarar vardır.

1.2.1.Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı toplum nezdinde hastalığın yokluk hali olarak algılanmaktadır ve bu tanıma göre bireylerin ya da toplumların sağlıklı olma halleri hastalıklı olmaları ya da olmamaları durumuna göre değişmektedir (Akdur, 1999, s. 4-5).

Sağlığın bozuk olma hali bireylerin günlük yaşantılarını etkileyebilir. Örneğin bir birey ne kadar sağlıklı ise iş verimi o denli artış gösterir. Ancak iyi beslenememe durumu kişinin sağlık düzeyinde düşüş olmasına neden olur ve dolayısıyla kişinin iş veriminde de düşüş gözlenir. Bu nedenle hastalıktan korunmaya ek olarak sağlığın geliştirilmesi de önemlidir (Fişek, 1983, s. 2). Bireylerin sağlıklı olabilme halleri tek başlarına sağlayabilecekleri bir durum değildir. Sağlık toplumsal yaşantının bir sonucudur ve toplumda meydana gelen aksaklıklar ya da düzensizlikler sağlıksız ortamın doğmasına neden olacaktır. Kuraklık, temiz içme suyu yoksunluğu, yeterli ve dengeli beslenememe veyahut

çevresel faktörlere bağı olarak gürültü ve temiz olmayan ortam ile hava kirliliği gibi etmenler birey veya toplumların sağlıklarının bozulmasına neden olur (Türk Tabipleri Birliğı Raporları 2008, s. 8). Eğer toplumlar sağlığını kaybetmişse veya sağlıkla ilgili sorunlarını çözememişse sağlıksız olmanın birçok olumsuz sonuçlarıyla mücadele etmek zorunda kalırlar. Sağlığın bozulması ekonomik sıkıntılar ve güçlükleri beraberinde getirir ve böylelikle ekonomik güçlükler sağlığın daha çok bozulmasına yol açar (Akbulut, 1986, s. 3). Bu nedenlerden dolayı ülkeler, halk sağlığını geliştirmeye, mevcut problemleri gidermeye ya da önlemeye yönelik politikalar yürütmeli ve her devlet kendi ülkesine uygun sağlık hizmeti modeli geliştirmelidir.

Sonuç olarak her toplum gerek iktisadi gerekse yaşadıkları coğrafya gereğı farklı gereksinimlere sahiptir. Bu farklılıklar her ülkenin farklı politikalar yürütmesini zorunlu kılar. Yani var olan bir problemin çözümü evrensel olamamaktadır. Bireyin dolayısıyla toplumun sağlığını korumak devletin temel ödevlerinden birisi olmakla beraber her birey sağlık hakkına sahiptir. Bir alt başlıkta sağlık hakkına değinilerek sağlık hakkı kavramının uluslararası belgelerdeki yeri açıklanmaya çalışılacaktır.

1.2.2.Sağlık Hakkı

Sağlık hakkına değinmeden önce insan haklarına değinmek usulen daha doğru olacaktır. İnsan hakları tanım itibariyle, insan değerini koruyan ve insanın gerek maddi gerekse manevi bütünlüğünü geliştirmeyi amaçlayan üstün nitelikli kurallar bütünüdür. İnsan hakları pozitif hukukun güvence altına aldığı gerek yasama gerekse yürütme organının tasarrufu ile değıştirilemeyen ve kaldırılamayan haklardır (Kablay, 2013, s. 64). İnsan hakları, merkezine yaşam hakkını oturtarak yaşanan süre boyunca onurlu ve eşit fırsatlar dahilinde yaşamaya odaklanmıştır (Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Madde 2). Bu açıdan bakılırsa yaşam hakkı insan hakları bakımından en temel hak olmakla beraber, temelini sağlık hakkına dayandırmaktadır. Bu amaçla tüm bireylerinin yaşam hakkı devletlerin güvence ve koruması altında olmalıdır (Türk Tabipleri Birliğı Etik Kurulu, 2009, s. 9). Sağlık hakkı önemi gereğı birçok ulusal ya da uluslararası düzenlemede yer almıştır. Aşağıda bu düzenlemelere yer verilerek sağlık hakkı izah edilmeye çalışılacaktır.

WHO, toplumların sağlık durumlarını ölçmek amacıyla birtakım ölçütler belirlemiştir. Bu ölçütleri; *beklenen hayat süresi ile yaş ve cinsiyete göre ölüm, gruplandırılmış ölüm hızı, ölü doğum oranı, ölüm nedenleri ile beraber AIDS ve HIV gibi bulaşıcı hastalıkların yaygınlığı ve ölüm oranları, çevre kirliliğinden kaynaklı ölüm oranı, kirli içme suyundan kaynaklı ölüm oranları, hastanelerde hasta yatağı başına düşen nüfus, hekim başına düşen nüfus, kanser insidans¹¹, intihar ve cinayet oranları, iş kazaları sıklık oranı, iş kazaları ağırlık oranı, işe devamı niteleyen devamsızlık oranı, bir iş kolunda veya iş yerinde belirli sebebe bağlanan ölümleri ortaya koyan standartlaştırılmış ölüm oranı* (WHO, 2018, s. 9-19) şeklinde sıralamak mümkündür. WHO, görüldüğü üzere sağlık ölçütlerini sağlık durumunu her açıdan düzenleyecek bir biçimde sınıflandırmıştır. Sağlık durumu ölçütlerinde hastanelerde hasta yatağı başına düşen nüfus, hekim başına düşen nüfus gibi unsurlar hastalık halinin yapılacak ilk müdahalelerle beraber hızlıca ortadan kalkmasını ya da iyileştirilmesini sağlamaya yardımcı olacaktır. Bu özelliği ile erken teşhis, tanı ve tedavinin sağlık hakkı açısından ne kadar önemli olduğu düşünülmelidir. İş kazaları sıklık ve ağırlık oranı ölçütü, iş kazalarının sağlık hakkını tehdit eden bir unsur olarak görülmesini sağlamaktadır. İş kazaları gerek hükümet gerekse işveren kesimleri tarafından önlenmesi gereken olası bir durumda işçinin sağlık hakkından yoksun kalabileceğinin göstergesidir.

ILO'nun sağlık hakkı açısından yaklaşımına bakacak olursak, 102 No'lu Sosyal Güvenlik Sözleşmesinde geniş kapsamlı bir sağlık hakkı ve sağlığın korunması amacı ile izlenmesi gereken yollardan bahsedilmektedir. Sözleşmeye göre sağlık hakkı daha çok sağlığın korunması ve sağlanması yönündedir; hastalık ödenekleri, yaşlılık ve sağlık yardımları, iş kazaları ve meslek hastalıkları, maluliyet ve analık halinde yapılması gereken yardımlar sözleşmenin değindiği konulardır. Ayrıca 161 No'lu Sağlık Hizmetlerine İlişkin Sözleşme'ye bakıldığında iş ve işçi sağlığı üzerine hükümlere yer verildiği görülmektedir. Bu sözleşme ile çalışma ilişkileri çerçevesinde sağlığın öneminin ve sağlanması gerekliliğinin altı çizilmiştir (<https://bit.ly/2KyN04d>).

BM'nin 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ise sağlık hakkını şu sözlerle güvence altına almıştır;

¹¹ Bir hastalığın, belli bir zaman aralığında görülen yeni olgularının sayısı insidans, olarak tanımlanmaktadır (Bonita, R., Beaglehole, R. ve Kjellstrom, T., 2006, s. 18).

“Her şahsın gerek kendisi gerekse ailesi için, yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkânlarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır” (Md. 25/1).

25’inci madde 1’inci fıkrada sağlık bir bütün olarak ele alınmış ve sağlığı gerek çevresel gerekse direk tehdit edebilecek unsurlara yer verilmiştir. Böylelikle sağlığın korunması için gerekli ortam ve koşullara dolaylı olarak değinilmiştir.

Avrupa Konseyi'nin 1965 tarihli Avrupa Sosyal Şartı'nda sağlığın önemi şu şekilde ifade edilmektedir; Sağlığı tehdit eden/edebilecek koşulların olabildiğince ortadan kaldırılması; Sağlığın mevcudiyeti ve sağlığın gelişimi üzerinde bireysel bilinç ve sorumluluğu artırmak amacıyla eğitim ve danışmanlıklar sağlanması; hastalıkların yayılmasını olabildiğince önlemek üzere önlemler alınması gerekliliklerine vurgu yapmıştır. Böylelikle sağlık hakkı bireysel boyuttan çıkararak, sağlık hakkı tanımını genişletmiştir ve devlet tarafından sağlık hakkının güvence altına alınması gerekliliği vurgulanmıştır (Md.11).

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi'ne göre ise sağlığın korunması ve geliştirilme hali devletlerin şartları doğrultusunda yapılması gerekliliğine vurgu yapmıştır. Yine aynı madde koruyucu sağlık hizmeti önemine vurgu yaparak sağlığın korunmasının önemine dikkat çekmiştir (Md. 35).

Ulusal düzenlemelere bakılacak olursa Anayasada sağlık hakkı şu şekilde düzenlenmiştir. 1961 Anayasasının 49’uncu maddesinde sağlık hakkına yer verilmiştir. 49’uncu maddeye göre, devlet herkesin beden ve ruh sağlığını korumakla yükümlü tutulmuş ve böylelikle herkesin sağlık hakkı koruma altına alınmıştır. 1982 Anayasasında 17’inci madde ile tüm yurttaşların yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma hakkına sahip olduğunu vurgulamış ardından; 56’ncı maddede sağlık hakkına yer vermiştir; *“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak (...) bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir (...)*” hükümleriyle toplumda yaşayan herkesin sağlık hakkını yasal

olarak koruma altına almıştır. Böylelikle uluslararası/ulusüstü sözleşmelerde yer bulan sağlık hakkına anayasamızda da yer verilmiştir.

Yukarıdaki dayanaklardan yola çıkılarak tekrar belirtmek gerekir ki sağlık hakkı, bireylerin devletlerinden, gereksinim duyduğunda tedavi edilmesini ya da sağlığının korunmasını, iyileştirilmesini isteyebilmesini ve mevcut tüm olanaklardan yararlanabilmesini ifade etmektedir. Çünkü herkesin ruh ve beden sağlığı içinde yaşama hakkı vardır. Devletlerde bütün yurttaşlarının ruh ve beden sağlığını aynı zamanda insan onuruna yakışır bir şekilde yaşamalarını sağlamakla yükümlüdür (Kol, 2015, s. 135).

Genel olarak ulusal/uluslararası örgütler ve belgeler ile sağlık hakkı, sağlığın korunması ve sunumu yukarıda belirtildiği gibidir. Sağlık hakkı konusunu gerekli açıklamaları yapıp mevcut durumu açıklığa kavuşturduktan sonra sıradaki başlıkta sağlık emek-gücü kavramı üzerinde durulacaktır.

1.2.3.Sağlık Hizmeti ve Çeşitleri

Sağlık hizmetlerini genel olarak tanımlamak gerekirse, sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilite¹² edilmesi amacıyla yürütülen çalışmalar bütünüdür (Akdur, 1999, s. 5). Sağlık hizmetleri bireylerin buna bağlı olarak da toplumun sakatlık ve hastalıktan korunarak, bireylerin ruhsal, bedensel ve sosyal yönden dengeli bir biçimde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için sunulmaktadır (Kablay, 2011, s. 52). Sağlık hizmetleri, insanların sağlıklarının devam ettirilmesi, korunması ve hastalanmaları anında tanı ve iyileştirme amaçlı çalışmalarla bireyin eski sağlıklı durumuna getirilmesine ilişkin tüm hizmetleri kapsamaktadır (Er, 2011, s. 10).

Sağlık hizmetlerinin bir takım ortak özellikleri vardır ve bunlar şöyle sıralanmaktadır: Sağlık hizmetleri somut bir kavram olmaktan uzak olmakla beraber, nerede ne zaman ve ne ölçüde, kimler tarafından talep edileceği belirlenmemektedir. Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenmesi de söz

¹² Rehabilitasyon, Latince kökenli bir kelime olmakla beraber köken olarak, bilinmeyen bir şeyin öğrenilmesi kavramına dayanmaktadır. Rehabilitasyon; bir bireyin doğuştan ya da sonradan kaybetmiş olduğu bir yeteneğinin tıbbi, psikolojik ve sosyal açıdan iyileştirilme süreci olarak tanımlanmaktadır. Ayrıntılı bilgi için Akdemir ve Akkuş'un Rehabilitasyon ve Hemşirelik isimli çalışmasına bakabilirsiniz.

konusu değildir. Sağlık hizmetlerinin boyutunu hekimler belirlemektedir. Bu hizmetlerin kalitesi zamanla değişim gösterebilir. Ayrıca sağlık hizmetinin piyasalaşması halinde fiyatlarda değişimler yaşanacak ve hastaların bu durum karşısında duyarlılığı zayıflayacaktır (Kablay, 2011, s. 53). Sağlık hizmetleri hükümetlerin temel politikaları arasında yer almalıdır. Bu gerekliliğin temeli sosyal ve koruyucu devlet anlayışı temelinde yatmaktadır. Bir ülkenin gerek ekonomik gerek sosyal refahının sağlıklı bireylerin varlığı ile sağlanabileceği unutulmamalıdır. Çünkü toplumsal olarak sağlıklı olma durumu daha verimli çalışmayı, daha sağlıklı düşünmeyi beraberinde getirmekle beraber yüksek maliyetli sağlık masraflarının alt seviyeye düşmesini sağlayacaktır. Sağlık hizmetleri kendi içinde *koruyucu sağlık hizmetleri*, *tedavi edici sağlık hizmetleri* ve *rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri* olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

- Koruyucu sağlık hizmetleri sayesinde bireylerin ve toplumların karşılaşabileceği riskler en düşük seviyede tutulmak istenmektedir. Özellikle yayılma olasılığı olan hastalıkların önlenmesi, sadece bireye değil tüm topluma fayda sağlayacaktır. Bu faydanın tüm toplumu kuşatması, finansmanının kamu tarafından karşılanması gibi nedenlerle koruyucu sağlık hizmetlerinin -salt sosyal mal- olduğu söylenebilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel özelliği hastalık ortaya çıkmadan mevcut risklerle hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesidir. Bu hizmetler birinci basamak sağlık kuruluşlarında görülmektedir ve bu kuruluşlar, ana çocuk sağlığı, aile hekimleri (koruyucu hekimler) ve aile planlaması merkezleri ile verem savaş dispanserleri gibi kurumlardır (Çelikay ve Gümüş, 2011, s. 57). Günümüzde koruyucu sağlık hizmetleri iki grupta ele alınmaktadır bunlardan ilki; çevreye ilişkin hizmetlerdir ve bu hizmetler, çevremizde sağlığımızı olumsuz etkileyen fiziksel, biyolojik ve kimyasal etkenleri yok ederek ya da bireylerin bu durumdan etkilemesini önleyerek çevreyi olumlama yöntemidir. Diğer hizmetler ise bireye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleridir. Bu hizmetin tamamı sağlık personeli tarafından yapılması gereken hizmetlerdir. Bu hizmetleri sıralamak gerekirse: ilaçla koruma, bağışıklama, aile planlaması, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, sağlık eğitimi ve iyi beslenme (Er, 2011, s. 10) olarak karşımıza

çıkar. Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel dayanağı sağlığın koruyup geliştirilmesidir ve bu amaç doğrultusunda kişi ve çevreye yönelik tedbirlerin alınması gerekmektedir. Sağlığın korunup geliştirilmesi, sağlık harcamalarında azalmalara neden olacağından dolayı gerek sağlık hizmeti sunan kurumlar tarafından gerekse sağlık hizmeti alan kişiler tarafından sağlık harcamalarının azalmasına neden olacaktır. Ancak tıbbi teknolojilerdeki değişim ile koruyucu hekimliğe verilen önem azalmış, teşhis hekimlik uygulamalarında teknolojinin en çok kullanıldığı alanlardan birisine dönüşmüştür. (Kablay, 2009, s. 50-56).

- Tedavi edici sağlık hizmetleri ise hastalanan insanların sağlıklarına kavuşmaları için yürütülen çalışmaların genel ismidir (Akdur, 1998, s. 13). Bireyin hastalığa uğraması ve bu nedenle sağlık kuruluşlarına başvurmasıyla beraber tetkik, muayene ve tedavi süreçlerini kapsamaktadır. Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha yüksek maliyet içermekle beraber üç farklı basamaktan meydana gelmektedir. Hastalığın niteliğine göre basamaklardan birisinde tedavi sürecine başlanır. Basamaklardan ilkini birinci basamak sağlık kuruluşları oluşturmaktadır. Bu sağlık kuruluşlarında genellikle yatak bulunmamakta, hastaların tedavileri ayakta ya da evde yürütülmektedir. Örnek vermek gerekirse birinci basamak sağlık kuruluşları; sağlık evi, aile sağlığı merkezi, sağlık ocağı, kurum ve işyeri tabipliği, ana-çocuk sağlığı ve aile planlama merkezleri gibi donanım olarak yeterlilik düzeyi düşük, ulaşımı kolay sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır (Er, 2011, s. 23).

Birinci basamak kuruluşlarda giderilemeyen sorunların ya da ciddi sağlık sorunu olan hastaların tedavi edildiği kuruluşlar, ikinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Mevcut rahatsızlığın ikinci basamak sağlık kuruluşlarında giderilememe durumunda ise hasta üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönelmek durumunda kalacaktır. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları ise üniversite hastaneleri, onkoloji hastaneleri, akıl-ruh ve sinir hastalıkları merkezleri gibi belirli alanlarda uzmanlaşmış olan kuruluşlardan oluşmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2011, s. 57).

- Rehabilitate edici sağlık hizmetleri, hastalık sonrası ya da benzeri nedenlerle işgücünü kaybedenlere yönelik verilen hizmetlerdir. Örneklendirmek gerekirse; ciddi bir hastalık ya da çeşitli doğal afet, iş kazası ve meslek hastalığı veya trafik kazası gibi beklenmedik zamanda ortaya çıkan ve ardından ruhi ya da bedeni açıdan etkilenmiş bireylerin, tekrar sosyo-ekonomik hayata dönmelerini, böylelikle moral depolamalarını sağlamaya çalışan bir hizmet çeşididir. Rehabilitate edici sağlık hizmetleri kendi içinde ikiye ayrılmaktadır. Bunlardan ilki *tıbbi rehabilitasyon* hizmetidir. Buna göre kaybedilen organ yerine protez takılması veya güçsüzleşen organın, fizik tedavi gibi benzer yöntemlerle yeniden gücünün kazanması böylelikle bireylerin günlük işlerini sürdürebilmelerini sağlayan bir hizmet türüdür. İkinci uygulama ise *sosyal rehabilitasyon* hizmetidir. Buna göre fiziki ve psikolojik hasarlı bireylerin, uygun bir işe yerleştirilmesi veyahut bakımlarının sağlanması yönelik hizmetlerdir. Sosyal rehabilitasyon, sosyal hizmetler kurumu ve personelleri tarafından yürütülmektedir (Akdur, 1999, s. 6; Çelikay ve Gümüş, 2011, s. 57).

Yukarıda sağlık kavramı, sağlık hakkı ve sağlık hizmeti ve çeşitleri konusunda açıklamalar yapılarak sağlığın birey için önemi vurgulanmış ve sağlığın kaybedilmesi durumunda ilgili tedavi basamaklarından söz edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sürdürülmesi, sunulan hizmetlerin finansman açısından doğru kullanılmasına bağlı olduğu için sağlık finansman yöntemleri çok önemlidir. Bir alt başlıkta sağlık hizmetleri finansmanı üzerine açıklamalar yapılarak bütünsel olarak sunulan sağlık hizmetleri ile finansman ilişkisi değerlendirilmiştir.

1.2.4.Sağlık Emek-Gücü

Marx *emek-gücü* tanımını;

“(…) insanın canlı varlığında mevcut olan ve onun herhangi bir kullanım değeri üretirken kullandığı fiziksel ve zihinsel yeteneklerin bütünü (...)”

Şeklinde açıklamıştır. Ona göre, emek gücü, sadece emek-gücüne sahip olan kişiler tarafından satışı sunulduğu takdirde piyasada görülebilmektedir. Ancak bu emek gücü satışı sadece belirli süreli olmalıdır. Aksi halde bir kişi emeğini, tamamen ve süresiz satarsa, özgürlüğünü kaybederek kendini tam olarak bir köleye dönüştürmüş olacaktır (Marx, 1867; 2011, s. 170). Ulutaş-Ünlütürk, Marx'ın emek-gücü açıklamasını doğada insan ihtiyaçları için var olan şeyleri yaratmaya yönelik bilinçli eylem olarak yorumlamıştır. Emek-gücünün öğelerini ise basitçe, amaçlı insan eylemi yani iş, işin nesnesi ve işin araçları şeklinde sıralamıştır (2011a, s.36).

Emek-gücü tanımından yola çıkılarak, sağlık emek-gücünün nesnesi; hekim, hemşire, diş hekimi, sağlık memuru, eczacı ve ebeler olarak yorumlanırken, araçları; tüm tıbbi cihazlar, tüm cerrahi müdahale aletleri, tüm fiziksel donanım ve binalar olarak yorumlanmaktadır (Ulutaş-Ünlütürk, 2011a, s. 36). Emek gücünün planlanması ve sağlık hizmetlerinin gelişimi, yeterli sayı ve nitelikte sağlık personeli istihdamına bağlıdır. Bu durum ise bütçe yeterliliği durumu ile sıkı sıkıya bir ilişki içindedir (Akdur, 1999, s. 19; Fişek, 1983, s. 159). Bütçeyi sunan taraf yani sermaye sahibi, para ile emek-gücünün bileşenlerini üretim sürecine çekerek aralarında bir ücret ilişkisi kurmaktadır. Sonuç olarak emek-gücünü satan sağlık çalışanları emek güçlerini *değişim değeri*¹³ olarak sermaye sahibine sunmaktadır. Ancak değişim değerinin oranı, üretim sürecindeki teknik işleyişe göre farklılık göstermektedir (Ercan, 2013, s. 18).

Bu bağlamda genel olarak sağlık emek-gücünün etkilerini değerlendirmek gerekirse, teknoloji yoğun olan sağlık sektöründe teknoloji, emek yoğunluğunu azaltmamakta, aksine arttırmaktadır. Ayrıca teknolojik teknikler gerek hastalar açısından gerekse sermaye sahibi açısından maliyet artışını da beraberinde getirmektedir. Böylece hastalar daha fazla ücret ödemeye itilirken, sermaye sahibi

¹³ Gerek tabii gerekse sınai tüm ürünlerin insan yaşamı için hizmet etme özelliğine kullanım değeri denilmektedir. Kullanım değerinin birbiri ile değişebilme özelliği ise değişim değeri olarak tanımlanmaktadır (Marx, 1847; 1966, s. 31).

de emek-gücü üzerindeki kar maksimizasyonunu arttırmak amacıyla çalışanları yoğun bir çalışma temposuna itmektedir. Yoğun çalışma temposu, iş güvencesinden yoksun, emekliliğe yansımayan, rekabet yaratan performansa dayalı ücretlendirme, parça başı çalışma gibi farklı çalışma biçimlerinin kullanılmasına olanak tanımaktadır (Hamzaoğlu, 2015). Ancak bahsedilen bu etkiler hekim hakları açısından bazı konularda hak kayıplarının doğmasına neden olabilmektedir. Bu etkiler; hekimlerin çabaları karşılığında yeterli ücreti alma konusunda hak kaybı yaşamasına, mesleklerini herhangi bir baskı olmadan serbestçe icra edebilme özelliklerine ve yoğun iş yükü ile zaman baskısı altında olmadan hastasına yeterli zamanı ayırma konusundaki hürriyetini engelleme şeklinde görülebilir (Yalçın, 2011, s. 43). Bu etkiler ilerleyen başlıklarda daha derinlemesine örnekler verilerek açıklanmaya devam edilecektir.

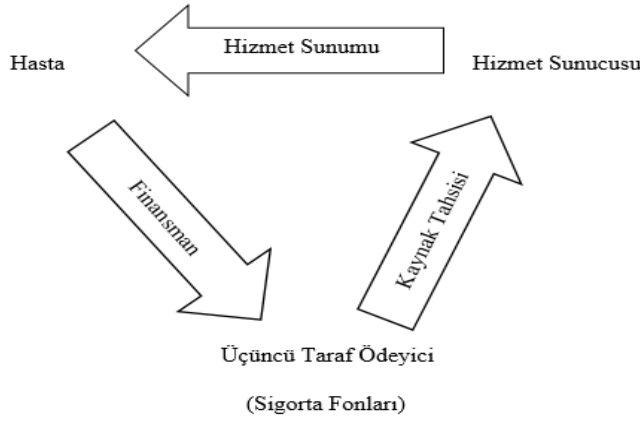
1.2.5.Sağlık Finansmanı, Gereksinimi ve Yöntemleri

WHO tarafından yapılan tanıma göre, sağlık finansmanının amacı, bireysel ve kamu sağlık hizmetleri ve tıbbi hizmetlere erişimi sağlayacak bir yönde sağlık hizmeti sağlayıcılarını motive etmek için yeterli bir fon meydana getirmektir. Sağlık sistemlerinin sağlık finansmanı ile ilgili amacı, ilk zamanlar bireyler için yeterli ve adil finansal kaynak dağılımı sağlamakken, sonraki dönemlerde demografik ve ekonomik sebeplerle ilintili olarak kaynakların sürdürülebilir bir şekilde etkin kullanılması olarak değişim göstermiştir (Arık ve İleri, 2016, s. 46).

Sağlık finansmanı kavramı, sağlık hizmetlerinde finansal kaynakların aktif halde kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavramdır. Sağlık finansmanının üç temel yöntemi vardır. Bunlardan ilki *gelir toplama yöntemidir*. Bu yöntem, vergiler, primler, cepten ödemeler ve bağışlarla sağlanmaktadır. İkinci yöntem *fon havuzlama yöntemidir*. Bu yöntemde göre belirsiz sağlık ihtiyacı risklerini paylaşmak amacıyla sağlık hizmetine yapılan ödemelerin fona katkı sağlayan herkesçe paylaşılmasıdır. Üçüncü yöntem ise *hizmet sunucularına ödeme yapma yöntemidir*. Bu yöntemde toplanan gelirler, üye olan kişinin bir sağlık hizmeti almasıyla fondan hizmet sunucularına para aktarılmasını kapsamaktadır. Hizmet sunucularına ödeme yapma yönteminin ise farklı yöntemleri vardır. Bunlar; *gün başına ödeme, birey başına ödeme, hizmet başına ödeme, vaka başına ödeme, bütçe*

ve hizmet ödemeleri olarak beş farklı şekilde sıralanmaktadır (Yenimahalleli-Yaşar ve Uğurluoğlu, 2010, s. 31-32).

Toplumda bulunan her bireyin, sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi için sürdürülebilir bir finansal kaynak yaratmak önemlidir. Ancak finansal koruma sağlarken de adaletli olmak, kaynakları etkin ve verimli bir şekilde kullanmak ayrıca kaynak oluştururken insanların yoksullaşmasını engellemek de bir o kadar önemlidir (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010, s. 89). Şekil 2’de Sağlık hizmeti üçgeni şema ile gösterilmeye çalışılmıştır.



(Yenimahalleli-Yaşar, 2007, s. 4.)

Şekil 2:Sağlık Hizmetleri Üçgeni

Sağlık hizmetleri üçgenine göre, bireyler sağlık ihtiyaçlarını tamamlamak amacıyla sağlık hizmet sunucularına yönelmektedir. Bu durumunun bedeli olarak hastalar ve/veya üçüncü taraf ödeyicileri hizmeti sunan tarafa kaynak aktarımı yapmaktadır. Bu işlemde, birinci taraf, ikinci taraf ve üçüncü taraf kavramları ile karşılaşılır. *Birinci taraf*, sağlık hizmetlerini alan bireylerden oluşur ve *ikinci tarafa* doğrudan ödeme yaparlar. Böylelikle kaynak akışı doğrudan doğruya hasta ile hizmet sunucusu arasında sağlanmış olunur. Bu durum, hizmet sunumu ve finansmanı sürecinde gerçekleşen en basit transfer şekli olarak yorumlanır. *Üçüncü tarafın* sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapması yöntemi ise karmaşık transfer şekli olarak tanımlanmaktadır. Üçüncü taraf ödeyiciler kamu ve/veya özel kuruluşlardan oluşmaktadır. Bunlar sağlık hizmeti finansmanı için kendi kapsamı

içine dahil edilen nüfustan direkt ya da dolaylı olarak prim toplamaktadır. Toplamış oldukları geliri ya doğrudan hizmet sunucusuna ödedikleri hizmet bedelini geri ödeme yapmak amacıyla hastalara geri ödeme yaparak ya da hizmet sunucularına sunmuş oldukları hizmetlerin karşılığı olarak hizmet sunucularına aktarmaktadır. Sistemdeki üçüncü taraf ödeme mekanizmasının geliştirilmesinin temel nedeni, sağlık problemlerinin meydana gelme durumunun belirsiz olmasından kaynaklı bireylerin finansal risklerinin azaltılması ve bireyler arası yeniden dağıtımın sağlanmasıdır (Güvercin, Mil ve Tarım, 2016, s. 83; Yenimahalleli-Yaşar, 2007, s. 4).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı çeşitli yöntemlerle sağlanmaktadır ve genel olarak *doğrudan ödeme, vergiler yoluyla ödeme, özel sigorta sistemi ve kamusal sigorta sistemi* olmak üzere dört ana başlık altında toplanmaktadır. Bu ana başlıklar kendi içinde farklı yöntemleri barındırmaktadır. Ve bu yöntemlerden en yaygın kullanılan teknikler; vergi gelirleri, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesabı ve cepten harcamalar olarak görülmektedir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008, s. 136-137).

Vergi gelirleriyle finansman yönteminin tarihçesi 1920'li yıllara dayanmaktadır. Vergilerin ulusal olarak toplanması yönetimde ölçek ekonomisinden faydalanmaktadır. Dünyada birçok ülke genel vergilerini sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanmaktadır. Sosyal sağlık sigortası sistemi ise karşımıza 1883 yılında Bismarck tarafından Almanya'da uygulanmıştır. Bu sisteme göre fonun finansmanı işçi ve işverenlerden alınarak sağlanmaktadır. Özel sağlık sigortası uygulamasına bakıldığında kendi içinde farklı sistemleri barındırdığını görülmektedir. Zorunlu sağlık sigortasının yerine kullanılan yöntemlere *ikame edici özel sağlık sigortası*, zorunlu sağlık sigortasıyla beraber kullanılan yöntemlere ise *tamamlayıcı özel sağlık sigortası* denilmektedir. Her sigortalanan kesim için primlerin hesaplanma biçimleri bireysel, toplumsal ve grupsal olarak farklılıklar göstermektedir. Tıbbi tasarruf hesapları uygulaması diğer uygulamalara göre çok farklıdır. Birey, kurum veya toplulukların doğabilecek sağlık risklerine karşın bir banka hesabına yalnızca sağlık harcamaları amacıyla kullanabilecekleri para yatırma esasına dayanmaktadır. Cepten harcamalar uygulaması ise bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmak amacıyla direk ceplerinden yaptıkları harcamalardır (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010, s. 89-93).

Gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra izlenen bu süreçlerin hangi ülkelerde ne gibi yöntemlerle beraber sunulduğunu incelemekte yarar vardır. Böylelikle sunulan finansman modellerinin işlerliğinin görülmesi yürütülecek politikaların ne gibi sonuçlar doğurabileceği konusunda fikir edinilmesini sağlayacaktır. Bu amaçla öncelikli olarak bir sonraki başlıkta sağlık sistemlerine değinilerek dünya geneli uygulanan sağlık sistemleri hakkında bilgiye yer verilecek ve daha sonraki başlıkta bazı seçilmiş ülkeler için uygulanan sağlık sistemlerinin hangi teknikleri kullandığı ve kullandıkları tekniklerin nasıl uygulandığı incelenecektir.

1.2.6.Sağlık Sistemleri

Sağlık sistemi, sağlık hizmetleri arz ve talebinin oluşumunu, oluşan bu arz ve talebin gerçekleştiği sistemi, düzenleri, yapıları ve süreçleri tanımlamaktadır (Sargutan, 2005, s. 4003). Sağlık sistemi kavramı, ülkelerin uyguladıkları sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ve karşılaştırılmasını sağlaması açısından önemlidir (Çelebi ve Cura, 2013, s. 48). Ancak sağlık sistemlerinin sınıflandırılması, sistemin farklı faktörlerden etkilenmesi nedeniyle son derece zordur. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması temelde finansman yöntemleri ve ülke yönetimlerinin benimsemiş oldukları ideolojilere göre oluşmaktadır (Kılıç ve Bumin, 1993, s. 43).

Geniş çaplı literatür taraması yapıldığı zaman sağlık sistemleri sınıflandırması konusunda birçok farklı başlık olduğu görülmektedir. Bu çalışmada sağlık sistemleri iki grup içinde toplanıp gruplar içi alt başlıklara yer verilmiştir. Bunlar devlet ağırlıklı sağlık sistemleri ve sigorta ağırlıklı sağlık sistemleridir.

1- Devlet ağırlıklı sağlık sistemi, literatürdeki kimi yazarlara göre kapsayıcı tip sağlık modeli olarak da tanımlanmaktadır. Devlet ağırlıklı sağlık sistemi kendi içinde *sosyalist tip sağlık sistemi* ve *ulusal sağlık sistemi* olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Model isminden anlaşılacağı üzere devlet ağırlıklı sağlık modelinde, sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumu devlet elindedir ve harcamalar kamu kaynaklıdır. Kamu kaynakları kullanılarak sunulan sağlık hizmetleri, tüm bireylerin zorunlu kamu sağlık hizmetlerini güvence altına alması ve tüm sağlık ihtiyaçlarının kamu kurumlarınca karşılanması esasına dayanır.

Ayrıca bu sistem tipinde sigortacılık uygulamaları olabildiğince azdır (Ateş, 2016, s. 83).

Sosyalist tip sağlık sistemi, Küba gibi sosyalist ülkelerde uygulanan bir sağlık sistemidir. Bu tip ülkelerde sağlık, bir mal niteliğinde olmadığından sağlık hizmetleri tamamen ücretsiz olarak sunulur ve sigortacılık anlayışına hiç yer verilmez. Sistemin finansmanı, merkezi ve yerel idarelerin bütçelerinde yer alan vergi gelirleri ile hastane ve poliklinik bütçesinden elde edilen gelirlerden sağlanır (Çelebi ve Cura, 2013, s. 53).

Ulusal sağlık sistemi, İngiltere, İsveç, Danimarka, Finlandiya, Norveç, İtalya, İspanya ve İzlanda ülkelerinde uygulanan sağlık sistemidir. Bu sisteme göre ülke vatandaşlarına hastalık hallerinde ücretsiz bakım garantisi sunulmaktadır. Sağlık hizmeti temel olarak devlet tarafından örgütlenmekte ve vergi yoluyla finanse edilmektedir. İngiltere gibi bazı ülkelerde örgütlenme yapısında merkezileşme yoğunlukta iken, İsveç, Finlandiya, Norveç gibi bazı ülkelerde örgütlenme ve yönetim merkezilikten uzaklaşmıştır (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016, s. 708).

2- *Sigorta ağırlıklı sağlık sistemi*, Sigorta ağırlıklı sağlık sisteminin finansmanı, sağlık sigortası fonuna yapılan prim ödemeleri ile sağlanmaktadır. Sigorta sunumundan faydalanmak isteyen kişiler belirtilen koşullar içinde bu fonlara prim ödemek zorundadır. Kendi içinde, *hastalık sigortası sistemi* ve *liberal sağlık sistemi* olarak ikiye ayrılmaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008, s. 140).

Hastalık sigortası sistemi, Almanya, Avusturya, Lüksemburg, Fransa, Belçika ve Baltık ülkelerinde uygulanan bir sistemdir. Bu sisteme göre sağlık yardımları, kamu ve özel kurumlarla beraber yürütülür. Sistemin giderleri farklı hastalık sigortası sandıklarına ödenen primler tarafından karşılanmaktadır. Her ülkenin prim ödeme oranı farklılıklar göstermekte ve işçi, işveren, devlet arasında farklı oranlarda prim oranları mevcuttur (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016, s. 708).

Liberal sağlık sistemi için sağlık hizmeti, sosyalist tip sağlık anlayışının tamamen zıddı şeklinde sunulmaktadır. Bu doğrultuda sağlık hizmetleri tam olarak bir tüketim maddesi olarak kabul edilir. Finansman bireylerden toplanan özel sağlık primleri ile sağlanır. Amacı kar elde etme olan özel sigorta şirketleri, bireyler ile yaptıkları anlaşma çerçevesinde sağlık hizmeti sunmaktadır (Kılıç ve Bumin, 1993,

s. 43). Özellikle ABD’de uygulanan bu sisteme göre, kamunun sağlık yardımları ikinci plandadır. Yalnızca acil durumlarda, yaşlılara, yoksullara, kamu sağlık yardımına muhtaç sakatlara, karşılıksız sağlık yardımı yapılmaktadır. Bunun dışında herkes, işverenleri tarafından finansmanı sağlanan özel sağlık sigorta sistemine katılmaktadır (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016, s. 709).

1.2.7.Ülkelere Göre Sağlık Finansmanından Örnekler

Bu başlık altında beş farklı ülkenin sağlık finansman yöntemleri incelenecektir. Ülkelerin seçimleri konusunda karar kılınırken dünyada örnek olan ve farklı bölgelerde uygulanan yöntemler olmasına özen gösterilmiştir. Bunun sonucunda liberal ideolojinin yaygın olarak kullanıldığı Amerika Birleşik Devletleri, ardından Bismarck modelinin doğup geliştiği Almanya, sağlık finansmanı açısından dünyada farklı bir deneyim olan Şili, dünya refah endeksinde üst sıralarda yer alan İsveç ve son olarak da sistemsel olarak daha merkezi bir yönetime sahip olan Almanya seçilmiştir. Aşağıda bu ülkeler hakkında açıklamalara yer verilecektir.

1.2.7.1.Amerika Birleşik Devletleri’nde Sağlık Finansmanı

ABD’de sosyal güvenlik sistemi, diğer gelişmiş ülkelere göre daha dar kapsama sahiptir. 1929 Buhranının sonuçlarını hafifletmek amacıyla New Deal politikalarıyla sosyal güvenlik sistemi ortaya çıkmıştır. Çıkarılan kanuna göre yalnızca emeklilik aylığı bağlanması öngörülmüş, federal yaşlılık sigortası uygulaması federal ve eyaletler düzeyinde sınırlı bir işsizlik sigortası oluşturulmuştur. Birleşik Devletleri’nin sosyal güvenlik sisteminden SSA sorumludur ve önceleri bakanlar kuruluna bağlı bir yapıyken daha sonra bağımsız bir kuruma dönüşmüştür (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013b, s. 1-2).

Amerika’da sağlık sigortacılığı 1910’lu yıllarda yaygınlaşmaya başlamıştır ve ülkenin politik özelliklerine bağlı olarak gerek hizmet üretimi gerekse finansman bakımından çok parçalı bir yapıdır. Amerikan sağlık sigortacılığı genel bir yapıya sahip olmadığı için sunulan hizmetlerin standartları ve fiyatları, eyaletler arasında, kent-kır ayrımına göre, bireylerin yaş ve mesleklerine göre değişim göstermektedir. Bu nedenle adil ve standart bir sağlık sistemine sahip değildir. Buna ek olarak

söylenbilir ki sosyal güvenlik sisteminin en karışık, en sorunlu ve en pahalı alanı sağlık sigortasıdır (Belek, 2009, s. 180). ABD’de sağlık harcamalarının GSYH’daki payı ortalama %17 oranındadır. Diğer zengin ülkelere bakıldığında bu oran ortalama olarak %9 dolaylarında kalmıştır (Tuncay ve Ekmekçi, 2015, s. 45).

ABD’de en temel sağlık güvence sistemi 1965 tarihinde kurulan Medicare and Medicaid sistemidir bu sistem işveren temelli sigorta sistemi ve özel sağlık sigortası anlayışına dayanmaktadır. Medicare 65 yaş üstü bireyler ve engellileri kapsam içine alırken Medicaid belirli bir gelirin altındaki bireyleri kapsam içine almaktadır. Vatandaşların çoğu işveren temelli sigorta sistemine dahildir ve sağlık hizmetini özel sektörden alır. İşveren temelli sistemde, işverenler çalıştırdıkları işçiler için sağladıkları sigortaların karşılığında vergi iadesi almaktadırlar buna karşın çalışanlar bir kısım maliyetten sorumlu tutularak kendileri ödeme yapmaktadırlar (Belek, 2009, s. 185). Medicaid programı federal hükümetler ve eyaletler tarafından ortaklaşa finanse edilmektedir. Federal hükümet, eyaletlere Federal Tıbbi Yardım Yüzdesi (Federal Medical Assistance Percentage – FMAP) adı verilen program dahilinde yapılan harcamalar için ödeme yaparlar (medicaid.gov). Medicare’in finansmanı çalışanlar, işverenler ve kendi hesabına çalışan kişiler tarafından ödenen vergiler, sosyal güvenlik yardımları üzerinden ödenen gelir vergisi ve güven fonu yatırımlarından kazanılan faizler tarafından karşılanmaktadır (medicare.gov).

Genel olarak bakıldığında ABD’de üç tip sağlık sigorta uygulamasına rastlanılır; ilk olarak en yaygın olanı *işverenlerce şirket sağlık programları*, ardından *kamu sektörü tarafından finanse edilen sağlık programları* ve son olarak bireysel olarak *özel şirketlerden satın alınan sağlık sigortası* uygulamasıdır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013b, s. 7).

2012 yılında ciddi tartışmalarla beraber başkanlık seçimlerinde sağlık sigortacılığı reformu gündeme getirilmiştir. Resmi adı *Patient Protection and Affordable Care Act* olan bu reform Amerikan basınında *Obamacare* olarak gündeme geldiği için yaygın olarak kısaca Obamacare ismiyle anılmaktadır. (<https://www.thebalance.com/how-could-trump-change-health-care-in-america-4111422>)

Obamacare ile kapsamlı bir sağlık sigortası sistemi hedeflenmiştir. Bu reforma göre hükümet sağlık sigortası sisteminde düzenleyici bir rol üstlenecektir. Ödemelerin tek elden yapılması planlanmış, böylelikle tüm kesimi kapsayan bir sağlık sistemi oluşturulması hedeflenmiştir. Ancak yoğun eleştiriler nedeniyle tasarının tamamı kabul edilmemiş yerine sınırlı bir paket hayata geçirilmiştir. Bu sağlık sigortası paketi sayesinde, sağlık sigortası bulunmayan 30 milyondan fazla Amerikan vatandaşı sağlık sigortasına kavuşmuştur. Ayrıca bireyler artık 26 yaşına kadar ailelerinin sağlık sigortasından yararlanabileceklerdir. Buna ek olarak 2016 yılından itibaren sağlık sigortası sistemine katılım zorunlu hale getirilmiş katılmama halinde bireylere ceza uygulaması ön görülmüştür (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013b, s. 7-8). Bu reformla beraber yıllık geliri yüksek olan Amerikan vatandaşları, geliri düşük olan kesim için zorunlu birikim yapmış olacaklardır. Koruyucu sağlık hizmetlerini sigorta şirketleri kesinti yapmadan karşılayacaktır. Küçük işverenlere devlet destekleri yapılacak böylelikle işverenin çalışanlarına sağlık hizmeti sunmaları kolaylaştırılacaktır. Çalışanlarına sağlık sigortası yaptırmayan işverenlere para cezası kesilecektir. Reformun getirdiği kapsam genişlemesine karşın sağlık giderleri azalış eğilimindedir. Bunun temel nedeni sağlık giderlerinin azaltılması yönünde yürütülen teşviklerdir. Bu doğrultuda sigortalılar ucuz olan tedavi paketlerine yönelmektedir (Tuncay ve Ekmekçi, 2015, s. 47). Kapsam olarak genişleyen ve sigortalılığı zorunlu bir hale getiren Obamacare yasası 2016 başkanlık seçimleri sonucu devlet başkanının değişmesi ile farklı bir boyuta ulaşacaktır.

2016 ABD başkanlık seçimleri sonucu Ocak 2017 tarihinde resmi olarak başkan koltuğuna oturan Donald John Trump ilk iş olarak yeni bir sağlık reformu oluşturmayı planlamıştır ve bu doğrultuda yeni sağlık tasarısı hazırlıklarına girişmiştir. Obamacare ile nüfusun geneline yayılan sağlık sigortası sistemi Trump'ın önderliğinde tasarlanan *American Health Care ACT of 2017 (AHCA)* ile daha dar kapsamlı bir sağlık sigortası sistemi hedeflenmiş gerekçe olarak da vatandaşlara çok fazla mali yük yüklediğini sunulmuştur (Kırılmaz, Amarat ve Ünal, 2017, s. 91).

Tasarı Mayıs 2017'de senato oylamasında az bir oy farkı ile sonraki oylamaya sunulmak amacıyla barajdan geçmiştir. Bu sisteme göre sağlık sigortası sisteminde önemli değişiklikler yapılmış ve bu değişikliklerin ne gibi sonuçlar

doğuracağı Amerikan basınında önemli bir yer işgal etmiştir. Genel olarak Amerikan halkının yorumu geniş kapsamlı tutulan sağlık sigortası sisteminin daha dar bir kesime hitap edeceği yönündedir. Buna ek olarak yaşlılıkla sigorta maliyetleri arasında pozitif korelasyon bulunduğu böylece genç nüfusun sigorta maliyetlerinin hafif olmasının olumlu bir durum olduğu yazılmaktadır (<http://www.wikizero.biz/index.php?q=aHR0cHM6Ly9lbi53aWtpcGVkaWEub3JnL3dpa2kvQW1lcmljYW5fSGVhbHRoX0NhcmVfQWN0X29mXzIwMTc>).

Obamacare, mali yardımı belirlemek için aile gelirini, yerel sağlık sigortası maliyetini, yaş ve sigara içme durumunu kullanmıştır. Ancak Trump tarafından savunulan ve uygulamaya konulan yeni kanunda, vergi kredilerini öncelikle yaşa göre belirlemekte daha sonrada bir bireyin kronik rahatsızlıklarına, uyuşturucu kullanımına ve zihinsel rahatsızlık durumuna bakılmasını uygun görmektedir. Ayrıca Obamacare vergi kredilerini sadece aile geliri üzerinden değil aynı zamanda yaşanan bölgelere göre değişen yerel sağlık hizmetlerinin maliyeti ile ayarlarken yeni kanunda bu coğrafi maliyet farklılıkları ortadan kaldırılarak tek tipleştirilmesi ön görülmektedir (<https://www.thebalance.com/how-could-trump-change-health-care-in-america-4111422>).

Yukarıda değinildiği gibi yeni sisteme göre bireylerin yaşa dayalı olarak sigorta şirketlerine poliçe ücreti ödemeleri ön görülmektedir. Tablo 2’de yaş aralıklarına göre ödenmesi planlanan ücretler gösterilmiştir.

Tablo 2:American Health Care ACT of 2017 (AHCA)’ya Göre Bir Amerikan Vatandaşının Yaşına Göre Ödeyeceği Ortalama Sağlık Sigortası Poliçe Ücreti (Yıllık)

Yaş Aralığı	Sigorta Şirketine Ödenecek Ortalama Yıllık Tutar
30 yaşından küçükler için	\$2,000
30-39 yaş aralığındaki bireyler için	\$2,500
40-49 yaş aralığındaki bireyler için	\$3,000
50-59 yaş aralığındaki bireyler için	\$3,500
60 yaş ve üzerindeki bireyler için	\$4,000

Thebalance, 5Aralık 2017.

Ancak yukarıdaki oranlar düzenli olarak sağlık sigortası poliçesini yenileyen bireyler için geçerlidir. Yeni kanuna göre eğer bir birey 63 ardışık gün içinde sağlık sigortası poliçesini yenilemezse yukarıda belirtilen tutarlara sağlık sigortası şirketi %30'luk ekstra ücret ekleyerek poliçe ücretini yeniden hesaplayacaktır (<https://www.thebalance.com/how-could-trump-change-health-care-in-america-4111422>). Önceki sistemde sigorta şirketlerinin böyle bir uygulaması bulunmamakla beraber devlet, sigortalanmayan bireylere maddi yaptırım uygulamakta böylece her bir bireyin sigortalanmasını zorunlu hale getirmekteydi. Ancak yeni kanuna göre bireylerin sigortalanmadıkları takdirde devlete ödeyecekleri cezanın artık sigorta şirketlerine ödenmesinin yolu açılmıştır. Ek olarak bu uygulama bireylerin sigortalanma konusundaki zorunluluklarını ortadan kaldırarak sağlık sigortasını bireysel özgürlüğe bırakılmış oluyor. Zaten Trump'ın eleştirisi Obamacare'de bulunan bu yaptırımdır. Yalnız böyle bir eleştiriyi getirirken birçok fiyatlandırmanın yolunu açan, ayrıca %30'luk cezai poliçe ücreti hesaplamasının ortaya çıkmasını sağlayan AHCA, hakkaniyet konusunda soru işareti yaratmaktadır.

Yeni yasanın bir diğer maddesine bakıldığında yaşla beraber pozitif korelasyonu bulunan fiyatlandırma sisteminin benzer bir uygulaması kronik hastalıklarda da vardır. Yani bir bireyde mevcut olan kronik bir rahatsızlık o bireyin ödeyeceği poliçe ücretini yukarı doğru çıkaracaktır (<https://bit.ly/2oG1r7w>).

Her ne kadar sağlıklı bir bünyeye sahip olursa bile canlı doğası gereği yaş aldıkça fizyolojik olarak birey bünyesinin direncinin azalması ve olası rahatsızlıklara karşı daha savunmasız bir canlıya dönüşülmesi kaçınılmaz bir gerçektir. Bu durumu göz önüne alırsak sağlık sigortası şirketlerinin karlarını maksimize etmek amacıyla poliçe tavan fiyatının hükümet tarafından belirlenmemesi halinde gerek farklı yaş grupları arasında gerekse bireyler arası kronik¹⁴ hastalıkların farklılık göstermesiyle aynı yaş grubu içindekiler için çok

¹⁴ Başka bir açıdan yaklaşmak gerekirse, tıp alanında yaşanan ilerlemeler, salgın hastalıkların önlenmesi, doğum oranlarında yaşanan azalmalar ve yaşam süresindeki uzamalar sonucu yaşlı nüfusun oranında her geçen gün artış yaşanmaktadır. Günümüzde hemen hemen her ülkede yaygın olarak ölümlerin başlıca nedeni kalp ve damar hastalıkları, kanserler gibi kronik hastalıklar olarak belirlenmiştir. Dünyada 2005 yılında meydana gelen 58 milyon ölümün 35 milyonu yani %60'ı kronik hastalıklara bağlı olarak gelişmiştir (Bilir, 2006, s. 2). Bu duruma bağlı olarak çeşitli sigorta poliçe ücretleri ile yaşa bağlı olarak değişen sigortalanma maliyetleri sigortalanmış kişiler arasında fırsat eşitliğinin önüne geçmekle beraber herkese adil sağlık hizmeti sunumunun önüne geçecektir.

çeşitli poliçe ücretleri ortaya çıkacaktır. Bu durumunun mevcudiyeti sağlıkta fırsat eşitliği açısından önemli bir sorun olarak görülebilir.

Obamacare sağlıkta fırsat eşitliği ve herkese sağlık hizmeti sloganı ile yürürlüğe girmiş ve ülke çapında bu yelpazeyi önemli düzeyde genişletmişti. Ancak AHCA'ya göre bütçe açığının fazla olması özellikle bu kapsam genişliğinden kaynaklanmaktadır. Sağlık finansmanı konusunda önemli düzeltmelere gidilmeli dar gelirli Amerikan vatandaşlarına, kadınlara, çocuklara ve engellilere sağlanan devlet destekleri önemli düzeyde azaltılmalıdır (<https://bit.ly/2J1k69N>).

AHCA ile doğum kontrol aracı olan kürtaj hizmetine erişim azaltılmalı ve diğer kadın sağlığı hizmetleri için sınırlamalara gidilmelidir. Ayrıca kanser taramaları sigorta kapsamından ayrılmalı böylelikle sigorta yükünün hafifletileceği savunulmaktadır. Göze çarpan bir diğer konu ise işverenlerin işçilerini sigortalama zorunluluğunun ortadan kaldırılmasıdır (<https://nyti.ms/2pCZtYL>).

Öncelikle kürtajın sigorta kapsamı dışına alınması istenmeyen gebeliklerin doğum ile sonuçlanmasına neden olabilir. Bu tür doğumlar ülke nüfusunu artıracaktır ancak ailelerin gerekli yaşam standardına sahip olmaması durumunda aileyi daha da yoksullaştıracaktır. Ayrıca bu durum kadınların emek piyasasından daha kolay çekilmesinin yolunu açabilir, kadınlar için düşük ücret düzeyleri sunulmasını sağlayabilir ve cam tavan olayını destekleyebilir.

İşverenlerin işçilerini sigortalama zorunluluğu işverenin işçilerine karşı duyduğu en temel sorumluluklardan birisidir. İşverenlerin işçileri sigortalama zorunluluğunun ortadan kaldırılması ise endüstri ilişkileri açısından işçi sınıfının hayat standartlarını ciddi boyutta olumsuz etkileyebileceği gibi işveren kesimini önemli düzeyde “masraf yapmaktan” kurtaracaktır. İşçiler, sermayenin işlenmesi, hammaddelerin nihai ürüne dönüşmesi ve hatta gerek ülke içinde gerekse uluslararası düzeyde işverenin markalaşmasını sağlayan, sermayedarın en önemli kaynaklarından birisidir.

Eğer AHCA'nın bu bölümleri yürürlüğe girerse Amerikan sağlık sigortasının kapsam alanında ciddi bir daralma yaşanacağı ortadadır. Devletin sağlık harcamaları üzerindeki payı hızla azalmaya gidecek buna karşın vatandaşların ceplerinden çıkan sağlık harcamaları hızlı bir şekilde artacaktır. Sağlık sigortasının ülke genelinde kapsamının daralması ülkede önlenebilir sağlık

problemlerinin erken teşhis ve tedavi olunamamasından dolayı hastalığın ileri düzeylere ulaşmasına neden olabilir. Böyle bir durum sonucunda tedavi masrafları daha da artmış olacaktır. Toplum olarak daha sağlıklı olmaya karşın toplum daha çok sağlık harcaması yapmak zorunda kalacaktır.

1.2.7.2.İngiltere’de Sağlık Finansmanı

İngiltere’de sağlık sistemi önemli oranda kamusal özerk bir yapıdaydı. Sosyal güvenlik sisteminin gelişmesine en büyük katkı 1942 tarihli Beveridge raporuyla gerçekleşmiştir. Bu raporun temel amacı yoksulluktan kurtulmak için çözüm yolları aramaktır. Beveridge raporuna göre çözüm yolu olarak üç amaçlı sosyal devlet politikası sunulur. Politikalardan ilki İngiltere vatandaşlarının tamamını kapsayacak nitelikte bir sosyal güvenlik ağının oluşturulmasıdır. Bu amaç doğrultusunda NHS ağı oluşturulmalı ve son olarak tam istihdam sağlanmalıdır (Özmen, 2017, s. 95; Belek, 2009, s. 203).

Ulusal Sağlık Bakanlığınca yürütülen hiyerarşik bir kamu kuruluşu olan NHS 1948 yılında Ulusal Sağlık Sistemini düzenlemek amacıyla kurulmuştur. Kurulduğu ilk yıllarından beri hemen hemen bütün sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak sunmak NHS’nin temel amacıdır. İlk zamanlar halk yalnızca ayakta tedavi sırasında kullanılan ilaçların maliyetlerine ve dış sağlığı hizmetlerinin maliyetlerine katkıda bulunmaktaydı (Allen, Bartlett, Perotin ve diğerleri, 2011, s. 77-78) ancak Thatcher’lı yıllar olarak adlandırılan 1970-1990 yıllar aralığında İngiltere birçok korumacı devlet uygulamasını önemli ölçüde yitirmeye başlamıştır. Diğer birçok alanda olduğu gibi sağlık sisteminde de liberalleşme politikaları yürütülmüş hastanelerin devlet kurumu statüsü yitirmeye başlanmıştır (Belek, 2009, s. 203-207).

Önceleri ulusal çapta yoksulluğu önleme politikaları önem kazanıyorken artık zamanla en muhtaç kesime yardım politikaları önem kazanmaya başlanmıştır. Bireysel özel sigortalar ve işyeri sosyal güvenlik programları hükümet tarafından teşvik edilmiştir. Sosyal güvenlik giderleri, kira, çocuk, işsizlik ve hastalık yardımlarının miktarı zamanla azaltılmış, sakatlara yapılan yardımlara ise dokunulmamıştır (Tuncay ve Ekmekçi, 2015, s. 33-34). Buna karşın yine de İngiltere’de sağlık sigortası nüfusun genelini kapsamaktadır. Ulusal sağlık

hizmetleri ile bireysel yapılan ek sigortalarda ücretsiz sağlık hizmetleri İngiliz devletinin temel prensibi olarak kalmış tam anlamıyla ücretli sağlık sistemine geçiş gerçekleşmemiştir (Gülcan, 2017, s. 972).

İngiltere’de sağlık hizmetleri genel olarak vergi gelirleri yoluyla finanse edilmektedir, bunlar; *katma değer vergileri, genel vergiler ve ücretlilerden alınan gelire oranlı katkılar* olarak sıralanmaktadır. Hastaneler genel olarak kamu kuruluşudur. Özel sağlık sigortalıları ve doğrudan ödeme yapan kesim için yurt genelinde özel hastaneler bulunmaktadır. İngiltere’de ikamet eden herkes NHS kapsamına girmektedir ve NHS’nin finansmanının %12’sini ulusal sigorta katkıları oluşturmaktadır. Ayrıca özel sağlık sigortası kâr amaçlı ya da kâr amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Çalışanların gelirlerinden %10’u, işverenlerden %11,9’u katkı payı olarak alınmaktadır ve bu paylar ulusal sigorta fonunda toplanmaktadır (Sargutan, 2006, s. 544-545).

İngiltere çalışan yoksullara yardım etmek amacıyla düşük nitelikli işlerde çalışan bireylere vergi indirimi sağlamaktadır. Ayrıca yaşlıların yoksullaşmasını ve gereksinimlerini karşılamaya yönelik yaşlılık sigortası uygulaması vardır. Başka bir deyişle yaşlılık sigortasının temel işlevi, tasarrufu özendirici bir yapıya sahiptir. Kişinin kendini güvence altına alma çabası ile sigortalılık kavramları risk yönetimi anlamına gelmektedir. Risk yönetimi bireylerin sosyal refahını sağlama kavramıyla beraber yaşlılık sürecinde kendi kendini idare edemeyen bireylerin korunması ve bakımının sağlanmasını da içermektedir (Gülcan, 2017, s. 972). Yukarıda bahsedilen her iki uygulama sosyal devlet anlayışı ile iç içe geçmekte ve temelinde dezavantajlı kesimlerin karşılaşılabilecekleri riskleri daha kolay telafi etmesini sağlamaktadır.

İngiltere’de bir bireyin tam emeklilik maaşı alabilmesi için, minimum 44 yıl çalışması ve vergi görevini yerine getirmiş olması gerekmektedir. Ayrıca emeklilik süresinin 65 yaşından sonrasına ertelenmesi durumunda ertelenen her bir yıl için emeklilik maaşı %10,4 artış gösterecektir (Taşcı, 2010, s. 192). Böylelikle emeklilik yaşını geciktirici bir politika izlenmekte ve emeklilik maaşlarının taban ücret üzerinden artışı gerçekleşmektedir.

1.2.7.3.Şili’de Sağlık Finansmanı

Şili sosyal güvenlik sistemi askeri darbe yaşayana kadar dağıtım modelini kullanmıştır. Ancak 1973 yılında askeri hükümet tarafından bireysel kapitülasyon sistemine geçilmiştir. Böylelikle ülke çapında tüm alanlarda özel sektör uygulamaları arttırılmıştır. Darbe öncesi sosyal güvenlik sistemine bakmak gerekirse 1920’li yıllardan itibaren sistem gelişim içerisine girmiştir. Uygulanan sağlık sistemi sendikalar, işverenler ve hükümetler tarafından çalışanlara yönelik geliştirilen sistemde, ilk zamanlar oldukça dağınık bir uygulama görülmekteydi ancak 1952 yılında SNS devreye sokularak sistemde yaşanan dağınıklık giderilmeye çalışılmıştır (Kapar, 1999, s. 168; Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013b, s. 113).

1970’li yıllara gelindiğinde Şili’de Şili Ulusal Sağlık Hizmeti (SNS), SERMANA ve Kamu Sağlık Hizmetleri Fonu olmak üzere üç farklı devlet sağlık sistemi uygulaması yürütülürken ayrıca özel sağlık sistemi uygulaması da görülmektedir. Bu sisteme göre (Kapar, 1999, s. 169-170):

- SNS nüfusun %17’sini oluşturan sigortasız, yardıma muhtaç kesime ücretsiz hizmet sunarken, ağırlıklı olarak nüfusun %50’sini oluşturan mavi yakalı işçiler ve bakmakla mükellef oldukları fertlere prim ödemeleri şartı ile hizmet sunumu gerçekleşmekteydi.
- 1968 yılına gelindiğinde toplam nüfusun %20’sini oluşturan beyaz yakalı çalışanlar ve onların bakmakla mükellef oldukları bireyleri kapsamı altına alan SERMANA kuruldu. SERMANA’nın gelirleri devlet katkısı da dahil olmak üzere prim ve tedavi katkılarından meydana gelmekteydi. Bu uygulamaya göre özel ya da kamu sağlık sunucularından hizmet alınabilmekteydi. Hem SNS için hem SERMANA için zorunlu olarak ödenmesi gereken primler bireylerin ücretlerinin %4’ü olarak belirlenmişti.
- Nüfusun %5’ini oluşturan asker ve polisler Kamu Sağlık Hizmetleri Fonundan yararlanmaktaydı.
- Nüfusun %10’unu kapsayan ve bireylerin kendi kendilerine sağlık masraflarını finanse ettikleri Özel Sağlık Hizmeti Uygulaması da mevcuttu.

- Nüfusun %2'sini ise inşaat, bakır ve bankacılık gibi bazı sektörün işveren ve işçi fonlamasıyla beyaz yakalı çalışanlar için ön ödemeli fonlar da mevcuttu.

Görüldüğü üzere 1981 öncesi Şili'de sosyal güvenlik tek bir sistemden oluşmak yerine ayrı ayrı birçok kurum tarafından idare edilmekteydi. Devlet memurları, ücretli çalışanlar ve beden işçileri için başlıca üç program vardı. Ayrıca ek olarak çeşitli meslekler için 30'dan fazla farklı programlar mevcuttu. 1979'da başlıca üç programa dahil olanlar toplumun %94'ünü oluşturuyorken diğer birçok programın katılımcıları 1000 (bin)'den az katılımcıya sahipti. Her bir fonun katkı payı ve endeksleme oranı, fayda düzeyi ve emeklilik şartları farklıydı. Örneğin, maaşlı çalışanlar için sağlanan fon, nihai kazançların yüzde 100'ünden azami fayda sağlıyorken beden işçileri fonu için maksimum fayda nihai ücretlerin yalnızca yüzde 70'iydi. Bazı emeklilere ayrıca birden fazla fondan emeklilik hakkı tanınmıştır. Buna ek olarak, her bir fonun kendi idari teşkilatı vardı (Kritzer, 1996, s. 45).

1981 yılında çıkarılan bir yasaya göre gelir düzeyi yüksek olan halkın kamu sigortacılığı sistemine değil, özel sağlık sigortalarına prim yatırmaları zorunlu kılınmıştır. Yararlanılacak sağlık sigortaları bireylerin gelirlerine, bireysel hastalıklarına ya da hastalık risklerine bakılarak şekillenmektedir. İşçi, işveren ve bazı durumlarda devletin de katkıda bulunduğu fondan bireysel fonlama sistemine geçilmiştir. 1988 yılına gelindiğinde işveren primleri tamamen kaldırılmıştır. 1990'ların sonlarına gelindiğinde sigortalıların emeklilik sistemine yaptıkları katkı oranı %10, dul-yetim aylıkları ile sakatlık risklerine karşı %2,5 ile %3,7 aralığında prim ödenmesi zorunludur. Ek olarak sağlık ve analık hakkı için ayrıca %7 prim ödenmesi gerekecektir. Sonuç olarak özelleştirilmiş sistemde toplamda %19,5 ile %20,7 arasında, kamu sektöründe ise %27 prim ödenmektedir (Kurtulmuş-Kıroğlu, 2006, s. 27).

Şili'nin sağlık sistemi kamu alt sistem ve özel alt sistem olmak üzere ikili yapıya sahiptir. Kamu alt sisteme, dahil olmak isteyen sigortalılar ile sosyal güvencesi olmayan ancak devletçe finansmanı sağlanan bireyler dahildir. Bu sistem nüfusun yarısından fazlasını kapsam içine almıştır ancak özel alt sistemin kapsamı bu denli geniş değildir. Özel alt sistem özel sağlık sigorta işletmelerine bağlı olan bir sistem şeklindedir. Ayrıca Silahlı Kuvvetler çalışanlarının kendilerine özel sağlık

sistemleri vardır. Genel değerlendirme yapmak gerekirse Şili'nin sağlık sistemi yapısı katılımlı sistemdir. Sağlık sigortasına sahip olmak isteyenler vergiye tabi gelirlerinin %7'sini sağlık sigortası primi olarak ödemek zorundadırlar. Böylelikle kamu ya da özel sağlık sisteminden herhangi birine katılabilirler. Özel sigorta şirketleri primlerini bireylerin yaş, cinsiyet, aile durumu gibi farklılıklara göre belirlerken, Ulusal Sağlık Fonu yalnızca geliri baz alarak prim oranını belirlemektedir ve her birey yaşından, ailesinden ve medeni durumundan ayrı olarak değerlendirilir (Sargutan, 2006, s. 2590-2597).

Dünyada sosyal güvenlik sistemini tamamen özelleştiren ilk ülke Şili'dir. Bu ülkedeki sistem başta Uruguay, Bolivya, Arjantin, Kolombiya, Meksika ve Peru ülkelerinin sosyal güvenlik sistemlerine de yön vermiştir. Ayrıca dünya geneline sosyal güvenlik konusunda farklı bir alternatif sunmaktadır.

1.2.7.4.İsveç'te Sağlık Finansmanı

İsveç Avrupa'nın en çok yaşlı nüfusuna sahip ülkelerden birisidir. Ülkede ortalama yaşam süresi kadınlar için 81,4, erkekler için 80,3 yıldır ve ölümlerin büyük bir oranı yaştan kaynaklı kalp krizi olarak meydana gelmektedir (<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>). Yaşam süresinin uzun olması kaliteli yaşam standardı ve buna bağlı olarak kaliteli sağlık hizmetleri anlamına gelmektedir. Toplumsal olarak sağlıklı kalabilmek muhakkak devletin sağlık konusunda yürütmüş olduğu hassas sağlık politikalarından kaynaklanmaktadır. Bu başlık altında İsveç sağlık sistemi hakkında genel bilgilere yer verilecektir.

İsveç sosyal sigorta sisteminin temel bileşenleri emeklilik, hastalık, ebeveyn ve işsizlik sigortalarından oluşmaktadır (Tepe, 2005, s. 266).

Genel olarak sağlık sistemine bakıldığında kademe kademe üç farklı yapı görülmektedir. Bu yapılar sırası ile ulusal, bölgesel ve yerel düzeylere doğru inmektedir.

Ulusal düzeyde sağlık sisteminin yürütülmesi sağlık hizmeti, sosyal hizmetler, halk sağlığı ve sosyal sigorta bölümlerinden oluşan Sağlık ve Sosyal İlişkiler Bakanlığına aittir. Bu bakanlığın görevi sağlık konusunda gündemi belirlemek ve bu konu doğrultusunda yasalar çıkartmaktır. Bölgesel düzeyde sağlık

sistemi yürütümü birincil bakımdan bütün sağlık hizmetlerinin sorumluluğu ve sunumuna sahiptir. Hizmetleri arasında, ev hemşireliği hizmetleri, çocuk, yaşlı ve engelli bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve okul sağlık hizmetleri gibi çeşitli faaliyetler vardır (Tümerkan-Albayrak ve Birinci, 2017, s. 34; Sargutan, 2006, s. 1358-1360).

Yerel ve bölgesel düzeyde sağlık hizmeti sunma sorumluluğu il meclislerine ve bazı durumlarda belediye yönetimlerine devredilmektedir. İl meclislerin çalışmalarının %90'ı sağlıkla ilgilidir. İl meclisi üyeleri, ulusal genel seçimlerinin yapıldığı gün yerel bölge sakinleri tarafından dört yıllık görev süresi için seçilmektedir (<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>). Yani her 4 yılda bir tekrar seçime gidilmekte, böylelikle yerel sağlık hizmeti sunucularından memnun kalmamaları durumunda kendi iradeleri ile yeni temsilciyi seçebilmektedirler. Bu uygulamayla beraber sağlık sisteminin aktif ve inovasyona açık olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin temel sorumlusu bölge meclisi, yurttaşlarına hastane, birinci basamak bakım, psikiyatrik bakım ve diğer sağlık hizmetlerini sağlamakla görevlidirler. Bölge meclisleri hastanelerin birçoğunun sahibi ve işletmecisi konumundadır. Ayrıca özel olarak işletilen ancak finansmanı kamu tarafından yapılan özel sağlık hizmetlerini düzenleme, kural koyma ve denetleme sorumluluğuna da sahiptirler (Erdal, 2012, s. 206).

Yerel yönetimlerin bir diğer görevi hastaların mümkün olan en kısa sürede tedavi alabilmelerini sağlamaktır. Bir hasta tedavi talebi için bir toplum sağlığı merkeziyle temasa geçmekte ve yedi gün içinde doktor randevusu almaktadır. Hastanın ilk muayenesinden sonra eğer daha donanımlı tedavi olması gerekiyorsa ya da ameliyat gerektiren bir durumu varsa en fazla doksan gün içinde tedaviye alınmalıdır. Eğer doksan gün içinde tedavi olamıyor ya da ameliyat için randevu alamıyorsa hastalar başka bakım hizmetlerine sevk edilir ve seyahat masrafları dahil olmak üzere bütün masraflar kendi bağlı olduğu belediye meclisi tarafından karşılanır (<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>).

İsveç'te sağlık hizmetleri ciddi oranda il konsüllerinin toplamış olduğu vergilerle finanse edilmektedir. Bu il konsüllerinin harcamaları iki kalemden hesaplanmaktadır. Kalemlerden en büyük pay %77'lik oranla sağlık hizmetlerine

aktarılmıştır. Geriye kalan %23'lük pay ile kültür ve kamu ulaşımı gibi diğer hizmetler yürütülmektedir. Sağlık hizmetlerinin diğer finansman kaynağını ise cepten harcamalar ve özel sigorta harcamaları oluşturmaktadır (Belek, 2009, s. 274).

İsveç ulusal sağlık sistemi, bireylerin uyruklarına bakılmaksızın ikamet eden herkesi kapsamaktadır ve bölgesel vergilerle finanse edilmektedir. Hasta hizmet katılım payları, toplam sağlık harcamalarının %2'sini oluşturmaktadır. Eyalet Meclisleri buldukları ilde yaşayanlardan ortalama %10 gelir vergisi toplama yükümlülüğüne sahiptir ve hastalardan alınan ücretler toplam gelirin %4'ünü oluşturmaktadır. Her eyalet meclisi ayakta tedavi gören hastalar için kendi ücret planını belirlemektedir ancak 18 yaşın altındakiler için ücretlendirme yapılmamaktadır. Hastalar reçeteli ilaçların %23'ünü harcamalara katılım payı olarak ödemektedir. Gönüllü sigortalar çok sınırlı olmakla beraber yalnızca tamamlayıcı sağlık sigortası sağlamaktadırlar (Sargutan, 2006, s. 1364-1366).

Yaşlı kesim için yerel hizmetlerce bir yandan kurumsal bakım bir yandan da evde yardım hizmetleri uygulanmaktadır. Sosyal hizmet ve bakım dışında ayrıca belediyeler tarafından sosyal yardımlar da sağlanmaktadır. Belediyeler kendi bünyesindeki yerel sakinler için makul hayat standardını korumakla yükümlü oldukları için sosyal güvenlik alanında önemli bir yere sahiptir (Taşçı, 2010, s. 187-189).

İsveç'te emeklilik konusuna değinmek gerekirse; 1995 yılına kadar İsveç'te emeklilik ödemesinin şartları, sadece "*pay as you go (dağıtım yöntemi)*" modeli şeklindeyken, 1995 yılında emeklilik reformuyla "*personal account (fon biriktirme)*" sistemi halka sunulmuştur. Böylece gelirle ilişkili kamu emekliliği, dağıtım yöntemi ve fon biriktirme yöntemi olarak iki şekle ayrılmıştır. Önceki sistem vergi temeline dayanıyordu yeni sistem daha çok bireyselliği ön planda tutan bir sistemdir. Yeni sisteme göre kişi kazancının %18,5'ini emeklilik fonuna aktarmalıdır. Ancak ihtiyat amacıyla, emeklilik fonuna aktarılan ödemenin %2,5'lük oranı katılımcıların kişisel hesaplarına yatırılmaktadır (Cheng, 2010, s. 155). Emeklilik sisteminde bu denli bir değişime gidilmesindeki esas neden ekonomik krizlerin olumsuz etkilerinden korunmak istenmesidir (Sundén, 2009, s. 1).

1.2.7.5. Almanya’da Sağlık Finansmanı

Almanya’da sağlık sistemi çalışma esasına dayalı sosyal sigorta mekanizmasına dayanmaktadır. Buna ek olarak isteyenler özel sağlık sigortalarına da başvurabilirler. Bireyler, bir iş sahibi olmaları dahilinde sosyal hukuk açısından güvence kapsamı içine girmektedir ve belirli bir oranda sigorta primi ödemek zorundadır. Bu özelliği nedeniyle sosyal güvenlik açısından nüfusun tamamı kapsam dahilinde olmayabilir. Alman sosyal güvenlik sistemi 1881 yılında temeli atılan Bismarck modeli olarak tanımlanmaktadır (Özmen, 2017, s. 93). Almanya’da sosyal güvenlik sistemi sağlık sigortası, emeklilik sigortası, kaza sigortası, işsizlik sigortası ve uzun dönem bakım sigortasını kapsam dahiline almaktadır. Sosyal sigorta kollarının dışında, sosyal yardımlar da yapılmaktadır. Bunlar; vergilerle finanse edilen aile yardımları, emekliler ve işsizler için mesleki eğitim teşvikleri, anne-baba parası, işsizlik yardımları, konut parası gibi yardımlar sağlanmaktadır (Özmert-Koçer, 2014, s. 22).

Almanya’da 2007 yılından itibaren nakdi yardımlardan faydalanabilmek için kapsamda olan bireylere hastalık sigortası zorunlu hale getirilmiştir. Bu sigorta kollarından faydalananlara, sağlık bakım yardımları ile nakdi yardımlar yapılabilmektedir. Önceleri zorunlu sağlık sigortasını yaptırmış ancak daha sonra ayrılmış olan bireylerin de bazı koşulları sağlamaları şartıyla, gönüllü olarak sisteme katılabilmelerine olanak sunulmuştur. Kendi nam ve hesabına bağımsız çalışanlar kapsam dışında tutulmuştur. Hastalık ve analık sigortasından yürütülen yardımların finansmanı, sigortalılar ve işverenlerden sağlanan prim kesintilerine ek olarak devlet desteği ile sağlanmaktadır. Devlet, sigorta temelli olmayan yardımlar ile düşük gelirli işlerde çalışan kadınlara sunulacak analık yardımları ve emekli aylığı almakta olan çiftçilerin sağlık yardımları için katkı sağlamaktadır (Koç ve Akyol, 2016, s. 545).

Sigorta kapsamında çalışanlardan prim kesintileri oranı aylık maaşlarının %9,95’idir. Eğer bir bireyin geliri 400 euronun altında ise bu bireylerden kesinti yapılmıyorken aylık geliri 401 ila 800 euro arasında olan bireylerden ise sigorta prim oranı indirimli olarak alınmaktadır. İşveren payı, aylık bordronun %9,95’ine denk gelmektedir. Bu oran, 400 eurodan düşük maaşla çalışan işçiler için %15; maden ocakları, deniz işletmeleri ve demiryollarında %16,45’dir. Kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan ise aylık kazançlarının %19,9’u oranında prim

kesintisi yapılmaktadır. Devlet sigorta temelli yardımlar için de katkı sağlarken sigorta temelli olmayan yardımları finanse etmekte ve ayrıca çocuk yetiştirme dönemleri için sigorta primlerini karşılamaktadır. Primlerin toplandığı havuz hastalık kasalarıdır ve buradan da emeklilik sigortası kurumlarına aktarımı gerçekleşmektedir (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2012, s. 45).

Almanya’da sosyal sigortalar sisteminin zorunluluk esasına dayandığı ve devlet tarafından yürütüldüğü daha önce belirtilmişti. Alman sosyal sigortalar sistemi; hastalık sigortası, emeklilik sigortası, kaza sigortası, işsizlik sigortası ile bakım sigortası olmak üzere beş temel ayak üzerine oturtulmuştur. Sosyal sigortalar sisteminin finansmanı, işçi ile işveren tarafından yatırılan primlerle sağlanmaktadır ancak bunun tek istisnası olarak kaza sigortasını görmekteyiz. Bu sigorta kolunun primleri yalnızca işveren tarafından finanse edilmektedir. Sigorta prim oranlarını daha düzenli göstermek gerekirse;

Tablo 3:Almanya’da Sigorta Prim Oranlarının Brüt Ücret İçerisindeki Oranı

Sosyal Sigorta	Toplam Prim Oranı (%)	İşçi Payı Sigorta Prim Oranı (%)	İşveren Payı Sigorta Prim Oranı (%)
Hastalık Sigortası	15.50	8.20	7.30
Emeklilik Sigortası	18.9	9.45	9.45
Kaza Sigortası			İşin risk derecesine göre değişim göstermektedir.
İşsizlik Sigortası	3.0	1.5	1.5
Bakım Sigortası	2.05	1.025	1.025

(Özmert-Koçer, 2014, s. 24).

Almanya’da sağlık sisteminin örgütsel yapısı *federal düzey, eyalet düzeyi ve yerelleşme* olmak üzere üç ayaklı bir sisteme sahiptir. Federal düzeyin aktörleri federal meclis, temsilciler meclisi ve sağlık bakanlığından oluşmaktadır. Sosyal güvenliğin sağlıkla ilgili dört ayağı olan kaza, bakım sigortası, sağlık ve emeklilik yasası tarafından düzenlenmektedir. Ancak yürütümleri farklı bakanlıklar tarafından gerçekleştirilmektedir. Federal yasalar sigortaların kapsamını, finansman şekillerini ve hizmetlerini belirler, düzenleme ve ilgili ayrıntıları sigorta kurumlarına ve hizmeti verenlere bırakır. Eyalet düzeyinde ise eyaletlerin sosyal güvenlik, aile gibi konularla beraber sağlıktan sorumlu bakanlıkları bulunmaktadır.

Eyalet yönetimleri hastanelerin planlanması, halk sağlığı hizmetleri, sağlık çalışanlarının eğitimi, yatırımların finansmanı gibi konularla ilgilenmektedir. Almanya sağlık sisteminin en belirgin yerelleşme unsuru devletin görevlerini özerk yönetim organlarına delege etmesidir. Daha sonra ise özelleştirme görölmektedir. Birçok hastanenin özel sektör tarafından satın alınması, cepten ödemelerdeki artış, ayaktan hizmetlerin kâr amaçlı sunumları, özel sigortanın yaygın bir hal alması en tipik özelleştirme unsuru olarak görölmektedir (Öcek, 2007, s. 85).



İKİNCİ BÖLÜM

2.NEOLİBERAL POLİTİKALARIN SAĞLIK SİSTEMİNE ETKİLERİ

Ekonomik ve politik yaklaşımların özellikle 1980’li yıllardan sonra yeniden yapılandırılma sürecine girmesi, neoliberal politikaların küreselleşme süreci ile bağlantılı olarak geliştiğini düşündürmektedir. Sonuç olarak küreselleşme 1980’li yılların ardından hızlı bir şekilde devlet politikalarını farklı bir yöne sürüklemiş ve sosyal korumacı devlet anlayışı yerini liberal devlet anlayışına bırakmıştır. Bu kapsamda küreselleşme ve neoliberal politikalar arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu söylenebilir. Belirtilen gerekçe ile bir sonraki başlık altında küreselleşme ve Neoliberalizm kavramlarının tanımı yapılarak kavramların gelişim sürecine ve yarattıkları dönüşüme detaylı olarak yer verilecektir.

2.1.KÜRESELLEŞME, NEOLİBERALİZM VE YARATTIĞI DÖNÜŞÜM

Küreselleşme kavramı tanım itibariyle, dünya çapında, kültürün, eğitimin, hizmetlerin, teknolojinin, finansal piyasaların, üretim faktörlerinin, bilginin, hukukun, yatırımların, malların, demokrasinin, siyaset ve çevresel faktörler gibi ortak değerlerin sürekli ve hızlı bir şekilde ulusal veya uluslararası sınırları aşma sürecidir (Çeken, Ökten ve Ateşoğlu, 2008, s. 81). Erol ve Bostan bu durumu kısaca ulusal sınırların ortadan kalkması, bölgesel bütünleşmenin yaşanması ve beraberinde sermayenin vatansızlaşması olarak yorumlamaktadır (2009, s. 194). Küreselleşme kısaca, sosyo-ekonomik faaliyetlerin, ulus sınırlarını aşma durumu olarak ifade edilir.

Neoliberalizm ise küreselleşme akımının da etkisiyle 1980 sonrasında belirgin bir şekilde kendini göstermeye başlamış ve klasik liberal düşünce temeline dayanan ekonomik bir politikadır. Bu düşünceye göre devletin toplumsal alandan geri çekilmesiyle serbest ve adil bir piyasa düzeni sağlanacak, ekonomi ve siyaset ilişkileri yeniden yapılandırılacaktır (Doğan, 2016, s. 1798).

Küreselleşme kavramının ilk olarak ne zaman kullanılmaya başlandığı kesin olarak bilinmemektedir. Bora Elçin’in Küreselleşmenin Tarihi isimli kitabında bu konuya yönelik birtakım düşüncelere yer verilmiştir. Yazara göre ilk olarak

1960'lı yıllarda Kanadalı bir sosyolog olan Marshall McLuhan tarafından "Gutember Galaxy" adlı kitapta kullanıldığı yönündedir. İkinci iddia ise 1980'li yıllarda Amerikalı bilim insanı Zbigniew Brzezinski'nin literatürde küreselleşme kavramını ortaya attığı şeklindedir. Üçüncü iddia ya göre küreselleşme terimi 1980'li yılların sonları, 1990'lı yılların başlarında London School of Economics okulundan Anthony Giddens tarafından kullanılmaya başlanmıştır (2012, s. 2-3).

Küreselleşmenin temel dayanak noktası gerek kişisel gerekse kurumsal açıdan özgürlük anlayışına dayanan liberalizm ideolojisinin "bırakınız yapınlar, bırakınız geçsinler" sloganıdır (Çımrın-Kökalan, 2009, s. 198). Liberal iktisat teorisine göre toplumların üretim kaynaklarının etkin dağılımının gerçekleşmesi ve refah ortamının sağlanabilmesi için, tam rekabetin etkin koşullar altında her türlü müdahaleden arındırılması gerekmektedir (Özdemir, 2007, s. 228). Görüldüğü üzere küreselleşme kavramı ile neoliberal politikaların doğuşu ve gelişimi aynı kökene dayanmakta ve birbirinden beslenerek gelişimlerini göstermektedir.

Uluslararası serbest hizmet ve mal ticareti, kapitalin devletler arası rahat dolaşımı küreselleşme kavramının temel unsurlarıdır. Küreselleşmeyle beraber iş gücü terimi yalnızca bir bölgeye ya da bir ülkeye ait kavram olmaktan çıkmış sınır ötesi bir hal almıştır. Özellikle kapitalin devletler arasında serbest hareketliliğe sahip olması, dünyada mevcut olan piyasaların çokuluslu şirketler tarafından tekelleşmesini, birçok ülkenin büyüklüğünü aşan ekonomik kaynakları kendi kontrolü altına almasını sağlamıştır (Elçin, 2012, s. 5).

Son yıllarda yoğun olarak duyulan bir kavram olmasına karşın tarihsel açıdan bakılırsa tam anlamıyla küreselleşme kavramı sanayi devrimi sonrasında nitelemektedir. Buharlı makinelerin icat edilmesi ve içten yanmalı motorların sanayide kullanılmasıyla Sanayi Devrimi doğmuş ve iki önemli durumu beraberinde getirmiştir. Öncelikle buharlı makineler emeğin üretkenliğini arttırarak, sermayenin ve üretimin yoğunlaşmasına neden olmuş, sermaye birikimi artmaya başlamıştır. Daha sonra ise buharlı gemiler, demiryolları, telgraf ve telefon gibi ulaşımı ve iletişimi kolaylaştıran yenilikler doğmuş, ülkeler arasında iletişim ve ulaşım daha kolay ve eskiye oranla daha hızlı gerçekleşmeye başlamıştır. Devletlerarası sınırların yakınlaşması hem işgücünün hem de sermaye ve üretimin hızlı bir şekilde yer değiştirmesini sağlamıştır (Çeken, Ökten ve Ateşoğlu, 2008, s. 84-85; Elçin, 2012, s. 8). Böylelikle dünya, yavaş yavaş sınırları olmayan tek bir

ülke haline gelmeye başlamıştır. Bir tekstil firmasının dünya çapında birçok gelişmemiş ülkede faaliyette bulunan atölyeleri ve dünya çapında sahip olduğu müşteri portföyü bu duruma bir örnektir.

II. Dünya Savaşı'nın ardından küreselleşme süreci Bretton Woods Konferansları ile hızlanmaya başlamıştır. Bu konferanslar sonucunda IMF, WB, DTÖ ve OECD gibi ABD merkezli küresel kuruluşların kurulması bilhassa az gelişmiş ülkelerin küreselleşme sürecine hızlı bir şekilde entegrasyonunu sağlamıştır (Çeken, Ökten ve Ateşoğlu, 2008, s. 85). IMF, WB, BM gibi uluslararası kuruluşlar, devletler üzerinde yaptırım güçlerini kullanmakta; AB, NAFTA gibi bölgesel ekonomik kuruluşlar ise ulus-devlet anlayışını zayıflatmaktadır. Yukarıda söz edilen uluslararası örgütler neoliberalizmin küreselleşme sürecine önemli derecede hizmet etmektedirler. Ülkelerin yürüttükleri deregülasyon, yeniden yapılanma, ekonomide liberalleşme, devletin küçültülmesi ve sosyal korumanın azaltılması yönünde yürüttükleri çabalar bu hizmetler arasında yer alan birtakım uygulamalardır (Özdemir, 2007, s. 238-246).

IMF, OECD, DTÖ, WB gibi kurumlara ek olarak GATT ve GATS, gibi ulus ötesi antlaşmalar küresel çapta sermaye ve ticaretin önünde var olan engellerin ortadan kaldırılmasını sağlamaktadırlar (Çımrın-Kökalan, 2009, s. 199-201). IMF ve WB dünya genelinde en etkili küresel kredi kurumu olmalarından kaynaklı neoliberal politikaların dünya çapında hızlı bir şekilde yayılmasını sağlamaktadır. Ekonomik sıkıntıya düşen ülkeler bu kuruluşların sağladıkları fonlardan yararlandıkları taktirde IMF ve WB'nın yapısal uyum politikaları ve istikrar önlemlerini de kabul etmiş olmaktadır. Bu önlem ve politikalar genel itibariyle sermayenin ülke içerisinde serbest dolaşımını içermektedir. Bu amaç doğrultusunda devletler, emeklilik ve sağlık sistemi reformlarıyla işgücü üzerinde bulunan vergileri minimum düzeyde tutmalı, ücret ve çalışma sürelerini farklılaştırarak esneklik getirmelidir (Kesici, 2013, s. 141-154).

1960-1970 yılları arasında birikim krizine kadar yaşanan süreçte küresel ekonomi büyük bir gelişme yaşamış, 1970'li yıllara gelindiğinde yaşanan stagflasyon¹⁵ durumu, kapitalizmi bir krizin içine düşürmüştür. Yapılan yatırımlar

¹⁵ Enflasyon oranında meydana gelen artışa rağmen, üretim kapasitelerinin etkin bir şekilde kullanılamaması durumuna ek olarak işsizlik oranının hızla artması durumudur. Bir başka deyişle durgunluk döneminde enflasyonun yaşanmasıdır. 1970'li yıllarda görülmeye başlayan ekonomik krizlerin nedenidir (Bocutoğlu, 2012, s. 11).

düşünülen kar artışlarını sağlayamamış, daha önceleri değerli olan sermaye günden güne zarar etmeye başlamıştır. Yaşanan bu krizi aşmak amacıyla üretim ilişkileri ve buna bağlı olarak işgücü piyasasında yenilenme hareketleri ortaya çıkarılarak, çöken sistem yeniden ayağa kaldırılmaya çabalanmıştır. (Erol ve Bostan, 2009, s. 175-176).

1980 sonrası dönemde teknolojik alt yapı ve iletişimin gelişip güç kazanması, hizmet sektörünün dünya çapında öne çıkmasını sağlamış, küresel pazarlar, özelleştirmeler ve liberalizasyon hareketleri, belli başlı ulus üstü hareket eden kuruluşlar sayesinde önemli oranda artış göstermiştir (Elçin, 2012, s. 10). 1980-1990 arası dönem ekonominin uluslararasılaşması, dünyanın ekonomik, teknolojik ve kültürel açıdan yeniden biçimlendiği dönemdir. Ekonomi uluslararasılaşarak farklı ürünler ve ulus aşırı pazarlar görülmeye başlanmıştır. Bu pazarın doğuşu *dünya tüketim kültürünün*¹⁶ gelişmesine yol açmıştır. Şirketler, ülkeler ve kültürler arasındaki farkları aşarak küresel çapta istek ve ihtiyaçların gerek tatminine gerekse yeni ihtiyaç ve istekler doğurmaya çalışmaktadır (Kürkçü-Dumanlı, 2013, s. 4). 1980 sonrası dönemde serbest piyasa uygulamalarının işgücü piyasalarına entegrasyonu sonucunda çalışma ilişkileri ve sosyal güvenlik sistemi değişime uğrayarak, işsizlik oranlarının artışı, asgari ücretlerin düşüşü, güvencesiz ve esnek çalışma koşullarının doğmasına neden olmaktadır (Erol ve Bostan, 2009, s. 192).

Yabancı yatırımcıları ülkelerine çekmek isteyen devletler, deregülasyonlarla¹⁷ beraber iş gücü maliyetlerini düşürmeye çalışmakta, ticarete yönelik vergi oranlarını önemli düzeyde düşürmekte, sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, gibi konularda neoliberalleşme politikalarını uygulamaktadır. Yürütülen politikalar sonucunda ücret, eğitim, sağlık gibi alanlarda bütçe harcamaları kısılmış, karar alma, denetleme ve uygulama konularında etkinliklerini yitirmişler, güç yetkisi yerel yönetimlere devredilmiş merkezîyetçi anlayış kaybedilmiştir (Çımrın-

¹⁶ Tüketim toplumu bir bireyin ilerleyen teknoloji ve gelişen yaşam standartları doğrultusunda sahip olduğu şeylerin ya da sahip olma dürtüsünün artması şeklinde tanımlanabilir. Bu tanım doğrultusunda birey satın aldığı ve/veya satın almak istediği malların gereklilik ayrımını pek önemsemez. Daha ayrıntılı bilgi için Çağatay Edgücan Şahin'in "Tüketim Toplumu ve Türkiye'de Tüketim Toplununun Yaratılma Süreci" başlıklı yüksek lisans tezine bakınız.

¹⁷ Deregülasyon belli bir iş alanında veyahut belli bir konuda devlet kısıtlamalarının azaltılması ya da tamamen ortadan kaldırılması durumudur. Daha ayrıntılı bilgi için, Aydın Erdoğan'ın "Küresel Kamu Yönetimi Reformu Döneminde Kent Yönetiminde Özelleştirme Tercihi" başlıklı çalışmasına bakınız.

Kökalan, 2009, s. 200). Sosyal devlet anlayışının yitirilmesi, sosyal politika uygulamalarının önünü keserek, sosyal sigorta sisteminin zayıflamasına neden olmaktadır, sosyal sigorta sisteminin zayıflaması ülke sınırları içerisinde büyük bir gelir adaletsizliği yaratmakta, halkın önemli bir bölümünü yoksulluğa itmektedir. Sosyal sigorta ve sosyal hizmetler açısından geniş çaplı devlet önlemleri ve refahı sağlayan, karşılaşılabilecek her türlü sosyal riskleri önleyen sistemler, demokratik ulus-devletlerini en iyi betimleyen özelliklerdir. Ancak bu tür önlemler devamlı olarak çeşitli engellemelere maruz kalmaktadır. Bu engellemelerin ise tek bir açıklaması vardır o da küreselleşme sürecidir (Özdemir, 2007, s. 222-250).

Küresel eğilimler zamanla sağlık hizmetlerinde düşük maliyet ve daha fazla kar odaklılık anlayışını hâkim kılmış, hizmet kavramını sektör kavramına dönüştürmüştür aynı zamanda sağlık hizmetlerinde farklı uygulamaları da ortaya çıkarmıştır (Yıldız ve Turan, 2010, s. 40). Belirtmekte fayda var ki sektörleşme kar odaklılığını beraberinde getirdiği için sermayeler arasında ciddi bir rekabet ortamı doğurmaktadır (Çımrın-Kökalan, 2009, s. 198). Ancak sağlık gibi önemli bir konunun sektörleşmesi sağlık hizmetlerini kar yarışının içine sürüklemekte ve sağlık hizmet sunucularını ciddi manipülasyonlara itmektedir.

Sağlık hizmetleri anlam bakımından bir kişinin sağlık problemleriyle ilintili olarak herhangi bir sağlık kurum ya da kuruluşlarından faydalanabilme imkanları (Tarcan, 2001, s. 34) olarak yorumlanmaktadır. Ancak yaşanan değişimlerin sağlık hizmeti kavramını ne yönde etkilemiş olduğu ilerleyen başlıklarda ayrıntılı olarak işlenecektir. Sağlıkta dönüşüm süreci yalnızca Türkiye'ye özgü değildir. Dünya geneline bakıldığında tüm ülkeler için sağlık ve sosyal güvenlik sistemi problemleri yaşanmaktadır. Bunun nedeni irdelendiğinde, küreselleşme ile çok uluslu şirketlerin dünya ekonomi sistemini üzerinde yürüttükleri politikalara rastlamak muhtemeldir. Daha fazla kar elde etmek amacıyla şirketlerin istihdamsız büyüme politikaları, buna bağlı olarak uluslararası ve ulusal ticaretlerin dolar bazında yapılıyor olması, aynı zamanda uluslararası firmaların ucuz emek peşinde olmalarından kaynaklı reel ücret oranlarındaki düşüşler devletlerin ekonomik istikrarsızlıklarına neden olmaktadır.

Refah devleti anlayışı yerini neoliberal politikalara bırakarak devletlerin bürokratik yapısının kırılmasına, ülke geneline hâkim koruyucu el görevini yitirmesine neden olmaktadır. Neoliberal süreçte uluslararası sermayelerin

önündeki tüm engellerin kaldırılması, devletin para piyasaları üzerindeki etkilerini yıkıma uğratmış ve devlete sadece sermayenin rahat iş yapabileceği ortamların yaratılması yükümlülüğü verilmiştir. Bunlara bağlı olarak devletlerin yerine getirmesi gereken yükümlülükler serbest piyasaya ve sivil toplum örgütlerine devredilmiştir. Devletlerin sağladıkları sosyal güvenlik hizmetleri, sağlık, eğitim gibi sosyal haklar piyasalaşmış ve devlet hizmeti olarak verilen bu olanaklar özel sektör biçimini almaya başlamıştır (İçli, 2011, s. 383). Bu piyasalaşma yeni bir yönetici sınıfının ortaya çıkmasında ve buna bağlı olarak özel hastanelerin yaygınlaşmasına neden olmuştur. Böylelikle hizmet sektörü bünyesine sağlık hizmetlerini de alarak sağlık hizmetleri uygulamalarında yapısal değişimlerin yaşanmasını koşulsuz zorunlu kılmıştır. Bu nedenle 1980'li yılların sonunda sağlık sisteminde yeniden yapılanma yoluna gidilmiştir (Kablak, 2011, s. 55).

Ancak sosyal devlet düşüncesinin yitirilmesi, çalışma yaşamının esnekleşmesine, adil olmayan rekabet ortamının doğmasına en sonunda da halkın hızlı bir şekilde yoksullaşmasına neden olmaktadır. Şirketlerin istihdamsız büyüme politikaları işsizlik oranlarını arttırmış daha az iş gücüyle daha çok üretim yapmaları işçi alımlarını düşürmüştür. Bu durumu en iyi İŞKUR verileri ile açıklamak mümkündür, 1995 yılında İŞKUR'a başvuranların %78.6'sı işe yerleşirken 2005 yılında bu oran %21.4 ve 2018 yılına ise %23.5 dolaylarında kalmıştır (Mütevellioğlu ve Işık, 2009, s. 170; <https://www.iskur.gov.tr/kurumsal-bilgi/istatistikler/>). Esnek çalışma modelleri yeterli ve düzenli maaş alımını engelleyici bir yapıya da sahiptir. Düzenli gelire sahip olmayan halk sosyal güvenlik primlerini ödeyemez bir hale gelmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine bakıldığında 1990 yılında %8 olan işsizlik oranları, 2018 yılına gelindiğinde %11.2 düzeyine çıkmıştır. Bu da bizlere resmi olarak işsizliğin geçen yıllara göre artış içerisinde olduğunu gösterir (TÜİK İşgücü İstatistikleri 1990; 2017; <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=72velocale=tr>).

İşsizliğin artması sigortalı, sigortasız dengesini bozmuş, bireylerin sosyal riskler karşısında daha güvencesiz kalmasına neden olmuştur böylelikle sosyal güvenlik sisteminde reform arayışları zorunlu bir hal almıştır. Dünya geneli birçok ülkeye bakıldığında sosyal güvenlik sistemlerinin asıl sorunu, nüfusun yaşlanması

ve aktif sigortalı oranının, pasif sigortalı oranlarını¹⁸ finanse edememesinden kaynaklanmaktadır. Daha önce belirtilen nedenlere ek olarak sosyal güvenlik sisteminde açıkların yükselmesi, Türkiye açısından 1992 yılında emeklilik yaşının düşürülmesi, sigortasız çalışma oranının yüksekliği ve sisteme ait kaynakların amaç dışı kullanılması Türk sosyal güvenlik sisteminde reform arayışlarını zorunlu kılmıştır (Şakar, 2011a, s. 40).

2.2.SAĞLIKTA REFORM SÜRECİ NEDİR, NEYİ AMAÇLAR

Sağlık sektöründe gerçekleştirilmeye çalışılan ve farklı şekillerde yürütümü sağlanan piyasacı değişikliklere reform tanımı yapılmaktadır (Belek, 2014, s. 27). Genel olarak, dünya geneli sağlık hizmetleri bir dönüşüm içindedir. Devlet sağlık hizmetleri sağlayıcısı olmaktan çıkarak sağlık hizmetlerini finanse eden bir rol üstlenmeye başlamış ve sağlık hizmetleri kurumlarca düzenlenen bir piyasa halini almıştır (Kablay, 2009, s. 88).

Sağlıkta reform çalışmalarına bakıldığında, sağlıkta reforma giden her ülkenin, halklarının ihtiyacı doğrultusunda değil, kapitalizmin 1970'lerin ikinci yarısında ortaya çıkan sermayenin birikim krizi ile bağlantılı olduğu görülmektedir (Atalay, 2015, s. 57). Krizin çözümüne yönelik, toplumsal yaşamın hemen hemen tüm alanlarında yapılandırılma yoluna gidilmiştir. Küresel sermaye ve uluslararası örgütlere göre, yeni bir birikim alanı yaratılması gerekmektedir ve sağlık hizmetleri bu konu için ideal bir konumdaydı (Hamzaoğlu, 2013, s. 173).

Dünyada gerçekleştirilmiş olan sağlık reformlarına bakıldığında, bu reformlar temeline verimlilik, erişilebilirlik ve nitelik kavramlarını yerleştirmişlerdir. Verimlilik, amaçlanan hizmetin en ucuz maliyetle verilmesini (Üstündağ ve Yoltar, 2017, s. 55), nitelik kavramı, sadece bireyleri değil tüm toplumu etkileyecek düzenlemeleri, erişilebilirlik kavramı ise ülke içinde yaşayan tüm bireylerin sağlık hizmetlerine kolay erişimini tanımlamaktadır (Günaydın, 2011, s. 326).

¹⁸ Aktif sigortalı ve pasif sigortalı ayrımı, sigortalı olan kişinin çalışıp çalışmama durumunu nitelemektedir. Daha net bir açıklamayla, aktif sigortalılar, hali hazırda çalışmakta olan ve prim ödemesi olan kişilerken pasif sigortalılar, çalışma hayatı dışında kalmış, sosyal sigorta kurumlarından gelir ve/veya aylık alan kişilerdir (Alper, 2015b, s. 6).

Yapılan araştırmalara göre devletlerin sağlık reformlarına yöneltmelerinin nedenlerinden birisi, artan hizmet ekonomisinin bir parçası olarak sağlık hizmetlerinin önemli bir yere sahip olmasıdır. İlaç ve sağlık teknolojisi alanlarında artan yatırımlar hem hükümetlerin hem de çok uluslu Şirketlerin sağlık sektörünü karlı bir endüstri olarak algılanmasına yol açmıştır. Bu potansiyelin farkında olan hükümetler ise sağlığın endüstriyel yönünü gerekçe göstererek ülke ekonomisinin büyümesine katkı sağlayacağını savunmuştur (Freeman ve Moran'dan aktaran Ağartan, 2017, s. 41). Bir diğer neden ise, devletin sağlık hizmetlerini finanse eden bir rol üstlenmeyi tercih etmesi ve bunun sonunda piyasanın rekabete dayalı hizmet kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunmasıdır. Bu girişimler neticesinde ülkedeki sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artışı yönünde eğilim göstereceği öngörülmektedir (Kablay, 2009, s. 88). Özetlemek gerekirse ilk neden ekonomik canlanma amacına yönelirken, ikinci neden kalite artımını sağlamaya yönelik gelişmiştir. Ancak her iki nedenin de sonu serbest piyasaya bırakılmış sağlık hizmeti kavramına çıkmıştır.

Daha açık belirtmek gerekirse hastanelerin işletme durumuna getirilmesi söz konusudur. Hastalar hizmet sunumundan faydalanan kişiler değil, tüketicisi, müşteri gibi kavramlarla tanımlanan kitleye dönüşmüştür. Müşterinin, serbest piyasa ortamında, Şahsi gereksinimlerine en uygun hizmeti ve hizmet üretimini gerçekleştiren kurumu, Şahsi istek ve çıkarı doğrultusunda seçmesi beklenir. Bu ngr tüketicisi tercihi üzerinden *paranın hastayı izlemesi (money follows the patient)* savını ne atmaktadır. Paranın hastayı izlemesi, hizmeti üreten kurumlar arasında rekabet yaratacağı, bu rekabetinde sigorta fonu tercihlerini etkileyeceğine işaret etmektedir (Belek, 2014, s. 31). Ayrıca sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, sağlığın finansmanı ve hizmet sunucularının farklılaşması, güvencesiz çalışma ortamının ve performansa dayalı ödeme sisteminin yaygınlaşmasına neden olmuştur (Zorlu, 2015, s. 202).

Özellikle 1980'li yıllardan bu yana birçok ülkede uygulanmakta olan sosyo-ekonomik politikalar sonucu sağlık yalnızca devletin sunduğu bir hizmet olmaktan çıkmış, belli bir bedel ödemesi karşılığında alınabilen bir yapıya dönüşmüştür. Bu nedenle sağlık hizmetleri, hak temelinden müşteri temelinde doğru bir kayış içine girmiş nihayetinde sağlık hakkı "*tüketicisi hakkı*" ile ilişkilendirilmiştir. Oysaki yaşamın korunması ve sağlıklı yaşamın yeniden kazanılabilmesi için özellikle

tedavi edici sağlık hizmetlerinden mümkün olan en kısa sürede hizmet almak herkes için esas bir haktır. Tedavi edici sağlık hizmetleri sağlık kuruluşları ve sağlıkla ilgili mesleki uygulayıcılar tarafından sunulduğundan konunun tüketici hakları ile ilişkilendirilmesi yanlıştır çünkü hizmetin alınışı isteğe bağlı değil bir zorunluluk şeklinde gelişmektedir (Kablay, 2013, s. 67).

Yukarıda söz edilen dönüşümlerin sistemli bir şekilde dünya geneline yayılması dört küresel güce bağlı olarak gelişmiştir. Bunlar BM, IMF, WHO ve WB'dır. WB, ülkelere krediler açarak, denetim ve kılavuzluk yaparak sağlıkta reform hareketini büyük oranda yürüten bir kuruluş konumundadır. İlk olarak 1980'lerde yürütümünü gerçekleştirdiği "Yapısal Uyum Programları" ile sağlık alanında birtakım düzenlemelere gidilmesi gerektiğini savunmuştur. Sağlık alanında yapılan yapısal uyum programları sağlık reformu olarak adlandırılmış ve ilk olarak Şili, Arjantin, Meksika gibi ekonomik istikrara sahip olmayan ülkelere uygulamaya başlanmıştır (Hamzaoğlu, 2017, s. 30).

WB sağlık reformlarını özendirirken; sağlık alanındaki maliyet artışlarını ve sağlığın bir finansman krizinde olduğunu iddia etmiş ve bu durumdan kurtuluşun sağlıkta reform ile gerçekleşeceğini belirtmiştir (Atalay, 2015, s. 60). Reformların içeriği temel olarak WB tarafından şu şekilde belirlenmiştir (Hamzaoğlu, 2013, s. 178);

- Sosyal güvenlik kurumlarının birleştirelmesi,
- Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması,
- Kamu verimsizliği nedeniyle mülkiyet ve hizmet sunumunda özelleştirilme (şehir hastaneleri, kamu hastanelerinin özelleştirilmesi, kamu sağlık kurumlarının işletmeleştirilmesi gibi),
- Ademi merkezietçilik üzerinde durularak desantralizasyon ve sağlık bakanlıklarının karar verici özellikleri tasfiye edilerek yalnızca düzenleyici olması ve karar vericiliğin kamu finans kurumlarına devredilmesi,
- Aile hekimliği uygulamasının getirilmesi,
- Sağlık sigortası sistemlerinin kurulması (Türkiye'deki Genel Sağlık Sigortası gibi),

- Sağlık hizmetlerine gereksiz başvuruların önlenmesi amacıyla katkı ve katılım payları alınması.

Görüldüğü gibi sağlıkta reform paketleri ülkelerin sağlık sistemlerini kökten değiştiren ve sağlık sistemini tamamen piyasalaştıran bir yenilenme sürecidir. Ülkeler üzerinde yaratmış olduğu etkiye yakından bakmak amacıyla Türkiye'nin sağlıkta yaşanan dönüşümlerle beraber sosyal güvenlik reform sürecine bakmak dönüşümün görülmesi açısından iyi bir örnek olacaktır. Bu amaçla ilerleyen başlıklarda Türkiye'deki sosyal güvenlik dönüşüm süreci ve bu süreç doğrultusunda uygulamaya konulan bileşenlere bakılacaktır.

2.2.1. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reform Süreci

Dünyada değişen ekonomik sistemlerden daha önce söz edilmiştir. Bu nedenler doğrultusunda Türkiye'nin ekonomik yapısında da bir takım önemli dönüşümler yaşanmıştır. Buna bağlı olarak Türk sosyal güvenlik sisteminin yapısı da önemli derecede bozulmuş ve reform zorunlu bir hale gelmiştir. Daha öncede değinildiği gibi, yaşanan erken emeklilik politikaları, istihdamın kayıt dışılığındaki artışlar, kaçak iş gücü sorunu, sosyal güvenlik sisteminin sağlıklı olarak işletilememesi, nimet-külfet dengesinin zayıflamasına ve fonların iyi değerlendirilememesi sonucu sosyal güvenlik sisteminin aktüeryal dengeleri ciddi anlamda yıkıma uğramıştır (Kitapçı, 2007, s. 141).

Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminin finansman dengesini bozan faktörler maddeler halinde şu şekilde sıralanmaktadır (Yılmaz, 2014, s. 51-82);

- Nüfusun yaşlanması ve aile yapısındaki değişimleri içinde barındıran demografik faktörler
- Her geçen gün artan aktif pasif oranındaki dengesizliklerle beraber fonların verimsiz kullanımını içinde barındıran politik faktörler
- İstihdama yönelik sorunlar, enflasyonist ortamların yarattığı problemler, prim tahsili sorunları ve tedavi giderlerindeki artış gibi etkenleri niteleyen ekonomik faktörler
- Nimet külfet dengesinin kurulamamasından dolayı yaşanan problemleri kapsayan aktüeryal faktörler

- Ve son olarak sorunların sosyal güvenlik yönetiminin özerk bir yapıda olmamasından kaynaklı yaşandığını belirten yönetsel faktörler.

Ancak yukarıda belirtilen problemlerin çok daha ötesine bakmak ve tarihi akışı doğru bir biçimde değerlendirmek gerekmektedir. Türkiye sağlık hizmetinin niteliği ve yapısını piyasalaştırma yönünde ilk ciddi adımını 1987 tarihli 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile atmıştır. Daha sonra 1991 tarihinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı “Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü” kurulmuş ve koordinatörlük tarafından 1992 tarihinde TBMM’ye sunulmak amacıyla “Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümü” hazırlanmıştır. Hazırlanan bu zemin dahilinde 1994’te, Bakanlar Kurulu tarafından “Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çıkarılarak 1995 tarihinde Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi olarak yapısal değişime gitmiş ve bir sağlık işletmesine dönüşmüştür (Kablay, 2002, s. 39; Atalay, 2015, s. 63).

1990’lı yıllar, Türkiye’de özel hizmet sağlayan kuruluşların sayılarında hızlı bir artış yaşandığı ve özel sağlık sigortası için sağlık alanının bir *pazar* olarak geliştiği görülmektedir. Türkiye sağlık sektörü, 1980- 2000 yılları arasında çok hızlı büyümüştür. Kamu sağlık finansmanı giderek, döner sermaye uygulaması başta olmak üzere genel bütçe dışı kaynaklardan finansmanını sağlar duruma gelmiştir (Pala, 2017, s. 45).

Türkiye sağlıkta reform sürecine hızlı bir biçimde Acil Eylem Planı ve Kamusal Yönetim Reformu başlığı altında *Sağlıkta Dönüşüm Programı* ile girmiştir. 2002’nin sonlarına doğru açıklanan Acil Eylem Planı’ndaki sağlık konusundaki hedefleri şu şekildedir (Bilaloğlu, 2015, s. 15-16);

- Devlet-sigorta-kurum hastanesi ayrımını kaldırmaya dönük çalışmalar başlatılacak,
- Hastanelerde, idari ve mali özerkliğinin sağlanması çalışılacaktır,
- Genel Sağlık Sigortası Sistemi oluşturulacaktır,
- Aile hekimliği uygulaması ile sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak,
- Koruyucu hekimlik anlayışı yaygınlaştırılacak,
- Özel sektörün sağlık alanına yönelmesi özendirilecek,

- Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanmakla beraber bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacak,
- Dağınık durumdaki sosyal hizmet faaliyetleri tek çatı altında toplanacak,
- Sosyal Yardımlaşmayı ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'nun kaynakları arttırılacak, harcama usul ve esasları yeniden belirlenecek.

Acil eylem planı hedeflerinin ışığında, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin amacı sağlık hizmetlerini etkin ve üretken bir yolla, eşitlik çerçevesinde düzenlemek, finanse edip sunmaktır. SDP'nin temel ilkeleri ise; *insan merkezli olma, sürdürülebilir, sürekli kalite gelişimi çerçevesinde paylaşımcı, gönüllülük esaslı, güçlerin yaygınlığını sağlayan bir işleyiş yaratma, yerinden yönetim ve hizmette rekabet* öğelerine yer verme olarak ifade edilmektedir (Bulut,2017, s. 119; <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı tarafınca aşağıdaki bileşenler etrafında şekillenmiştir (Akdağ, 2008, s. 20):

- Planlayıcı-denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- Tek çatı altında birleştirici bir Genel Sağlık Sigortası,
- Genel, kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlü esas sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
 - b) Tesirli ve kademeli sevk zinciri,
 - c) Yönetimsel ve parasal özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Bilgi ve beceri ile donanmış, etkili motivasyonlu sağlık çalışanları,
- Sistemi destekleyen eğitim ve bilim kurumları,
- Etkili ve kaliteli sağlık hizmetleri,
- İlaç ve malzeme idaresinde kurumsal yapılanma,
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim için Sağlık Bilgi Sistemi.

Tek çatı dönemi ile Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatları kaldırılacak, sağlık hizmetleri il özel idarelerine devredilecek ve onlara da sağlık kuruluşlarına üniversitelere, belediyelere, meslek kuruluşlarına veyahut özel sektörlerle devredebilme hakkı tanınmış olunacaktır. Böylelikle temel sağlık ve hastane hizmetlerinin özelleştirmelere açılacağı belirtilmektedir. Bu sistem sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması uygulamasını da beraberinde getirmiştir. 2003 tarihli 4924 sayılı yasa gereğince personel sıkıntısı çeken sağlık kurumlarına sözleşmeli

personel çalıştırma hakkı tanınmıştır (Yenimahalleli-Yaşar ve Uğurluoğlu, 2010, s. 7-8).

Reform çalışmalarıyla beraber SGK çatısı altında GSS oluşturulmasının ardından birinci basamak sağlık kuruluşları olan "Sağlık Ocakları" uygulamasının yerine 2004 tarihli 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile "Aile Hekimliği" sistemi devreye sokulmuş ve böylelikle birinci basamak sağlık hizmetinde özelleştirilmenin yolu açılmıştır. 2006 yılında çıkarılan 5510 sayılı SSGSS Kanunu ile özel sağlık sektöründen, sağlık hizmeti satın alınmasının kapsamı genişletilirken dört yıl sonra 2010 tarihli 5947 sayılı Tam Gün Yasası ile hekim emeği değersizleştirilmiş, 2011 tarihinde ise 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi sağlanmıştır (Pala, 2017, s. 49; Ataay, 2008, s. 170). Sağlıkta Dönüşüm Programı, bileşenleri ışığında 2012 tarihinde tam anlamıyla uygulanmaya başlanmış ve uluslararası kamuoyuna da duyurulmuştur. Örneğin İngiltere'de saygın bir dergi olan "The Lancet" dergisinde dönemin Sağlık Bakanı ve birçok bürokratin yazdığı oldukça kapsamlı bir makale¹⁹ ile SDP'nin başarı ve önemi belirtilmiştir (Yenimahalleli-Yaşar ve Uğurluoğlu, 2017, s. 105).

Genel olarak değerlendirmek gerekirse her alana hızlı bir şekilde yayılan neoliberalleşme güzellemesi, sağlık sistemine de hızlı bir şekilde yayılmış ve sistemde birtakım neoliberal sağlık politikalarını zorunlu olarak getirmiştir. Dünya geneli hızla artan neoliberalleşme sürecinin yakından takip edildiği gerek ulusal gerekse uluslararası platformlarda dile getirilmiş, böylelikle gelişime ve yeniliğe açıklık konusundaki ılımlı yaklaşım yetkililerce gösterilmiştir. Yenilik ve gelişim kavramları her konu için önemlidir ancak dile getirilen yenilik ve gelişim kavramlarının uygulanabilirliği, sağladığı faydalar ve nihai olarak doğurduğu ve doğuracağı sonuçlar kavramların kendisinden daha fazla öneme sahiptir. İlerleyen başlıklarda detaylı olarak neoliberalleşme süreci ele alınıp hedeflere ulaşılma düzeyi ve doğurmuş olduğu sonuçlar değerlendirilecektir. Bu amaçla ilk adım olarak bir sonraki başlıkta Türkiye'de uygulanan neoliberal sağlık politikaları anlatılacaktır.

¹⁹ The Lancet dergisinde yer alan makalenin linki için tarayıcınıza belirtilen linki yazmanız yeterlidir. Makale yayımı ücretsiz olarak erişime açıktır; <https://bit.ly/2Xvteg3>

2.2.2. Türkiye’de Uygulanmaya Başlanan Neoliberal Sağlık Politikaları

Önceki bölümde, sağlıkta reform/sağlıkta dönüşüm kavramlarının, neoliberal ekonomik politikalar ekseninde etrafında değerlendirilmesi gerektiği açıklanmıştır. Neoliberal politikaların bileşenleri; devlet eliyle kalkınma stratejilerinin yerine piyasa tabanlı kalkınma politikalarına yönelim gerekliliği, küresel politika kararlarının WB, IMF, DTÖ gibi uluslararası aktörler tarafından yürütülmesi, piyasa gücünün çok uluslu şirketlerin, finansal gücün ise çok uluslu bankaların elinde toplanması, az gelişmiş ülkelerin küresel güçlerin hakimiyetine sokulması, olarak sıralanmaktadır (Yenimahalleli-Yaşar ve Uğurluoğlu, 2010, s. 3).

Sosyal güvenlik sistemi açıkları kaba bir tabirle “*kara delik*” olarak tanımlanmakta, sistemin yaşadığı finansman krizi ve etkileri bu alanda kapsamlı bir reformun gerek politik gerek toplumsal gerekse bireysel alanda giderek daha fazla kabullenilmesine yol açmaktadır. Böylelikle mevcut sistemin kriz içinde varlığını sürdürmesi mümkün olamayacağı için sistemi krizden çıkarmaya yönelik arayışlar, sosyal güvenlik sisteminde reformun temel gerekçesi olarak görülmektedir (Yılmaz, 2014, s. 85). Uzmanlar tarafından bu gerekçeler hayat beklentisinin düşük ve bebek ölüm oranının yüksek olması, sağlık hizmetlerinden yararlanma konusu ile kaynak aktarımı konusundaki eşitsizliğin varlığı ve son olarak zayıf yönetim sistemlerinin mevcudiyeti olarak belirtilmiştir (Orhaner, 2014, s. 139). Mevcut sorunları çözmek için radikal değişikliğe ihtiyaç duyulmuş, bu doğrultuda reform girişiminde bulunulmuştur.

Günümüz Türkiye’inde uygulanmaya başlanan belli başlı neoliberal sağlık politikalarını sırasıyla; GSS uygulamaları, aile hekimliği uygulaması, tam gün yasası, performans dayalı ücretlendirme sistemi ve son olarak toplam kalite yönetimi uygulaması (Aka, Kablay, Demir, 2012, s. 64-81) şeklinde sayılmaktadır.

2006 tarihinde çıkarılan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve 5510 sayılı SSGSS Kanunu ile sigorta bakımından eşitlik ve norm birliği, genel ve yaygın sağlık hizmeti ve yoksul kesime yardım sağlamayı içeren ve sağlıklı işleyecek bir kurumsal yapı amaçlamaktaydı (Atılğan, 2016, s. 13). Çıkarılan kanunlar ve yürütülen sistemsel faaliyetler neticesinde arzulan bu amaçların etkinlik ve verimliliğini tartışmak sistemin verimliliğini ortaya koymak açısından önemlidir. Gözlemlenen eksiklikler, yürütülen hatalı politikalar bu amaçlara

ulaşılması konusunda birtakım problemler doğurabilir, SGK'nın finansal problemler yaşamasına neden olabilir, sağıkta dönüşümün temel disiplini olan etkili, verimli ve hakkaniyete uygun sağık sisteminin uygulanmasını engellebilir. Bu nedenle ilerleyen başlıklarda uygulanan neoliberal politikalara ve işleniş tarzına yer verilecektir.

2.2.2.1.Tam Gün Yasası

Tam gün yasasının gündeme geliş tarihi neoliberal politikaların ülke sistemine yayılmadan öncesine dayanmaktadır. İlk olarak 1965 tarihinde gerekli hazırlıklar yapılmadan hekimlere yönelik Tam Gün Çalışma Yasası uygulamaları çıkartılmıştır. Gerekli donanım ve hazırlığın yapılmamasından kaynaklı olarak bu uygulama hayatta kalamamış ve vazgeçilmiştir. Daha sonra 1978 tarihinde tekrardan gündeme gelen bu uygulama yalnızca iki yıl yürürlükte kalmış ve 1980 tarihinde yürürlükten kaldırılmıştır (Ökten, 2007, s. 27; Er,2011, s. 66).

Elbek'in aktardığına göre 2002 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan uzman hekimlerin %90'nının yarı zamanlı çalıştığı yani özel muayenehanelerde hekimlik hizmetini de verdikleri gözlemlenmektedir. Bu durumun bir sonucu olarak yurttaşlar kaliteli sağık hizmeti alma konusunda güçlükler yaşamaktadır (2015, s. 24). Bu durumun etkin ve adil hizmet sunumunun önüne geçtiği net bir şekilde gözlemlenmektedir. Etkin ve adil hizmet sunumu kavramları SDP'nin temel ayaklarından olduğu hatırlanırsa, yeni sağık sisteminde tam gün yasasının tekrar gündeme gelmesi gerekmektedir.

Bu amaçla 2010 tarihinde tam gün uygulaması tekrardan gündeme gelmiş ve 5947 sayılı kanunla kabul edilmiştir. Yayımlamış oldukları rapora göre Tam Gün Uygulaması ile Sağlık Bakanlığı (Akdağ, 2012, s. 100):

- Sağlık personellerinin üzerindeki iş yükünü dengeli hale getirmeyi,
- Hekimler ile hastalar arasında kurulan para ilişkisini ortadan kaldırmayı,
- Halk ile hekimler arasında kuvvetli güven ilişkisi yaratmayı,
- Hastaların sağık hizmetine erişimini kolaylaştırmayı,
- Sağlık çalışanlarının ek ödemelerini artırmayı,

- Sağlık personelinin mesai saatleri dışında çalışmaları halinde kendilerine ek ödeme yaparak daha fazla gelir elde etmelerini,
- Sağlık Bakanlığı ile üniversiteler arasındaki iş birliğinin geliştirilmesini,
- Hekim seçme hakkının maddiyata bağımlı olmasının önüne geçilmesi,
- Devlet ve üniversite hastanelerinde hastaların bekleme sürelerini azaltılmasını,
- Herkesin her zaman ve her yerde kaliteli hizmet alabilmesinin yolunun açılmasını hedeflemektedir.

Sıralanan hedefler teorik olarak gerçek anlamda kaliteli, yaygın ve adil sağlık sistemini sağlamaya yöneliktir. Herkesin adil ve eşit bir biçimde maddi gücüne bakılmaksızın sağlık hizmetlerine ulaşabileceği ve aynı zamanda sağlık çalışanlarına iş doyumunu sağlayacağı öngörülmektedir.

Soyer'e göre tam gün yasası ile sağlık çalışanlarına iki seçenek sunulmaktadır ya kamuda ya da özelde çalışabileceklerdir. Böylelikle vatandaş kamuda tedavi görebilmek için kamudaki hekimin özel işletmesine yönlendirilmeyecektir. Bu güzel ve istenen önemli bir süreçtir, böylelikle herkese eşit ve etkin bir hizmet sunumunun temel adımı atılmış olmaktadır. Çok başka bir konu olan devletin denetleme otoritesi bakımından değerlendirmek gerekirse tam gün yasası, para akışlarını denetleme işlevini de etkin olarak kullanmış olacaktır. Çünkü çalışanın hem kamu sağlık hizmetlerinde hem de özel sektör sağlık işletmelerinde çalışması devletin para denetimini zorlaştırmaktadır. Yani ilk söz edilen yaklaşım ile halkın hizmete erişimini, ikinci söz edilen yaklaşım ile de devletin vergi denetim mekanizmasını daha etkin kullanması beklenilmektedir (Soyer, 2007).

Fakat özel muayenelerin önüne geçilme isteği konusuna bazı uzmanlar bunu beyhude bir çaba olarak değerlendirmektedir. Çünkü devlete ait sağlık kurumlarının mesai işleyiş biçimi 08:00-17:00 saatleri arası olması ve böylelikle mesai disiplini daha esnek olan özel muayenehanelerine saat 17:00'den sonra geçebilmelerine engel değildir. Tabii bu durum üniversite hastanelerinde çalışan hekimler için geçerli olmakla beraber devlet hastanesinde çalışan hekimleri kapsam dışında değerlendirmek gerekmektedir. 2014 tarihinde çıkarılan *6514 Sayılı Kanun'a* göre tıp fakültesi hastanelerinde görev yapan hekimlere mesai bitiminden sonra aynı

kurum içinde özel muayenehane hakkı tanınmıştır. Sistem kabaca şu şekilde işlemektedir, bir hasta her yıl Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ücret cetvelleri doğrultusunda hekim tarafından belirlenen özel muayene ücretini ödeyerek o hekimin özel hastası olacaktır. Bu açıdan değerlendirmek gerekirse sistemin işlevini yerine getiremeyeceği ortadadır (Aka, Kablay ve Demir, 2012, s. 73; <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118-1.htm>).

Yasanın hızlı bir şekilde yürütümünün yaygınlaşması için özelde çalışma yasağına uymayan doktorların mevcut yasa ilan edildikten sonra, üç ay içinde faaliyetlerini durdurmalarını istenmiş, aksi taktirde çalışmaya devam eden hekimler çalıştıkları kurumlardan istifa edilmiş sayılacağı belirtilmiştir. Ancak 6514 Sayılı Kanun'la söz konusu faaliyetlerde bulunan doktorların ve tıp alanında uzman olan öğretim elemanlarının, üzerindeki bu yaptırım kararı da iptal edilmiştir (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118-1.htm>). Kısmı olarak iptale uğrayan tam gün yasası böylelikle özel muayene sisteminin önünü kapatmamış, sağlık hizmetlerinin eşit, adil ve hakkaniyete uygun bir biçimde sağlanması açısından herhangi bir etkisi kalmamıştır.

Yasanın ortaya atılmasında en önemli etken, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uygulanmakta olan performansa dayalı ödeme/ücretlendirme sistemidir. Tam gün yasası ile maaş dışı ek ödeme, sadece performans puanına bağlı olarak hesaplanmaktadır. Üniversite hastanelerinin birçoğunun döner sermaye gelirlerini düşük tuttuğu göz önüne alınırsa tam gün yasası ile öğretim üyeleri daha çok çalışmaya itilmek zorunda bırakılacaktır (Tam Gün Yasa Taslağı Kamuoyu Duyurusu). Farklı yerlerden sağlanan gelirlerin zorunlu olarak sekteye uğraması ya da tamamen kesilmesi, her geçen gün düşüş gösteren taban ücret oranlarının mevcudiyeti hekimi zorunlu olarak döner sermaye ödemelerini arttırmaya yönlendirmiştir.

Yasanın parasal ve özel muayene boyutunu tartıştıktan sonra, yasanın halk ve hekim arasındaki güven ve sağlıklı diyalog konusuna etkisini tartışmakta yerinde olacaktır. Güven, bir grup veya kişinin davranış ve bağlılığını, ahlaki kurallara dayalı, adil ve yapıcı bir şekilde başkalarının haklarını düşünmek olarak tanımlanmaktadır (Carnavale ve Wechsler'den aktaran Demircan ve Ceyalan, 2003, s. 140). Tanımdan anlaşılacağı üzere güven kavramı, ahlak, saygı ve bağlılık kavramları üzerine şekillenmiştir. Ancak tam gün yasasından sonra hastaların

hekimlere yönelik güvenlerinin, saygılarının ve bağlılıklarının zaman geçtikçe zayıfladığı görülmektedir. Bu durumun en net örneği sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarındaki artışlardır. 2012 yılında, hekime karşı uygulanan şiddet oranı 4342 olarak kayıtlara geçmiştir (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2013, s. 183). 2018 yılının ilk dört ayında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sayısı 2.934 kişi, son altı yılın toplamı alındığında ise 68.375 sağlık çalışanın şiddete maruz kaldığı bilinmektedir (<https://t24.com.tr/haber/son-6-yilda-68-bin-375-saglik-calisani-siddet-magduru-oldu,671357>).

2001- 2017 yılları arası sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerine yapılan çalışmalar göstermiştir ki, artan şiddet oranları sağlık çalışanlarının hastalara karşı yaklaşımlarını olumsuz etkilemekte ve şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının çalışma motivasyonu bozmaktadır (Özcan ve Yavuz, 2017, s. 69-70). Türkiye’de özellikle son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hızla arttığı, hatta bu nedenle pek çok sağlık çalışanın hayatını kaybettiği, yaralandığı veya psikolojik yıkıma uğradığı belirtilmektedir. Sağlık kurumlarında yoğun çalışma temposu, düzensiz ve belirsiz çalışma koşulları çalışanların psikolojik şiddete uğrama riskini artırıcı etki yaratacaktır (Kablak, 2018, s. 17). Sonuç olarak, Tam Gün Yasası için halk ile hekimler arasında kuvvetli güven ilişkisi yaratılma çabası, herkesin her zaman ve her yerde kaliteli hizmet alabilmesinin yolunun açılması hedeflerinin işlerliğini tartışmaya açık bir hale gelmiştir.

Ayrıca ilk çıktığı günden itibaren madde değişikliği veya uygulama farklılığı görülen Tam Gün Yasasında 2017 yılının Aralık ayında gündeme farklı bir haber daha düşmüştür. 2014 yılında gündeme getirilen ve ülke geneli her ilde yapılması planlanan şehir hastaneleri projesinin faaliyette olan hastaneleri²⁰nin ayakta kalması ve projenin sürdürülebilir olması amacı ile farklı bir tasarı gündeme getirilmiştir. Sağlık Bakanı Ahmet Demircan’ın yaptığı açıklamaya göre, üniversite hastanelerinde görev yapan hocaların kendi görev yaptıkları hastanelerde gün

²⁰ Şehir hastaneleri projesi Sağlık Bakanlığı’nın kamu özel ortaklığı (kamu özel ortaklığı, devletin özel bir şirket grubuyla uzun süreli -49 yıla kadar- sözleşme ilişkisi kurduğu bir yatırım-hizmet modelidir.) modeli ile 22 ilde 29 şehir hastanesi gerçekleştirmeyi planladığı sağlık kampüsleridir. Bu kampüslerin ilk tesis finansmanının ve dolayısıyla fiziksel ekipman, bakım onarım ve yenileme işlerinin özel sektör tarafından, sağlık hizmeti sunma ve proje alanındaki müşteri garantisinin ise devlet tarafından sağlanır (Atalay, 2015, s. 66-72).

içerisinde görevlerini tamamlamaları durumunda şehir hastanelerinde de doktorluk hizmeti vermelerinin sağlanacağını dile getirilmiştir. Söz konusu açıklama;

“Üniversitedeki hocalarımız üniversitedeki görevlerini yerine getirdikten sonra kalan zamanlarında şehir hastanelerimizde hizmet edebilmeli. Bunun yolunu tesis etmeye çalışıyoruz. Şu an için adına esnek çalışma modeli diyebileceğimiz bu model bizlerin gelişmesini sağlayacak bir yolda bizleri motive ediyor. Şehir hastanelerinde ve devlet hastanelerinde bizdeki yine çalışmış hocalarımızı üniversitelerde karşılıklı sözleşme esası üzerinde çalıştırabilmeliyiz. Artan ve gelişen şehir hastanelerinde insan gücümüzü mobilize etmek istiyoruz.” (<https://www.cnnturk.com/video/turkiye/tam-gun-yasasi-degisiyor>).

Açıklamadan da anlaşılacağı üzere tam gün yasası üzerinde ilerleyen günlerde önemli bir değişim izlenecektir.

2.2.2.2.Aile Hekimliği

Aile hekimliği ilk olarak 1923 tarihinde ABD’de ortaya atılmış ve ardından 1952 tarihinde İngiltere’de *Royal College of General Practitioners*, 1969 tarihinde ABD’de *Board of Family Practice* kurulmuştur. İlgili kurumların kurulmasıyla 1974 tarihinde Hollanda’da *Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi* toplantısında birinci basamak hekimliği, diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre aile hekimi, hastalarının tedavi ve teşhis sürecinde yaşadıkları toplumun koşullarını, fiziksel ortamlarını ve psikolojik durumlarını göz önüne bulundurarak hastalarını bir görüşme ya da bir klinik odasında, bir hastane ortamında veya hastanın bulunduğu evde hizmet sunmalıdır (Dikici vd., 2007, s. 412).

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununa göre aile hekimi şöyle tanımlanmaktadır:

“Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı’nun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir” (Madde 2).

Aile hekimliği hizmeti ise Sağlık Bakanlığı tarafından Őyle tanımlamaktadır:

Aile hekimleri, kendisine kayıtlı kişilere yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti sunmaktadır. Daha detaylı bir anlatımla aile hekimleri; sağlığı teşvik edici ve koruyucu hizmetler, muayene, mŐdahale, birinci basamakta yapılan tetkikler, taramalar, aŐılamalar, gezici sağlık hizmeti ve evde bakım hizmeti gibi ŐeŐitli hizmet sunumu sağlamaktadır (<https://bit.ly/2x8OZU5>).

Her iki kavram tanımına bakılırsa her ikisi de kapsam geniŐliđine ve Önleyici, tedavi edici olma unsuruna yer vermiştir. Buradan yola Őıkılırsa aile hekimliği halk sağlığı aÇısından oldukÇa Önemli bir yere sahiptir.

Aile hekimliği ŐeŐitli ilkeler Őzerine kurulmuştur. Bu ilkelerden ilki, ilk başvuru noktası olma Őzelliđidir. Bu Özelliğe göre birinci basamak sağlık hizmetlerinin görevlerini yerine getirmesi beklenmektedir. Daha sonra koordinasyon ilkesi gelmektedir. Bu ilke etkili ve verimli sağlık hizmeti sunumuna vurgu yapmaktadır. ŐçŐncŐ ilke ise hasta merkezli yaklaşım ilkesidir. Bu ilkeye göre hastanın gereksinimleri temelinde sağlık hizmeti Őekillenmeli ve hizmetin sŐrekliliđi sağlanmalıdır. DŐrdŐncŐ ilke hasta hekim arasında gelişen iliŐkiye iŐaret etmektedir. Bu durum iletişimi kuvvetli birbiri ile sağlıklı diyalog kuran hekim-hasta ilişkisi hedeflenmektedir. Beşinci ilke sŐreklilik ilkesidir. SŐreklilik ilkesi, sağlık hizmetlerinin yalnızca hastalık sŐrecinde değil, kişilerin sağlıklı oldukları dönemlerde de sunulmasını tanımlamaktadır. Altıncı ilke kapsamlı yaklaşım ilkesidir, bu ilkeye göre sağlığın ve iyilik durumunun geliştirilmesi esas alınmış, Önleyici hekimlik Őzerinde durulmuŐtur. Son ilke ise bŐtŐncŐl yaklaşım ilkesidir. BŐtŐncŐl yaklaŐıma göre hekim, hastanın sağlık hakkındaki tŐm problemlerini ele alırken onun psikolojik, fiziksel ve sosyal Özelliklerini de göz ŐnŐnde bulundurması gerektiğine vurgu yapmaktadır (Turhan, 2014, s. 5-8).

Aile hekimliği merkezlerinde ŐalıŐacak hekimler Öncelikle uzmanlığını aile hekimliği Őzerine yapmış hekimler tercih edilmektedir. Ancak aile hekimliği uzman sayısının yetersizliği halinde pratisyen hekimlere de doğrudan aile hekimliği yapma yetkisi verilmektedir. Bu konu hakkında pratisyenlerin eğitim mŐfredatını hazırlamak işin Aile Hekimliği Bilimsel DanıŐma Kurulu oluşturulmuştur. MŐfredat ŐerŐevesinde eğitim iki aŐamalı olarak belirlenmiş, eğitimin ilk

aşamasında aile hekimliği uygulamasında yer alacak pratisyen hekimlere 10 günlük, yardımcı sağlık personeline 3 günlük uyum eğitimi verilmektedir. Eğitimin ikinci aşamasında hekimlerin mesleki bilgilerinin geliştirilmesi için 1 yıllık bir eğitim verilmekte ve bu eğitim süreci internet üzerinden uzaktan eğitim ve yüz yüze eğitim şeklinde gerçekleşmektedir (Akdağ, 2012, s. 111).

Aile hekimliği sistemi sağlıkta dönüşüm programı dahilinde gündeme gelmiş, yürütülen gerekli çalışmalar sonunda 2005 yılında aile hekimliği uygulaması için pilot²¹ kentler seçilmiş, sistemin uygulanabilirliği incelenmiş ve ardından 2010 yılında aile hekimliği uygulaması tüm yurttan hayata geçirilmiştir (Akdağ, 2011, s. 79). 224 sayılı kanuna göre, aile hekimliği uygulamasına geçilen bölgelerde yaşayan kişiler bir aile hekimine kayıtlarını yapmalıdır. Eğer bir kişi aile hekiminden memnun kalmaz ve hekim değişikliği talebinde bulunmak isterse üç aylık bekleme süresinin ardından aile hekimini değiştirmek amacıyla dilekçe verebilir. Bir aile hekimi üzerine en az 1000, en fazla 4000 kişi kayıt olabilir (Madde 5). 2016 verilerine göre Türkiye geneli toplam 24.428 aile hekimliği birimi sayısı mevcuttur ve ortalama olarak yurt geneli bir hekim başına 3.267 kişi düşmektedir. Bir sonraki yıl için bu oranların değişimi; Türkiye geneli toplam aile hekimliği birimi artış göstererek 25.198, bir hekim başına düşen kişi sayısı da önceki yıla göre 60 kişi azalarak 3.207 kişi olmuştur. Her iki veri çerçevesinde, Hakkâri iline ait bilgileri değerlendirmek amacıyla 2016-2017 yılları arasında yayımlanan sayısal verilere bakılırsa, 2016 yılı için Hakkâri’de hekim başına düşen kişi sayısının 4.185 kişi olduğu ve bu rakamın yasal tavan kişi sayısının üzerinde olduğu ancak bu sayının yasal tavan sayısının altına 2017 yılında 3.404 kişiye düştüğü²² zaman elde edildiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017a, s. 137-138; Sağlık Bakanlığı, 2018, s. 149-150).

Aile hekimliği sistemi teorik olarak güzel amaçlar içermekte, karşımıza sempatik bir uygulama olarak çıkmaktadır ancak akademik literatür incelendiğinde bu sisteme belirli eleştirilerin yapıldığı göze çarpmaktadır. Bunlardan ilki çok fazla dile getiren aile hekimliği mi bireysel hekimlik mi sorusuna yöneliktir. Sistemin

²¹ Hekimlere uzmanlık eğitimi verilmesinin ardından, sırasıyla Düzce, Edirne, Denizli, Eskişehir ve İzmir kentlerinde aile hekimliği uygulaması başlamıştır (Orhaner, 2014, s. 107).

²² Bu sayısal verinin sunulmasındaki amaç, 2005 yılında alt yapı çalışması yapılan ve 2010 yılında tüm yurt geneli faaliyete geçen bu uygulamanın temel ayağı olan hekim başına düşen az hasta sayısı ile etkin teşhis ve tedavi hizmetinin sağlanması işlevinin 2017 yılına gelindiğinde ancak işlenebilir hale geldiğinin görülmesini sağlamaktır.

işleyişi her bireyin kendi istediği hekimi aile hekimi olarak seçebilmesinden gelmektedir. Bu durum ise aile hekimliği söyleminin düşünülmesine neden olmaktadır. İkinci eleştiri daha çok tıbbi cihaz sektörüne yeni pazar açılmasına yöneliktir. Her aile hekimliğine tıbbi donanımı kuvvetli sistemlerin sunulduğu düşünülürse tıbbi cihaz satıcıları için ciddi bir pazar açılmış olmaktadır. Üçüncü eleştiri ise bazı vakaların fikir alışverişi ve ciddi birikim isteyen konular olmalarından kaynaklıdır. Ancak aile hekimliği uygulamasına bakıldığında hekimler arasında pratisyen hekimlerin de var olması böylelikle deneyim ve bilgi birikimi açısından yeterli donanıma sahip olamamalarından kaynaklı etkin ve verimli sağlık hizmeti sunumunun gerçekleşmeyeceği yönündedir (Er, 2011, s. 183-185).

Bir diğer eleştiri ise sevk sisteminin kaldırılmasıyla doğmaktadır. Daha önce bahsedildiği gibi birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu, teşhise dayalı tedavi edici sağlık kurumlarıdır. Bu kurumlarda çalışan hekimler, sevk sistemi kaldırılmadan önce hastaların daha donanımlı tetkik ve tedaviye tabi olmalarını uygun gördüklerinde hastaları ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine sevk etmekteydi. Eğer bir hasta aile hekiminin sevki olmadan birinci ya da ikinci basamak sağlık hizmetine yönelirse masrafların %30 ila %50'si arasındaki tutar hastalar tarafından ödenmekteydi (Ataay, 2008, s. 176). Böylelikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yığılmaların önüne geçilmekteydi. Ancak 2007 yılına çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliği ile sevk zinciri kırılmış, hastalar diledikleri sağlık basamağına diledikleri zaman başvurabilecek özgürlüğe erişmiştir. Sonuç olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde yığılmalar kaçınılmaz olmuştur (Aka, Kablay ve Demir, 2012, s. 68). Bu durum aile hekimliğinin sıralı ve düzenli sağlık hizmeti sunma özelliğinin yitirilmesine neden olmuştur.

2013 yılında aile hekimlerine yönelik yapılan bir araştırma sonucuna göre aile hekimleri kendilerini “yarı kamusal yarı özel” sağlık işletmesi olarak tanımlamaktadır. Çünkü bu merkezdeki giderler tamamen hekimlere aittir. Hekimler artık hizmet satın alma, müşteri memnuniyeti, işçi çalıştırma, kar-zarar oranı, rekabet gibi kavramlarla karşılaşmaya başlamış ve kendilerini artık bir işletmeci gibi hissettiklerini açıklamışlardır (Çiçeklioğlu vd., 2013, s. 94). Bu durum bir başka problemi de yanında getirmiştir, aile hekimliğinde bireysel iş akdi temeline dayalı sözleşme sistemini. Aile hekimliklerinde hekimlerin yardımcı

personelleri bireysel iş akdi temeline dayalı sözleşmeyle çalışmaktadır, böylelikle yardımcı personeller kamu görevliliğinin sağladığı güvenceleri önemli oranda yitirmişlerdir. (Ataay, 2008, s. 176). Bu konunun bir uzantısı olarak aile hekimliğinin diğer sağlık kuruluşlarından daha özerk bir yapıya sahip oldukları söylenebilir.

2.2.2.3. Toplam Kalite Yönetimi Uygulaması

Toplam kalite yönetimi kavramının tanımını yapmadan önce öncelikle kalite kavramının tanımının yapılması daha uygun olacaktır. Kalite kavramı kullanım amacına göre birçok farklı anlam ifade etmektedir. Genel olarak kalite kavramı lüks, üstün nitelikte, pahalı gibi kavramlarla eş anlamlıdır. Teknik açıdan bakılırsa kalite, standartlara uygunluk olarak tanımlanır (Merter, 2006, s. 16).

Toplam kalite yönetimi (TKY) sistemi tanımı ise; yürütülecek işlerin standardizasyonunu zorunlu kılmak şeklinde tanımlanır. İşler ve süreçlerle ilgili farklı dokümanlar oluşturulmakta, verilen talimatlarla herkesin aynı işi aynı şekilde yapması hedeflenmektedir (Kablay, 2009, s. 85). TKY uygulamasının derinine bakıldığında kar odaklı bir uygulama olduğu görülmektedir. Bu amaçla şirket bünyesinde çalışan tüm personelden müşteri beklentileri doğrultusunda kalite araştırmaları yürütümüne katkıda bulunmaları, böylelikle verimliliği arttırmaları istenmektedir. Sonuç olarak, üretim boyunca sürdürülen kalite denetimi sorumluluğu çalışanlar üzerinde gerek zihinsel gerekse bedensel açıdan ciddi yorgunluklara sebep olmaktadır (Şahin, 2011, s. 275-278).

Daha sonraları endüstriyel üretim sektöründen, hizmet sektörüne aktarılan TKY, sağlıkta dönüşümle beraber kamu hizmetlerinde de benimsenmeye başlanmıştır. Böylelikle yeni kamu işletmeciliğinde etkinlik ve verimlilik kavramları ortaya çıkmıştır. Ancak belirtmek gerekmektedir ki toplam kalitenin hem şirket hem de çalışanlar üzerinde iki farklı etkisi vardır. Sermeye açısından bakılacak olunursa müşteri memnuniyeti ve tüketim artış hızı yükselmiş buna bağlı olarak karlılık oranları önemli miktarda artmıştır. Ancak emek gücü için bu durum yüksek denetim, baskı, daha çok sömürü, örgütsüzlük gibi önemli dezavantajlı durumlar doğurmuştur. Kamu hizmetlerine yansımada ise sadece çalışanlara yönelik değil hizmet sunumundan yararlanan halk için de olumsuz sonuçlar

doğurmaktadır. Sağlık çalışanları, sürekli süreç odaklı ve standartlara uyum konusunda denetim altında tutulduğundan daha verimsiz ve stresli bir hale gelmektedirler. Buna ek olarak müşteri memnuniyeti odaklılığı nedeniyle sağlık kalitesi hastaların istekleri doğrultusunda biçimleneceğinden dolayı doktorlar hastaların taleplerine göre ilaç tetkik ve tedavi yöntemine gitmektedirler. Hastanın arzu ettiği tetkiklerin yapılması ve ilaçların reçetelenmesi hekimin tetkik, tedavi ve karar süreçlerinde etkinliğini yitirmesine neden olmaktadır (Ulutaş-Ünlütürk, 2011b, s. 70-72). Hastalara müşteri kimliğinin giydirilmesi, işletmelerin temel mantığı olan müşteri her koşulda haklıdır prensibini de sağlık kurumlarına getirmektedir. Hastaların almış oldukları bu güç bir yerden sonra şiddete dönüşmekte böylelikle hastane personelinin tamamına karşı saygısızlığın ve şiddetin artmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde TKY anlayışının öne çıkması, sağlık hizmeti tüketicilerinin davranış ve algılarında birtakım değişikliklere neden olmuştur. Toplam kalite yönetimiyle birlikte hasta memnuniyeti, verilen hizmetlerin nitelik ve nicelik açısından ölçülebilmesi, hasta bakım kalitesi ve hasta hakları gibi konular öncelik kazanmıştır (Yıldız ve Turan, 2010, s. 41).

Değiniilmesi gereken bir diğer konu ise birbirinden ayrı kavramları içinde barındıran TKY sistemi ile performansa dayalı ödeme sisteminin beraber yürütülüyor olmasıdır. 2003 yılında ortaya çıkan performansa dayalı ödeme sistemi bünyesinde performansa dayalı iş yükü artışını içermekteyken, 2005 yılında gündeme gelen TKY sistemi kalite kontrol sistemini merkezine olarak kalite ve verimliliğin artmasını hedeflemektedir. Performans artışı verimli ve kaliteli hizmet sunuşu anlamına gelmemekte, aksine iş yükü anlamına gelmektedir. Oysa ki kalite yönetiminde hizmet, üretim hızını değil kalite ve verimliliği merkeze almaktadır. Bu durumda iki sistem birbiri için çelişkili durumları nitelemektedir (Aka, Kablay ve Demir, 2012, s. 80).

2.2.2.4.Genel Sağlık Sigortası (GSS)

GSS veya benzer amaçlı uygulamalar 20. yüzyılın ilk yarısından itibaren dünyanın gelişmiş ülkelerinde yaygın olarak görülmektedir (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016, s. 712). GSS, kişilerin gönüllülük durumuna bakılmaksızın

gelecekte karşılaşılabilecekleri risklere karşın sağlık hizmetlerinden etkili bir biçimde faydalanmasını sağlayan bir sosyal güvenlik aracıdır (Ateş, 2016, s. 116). Türkiye’de 01.01.2012 tarihinde uygulamaya giren GSS ile kapsamlı bir sağlık sistemi oluşturulması amaçlanmıştır. GSS uygulaması ile ilgili yasa 2006 tarihinde TBMM tarafından kabul edilen ancak bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından ertelenen 5510 sayılı SSGSS kanunudur. GSS ile ilgili teşkilatlanmaya ilişkin düzenlemeler 5502 sayılı SGK kanununda yer almaktadır (Orhaner, 2014, s. 139-140).

GSS, 5510 sayılı SSGSS kanunun üçüncü kısmında düzenlenmiş ve toplamda 19 madde ile hak ve yükümlülükler çerçevesi çizilmiştir. SSGSS kanunun üçüncü kısım birinci bölümünde kapsamdaki kişiler ve tescili, ikinci bölümde sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklar, üçüncü bölümde sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları ve katılım payı ödemeleri, dördüncü bölümde ise mali ve çeşitli hükümlere yer verilmiştir.

5510 sayılı Kanun’a göre, GSS’den faydalanan yurttaşlar ve bakmakla yükümlü olduğu bireyler için genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetleri ve sunulan diğer haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortasından yararlananlar için bir hak, kurum içinse bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür. Ayrıca bireylere sunulan sağlık hizmetleri ve diğer haklar, ödenen primlerin tutarına göre ilişkilendirilemez (Yüksel, 2016b, s. 289).

GSS kapsamına göre, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları ile bu vatandaşların yabancı uyruklu eşi ve çocukları; SSK’ya tabi çalışan yabancı uyruklular; sığınmacılar ve vatansızlar sağlık hizmetlerinden yararlanabilir buna ek olarak, anne veya babaları GSS kapsamında olan henüz 18 yaşını doldurmamış çocuklar; lise dengi öğrenim gören henüz 20 yaşını doldurmamış bireyler ile yüksek öğrenim görüyorsa 25 yaşına kadar mezun oldukları tarihi izleyen günden itibaren iki yıl süreyle gelir testi yapılmaksızın anne veya babalarının üzerinden sağlık haklarından faydalanabilirler (Yılmaz, 2014, s. 100-101; Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2018, s. 755-756).

Ancak tıpkı reform öncesi dönemde olduğu gibi reform sonrası dönemde de sağlık haklarından faydalanabilmek için belirli bir dönem prim ödeme zorunluluğu vardır. Önceki dönemde bu süreler sigortalılık tipine göre farklılık göstererek 120

gün ila 8 ay arasında prim ödeme zorunluluğu varken, GSS'den yararlanabilmek için son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS primi ödemek gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmeti sunucusuna başvurulduğu tarihte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dahil olmak üzere prim borcunun bulunmaması koşuluna bakılmaktadır (Ekin, 2012, s. 155-156). Primler, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için prime esas kazancın %5'i sigortalı, %7,5'i işveren katkısı olmak üzere %12,5'idir. Sadece GSS'ye tabi olanlar ile kanuna göre belirtilenlerin GSS primi, prime esas kazancın %12'sidir (Yenimahalleli-Yaşar, 2015, s. 98).

GSS prim ödeme yükümlülüğüne göre farklı sınıflandırma biçimleri kullanır. Bunlar (Alper, 2014, s. 316);

- Çalışan ve çalışma geliri üzerinden prim ödenerek ya da ödeyerek GSS kapsamına alınanlar,
- Çalışmayan ancak prim ödeyerek GSS kapsamına alınanlar,
- Ödeme gücü olmayan bundan kaynaklı prim ödeyemeyen ve primleri devlet tarafından ödenerek GSS kapsamına alınanlar, şeklindedir.

Primleri kendileri tarafından ödenecek kişilerin ödeyecekleri prim miktarının tespit edilmesi amacıyla 2012 tarihinden itibaren gelir testi uygulaması başlamıştır. 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından belirlenen test yöntemleri ile harcamaları, taşınır ve taşınmazları dikkate alınarak, ailenin aylık kazancının aile fertlerine düşen aylık tutarı, asgari ücretin üçte birinden az olan kişiler prim ödemekten muaftır. Bu kişilerin primleri devlet tarafından karşılanır (Yenimahalleli-Yaşar, 2015, s. 98).

Aylık geliri asgari ücretin üçte birinden az olan kişiler dışında prim ödeme yükümlülüğü bulunmayan bireyler ilgili kanun 67. maddesinde belirtilmiştir. Buna göre 30 gün GSS primi ödeme koşulu bulunmayanlar veyahut 30 günlük sürenin hesaplanmasında göz ardı edilecek durumlar şu şekildedir; 18 yaşını doldurmamışlar, tıbbi olarak başkasının bakımına muhtaç olanlar, trafik kazası halleri, iş kazası ve meslek hastalığına uğrayan bireyler, bildiri zorunlu bulaşıcı hastalığı olanlar, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanacak olanlar, analık halinde sağlık hizmeti alacak olanlar, afet ve savaş ile grev ve lokavt hallerinde olanlar (5510 Sayılı Kanun m. 67) olarak sıralanmıştır.

Sağlıkta reform sürecine girilmesinin nedenleri arasında sağlık harcamalarının yüksek olması ve ilgili politikalar ile herkese adil sağlık hizmet sunumu sağlanmasının reform sürecinin temel amaçları içinde yer aldığına daha önce değinilmişti. Ancak GSS ile sağlık harcamalarında bir azalma olmadığı görülmekle beraber GSS'den yararlanan kesim içinde prim ödeme oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca aylık geliri asgari ücretin üçte birinin üzerinde olan herkesin prim ödemek zorunda kalması ve bu oranın yoksulluk sınırının her şekilde altında kalıyor olması, GSS'nin adil, eşit ve korumacı sağlık hizmeti anlayışına ters düştüğünü göstermektedir. Bu durumu ufak bir hesaplama ile açıklamak gerekirse;

- *2019 Yılı Türk-İş Yoksulluk Sınırı: 6.609*
- *2019 Verilerine Göre Asgari Ücret (Net): 2.020,90*
- *Asgari Ücretin 1/3'ü: 673, 636*

Verilen sayısal veriler göstermektedir ki, yoksulluk sınırı asgari ücretin 1/3'ünün 9.8 katıdır. Bu durumda GSS primi ödemek zorunda olan kesimin yoksulluk sınırının çok altında bir geliri olduğu görülmektedir. Benzer bir açıklamayı toplam sağlık harcamalarına yapılan ödemeleri kıyaslayarak da yapmakta yarar vardır.

Tablo 4:Türkiye’de 2000-2017 Yılları Arası Toplam Sağlık Harcamaları

Yıllar	Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYH’ya Oranı (%)	Kişi Başı Sağlık Harcaması (TL)	Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (ABD \$)
2000	8.248	4,8	128	*
2001	12.396	5,1	190	*
2002	18.774	5,2	284	37
2003	24.279	5,2	363	45
2004	30.021	5,2	444	60
2005	35.359	5,2	517	87
2006	44.069	5,6	636	97
2007	50.904	5,8	726	122
2008	57.740	5,8	813	110
2009	57.911	5,8	804	73
2010	61.678	5,3	843	92
2011	68.607	4,9	924	85
2012	74.189	4,7	987	87
2013	84.390	4,7	1.110	98
2014	94.750	4,6	1.232	100
2015	104.568	4,5	1.345	82
2016	119.756	4,6	1.524	82
2017	140.647	4,5	1.751	82

(Ağır ve Tıraş, 2018, s. 648; Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, s. 252; <https://bit.ly/2X2VEP2>)

(*) ilgili yıla ait sayısal veriye ulaşılamamıştır.

Tablo 4 incelendiğinde toplam sağlık harcamalarının 2000 yılından 2017 yılına kadar nasıl bir seyir izlediği görülmektedir. Bu veriler ışında, 2000 yılında 8.248 milyon olan toplam sağlık harcamaları 2017 yılında 17 kat artarak 140.647 milyona ulaşmıştır. Aynı yıllar karşılaştırıldığında toplam sağlık harcamasının GSYH’ye oranında 0.3 azalma olduğu, kişi başı sağlık harcamasının 13,5 kat arttığı ve 2002-2017 yılları karşılaştırıldığında kişi başı cepten yapılan sağlık harcamalarının 2,2 kat arttığı ve 82 ABD dolarına denk geldiği görülmektedir. Görüldüğü üzere verilen istatistiki hesaplamalar göstermektedir ki GSS’nin işlerliği tartışmaya açık bir hale bürünmüştür. Sağlık harcamalarında var olan bu artışların nedenleri arasında PDÖS’nin de olduğu ve bu sistemin sağlık hizmetlerini nasıl etkilediği gerek bir bütün halinde tezin tamamında yer yer değinilerek gerekse de bir sonraki başlıkta açıklanmaya çalışılmıştır.

2.2.2.5. Performansa Dayalı Ödeme (Ücretlendirme) Sistemi

Ücret yani ödeme kavramının tanımı için net bir ifadede bulunmak zordur. Ancak genel olarak tanımlanırsa sosyal devlet kavramı çerçevesinde önemli bir sosyal hak olarak kabul edilmekte, iktisadi ve sosyal yaşantıda bir şey karşısında gösterilen çabanın ya da değer karşılığı olarak tanımlanmaktadır (Durmaz, 2010, s. 7-8). Çalışma ilişkileri açısından ücret, işveren tarafından üretkenliği sağlayarak verimliliğin artmasına neden olurken, işçi tarafından işletme ile arasında bir menfaat ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Her iki grupta menfaat ilişkisinden kaynaklı olarak buldukları sürece ve konuma karşı motivasyonlarını koruyacak ve sürekliliğin sağlanması için çaba sarf edecektir (Ergül, 2006, s. 94).

İşveren, aynı işi yapanlar için farklı düzeylerde ücret ödemesi yapabilir. Bunun göze çarpan ilk nedeni işçiler arasında verimlilik farklarının olmasından kaynaklanır. Yani verimlilik farklılıkları artarsa, ücret farklılıklarının artması; verimlilik farkları azalırsa, ücret farklılıklarının azalması doğal bir seyirdir. İkinci nedeni ise işçiler arası nitelik ve yetkinlik farklılığının bulunmasıdır (Akçay, 2015, s. 333). Çalışanlar arası ücret politikası belirlemenin birçok farklı tekniği bulunmakla beraber çalışanlar arası rekabeti arttırdığı ve kurum içi dinamik bir yapıya yol açtığı için performans değerlendirme sistemi daha yaygın ve etkin bir biçimde kullanılmaktadır (Kestane, 2003, s. 128-130).

Kurum çalışanlarının performanslarının değerlendirilmesinin ilk örneği 1900'lü yılların ilk yarısında Amerika'da kamu hizmeti veren kurumlarda görülmüştür. Daha sonra Frederick Winslow Taylor'un iş ölçümü uygulamaları aracılığıyla çalışanların verimliliklerini ölçümlemesi sonucu performans değerlendirme kavramı kurumlarda bilimsel olarak kullanılmaya başlanmıştır (Uyargil, 2017, s. 2). Kavramın sağlık alanına girmesi ise 1970'li yıllarda McClure tarafından, sağlık alanında verimliliğin önemine dikkat çekilmesiyle yaşanır. McClure, çalışanları adına sağlık hizmeti satın alacak şirketlerin satın alma tercihlerinin, sağlık hizmeti sunucularını verimliliğe iteceğini belirtmiştir. Yine aynı yıl Archie Cochrane tarafından verimliliği kanıtlanmış sağlık hizmetlerinin hastalara sunulması gerekliliği dile getirilmiş ve Cochrane tarafından da verimlilik konusuna vurgu yapılmıştır (Çelik, 2007, s. 192). Çalışanların performans değerlendirme ve verimlilik üzerine şekillenen performans odaklı yönetim sistemi 1976 tarihinde Beer ve Ruth tarafından çalışanların performanslarını planlama,

değerlendirme ve geliştirme süreci olarak tanımlanmaktadır (Aka, Kablay ve Demir, 2012, s. 74).

PDÖ'de bütün kurumlar için performans değerlendirme sonuçları çok önemlidir. Bu değerlendirme sonuçlarının ortaya çıkabilmesi için en başta uzmanlar tarafından performans standartlarının oluşturulması gerekmektedir. Performans standardı, çalışanın mevcut görevlerini ne denli etkin ve başarılı bir şekilde gerçekleştirdiğini gösterecek şekilde ayarlanmalıdır. Performans değerlendirme sonuçları ise çalışanın başarısının önceden belirlenmiş kriterlere göre ne denli gerçekleştiğini gösteren istatistiki veridir. Dolaylı olarak, çalışanın belirlenen standartlara ne kadar ulaştığı ya da yaklaştığı bu değerlendirme yöntemiyle saptanmaktadır (Çakır ve Tang, 2015, s. 89). Sağlık hizmeti veren kurumlar için bu tanım daha da detaylandırılmıştır. Sağlık hizmeti kurumlarında PDÖ, Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir sağlık kurumunda çalışan personelin unvanı, çalışma şartları, çalışma süresi, görevi, yaptığı muayene/ameliyat/anestezi işlemleri ile uyguladığı girişimsel işlemlerin oranı, özellikle riskli bölümlerde çalışma durumu, hizmete yapmış olduğu katkısı ve performansı gibi unsurlar göz önüne alınarak döner sermaye gelirlerinden aldığı ek ödeme olarak tanımlanmaktadır (Demir, 2007, s. 279). Sağlık personelinin maaşları sağlık bakanlığı bütçesinin temel maaşlar kaleminden ödenmektedir ancak performansa dayalı ek ödemelerin finansmanı SGK tarafından yapılmaktadır (Öcal, 2017, s. 85).

Türkiye'de döner sermaye uygulamasına ilk 1961 yılında çıkarılan 209 Sayılı Yasa ile rastlanır. Yasanın amacı Sağlık Bakanlığı'na bağlı yalnızca yataklı tedavi hizmeti veren kurumların bazı gereksinimlerini karşılamaktır. 209 Sayılı Yasada sırasıyla, 1975, 1983 ve 2001 yıllarında, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hemen her birimde döner sermaye uygulamasına olanak veren temel değişiklikler yapılmıştır (Pala, 2005, s. 72). 2003 reformu sonrasında, döner sermaye primi uygulaması değiştirilerek Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ödeme sistemi uygulaması başlatılmıştır. Döner sermaye primi uygulamaları 1981 yılından itibaren üniversite hastanelerinde çalışan akademik ve idari personelin çalıştıkları kurumun elde ettiği gelir ve finansal durumuna göre aldıkları ek ödeme sistemidir. 2003 yılında performansa dayalı ek ödeme sistemi, sağlık bakanlığı bünyesindeki hastanelerin ve çalışanların performansını değerlendirmek amacıyla uygulanmaya başlanmıştır. 2004 yılında bireysel olarak, 2005 yılında kurumsal

olarak performans değerlendirme kriterleri ek ödeme sisteminde kullanılacak hesaplama yöntemlerine eklenmiştir. 2006 yılında ise finansal ve yönetim kriterleri de eklenerek performansa dayalı ek ödeme sisteminin kapsamı genişletilmiş ve 2011 yılından itibaren üniversite hastaneleri içinde uygulanmaya başlanmıştır (Akpınar ve Taş, 2013, s. 170; Etiler, 2011, s. 6).

Sistemin sağlık alanına yönelik amacı SDP'nin amaçlarına dayanmakta ve öz olarak şu şekilde sıralanmıştır (Baumann ve Dellert'den aktaran Çelik, 2007, s. 193):

- Yapısal değişimi güdüleyecek büyüklükte bir finansal özendirme oluşturmak böylelikle kurumların kalitesini arttırmayı sağlayarak ödüllendirmek,
- Yanılgıyı ve maliyeti düşürmek, kaliteyi iyileştirmek ve verimliliği arttırmak,
- Hekimleri, hasta bakımı hizmetleri sunmaya teşvik etmek,
- Tek seferde doğruyu yapma konusunda hekimlere sorumluluk yüklemek

Şubat 2013 tarihinde yayımlanan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik'e göre döner sermaye mevzuatının işlerliğini sağlamak için her bir sağlık tesisinde döner sermaye komisyonu oluşturulması gerekmektedir. Komisyonun; hastane yöneticisi, başhekim, idari ve mali hizmetler müdürü, sağlık bakım hizmetleri müdürü, dâhili ve cerrahi klinikleri ile laboratuvar ve röntgen birimlerini temsilen birer sorumlu uzman tabip, üçüncü basamak sağlık tesislerinde ise birer eğitim sorumlusu/eğitim görevlisi veya uzman tabip, bir pratisyen tabip, bir asistan, bir diş tabibi, bir sağlık lisansiyeri (psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, biyolog gibi), bir sağlık hizmetleri sınıfı temsilcisi (hemşire, ebe veya sağlık memuru gibi), bir teknik hizmetler sınıfı temsilcisi, bir yardımcı hizmetler sınıfı temsilcisi, bir genel idari hizmetler sınıfı temsilcisi, çalışma ve sosyal güvenlik bakanlığı tarafından sağlık ve sosyal hizmetler kolunda faaliyet gösteren sendikalardan o kurumda en çok üyeye sahip sendikanın temsilcisinden oluşmaktadır (Md.6).

Performansa dayalı ek ödemeler aylık dönemler halinde yapılmakta ve ek ödeme tutarı o dönemin yani, o ayın bitiminden sonraki yirmi gün içerisinde personele ödenmelidir (md.12). Ödenecek tutarlar hesaplanırken personele ait mesai içi net performans puanının mesai içi dönem ek ödeme katsayısı ile çarpımı sonucunda brüt ek ödeme tutarı bulunmaktadır (md. 11). Hesaplamalar yapılırken göz önünde bulundurulması gereken husus ise tavan ödeme miktarlarıdır. Döner sermaye gelirlerinden ek ödeme alacak eğitim görevlilerine en yüksek devlet memuru aylığının %410'u, uzman doktorlara ve uzmanlığını almış dış hekimlerine %335 oranında, pratisyen ve dış doktorlarına ise %180 oranlarına kadar ek ödeme yapılabilmektedir (md.5/2).

Son yıllarda hekimlerin taban maaşlarında görülen azalma, hekimleri ek ödemelerini arttırmak amacıyla daha uzun sürede ve daha yoğun bir tempoda çalışmaya itmiş, tam gün kamuda çalışan hekimlerin döner sermaye gelirleri, aylık maaşlarının üzerine çıkmıştır. Uzman hekimlerin maaşlarının yaklaşık 1.5 katı olan döner sermaye gelirleri, pratisyen hekimler için aylık maaşlarına yakın bir düzeydedir (Önder ve diğerleri, 2011, s. 32; Etiler, 2011, s. 6).

Elbek ve Adaş'ın bizlere aktardığına göre Sağlık Bakanı Dr. Recep Akdağ'ın performansa dayalı ödeme sistemi konusundaki sözleri sistemin işlerliğini açık ve bariz bir şekilde açıklamaktadır. Aile hekimliği sistemi açısından *“hekim ne kadar çok hastayı, bireyi, aileyi kaydetmişse o kadar çok kazanacaktır”* sözleri ve ardından ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için ise *“kim hastasını daha çok memnun ediyor ve daha çok hastayı kendine çekiyorsa, kim daha çok muayene yapıyorsa, müdahalede bulunuyorsa, ameliyat yapıyorsa, hasta takip ediyorsa”*, o sağlık personellerinin performansa dayalı ödeme sistemi üzerinden alacağı katkı payları çok daha yüksek olacaktır (2009, s. 38). Yapılan açıklamalar göstermektedir ki Sağlık Bakanlığı hasta doktor ilişkisinin metalaşmasının yolunu açmıştır. Sonuç olarak doktorların niteliklerinin ötelenmesi, hastaların ise müşteri konumuna dönüşmesi kaçınılmaz hale gelmiştir.

Bu durumu birde maliyet-etkinlik, maliyet-yarar, maliyet-kullanışlılık analizi gibi hesaplamalarla eleştiren uzmanlarda mevcuttur. Hekimlerin sağlık alanında sermaye birikim sürecine değişken sermaye olarak eklendiği ve emek sürecinde birim zamanda daha fazla değer yaratma sürecine yol açacağı öngörülmektedir. Performans sistemi, sağlık personellerinin daha fazla karşılığı

ödenmemiş emek zamanına sahip olacağı şeklinde de yorumlanmaktadır (Ercan, 2013, s. 27). Birim zamanda daha fazla değer yaratılmasının en önemli yolu daha az zamanda çok iş yüküne sahip olmaktır. Hekimlerin kısa zamanda çok fazla iş yüklenmesi, iş günlerinin uzamasına, hastalara ayrılan sürelerin kısalmasına ve hasta doktor ilişkisinin değişmesine neden olacaktır (Kablay, 2014, s. 87). Her iki durumu da tek bir örnekle açıklamak gerekirse; Merkezi Hekim Randevu Sistemi üzerinden randevu alınmak istendiğinde, randevu takviminin bir iş gününü 42²³ parçaya ayırdığı görülmektedir. Bu ayırım makul orandadır ancak MHRS dışında birde hastanelerden direk randevu alındığı göz önünde bulundurulursa hekimin hasta ile geçirdiği zamanın bir hayli kısalacağı ortadadır. Hekimin gün içinde baktığı hasta sayısının artması, sağlık kurumlarının hekim üzerinden birim zamanda fazla değer kazanmasına neden olabileceği gibi hekimlerin yorucu tempo altında hastalara karşı tahammülsüzleşmesine ve/veya hekim hasta arasında eksik diyalog sonucu yetersiz veya hatalı tedavi uygulamasına neden olabilecektir.

PDÖS'nin başka bir etkisi ise kurum içi çalışan sağlık personelleri arasında çalışma barışına yöneliktir (Kablay, 2011, s. 65). Aşağıdaki tabloda gösterildiği gibi kurum içi personellerin hepsi için ayrı ayrı ek ödeme katsayıları mevcuttur. Örnek vermek gerekirse pratisyen hekimler ile uzmanlığını almış hekimler arasında iki puanlık bir fark mevcuttur. Bu durum eğitim döneminde geçirilen zamanla ilgilidir ancak aynı tetkik ve tedavi yöntemlerini uyguladıklarında pratisyen hekimler daha düşük performans ücreti almış olacak ve performans ücretini arttırmak için mesai saatleri içinde daha fazla iş yükü üstlenmek zorunda kalacaktır. Göze çarpan bir başka durum, katsayı farkıdır. Katsayı farkı, uzman hekimler ve ameliyathane personelleri arasındaki beş puanlık farktır. Bir uzman hekim ameliyathane personelleriyle beraber ameliyata girdiğinde birbirlerine yakın özen ve tempoda yorulmalarına karşın ameliyathane personelleri ek ödemelerini arttırmak için daha fazla iş yüküne katlanmak zorunda kalacaklardır.

²³ Sabah 8.30'da iş başı yapıp 16.30'da paydos edildiği göz önüne alınırsa.

Tablo 5:Ek Ödeme Tutarına Esas Katsayılar

	Mesai İçi Tavan Ek Ödeme Tutarına Esas Katsayılar
Klinik şefleri ve şef yardımcıları ile uzman tabip kadrosuna atanan profesör ve doçentler	8
Uzman tabip ve tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda bu mevzuat hükümlerine göre uzman olanlar ile uzman dış tabipleri	7
Pratisyen tabip ve dış tabipleri	5
İdari sağlık müdür yardımcısı, hastane müdürü ve eczacılar	2.5
Yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi, acil servis-poliklinik, izolasyon odaları, kapalı psikiyatri servisleri, organ ve doku nakli gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel ile başhemşireler	2
Bunların dışında kalan diğer personeller	1.5
	Mesai dışı tavan ek ödeme tutarına esas katsayılar
Klinik şefleri ve şef yardımcıları ile uzman tabip kadrosuna atanan profesör ve doçentler	2.5
Uzman tabip ve tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda bu mevzuat hükümlerine göre uzman olanlar ile uzman dış tabipleri	2.1
Pratisyen tabip ve dış tabipleri	1.5
İdari sağlık müdür yardımcısı, hastane müdürü ve eczacılar	0.5
Yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi, acil servis-poliklinik, izolasyon odaları, kapalı psikiyatri servisleri, organ ve doku nakli gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel ile başhemşireler	0.4
Bunların dışında kalan diğer personeller	0.3

(Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik).

Trakya Üniversitesinde yapılan “Performansa Dayalı Ek Ücret Sisteminin İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Motivasyon Algılarına Etkisi” isimli çalışma incelendiğinde gerek ücret adaletsizliği konusunda gerekse çalışma barışı konusunda az önce yapılan eleştiri desteklenmektedir. Araştırmada hekimlerin temel ücretleri 2.200 TL ile 5.001 TL olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı hekimlerin ek ödemeleri ise 1.000 TL ile 4.000 TL aralığında olduğu saptanmıştır. Unvan ve meslekte geçirilen gün sayısı göz önüne alındığında en yüksek temel ve ek ücret ödemesinin aşağı yukarı aynı unvan ve kıdeme sahip hekimler tarafından alındığı düşünülmektedir. Ancak aşağı yukarı aynı işlemleri yapan unvan ve kıdeme sahip kişilerin almış oldukları temel ve ek ödemeler kıyaslandığında arada 6.000 liralık farkın olduğu gözlemlenmektedir (Kolaylı, 2016, s. 114). Kart’ın hekimler

üzerine yürütmüş olduğu araştırma incelendiği zamanda yine aynı sonuç görülmektedir. Açıklayıcı olması açısından bir hekimin açıklamasına yer vermek doğru olacaktır. Açıklama şu şekilde aktarılmıştır (2013, s. 112)

“Yaptıkları politikalar iyi olmadı. Aile hekimliği sistemi de çok iyi olmadı. Hekimler arasında şu an çok büyük bir fark oluştu. Birinci basamakta çalışan aile hekimi ve pratisyen hekimlerle 2. ve 3. Basamakta çalışan uzman hekimler ve asistanlar arasında çok ciddi ücret farkları oluştu... Bence %99 hekimin bu durumdan memnun kalmadığından eminim”.

Değinilmesi gereken bir başka konu performans ödemelerinin gereksiz işlemlerin yolunu açılabilceği yönündedir. Denetimlerin yetersiz ve zor olması suistimal olaylarının doğmasına neden olabilmektedir. İşlem endikasyonlarının sorgulanmasına yönelik önemli denetim mekanizması oluşturulmalıdır. Yapılan gereksiz işlemler gerek hasta ve hasta yakını gerekse kurum ve toplum açısından fazla maliyet yaratmaktadır. Bu noktada tıbbi teknolojik aletler önemli bir rol oynamaktadır. Çünkü teknolojik aletlerden faydalanmak hekimin hastayla ilgilendiği süreyi kısaltabileceği gibi hekimin rekabette üstünlük kazanmasını da sağlayacaktır (Kablay, 2011, s. 65). Ayrıca görüntüleme yöntemleriyle²⁴ tesadüfen bulunan hastalıklar aşırı teşhise neden olmaktadır. Esasen başka bir şikâyet için hastaneye başvuran kişilere, görüntülenme yöntemleri kullanılmasından kaynaklı başka rahatsızlıklarının da mevcut olduğu ve o konuda da tedavi edilmesi gerektiği şeklindeki yaklaşım, gerek hastalık oranlarında artışa neden olmakta gerekse aşırı teşhis-tedavi ile performans artımı sağlanmaktadır. Amerika’da yapılan bir araştırma bu durumu açıklamak konusunda yardımcı olacaktır. Araştırmaya göre ultrasonografik tetkik ile şikâyeti olmayan insanların %10’unda safra kesesi taşı, %40’ında diz ekleminde menüsküs hasarı saptanmış ve gereksiz cerrahi işlemler uygulanmıştır (Kılıçaslan ve Kılıçaslan, 2013, s. 182).

Bu değerlendirmeler ışığında Türkiye’de 2002-2016 yılları arası yataklı tedavi kurumlarında bulunan cihazlar incelendiğinde 2002 yılı için; manyetik rezonans 58, bilgisayarlı tomografi 323, ultrason 1005, doppler ultrason 681, ekokardiyografi 259 adettir. Ancak 2016 yılına gelindiğinde bu cihazlar sırasıyla

²⁴ Manyetik rezonans (MR), bilgisayarlı tomografi (BT), ultrason, doppler ultrason, ekokardiyografi (EKO) ve mamografi vb. cihazlar tıbbi görüntüleme cihazları olarak geçmektedir (Kalkınma Bakanlığı Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, 2014, s. 41).

836, 1152, 5470, 2121 oranına yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017a, s. 117). Tıbbi görüntüleme cihazlarının artış göstermesi tabii halk sağlığını olumlu yönde etkiler, yaygın ve kolay erişimin sağlanmasına yardımcı olur. Hekimler kısa sürede daha net hastalığa yönelik durum analizi yapıp ona göre müdahale bulunabilir. Ancak Elbek'in aktardığına göre OECD ülkeleri ile Türkiye'deki MR cihaz sayısı kullanımı arasındaki fark daha çok suistimallere yol açmaktadır. OECD ülkelerine kıyasla Türkiye'de daha az MR cihazının bulunmasına karşın, MR çekimleri her bin kişi için İrlanda'da 17.3, Birleşik Krallık'ta 40.8, İspanya'da 45.6, Avusturya'da 47.6, Hollanda'da 49.1, Belçika'da 52.8, Danimarka'da 57.5, Fransa'da 60.2 iken Türkiye'de 79.5 civarındadır. Ayrıca Türkiye'de yalnızca 2011 yılında her 9 kişiden birine BT ve her 10 kişiden birine MR incelemesi yapıldığı ve eğer görüntüleme işlemleri bu hızla devam ederse kısa bir süre sonra Türkiye'de yaşayan herkesin görüntüleme cihazlarını kullanmış olacağı düşünülmektedir (2015, s. 30).

Tıbbi görüntülenme cihazları ve ortaya çıkan hastalıklar denilince akla dolaylı olarak ameliyat oranları gelmektedir. 2002 yılı ile 2016 yılı Türkiye geneli ameliyat oranları verileri şu şekilde yansımıştır: 2002 yılı için toplam ameliyat sayısı 1.598.362 (bir milyon beş yüz doksan sekiz bin üç yüz altmış iki) kişi iken 2016 yılında bu sayı 4.772.229 (dört milyon yedi yüz yetmiş iki bin iki yüz yirmi dokuz) kişiye çıkmıştır. Bir yıl sonra ise ameliyat sayılarında %3,3 artış olmuş ve 2017 yılında Türkiye geneli yapılan toplam ameliyat sayısı 4.931.299 (dört milyon dokuz yüz otuz bir bin iki yüz doksan dokuz) kişi olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 98; Sağlık Bakanlığı, 2017a, s. 184; Sağlık Bakanlığı, 2018, s. 166). Artan ameliyat sayıları içinde küçük ameliyat olarak da nitelendirilen E sınıfı²⁵ ameliyatların 2002-2010²⁶ yılları arasındaki artışına bakılırsa 2002 yılı E sınıfı ameliyatlar 454.903 (dört yüz elli dört bin dokuz yüz üç) adetken 2010 yılında bu rakam 3.069.166 (üç milyon atmış dokuz bin yüz atmış altı) adete çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 98; Sağlık Bakanlığı, 2011b, s. 102).

²⁵Ameliyat sınıfları, A, B, C, D ve E grubu ameliyatlar olarak sıralanmaktadır. Riskli işlemler sırasıyla A grubundan E grubuna doğru ilerler. Sonuç olarak en az risk oranı E sınıfı ameliyat türlerini içermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 135). Üçüncü bölümde bu konuya detaylı olarak değinilecektir.

²⁶ Küçük ameliyat gruplarının karşılaştırılmasının 2002-2010 yılları arasında tutulmasının nedeni sağlık göstergeleri incelendiğinde 2010 yılı sonrası dönemlerde bu gruba ait verilere erişilemiyor olunmasıdır.

Hastalık durumunun, ameliyat olma durumunu beraberinde getireceği gibi ilaç kullanım durumunu da beraberinde getirmesi kaçınılmazdır. Bu açıdan değerlendirilirse 2003 yılı ilaç tüketim miktarının 769 milyon kutu olduğu, bu rakamın 2016 yılına gelindiğinde 2.208 milyon kutu olduğu, 2017 yılında ise %2,75 artarak 2.269 milyon kutuya ulaştığı görülmektedir (Sağlık bakanlığı, 2011a, s. 118; Sağlık Bakanlığı, 2017a, s. 189; Sağlık Bakanlığı, 2018, s. 201). Bu veriler ışığında ilgili yılların toplam nüfusu baz alınarak yapılan hesaplamalara göre, 2003 yılında kişi başına tüketilen ilaç kutu sayısı 12, 2017 yılında ise 28 adet kutu olduğu görülmektedir.

Aşırı ilaç tüketiminin insan bedeni üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği kaçınılmaz bir gerçektir. Örneğin Kılıçaslan ve Kılıçaslan'ın aktardığına göre 2010 yılında ABD'de ilaçların istenmeyen yan etkilerine bağlı olarak 83 bin kişinin öldüğü kayıtlara geçmiştir. Öte yandan 2011 yılı için Türkiye, ABD'nin 1.7 katı kadar ilaç tüketiminde bulunmuştur (2013, s. 191).

Performansa dayalı ödeme sistemin tanımı, amacı, olası ve olan etkileri yukarıda bahsedildiği gibi gelişmiştir. Genel bir değerlendirme yapılırsa etkinlik ve verimlilik kavramları ekseninde gelişen performans sistemin tüketim toplumu konusunda etkinliği şüphesiz kabul edilir boyuttayken, verimlilik konusunda önemli eksikliklere sahiptir. Bu eksiklikler ya da düşülen hatalar düzeltilmediği takdirde SGK'nın açıklarının daha da artacağı, hızlı bir şekilde "hasta toplumun" yayılacağı muhtemeldir. Türkiye üzerinden sunulan örnekler, yapılan akademik çalışmalar incelendikten sonra tezin üçüncü bölümünün Ankara merkezli bir alan araştırması şeklinde ilerlemesi uygun görülmüştür. Genelden özele inerek bir hastanenin sağlıkta dönüşüm sonrası gelişimine yer vermek SDP'nin seyrini farklı açıdan göstereceğine inanılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3.PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMİ VE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNE ETKİLERİ: ANKARA ÖRNEĞİ

Performansa dayalı ödeme sisteminin amacı, işleyiş biçimi ve sağlık sistemine etkilerine önceki bölümde değinilmiştir. Bu bölümde ise söz edilen unsurların hastanelerin işlem oranları üzerinde ne gibi etkileri olduğu, Türkiye geneline ne gibi yansımaları yol açtığı incelenecektir.

3.1.ANKARA İLİNİN SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK VERİLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Alan araştırmasına geçmeden önce birtakım konulara değinmek araştırmayı daha anlamlı kılacaktır. Bu amaçla öncelikle hastanelerin yıllar içindeki muayene oranlarını daha iyi yorumlayabilmek, hastane verilerine göre yıllar içinde yaşanan değişimi daha doğru incelemek için Türkiye geneli ve Ankara²⁷ ili bazında yıllara göre nüfus değişim oranlarına yer verilecektir. Daha sonra, alan araştırması verilerini incelerken sıklıkla söz edilen ameliyat sınıflarına ve bu sınıfların ameliyat riskleri açısından taşıdıkları anlamlara ilişkin bilgiler açıklanacaktır. Bu tanımın yapılması, araştırma verileri incelendiği esnada ameliyat sınıflarının yıllara göre değişim oranının doğru yorumlanması açısından önem taşımaktadır.

Ardından araştırma verilerini oluşturan görüntüleme teknikleri ve bu tekniklerin amacına yer verilecek, böylelikle var olan hastalıkta/rahatsızlıkta görüntüleme yöntemlerinin önemi, kullanım yöntemi ve bir hastalığın teşhisinde üstlendiği rol daha net anlaşılacaktır.

²⁷ Ankara ili için bulunan veriler 2009 yılından başlamaktadır. Bu nedenle TÜİK verileri analiz edildiğinde yurt geneli tüm yıllara ait veriler bulunuyorken, il ve ilçe bazında detaylı veri ulaşımının yalnızca 2009 yılından itibaren yapılıyor olmasıdır. Bu duruma bağlı olarak ilk yıl ve son yıl karşılaştırmaları, yurt geneli 2008-2017 yılına göre, il bazı 2009-2017 yıllarına göre yapılacaktır.

3.1.1.Yıllara Göre Türkiye ve Ankara Demografik Göstergeleri

Her yaş grubu kendi içinde farklı davranışlar sergilerken, farklı gereksinimlere de sahiptir. Genç nüfus, sağlık ve eğitim alanında odaklanmış yatırımlara; orta yaş nüfus, yatırım yapma ihtiyacına; yaşlı nüfus ise sağlık önlemlerine ve emeklilik gelirine gereksinim duymaktadır. Bağımlılık oranının yüksekliği, çalışan kesimin omuzlarına daha fazla yük bindirmektedir. Çünkü, bağımlılık oranındaki artış, sosyal güvenlik sisteminin finansal kırılganlığını arttıracaktır (Gökbunar ve Koç, 2009, s. 17). Prim ödeyen aktif sigortalı sayısı, sistemden aylık alan pasif sigortalıları ve prim ödeme yükümlülüğü bulunmayan bağımlı nüfusu finanse etmektedir. Bu durum ise sosyal güvenlik sisteminin mali açıdan sürdürülebilirliğini tehlikeye sokmaktadır (Yılmaz, 2014, s. 51-63). Artan yaşlı nüfus, yalnızca sistem üzerinde emeklilik aylığı giderlerinin artmasına neden olmamaktadır. Yaşlı nüfus artışı ayrıca, kronik hastalıklar nedeniyle sağlık harcamalarında da artış yaşanmasına yol açmaktadır.

Demografik göstergeler ile sosyal güvenlik sistemi arasında böyle bir bağ kurulmasına bağlı olarak, bu başlık altında 2008 yılından 2017 yılına değin yıllara göre Türkiye geneli ve Ankara ili demografik göstergelerine yer verilecektir. Bu amaç doğrultusunda; toplam doğurganlık hızı, kaba doğum hızı, doğum sayısı, kaba ölüm hızı, ölüm, bebek ölüm hızı, yaş gruplarının nüfus içindeki dağılımı, nüfus artış hızı ve toplam nüfus oranları hakkında bilgi verilecektir. Demografik göstergeler, sosyal güvenlik politikalarının şekillenmesinde önemli bir role sahiptir. Örneğin, yaşam sürelerinin uzaması ile doğum oranlarında düşüşün olması; genç ve aktif nüfusun azalmasının yanı sıra sosyal güvenlik sisteminde yer alan aktif sigortalılar ile pasif sigortalılar arasındaki dengenin bozulmasına neden olacaktır. Yine aynı şekilde doğum oranlarındaki artış hızı, koruyucu sağlık politikalarının önem kazanmasına, ülke geneli bebek aşılmasına, anne için ise hem doğum öncesi hem doğum sonrası gerekli sağlık önlemlerinin alınmasına, böylelikle SGK tarafından ilgili konular üzerinden sağlık harcamalarına ait giderlerin artmasına neden olacaktır.

Türkiye ve Ankara'ya ait demografik verilerin değişim oranları geniş perspektifte daha açık görülebilsin diye tek bir tabloda sunulmuştur (Tablo 6);

Tablo 6:Türkiye 2008- 2017 Yılları Arası Demografik Göstergeler (*)

Göstergeler	Yıllar									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Toplam Doğurganlık Hızı (%)	2.15	2.10	2.08	2.05	2.11	2.10	2.18	2.15	2.10	2.10
Ankara İli Toplam Doğurganlık Hızı (%)		1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.8	1.8	1.7	1.7
Kaba Doğum Hızı (%)	18.2	17.6	17.2	16.9	17.2	17.0	17.5	17.0	16.5	16.4
Ankara İli Kaba Doğum Hızı (%)		14.9	14.5	14.3	14.5	14.6	15.0	14.8	14.4	14.0
Doğumlar (Bin)	1 296	1 267	1 261	1 253	1 294	1 296	1 348	1 333	1 310	1 318
Ankara İli Doğumlar (Bin)		63	68	69	72	73	77	77	76	75

Kaba Ölümler Hızı (%)	5.52	5.13	5.01	5.07	5.01	4.90	5.07	5.18	5.32	5.29
Ankara İli Kaba Ölümler Hızı (%)		4.6	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,5	4,7	4,7
Ölümler (Bin)	392	370	366	376	377	373	391	405	422	425
Ankara İli Ölümler Hızı (%)		21.0	21.0	21.0	22.0	22.0	22.0	24.0	25.0	26.0
Bebek ölüm hızı (%)	14.9	13.9	12.0	11.6	11.6	10.8	11.1	10.2	10.0	10.1
Ankara İli Bebek Ölüm Hızı Toplam (%)		10.2	8.4	9.2	8.4	7.9	6.9	7.3	6.9	7.1

Yaş Grubu Nüfuslarının Oranları (%)										
0-14	26.3	26.0	25.6	25.3	24.9	24.6	24.3	24.0	23.7	23.6
15-64	66.9	67.0	67.2	67.4	67.6	67.7	67.8	67.8	68.0	67.9
65+	6.8	7.0	7.2	7.3	7.5	7.7	8.0	8.2	8.3	8.5
Ankara İli Yaş Grubu Nüfuslarının Oranı (%)										
0-14	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0
15-64	78.0	78.0	78.0	78.0	78.0	78.0	78.0	78.0	78.0	78.0
65+	6.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	8.0	8.0	8.0
Türkiye Nüfus Artış Hızı (Yıl sonu) (‰)	13.1	14.5	15.9	13.5	12.0	13.7	13.3	13.4	13.5	12.4
Ankara İli Nüfus Artış Hızı (Yıl Sonu) (‰)	18.2	22.1	25.7	24.7	15.1	15.9	20.6	23.1	14.3	18.3

Nüfus (Yıl sonu) (Milyon)										
Kadın	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40
Erkek	36	36	37	38	38	38	39	40	40	41
Toplam	72	72	74	75	76	76	78	79	80	81
Ankara İli Nüfus (Yıl Sonu) (Milyon)										
Kadın	2.281	2.332	2.392	2.452	2.491	2.538	2.587	2.649	2.693	2.743
Erkek	2.268	2.319	2.379	2.439	2.474	2.508	2.563	2.621	2.653	2.702
Toplam	4.549	4.651	4.771	4.891	4.965	5.046	5.150	5.270	5.346	5.445

(Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2008-2017 Demografik Göstergeleri).

(*) Tablonun sayfaya sığması amacıyla Türkiye geneli nüfus verileri yuvarlama yapılarak tabloya konulmuştur. Yüzde değişim oranları hakkında veriler hesaplanırken yuvarlama yapılmamış ham halleri değerlendirmeye alınmış olup yüzdesel değişimleri o şekilde yorumlanmıştır.

Tablo 5'e göre Türkiye geneli toplam doğurganlık hızı 2008 yılından 2012 yılına kadar azalış eğilimi göstermiş ancak 2012-2017 yılları arası dalgalı bir seyir izlemiştir. Buna karşın Ankara ili toplam doğurganlık hızı 2009-2013 yılları arası durağan kalırken, 2014 yılında 1,7'den, 1,8'e yükselmiş daha sonra 2016 ve 2017 yıllarında tekrar 1,7'ye düşmüştür. Tüm yılların ortalaması alındığında Türkiye geneli toplam doğurganlık hızının yıllar ortalaması alındığında %24 azaldığı, 2008 yılından 2017 yılına göre değişim oranı incelendiğinde ise %2 azalma olduğu görülmektedir. Ankara ilinin toplam doğurganlık hızının yıllar ortalaması

alındığında oranın %3 azaldığı, 2009 yılından 2017 yılına göre değişim oranının ise %2 arttığı görülmektedir.

Kaba doğum hızı, bir toplumun belli bir dönem için doğurganlık düzeyini belirleyen bir ölçüttür (Sağlık Bakanlığı, 2017a, s. 15). Türkiye geneli kaba doğum hızına bakıldığında 2012 yılına kadar azalış, 2012 yılından sonra ise oransal bir dalgalanma görülmüştür. Yıllara göre oransal değişim Ankara ili için de geçerlidir. Türkiye geneli 2008 yılının 2017 yılına göre değişimi %10, Ankara ilinin de 2009 yılı ile 2017 yılı arasındaki değişimi %6 azalmıştır.

Kaba doğum hızı ile toplam doğurganlık hızı arasındaki göstergelerin zıtlık içermesinin nedeni, toplam doğurganlık hızının doğurganlık çağındaki (15-49 yaş) kadınların bir yıl içerisinde yapmış olduğu canlı doğumlara ait göstergeler olmasına karşın, kaba doğum hızının hesaplanmasında doğurganlıkla ilişkisi olmayan yaş ve cinsiyetten kişilerin de hesaplanmaya dahil edilmesine dayanmaktadır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2011a, s. 33-34).

Doğumlar incelendiğinde Türkiye genelinde 2008 yılından 2012 yılına kadar azalış eğimi gözlenirken, 2012-2014 arası doğum oranlarında önemli bir artış yaşanmıştır. Bu artışlardan en göze çarpanı 2014 yılında görülmüş ve bir önceki yıla oranla 4.01 dolayında bir artış meydana gelmiştir. 2015 ve 2016 yıllarında azalış, 2017 yılında da artış yaşanmıştır. 2017 yılının 2008 yılına göre değişim oranı ise %2 artışla gerçekleşmiştir. Ankara ili için en yüksek artış oranı 7.94 ile 2010 yılında gerçekleşmiş ve 2015 yılına kadar doğum oranlarında sürekli bir artış olmuştur. 2017 yılının 2009 yılına göre değişim oranı ise %19 artış şeklinde olmuştur.

Gerek Türkiye geneli gerekse Ankara ili için 2012 yılından bu yana nüfus oranında artış eğiliminin yaşanmasının temel nedeni muhtemelen yürütülen hükümet politikaları ve yönetimin bu doğrultuda yürütmüş olduğu baskılardır. Örneğin 2008 yılında dönemin Başbakanı tarafından, halka yönelik üç çocuk baskısı sık sık dile getirilmiştir: "(...) *Biz genç nüfusumuzu aynen korumalıyız. Bir ekonomide temel olan insandır. Bunlar Türk milletinin kökünü kazımak istiyor. Yaptıkları aynen budur. Genç nüfusumuzun azalmaması için en az üç çocuk yapın* (...) " (<http://www.hurriyet.com.tr/gundem/erdogan-en-az-uc-cocuk-dogurun-8401981>). Hükümetin bu yaklaşımı yaklaşık on yıldır hiç değişmemiş her fırsatta

doğum oranlarının artışı yönündeki arzu dile getirilmiştir. 2019 yılı yaşlılık şurasında da:“(...) Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfus oranı yüzde 8.8'e kadar ulaşmıştır (...) Bu nedenle katıldığım tüm nikâh törenlerinde bu yüzden en az üç çocuk, mümkünse daha fazlasını öneriyorum (...)” şeklinde ifadelerde bulunmuştur (<https://www.sabah.com.tr/webtv/turkiye/cumhurbaskani-erdogan-genclerimize-en-az-3-cocuk-mumkunse-daha-fazlasini-tavsiye-ediyorum>).

Hükümet politikalarına ek olarak, 2011 yılında Suriye'den Türkiye'ye doğru akan göç hareketini de göz önünde bulundurmak gerekmektedir. 2017 verilerine göre Ankara ilinde yaşayan toplam Suriyeli, Ankara ili içinde yaşayan toplam Türkiyeli nüfusunun % 1.74'üdür. 2011-2017 yılları arasında Türkiye geneli hastane kayıtlarına göre toplam 276 bin 158 Suriyeli bebek doğumu gerçekleşmiştir (Kamu Denetçiliği Kurumu, 2018, s. 33-153). Bu rakam ise günlük ortalama 128 doğuma denk gelmektedir ve ülke nüfusunu uzun vadede önemli oranda arttırıcı bir etkiye sahiptir.

Ancak unutulmamalıdır ki nüfus oranlarında kontrolsüz bir artışın olması gerek ülke ekonomisine gerekse sosyal güvenliğe ve sağlık politikalarına olumsuz bir şekilde etkide bulunabilir.

Kaba ölüm hızı, bir toplumun belli bir yıl içinde kaydedilen ölüm sayısının nüfusun geneline bölünmesi ve çıkan sonucun binle çarpılmasıyla elde edilen demografik bir göstergedir (Sağlık Bakanlığı, 2017a, s. 15). Bu gösterge için, Türkiye geneli en düşük kaba ölüm hızının olduğu yıl 4,90 oranla 2013 yılı, en yüksek oranın olduğu yıl 5.52 oranla 2008 yılıdır. Ankara ili içinse bu oranlar; en yüksek ölüm hızının olduğu yıl 4.70 oranıyla 2016 ve 2017 yılı, en düşük olduğu yıl ise 4.4 oranla 2010-2014 yılları arasındadır. Genel itibariyle yorumlamak gerekirse 2008-2017 yılları arası kaba ölüm hızı belli bir düzene sahip olmaksızın dalgalı bir grafik göstermektedir. Buna karşın Ankara ili için bu göstergeler daha çok durağan bir şekilde ilerlemiştir. Kaba ölüm hızı Türkiye geneli için, 2017 yılının 2008 yılına göre değişim oranı %4 azalmıştır. Ankara ili için ise bu durum %2 artış göstermiştir.

Bir bölgeye ait sunulan ölüm verileri, nüfusun zaman içindeki değişimini incelemek, bebek ve anne ölümlerini, bulaşıcı hastalıkları, kaza ve intihar oranlarını takip etmek, sağlık programlarının etkinlik ve verimlilik durumunu incelemek, oluşturulacak sağlık politikalarını belirlemek, sağlık tesisleri, sağlık hizmetleri ve

sağlık alanında insan kaynaklarını planlamak açısından önemlidir (<https://docplayer.biz.tr/104205-Turkiye-istatistik-kurumu-el-kitabi-olum-nedenlerinin-belgelenmesi.html>).

Yıllar içinde gerçekleşen ölüm oranlarına bakıldığında en az ölüm oranının gerçekleştiği yıl %21 ile 2010 yılı, en çok ölüm oranının gerçekleştiği yıl ise %26 ile 2017 yılına ait olduğu belirtilebilir. Türkiye geneli 2008-2017 yılları arası ölüm oranında en çok düşüş %5.6 ile 2009 yılında, en çok artış ise %4.8 ile 2014 yılında gerçekleşmiş olduğu görülmektedir. Ankara ili için bakıldığında ise en çok artışın %9.1 oranıyla 2015 yılında olduğu, onun dışındaki yıllarda ise genel olarak artış-azalış seyrinin durağan ilerlediği görülmektedir.

Bebek ölüm hızı, belli bir dönem için her bin canlı bebek başına o dönem içinde bir yaşın altında kaç tane bebeğin öldüğünü gösteren demografik bir göstergedir. Bebek ölümleri, anne ve çocuk sağlığının niteliği gibi nedenlere bağlı olmakla beraber yetersiz bağışıklama, hamilelik dönemi komplikasyonlar, çevresel koşullar, yetersiz bakım ve hijyen koşulları, erken doğum, beslenme yetersizliği gibi çeşitli sebeplere bağlı olarak meydana gelmektedir. Böylelikle sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin geliştiği gelişmiş ülkelerde azalma eğilimi gösterirken, gelişmemiş ülkelerde artış eğilimi göstermektedir (Özpınar, 2016, s. 2). Geniş çerçeveden bakıldığında bebek ölüm hızı, bir ülkenin sağlık düzeyinin belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması, nüfus politikaları ve programlarının oluşturulması, sunulan hizmetlerin etkinlik ve verimlilik düzeylerinin tespiti konularında ilgili otoritelere gerekli bilgiyi vermektedir (Taşkın ve Atak, 2004, s. 1-2).

Bebek ölüm hızı 2014 ve 2017 yılı dışında 2008-2017 yılları arası sürekli bir azalış eğilimi göstermiştir. Bu periyod içinde en az bebek ölümünün olduğu yıl 2016 yılıyken, bir önceki yıla göre bebek ölümlerinde en çok düşüşün yaşandığı yıl %13.5 ile 2010 yılı olduğu tabloda görülmektedir. Bu duruma karşın bebek ölümlerinin en fazla yaşandığı yıl 2008 yılı, bir önceki yıla oranla bebek ölüm oranlarında yaşanan artışın en fazla olduğu yıl ise 2014 yılıdır. Ankara ili için bu durum sırası ile; 2014 ile 2016 yılları bebek ölüm hızları için en çok düşüşün yaşandığı yıllar olurken, bir önceki yıla göre bebek ölümlerinde en çok düşüşün yaşandığı yıl %17.6 ile 2010 yılı olmuştur. Bu duruma karşın bebek ölümlerinin en

fazla yaşandığı yıl 2009 yılıyken bir önceki yıla oranla bebek ölüm oranlarında yaşanan artışın en fazla olduğu yıl %9.5 ile 2011 yılı olmuştur.

Bir ülkeye ait yaş grubu nüfus oranları, bağımlı nüfusun tespiti, çalışma çağındaki nüfusun sayısı gibi etmenlerin yanı sıra bir ülkenin/kentin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak sosyo-ekonomik durumunun analizinin yapılması açısından önem taşımaktadır. Türkiye geneli, yaş grubu nüfus oranlarına ait istatistiki veriler yıllara göre aşağıda göstermiştir;

- 0-14 yaş grubu için her yıl düzenli olarak bir azalış söz konusudur. Ancak azalışın en çok yaşandığı yıl %1.6 ile 2012 yılıdır
- 15-64 yaş grubu içinse 2016 yılına kadar düzenli olarak artış, 2016 yılından sonra azalış söz konusudur.
- 65 yaş ve üstü grup içinse her yıl düzenli olarak artış yaşandığı gözlemlenmektedir. Nüfus oranındaki artışa bağlı olarak yaşlı nüfusun sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksiniminde de artış olması kaçınılmazdır. Çünkü yaşın ilerlemesine bağlı olarak kronik hastalıkların ortaya çıkması, yaşa bağlı farklı gereksinimlerin oluşması canlı doğası gereği kaçınılmaz bir durumdur.

Yaş gruplarının Ankara ili için oransal dağılımı ise şu şekildedir;

- 0-14 yaş grubu 2013 yılına kadar sabit iken 2013 yılında %6.7 oranında bir azalış göstermiş ve 2017 yılına kadar %14 olarak kalmıştır.
- 15-64 yaş grubu için 2008-2017 yılları arası sabit oranda kalmıştır.
- 65 yaş ve üstü grup için ise 2009 yılında artış olmuş, 2009-2014 arası yaş grubunun toplam nüfusa oranı sabit kalmış, 2015 yılında tekrar artış yaşanmış ve 2015-2017 yılları arası tekrar sabitlenmiştir.

Türkiye geneli nüfus artış hızı %13.7 ile en fazla 2013 yılında, en az ise %15.1 ile 2011 yılında gerçekleşmiştir. Ankara ili için bu oran %29.6 ile en fazla 2014 yılı, %38.6 ile de en az 2012 yılında gerçekleşmiştir. Nüfus oranında artış azalış dalgalanmaların 2011 yılından sonra gerçekleşiyor olması, bu durumun yaşanan göç akımı ile bir ilişkisi olabileceğini göstermektedir.

Nüfusun genel olarak cinsiyet dağılımı ise Türkiye geneline bakıldığında erkeklerin nüfus olarak yoğunluğu kadınlara göre daha fazlayken Ankara özelinde

bu durumun tam tersi olduğu gör÷lmektedir. Bu durumun muhtemel nedeni Ankara ilinin bir sanayi kenti olmayışı, ataerkil yapı çerçevesinde değerlendirmek gerekirse erkek emek gücünün daha çok sanayi kentlerine göç ediyor olmasıdır. Tüm yıllar için ise Ankara'nın toplam nüfus oranı Türkiye'nin toplam nüfusuna oranlandığında bu rakamın %6 dolaylarında gezindiği gör÷lmektedir.

3.1.2.Ameliyat Kavramı ve Türleri

Cerrahi işlem ya da bir başka ifadeyle ameliyat yöntemi tıbbın en eski dallarından birisi olmakla beraber ilaçla veya diğer tedavi yöntemleriyle iyileştirilemeyen hastalıkların vücuttaki yapısal bozuklukların ameliyatla onarılması ya da hastalıklı organın kesip çıkarılarak uygun bir biçimde dönüştürülmesi temeline dayanmaktadır (<https://bit.ly/31QyWZg>).

Ameliyatların boyutları, kişilerin hastalıklarına, o hastalıkların boyutlarına göre farklı biçimlerde ve farklı sürelerde uygulanmaktadır. Bu nedenden kaynaklı ameliyat türleri A, B, C, D ve E sınıflarına ayrılmış ve her bir sınıf kendi içinde benzer risklere sahip ameliyatlara ile gruplandırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 135). Ancak DSÖ tarafından Uluslararası Sağlık Müdahalesi Sınıflamasına göre teşhis amaçlı ve küçük cerrahi girişimler ameliyat türleri içerisine dahil edilmemekte ve ameliyat türleri sadece A, B ve C sınıfları ile gruplandırılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012, s. 117).

Ameliyat sınıflandırmalarını üç grup halinde toplamak, performansa dayalı ödeme sisteminin ameliyat türleri üzerindeki etkisini açıklamakta yetersiz kalacağı için tezin üçüncü bölümünde beş sınıflandırmanın tamamına yer verilecektir. Ameliyat sınıflarının açıklamaları sırası ile aşağıdaki gibidir;

- A grubu ameliyatlara; bu ameliyat türleri büyük ameliyatlara olarak nitelendirilen riskli ameliyat gruplarını içermektedir ve bu tip ameliyatlarda yatak işgal oranları yüksektir. Bu nedene bağlı olarak genellikle üniversite ya da ihtisas hastanelerinde yapılmaktadırlar. Kendi içinde A1, A2 ve A3 olmak üzere üç gruba ayrılmışlardır. Toplu bir şekilde kısaca açıklama yapmak gerekirse A grubu ameliyatlara; kalp, ciğer, böbrek, bağırsak, hücre nakilleri gibi nakil işlemlerinin gerçekleştirildiği ameliyat türleri ile by-pass ve kist-tümör

cerrahisi gibi ameliyat türlerini içermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011b, s. 136).

- B grubu ameliyatlar; bu ameliyat türleri A grubu ameliyat türleri gibi büyük ameliyatlar olmakla beraber risk açısından A grubu ameliyat türlerine göre daha orta düzeyde olan ameliyatlardır. Deri tümörleri cerrahisi, açık burun estetiği, kemik nakilleri ya da doku onarımı, bazı tümör türleri gibi çeşitli ameliyat türlerini içermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 137).
- C grubu ameliyatlar; orta derece ameliyat sınıfında yer almaktadır. Damak yarığı, kas flebi gibi ameliyat türleri bu ameliyat türleri içinde yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011a, s. 135).
- D grubu ameliyatlar; bu ameliyat türleri de orta derece ameliyat sınıfı içinde yer almaktadır. Burundan yabancı cisim çıkarılması, kalp pili takım ve çıkarımı işlemleri gibi ameliyat türleri içinde daha hafif, daha az riskli ameliyat türleri D grubu ameliyatlar içinde değerlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011b, s. 136).
- E grubu ameliyatlar; küçük ameliyatlar olarak geçmektedir. Uzun bacak alçı, anestezi gerektirmeyen rahim ağzından polip alımı, doğum sonrası uygulanan küretaj ile sünnet işlemleri gibi müdahaleler E grubu ameliyatlar içinde yer almaktadır. Estetik amaçlı yapılan ameliyatlar da bu sınıflar içinde değerlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 137).

3.1.3. Tıbbi Görüntüleme Teknikleri ve Amacı

Ekonomi ve çalışma hayatı için Sanayi Devrimi nasıl bir anlam ifade ediyorsa, Tıp açısından X ışınlarının kullanımı da benzer bir anlam ifade etmektedir. 1895 yılında Wilhelm Conrad Röntgen tarafından keşfedilen X ışınları bir başka ifade ile röntgen ışınları, kemik kırıklarını, kaza ile yutulmuş ya da unutulmuş cisimlerin görüntülenmesini, bir yaraya gömülü kalan maddelerin bulunmasını ve kanserli hücrelerin tespitinin sağlanması gibi birçok konuda önemli etkilere sahiptir (Ashall, 2006, s. 27-28). X ışınlarının keşfinin başlattığı büyük dönüşüm, bilgisayar teknolojisinin ilerlemesi ile daha da gelişmiş, 1970'li yıllara gelindiğinde ultrasonografi ve tomografi cihazları ve daha sonraki yıllarda ise

manyetik rezonans görüntüleme cihazı gibi tıbbi görüntüleme cihazları tıp alanına farklı bir yön vermiştir (Öztaş ve Bulut, 2016, s. 128).

Günümüzde mevcut olan ve kullanılan tıbbi görüntüleme cihazları; röntgen cihazları, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, kemik mineral densitometre, anjiyografi sistemleri, ultrasonografi- doppler, gamma kamera, PET (siklotron), SPECT, radyasyon detektörleri ve lazer kameralar şeklinde sıralanmaktadır (Atasever ve Karaca, 2017, s. 53). Aşağıda bu cihazların açıklamalarına yer verilerek cihazlar hakkında detaylı bilgiler sunulacaktır;

Röntgen Cihazları; Röntgen cihazları ile görüntüleme, radyolojik tanı yöntemlerinin en eskisidir. Bu cihazlar istenilen süre ve kalitede iyonizan radyasyon ışınları, yani X ışınları kullanarak görüntüleme sağlayan cihazlardır. Bu ışınların görüntüleme yöntemlerinde kullanılmasının nedeni dokuyu geçebilme özelliğine sahip olmasıdır. X ışınları vesilesiyle görüntülenen alan bir fotoğraf plağı ya da flüoresan ekran üzerine yansıtılarak sabit bir görüntü sunmaktadır (Aydoğdu, Aydoğdu ve Yakıncı, 2017, s. 2).

Bilgisayarlı Tomografi (BT); X ışınları yardımıyla, görüntüleme yapılmak istenen bölgenin kesitsel görüntüsünü almaya yönelik uygulanan bir yöntemdir. Cihaz masası üzerinde bulunan kişinin hareket etmeden yatması gerekmektedir. Elde edilen görüntüler cihazın uyumlu olduğu bir bilgisayar tarafından görüntülenmekte ve gerektiği şekilde ölçümlerin yapılması sağlanmaktadır. BT, röntgen ile alınan görüntülerden daha kaliteli ve daha net görüntü sunmaktadır. Özellikle kafa içi travmalarında hasarın boyutunu görmek için uygulanan ilk yöntem olarak bilinmektedir (Topçuoğlu, 2018, s. 9).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR); Manyetik rezonans kelimesinin karşılığı manyetik titreşimdir. MR cihazı ile yumuşak doku, kemik ve organlar görüntülenmektedir. Cihazın çalışma mantığı, görüntüleme yapmak istenilen alan üzerindeki atomların manyetik alan yönüne yönelmesi ve titreşimler sonucu belli bir frekansta salınım yapması temeline kurulmuştur. Üzerine radyo dalgaları tatbik edilmesi ile hücrelerde bulunan atomların radyo dalgalarını belli bir frekans ile geri yansıtması sonucu uygulanan bölgeye ait görüntüler bilgisayar ekranında görüntülenir. Bu görüntüleme tekniğinde radyasyon kullanılmamaktadır (Yakıncı, 2013, s. 2).

Kemik Mineral Densitometre; Kemik yoğunluğunun ölçülmesini sağlayan bir cihazdır. Bu cihaz ile kemik kütlesi tespiti yapılmakta ve kemiklerin incelendiği bölgelerin tespiti ve incelleme oranı hesaplanmaktadır. Cihazın çalışma mantığı, hesaplama yapılmak istenen bölgeye X veya Y ışınları uygulaması yapılarak kemik tarafından emilen mineral miktarının yorumlanması temeline dayanmaktadır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2012, s. 4-8).

Anjiyografi Sistemleri; Anjiyografi, damar içine kontrast yani X ışınlarını geçirmeyen bir madde verilerek damar filmi alınması anlamına gelmektedir. Bu şekilde damarlarla ilgili hastalıklara daha doğru ve daha net tanı koyulması sağlanmaktadır. Anjiyografi işlemleri incelenen bölge ve organa göre adlandırılmaktadır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2011b, s. 4).

Ultrasonografi- Doppler; Ultrasonografi yöntemi ile yüksek frekanslı ses dalgaları yardımıyla ses enerjisi görüntüye dönüşmektedir. Bu özelliğinden kaynaklı ultrasonografi tekniğinin bilinen herhangi bir zararı yoktur ve radyografi uygulamasına göre katı yapılar ile sıvı birikimlerini kolay bir şekilde birbirinden ayırabilmektedir. Genellikle iç organların genelinde kullanıma uygundur (Aydoğdu, Aydoğdu ve Yakıncı, 2017, s. 4-5).

Gamma Kamera, PET (siklotron), SPECT; Bu tekniklerde, hastaya bir çeşit kimyasal verilmektedir. Verilen bu kimyasallardan yayılan gama fotonları, inceleme yapılan organın etrafında dönen detektörlere bir görüntü yansıtılmaktadır. Yansıyan bu görüntüler bir bilgisayara aktarılmakta ve görüntüleme yapılmak istenen alana ait görsel bir veri sunulmaktadır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2011c, s. 9-36).

Radyasyon Dedektörleri ve Lazer Kameralar; İstenilen bölge için görüntü alınmasını sağlayan cihazlardır (Dönmez, 2017, s. 173).

Bu görüntüleme tekniklerine ek olarak birde mamografi cihazları ile de görüntüleme alınmaktadır.

Mamografi Cihazları; Düşük dozlu X ışını aracılığıyla, yoğunlukları yakın olan kas, yağ ve memenin glandüler yapılarını incelemek ve böylelikle meme kanseri hastalığının teşhisi sağlamak için tasarlanmış cihazlardır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2011d, s. 3).

Bu cihazların kullanılması bir hastalığın teşhisinde, tedavisinde ne kadar büyük bir öneme sahipse, hastaların yaşam sürelerinin uzatılmasını sağlama noktasında da o kadar büyük bir öneme sahiptir (Kablay, 2009, s. 55). Ayrıca bu cihazların sağladığı fayda ve kolaylıklar nedeniyle şüphesiz sağlık personelleri bu tip cihazların kullanımına önem vermekte ve sık sık bu tip cihazlara yönelim göstermektedir. Buna karşın ilgili otoriteler mali kaynak kısıtlılığı nedeniyle bu tip cihazların kullanımını kısıtlı tutma yönünde baskı yapmaktadır. Çünkü söz edilen cihazların kaliteli sonuçlar vermesi, cihazların verimliliğinin kullanılan malzemelerin kalitesi ile ilişkili olması bu cihazların yapım, tedarik ve kullanım sürecinin bir hayli pahalı olmasına neden olmaktadır. Bu nedenle hizmet sunulan bireyler de maddi açıdan daha uygun ancak teşhis ve tedavi sürecini daha etkili sağlayacak uygulamalar talep etmektedir (Sargutan, 2005b, s. 116-117; Kablay, 2009, s. 58-59).

Örnek vermek gerekirse 1995 yılında Avrupa merkezli yürütülen bir araştırmanın verilerine göre; bir adet bilgisayarlı tomografi cihazının maliyeti ile en az 3 adet sağlık hizmeti sunan kuruluşun kurulabileceği hesaplanmıştır (Şemin, 1999, s. 19). Bu örneği benzer bir şekilde 2015 yılına ait Türkiye’de bulunan cihazların fiyatlarıyla desteklemek gerekirse, bir adet BT cihazı için ortalama 600 bin TL, bir adet MR cihazı için ortalama 1.5 milyon TL, bir adet ultrasonografi cihazı için 64 bin TL, bir adet doppler ultrasonografi cihazı için ise 92 bin TL harcama yapılmaktadır (Atasever ve Karaca, 2017, s. 114). Sonuçta bu denli yüksek oranlarda yapılan harcamalar ancak hizmetten yararlanan kişilere yüksek düzeyde hizmet faturası kesilerek karşılanabilir. Ayrıca 2017 yılı verilerine göre hizmet alımı için girilen bir ihalenin günlük 70 adet²⁸ tarama yapılması üzerinden açıldığı, bir adet tarama için hastanenin firmaya 25-30 TL arasında ödeme yaptığı buna karşın SGK’nın hastaneye MR için 72 TL, BT için 60 TL bütçe görülmektedir (<https://www.haberturk.com/turkiye-de-yilda-11-milyon-mr-taramasi-yapiliyor-1717224#>).

Cihazların yapım, tedarik ve kullanım süreçlerinin yüksek maliyetli olmasına ek olarak sürekli yeni teknolojilerin kullanılması ve mevcut teknolojilerin

²⁸Yine aynı haber kaynağına göre, pratikte görüntüleme işleminin 150’nin altına düşmediği belirtilmektedir. Ortalama 15 dakika MR çekim süresinin olduğu göz önüne alınırsa, günlük 70 adet görüntü yapan bir cihazın 17.5 saat, 150 adet görüntüleme yapan bir cihazın ise 37.5 saat kesintisiz çalışması gerekmektedir.

gereksiz kullanılması sağlık hizmetlerinde maliyet artışlarının yaşanmasını kaçınılmaz kılmıştır. Ayrıca özellikle gelişmiş ülkelerde sağlığa ayrılan kaynakların %20'sinin gereksiz ya da zararlı tıbbi tekniklere harcandığı ortaya konulmuştur. İlerleyen tıp teknolojileri hastalıkların teşhis ve tedavisinde çeşitli yöntemler sunarken, özellikle klasik teşhis yöntemlerinin gereksiz olarak terk edilmesine neden olduğu çeşitli çalışmalarda ortaya çıkarılmıştır. Örneğin İngiltere'de radyolojik tetkiklerin %20 azaltılabileceği, aslında yapılan tetkiklerin %20'sinin radyolojik araçlar kullanılmadan rahatlıkla tespit edilebileceği yapılan çalışmalar sonucunda tespit edilmiştir. Başka bir çalışmaya göre genel tıp kliniklerinde öykü yöntemi ile hastalıkların %50'si, öykü ve fiziki muayenenin beraber kullanımı ile %73'ü doğru teşhis koymada yeterlidir (Şemin, 1999, s. 18-21). Bu tip gereksiz ve uygun olmayan kullanımlar ülke ekonomilerine ve sağlık hizmetlerine önemli sorunlar getirebilmektedir.

Tıp alanının, toplumda kullanılan birçok alana göre teknolojinin en hızlı gelişim gösterdiği alanlardan birisi olması tıbbi cihaz sektörünün hızla gelişmesine ve büyümesine neden olmaktadır. Bu gelişim ve büyüme oranı her ülkenin kendi ekonomik gücü ve sağlık harcamaları politikası ile doğrudan ilişki içindedir. 2013 yılı tıbbi cihaz pazar büyüklüğü verilerine göre 125.4 milyar dolar ile ABD listenin başında yer almaktadır. Bir sonraki yıl için de dünya tıbbi cihaz payının %49'una sahip olarak yine ABD ilk sırada yer almaktadır. Sırasıyla aynı yıllar için listenin ikinci sırasında 30.2 milyon dolar ve %12'lik pay ile Japonya, listenin üçüncü sırasında ise 26.6 milyar dolar ve %11'lik pay ile Almanya gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017b, s. 11-12).

3.2.ALAN ARAŞTIRMASINA GEÇİŞ

Bu başlık altında hastanelerden alınan veriler ile Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu Sağlık İstatistik Yıllıkları ve Sağlık Bakanlığı Sağlık İnsan Gücü Planlama Dairesi Başkanlığından alınan verilere ilişkin detaylı analiz yapılacaktır.

3.2.1.Araştırmanın Amacı

Tezin amacı, sağlıkta dönüşüm sürecinin önemli parçalarından biri olan performansa dayalı ödeme sisteminin, sağlık harcamalarına, dolayısıyla sosyal güvenlik sistemine (finansmana) etkisini incelemektir. Uygulanmakta olan performansa dayalı ödeme sistemi hekimleri daha çok işlem yapmaya, gün içerisinde daha fazla hastayı muayene etmeye ve hastalara daha fazla girişimsel işlemler uygulamaya itmiştir. Bu gerekçelerle araştırmanın konusu belirlenmiş, örneklem alanı çıkarılmış ve bu alan çerçevesinde uygulanan işlem oranları incelenmiştir.

Türkiye, sağlıkta dönüşüm sürecine hızlı bir şekilde girmiştir. Bu hızlı ivme sağlık çalışanları ve hastalar üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmuş, hasta hekim ilişkisi, müşteri ve hizmet sunucu olarak şekil değiştirmiştir. Hekimlerin performansa dayalı ücretlendirme sistemine tabi tutulmaları hasta muayene sürelerini kısaltmış ve hekimleri gün içerisinde daha çok hastayı muayene etmeye ve girişimsel işlemler uygulamaya zorlamıştır. Hem hasta yoğunluğu hem daha çok hastayı kontrol etme çabalarının ciddi hastalığı olan hastaların verimli bir şekilde tedavi edilme sürecini engellediği de iddia edilmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2009, s. 54; Çelebi-Çakıroğlu ve Harmancı-Seren, 2016, s. 40-41).

Son yıllarda sağlık çalışanlarının taban maaşlarında gözlenen düşüşlerin hekimleri performans gelirlerini arttırmaya ittiği de öngörülmektedir. Bu durumun, hekimleri performans puanlarını arttırmak amacıyla daha fazla işlem uygulamaya ve daha fazla ilaç yazmaya ittiği genel bir yargıdır. Böyle bir yargının mevcudiyeti durumunda SGK ve hastalar üzerine fazladan yük binecektir. Artan yük, sosyal güvenlik alanında ortaya çıkan finansman sorunlarını daha karmaşık bir hale getirme olasılığına sahiptir. Yaşanılan bu süreç pek çok alanda etki yaratmış olup, sürecin etkileri konusunda daha fazla çalışma yapılması bir gereklilik olarak görülmüştür (Kablay, 2011, s. 65). Literatür taraması yapıldığında konuya ilişkin bazı çalışmalar ve elde edilen bulgular şu şekilde sıralanmaktadır;

Tablo 7:Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Sürecine İlişkin Yapılan Bazı Çalışmalar ve Elde Edilen Bulgular

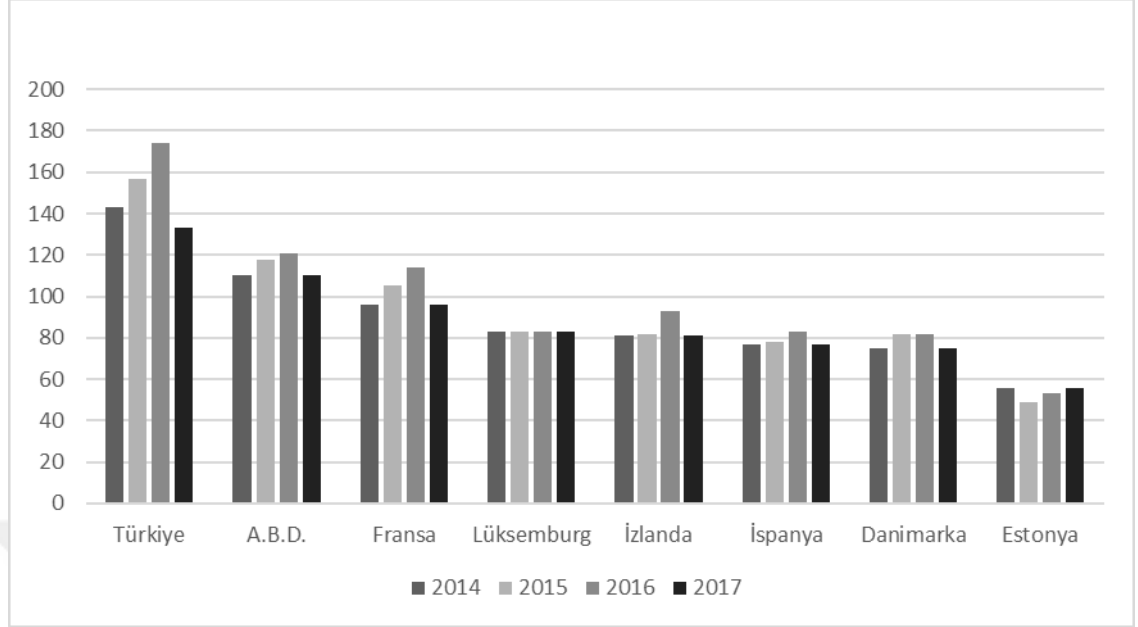
Çalışma Künyesi	Sonuç
Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?, <i>Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi</i> , 2(4), 179-182.	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık hizmetleri piyasalaştırılmıştır • Sağlıkta cepten ödemeler artmıştır • Tamamlayıcı sigorta sistemi yaygınlaşmıştır
Türk Tabipleri Birliği (2009). <i>Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme</i> , (1. Baskı), Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık hizmetleri niteliğinde düşüş olmuştur • Sağlık çalışanlarının eğitiminde ve kendini geliştirmelerinde nitelik kaybı yaşanmıştır • Çalışanlar arasında rekabet ortamı ve dayanışma bilincinin zedelenmesi görülmüştür • Özlük haklarında kayıplar yaşanmıştır • Sağlık harcamaları artmıştır
Ergün, C. & Dericioğulları-Ergün, A. (2010). Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma, <i>Toplum ve Demokrasi</i> , 4(8-9-10), 33-54.	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık hizmetleri piyasalaştırılmıştır • Sağlık kurumları yönetim harcamaları artmıştır • Sağlık harcamaları ve kişi başı cepten ödemeler artmıştır • Sağlık çalışanlarının iş temposunda yoğunluk artışı görülmüştür • Sağlık çalışanlarının taban ücretlerinde azalma olmuştur
Kizek, Ö., Türkkkan, A. & Pala, K. (2010). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Bursa İlinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkisi, <i>TAF Preventive Medicine Bulletin</i> , 9(6), 613-622.	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık hizmetleri piyasalaştırılmıştır • Özlük haklarında kayıplar yaşanmıştır • Sağlık hizmetleri zarara uğramıştır • Çalışma barışı bozmuştur
Özkal-Sayan, İ. & Şahan, Y. (2011). Sağlık Bakanlığı'nda Performans Değerlendirme ve Ek Ödeme Sistemi, <i>Memleket Siyaset Yönetim</i> , 6(16), 33-70.	<ul style="list-style-type: none"> • Çalışanlar arası rekabet ortamı ve dayanışma bilinci zedelenmiştir • Çalışanlar üzerinde yabancılaşma duygusu ortaya çıkmıştır • Koruyucu değil, tedavi edici sağlık hizmeti anlayışı yaygınlaşmıştır • Tıbbi işlem sayısı artmıştır • Personelde, PDÖS'ne olan güven probleminin oluşmuştur • Emekliliğe yansımayan maaş problemi ortaya çıkmıştır
Kart, E. (2013). Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri, <i>Çalışma ve Toplum</i> , 3, 103-140.	<ul style="list-style-type: none"> • Çalışanlar arasında rekabet ortamı ve dayanışma bilinci zedelenmiştir • Tıbbi işlem sayısı artmıştır • Sağlık hizmetleri piyasalaştırılmıştır • Hekim hasta arasındaki güven ilişkisi zedelenmiştir • Emekliliğe yansımayan kazanç ve özlük haklarında kayıp görülmüştür • Hekimlerin riskli işlemlerden kaçındığı tespit edilmiştir
Kablay, S. (2014). Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Uygulaması ve Sağlık	<ul style="list-style-type: none"> • Çalışanlar arası rekabet ortamı ve dayanışma bilinci zedelenmiştir

Çalışanlarına Etkisi, <i>İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi</i> , 16(4), 15-110.	<ul style="list-style-type: none"> • Çalışanlar üzerinde yabancılaşma duygusu ortaya çıkmıştır • Koruyucu değil, tedavi edici sağlık hizmeti anlayışı yaygınlaşmıştır • Tıbbi işlem sayısı artmıştır
Üstüner, Y. & Kalav-İdrisoğlu, F. (2014). Kamu Çalışma Etiği ve Neo-Taylorist Uygulamalar:Türk Kamu Sağlık Hizmetinde Performansa Dayalı Ücretlendirme Örneği, <i>ODTÜ Gelişme Dergisi</i> , 41, 177-200.	<ul style="list-style-type: none"> • Halk, kamu çalışanına karşı güven problemi yaşamaktadır • Hizmet niteliği problemi ortaya çıkmıştır • Çalışanlar arası rekabet ortamı ve dayanışma bilinci zedelenmiştir • Sağlık hizmeti sunumu metalaşmıştır
Çam, H. (2016). Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi:Karaman Devlet Hastanesi Örneği, <i>Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi</i> , 1(1), 14-27.	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık harcamalarında artış yaşanmıştır • Sağlık hizmetleri piyasalaştırılmıştır
Hamzaoğlu, O. (2017). Dünyada Sağlık Reformu:Sağlık Hizmetlerinde Neden Kriz, Neden Reform/Dönüşüm? Gülbiye Yenimahalleli-Yaşar, Asuman Göksel & Ömür Birler (Der.), <i>İnsana Karşı Piyasa Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik içinde</i> (s. 21-43). İstanbul:Notabene Yayınları.	<ul style="list-style-type: none"> • Verimlilikte azalma görülmüştür • Tıbbi işlem sayısı artmıştır • Kamu harcamaları artmıştır • Nitelikli hizmet erişiminde eşitsizliğin artışı olmuştur • Sağlık hizmetleri piyasalaştırılmıştır • Sağlık hizmeti sunumu metalaşmıştır • Sağlıkta cepten ödemelerde artış olmuştur • Hekimlerde hasta ve tedavi ayrımı bilinci oluşmuştur

Çeşitli ulusal ve uluslararası veriler incelendiğinde de Türkiye’de her geçen yıl sağlık harcamaları payının giderek artmış olduğu görülmektedir. Örneğin, OECD raporlarına göre, ülkeler arası MR görüntülenme oranının en fazla çıktığı ülkenin Türkiye olduğu görülmektedir. Yine yıllar itibariyle Türkiye Sağlık Bakanlığı verileri incelendiğinde de yurt içi MR ve koroner anjiyografi oranlarında her yıl ciddi artışlar yaşanmaktadır (<https://www.aa.com.tr/tr/saglik/turkiye-mr-uygulama-sikliginda-oecdde-ilk-sirada/518492>).

Grafik 1, OECD raporlarına göre, bazı ülkelerde yapılan muayene işlemlerinde istenilen MR görüntüleme sayısının her bin kişi için verilen değerini göstermektedir. Bu grafiğe göre, 2014-2017 yılları arasında en yoğun MR görüntülemesi yapılan ülkenin Türkiye olduğu görülmektedir. 2014-2017 yılları arası MR görüntüleme sayısı ortalaması sırasıyla; 82.5, 85.2, 89.8, 82.5’dir. Ancak Türkiye için bu sayılar; 143, 157, 174, 133 olarak verilmiştir.

Grafik 1:2014-2017 Yılları Arası Bazı²⁹ Ülkelerde Yapılan Muayenelerde İstenilen MR Görüntüleme Sayısı (Her 1.000 Kişi İçin)



(https://www.theatlas.com/charts/ryN_B6rul ; Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016).

Grafik 1'deki tüm verilere göre, genel olarak en fazla görüntülemenin yapıldığı yıl 2016 olarak görülmektedir. Buna karşın, 2017 yılında genel olarak MR görüntüleme sayısında azalma yaşanmıştır. Lüksemburg'un her yıl sabit oranda MR görüntüleme sayısı yapıyor olması muhtemelen az nüfuslu ve sosyo-ekonomik açıdan kuvvetli bir ülke olmasından kaynaklıdır. Bir ülkenin refah seviyesinin yüksek olması, sağlık hizmetleri üzerinden ekonomik canlılık elde etme arzusunu körletecektir. Bu durum ise, sağlık hizmetlerinde israfın önlenmesine ve gereklilik dışında sağlık harcamasını arttırıcı uygulamaların yapılmamasına neden olacaktır.

2018 verilerine göre, yukarıdaki tabloda sunulan ülkelerin kişi başına GSYİH (\$) oranları ortalaması 61.5'dir. Ancak Türkiye için bu oran yalnızca 10.5 dolaylarında kalmıştır (<http://www.mfa.gov.tr/sub.tr.mfa?03af1e06-bd93-40cb-ae4f-2c4ac27672e7>). Bu durum göstermektedir ki ekonomik açıdan gelişmiş ülkelerin, ekonomik canlılık yaratmak için tıbbi görüntüleme cihazlarına yönelme gereksinimleri az gelişmiş ülkelere göre daha düşüktür. Bu durum farklı açıdan da yorumlanabilir, refah seviyesi yüksek olan ülkelerde hekimler gereksiz işlem

²⁹ Seçili ülkeler tespit edilirken aynı yıllara ait verilerin ulaşılabilirliği temel etken olmuştur.

yapmaktan kaçınmakta, böylelikle görüntüleme tekniklerine pek yönelmemektedirler.

3.2.2.Araştırmanın Önemi

Yaşama, sağlık ve sosyal güvenlik hakkı insan hakları açısından en temel haklardır ancak sağlık hakkı açısından yaşanan dönüşümler ve uygulanan politikalar sağlık hakkının kullanılmasını da önemli düzeyde etkilemektedir. Yürütülen bu politikaların ne gibi etkilere sahip olduğu sosyal güvenlik ve sağlık hakkı açısından gerek bireysel gerek toplumsal büyük öneme sahiptir. Yaşanan bu dönüşümleri sosyal güvenlik harcamaları açısından değerlendirmek gerekirse işlem oranlarındaki artışlar performans ödemelerinin artmasına neden olacak böylece kurumların aylık giderlerinde yukarı doğru bir hareket yaşanacaktır. Kurumların aylık gider kalemlerinde yaşanan artışlar nimet-külfet dengesinin bozulmasına neden olacaktır. Bu durumların etkilerinin ne gibi sonuçlar doğuracağı Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri alanının değinmesi ve irdelemesi gereken konulardır. Bu açıdan bakıldığında, yürütülen çalışmanın alana önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3.2.3.Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın, Türkiye geneline ait verilerin incelenip yorumlanması şeklinde yürütülmesi planlanmıştır. Ancak yedi ay boyunca yürütülen çabalar sonucu ilgili kurumlardan veri istemine ilişkin talepler karşılıksız kalmış, gerekli belge ve bilgilere ulaşım engellenmiştir³⁰. Gerekçe olarak, 15 Temmuz 2016 tarihindeki darbe girişimi sonrası tüm kamu kurumları tarafından bilgi paylaşımının durdurulmuş olduğu söylenmiştir.

Bu durum üzerine alan araştırması daha dar kapsamda yürütülmek zorunda kalmış ve tez konusu değişikliğine³¹ gidilmiştir. Bu amaçla araştırma, SGK ve SB tarafından online olarak paylaşılan verilerin yorumlanmasına ek olarak Ankara merkezli üç hastaneye ait yıllık sayısal verilere ilişkin bilgilerin hesaplanarak yürütülmesine dönüştürülmüştür. Hastanelerden izin alınmak amacıyla Ankara İl

³⁰ EK 1’de konuyla ilişkili evraklara bakılabilir.

³¹ EK 2’de ilgili evraklara bakılabilir.

Sağlık Müdürlüğü'ne gerekli evraklarla başvuru gerçekleşmiş ancak dilekçenin işleme konulması uzun zaman almıştır. Gerekçe olarak öncelikle yazıyı dağıtım çıkaracak birimin tespitinin yapılamıyor oluşu söylenmiş daha sonra ise yönetim tarafından yazının dağıtım çıkarılmasının istenmediği, böylelikle hastaneler ile şahsi izin yoluna gidilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Hastanelere yapılan başvurular ise İl Sağlık Müdürlüğü üzerinden yapılmadığı gerekçesiyle reddedilmiştir. Konu ile ilgili ret yazısı talebinde bulunulmasına karşın Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne herhangi bir gerekçeli ret yazısı ulaşmamıştır.

19/03/2018 tarihinde Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne tekrar gidilmiş, mağduriyet beyanında tekrar bulunulmuş ve 20/03/2018 tarihinde 90169164-799-748 numaralı yazı ile hastanelere konuya ilişkin yazı gönderilmiştir.

Tez süreci boyunca izin alma süreci 16/05/2017 tarihinde başlanmış olup 08/06/2018 tarihinde son bulabilmiştir.

3.2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Ankara ilinde gerekli koşulları sağlayan üç önemli hastane belirlenmiştir. Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne izin dilekçesi³² gönderilmiş, Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden yaklaşık 6 ay sonra hastanelere ilgili yazı gönderilmiştir.

Araştırma talebinde bulunulan hastaneler sırası ile;

- Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, olarak belirlenmiştir.

Ancak Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli izinler alınamamış hastanenin Etik Kurul heyeti tarafından araştırma izni reddedilmiştir³³. Söz konusu hastanelerin örneklem olarak seçilmesindeki neden her üç hastanenin de Türkiye'nin en eski hastaneleri olmasıyla beraber her yıl poliklinik hasta

³² EK 3'de ilgili evraklara bakılabilir.

³³ Gerekçeli ret yazısı enstitüye gönderilmemiş, hastane ile iletişime geçilip öğrenilmiştir.

sayısının ve girişimsel işlemlerin en fazla yapıldığı hastaneler olmasıdır. Ayrıca hastanelerin Ankara'da olması çevre ve uzak illerden de özellikle bazı girişimsel işlemler için tercih edilmelerine neden olmaktadır.

Ek olarak hastanelerden alınan verilerin işlenmesinin ardından, Türkiye geneli MR, BT ve Anjiyografi işlemlerine ait bilgilere yer verilecek böylelikle performans ödemelerinin ülke geneli yansımalarına ışık tutulmaya çalışılacaktır.

3.2.4.Araştırmanın Materyal ve Yöntemi

Bu araştırmada öncelikle literatür taraması yapılmıştır. Tezin araştırma bölümünde ise Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bilgiler ile beraber Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınan veriler beraber işlenerek araştırmanın amacı ve önemi bölümünde öne sürülen durumların tespitini yapabilmek için; her bir poliklinikteki toplam muayene sayıları, tüm ameliyat türleri dahil olmak üzere ameliyat sayıları ve hastanede bulunan görüntüleme yöntemleri ile tomografi, MR, koroner anjiyografi işlemlerinin yıllar içerisindeki seyri istatistiksel yöntemlerle incelenecektir.

3.2.5.Araştırma Verilerinin İncelemesi

Bu bölümde alan araştırması için elde edilen veriler incelenecektir. Bu amaçla ilk olarak Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Veri Arşiv Bölümünden daha sonra ise Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkezi Tıbbi Arşiv Bölümünden alınan veriler incelenecektir.

3.2.5.1.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2012-2017)

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1957 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Ankara Hastanesi adıyla kurulmuştur. Fiili yatak kapasitesi 616, acil müşahede, diyaliz ve hemodiyaliz de dahil edildiğinde bu sayı 678'ye çıkmaktadır. Acil servisinin büyüklüğü vesilesi ile Ankara genelinde en fazla acil servisinin kullanıldığı hastane olma özelliğine sahiptir. Sağlık kurulu ile 31 ayrı branşta, 46 klinik hizmet vermektedir. Hem konum itibariyle rahat ulaşım sağlanmakta hemde

tam teşekküllü olmasından kaynaklı halkın geniş bir kesimi sıklıkla tercih etmektedir. Her yıl yaklaşık 1 milyon poliklinik muayenesi yapılmakta ve 25 bin yatan hastaya ev sahipliği yapmakla beraber 15 binin üzerinde ameliyat uygulanmaktadır.

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2012-2017 verilerine göre ayaktan muayene sayısı sırasıyla şu şekildedir;

Tablo 8:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yıllara Göre Ayaktan Muayene Kişi Sayısı

	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ayaktan Muayene Sayısı	1.334.955	1.849.299	1.819.496	1.871.169	1.940.893	1.977.928

Tablo 8’de verilen bilgilere göre, ayaktan muayene kişi sayısı 2013 yılı 2012 yılına göre %39 oranında artmıştır, 2014 yılı ile 2013 yılı kıyaslandığında ise 2014 yılında ayaktan muayene kişi sayısı oranı %2 azalış göstermiştir. Sonraki yıllarda azalış hiç yaşanmamış ancak büyük oranda artışlar da gerçekleşmemiş, ortalama artış oranı %3 dolaylarında gelişmiştir.

Tablo 9’da 2012-2017 yılları arası en fazla poliklinik muayene yapılan ilk 12 polikliniğe ait bilgilere yer verilecektir;

Tablo 9:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012-2017 Yılları Arası En Fazla Muayene Yapılan Poliklinikler

Poliklinikler	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	110.628	148.965	149.980	136.217	135.499	138.471
Göz Hastalıkları	89.814	115.151	106.490	98.592	118.487	122.825
Ortopedi ve Travmatoloji	86.740	129.936	157.251	116.854	114.552	117.310
İç Hastalıkları	85.484	102.888	98.625	102.036	113.566	113.924
Deri ve Zührevi Hastalıkları	80.443	93.101	102.389	100.997	91.521	81.491
Çocuk Sağlığı	63.519	90.321	99.192	100.130	101.918	102.331
Nöroloji	50.558	58.690	71.613	70.372	69.556	62.052
Kadın Hastalıkları ve Doğum	50.475	71.707	82.423	80.475	86.797	33.239
Genel Cerrahi	50.414	67.000	72.401	62.587	58.126	62.099
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıklar	43.817	58.600	54.331	55.620	53.190	44.032
Fiziksel Tıp	42.007	68.350	80.529	72.739	73.316	73.582
Üroloji	39.642	56.129	63.441	56.655	52.338	61.787

Tüm yıllar karşılaştırıldığında her yıl en fazla hasta alan poliklinikler, Kulak Burun Boğaz, Göz ve İç Hastalıkları ile Ortopedi ve Travmatoloji poliklinikleri olduğu görülmektedir. Buna karşın her yıl istikrarlı bir şekilde gelen hasta sayısında artışın olduğu poliklinik, çocuk sağlığı polikliniği olmuştur.

Bir sağlık kurumunun yoğunluğu muhakkak gelen hasta sayısı ile ilişkilidir. Ancak daha net bilgi elde edebilmek için gelen hastaların ne kadarının ameliyat olduğu, yapılan ameliyat türlerinin hangi gruplar içinde yer aldığı, görüntüleme tekniklerinin yoğunluk düzeyinin ne kadar olduğu gibi bilgiler hastanenin yoğunluk profilini çıkarma konusunda daha açık bir tablo sunacaktır.

Tablo 10:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları (Ameliyat Sınıflarına Göre)

Ameliyat Türleri	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	971	1.258	1.345	1.415	1.450	1.553
B Sınıfı Ameliyat	7.189	7.311	7.081	7.320	6.008	7.900
C Sınıfı Ameliyat	13.041	14.412	13.056	13.406	13.177	14.054
D Sınıfı Ameliyat	11.504	19.303	18.094	11.092	10.756	8.946
E Sınıfı Ameliyat	7.749	21.603	27.578	10.780	10.495	8.810
D ve E Sınıfı Günübirlik Ameliyat	11.319	5.217	4.623	16.217	14.235	10.660
Toplam Ameliyat Sayısı	51.773	69.104	71.777	60.230	56.121	51.923

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulanan ameliyat oranları incelendiğinde A sınıfı ameliyat sayısında her yıl azalış yerine istikrarlı bir artış yaşandığı ancak en fazla artışın %30 artış oranı ile 2013 yılında yaşandığı görülmektedir. Buna karşın tüm yılların artış oranlarının ortalaması alındığında ortalama artışın %10 dolayında olduğu hesaplanmıştır.

B sınıfı ameliyat oranlarına bakılırsa, gerçekleştirilen ameliyatların bir yıl artış bir yıl azalış şeklinde olduğu görülmektedir. Yıllara göre artış azalış seyri şu şekilde gerçekleşmiştir; 2013 yılı bir önceki yıla göre %2 artmış, 2014 yılı %3 azalmış, 2015 yılı %3 artmış, 2016 yılı %18 azalmış ve son olarak 2017 yılı %31 artmıştır. Altı yılın ortalama artış oranı ise %3 bulunmuştur.

C sınıfı ameliyatların yıllara göre artış azalış seyri B sınıfı ameliyat türleri ile benzer bir dalgalanma seyri içindedir. C sınıfı ameliyatlar da tıpkı B sınıfı ameliyatların azalış eğilimi gösterdiği 2014 ve 2016 yıllarında azalmıştır. 2012-2017 yılları arası artış azalış oranı şöyle gelişmiştir; 2013 yılında %11 artış, 2014 yılında %9 azalış, 2015 yılında %3 artış, 2016 yılında %2 azalış ve 2017 yılında %7 artış olduğu görülmektedir. Bu oranların ortalaması alındığında, C sınıfı ameliyatların artış oranı %2 olarak tespit edilmiştir.

D sınıfı ameliyatlar 2013 yılı dışında kalan yıllar dışında genel olarak azalış eğilimine geçmiştir. Yıllar itibariyle sırasıyla 2013 yılı %68 artmış, 2014 yılında %6 azalmış, 2015 yılında %39 azalmış, 2016 yılında %3 oranında azalmış, 2017 yılında da yine %17 oranında azalış yaşanmıştır. Genel olarak azalış eğiliminde

olan D sınıfı ameliyatların altı yıllık artış, azalış oranı ortalaması alındığında sonuç %1 artış şeklinde bulunmuştur.

E sınıfı ameliyatlar 2015 yılına kadar artış, 2015 yılı ve sonraki yıllarda da azalış eğilimi içine girmiştir. Buna karşın 2013 yılında yapılan ameliyatlar ile 2012 yılında yapılan ameliyat sayıları arasında çok büyük bir fark olduğu bariz bir şekilde görünmektedir. 2013 yılında yaşanan ameliyat oranlarının 2012 yılında gerçekleştirilen ameliyat oranlarına yönelik yüzdeler artış hesaplaması %179'dur. Ancak 2015 yılında 2014 yılına göre yarıdan fazla azalış yaşanmış ve %61 oranında ameliyatlarda düşüş görülmüştür. Yıllara göre E sınıfı ameliyatların artış azalış seyri sırasıyla; 2013 yılında %179 artış, 2014 yılında %28 artış, 2015 yılında %61 azalış, 2016 yılında %3 azalış, 2017 yılında %16 azalış şeklinde gelişim göstermiştir. Tüm yılların ortalaması alındığında, E sınıfı ameliyatların artış oranı %25 olarak tespit edilmiştir.

D ve E gününbirlik ameliyat türlerinde genel olarak azalış eğilimi yaşanmaktadır. Ancak 2015 yılında 2014 yılına göre ilginç bir şekilde %251 oranında ameliyat artışı yaşanmıştır. Bu artış oranının etkisiyle yıllar itibariyle azalış eğiliminde olan D ve E sınıfı ameliyatların ortalama artış oranı %30 olarak hesaplanmıştır.

Tüm ameliyat sınıflarının toplamına bakıldığında 2015 yılına kadar ameliyat oranlarının toplamında artış yönünde eğilim yaşandığı gözlenirken 2015 yılı ve sonraki yıllarda ameliyat oranlarında azalış yaşanmaktadır. Ameliyat oranlarında en fazla artış %33 oranıyla 2013 yılında yaşanırken, en çok azalış %16 oranıyla 2015 yılında yaşanmıştır. Tüm veriler ışığında yapılan hesaplamalar sonucu, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yıllar itibariyle toplam ameliyat oranında ortalama %1 artış olduğu söylenebilir.

Altı yıl boyunca ağırlıklı olarak yapılan ameliyat türlerine ait bir tablo oluşturulursa;

Tablo 11:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayılarının Sınıflara Göre Dağılım Yüzdesi

Ameliyat Türleri	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	%2	%2	%2	%2	%3	%3
B Sınıfı Ameliyat	%14	%11	%10	%12	%11	%15
C Sınıfı Ameliyat	%25	%21	%18	%22	%23	%27
D Sınıfı Ameliyat	%22	%28	%25	%18	%19	%17
E Sınıfı Ameliyat	%15	%31	%38	%18	%19	%17
D ve E Sınıfı Günübirlik Ameliyat	%22	%8	%6	%27	%25	%21
Toplam Ameliyat Sayısı	%100	%100	%100	%100	%100	%100

2012 yılında en fazla ameliyat C sınıfı ameliyat türlerinde gerçekleşmiş, en az ameliyat ise A sınıfı ameliyatlarda yaşanmıştır. 2012 yılına ait ameliyat türlerinin toplam ameliyat içindeki payı sırasıyla şöyledir; C sınıfı ameliyatlar %25, D sınıfı ameliyatlar ile D ve E sınıfı günübirlik ameliyatlar %22, E sınıfı ameliyatlar %15, B sınıfı ameliyatlar %14 ve A sınıfı ameliyatlar %2.

2013 yılında en fazla ameliyat artış oranı %179 oranıyla E sınıfı ameliyatlarda gerçekleşmiştir. Buna karşın D ve E günübirlik ameliyat sayılarında ise %54 oranında azalma görülmektedir. Yüksek oranlarda artış ve azalışın yaşanması toplam ameliyat içindeki payların sıralamasının da değişmesine neden olmuştur. Yeni sıralamaya göre; %31 oranındaki pay ile E sınıfı üçüncü sıradan ilk sıraya yükselmiştir. D sınıfı ameliyatlar %28'lik oranla geçen yıla kıyasla toplam ameliyat içindeki ağırlık oranını arttırmış, ancak ikinci sıradaki yerini korumuştur. C sınıfı ameliyatlar geçen yıl en fazla ameliyat yapılan sınıf olmasına karşın, 2013 yılında toplam ameliyat içindeki payını %21 oranına geriletmış ve üçüncü sıraya yerleşmiştir. B sınıfı ameliyatlar %11 oranıyla sıralamanın dördüncü yerinde yerini korumuştur. D ve E sınıfı günübirlik ameliyatlar ise %8 oranıyla, üçüncü sıradan beşinci sıraya gerilemiştir. A sınıfı ameliyatlar ise %2 oranını korumuş ve altıncı sıralamada yerini almıştır.

2014 yılında B, C, D sınıfı ameliyatlar ve D ile E sınıfı günübirlik ameliyatlarda azalma yaşanırken, A ve E grubu ameliyatlarda artış meydana gelmiştir. En fazla artış %28 oranıyla E sınıfında, en fazla azalma ise %11 oranıyla D ve E sınıfı günübirlik ameliyatlarda olmuştur. Ameliyat sınıfları arasında yaşanan

bu artış ve azalış durumu ameliyatların toplam ameliyat içindeki sıralamasını değiştirmemiş yalnızca oransal olarak değişimler yaşamasına neden olmuştur.

2015 yılında ise ameliyat sınıflarında artış, azalış dengesi değişmiş ve buna bağlı olarak toplam ameliyat içindeki sıralamalarda da değişimler yaşanmıştır. D ve E sınıfı günübirlik ameliyatlarda %251 oranında artışın yaşanması, toplam ameliyat içindeki payını %27'ye çıkararak 2015 yılı için en fazla ameliyatın yapıldığı sınıf olmasına neden olmuştur. C sınıfı ameliyatlarda geçen yıla oranla %3 artış olmuştur, ama D sınıfında %39, E sınıfında %61 azalma olmasından kaynaklı toplam ameliyat içindeki payını %22'ye çıkarmış ve toplam ameliyat içindeki sıralamasını ikinci sıraya yükseltmiştir. D ve E sınıfı ameliyatlarda yaşanan azalma çok olmasına karşın, geçen yıllardaki yoğunluk her iki sınıfın toplam ameliyat içindeki yoğunluğunu %18 oranında tutmuş ve üçüncü sırada olmalarına neden olmuştur. B sınıfı ameliyatlarda %3 oranında artışın gerçekleşmesi, toplam ameliyat içindeki oranını %10'dan %12'ye yükseltmiştir. A grubu ameliyatlarda ise %5 oranında artış yaşanmış ancak toplam ameliyat içindeki payı %2 oranıyla geçen yıldaki oran ile aynı kalmıştır.

2016 yılında A sınıfı ameliyatlardan dışarıda kalan tüm ameliyat sınıflarında azalma yaşanmıştır. En fazla azalma %18 oranıyla B sınıfı ameliyatlarda gerçekleşirken, en az azalma %2 oranıyla C grubu ameliyatlarda yaşanmıştır. 2016 yılına ait, ameliyat sınıflarının toplam ameliyat içindeki sıralaması aynı olmakla beraber oransal olarak değişimler olduğu görülmektedir. Yeni oransal verilerin sıralaması şu şekilde gelişmiştir; D ve E sınıfı günübirlik ameliyatlarda %25, C sınıfı ameliyatlarda %23, D ve E sınıfı ameliyatlarda %19, B sınıfı ameliyatlarda %11 ve son olarak A sınıfı ameliyatlarda %3.

2017 yılında D ve E ameliyat sınıfları ile D ve E günübirlik ameliyat sınıflarının ameliyat oranlarında azalma olduğu, bu azalmaya karşın A, B ve C grubu ameliyatlarda artış yaşandığı görülmektedir. Yeni sıralamaya göre; C sınıfı ameliyatlarda %27 oranıyla en fazla ameliyat yapılan sınıf olmuştur, D ve E sınıfı günübirlik ameliyatlarda %21 oranla ikinci sırada yer almıştır. D ve E sınıfı ameliyatlarda %17 oranıyla üçüncü sırada, B sınıfı ameliyatlarda %15 oranıyla dördüncü sırada ve A sınıfı ameliyatlarda %3 oranıyla beşinci sırada yer almaktadır.

Özetle; tüm yıllar için en fazla ameliyat yapılan sınıflar C ve E sınıfı ameliyatlara ile gününbirlik yapılan ameliyatlara olmuştur. Bu grup içinde ise tüm yılların ortalaması alındığında en yoğunluklu ameliyatın yapıldığı sınıf E grubuna ait olduğu hesaplanmıştır. C ve D grubu ameliyatlara, ameliyat yoğunluğu açısından ikinci sırada, D ve E sınıfı gününbirlik ameliyatlara üçüncü sırada, B grubu ameliyatlara ise dördüncü sırada yer almıştır. Risk açısından en yüksek grup olarak nitelendirilen A sınıfı ameliyatlara ise ortalama %2 oranıyla en az ameliyat uygulaması yapılan sınıf olarak kaydedilmiştir.

Ameliyatlara poliklinikler arası dağılımını incelemek toplam ameliyat oranlarını veya ameliyat sınıfları arasındaki dağılımı analiz etme noktasında daha faydalı olacağı için aşağıdaki tablolarda 2012-2017 yılları arası ameliyat uygulamaları yapılmış polikliniklere dair bilgilere yer verilecektir.

Tablo 12: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları

Kardiyoloji	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	5	30	-	-	-	-
B Sınıfı Ameliyat	1.191	1.116	-	-	-	-
C Sınıfı Ameliyat	2.313	2.186	-	-	-	-
D Sınıfı Ameliyat	36	35	-	-	-	-
E Sınıfı Ameliyat	314	451	-	-	-	-
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	3.859	3.818	-	-	-	-

Kardiyoloji bölümü incelendiğinde sadece 2012 ve 2013 yıllarında ameliyat olduğu ve her iki yıl için B ve C sınıfı ameliyat oranlarının diğer ameliyat türlerine göre yüksek oranda olduğu görülmektedir. A sınıfı ameliyat türü, 2013 yılında 2012 yılına oranlar %500, E sınıfı ameliyat türü ise %44 oranında artış göstermiştir. A ve E sınıfı ameliyatlara dışında kalan diğer ameliyat sınıflarında ve toplam ameliyat sayılarında genel olarak azalış eğilimi görülmektedir.

2012 yılında ameliyat sınıflarının branş içi toplam ameliyat içindeki payı sırasıyla; C sınıfı ameliyatlara için %60, B sınıfı ameliyatlara için %31, E sınıfı ameliyatlara için %8, D sınıfı ameliyatlara için %1 olmuştur. A sınıfı ameliyatlardan yalnızca 5 adet ameliyat yapıldığı için yüzdeler hesaplaması sonucu 0 çıkmıştır. 2013

yılında sıralamanın şekli değişmemiş yalnızca ameliyat oranlarındaki hareketlilikten kaynaklı yüzdesel oranları değişikliğe uğramıştır. 2013 yılına ait sıralamanın oranları; C sınıfı ameliyatlar için %57, B sınıfı ameliyatlar için %29, E sınıfı ameliyatlar için %12, D ve A sınıfı ameliyatlar için ise %1 olarak hesaplanmıştır.

Kardiyoloji Bölümüne ait veriler incelendikten sonra bir sonraki tabloda Beyin ve Sinir Cerrahisi Bölümüne ait verilere yer verilecektir.

Tablo 13:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları

Beyin ve Sinir Cerrahisi	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	192	319	388	366	429	362
B Sınıfı Ameliyat	269	349	465	297	348	376
C Sınıfı Ameliyat	113	228	313	250	401	432
D Sınıfı Ameliyat	65	184	194	84	375	367
E Sınıfı Ameliyat	118	77	161	79	301	819
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	757	1157	1521	1076	1854	2356

Beyin ve Sinir Cerrahisi bölümüne ait tablo incelendiğinde genel olarak göze çarpan ilk tablo tüm ameliyat sınıflarının 2015 yılında azalış göstermesidir. Oysa ki 2014-2015 yıllarına ait hekim sayıları³⁴ incelendiğinde her ikisinin de aynı sayıda olduğu görülmektedir. Bunun dışında D ve E ameliyat sınıfının genel olarak yıllar ortalamasına bakıldığında her iki sınıf içinde ortalama ameliyat artış oranı %95 olarak hesaplanmaktadır.

2012 yılında en fazla ameliyat yapılan sınıf %36 oranıyla B sınıfı ameliyatlar olmuştur, B sınıfı ameliyatlardan sonra yoğunluk oranı en fazla olan bir diğer ameliyat sınıfı %25 oranla A sınıfı olmuştur. E sınıfı ameliyatlar %16 oranıyla üçüncü, C sınıfı ameliyatlar %15 oranla dördüncü, D sınıfı ameliyatlar ise %9 oranla beşinci sırada yer almıştır. 2013 yılında C sınıfı ameliyatlarda %102, D sınıfı ameliyatlarda %183 oranında artışın olması ve E sınıfında %35 oranında azalma yaşanması ile bu sıralamada değişiklik yaşanmıştır. 2013 yılında ilk iki sırada değişiklik olmadığı, geri kalan üç sıralamada ise değişiklik yaşandığı

³⁴ Doçent, uzman hekim ve asistan sayılarının toplamı her iki yıl içinde 11 olarak kayıt edilmiştir.

gözelemlenmektedir; B sınıfı ameliyatlar %30 oran ile ilk sırasını korumuş, A sınıfı ameliyatlar %28 oranla ikinci sırasını korumuş, C sınıfı ameliyatlar %20 oranla üçüncü sıraya, D sınıfı ameliyatlar da %16 oran ile dördüncü sıraya yükselmiş ve E sınıfı ameliyatlar %7 oranla beşinci sıraya gerilemiştir.

2014 yılında bu oransal sıralama korunmuştur. Ancak 2015 yılında genel olarak tüm ameliyat sınıflarında azalmanın yaşanması, B sınıfı ameliyatların azalış oranının A sınıfı ameliyatlardan fazla olması bu sıralamanın değişmesine neden olmuştur. Yeni sıralamaya göre A sınıfı ameliyatlar %34 oran ile Beyin ve Sinir Cerrahisi Bölümünde en fazla ameliyat yapılan sınıf olarak kayıtlara geçmiştir. B sınıfı ameliyatlar ise %28 oran ile ikinci sırada yer almış, geri kalan sıralamalarda ise değişiklik olmamıştır.

2016 yılında tüm ameliyat sınıflarında artış olmuş, hatta en fazla artış %346 oranıyla D sınıfı ameliyatlarda gerçekleşmiştir. 2016 yılında tüm sınıflarda artışın yaşanması sıralamanın değişmesine neden olmuştur; En fazla ameliyat oranı %23 oranıyla A sınıfı ameliyatlara aittir, C sınıfı ameliyatlar %22 oran ile ikinci sıraya ve D sınıfı ameliyatlar ise %20 oranlar üçüncü sıraya yükselmiştir. E sınıfı ameliyatlar ise %16 oran ile en az ameliyat yapılan sınıf olarak yerini son sırada almıştır. Ancak 2017 yılında E sınıfı ameliyatlarda %172 oranında artış, A sınıfı ameliyatlarda %15 oranında azalma olması sıralamanın çok değişmesine neden olmuştur. Yeni sıralamaya göre E sınıfı ameliyatlar %35 oran ile altı yıllık tarihte ilk kez en fazla ameliyat yapılan sınıf olarak ilk sıraya çıkmıştır. İkinci sırada ise bir önceki yılda olduğu gibi %18 oranla, yine C sınıfı ameliyatlar yer almaktadır. Üçüncü sırada ise branş içi toplam ameliyat sayısında %16'lık pay ile B ve D sınıfı ameliyatlar yer almıştır. Dördüncü sırada da her zaman en fazla ameliyat yapılan sınıf olarak kayıtlara geçen A sınıfı ameliyatlar bulunmaktadır.

Özetle; Beyin ve Sinir Cerrahisi Bölümünde 2017 yılına kadar en fazla ameliyat uygulaması yapılan ilk iki sınıf A ve B sınıfları olmuş, ancak 2017 yılında ağırlıklı ameliyatın yapıldığı sınıf E sınıfı olarak değişmiştir. Belirtmek gerekirse 2017 yılına kadar, 2012 yılı dışında kalan tüm yıllarda E sınıfı ameliyatlar en az ameliyat uygulaması yapılan sınıfı.

Bir sonraki tabloda Çocuk Cerrahisi Bölümüne ait verilere yer verilecek ve ameliyat yoğunluğunun en çok hangi sınıflarda olduğu tespit edilecektir.

Tablo 14:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları

Çocuk Cerrahisi	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	0	0	0	0	0	0
B Sınıfı Ameliyat	1	2	2	77	189	127
C Sınıfı Ameliyat	2	2	17	236	526	375
D Sınıfı Ameliyat	24	76	208	656	491	342
E Sınıfı Ameliyat	245	154	103	188	363	428
D Sınıfı Günübürlük Ameliyat	0	0	0	28	8	4
E Sınıfı Günübürlük Ameliyat	0	0	0	54	13	4
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	272	234	330	1.239	1.590	1.280

2012 yılında en fazla ameliyat, E sınıfı ameliyatlarda olmuş, bu durum 2014 yılına kadar da devam etmiştir. 2014 yılında D sınıfının %174 oranında artması, E sınıfı ameliyatların %33 oranında azalması yeni sıralamanın doğmasına neden olmuştur. D sınıfı ameliyatlar %63 oranla en fazla ameliyat yapılan sınıf olarak ilk sırada görülürken, E sınıfı ameliyatlar %31 oranla ikinci sırada görülmektedir. Üçüncü sırada ise %5 oranla C sınıfı ameliyatlar, dördüncü sırada da %1 oranla B sınıfı ameliyatlar vardır. 2015 yılında D sınıfı ameliyatlar toplam ameliyat içindeki yoğunluk sıralamasını korumuş ancak ikinci ve üçüncü sıra C ve E sınıfı ameliyatların büyük oranda artması nedeniyle değişmiştir. Yeni sıralamaya göre ikinci sıraya C sınıfı, üçüncü sıraya E sınıfı ve dördüncü sıraya B sınıfı ameliyatlar yerleşmiştir.

2016 yılında C sınıfı ameliyatlarda %123 oranında artış olması ve D sınıfı ameliyatlarda %23 oranında azalma yaşanması, C sınıfının toplam ameliyat içindeki payını %33'e çıkarmış, böylelikle C sınıfı ameliyatlar en fazla ameliyat yapılan sınıf kategorisine girmiştir. D sınıfı ameliyatlarda %31 oranla ikinci sıraya gerilemiş, E sınıfı ve B sınıfı da ameliyat yoğunluk sıralamasında geçen yılki yerlerini korumuştur.

E sınıfı ameliyatlarda 2015 yılından itibaren izlenen artış eğilimi, 2017 yılında E sınıfı ameliyatların tekrar en yoğun ameliyat yapılan sınıf olmasını sağlamıştır. E sınıfının birinci sıraya çıkması ile C sınıfı ameliyatlar ikinci sıraya, D sınıfı ameliyatları da üçüncü sıraya gerilemiş, B sınıfı ameliyatlar ise dördüncü sıradaki yerini korumuştur. Yeni sıralamaya göre ameliyat sınıflarının toplam

ameliyat içindeki oranları sırasıyla şu şekilde gelişmiştir; E sınıfı ameliyatlar %33, C sınıfı ameliyatlar %29, D sınıfı ameliyatlar %27, B sınıfı ameliyatlar %10.

Çocuk Cerrahisi Bölümüne ait istatistiki veriler incelendikten sonra, bir sonraki tabloda Göz Hastalıkları Bölümüne ait veriler incelenecektir.

Tablo 15:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları

Göz Hastalıkları	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	0	0	0	61	64	112
B Sınıfı Ameliyat	412	566	429	436	743	656
C Sınıfı Ameliyat	2013	1688	1850	1547	1538	1772
D Sınıfı Ameliyat	912	1533	1383	0	0	0
E Sınıfı Ameliyat	719	924	794	0	0	0
D Sınıfı Günübirlük Ameliyat	0	151	553	1216	1665	1328
E Sınıfı Günübirlük Ameliyat	0	88	420	1082	1456	864
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	4056	4950	5429	4342	5466	4732

2012 yılında en yoğun ameliyatın yapıldığı sınıf %50 oranla C sınıfı olarak görülmektedir. Onun ardından sırasıyla; %22 oranla D sınıfı, %18 oranla E sınıfı ve %10 oranla B sınıfı gelmektedir. Aynı sıralamanın 2013 yılı içinde geçerli olduğu söylenebilir, ayrıca günübirlük ameliyatlara da yönelme olduğu her iki günübirlük ameliyatın toplamının %5 oranına denk geldiği görülmektedir. 2014 yılından itibaren, günübirlük ameliyatların oranında artışın etkisiyle sonraki yıllarda yoğunluk sıralamasının hesaplanmasında değişiklikler olmuştur. Örneğin 2014 yılından sonraki yıllara bakılırsa, D ve E sınıfına ait hiçbir ameliyat uygulamasının yapılmadığı, bunun yerine D ve E sınıfı günübirlük ameliyatların yapıldığı görülmektedir.

2015 yılında, önceki üç yılda olduğu gibi en fazla ameliyatın C sınıfı ameliyatlarda olduğu görülmektedir. C sınıfı ameliyatların ardından ameliyat yoğunluğunun D sınıfı günübirlük ameliyatlara, ondan sonra ise E sınıfı günübirlük ameliyatlara ve son olarak B sınıfı ameliyatlara ait olduğu görülmektedir. 2016 yılında ise en fazla yoğunluk C sınıfından D sınıfı günübirlük ameliyatlara kaymıştır. 2015 yılında %36 olan C sınıfı ameliyatlar, 2016 yılında %28'e

gerilemiş, D sınıfı günübirlik ameliyatlar ise %28'den %30'a çıkmıştır. Yeni sıralamaya göre ameliyat sınıflarının branş içi toplam ameliyat sayısındaki yoğunluk oranı sırasıyla şu şekilde gelişmiştir; D sınıfı günübirlik ameliyatlar %30, C sınıfı ameliyatlar %28, E sınıfı günübirlik ameliyatlar %27, B sınıfı ameliyatlar %14 ve son olarak A sınıfı ameliyatlar %1.

2017 yılında, D sınıfı ameliyatların %20 azalma göstermesine karşın C sınıfı ameliyatların %15 artışa uğraması, sınıfların toplam ameliyat içindeki yoğunluk sıralamasının değişmesine neden olmuştur. Yeni sıralamaya göre; C sınıfı ameliyatlar %37, D sınıfı günübirlik ameliyatlar %28, E sınıfı günübirlik ameliyatlar %18, B sınıfı günübirlik ameliyatlar %14 ve A sınıfı günübirlik ameliyatlar %2 oranında gelişim göstermiştir.

Özetle, Göz Hastalıkları polikliniğinde 2014 yılında günübirlik ameliyatlar ve C sınıfı ameliyatlar dışında kalan tüm ameliyat sınıflarında düşüş yaşanmaktadır. Ayrıca yıllar ilerledikçe 2017 yılına kadar D ve E sınıfı günübirlik ameliyat sayılarında önemli oranda artışların yaşandığı gözlemlenmektedir. Sayısal veriler ile örneklemek gerekirse 2012-2017 yılları arası yapılan branş içi tüm ameliyatların toplamının ortalaması %5 iken; D ve E sınıfı günübirlik ameliyatların artış ortalaması D sınıfı için %101, E sınıfı için ise %132 olarak hesaplanmaktadır.

Göz Hastalıklarına ait veriler incelendikten sonra sırada Genel Cerrahi bölümüne ait veriler incelenecektir.

Tablo 16: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları

Genel Cerrahisi	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	144	67	97	197	266	254
B Sınıfı Ameliyat	1736	1760	2197	2431	1572	1475
C Sınıfı Ameliyat	1517	2095	2767	3334	2183	2114
D Sınıfı Ameliyat	1325	1044	1710	2542	1697	1044
E Sınıfı Ameliyat	343	318	781	1070	604	1111
D Sınıfı Günübirlik Ameliyat	0	0	0	0	82	23
E Sınıfı Günübirlik Ameliyat	0	0	0	0	36	13
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	5065	5284	7552	9574	6440	6034

Genel Cerrahi Bölümünde 2012 yılında ameliyat sınıflarının toplam ameliyat içindeki ağırlıklı oranı sırasıyla; B sınıfı için %34, C sınıfı için %30, D sınıfı için %26, E sınıfı için %7, A sınıfı için %3 şeklinde gelişmiştir.

2013 ve 2014 yıllarının ağırlıklı ortalama sıralaması benzerlik göstermektedir. Her iki yılın ortalaması alındığında sıralama şu şekilde gelişmiştir; C sınıfı %38, B sınıfı %31, D sınıfı %21, E sınıfı %8 ve A sınıfı %1.

2015 yılında D sınıfının bir önceki yıla göre artış oranı B sınıfının artış oranından yüksek olmasından kaynaklı, 2015 yılına ait ağırlıklı sıralama oranında bir önceki yıla göre değişiklik olmuştur, yeni sıralamaya göre; bir önceki yılda olduğu gibi en fazla ameliyatın olduğu sınıf %35 oranla C sınıfı ameliyatlarda olmuştur. İkinci sırada ise bir önceki yıla göre ameliyat oranını %49 arttıran ve toplam ameliyat içindeki payını %27' ye çıkaran D sınıfı gelmektedir. Üçüncü sırada %25 oranla B sınıfı, dördüncü sırada %11 oranla E sınıfı ve beşinci sırada %2 oranla A sınıfı gelmiştir.

2016 yılında A sınıfı ile D ve E sınıfı gününbirlik ameliyatlar dışında kalan diğer dört sınıfın ameliyat oranlarında azalma görülmektedir. Azalmaların ameliyatın ağırlıklı yapıldığı sınıflarla paralel ilerlemesi, sınıflara göre toplam ameliyat içindeki ağırlık oranlarının sıralamasının değişmemesine neden olmuştur. 2017 yılında ise E sınıfı ameliyatlar dışındaki tüm ameliyat sınıfların ameliyat oranlarında azalma olduğu, E sınıfında ise %84 oranında artış yaşandığı görülmektedir. En fazla azalma %72 oranla D sınıfı gününbirlik ameliyatlarda, en az azalma ise %3 oranla C sınıfı ameliyatlarda olmuştur. Genel olarak azalma eğiliminin olması, branş içi toplam ameliyat sayısının sınıflara göre ağırlık oranının değişmesine neden olmuştur. Yeni sıralamaya göre; C sınıfı ameliyatalar %35 oranındaki oranıyla ilk sıradaki yerini korumuş ve B sınıfı ameliyatlar %24 oranla ikinci sıraya, E sınıfı ameliyatlar %18 oranlar ikinci sıraya çıkmıştır. D sınıfı ameliyatlar ise %17 oranla dördüncü sıraya gerilerken, A sınıfı ameliyatlar %4 oranla gerek ağırlık oranını gerekse ağırlık oranı sıralamasını korumuştur.

Özetle, Genel Cerrahi branşında yapılan en fazla ilk üç ameliyat sınıfı sıralamasında ilk sırada C sınıfı, ikinci sırada B sınıfı ve üçüncü sırada A sınıfı ameliyatlar olmuştur. Buna karşın en fazla ameliyat artışları E sınıfı ameliyat türlerinde gerçekleşmiştir, örneğin 2014 yılında E sınıfı ameliyatlarında yaşanan

artış oranı %146 civarını bulmuştur. Ayrıca genel cerrahi branşında 2016 yılına kadar günübürlük ameliyatlar hiç gerçekleşmezken, 2016 yılından itibaren günübürlük ameliyatların da yaşandığı gözlemlenmektedir. Ancak yıllara göre toplam ameliyat sayıları 2016 yılından itibaren genel olarak düşme eğilimine geçmiştir.

Tablo 17:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları

Göğüs Cerrahisi	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	0	13	0	2	0	0
B Sınıfı Ameliyat	6	24	2	71	29	0
C Sınıfı Ameliyat	185	91	133	271	560	250
D Sınıfı Ameliyat	10	165	345	311	452	196
E Sınıfı Ameliyat	1	342	892	1178	1437	760
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	202	635	1372	1833	2478	1206

2012 yılında ameliyat hareketliliği pek olmamış, ama yapılan ameliyatlarda ağırlıklı olarak C sınıfı ameliyatlarda yapılmıştır. 2013 yılından itibaren hareketlenen ameliyat türleri, branş içi toplam ameliyatın sınıflara göre ağırlıklı oran sıralamasını da etkilemiştir. Yeni sıralamaya göre, en fazla ameliyat %54 oranla E sınıfı ameliyatlarda olmuştur. İkinci sırada %26 oranla D sınıfı, üçüncü sırada %14 oranla C sınıfı, dördüncü sırada %4 oranla B sınıfı, beşinci sırada ise %2 oranla A sınıfı ameliyatlar olmuştur. Oransal ağırlık açısından hesaplanan bu sıralama 2016 yılına kadar devam etmiştir. 2016 yılında C sınıfı ameliyatlarda %107 oranında artış olması ile yeni sıralama; %58 oranıyla E sınıfı birinci, %23 oranla C sınıfı ikinci, %18 oranla D sınıfı üçüncü, %1 oranla B sınıfı dördüncü olacak şekilde gelişmiştir. 2017 yılında tüm ameliyat sınıflarında azalma görülmesine karşın aynı sıralama 2017 yılı içinde geçerli olmuştur.

Özetle, Göğüs cerrahisi branşında A sınıfı için 2013 yılı ve 2015 yılı dışında herhangi bir ameliyatın gerçekleşmemiştir. B sınıfı için sadece 2013 ve 2015 yıllarında ameliyat artışı olduğu bu iki yıl dışında kalan diğer yıllarda ameliyat oranlarının düştüğü hatta 2017 yılında hiç ameliyat yapılmadığı görülmektedir. Genel olarak B sınıfı ameliyatların toplam ameliyat içindeki ağırlık oranı sıralaması

üçüncü ya da dördüncü sırada olacak şekilde gelişmiştir. C sınıfında 2014,2015 ve 2016 yıllarında artış yaşanırken, 2017 yılında düşüş yaşandığı gözlemlenmektedir. C sınıfı 2012 yılında en fazla ameliyat yapılan sınıftan 2013-2015 yılları arasında üçüncü sırada, 2016-2017 yılları arasında ikinci sırada yer almıştır. D sınıfı ameliyatların artış azalış şekli dalgalı bir şekilde gelişmiştir, buna karşın 2016 yılına kadar toplam ameliyat içindeki yoğunluk oranı ikinci sırada, 2016-2017 yılları arasında da üçüncü sırada olmuştur. E sınıfı ameliyatlarda 2017 yılına kadar hızlı bir şekilde artış olurken, 2017 yılında %47 düşüş olmuştur. Her ne kadar oransal olarak büyük bir düşüş gerçekleşmiş olsa da 2013 yılından itibaren en fazla ameliyat gerçekleşen sınıf olma özelliğini kaybetmemiştir. Bu durumun temel nedeni diğer sınıflara göre sürekli ameliyat oranlarında artışın görülmesi ve 2017 yılında Göğüs Cerrahisi bölümünde tüm ameliyat sınıflarında eş zamanlı düşüşlerin olmasıdır.

Tablo 18:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları

Kadın Hastalıkları ve Doğum	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	18	12	17	43	68	108
B Sınıfı Ameliyat	158	148	187	173	257	487
C Sınıfı Ameliyat	179	446	700	666	706	1255
D Sınıfı Ameliyat	1378	2305	1409	1055	1090	1018
E Sınıfı Ameliyat	1510	2110	2204	2084	1330	581
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	3243	5021	4517	4021	3451	3449

Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümüne ait 2012 yılı verileri incelendiğinde ağırlıklı olarak ameliyat yapılan sınıfın %47 oranla E sınıfı olduğu, ikinci sırada ise %42 oranla D sınıfı ameliyatların geldiği görülmektedir. Sıralamanın devamı ise şu şekilde gelişmiştir; C sınıfı ameliyatlar %6 oranla üçüncü sırada, B sınıfı ameliyatlar %5 ile dördüncü, A sınıfı ameliyatlar ise %1 oranla beşinci sırada yer almıştır. 2013 yılında D sınıfı ameliyatlarda %67 oranında artış yaşanmış olması bu sıralamanın ilk iki sırasının bozulmasına neden olmuştur. Yeni sıralamaya göre; ilk sırada %46 oranla D sınıfı yükselmiştir, E sınıfı ameliyatlar %42 oranla ikinci sıraya gerilemiş, %9 oranla C sınıfı, %3 oranla da B sınıfı bir önceki yerlerini korumuşlardır.

2014 yılında D sınıfı ameliyatlarda %39 oranında azalma olurken, diğer ameliyat sınıflarında artışlar olduğu görülmektedir. Bu duruma bağlı olarak; %49 oranla E sınıfı ameliyatlar birinci sıraya yükselmiş, D sınıfı ameliyatlar %31 oranla ikinci sıraya gerilemiş, %15 oranla C sınıfı ameliyatlar üçüncü sırada, %4 oranla B sınıfı dördüncü sırada yerini korumuştur. Bu sıralama şekli 2015 ve 2016 yıllarında da aynı şekilde devam etmiş ancak 2017 yılında E sınıfı ameliyatlarda %56 azalma, C sınıfı ameliyatlarda %78, B sınıfı ameliyatlarda %89 ve A sınıfı ameliyatlarda %59 oranında artışın olması sıralamanın bozulmasına neden olmuştur. Yeni sıralamaya göre; C sınıfı ameliyatlar %36 oranla birinci sıraya yükselmiş, D sınıfı ameliyatlar %30 oranla ikinci sırasını korumuş, E sınıfı ameliyatlar %17 oranla üçüncü sıraya gerilemiş, B sınıfı ameliyatlar %14, A sınıfı ameliyatlar da %3 oranla dördüncü ve beşinci sıradaki yerlerini korumuşlardır.

Özetle; Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünde, ağırlıklı olarak en fazla ameliyat uygulamasının E sınıfı ameliyatlar olduğu görülmektedir. Yoğunluk sıralamasının ikinci sırasında ise D sınıfı ameliyatlar bulunmaktadır. C sınıfı ameliyatlar 2017 yılına kadar üçüncü sırada yer alırken, 2017 yılında %78 oranında ameliyat artışın yaşanması ile birinci sıraya yükselmiş ve 2017 yılında en fazla ameliyat yapılan sınıf olmuştur. B sınıfı ve A sınıfının ağırlık sıralaması altı yıl boyunca hiç değişmemiş ve B sınıfı dördüncü, A sınıfı da beşinci sırada olmaya devam etmiştir.

Tablo 19: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları

Kalp ve Damar Cerrahisi	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	116	423	766	373	270	319
B Sınıfı Ameliyat	163	1163	941	1223	335	225
C Sınıfı Ameliyat	224	2023	1717	2024	671	1183
D Sınıfı Ameliyat	13	49	55	52	387	956
E Sınıfı Ameliyat	654	1137	873	925	625	985
D Sınıfı Günübirlik Ameliyat	0	0	0	0	0	0
E Sınıfı Günübirlik Ameliyat	0	116	0	0	0	0
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	1170	4911	4352	4597	2288	3668

Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümünde 2012 yılı için en fazla ameliyat E sınıfı ameliyat grubunda gerçekleşmiş, ameliyat sınıflarının toplam ameliyat içindeki ağırlık oranı sıralaması ise şu şekilde gelişmiştir; E sınıfı ameliyatlar %56 oranı ile birinci, C sınıfı ameliyatlar %19 oranıyla ikinci, B sınıfı ameliyatlar %14 oranla üçüncü, A sınıfı ameliyatlar %10 oranla dördüncü ve D sınıfı ameliyatlar %1 oranla beşinci sırada olmuştur. 2013 yılında ameliyat sınıflarında yoğun bir artış yaşanması, özellikle C sınıfı ameliyatlarda önceki yıla göre %803 oranındaki artışın olması ameliyat sınıflarının toplam ameliyat içindeki yoğunluk sıralamasının değişmesine neden olmuştur. Yeni sıralamaya göre; C sınıfı ameliyatlar %41 oranla birinci sıraya, B sınıfı ameliyatlar %24 oranla ikinci sıraya çıkmıştır. E sınıfı ameliyatlar %23 oranla üçüncü sıraya gerilemiş, A sınıfı %9, D sınıfı da %1 oran ile dördüncü ve beşinci sıralarını korumuşlardır. Bu durum 2016 yılına kadar devam etmiş ancak 2016 yılında D sınıfı ameliyatlardaki ameliyat artışına karşın diğer tüm sınıflarda azalma yaşanması sıralamada birtakım farklılıklar olmasına neden olmuştur. 2016 yılında sıralama; C sınıfı %29 oranla birinci, E sınıfı %27 oranla ikinci, D sınıfı %17 oranla üçüncü, B sınıfı %15 oranla dördüncü ve A sınıfı %12 oranla beşinci olacak şekilde değişmiştir.

2017 yılına gelindiğinde ise B sınıfı ameliyatlarda %33 azalma olmasına karşın diğer tüm sınıflarda ameliyat artışları yaşandığı hatta en fazla ameliyatın %147 oranla D sınıfında gerçekleştiği oransal hesaplamalar sonucunda tespit edilmiştir. Bu durumun 2017 yılına ait ağırlık oranı sıralamasını; C sınıfı %32, E sınıfı %27, D sınıfı %26, A sınıfı %9 ve B sınıfı %6 olacak şekilde değiştirmiştir. Görüldüğü gibi C sınıfı ameliyatlar önceki yıllarda olduğu gibi en fazla ameliyatın yapıldığı sınıf konumunu, E sınıfı ameliyatlarda bir önceki yıla ait oransal ağırlığını ve sıralamasını korumuştur. D sınıfı ameliyatlar oransal ağırlık sıralamasını korumuş fakat branş içi toplam ameliyat içindeki ağırlık oranını arttırarak %26 oranına sahip olmuştur.

Özetle; Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümünde ağırlıklı olarak yapılan ameliyatların 2012 yılında E sınıfına, 2012 yılından sonraki tüm süreçte de C sınıfına ait olduğu görülmektedir. İkinci sırada da 2012 yılında C sınıfının, 2013-2015 yılları arasında B sınıfının, 2016 ve 2017 yıllarında ise E sınıfının bulunduğu tabloda yansıtılmıştır. Ameliyat yoğunluğu açısından üçüncü sırada, 2012 yılında B sınıfı bulunmaktadır. 2013-2015 yılları arasında E sınıfı, 2016-2017 yılları

arasında da D sınıfı ameliyatların bulunduğu kayıtlara geçmiştir. Dördüncü sırada ağırlıklı olarak A sınıfı bulunurken, beşinci sırada da D sınıfı bulunmaktadır. Toparlamak gerekirse, ağırlıklı olarak C sınıfı ameliyatlar birinci, B sınıfı ikinci, E sınıfı üçüncü, A sınıfı dördüncü, D sınıfı da beşinci sıradadır.

Tablo 20:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	53	62	60	61	64	91
B Sınıfı Ameliyat	586	556	483	409	445	645
C Sınıfı Ameliyat	1576	1663	1424	1423	1394	1481
D Sınıfı Ameliyat	711	4794	4201	0	82	22
E Sınıfı Ameliyat	379	735	563	0	0	0
D Sınıfı Günübirlik Ameliyat	0	0	1579	5913	2870	1770
E Sınıfı Günübirlik Ameliyat	0	71	233	1463	1698	1601
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	3305	7881	8543	9269	6553	5610

2012 yılı için Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Bölümünde en fazla ameliyatın yapıldığı sınıf %48 oranla C sınıfına aittir. İkinci sırada %22 oranla D sınıfı, üçüncü sırada %18 oranla B sınıfı, dördüncü sırada %11 oranla E sınıfı ve beşinci sırada %2 oranla A sınıfı gelmektedir. 2013 yılında D sınıfı ameliyatlarda %574 oranda artış, B sınıfında %5 oranda azalışın olması gerek oransal ağırlık gerekse oransal ağırlık sıralamasında değişiklik yaşanmasına neden olmuştur. D sınıfı ameliyatlar %61 oranla birinci sıraya yükselmiş, C sınıfı ameliyatlar %21 oranla ikinci sıraya gerilemiş, E sınıfı ameliyatlar %9 oranla üçüncü sıraya çıkmış, B sınıfı %7 oranla dördüncü sıraya düşmüş ve A sınıfı ile E sınıfı günübirlik ameliyatlar %1 oranla en az ameliyat yapılan sınıf olarak kayıtlara geçmiştir.

2014 yılında branş içi toplam ameliyat sayısında %8 oranında artış yaşanmış ancak bu artışın tamamı günübirlik ameliyatlardan kaynaklı olmuştur. Tablo detaylı incelendiğinde, yıllar arası artış, azalış oran hesaplaması yapıldığında; A sınıfında %3, B sınıfında %13, C sınıfında %14, D sınıfında %12, E sınıfında %23 oranında azalma olduğu görülmektedir. Yeni sıralamaya göre ameliyat sınıflarının ağırlık oranlarına göre sıralaması şu şekilde gelişmiştir; D sınıfı ameliyatlar %49 oranla

birinci, D sınıfı günübirlik ameliyatlar %18 oranla ikinci, C sınıfı ameliyatlar %17 oranla üçüncü, E sınıfı ameliyatlar %7 oranla dördüncü, E sınıfı günübirlik ameliyatlar %3 oranla beşinci, B sınıfı ameliyatlar %6 oranla altıncı ve son olarak A sınıfı ameliyatlar %1 oranla yedinci olacak şekilde gelişmiştir.

2015 yılına ait veriler 2014 yılı ile benzerlik göstermektedir. 2015 yılında da ameliyat oranlarında ağırlıklı artışı günübirlik ameliyatlara yönelik olmuş, diğer ameliyat sınıflarında azalış olmakla beraber D ve E sınıfı ameliyatlarda hiç ameliyat gerçekleşmemiştir. Yeni sıralamaya göre; D sınıfı günübirlik ameliyatlar %64 oranla en fazla ameliyat yapılan sınıf olmuştur. Ameliyat sınıflarının ağırlıklı oran sıralamasına göre, ikinci sırada %16 oranla E sınıfı günübirlik ameliyatlar, üçüncü sırada %15 oranla C sınıfı ameliyatlar, dördüncü sırada %4 oranla B sınıfı ameliyatlar, beşinci sırada ise %1 oranla A sınıfı ameliyatlar olmuştur.

2016 yılında toplam ameliyat oranında %29 azalma yaşanmış, ancak bu azalmanın temel nedeni D sınıfı günübirlik ameliyatlarda %51 oranındaki azalmaya bağlıdır. D sınıfı günübirlik ameliyatların ağırlıklı oranı %20 azalarak, 2016 yılında %44 olmuştur. E sınıfı günübirlik ameliyatlar ise %26 oranla geçen yıla göre toplam ameliyat içindeki payını %10 arttırmıştır. C sınıfı ameliyatlarda 2016 yılı için %2 azalma yaşanmıştır, ancak diğer ameliyat sınıflarının artış oranı çok az olduğu için toplam ameliyat içindeki payını %21'e yükseltmiştir. B, C ve D sınıfı ameliyatlarda artışın olmasıyla B sınıfı %7, A sınıfı ile D sınıfı %1 oranında ağırlığa sahip olmuştur. Benzer ağırlık oranı ve sıralaması 2017 yılı içinde geçerli olup en fazla ameliyat D sınıfı günübirlik ameliyatlarda, en az ameliyat ise D sınıfı ameliyatlarda gerçekleşmiştir.

Özetle; Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Bölümünde en fazla ameliyatın yapıldığı sınıf 2012 yılında C sınıfı, 2013-2014 yılları arasında D sınıfı, 2015-2017 yılları arasında D sınıfı günübirlik ameliyatlar gelmektedir. Ameliyat yoğunluğu sıralamasında ikinci sırada, 2012 yılında D sınıfı, 2013 yılında C sınıfı, 2014 yılında D sınıfı günübirlik, 2015 ve 2017 yılları arasında da E sınıfı günübirlik ameliyatlar gelmektedir. Üçüncü sırada; 2012 yılında B sınıfı, 2013 yılında E sınıfı, 2014-2017 arasında da C sınıfı gelmektedir. Dördüncü sıra 2012 yılında E sınıfı, 2013 yılında B sınıfı, 2014 yılında E sınıfı, 2015-2017 yılları arasında ise tekrar B sınıfı olmuştur. Beşinci sırada ise tüm yıllar hiç değişmeden A sınıfı gelmektedir. Genel

olarak ifade etmek gerekirse, yoğunluklu olarak ameliyatların D sınıfı gününbirlik ameliyatlarda yapıldığı görülmektedir.

Tablo 21:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları

Ortopedi ve Travmatoloji	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	154	85	79	69	53	70
B Sınıfı Ameliyat	1196	1077	1144	992	1018	1480
C Sınıfı Ameliyat	1160	955	714	866	830	1140
D Sınıfı Ameliyat	3075	5371	5029	4502	4687	3256
E Sınıfı Ameliyat	2199	12561	16992	4247	4840	2819
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	18684	20049	23958	10676	11428	8765

Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü için 2012 yılında en fazla ameliyat uygulaması yapılan sınıf %40 oranla D sınıfı ameliyatlardır. D sınıfı ameliyatları sırasıyla; %28 oranla E sınıfı ameliyatlar, %15 oranla B ve C sınıfı ameliyatlar, %2 oranla A sınıfı ameliyatlar takip etmiştir. 2013 yılında A, B ve C sınıfı ameliyatların oranlarında düşüş yaşanması ve D ile E sınıfı ameliyatlarda yüksek oranda ameliyat artışı meydana gelmesi, 2012 yılına ait ağırlıklı ameliyat oranı sıralamasının bozulmasına neden olmuştur. 2013 yılında en fazla artış %471 oranla E sınıfında, en fazla azalış da %92 oranla C sınıfı ameliyatlarda gerçekleşmiştir. Yeni sıralamaya göre; E sınıfı ameliyatlar %63 oranla en fazla ameliyat uygulaması yapılan sınıf olmuştur. Ardından %27 oranla D sınıfı ameliyatlar, %5 oranla B ve C sınıfı ameliyatlar gelmiştir. A sınıfı ameliyatlar 85 adet gerçekleştiği için ağırlık oran hesaplaması %0 çıkmış ve en az ameliyat yapılan sınıf olarak kayıtlara geçmiştir.

2014 yılında A, C ve D sınıfı ameliyatlarda düşüş, B ve E sınıfı ameliyatlarda ise artış yaşanmıştır. Bu nedenle E sınıfı ameliyatların ağırlıklı artış oranı %71'e çıkmıştır. D sınıfı ameliyatlar %21 oranında ağırlık oranlarını düşürmüş ancak ikinci sırasını korumuştur. B sınıfı ameliyatlar gerek oransal olarak gerekse sıralama olarak değerini korumuş ve %5 ağırlık oranıyla üçüncü sırada kalmıştır. C sınıfı ameliyatlar ağırlık oranını %3'e düşürmüş ve dördüncü sıraya gerilemiştir. A sınıfı ameliyatların ise sayısı 79'a gerilemiştir.

2015 yılında C sınıfı ameliyatlarda dışında kalan tüm sınıflarda ameliyat düşüşü yaşanmıştır. En fazla düşüş %75 oranla E sınıfında, en az düşüş ise %10 oranla D sınıfında gerçekleşmiştir. E sınıfı ameliyatlardaki büyük oranlı düşüşe ek olarak, diğer ameliyat sınıflarında da düşüş gerçekleşmesi branş içi toplam ameliyat oranında %55 azalma olmasına sebep olmuştur. Yeni sıralamaya göre toplam ameliyat içindeki payını %42'ye yükselten D sınıfı, branş içi toplam ameliyat içinde en fazla ameliyat oranına sahip olarak kayıtlara geçmiştir. E sınıfı ise oransal olarak %40'a gerilemiş ve ikinci sıraya düşmüştür. B sınıfı ameliyatlarda oransal ağırlığını %9'a, C sınıfı ameliyatlarda %8'e, A sınıfı ameliyatlarda %1'e çıkarmış ancak oransal ağırlık sıralamasını korumuştur.

2016 yılında A ve C sınıfı ameliyatlarda dışında kalan tüm sınıflarda artış olmuştur. E sınıfındaki artış oranının D sınıfındaki artış oranından fazla olmasıyla E sınıfı ameliyatlarda toplam ameliyat içindeki ağırlık oranının artması ve en fazla ameliyat yapılan sınıf konumuna geri dönmeye neden olmuştur. Yeni sıralamaya göre; E sınıfı ameliyatlarda %42, D sınıfı ameliyatlarda %41, B sınıfı ameliyatlarda %9 ve C sınıfı ameliyatlarda %7 orana sahip olmuştur. A sınıfı ameliyat türü ise yalnızca 53 kişiye uygulanmış en az ameliyat yapılan sınıf konumunu 2016 yılında da korumuştur.

2017 yılında D ve E sınıfında %30'un üzerinde azalış, A, B ve C sınıfında da %30'un üzerinde artış yaşanmasıyla beraber tüm sınıflarda ameliyat ağırlık oranlarında değişim yaşanmıştır. Böylelikle; D sınıfı ameliyatlarda %37 oranla birinci sıraya çıkmış, E sınıfı ameliyatlarda %32 oranla ikinci sıraya gerilemiş, B sınıfı ameliyatlarda %17, C sınıfı ameliyatlarda %13 ve A sınıfı ameliyatlarda %1 oranla eski sıralamasını korumuştur.

Özetle; Ortopedi ve Travmatoloji Bölümünde en fazla ameliyatın uygulandığı sınıf 2012 yılında C sınıfına, 2013, 2014 ve 2016 yıllarında E sınıfına, 2015 ve 2017 yıllarında ise D sınıfına ait olduğu görülmektedir. İkinci sırada ise 2012, 2013, 2014, 2016 yıllarında D sınıfı, 2015 ve 2017 yıllarında da E sınıfı yer almıştır. Üçüncü sırada, 2012 yılı için E sınıfı, sonraki yıllarda ise B sınıfı; dördüncü sırada, 2012 yılında B sınıfı, sonraki beş yılda ise C sınıfı dördüncü sıranın sahibi olmuştur. Beşinci sırada ise tüm yıllar için A sınıfı yer almaktadır. Toparlamak gerekirse, altı yıl genelinde E sınıfı ameliyatlarda yoğunluk bakımından birinci sırada yer alırken, A sınıfı ameliyatlarda sonra sırada yer almaktadır.

Tablo 22:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	31	41	27	43	49	37
B Sınıfı Ameliyat	417	451	504	451	413	1140
C Sınıfı Ameliyat	2025	2355	3006	2188	3802	2923
D Sınıfı Ameliyat	1795	1792	1417	0	0	0
E Sınıfı Ameliyat	936	1403	1726	0	0	0
D Sınıfı Günübirlik Ameliyat	0	0	1075	3844	4255	3246
E Sınıfı Günübirlik Ameliyat	0	0	763	1631	2103	1807
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	5204	6042	8518	8157	10622	9153

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümünde 2012 yılında en fazla ameliyat yapılan sınıf %39 oranla C sınıfı olmuştur. Ardından %34 oranla D sınıfı, %18 oranla E sınıfı, %8 oranla B sınıfı ve %1 oranla A sınıfı gelmektedir. 2013 yılında D sınıfı ameliyatlar dışında tüm ameliyat sınıflarında artış gözlemlenmiş, En fazla artışın %50 oranla E sınıfında, en az artışın ise %8 oranla B sınıfında olduğu kaydedilmiştir. Yeni oransal dağılıma göre; C sınıfı %39, D sınıfı %30, E sınıfı %23, B sınıfı %7 ve A sınıfı %1 verileriyle geçen yıl ile aynı sıralamalarını korumuşlardır.

2014 yılında toplam ameliyat artışı 2013 yılına kıyasla %41 oranında gerçekleşmiştir. Ayrıca ilk kez günübirlik ameliyatlar uygulanmaya başlanmış ve ameliyat sınıflarının toplam ameliyat içindeki dağılımını etkileyecek şekilde yoğunluk göstermiştir. Yeni oransal sıralamaya göre; C sınıfı %35 oranla ilk sırasını, E sınıfı %20 oranla ikinci sırasını, D sınıfı %17 oranla üçüncü sırasını korumuş, D sınıfı günübirlik ameliyatlar %13 oranla dördüncü sıraya, E sınıfı günübirlik ameliyatlar %9 oranla beşinci sıraya yükselmiş, B sınıfı %6 oranla altıncı sıraya gerilemiş ve A sınıfında yapılan ameliyat sayısı 27'ye düşmüştür.

2015 yılında ise D ve E sınıfında gerçekleştirilen tüm ameliyatlar günübirlik ameliyatlara kaymış ve hiç ameliyat gerçekleşmemiştir. Ayrıca B ve C sınıfı ameliyatlarda da önemli oranda ameliyat düşüşleri gözlemlenmiştir. Bu durumlar toplam ameliyat sayısının %4 düşmesine neden olmuştur. Yaşanan bu değişimler gerek oransal ağırlıkların gerekse oransal ağırlık sıralamasının değişmesine neden

olmuştur. D sınıfı günübirlik ameliyatlar %47 oranla birinci sıraya yükselmiş, C sınıfı ameliyatlar %27 oranla ikinci sıraya düşmüş, E sınıfı günübirlik ameliyatlar %20 oranla üçüncü sıraya yükselmiş, B sınıfı ameliyatlar %6 oranla dördüncü sıraya gerilemiş ve A sınıfı ameliyatlar %1 oranla en az ameliyat gerçekleştirilen sınıf olarak yerini korumuştur ayrıca bu sıralama 2016 ve 2017 yıllarında da geçerli olmuştur.

Özetle, 2015 yılına kadar en fazla ameliyat yapılan sınıf C sınıfı ameliyatlar olurken, 2015 yılı ve sonraki yıllarda D sınıfı günübirlik ameliyatlar yer almıştır. İkinci sırada 2015 yılına kadar D sınıfı ameliyatlar yer alırken, 2015 yılı ve sonraki yıllarda C sınıfı yer almıştır. Üçüncü sırada 2015 yılına kadar E sınıfı bulunmaktayken, 2015 yılı ve sonraki yıllarda E sınıfı günübirlik ameliyatlar yer almıştır. Dördüncü sırada 2012-2013 yılları arasında B sınıfı, 2014 yılında D sınıfı günübirlik ameliyatlar, 2015 yılı ve sonraki yıllarda ise tekrar B sınıfı ameliyatlar olmuştur. Son sırada ise tüm yıllar için en az ameliyat oranına sahip olan A sınıfı gelmektedir.

Tablo 23:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Bölümü 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları

Üroloji	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	192	203	202	197	181	180
B Sınıfı Ameliyat	551	632	721	731	603	1813
C Sınıfı Ameliyat	342	395	405	482	451	990
D Sınıfı Ameliyat	1201	1583	1631	1428	1237	1554
E Sınıfı Ameliyat	126	493	603	411	548	1148
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	2412	3306	3562	3249	3020	5685

Üroloji Bölümü için 2012 yılında en fazla ameliyatın yapıldığı sınıf %50 oranla D sınıfıdır. İkinci sırada %23 oranla B sınıfı, üçüncü sırada %14 oranla C sınıfı, dördüncü sırada %8 oranla A sınıfı, beşinci sırada ise %5 oranla E sınıfı ameliyatlar yer almaktadır. 2013 yılında ameliyat oranlarındaki %37 oran artışı ile ameliyat sınıflarının tamamında artış yaşanmış ancak en fazla artış %291 oranla E sınıfında gerçekleşmiştir. Yeni sıralamaya göre; D sınıfı %48, B sınıfı da %19 oranla önceki yıla ait oransal ağırlık payını düşürmüştür ancak sıralamadaki yerini

kaybetmemiştir. E sınıfı toplam ameliyat içindeki payını %15 oranına yükseltmiş böylelikle sonuncu olan sıralamasını üçüncü sıraya çıkarmıştır. C sınıfı %12 ve A sınıfı %6 oranla gerek ağırlık oranını gerekse ağırlık oranı sıralamasını düşürmüş ve dördüncü sırada yer almıştır. Benzer oransal ağırlık oranı ve aynı oransal sıralama 2014 yılında gerçekleşmiştir.

2015 yılında B ve C sınıfı ameliyatlarda artış yaşanırken, A, D ve E sınıfındaki ameliyatlarda azalma meydana gelmiştir. En fazla düşüş, %32 oranla E sınıfı ameliyatlarda, en az düşüş de %2 oranla A sınıfı ameliyatlarda yaşanmış, sınıflar arası artış azalış dengesi yerinde olmadığından toplam ameliyatlarda da %9 azalma olmuştur. Yeni sıralamaya göre; D sınıfı %44 oranla oransal ağırlığını düşürmüş ancak ağırlık sıralamasını korumuştur, B sınıfı %22 oranla oransal ağırlığını arttırmış, oransal ağırlık sıralamasını korumuştur. C sınıfı %15 oranla gerek oransal ağırlık oranını gerekse ağırlık sıralamasını arttırmış ve üçüncü sıraya yükselmiştir. E sınıfı %13 oranla dördüncü sıraya düşmüş ve A sınıfı %6 oranla en az işlem yapılan sınıf olarak yerinde kalmıştır.

2016 yılında E sınıfı ameliyatlarda %33 oranında artış yaşanırken diğer sınıflardaki ameliyat oranlarında azalma görülmektedir. En fazla düşüş %18 oranla B sınıfı ameliyatlarda, en az düşüş ise %6 oranla C sınıfı ameliyatlarda yaşanmıştır. 2016 yılına ait ameliyat sınıflarının branş içi toplam ameliyat sayısı içindeki ağırlık oranı şu şekilde gerçekleşmiştir; D sınıfı %41, B sınıfı %20, C sınıfı %15, E sınıfı %18 ve A sınıfı %6.

2017 yılında A sınıfı ameliyatlardan dışarıda kalan diğer tüm sınıfların ameliyat oranlarında büyük bir artış yaşandığı, hatta önceki yıla göre toplam ameliyat sayısında %88 artış olduğu görülmektedir. Artış oranının bu denli yüksek olmasındaki neden şüphesiz B sınıfının %201, C sınıfının %120 ve E sınıfının %109 oranında artmasıdır. Yeni oransal sıralamaya göre; B sınıfında yaşanan büyük artış sebebiyle branş içi toplam ameliyat sayısı %32 oranına çıkmış ve en fazla ameliyat yapılan sınıf olarak kayıtlara geçmiştir. D sınıfı her ne kadar bir önceki yıla kıyasla %20 artış gerçekleştirmiş olsa da önceki yıllarda listenin en başında olmasından kaynaklı branş içi toplam ameliyat sayısındaki ağırlık oranını %27'de tutmuş ve listenin ikinci sırasında yerini almıştır. E sınıfı %20 oranla üçüncü sıradaki yerini, C sınıfı %17 oranla dördüncü sıradaki yerini ve A sınıfı %3 oranla beşinci sıradaki yerini korumuştur.

Özetle; Tüm yılların ortalamasına bakıldığında Üroloji Bölümünde ağırlıklı olarak en fazla ameliyatın yapıldığı sınıf D sınıfı, ikinci sırada B sınıfı, üçüncü sırada E sınıfı, dördüncü sırada C sınıfı ve beşinci sırada A sınıfı gelmiştir.

Gerçekleştirilen ameliyat oranları detaylı bir şekilde incelendikten sonra sırada görüntüleme tekniklerine ait verilere verilecektir.

Tablo 24:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Bilgisayarlı Tomografi (BT) Çekimleri Sayısı

Tetkik Yapılan Cihaz	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BT Çekim Sayısı	59.542	61.032	67.899	75.019	80.504	79.328
BT Cihaz Sayısı	4	5	4	4	4	4

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012 yılın BT Çekim sayısı, 2012 yılı toplam muayene sayısına bölünürse oransal olarak, toplam muayeneye gelen hastaların %4'üne BT çekimi uygulandığı görülmektedir. 2013 yılında da çekim oranının %3 artması ile toplam muayeneye gelen hasta sayının %3'üne BT görüntüleme tekniği uygulandığı ortaya çıkmıştır. 2014 yılında toplam muayene oranında %2 azalma yaşanmış, BT Çekim sayısında ise %11 artış olmuştur. Oransal olarak çekim oranının toplam muayeneye olan oranına bakıldığında, toplam muayeneye gelen hastaların %4'üne BT uygulaması yapıldığı görülmektedir. 2015 yılında toplam muayene oranının %3 artması, BT çekim sayısının %10 artış göstermesine karşın, muayeneye gelen toplam sayının %4'üne BT uygulaması yapıldığı görülmektedir. Bu durumun 2016 yılında BT çekim sayısının %7 artmasına ve 2017 yılında da %1 azalmasına rağmen sabit oranda kaldığı yapılan hesaplama sonucunda ortaya çıkmıştır. 2012 yılı ile 2017 yılı verileri karşılaştırıldığında, 2017 yılında %33 oranında artış olduğu da görülmektedir.

Tablo 25:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Manyetik Rezonans (MR) Çekimleri Sayısı

Tetkik Yapılan Cihaz	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
MR Çekim Sayısı	41115	39825	38384	53311	58229	66174
MR Cihaz Sayısı	2	2	2	2	2	2

2012 yılı için MR çekim sayısı toplam muayene sayısına bölünürse, yıl içi muayeneye gelen hastaların %3'üne MR çekimi uygulandığı görülmektedir. 2013 yılında MR çekimi %3, 2014 yılında ise %4 azalış göstermiştir. Bu azalış oranlarına karşın toplam muayeneye gelen hastaların %2'sine MR çekim işlemi uygulandığı görülmektedir. 2015 yılında MR çekiminde %39 oranda yaşanan artış karşısında, toplam muayene gelen hastaların %3'üne MR çekimi yapıldığı görülmektedir. Ayrıca 2016 yılında MR çekim oranında %9, 2017 yılında da %19 artış yaşanmış bu artışlar karşısında toplam muayeneye gelen hastaların %3'üne sabit bir şekilde MR çekimi uygulanmıştır. 2017 yılı ile 2012 yılı karşılaştırıldığında beş yıl içinde MR çekim sayılarında %61 artışın olduğu görülmektedir.

Tablo 26: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012-2017 Yılları Arası Uygulanan Toplam Koroner Anjiyografi İşlemi

Tetkik Yapılan Cihaz	Yıllar					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Toplam Koroner Anjiyografi İşlemi	722	1756	1995	2839	2240	2479

Koroner Anjiyografi işlemine ait 2012 yılında 722 adet uygulama yapıldığı, bu uygulamaların ise Kalp ve Damar Cerrahisi bölümüne gelen hastaların %6'sına denk geldiği hesaplama sonucunda ortaya çıkmıştır. 2013 yılında anjiyo işleminde %143 oranında artış yaşanmış ve Kalp ve Damar Cerrahisi bölümüne gelen hastaların %14'ünün anjiyo işlemine maruz kaldığı görülmüştür. 2014 yılında anjiyo işleminde geçen yıllara oranla %14 artış olmuştur. Bu artışla beraber gelen hastaların %15'ine anjiyo işlemi uygulanmıştır. 2015 yılında ise anjiyo işlem sayısında %42 artış, 2016 yılında %21 azalış, 2017 yılında ise %11 artış yaşanmıştır. Bu artış ve azalış durumu karşısında Kalp ve Damar Cerrahisi bölümüne gelen hastaların sırasıyla; %23'üne, %17'sine ve %20'sine anjiyo işlemi

uygulandığı ortaya çıkmıştır. 2017 yılında 2012 yılına göre koroner anjiyografi işlemlerinde %243 oranında artış olduğu görülmektedir.

3.2.5.2. Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2008-2017)

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinden tam yedi yıl sonra 1964 tarihinde Sağlık Bakanlığına bağlı bir hastane olarak kurulmuştur. 1994 tarihinde 3359 Sayılı *Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik* ile 1995 tarihinde sağlık işletmesine dönüştürülmüştür. Sağlık işletmeleri birtakım ilkeler göz önünde bulundurularak yönetmelik tarafından oluşturulan organlarca yönetilirler. Sağlık işletmeleri tipik işletme mantığı ile yönetim ve yürütümünü gerçekleştirmektedir. Sağlık işletmelerinin amacı devlet sağlık alanındaki payının giderek azaltılmasını sağlamak amacıyla kurulan bir sistem mantığına dayanmaktadır (Kablay, 2002, s. 38-41).

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ihtisas hastanesi özelliğine sahip olup, branş alanında kısıtlı ancak var olan branşlarda uzmanlaşma yolunda ilerleyen, üçüncü basamak bir hastanedir. Ulaşım konusunda merkezi bir bölgede olan hastanenin yakınından bütün ulaşım araçları geçebilmekte, bundan kaynaklı Ankara için ulaşımı en rahat hastanelerden birisi olarak yıllarca faaliyetini yürütmüştür. Ancak hastanenin tüm tıbbi hizmetleri 11.02.2019 tarihinden itibaren ulaşım konusunda biraz daha problemlili olan Ankara Bilkent Şehir Hastanesine taşınması gerçekleşmiştir. Hastanenin taşınmasından kaynaklı gerek tarihçesi hakkında gerekse hastanenin faaliyette bulunduğu döneme ait fiili yatak kapasitesi, detaylı branş sayısı ile klinik sayısı hakkında bilgi verilememektedir.

Hastaneye ait veriler incelenirken bazı istatistiksel veriler genişletilmek istenmiş ancak hastanenin taşınma sürecine girmesi ile veri paylaşımı gibi işlemlerin durması ve ilgili kişilere ulaşılamamasından kaynaklı en son elde edilen veriler ile tezin bu bölümü oluşturulmuştur.

Tablo 27:Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yıllara Göre Ayaktan Muayene Kişi Sayısı (2008-2017)

	Yıllar				
	2008	2009	2010	2011	2012
Toplam Muayene Sayısı	172246	236103	236880	274814	293016
	Yıllar				
	2013	2014	2015	2016	2017
Toplam Muayene Sayısı	339230	391449	371675	411775	431276

2008-2017 yılları arası ayaktan muayene kişi sayısına bakıldığında, 2015 yılı dışında kalan tüm yıllar için sürekli bir artış yaşandığı görülmektedir. Artışın en fazla yaşandığı yıl ise %37 oranı ile 2009 yılı olduğu görülmektedir. Bunun dışında sırası ile yıllara göre artış, azalış oranı şu şekilde hesaplanmıştır; 2010 yılı bir önceki yıla göre %0 oranı ile sabit kalmıştır, 2011 yılı ise bir önceki yıla göre %16 oranında artış göstermiştir, 2012 yılının bir önceki yıla göre artış oranı ise %7 olarak hesaplanmıştır, 2013 yılının ise bir önceki yıla göre artış oranı %16 olurken, 2014 yılında bu oran %15 olarak hesaplanmıştır, 2015 yılında bir önceki yıla göre ayaktan muayene kişi sayısında yaşanan azalma oranı %5'dir, 2016 yılında ise tekrar artış eğilimine geçilmiş ve %11 oranında artış yaşanmıştır, 2017 yılında da bu artış süreci devam etmiş ve %5 oranında artış gerçekleşmiştir.

Hastane bünyesine yapılan muayenelerin polikliniklere göre dağılımı incelendiğinde en fazla muayene yapılan yedi poliklinik aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 28:Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2017 Yılları Arası En Fazla Poliklinik Muayene Yapılan Poliklinikler

Poliklinikler	Yıllar				
	2008	2009	2010	2011	2012
Kardiyoloji	47703	67493	66579	74368	79938
Gastroenteroloji	25107	38571	28243	43136	45482
Kalp ve Damar Cerrahisi	24190	31015	28654	33918	40727
Üroloji	8576	16857	15427	18328	21624
Gastroenteroloji Cerrahisi	7107	11550	10967	13734	16217
Çocuk Kardiyolojisi	6929	7815	7891	9018	9444
Göğüs Hastalıkları	4488	4362	5317	11599	13913
Poliklinikler	Yıllar				
	2013	2014	2015	2016	2017
Kardiyoloji	91974	111203	106846	133292	134413
Gastroenteroloji	57832	57145	51861	133292	20406
Kalp ve Damar Cerrahisi	42729	44493	38706	39694	43741
Üroloji	25430	30211	29731	32146	35260
Gastroenteroloji Cerrahisi	17297	18269	18050	19149	20406
Çocuk Kardiyolojisi	10231	12372	10163	10487	11760
Göğüs Hastalıkları	17013	23387	28334	31582	31456

Yıllara göre en fazla muayene yapılan polikliniklerin başında, Kardiyoloji Polikliniği gelmektedir. Bunun ardından Gastroenteroloji, Kalp ve Damar Cerrahisi ile Üroloji bölümleri gelmektedir. 2008-2017 yılları arası incelendiğinde ilk dört sıranın tüm yıllar için aynı kaldığı görülmektedir.

Yapılan poliklinik muayene oranı analizinin ardından ameliyat oranlarını incelemek hastanenin yoğunluğu hakkında bilgi verecektir. Bu amaçla Tablo 28’de 2008-2017 yılları arası uygulanan ameliyat sayılarına yer verilecektir.

Tablo 29:Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayıları (Ameliyat Sınıflarına Göre)

Ameliyat Türleri	Yıllar				
	2008	2009	2010	2011	2012
A Sınıfı Ameliyat	3035	4228	3988	4243	3870
B Sınıfı Ameliyat	2303	3054	3094	3416	3271
C Sınıfı Ameliyat	1228	1648	1727	1875	1663
D Sınıfı Ameliyat	975	1613	1553	1264	1025
E Sınıfı Ameliyat	134	667	3015	2222	1183
Toplam Ameliyat Sayısı	7675	11210	13378	13020	11012
Ameliyat Türleri	Yıllar				
	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	3511	3265	2982	3115	3080
B Sınıfı Ameliyat	3443	3240	2801	2910	3128
C Sınıfı Ameliyat	1894	1684	1987	1906	1486
D Sınıfı Ameliyat	1054	1096	649	637	1171
E Sınıfı Ameliyat	3347	5897	5330	4327	4390
Toplam Ameliyat Sayısı	13249	15182	13752	12895	13255

Yıllar itibariyle tüm ameliyat sınıfları incelendiğinde sadece tüm sınıflarda artışın yaşandığı yıl 2009, tüm sınıflarda azalışın yaşandığı yıl ise 2012 olarak görülmektedir.

A sınıfı ameliyatlar, on yıllık veriler incelendiğinde 2009, 2011 ve 2016 yılları dışında genel olarak azalış eğilimi içindedir. Yıllar içinde en fazla azalış oranı %9 olarak hesaplanırken en fazla artış oranı %39 olarak hesaplanmıştır. Toplam on yıllık artış azalış oranlarının ortalaması alındığında A sınıfı ameliyat oranında %1 artış yaşandığı gözlemlenmektedir.

B sınıfı ameliyatlar, tüm sınıflar içinde en fazla artış eğilimi içinde olan ameliyat sınıfıdır. Diğer ameliyat sınıfları yıllar içinde artış ve azalış dalgalanmasını yoğun yaşarken, B sınıfı ameliyatlarda 2012, 2014 ve 2015 yılları dışında kalan diğer yıllarda sürekli bir artış yaşandığı görülmektedir. On yıllık veriler incelendiğinde en fazla artışın %33 oranıyla 2009 yılında yaşandığı, en fazla azalışın ise %14 oranıyla 2015 yılında yaşandığı görülmektedir. Tüm yıllar içindeki artış oranı ise %4 olarak hesaplanmıştır.

C sınıfı ameliyatlarda da tıpkı diğer ameliyat sınıflarında olduğu gibi artış azalış oranında dalgalanmalar yaşanmaktadır. En fazla azalışın yaşandığı yıl %22 oranla 2017 yılında yaşanırken en fazla artışın yaşandığı yıl %34 oranla 2009 yılında gerçekleşmiştir. %22 oranında bir azalış yaşanmasına rağmen on yıllık verilerin ortalaması alındığında yıllık ortalama %3 dolaylarında artış yaşanmıştır.

D sınıfı ameliyat oranlarına bakıldığında ilginç bir tablo ile karşılaşılmaktadır. On yıllık verilerin toplam beş yılında azalış yaşanmış buna karşın artış oranları da yüksek düzeyde gerçekleşmiştir. D sınıfı ameliyatların en fazla artış yaşandığı yıl %84 oranıyla 2017, en fazla azalış yaşandığı yıl ise %41 oranıyla 2015 yılı olmuştur. On yıllık artış, azalış oranları ortalaması alındığında ortalama artış oranı %8 olarak bulunmaktadır.

E sınıfı ameliyatlara ait verilere bakıldığında ameliyat oranlarında dört yıl azalış eğilimi görülmesine karşın, on yıllık verilerin artış ortalaması %101 olarak hesaplanmaktadır. Bunun nedeni artış oranlarının azalış oranlarından yüksek olmasıdır. Örneğin en fazla artışın yaşandığı yıl %398 oran ile 2009 yılı olmuşken, en fazla azalışın yaşandığı yıl %47 oranla 2012 yılı olarak hesaplanmaktadır. En fazla artış oranı, en fazla azalış oranının 8,5 katı olması yıllık ortalama artış oranının %101 olması durumunu çok net bir şekilde açıklamaktadır. Bunun dışında genel olarak tüm oranları vermek gerekirse; 2009 yılı 2008 yılından %398 oranında daha fazla ameliyat edilmiş, 2010 yılında ise 2009 yılından %352 daha fazla ameliyat yapılmış ancak 2011 yılında ameliyat oranlarında %26 oranında azalış yaşanmış ve bu azalış bir sonraki yılda devam etmiştir. 2012 yılında %47 oranında azalış yaşanan ameliyatlarda 2013 yılında %183 oranında ve bir sonraki yıl ise %76 oranında artış yaşanmıştır. 2015 ve 2016 yıllarında ise sırasıyla %10 ve %19 oranında azalış yaşanmasına karşın 2017 yılında %1 artış olduğu görülmektedir.

Toplam ameliyat sayılarında 2011, 2012, 2015 ve 2016 yıllarında azalış yaşanırken geri kalan diğer yıllar için ameliyat oranlarında artış olmuştur. Artışın en fazla yaşandığı yıl %46 oranla 2009 yılı olurken azalışın en fazla olduğu yıl %15 oranla 2012 yılı olmuştur. Artış, azalış oranlarının yıllar içindeki ortalaması ise %8 olarak hesaplanmıştır. Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi bir ihtisas hastanesi olmasından kaynaklı daha çok A ve B sınıfı gibi ameliyat türlerine yoğunlaşması gerekiyorken E sınıfı ameliyatlarda da yoğun olarak artışın meydana gelmesi dikkat çekici bir nokta olarak görülmektedir.

Ameliyat sınıflarının yıllar içindeki seyrine bakmak, yıllara göre artış azalış oranını görmek açısından önem taşımaktaydı ancak birde her yıl için tüm ameliyat sınıflarının toplam ameliyat içindeki oranına bakmak ameliyat sınıfları içinde yaşanan dönüşümün açıklanması konusunda büyük bir öneme sahiptir. Bu amaçla Tablo 30’da bu konuya yönelik detaylı bilgiler verilecektir.

Tablo 30:Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2017 Yılları Arası Uygulanan Ameliyat Sayılarının Sınıflara Göre Dağılım Yüzdesi

Ameliyat Türleri	Yıllar				
	2008	2009	2010	2011	2012
A Sınıfı Ameliyat	%40	%38	%30	%33	%35
B Sınıfı Ameliyat	%30	%27	%23	%26	%30
C Sınıfı Ameliyat	%16	%15	%13	%14	%15
D Sınıfı Ameliyat	%13	%14	%12	%10	%9
E Sınıfı Ameliyat	%2	%6	%23	%17	%11
Toplam Ameliyat Sayısı	%100	%100	%100	%100	%100
Ameliyat Türleri	Yıllar				
	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	%27	%22	%22	%24	%23
B Sınıfı Ameliyat	%26	%21	%20	%23	%24
C Sınıfı Ameliyat	%14	%11	%14	%15	%11
D Sınıfı Ameliyat	%8	%7	%5	%5	%9
E Sınıfı Ameliyat	%25	%39	%39	%34	%33
Toplam Ameliyat Sayısı	%100	%100	%100	%100	%100

2008 yılında toplam ameliyat içinde en fazla ameliyat yapılan sınıf, %40’lık pay ile A sınıfı olarak görülmektedir. Daha sonra sırasıyla B, C, D ve E sınıflarının ameliyat ağırlık oranları sıralanmış ve en az ameliyatın yapıldığı sınıf %2’lik pay ile E sınıfı olarak kayıtlara geçmiştir. 2009 yılında da benzer bir tablo vardır. Ameliyat ağırlık oranları 2008 yılında olduğu gibi yine sırasıyla A, B, C, D ve E sınıfı olarak sıralanmış; en fazla ameliyatın yapıldığı sınıf %38’lik pay ile A sınıfı, en az ameliyatın yapıldığı sınıf ise %6’lık pay ile E sınıfında gerçekleşmiştir.

2010 yılından itibaren, 2008 yılı ve 2009 yılındaki ameliyat dağılım oranında değişiklikler yaşanmıştır. Bu değişikliğe göre en fazla ameliyatın yapıldığı sınıf %30’luk pay ile A sınıfı olurken, ikinci sırada %23’lük pay ile B ve E sınıfları yer almaktadır. E sınıfı ameliyatların bir önceki yıl uygulanan ameliyatların tam 4,5

kat artmış olması ameliyat dağılım oranının değişmesini kaçınılmaz kılmıştır. Bu değişime karşın B ve D sınıfı ameliyatların dağılım oranının geçen yıllar ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.

2011 yılında ameliyatlar arası dağılım oranı yine bir değişime uğramış ve E sınıfı ameliyatların toplam ameliyat içindeki dağılım yüzdesi %11 olarak sıralamada üçüncü sraya gelmiştir. Bunun dışında A sınıfı %33'lük pay ile birinci, B sınıfı %26'luk pay ile ikinci, C sınıfı %14'lük pay ile dördüncü ve D sınıfı %10'luk pay ile beşinci sırada yer almıştır. C ve D sınıfının bir önceki yılda olduğu gibi sıralamalarının değişmediği görülmektedir.

2012 yılının ameliyat dağılım oranları sıralaması 2011 yılına göre C sınıfının, E sınıfından daha fazla pay içinde yer alması ile değişmiştir. 2012 yılına ait sıralama oransal payları ile şu şekildedir; A sınıfı ameliyatlar %35'lik pay ile birinci, B sınıfı ameliyatlar %30'luk pay ile ikinci, C sınıfı ameliyatlar %15'lik pay ile üçüncü, E sınıfı ameliyatlar %11'lik pay ile dördüncü ve D sınıfı ameliyatlar %9'luk pay ile beşinci sırada yer almıştır.

2013 yılının ameliyat oranlarının yüzdesel pay içindeki dağılım sıralaması 2011 yılı ile benzerlik göstermektedir. A sınıfı ameliyat türleri %27'lik pay ile birinci sırada, B sınıfı ameliyat türleri %26'luk payla ikinci sırada, E sınıfı ameliyat türleri %25'lik payla üçüncü sırada, C sınıfı ameliyat türleri %14'lük pay ile dördüncü sırada, D sınıfı ameliyat türleri ise %8'lik payla beşinci sırada yer almaktadır. Verilere göre ilk üç de yer alan sınıfların oransal olarak değerleri ilk kez birbirine bu kadar yakın seviyelere gelmiş, birbirleri ile aralarında %1'lik fark olduğu gözlemlenmiştir.

2014 yılı, ameliyat türleri sıralamasının büyük bir değişime uğradığı yıldır. 2014 yılına göre ilk sıranın %39 oran ile E sınıfına ait olduğu görülmektedir. E sınıfı ameliyat türlerinin ilk kez birinci sraya çıktığı ve geçen tüm yıllarda ilk sırada yer alan A sınıfı ameliyatları geride bıraktığı tabloda verilmiştir. E sınıfının ardından, ikinci sırada %22'lik pay ile A sınıfı ameliyatlar, üçüncü sırada %21'lik pay ile B sınıfı ameliyatlar, dördüncü sırada %11'lik pay ile C sınıfı ameliyatlar ve son olarak beşinci sırada ise %7'lik pay ile D sınıfı ameliyatlar yer almıştır. Bu sıralama geri kalan üç yıl içinde aynı şekilde devam etmiş, E sınıfı ameliyatlar yüzdelik pay diliminde her zaman ilk sırada yerini almıştır. Ancak 2017 yılına

gelindiğinde A sınıfı ameliyatlarda düşüş yaşandığı ve sıralamanın şu şekilde değiştiği görülmektedir; E sınıfı ameliyatlar %33'lük pay ile birinci sırada, B sınıfı ameliyatlar %24'lük pay ile ikinci sırada, A sınıfı ameliyatlar %23'lük pay ile üçüncü sırada, C sınıfı ameliyatlar %11'lik pay ile dördüncü sırada ve son olarak D sınıfı ameliyatlar %9'luk pay ile beşinci sırada yer almaktadır.

Genel olarak tabloyu yorumlamak gerekirse E sınıfı ameliyatlara yönelik yoğunlaşma 2010 yılından itibaren başlamış ve 2014 yılından itibaren ameliyat sınıfları içinde en fazla ameliyatın yapıldığı sınıf olarak belirlenmiştir. A sınıfı ameliyatlar, 2014 yılına kadar sürekli en fazla ameliyat yapılan tür olarak kaydedilirken, 2014 yılından 2017 yılına kadar ikinci sırada, 2017 yılında ise üçüncü sıraya gerilemiştir. B sınıfı ameliyatlar tüm yıllar için istikrarlı bir şekilde listenin ikinci sırasında yer almış, C sınıfı ameliyatlar 2008, 2009 ve 2010 yıllarında üçüncü sırada, 2011 yılında dördüncü sırada, 2012 yılında üçüncü sırada, 2013 yılı ve sonraki yıllarda ise tekrar dördüncü sıraya gerilemiştir. D sınıfı ameliyatlar ise 2010 yılına kadar dördüncü sırada yer alırken, 2010 yılından itibaren sürekli olarak sıralamanın sonunda kalmış ve beşinci olmuştur.

Ameliyatların detaylı analizinin yapılmasının ardından ilerleyen tablolarda yapılan ameliyatların branşlara göre dağılımına bakmak yerinde olacaktır. Aşağıdaki tabloda Gastroenteroloji Cerrahisi bölümüne ait yapılan ameliyat işlemlerine yer verilecektir.

Tablo 31:Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Bölümü 2008-2017 Yılları Uygulanan Ameliyat Sayıları

Ameliyat Türleri	Yıllar				
	2008	2009	2010	2011	2012
A Sınıfı Ameliyat	482	572	523	828	729
B Sınıfı Ameliyat	1191	1539	1505	1918	1987
C Sınıfı Ameliyat	515	646	678	935	860
D Sınıfı Ameliyat	227	502	451	290	238
E Sınıfı Ameliyat	22	321	1659	957	667
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	2437	3580	4816	4928	4481
Ameliyat Türleri	Yıllar				
	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	685	682	699	704	613
B Sınıfı Ameliyat	2127	1815	1579	1503	1462
C Sınıfı Ameliyat	942	723	533	419	379
D Sınıfı Ameliyat	255	179	111	105	105
E Sınıfı Ameliyat	2421	4699	3241	2995	3477
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	6430	8098	6163	5726	6036

Gastroenteroloji Cerrahisi için tüm ameliyat sınıflarının artış gösterdiği tek yıl 2009 yılıdır ve 2009 yılında en fazla artışın yaşandığı sınıf %1359 oranıyla E sınıfı olmuş ve ardından %121 oranında artışın gerçekleştiği D sınıfı gelmiştir. Bu kadar yüksek oranda artışın yaşanmasına karşın 2009 yılında en fazla ameliyatın yapıldığı sınıf, toplam ameliyat içindeki payı %43 olan B sınıfı ameliyatlardan olmuştur.

2010 yılında A, B ve D sınıfı ameliyatların oranında düşüş yaşanırken, C ve E sınıfı ameliyat tiplerinde ise artışlar olmuştur. E sınıfında yaşanan artış oranı %417 oranında olmuş ve toplam ameliyat türleri içinde en fazla ameliyatın yapıldığı sınıf olarak kayıtlara geçmiştir. 2010 yılına ait ameliyat sınıflarının toplam ameliyat içindeki pay oranı şu şekilde gelişmiştir; E sınıfı ameliyatlardan %34'lük pay ile birinci sırada, B sınıfı ameliyatla %31'lik pay ile ikinci sırada, C sınıfı ameliyatlardan %14'lük pay ile üçüncü sırada, A sınıfı ameliyatlardan %11'lik pay ile dördüncü sırada ve son olarak D sınıfı ameliyatla %9'lük pay ile beşinci sırada yer almıştır. Ancak önceki iki yıla bakıldığında sıralamanın başında B sınıfı ameliyatların olduğu, sonunda ise E sınıfı ameliyatların olduğu görülmektedir.

2011 yılına bakıldığında, D ve E sınıfı ameliyat türlerinde düşüş gözlemlenmektedir. D sınıfı ameliyat türleri %36, E sınıfı ameliyat türleri ise %42 oranında azalmıştır. Buna karşın A sınıfı ameliyatlarda %58, B sınıfı ameliyatlarda %27, C sınıfı ameliyatlarda %38 oranında artışlar yaşanmış ve toplam ameliyat artışı %2 olmuştur. Fakat yalnızca bu artış azalış oranlarına bakmak branş içi ameliyat dağılımlarını yorumlamakta yeterli kalmayacağı için birde branş içi ameliyatın sınıflara göre dağılımına bakmak yerinde olacaktır. Örneğin bir önceki yıla göre %42 azalış gösteren E sınıfı ameliyat türünün branş içi toplam ameliyat içindeki yüzdesi %19 olarak hesaplanmaktadır buna karşın A sınıfı ameliyatlarda %58 oranında bir artış yaşanmış fakat branş içi toplam ameliyat içindeki payı ise sadece %17 düzeyinde kalmıştır. B sınıfı ameliyatlar %27 artış göstermesine karşın branş içi toplam ameliyat türlerine ait yüzdesi %39, C sınıfı ameliyatların %19 ve D sınıfı ameliyatların yüzdesi ise %6 olarak dağılmıştır.

2012 yılında B sınıfı ameliyat türleri dışında kalan tüm ameliyat sınıflarında düşüş yaşanmıştır. En fazla düşüş %30 ile E sınıfında yaşanmış ve sırasıyla; D sınıfında %18, A sınıfında %12, C sınıfında %8 düşüşler olmuştur. Bu düşümlere karşın B sınıfı ameliyatlarda %4 artış olmuş fakat toplam azalış oranı toplam artış oranından yüksek olduğundan 2012 yılında branş içi toplam ameliyat sayısında %9 oranında azalış yaşanmıştır.

Ameliyat sınıflarının toplam ameliyat içindeki oranına bakmak gerekirse; %44 ile en fazla oranın B sınıfı ameliyatlarda yaşandığı, daha sonra %19'luk pay ile C sınıfı ameliyatların yer aldığı ve onun ardından %16 ile A sınıfı, %15 ile E sınıfı ve son olarak %5 ile D sınıfının geldiği görülmektedir. Böylelikle en fazla ameliyatın B sınıfında en az ameliyatın ise D sınıfında olduğu görülmektedir.

2013 yılında E sınıfı ameliyatlarda %263 oranında artış yaşanmış ve branş içi toplam ameliyat içindeki payı %38' yükselmiştir. B sınıfı ameliyatlarda ise %7 oranında bir artış yaşanmış ve toplam ameliyat içindeki payı %33 oranına düşmüştür. C sınıfı ameliyatlarda ise %10 oranında yaşanan artışa karşın toplam ameliyat içindeki payı %15 seviyesine gerilemiştir. 2013 yılı için Gastroenteroloji Cerrahisi bölümünde azalış sadece A sınıfı ameliyat türlerinde yaşanmıştır. A sınıfı ameliyat türlerinde %6 oranında azalışın olması ile toplam ameliyat içindeki payı %11'e gerilemiştir. Ameliyat oranlarında artışın yaşandığı bir başka sınıf ise D

sınıfında olmuştur ancak %7'lik artışa rağmen toplam ameliyat içindeki payı %4'e gerilemiştir.

2014 yılında A, B, C ve D sınıfı ameliyatlarda önemli oranda düşüş, E sınıfı ameliyatlarda ise önemli oranda artış olmuştur. Oransal olarak açıklama yaparak değişimi daha net görmek gerekirse; A sınıfı ameliyatlarda iki kişilik düşüş, B sınıfı ameliyatlarda %15, C sınıfı ameliyatlarda %23, D sınıfı ameliyatlarda %30 oranında azalma meydana gelirken; A sınıfı ameliyatlarda %94 oranında artış yaşanmıştır. Ameliyatlar içindeki ağırlıklı olarak düşüş seyri, branş içi toplam ameliyat oranlarının yüzdesel dağılımını da etkilemiştir. Örneğin bir önceki yıl toplam ameliyat oranlarının yüzdesi %38 olan E sınıfı ameliyatlar, 2014 yılında %20 artış göstererek toplam ameliyat içindeki payını %58'e çıkarmıştır.

2015 ve 2016 yılları ameliyat türlerinin artış azalışı konusunda benzerlik göstermektedir. Her iki yılda da A sınıfı ameliyat türlerinde artış gözlenirken B, C, D ve E sınıflarında azalış yaşanmıştır. Buna karşın ameliyat türlerinin toplam ameliyat içindeki yüzdesel oran sıralaması değişmemiştir. Her iki yıl için ilk sırada %50'lerde oran ile E sınıfı, ikinci sırada %20'lerdeki pay ile B sınıfı, üçüncü sırada %10'larda pay ile A sınıfı, dördüncü sırada yaklaşık %8'lik pay ile C sınıfı ve beşinci sırada %2'lik pay ile D sınıfı gelmektedir.

2017 yılında A, B ve C sınıfı ameliyatlarda azalış yaşanmakta; D sınıfı ameliyatlar sabit kalmakta, E sınıfı ameliyatlarda ise artış olmaktadır. Önceki iki yıla göre artış, azalış oranlarında değişim yaşanmasına karşın, toplam ameliyat içindeki yüzdesel oran sıralaması bu yıl içinde aynı şekilde devam etmiştir.

Genel olarak on yılı yorumlamak gerekirse; A sınıfı ameliyatlar, düzenli bir artış ya da azalış eğilimi göstermemekle beraber ağırlıklı olarak ameliyat oranlarında azalış yaşanmıştır. Yıllar itibariyle ameliyat içindeki ağırlık oranı üçüncü sırada ya da dördüncü sırada olmak üzere değişim göstermiştir.

B sınıfı ameliyatlar; A sınıfı ameliyatlar da olduğu gibi artış azalış seyri düzenli olmamakla beraber genel olarak düşüş eğilimi içindedir. Ameliyat içindeki ağırlık oranı, E sınıfı ameliyatlar yoğunluk kazanana kadar ilk sırada yer alırken, E sınıfı ameliyat oranlarındaki artışın etkisiyle beraber ikinci sıraya gerilemiştir.

C sınıfı ameliyatlar da diğer iki sınıf da olduğu gibi genel olarak düşüş eğilimi içindedir. 2010 yılına kadar toplama ameliyat içindeki payı ikinci sırada yer

alıyorken E sınıfı ameliyatların artış göstermesi ile üçüncü sıraya gerilemiştir. 2011 ve 2012 yıllarında E sınıfı ameliyatlarda yaşanan azalma ile tekrar ikinci sıraya yükselen C sınıfı ameliyatlar, E sınıfı ameliyatların yeniden artış göstermesi ile, 2013 ve 2014 yıllarında üçüncü sıraya düşmüş daha sonraki yıllarda ise dördüncü sırada kalmıştır.

D sınıfı ameliyatlar, 2010 yılına kadar dördüncü sırada yer alan D sınıfı ameliyatlar, E sınıfı ameliyatların artış göstermesi ile 2010 yılından itibaren en az ameliyat uygulaması yapılan sınıf olarak kaydedilmiştir.

E sınıfı ameliyatlar, 2008 ve 2009 yıllarında en az ameliyat yapılan sınıf olarak görülmektedir ancak 2010 yılında E sınıfı ameliyatlara büyük bir yönelme olmuş ve en fazla ameliyat yapılan sınıf olarak kaydedilmiştir. 2013 yılında ikinci 2014 yılında üçüncü sıraya gerilemiş olsa da 2015 yılından itibaren tekrar brans içi toplama ameliyat içindeki payı en fazla olan ameliyat sınıfı olarak yerini almıştır.

Özetle; Tüm yıllar için ameliyat sınıflarının ortalaması alındığında en fazla ameliyat yapılan sınıfın E ve B, en az ameliyatın yapıldığı sınıfın ise D sınıfı olduğu bulunmuştur.

Bir sonraki tablo da Kalp ve Damar Cerrahisi bölümüne ait ameliyat verilerine yer verilecektir.

Tablo 32:Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2017 Yılları Arası Uygulanan Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü Ameliyat Sayıları

Ameliyat Türleri	Yıllar				
	2008	2009	2010	2011	2012
A Sınıfı Ameliyat	2110	3143	2934	2992	2793
B Sınıfı Ameliyat	238	400	424	443	389
C Sınıfı Ameliyat	168	273	355	345	277
D Sınıfı Ameliyat	22	48	34	22	21
E Sınıfı Ameliyat	42	316	1246	992	462
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	2580	4180	4993	4794	3942
Ameliyat Türleri	Yıllar				
	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	2435	2200	1895	2065	2119
B Sınıfı Ameliyat	353	339	266	343	532
C Sınıfı Ameliyat	283	297	667	643	310
D Sınıfı Ameliyat	18	11	12	9	12
E Sınıfı Ameliyat	868	1112	2074	1288	814
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	3957	3959	4914	4348	3787

Kalp ve Damar Cerrahisi bölümü için 2008 yılında en fazla ameliyat yapılan tür A sınıfı, en az ameliyat yapılan tür ise D sınıfı ameliyatlara olarak kaydedilmiştir. Ameliyatların branş içi toplam ameliyat içindeki payı büyükten küçüğe sırası ile şu şekilde verilebilir; A sınıfı ameliyatlara %82, B sınıfı ameliyatlara %9, C sınıfı ameliyatlara %7, E sınıfı ameliyatlara %2 ve D sınıfı ameliyatlara %1. 2009 yılında, E sınıfı ameliyat türlerinde yapılan ameliyatlara %652 artış göstererek bu sıralamanın biraz değişmesine neden olmuştur. Yeni sıralamaya göre E sınıfı ameliyat türleri, toplam ameliyat türleri içinde dördüncü sıradan üçüncü sıraya yükselmiş böylece C sınıfı ameliyatlara dördüncü sıraya gerilemiştir.

2010 yılında A sınıfı ameliyatlarda %7, D sınıfı ameliyatlarda ise %29 oranında azalma olmasına karşın her iki ameliyat türü de toplam ameliyat içindeki ağırlık oranlarını korumuşlardır. Ancak E sınıfı ameliyatlarda %297 oranında ameliyat artışı yaşanmasından kaynaklı, branş içi toplam ameliyat ağırlık oranına ait sıralamasının ikinci sıraya çıkmasına neden olmuştur. Yeni sıralamaya göre oransal ağırlıklar sırasıyla şu şekilde değişmiştir; A sınıfı ameliyatlara %59'luk pay

ile en fazla ameliyat yapılan sınıf olarak yerini korumuştur, E sınıfı ameliyatlar %25'lik pay ile ikinci en fazla ameliyat yapılan tür olarak sıralamada yerini değiştirmiştir, B sınıfı ameliyatlar %8 oranındaki pay ile üçüncü sıraya gerilemiştir, C sınıfı %7 ve D sınıfı %1 oranları ile bir önceki yıllara ait sıralarını korumuşlardır.

2011 yılında C, D ve E sınıfı ameliyatlarda azalış yaşanmasına karşın ameliyatların toplam ameliyat içindeki ağırlık sıralamasında bir değişme olmamıştır. Bu durum 2015 yılına kadar değişim göstermemiş ancak 2015 yılında E sınıfı ameliyatlar da %87 oranında artış, C sınıfı ameliyatlarda %125 oranında artış ve A sınıfında %14 oranında azalışın olmasından kaynaklı sıralama değişime uğramıştır. Yeni sıralamaya göre; E sınıfı ameliyat türü %42 oranı ile birinci sıraya çıkmış, A sınıfı ameliyat türü %39 oranı ile sıralamada ikinci sıraya gerilemiş, C sınıfı ameliyatlar %14 ile üçüncü sıraya çıkmış, B sınıfı ameliyatlar %5'lik pay ile dördüncü sıraya gerilemiş ve C sınıfı ameliyatlar ise dördüncü sırasını korumuştur.

2016 yılında C sınıfı ameliyatlarda %4, D sınıfı ameliyatlarda %25 ve E sınıfı ameliyatlarda %38 düşüş, A sınıfı ameliyatlarda %9 ve B sınıfı ameliyatlarda %29 artış yaşanmıştır. Yaşanan bu artış, azalış durumu branş içi toplam ameliyatların sınıflara göre dağılım sıralamasını değiştirmiş, A sınıfı ameliyatlar %47'lik payla birinci sıraya çıkmış, E sınıfı ameliyatlar ise %30'luk pay ile ikinci sıraya gerilemiştir.

2017 yılına gelindiğinde C ve E sınıfı ameliyatlardaki düşüş devam etmiş, sınıfların toplam ameliyat içindeki sıralaması bu azalma ile tekrar değişime uğramıştır. 2017 yılı verilerine göre; A sınıfı ameliyatlar %56'lık pay ile en fazla ameliyat yapılan sınıf olarak ilk sırada yerini korumuş, E sınıfı ameliyatlar %21'lik pay ile ikinci sırada kalmaya devam etmiş, B sınıfı ameliyatlar bir önceki yıla göre %55 artış göstermiş ve branş içi toplam ameliyatın %14'ünü oluşturmuştur. C sınıfı ameliyatlar ise bir önceki yıla göre %52 azalış göstererek toplam ameliyat içindeki payını %8'e düşürmüştür. D sınıfı ameliyatlar ise toplam ameliyat içindeki payını korumuş ve en az ameliyat yapılan sınıf olarak kaydedilmiştir.

Özetle; A sınıfı ameliyatlar, 2015 yılı dışındaki tüm yıllarda en fazla ameliyat uygulaması yapılan sınıf olurken, 2015 yılında ikinci sıraya gerilemiştir. B sınıfı ameliyatlar, 2008-2009 yıllarında en fazla ameliyat uygulaması yapılan sınıflar arasında ikinci sırada olurken, 2010-2014 yılları arası üçüncü sıraya, 2015-

2016 yılları arası ise dördüncü sraya gerilemiştir. Ancak 2017 yılında C sınıfı ameliyatların düşüş göstermesi ile tekrar üçüncü sraya çıkmıştır.

C sınıfı ameliyatlar ise sınıflara göre ameliyat sıralamasında 2008 yılı için üçüncü sırada yer alırken, sonraki yıllarda E sınıfı ameliyatların artış göstermesi ile 2014 yılına kadar dördüncü sırada yer almıştır. 2015 ve 2016 yıllarında ameliyat yoğunluğu nedeniyle üçüncü sraya çıkan C sınıfı ameliyatlar 2017 yılında tekrar dördüncü sraya gerilemiştir.

D sınıfı ameliyatlar en az ameliyat yoğunluğuna sahip olan ameliyatlardır. On yıl boyunca sıralamanın her zaman beşinci sırasında kalmıştır. E sınıfı ameliyatlar ise sıralamanın ilk dördü arasında gidip gelmiştir. 2008 yılında yoğunluk bakımından dördüncü sırada yer alan E sınıfı ameliyatlar, 2009 yılında artan ameliyat sayıları nedeniyle üçüncü sraya yükselmiş, 2010-2014 yılları arası ikinci sraya, 2015 yılında birinci sraya yükselmiş ve 2016-2017 yılları arası tekrar ikinci sraya gerilemiştir.

Tablo 33’de Üroloji bölümüne ait sayısal bilgilere yer verilerek üroloji bölümünün yıllar içindeki ameliyat yoğunluk düzeyi tespit edilecektir.

Tablo 33: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2017 Yılları Arası Uygulanan Üroloji Bölümü Ameliyat Sayıları

Ameliyat Türleri	Yıllar				
	2008	2009	2010	2011	2012
A Sınıfı Ameliyat	443	513	531	423	343
B Sınıfı Ameliyat	874	1115	1165	1055	895
C Sınıfı Ameliyat	545	729	694	594	519
D Sınıfı Ameliyat	726	1061	1068	952	766
E Sınıfı Ameliyat	70	28	110	273	54
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	2658	3446	3568	3297	2577
Ameliyat Türleri	Yıllar				
	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	372	345	343	282	273
B Sınıfı Ameliyat	946	1070	920	1027	1089
C Sınıfı Ameliyat	629	600	680	630	524
D Sınıfı Ameliyat	779	902	524	518	1007
E Sınıfı Ameliyat	53	10	5	8	10
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	2779	2927	2475	2465	2903

Üroloji bölümü için 2008 yılında en fazla ameliyat B sınıfı ameliyat grubunda, en az ameliyat ise E sınıfı ameliyat grubunda gerçekleşmiş. Bu durum 2009 yılında da geçerliğini korumuş, hatta E sınıfı ameliyatlarda %60 azalma meydana gelmiştir. 2010 yılın da ise E sınıfındaki azalma eğilimi yerini C sınıfı ameliyatlara bırakmış, E sınıfı ameliyatlar bir önceki yıla göre %293 oranında artış olurken C sınıfı ameliyatlarda ise %5 azalma yaşanmıştır. Artış azalış oranında değişme yaşanmasına karşın branş içi toplam ameliyat sayısının sınıflara göre dağılım sıralamasında herhangi bir değişiklik yaşanmamıştır. Örneğin sırasıyla; B sınıfı ameliyatlar %33'lük oran ile ilk sırada, D sınıfı ameliyatlar %30'luk ameliyat oranı ile ikinci sırada, C sınıfı ameliyatlar %19'luk ameliyat oranıyla üçüncü sırada, A sınıfı ameliyatlar %15'lik oran ile dördüncü sırada ve E sınıfı ameliyatlar %3'lük oran ile beşinci sırada yer almaktadır. Aynı sıralama 2008 ve 2009 yıllarında da geçerli olmuştur.

2010 yılında başlayan E sınıfı ameliyatlardaki artış, 2011 yılında da devam etmiş ve 2011 yılında bir önceki yıla oranla %148 artış olmuştur. Buna karşın A, B, C ve D sınıfı ameliyatlarda sırasıyla; %20, %9, %14 ve %11 oranlarında azalma meydana gelmiş ve genel olarak Üroloji bölümü için 2011 yılı ameliyat oranlarında %8 azalma yaşanmıştır.

2012 yılında tüm sınıfların ameliyat oranları için azalış eğilimi gözlemlenmekte, en fazla azalmanın %80 oranıyla E sınıfı ameliyatlarda, en az azalmanın ise %13 oranıyla C sınıfı ameliyatlarda olduğu gözlemlenmektedir. 2013 yılına gelindiğinde ise azalış eğilimi yalnızca E sınıfı ameliyatlarda görülmekte, ameliyat oranlarında en fazla artışında %21 oranıyla C sınıfı ameliyatlarda yapıldığı görülmektedir. 2014 yılında A, C ve E sınıfı ameliyatlarda azalma, B ve D sınıfı ameliyatlarda ise artış gözlemlenmektedir. Sınıflar arası artış azalış seyri, toplam ameliyat içindeki yüzdesel dağılım sıralamasını değiştirmemiş, geçen altı yılla aynı sıralama bu yıl içinde hesaplanmıştır.

2015 A, B, D ve E sınıfı ameliyatlarda düşüş yaşanırken, C sınıfı ameliyatlarda artış yaşanmıştır. Yaşanan bu durum ameliyat sınıflarının branş içi toplam ameliyat içindeki sıralamasını değiştirmiştir. Yeni sıralamaya göre; B sınıfı %37 oranıyla önceki yıllarda olduğu gibi en fazla ameliyat yapılan sınıf olarak kaydedilmiştir. C sınıfı ameliyatlar %27 oranıyla üçüncü sıradan ikinci sıraya yükselmiştir. D sınıfı ameliyatlar %21 oranıyla ikinci sıradan üçüncü sıraya

gerilemiştir. A sınıfı ameliyatlarda %14'lük pay ile geçen yedi yılda olduğu gibi sıralamanın dördüncü sırasında yer almıştır. E sınıfı ameliyat türü ise yalnızca 5 uygulanmış ve önceki yıllarda olduğu gibi sıralamanın sonunda kalmıştır.

2016 yılı, 2015 yılı ile benzer bir tabloya sahip olmuştur. 2016 yılında, A, C ve D sınıfı ameliyatlarda azalma, B ve E sınıfı ameliyatlarda ise artış olduğu gözlemlenmektedir. 2016 yılına ait sıralama 2015 yılı ile aynı şekilde gerçekleşmiş, en fazla ameliyatın yapıldığı sınıf, %42 oranıyla B sınıfına ait olmuştur. C sınıfı %26, D sınıfı %21, A sınıfı %11 oranlarına sahip olmuştur.

2017 yılında D sınıfı ameliyatlarda %94 artış yaşanması, toplam ameliyat içinde, sınıflara ait olan sıralamanın eskisine dönmesine neden olmuştur. Yeni sıralamaya göre; B sınıfı ameliyatlarda %38, D sınıfı ameliyatlarda %35, C sınıfı ameliyatlarda %18 ve A sınıfı ameliyatlarda %9 oranına sahip olarak toplam ameliyat içindeki sıralamasına tekrar sahip olmuştur.

Tablo 34'de Göğüs Cerrahisi Bölümüne ait istatistiksel bilgilere yer verilecektir.

Tablo 34: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2017 Yılları Arası Uygulanan Göğüs Cerrahisi Bölümü Ameliyat Sayıları

Göğüs Cerrahisi	Yıllar				
	2008	2009	2010	2011	2012
A Sınıfı Ameliyat	0	0	0	0	5
B Sınıfı Ameliyat	0	0	0	0	0
C Sınıfı Ameliyat	0	0	0	1	7
D Sınıfı Ameliyat	0	0	0	0	0
E Sınıfı Ameliyat	0	0	0	0	0
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	0	0	0	1	12
Göğüs Cerrahisi	Yıllar				
	2013	2014	2015	2016	2017
A Sınıfı Ameliyat	19	38	40	61	73
B Sınıfı Ameliyat	17	16	36	37	45
C Sınıfı Ameliyat	40	31	63	116	152
D Sınıfı Ameliyat	2	4	2	5	47
E Sınıfı Ameliyat	4	10	6	31	74
Branş İçi Toplam Ameliyat Sayısı	82	99	147	250	391

Göğüs Cerrahisi bölümünde 2011 yılına kadar ameliyat gerçekleşmemiş, 2011 yılında yalnızca C sınıfı ameliyat türünden bir adet ameliyat gerçekleşmiştir. 2012 yılında C sınıfı ameliyatlara ek olarak A sınıfı ameliyat türlerinde de ameliyatlara olmuş ve toplamda 12 adet ameliyat kaydedilmiştir. Bu ameliyatlardan 7 tanesi C sınıfına, 5 tanesi ise A sınıfına ait olmak üzere ağırlıklı ameliyat türü C sınıfı olarak belirlenmiştir. 2013 yılına gelindiğinde ameliyat türleri daha çeşitlenmiş tüm sınıflara ait ameliyat türlerinden ameliyatlara gerçekleşmiştir. 2013 yılına ait ameliyatlardan sınıflara göre ağırlık oranları sırasıyla şu şekildedir; %49 oranıyla C sınıfı ameliyatlara en fazla ameliyat yapılan sınıf olmuş, A sınıfı ameliyatlara %23 oranıyla ikinci, B sınıfı ameliyatlara %21 oranıyla üçüncü, E sınıfı ameliyatlara %5 oranıyla dördüncü ve D sınıfı ameliyatlara %2 oranıyla beşinci sırada yer almıştır.

2014 yılında B ve C sınıfı ameliyatlarda azalış yaşanırken, A, D ve E sınıfı ameliyatlarda artış gerçekleşmiştir. Ameliyat oranlarında en fazla artış %150 oranıyla E sınıfında, en fazla azalış ise %23 oranıyla C sınıfı ameliyatlarda gerçekleşmiştir. Ameliyat sınıflarının toplam ameliyat içindeki dağılımı ise sırasıyla şu şekilde gerçekleşmiştir; En fazla ameliyatın yapıldığı sınıf %38 oranıyla A sınıfı, ikinci sırada %31'lik oranla C sınıfı, üçüncü sırada %16'lık oranla B sınıfı, dördüncü sırada %10'luk oranla E sınıfı ve beşinci sırada %4'lük oranla D sınıfı gelmektedir.

2015 yılında D ve E sınıfı ameliyat türlerinde azalmalar yaşanırken, A, B ve C sınıfı ameliyatlarda artışlar olmuştur. En fazla artış %125 oranıyla B sınıfında gerçekleşirken, en fazla azalma %50 oranıyla D sınıfında yaşanmıştır. Artış azalış dengesinin değişmesiyle yeni sıralama şu şekilde gelişmiştir; en fazla ameliyatın olduğu sınıf %43 oranıyla C sınıfı, ikinci sırada %27 oranıyla A sınıfı, üçüncü sırada %24 oranıyla B sınıfı, dördüncü sırada %4 oranıyla E sınıfı, beşinci sırada %1 oranıyla D sınıfı olmuştur.

2016 yılında tüm sınıflarda ameliyat artışları yaşandığı görülmektedir ancak en fazla artış bir önceki yıla göre %417 artışın olduğu E sınıfı ameliyatlardır. Yaşanan oransal değişimlere bağlı olarak sınıfların yüzdesel oranlarında farklılıklar meydana gelmiş ancak sıralama açısından 2015 yılı göre herhangi bir değişim olmamıştır. 2017 yılında da tüm ameliyat sınıflarında artışların yaşandığı gözlemlenmektedir ancak bazı ameliyat sınıfları için artış oranlarının geçen yıla

göre daha fazla olması 2017 yılı için daha farklı bir sıralamayı da beraberinde getirmiştir. 2017 yılında sıralama ölçüt sayısı beşten üçe düşmüş A ve E, B ve D sınıfları aynı oransal yüzdeliğe sahip olmuştur. Ameliyat dağılım oranlarını vermek gerekirse; C sınıfı ameliyatların toplam ameliyat içindeki payı %39, A ve E sınıfı ameliyatların %19, B ve D sınıfı ameliyatların ise %12 olarak belirlenmiştir.

Özetle; Göğüs Cerrahisi bölümünde 2017 yılına kadar branş içi toplam ameliyatlarda, ameliyat sınıflarının dağılım sıralaması değişmemiştir. En fazla ameliyatın uygulandığı tür C sınıfına ait olmuştur. İkinci sırada A sınıfı ameliyatlar, üçüncü sırada B sınıfı ameliyatlar, dördüncü sırada E sınıfı ameliyatlar ve beşinci sırada D sınıfı ameliyatlar gelmektedir. Ancak 2017 yılında A ve E, B ve D sınıfları aynı oransal yüzdeliğe sahip olduğu için sıralamada değişiklik olmuş, ikinci sırayı A ve E, üçüncü sırayı ise B ve D sınıfları paylaşmıştır.

Tablo 35: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2017 Yılları Arası Uygulanan Bilgisayarlı Tomografi (BT) Çekimleri Sayısı

Tetkik Yapılan Cihaz	Yıllar				
	2008	2009	2010	2011	2012
Toplam BT Çekim Sayısı	0	0	0	24784	25635
Tetkik Yapılan Cihaz	Yıllar				
	2013	2014	2015	2016	2017
Toplam BT Çekim Sayısı	24379	34175	28693	37539	39998

Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde BT çekimleri 2011 yılında başlamıştır. 2011 verilerine göre, BT çekim sayısı, 2011 yılı toplam muayene sayısına bölünürse, muayeneye gelen hastaların %9'una BT uygulaması yapıldığı ortaya çıkmaktadır.

2012 yılında, BT çekim sayısı %3 artış göstermiş ve toplam muayene sayısına göre çekim oranı %9 olarak kaydedilmiştir. 2013 yılında BT çekim sayısı %5 azalmış, toplam muayene sayısı %16 artmıştır, bu nedenden kaynaklı BT çekim sayısının toplam muayene sayısına oranı %7'ye düşmüştür. 2014 yılında BT çekim sayısı %40 artış gösterirken, toplam muayene sayısı %15 artış göstermiş ve BT çekim sayısı, toplam muayene sayısının %9'unu oluşturmuştur. 2015 yılında ise BT çekim sayısı %16, toplam muayene sayısı da %5 gerilemiştir. Çekim sayısı toplam

muayene sayısından daha fazla düşüş yaşadığı için çekim sayısının, toplam muayene sayısına oranı %8 olarak hesaplanmıştır. 2016 yılında ise BT çekim sayısında %31, toplam muayene sayısında ise %11 artış yaşanmıştır. Yaşanan artış oranının etkisiyle BT çekim sayısının toplam muayene sayısına oranı tekrar %9'a yükselmiştir. 2017 yılında ise her iki grup için de artış oranları düşük seviyelerde gerçekleşmiştir. BT çekim oranı %7, toplam muayene oranı ise %5 olarak kaydedilmiş, iki değişkenin birbirine oranı ise %9 oranında sabit kalmıştır.

Özetlemek gerekirse; 2011 yılından 2017 yılına kadar olan süreç değerlendirilirse, toplam muayene sayısının artış oranı ortalama %9, BT çekim sayısının artış oranı ortalama %10, ve BT çekim sayısının toplam muayene sayısına oranı ortalama %9 olarak hesaplanmaktadır. Verilerin birbiri ile yakın olması gelen hasta sayısı ile BT çekim sayısının birbiri ile anlamlı bir ilişki içinde olduğu göstermekte ve aşağı yukarı yıl içinde hastaneye gelen hastaların yıllara göre aynı oranda BT çekimine maruz kaldıkları söylenebilir.

3.2.5.3. Türkiye Geneli Manyetik Rezonans ve Bilgisayarlı Tomografi Görüntüleme Sayıları ile Anjiyografi Verilerine İlişkin Bilgiler (2008-2017)

Bu başlık altında yer alan bilgiler bilgi edinme hakkı kapsamında Sağlık Bakanlığına, Başbakanlık İletişim Merkezi tarafından göndermiş olduğum 26.07.2017 tarihli dilekçeme karşılık olarak Sağlık Bakanlığı Sağlık İnsan Gücü Planlama Dairesi Başkanlığından gönderilen verilerden oluşmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıklarından güncel verilerin kontrolü sağlanmış, yıllıklarda yer alan veriler doğrultusunda 2017 yılına ait verilerde işlenmiştir.

Tablo 36:Türkiye Geneli 2008-2017 Yılları Arası Manyetik Rezonans Görüntüleme Sayısı

Yıllar	MR Çekim Sayısı (Hizmet Alımı Dahil)
2008	3.466.941
2009	4.869.736
2010	5.817.090
2011	7.222.187
2012	8.592.072
2013	9.073.582
2014	10.259.508
2015	11.286.357
2016	12.533.666
2017	14.046.794

Tabloya 36'ya göre, MR çekim sayısında her yıl düzenli olarak artış olmuş ancak en fazla artışın 2009 yılında yaşanmıştır. 2017 yılıyla 2008 yılı karşılaştırıldığında, 2017 yılında MR çekim sayısı 2008 yılına göre %305 oranında artmıştır. Tabloda sunulan verilerin artış oranını daha net analiz edebilmek ve nüfus artış hızıyla ilişkisini kurabilmek amacıyla Tablo 37'de her iki değişkene ait verilerin oransal değişim yüzdeleri beraber sunulmuştur;

Tablo 37:2008-2017 Yılları Arası MR Çekimi Artışı ile Türkiye Nüfusu Artış Oranı

Artış Oranı Hesaplanan Yıllar	MR Çekim Sayısındaki Artış Oranı	Türkiye Nüfusu Artış Oranı
2009-2008	%40	%1
2010-2009	%19	%2
2011-2010	%24	%1
2012-2011	%19	%1
2013-2012	%6	%1
2014-2013	%13	%1
2015-2014	%10	%1
2016-2015	%11	%1
2017-2016	%12	%1
Yıllar Ortalaması	%18	%1

Yıllara göre değişim yüzdeleri karşılaştırıldığında Türkiye geneli nüfus oranının 2010 yılı dışında kalan tüm yıllarda artış oranı %1 şeklinde gerçekleşmiştir. Ancak MR çekim sayısı her yıl istikrarlı bir şekilde artış göstermiştir. MR çekiminde en çok artışın yaşandığı yıl %40 oranla 2009 yılı olmuşken, en az artış oranı %6 oranla 2013 yılı olmuştur. Tüm yılların ortalaması alındığında MR çekiminin ortalama artış oranı %18 olurken Türkiye geneli nüfus artış oranı %1’de kalmıştır. Türkiye genelinde yapılan MR çekim sayısının Türkiye toplam nüfusuna oranı;

Tablo 38:2008-2017 Yılları Arası MR Çekim Sayısının Türkiye Nüfusu İçindeki Payı

Yıllar	Toplam MR Çekim Sayısının Ülke Nüfusuna Oranı
2008	%5
2009	%7
2010	%8
2011	%10
2012	%11
2013	%12
2014	%13
2015	%14
2016	%16
2017	%17

Tablo 38, her yıl için MR çekim sayısı ülke nüfusuna bölünerek hesaplanmıştır. Bu tabloya göre her yıl MR çekiminden faydalanan kişi sayısının ülke içindeki oranının her yıl düzenli olarak arttığı görülmektedir. 2008 yılında toplam nüfusun yalnızca %5'i MR çekimi yaptırıyorken, 2017 yılına gelindiğinde bu oran 3,5 kat artış göstermiştir. MR cihazlarının pahalı olmasından kaynaklı her il ve ilçede, her sağlık kurumu için eşit sayıda cihaz tedarikinin yapılmasının güç olacağı ön görülmektedir. Bu durum ise mevcut MR çekimlerinin bölgesel yoğunluk düzeylerine göre farklılık göstermesine neden olacaktır.

Bu durumu farklı bir açıdan değerlendirmek gerekirse; 2017 yılında Türkiye'de Sağlık Bakanlığına ait 317, üniversite hastanelerine ait 114, özel hastanelere ait 453 adet olmak üzere toplamda 884 MR cihazı vardı. Bir cihaz başına düşen toplam MR çekim sayısı bir yıl için ortalama 15bin olarak hesaplanmaktadır. Ortalama³⁵ bir MR cihazının görüntü alma süresi 15 dakika olarak varsayılırsa ve bir yıl boyunca resmî tatil günleri ve hafta sonları da dahil olmak üzere 365 gün boyunca MR çekiminin yapıldığı varsayılırsa, bir MR cihazının günde 10 saat kesintisiz çalışmış olması gerekmektedir. Ancak bölgesel cihaz dağılımı sayısının farklı olması ve hizmet alan kişi sayısının farklılık göstermesinden kaynaklı kimi bölgeler için MR cihazının aktif olarak çalışma saati 10 saatten fazla olacaktır.

Tablo 39:Türkiye Geneli 2008-2017 Yılları Arası Anjiyografi Sayısı

Yıllar	Anjiyografi (Koroner) ile Yapılan İşlem Sayısı (Hizmet Alımı Dahil)
2008	278.157
2009	382.289
2010	400.618
2011	274.453
2012	450.133
2013	459.214
2014	523.357
2015	556.480
2016	588.474
2017	(*)

(*) İlgili veriye ulaşılamamıştır.

³⁵ Çekim süresi, görüntü alınmak istenen bölgeye ve elde edilmek istenen detaya bağlı olmakla beraber cihazın görüntü alma kalitesine göre farklılıklar göstermektedir.

Anjiyografi işlemi de tıptı MR çekimi işlemlerinde olduğu gibi her yıl büyük artışlar göstererek ilerlemiş ancak 2011 yılında bir önceki yıla göre %31 azalma göstermiştir. 2016 yılı ile 2008 yılının artış oranı karşılaştırıldığında, 2011 yılında yaşanan azalma oranına karşın, Türkiye geneli anjiyografi işleminde %112 artış olduğu görülmektedir.

Anjiyografi işlemi uygulamalarında herhangi bir yaş sınırı gözetilmez, fakat oransal hesaplama yapmak gerekirse işlem amacı gereği ağırlıklı olarak orta yaş grubu ile yaşlı kesime uygulanma durumu daha yüksektir. Bu duruma bağlı olarak Türkiye geneli 45-89 yaş grubunun nüfus artış oranı ile anjiyo işleminin artış oranı karşılaştırılırsa;

Tablo 40:2008-2016 Yılları Arası Anjiyografi İşlemi Artışı ile Türkiye 45-89 Yaş Grubu Nüfusu Artış Oranı

Oransal Artış Oranı Hesaplanan Yıllar	Anjiyografi Yıllara Göre Değişim Oranı	45-89 Yaş Arası Toplam Nüfus Değişim Oranı
2009-2008	%37	%4
2010-2009	%5	%5
2011-2010	-%31	%3
2012-2011	%64	%2
2013-2012	%2	%3
2014-2013	%14	%3
2015-2014	%6	%3
2016-2015	%6	%3
Yıllar Ortalaması	%13	%3

Anjiyografi işleminde 2011 yılı dışındaki tüm yıllar artış eğilimi içindedir. En fazla artış %37 oranla 2009 yılında yaşanmış, en az artış ise %2 oranıyla 2013 yılında yaşanmıştır. 45-89 yaş arası toplam nüfusta da her yıl artış olduğu ancak en fazla artışın %5 oranla 2010 yılında olduğu en az artışın da %2 oranıyla 2012 yılında olduğu görülmektedir. Nüfus artışı ayrıca 2013 yılından itibaren %3 oranında sabit olarak kalmıştır.

Tablo 40'a bakıldığında nüfus artış oranıyla, anjiyografi artış oranı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, anjiyografi işleminin nüfus artışından bağımsız olarak artış gösterdiği görülmektedir.

Tablo 41:2008-2016 Yılları Arası Anjiyografi İşleminin 45-89 Yaş Arası Toplam Nüfusa Oranı

Yıllar	Anjiyografi İşleminin 45-89 Yaş Arası Toplam Nüfusa Oranı
2008	%2
2009	%2
2010	%2
2011	%1
2012	%2
2013	%2
2014	%2
2015	%2
2016	%3
Toplam Ortalama	%2

Tablo 41, 2008-2016 yılları arasında gerçekleşen anjiyografi işleminin, aynı yıllar içindeki 45-89 yaş arası grubun toplam nüfusuna bölünmesi ile elde edilmiştir. Ağırlıklı olarak örneklem olarak seçilen yaş grubunun %2'sine anjiyo işlemi uygulandığı buna karşın 2016 yılında bu oranın %3'e çıktığı görülmektedir. 2011 yılında anjiyo işleminde %31 azalma olmasına bağlı olarak, anjiyo işleminin nüfusa oranında azalma olmuştur.

Tablo 42:Türkiye Geneli 2008-2017 Yılları Arası Bilgisayarlı Tomografi Görüntüleme Sayısı

Yıllar	BT Görüntülenme Sayısı
2008	5.522.323
2009	6.940.409
2010	7.567.064
2011	8.338.711
2012	9.825.273
2013	11.039.694
2014	12.407.145
2015	13.675.737
2016	14.967.538
2017	16.596.013

Tabloya 42'ye göre, BT görüntüleme sayısında her yıl düzenli olarak artış olmuş ancak en fazla artış 2009 yılında yaşanmıştır. 2017 yılıyla 2008 yılı

karşılaştırıldığında, 2017 yılında BT görüntüleme sayısı 2008 yılına göre %201 oranında artmıştır. Tabloda sunulan verilerin artış oranını daha net analiz edebilmek ve nüfus artış hızıyla ilişkisini kurabilmek amacıyla Tablo 43’de her iki değişkene ait verilerin oransal değişim yüzdeleri beraber sunulmuştur;

Tablo 43:2008-2017 Yılları Arası BT Görüntüleme Artışı ile Türkiye Nüfusu Artış Oranı

Oransal Artış Oranı Hesaplanan Yıllar	BT Çekim Sayısındaki Artış Oranı	Türkiye Nüfusu Artış Oranı
2009-2008	%26	%1
2010-2009	%9	%2
2011-2010	%10	%1
2012-2011	%18	%1
2013-2012	%12	%1
2014-2013	%12	%1
2015-2014	%10	%1
2016-2015	%9	%1
2017-2016	%11	%1
Ortalama	%13	%1

Yıllara göre değişim yüzdeleri karşılaştırıldığında Türkiye geneli nüfus oranının 2010 yılı dışında kalan tüm yıllarda artış oranı %1 şeklinde gerçekleşmiş olduğu daha önce de belirtilmişti. Ancak BT görüntülenme sayısının, MR çekim sayısında olduğu gibi her yıl istikrarlı bir şekilde artış gösterdiği, BT görüntülemesinin en çok artışın yaşandığı yıl %26 oranla, MR da olduğu gibi 2009 yılı olduğu görülmektedir. BT görüntülemesinin en az artış oranının %9 oranla 2010 ve 2016 yılları olduğu da göze çarpmaktadır. Tüm yılların ortalaması alındığında ise BT görüntülemesinin ortalama artış oranı %13 olurken Türkiye geneli nüfus artış oranının da %1’de kaldığı görülmektedir. Türkiye genelinde yapılan BT çekim sayısının Türkiye toplam nüfusuna oranı Tablo 44’de şu şekilde sunulmuştur;

Tablo 44:2008-2017 Yılları Arası BT Görüntüleme Sayısının Türkiye Nüfusu İçindeki Payı

Yıllar	Toplam BT Görüntüleme Sayısının Ülkede Nüfusuna Oranı
2008	%8
2009	%10
2010	%10
2011	%11
2012	%13
2013	%14
2014	%16
2015	%17
2016	%19
2017	%21

Tablo 44'e göre, her yıl için BT görüntülenme sayısı ülke nüfusuna bölünerek hesaplanmıştır. Bu tabloya göre her yıl BT çekiminden faydalanan kişi sayısının ülke içindeki oranın düzenli olarak arttığı görülmektedir. 2008 yılında toplam nüfusun yalnızca %8'ine BT görüntülenmesi yaptırıyorken, 2017 yılına gelindiğinde bu oran 2,6 kat artarak %21 oranına çıkmıştır. BT cihazlarının, MR cihazları gibi pahalı olmasından kaynaklı her il ve ilçede, her sağlık kurumu için eşit sayıda cihaz tedarikinin yapılmasının güç olacağı ön görülmektedir. Bu durum ise MR çekimlerinde olduğu gibi mevcut BT görüntülemelerinin bölgesel yoğunluk düzeylerine göre farklılık göstermesine neden olacaktır.

Farklı bir açıdan değerlendirmek gerekirse; 2017 yılında Türkiye'de Sağlık Bakanlığına ait 530, üniversite hastanelerine ait 142, özel hastanelere ait 514 adet olmak üzere toplamda 1186 BT cihazı vardır. Bir cihaz başına düşen toplam BT görüntülenme sayısı bir yıl için ortalama 14bin olarak hesaplanmaktadır. Benzer bir şekilde MR ve BT cihazlarının gün içinde uzun saatler çalıştığı, bölgesel nüfus yoğunlukları göz önüne alındığında hafta sonu ve gece dahil olmak üzere kesintisiz aktif olarak kullanıldığı elde edilen veriler ışığında görülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Dünya geneli gelişen ve değişen sosyo-ekonomik ve demografik durum, her ülke için en başta sağlık alanında yeni düzenlemelere gidilmesi gerektiği yönünde baskı unsuru yaratmaktadır. Bunun temel nedeni sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılarak ekonomik canlılık yaratma arzusudur. Nüfusun artması, sosyal güvenlik sisteminde aktif-pasif dengenin bozulması buna bağlı olarak nimet-külfet dengesinin hükümet politikaları ile sağlanamaması, sağlık harcamalarının devlet üzerinde önemli bir yüke dönüşmesine neden olmuştur. Devlet üzerindeki bu yükün, sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ile ekonomik canlılığa dönüşeceği düşünülmüş; böylelikle WB, IMF gibi küresel çapta karar verici topluluklar tarafından yürütülen politikalar ışığında sağlık hizmetleri hak temelinden müşteri temeline doğru değişim sürecine girmiştir.

Dünya geneli reform süreçleri, her ülkenin kendi koşulları göz önüne alınarak farklı politikalar yürütümü ile gerçekleşmiş ancak temelde aynı çerçeveye oturtulmuştur. Bu çerçeve; verimlilik, erişilebilirlik, nitelik, kalite ve performans kavramları ile varlığını ortaya koymuş ve bu kavramlar ile varlığını koruyacağına inanılmıştır. Söz edilen kavramlar, Türkiye’de sağlık sistemini üzerinde; tam gün yasası, aile hekimliği uygulaması, toplam kalite yönetimi uygulaması, genel sağlık sigortası uygulaması, performans dayalı ödeme sistemi uygulaması gibi yeni uygulamaların hayata geçmesine neden olmuştur. Bu uygulamaların yürütümünün ise performans kavramı ile sağlanacağına inanılmıştır. Sıralanan uygulamalardan performans ile ilişkisi olanları şu şekilde açıklamak gerekirse:

Tam gün yasası: Yasanın amacı kabaca, sağlık bakanlığına ait hastanelerde çalışan hekimleri özel muayenehanelerden uzaklaştırmak, gün içinde kurumda kalacakları süreyi uzatmak şeklinde tanımlanmaktadır. Böylelikle devlet, hem hekim üzerinde denetimini sıkılaştırmış olacak hem de hekim ile hasta arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmış olacaktır. Ancak bu uygulama performansı artırma isteği ile hekimi özel polikliniğinden elde edeceği gelirinden mahrum kalacağı için gün içinde çok fazla girişimsel işlem uygulamaya ve daha fazla hasta muayene etmeye itecektir.

Toplam kalite yönetimi: hasta memnuniyeti, etkinlik ve verimlilik kavramlarından oluşan bu uygulama ile sağlık kurumlarında nitelikli hizmet

sunumu elde edilmek istenmektedir. Ancak, toplam kalite kavramının daha çok kar odaklı şirketlerin karlılık düzeyini arttırmayı hedefleyen bir işletme terimi olduğu unutulmamalıdır. Sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve buna bağlı olarak sağlık kurumlarının sağlık işletmesine dönüşmesiyle; toplam kalite kavramı hastanelere entegre edilmiş, böylelikle hastanelerin karlılık oranlarının artırılması hedeflenmiştir. Hastanelerin kar-zarar durumu, sağlık hizmetleri sunumunun yoğunluğu ile ilişkili olacağı için; sağlık emek-gücü açısından sömürünün artmasına, çalışanlar arasında rekabet ortamı yaratılmasına ve dayanışma bilincinin zedelenmesine, bunlara bağlı olarak da daha fazla tıbbi işlem uygulamasının yapılmasına neden olacaktır. Böylelikle performans kavramı ile toplam kalite kavramı arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Performansa dayalı ödeme sistemi: SB'ye bağlı bir sağlık kurumunda çalışan personelin unvanı, çalışma şartları, çalışma süresi, görevi, yaptığı muayene, ameliyat ve girişimsel işlemlerin oranlarına bağlı olarak, çalıştığı sağlık işletmesinin döner sermaye gelirinden aldığı ek ödeme olarak tanımlanmaktadır. Bu durumda bir çalışanın aylık kazancını belirlemede esas olan unsurun, o kişinin performansı olduğu söylenebilir. Çalışanın ay sonunda döner sermayeden alacağı ücretini arttırma amacının temel nedeni yıldan yıla sağlık çalışanlarının taban maaşlarında düşüşlerin yaşanıyor olması olabilir.

Sağlık sisteminde performansı yani yapılan işlem sayısını arttırmaya yönelik bu uygulamalar sosyal güvenlik sistemine de finansman açısından etki etmektedir. İşlem sayılarının artması, hem hizmet yararlanıcılarının hem de devletin sağlık harcamalarının oranını arttırmaya neden olmaktadır. Bu durum zaten aktif-pasif sigortalı dengesinde bozulma nedeniyle finansman krizine giren sosyal güvenlik sistemine ek bir finansman yükü getirmektedir.

Sağlık alanında uygulanan bu uygulamaların, işlem oranları üzerinde ne gibi etkileri olduğunu incelemeye dayanan bu çalışmaya göre aşağıdaki bulgular tespit edilmiştir;

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, her yıl yapılan toplam ameliyat sayısı ile her yıl hastaneye gelen ayaktan muayene sayısı birbirine bölündüğünde, tüm yıllar için, ayaktan muayeneye gelen kişilerin %3'ünün ameliyat edildiği görülmektedir. Hastanede ağırlıklı olarak C sınıfı ameliyatların yapıldığı, ikinci

olarak da E sınıfı ve günübirlik ameliyatlara ağırlık verildiği görülmektedir. E sınıfı ameliyatların yoğunluk düzeyinin ikinci sırada olmasının temel nedeni; gün içinde muayene edilen hasta sayısının, reçeteleme işleminin ve hekimlerin gün içindeki yoğunluğun fazla olması, bunlara bağlı olarak da hekimlerin fazla işlem yapmaktan kaçınmak istemeleri olabilir. E sınıfı ameliyatlar genellikle gün içinde yapılan ve hastanın aynı gün veya ertesi gün taburcu olmasına olanak tanıyan ameliyatlardır. Bu ameliyatların sayısının artması performans ödemelerinin de artmasına neden olmaktadır. Oysa A ve B sınıfı ameliyatlar hasta açısından daha çok önem arz eden ve riski de yüksek olan ameliyatlardır. Bu tip ameliyatların sayısındaki azalış hem riskin artması hem yatış süresinin artması hem de son yıllarda yaşanan sağlık çalışanlarına şiddetin bir sonucu olabilir.

Ameliyat işlemlerine ek olarak, hekimlerin performans ücretlerini arttırmakta önemli olan BT, MR ve koroner anjiyografi işlemlerine ait verilere de bakmak, doğru yorum yapmak açısından önemlidir. 2012-2017 yılları arası karşılaştırma yapıldığında, 2017 yılında 2012 yılına göre BT çekimlerinin değişim oranı %33 artmıştır. Aynı yıllar için MR çekim oranı karşılaştırıldığında artış oranı %61 olarak, koroner anjiyografi işlemi ise %243 olarak tespit edilmiştir.

Yıl aralığının az olmasına karşın, artış oranlarının bu kadar yüksek olması; hekimlerin hastalar ile geçirdikleri süreleri kısaltmak ve daha net teşhis koymak amacıyla bu tip cihazların kullanımına daha çok yöneldiklerini göstermektedir. Oysaki yapılan araştırmalar sonucuna göre; radyolojik tetkiklerin %20'sinin gereksiz uygulamaya girdiği ve hastanın dikkatli bir şekilde fiziki muayene edilmesiyle bu tip işlemlere gerek kalmadan doğru teşhis yapılabileceği kanıtlanmıştır. Benzer şekilde, radyolojiye dayalı teşhislerin çok gerekmedikçe başvurulmasının doğru olmadığı çünkü görüntüleme araçlarının çok hassas cihazlar olduğu ve bu cihazlara bağlı olarak hastalık olarak nitelendirilemeyecek şeylerin tespit edilmesinin kolaylaştığı göz önüne alınmalıdır. Ayrıca görüntüleme cihazlarının pek çoğunda radyasyon riski olduğu da göz ardı edilmemelidir. Bu değerlendirmeler ele alındığında, hekimlerin radyolojik destek almalarının daha çok performansa dayalı ücretlerini arttırmak amacıyla yapıldığı düşünülmektedir.

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ise durum şu şekilde gelişmiştir;

Bir ihtisas hastanesi olmasına bağlı olarak; ilk yıllar A sınıfı ameliyatın yoğunlukta olduğu, E sınıfı ameliyatların en az yoğunluğa sahip olduğu görülmektedir. Ancak bu durum ilerleyen yıllarda farklılık göstermiştir. Örneğin, 2014 yılından bu yana en fazla ameliyat işlemi yapılan sınıf E sınıfıdır. 2017 yılında, E sınıfı ameliyatların toplam ameliyat içindeki ağırlığı %33'e çıkmıştır. Aynı yılda ikinci sırada uygulanan ameliyat sınıfı %24 ile B sınıfı ameliyatlardır ve A sınıfı ameliyatların %23 ile üçüncü sıradaki ameliyat grubu olduğu tespit edilmiştir. Oysa bir ihtisas hastanesinde üçüncü basamak olması dolayısıyla diğer sağlık kuruluşlarında yapılamayan A grubu ameliyatların sayısının daha fazla olması gerektiği ileri sürülebilir. Çünkü ihtisas hastaneleri belirli bir alanda uzmanlaşmaya, organ nakli gibi riskli işlemler üzerinde yoğunlaşmaya yönelik çalışmalar yürüten hastanelerdir. Buna karşın yıllar içinde A sınıfı ameliyatların düşüş göstermesi ve E sınıfı ameliyatların büyük bir öneme sahip olması; hekimlerin riskli işlemlerden kaçındığını, yatak işgal oranını azaltan ancak performans ödemesini arttıran işlemlere yoğunlaştığını göstermektedir. Çünkü E sınıfı ameliyatlar günü birlik uygulanan, kısa sürede biten ve gün içinde birden fazla yapılabilen işlemlerdir. Bu durum ise ihtisas hastanelerinin fonksiyonunun değişim içinde olduğunu göstermektedir.

Türkiye geneli ise durum şu şekilde gelişmiştir; 2017 yılında, 2012 yılına göre ameliyat oranlarında %208'lik bir artış tespit edilmiştir. Buna karşın, toplam nüfus yalnızca %24 artış göstermiştir. 2002 yılı ile 2010 yılı karşılaştırıldığında; E sınıfı ameliyatlara ilişkin değişim ise %574 artış şeklinde gerçekleşmiştir.

Performans ücretine artış sağlayan bir diğer unsur ise, reçetelenen ilaç sayısıdır. 2003 yılında kişi başı tüketilen kutu ilaç sayısı 11'ken, 2017 yılında 28'e çıkmıştır.

Türkiye genelinde tıbbi görüntüleme teknikleri açısından 2008 yılı ile 2017 yılları karşılaştırıldığında; MR çekimlerinde %305, BT görüntülemelerinde ise %201 artış olduğu görülmektedir. Muhakkak yıllar içinde cihaz sayılarındaki artışa bağlı olarak, işlem oranlarında da artış yaşanması normal bir durumdur. Ancak bu denli yüksek oranlara ulaşılmasını olağan karşılamak hata olacaktır. OECD raporlarına göre; Türkiye'de bulunan MR cihaz sayısı, OECD ülkelerinin ortalamasına bakıldığında daha azdır. Buna rağmen Türkiye, yıllardır MR görüntülemesinin en yoğun kullanıldığı tek ülke olma özelliğine sahiptir. 2014-

2017 yılları arasında Türkiye, A.B.D., Fransa, Lüksemburg, İzlanda, İspanya, Danimarka, Estonya ülkelerine ait MR görüntülemelerine ilişkin değerlendirme yapıldığında; Türkiye dışındaki yedi ülkenin MR görüntüleme ortalaması sırasıyla, 86, 85, 90, 83 çıkarken Türkiye'nin yıllar itibariyle MR görüntüleme oranı; 143, 157, 174, 133 şeklinde sıralanmıştır.

Araştırma bölümüne ilişkin elde edilen bulgulardan değinilmesi gereken bir diğer değer koroner anjiyografi işlemleridir. Türkiye'de 2008 yılı ile 2016 yılları arası koroner anjiyografi işlemlerinde %112 artış olduğu ve nüfusun %2'sine düzenli olarak koroner anjiyografi işlemi uygulandığı tespit edilmiştir.

Söz edilen bu değişimlerin genel sağlık sigortası üzerindeki etkisinin yorumlanması, sistemin işlerliği konusunda açıklayıcı bir etkiye sahip olacaktır. Genel sağlık sigortasının amaçları; sağlık harcamalarını azaltmak, daha etkin ve verimli bir sağlık sistemi oluşturmak, ilaç ve tıbbi malzeme israfını azaltmak, hasta hekim ilişkisini maddiyata dayalı ilişkiden çıkarmak, korumacı, adil, kolay erişilebilir sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmek şeklinde sıralanmaktadır. Ancak görülmektedir ki; performans kavramının sistem üzerindeki kurduğu baskı sonucu, genel sağlık sigortası amacına ulaşmakta yetersiz kalmıştır. 2000-2017 yılları karşılaştırıldığında toplam sağlık harcamalarının %1605 artış gösterdiği göz önüne alınırsa, sağlık harcamalarının azalmadığı, aksine hızlı bir artış içinde olduğu görülmektedir. Benzer artışlar kişi başı sağlık harcamaları ve kişi başı cepten yapılan sağlık harcamalarında da yaşanmıştır. Sağlık harcamalarında, artış oranının yüksek çıkmasının esas nedenleri; sağlık alanında girişimsel işlemlerin yoğunluğunun artması, ilaç tüketiminin artması, tıbbi görüntüleme tekniklerinin yoğun olarak kullanımı şeklinde sıralanabilir. Çünkü hekimlere ödenen işlem başına ücret; hekimleri daha fazla işlem yapmaya itmiş, böylelikle sağlık harcamalarında artış yaşanması kaçınılmaz olmuştur. Hizmet sunumundan faydalanan kişiler açısından gerek tıbbi görüntüleme cihazlarının kullanımının gerekse tedavi veya teşhis amaçlı yapılan girişimsel işlemlerin ücretinin fazla olmasıyla, ucuz hizmet sunumundan faydalanılamamaktadır. Aksine, sağlık hizmetinin bir kişi açısından pahalı olmasına neden olmaktadır. 2003 yılı asgari ücret (226 TL) ile aynı yılın kişi başı sağlık harcamaları (363 TL) oranlandığında; sağlık harcamasının asgari ücrete oranı %62'dir. 2017 yılı için asgari ücretin (1.404 TL), kişi başı sağlık harcamasına (1.751 TL) oranının sonucu %80 çıkmakta ve bu

da yıllar itibariyle artan asgari ücretin, kişi başı yapılan sağlık harcamalarının gerisinde kaldığını, böylelikle sağlık hizmetinin kişi başına pahalandığını göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının taban maaş düzeyinin performans ödemeleri üzerindeki etkisi göz önüne alınarak, taban maaşlarında azalış değil artış politikası güdülmelidir. Performans ödemelerini arttırarak, aylık kazancını yüksek tutmaya çalışan sağlık çalışanları, yoğun ve tahammülsüz çalışma ortamına sahip olacaktır. Bu da çalışma barışını bozacaktır. Ek olarak hekimleri kısa sürede daha fazla hasta ile ilgilenmeye ve bir hasta üzerinde daha fazla işlem uygulamaya itecektir. Geniş çerçeveden bakıldığında, tedavi sürecinden memnun kalmayan hastaların sayısında artış ve hekimlerin mesleklerinden alacakları hazda azalış görülmesi olasıdır.

Sağlık hizmetinin sağlık sektörüne dönüşmesi ile hasta hekim ilişkisinin, müşteri-hizmet sunumu ilişkisine dönüşmesi; hasta ve hasta yakınlarında “müşteri her zaman haklıdır” bilincinin oluşmasına neden olacaktır. Bu durum hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik kabalaşmasına, hatta şiddete varan davranışlar sergilemesine neden olmaktadır. Şiddet olaylarına ve kaba davranışlara maruz kalan sağlık çalışanları da hastalara yönelik daha umursamaz olabilmekte ve hekimler hastaları ile uzun süre ilişki kurmaktan, riskli işlemleri yapmaktan kaçınabilmektedir. Kısa süreli teşhis ve tedavi uygulaması yürütmek isteyen hekimler, ağır vakalardan kaçınma eğilimine geçebilmektedir. Bu durum ise E sınıfı ameliyatlarda artışların yaşanmasına neden olurken, A ve B sınıfı ameliyatlarda azalmalara neden olabilmektedir.

Sonuç olarak söylenebilir ki;

- OECD raporlarına göre cihaz sayısı az olmasına karşın en fazla MR görüntüsü alınan ülke Türkiye'dir.
- Yıllık kişi başına düşen kutu ilaç miktarı her yıl artış içindedir.
- Kişi başı cepten ödemelerde her yıl artış yaşanmıştır.
- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarında artış yaşanmıştır.
- E sınıfı ameliyatlarda artma, A sınıfı ameliyatlarda azalma görülmüştür.
- Nüfus ile ameliyat oranları hesaplandığında; ameliyat oranları, nüfus artış hızından bağımsız olarak, her yıl yükselmiştir.
- Hekimler ile hastaların beraber geçirdikleri sürede azalma görülmüştür.

- MR cihazlarının uzun saatler kesintisiz çalıştığı tespit edilmiştir.
- Sağlıkta Dönüşüm Projesinin hedeflerinin gerçekleşmediği, aksine SGK üzerine büyük yükler bindirdiği görülmüştür.
- Sağlıkta reform süreci hedeflediği amaçlara ulaşım konusunda yetersiz kalmıştır.
- Sağlıkta dönüşüm ile işlem oranlarında büyük artışların yaşandığı ve buna bağlı olarak, sağlıkta dönüşümün etkinlik kavramının işlerliğinin sorgulanması gerektiği görülmüştür.

Temelde elde edilen bu sonuçların; performans kavramından kaynaklandığı ve performansa dayalı ödeme sistemi üzerinde suistimallerin yaşandığı ortadadır. Bu ödeme sistemi yerine emeklilikte de etki yaratacak ücretlerde bir iyileşmeye gidilmesi hem suiatimallerin engellenmesine hem gereksiz işlemlerin azalmasına dolayısıyla maliyet azalışına hem de sağlık çalışanları arasındaki gerilimlerin azalmasına, sosyal adalet ve sosyal barışın sağlanmasına neden olacaktır.

Son yıllarda yetkililer tarafından yeni reform arayışına girilmesi, doğru ve yerinde bir adım olarak görülebilir. Ancak acele edilmeden, detaylı araştırmalar doğrultusunda adımlar atılması gerekmektedir. Çünkü bilinmelidir ki yeni sistemin kurulması ve bu sistemin işlerliğini sağlamaya yönelik atılan adımlar, belirli bir bütçeye bağlıdır. Bu durum ise finansal problemleri beraberinde getireceği için yoğun ve detaylı çalışmalar yürütülmesi gerekmektedir.

Son olarak, çalışmanın Sağlık Bakanlığına bağlı iki devlet hastanesine ait yansıması bu şekilde gelişmiştir. Sağlıkta dönüşüm sürecinin, özel sağlık hizmeti kurumlarında ne gibi etkilere sahip olduğu, sistemin yarattığı etkileri yorumlamak açısından büyük öneme sahiptir. Bu nedenle literatüre zenginlik katması açısından bu tip bir çalışma yapılması ve her iki çalışmanın karşılaştırılması sistemin eleştirilmesinde katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu.

Ağartan, T. (2017). Sağlıkta Reform Salgını. Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan & Çağrı Yoltar (Der.), *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar* içinde (s. 33-54). İstanbul: İletişim.

Ağır, H. & Tıraş, H. H. (2018). Türkiye'de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 643-670.

Aka, A., Kablay, S., & Demir, C. M. (2012). *Neoliberal Politikalar ve Sağlık Çalışanları*, Ankara: Nobel.

Akbulut, T. (1986). *Uygulamalı İşçi Sağlığı*, Samsun: Eser.

Akçay, Ü. (2015). Ücret Yapısı. Çağatay Edgücan Şahin, Kerem Gökten & Ümit Akçay (Çev.), *Çalışma Ekonomisi* içinde (s.333-368). Bursa: Dora.

Akdağ, R. (2008). *İlerleme Raporu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Akdağ, R. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Akdemir, N. & Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve Hemşirelik, *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 13:1, 82-91.

Akdur, R. (1998). Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Politikaları, Recep Akdur, Meltem Çöl, Aysel Işık, Aysun İdil, Meral Durmuşoğlu & Arslan Tunçbilek (Der). *Halk Sağlığı* içinde (s.3-53), Ankara: Antıp Yayınları.

Akdur, R. (1999). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Akın, L. (2005). Sigortalılık Kavramı Açısından Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısının Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 54:2, 23-63.

Akpınar, T. (2014). Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Ekonomi Politikası: Kuruluş Süreci, *Çalışma ve Toplum*, 3, 134-158.

Akpınar, T. A. & Taş, Y. (2013). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Hekimlerin Tutumları Üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Bir Araştırma, *Çalışma ve Toplum*, 2, 167-181.

Akyüz, F. (2011). *Türkiye'de Kapitalizmin ve Sosyal Güvencesizliğin İnşası*, 1. Baskı, İstanbul: SAV.

Allen, P., Bartlett, W., Perotin, V., Zamora, B., & Turner, S. (2011). New Forms Of Provider In The English National Health Service, *Annals of Public and Cooperative Economics*, 82(1), 77-98.

- Alper, Y. (2011a). Sosyal Güvenlik, Aysen Tokol & Yusuf Alper (Ed.) *Sosyal Politika* içinde (s.160-193). Bursa: Dora.
- Alper, Y. (2011b). Sosyal Güvenlik Reformu ve Finansmanla İlgili Beklentiler, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 7-47.
- Alper, Y. (2013). *Türk Sosyal Güvenlik Sistemi Sosyal Sigortalar Hukuku*, (5. Baskı), Bursa: Dora.
- Alper, Y. (2014). *Türk Sosyal Güvenlik Sistemi Sosyal Sigortalar Hukuku*, (6. Baskı), Bursa: Dora.
- Alper, Y. (2015a). *Türk Sosyal Güvenlik Sistemi Sosyal Sigortalar Hukuku*, (7. Baskı), Bursa: Dora.
- Alper, Y. (2015b). Sosyal Güvenlik Reformu (2008-2016):Kapsamla İlgili Gelişmeler, *Sosyal Siyaset Konferansları*, 68, 1-23.
- Altıntaş, C. (2015). Uluslararası Çalışma Örgütü ve Uluslararası Sosyal Güvenlik Teşkilatı (ISSA) Tarafından Yayımlanan Uluslararası Belgelerde Sosyal Güvenliğin Kapsamı ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, *Sosyal Güvence Dergisi*, 7(3), 35-57.
- Altun, R., Aydın S., Chakraborty S. & Sümer S. (2013). Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity, *The Lancet*, 382, 65-99.
- Apak, S. & Taşcıyan, K. H. (2010). Türkiye’de Bireysel Emeklilik Sisteminin Gelişimi, *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 2(2), 121-129.
- Arıcı, K. (2012). Sosyal Güvenlik Teknikleri, Yusuf Alper & Seda Tekeli (Ed.). *Sosyal Güvenlik* içinde (s.62-91). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Arık, Ö. & İleri, Y. Y. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Türkiye’de Yeni Yaklaşım; Teşhis İlişkili Gruplar (TİG), *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dergisi*, 7(2), 45-50.
- Ashall, F. (2006), *Olağanüstü Buluşlar*, Gülgün Selamoğlu (Çev.), (2. Baskı), Ankara: TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları 208.
- Ataay, F. (2008). Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları, *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), 169-184.
- Atalay, A. S. (2015). Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu Özel Ortaklığı, Gülbiye Yenimahalleli-Yaşar, Asuman Göksel & Ömür Birler (Der.), *Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa* içinde (s.57- 84). Ankara: Notabene.
- Atasever, M. & Karaca, Z. (2017). Türkiye Tıbbi Cihaz Sektörünün Değerlendirilmesi, Mehmet Atasever (Ed.). *Türkiye Tıbbi Cihaz Sektör Analizi* içinde (s.41-71), Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Ateş, M. (2016). *Sağlık Sistemleri*, (3. Baskı), İstanbul: Beta.
- Atılğan, A. (2016). *Neoliberal Dönemde Sosyal Güvenlik*, (1. Baskı), İstanbul: Beta.
- Avrupa Sosyal Şartı (1965).
- Aydın, S. & Demir, M. (2006). *Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*, Ankara: Onur Matbaacılık.

- Aydoğdu, A. Aydoğdu, Y. & Yakıncı, A. D. (2017). Temel Radyolojik İnceleme Yöntemlerini Tanıma, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 1-10.
- Ayhan, A. (2012). Sosyal Güvenlik Kavramı & Sosyal Güvenlik İlkeleri, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 41-55.
- Bayri, O. (2013). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Kurum ve Kapsam Olarak Gelişimi ve Sosyal Güvenlik Adaleti, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 3(2), 18-60. Belek, İ. (2004). *Esnek Üretim Derin Sömürü*, (1. Baskı), İstanbul: NK.
- Belek, İ. (2009). *Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü*, (3. Baskı), İstanbul: Yazılama.
- Belek, İ. (2014). *Avrupa Sağlık Reformları Kel Göründü*, (1. Baskı), İstanbul: Yazılama.
- Bilaloğlu, E. (2015). 2003-2013 Sağlıkta Dönüşüm Programı, Gülbiye Yenimahalleli-Yaşar, Asuman Göksel & Ömür Birler (Der.), *Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa* içinde (s.15-20). Ankara: Notabene.
- Bilir, N. (2006). Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 1-6.
- Bocutoğlu, E. (2012). *Makro İktisat Teoriler ve Politikalar*, 9. Baskı, Ankara: Murathan.
- Bonita, R., Beaglehole R. & Kjellstrom T. (2006). *Basic Epidemiology*, (2. Edition), China:WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- Bulut, A. (2017). Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi, Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ & Çağrı Yoltar (Der.). *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar* içinde (s.111-124). İstanbul: İletişim.
- Cheng, X. (2010). Swedish Pension Reform:Reflections and Lessons, *Internation Journal of Business and Management*, 5(12), 153-161.
- Çakır, Ö. & Tang Y. (2015). Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Meta Analizi Çalışması İle Değerlendirilmesi, *İş Yazıları Dergisi Karatahta*, 2, 83-101.
- Çam, H. (2016). Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi: Karaman Devlet Hastanesi Örneği, *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 14-27.
- Çeken, H., Ökten Ş. & Ateşoğlu L. (2008). Eşitsizliği Derinleştiren Bir Süreç Olarak Küreselleşme ve Yoksulluk, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 9(2), 79-95.
- Çelebi, A. K. & Cura, S. (2013). Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz, *Maliye Dergisi*, 164, 47-67.
- Çelebi-Çakıroğlu, O. & Harmancı-Seren A. K. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(3), 37-43.

- Çelik, Y. (2007). Sağlık Çalışanlarının Ücretlendirilmesinde Kullanılan Mevcut Ödeme Yöntemleri ve Performansa Dayalı Ücretlendirme Sisteminin Önemi, Hamza Ateş, Harun Kırılmaz & Sabahattin Aydın (Ed.) *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi* içinde (s.174-206). Ankara: Asil.
- Çelikay, F. & Gümüş E. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi, *SBF Dergisi*, 66(3), 55-92.
- Çımrın-Kökalan, D. & Durdu, Z. (2015). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Dönüşümü ve Bireysel Emeklilik Sistemi, *Emek ve Toplum Dergisi*, 4(8), 60-79.
- Çiçeklioğlu, M., Öcek, Z., Yücel, U., Özdemir, R., Türk, M., & Taner, Ş. (2013). Birinci Basamak Hekimi Olarak Aile Hekimi, Zeliha Öcek ve Meltem Çiçeklioğlu (Ed.). *Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü?* içinde (s.94-116). Ankara: Türk Tabipler Birliği.
- Demir, M. (2007). Sağlık Bakanlığı’nda Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemi, Hamza Ateş, Harun Kırılmaz & Sabahattin Aydın (Ed.), *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi* içinde (s.279-306). Ankara: Asil Yayın.
- Demircan, N. & Ceylan. A. (2003). Örgütsel Güven Kavramı: Nedenleri ve Sonuçları, *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 10(2), 139-150.
- Dertli, N. & Taştan O. C. (2012). Dünya’da Çalışma İlişkileri: Sanayi Devriminden 1945’e Kadar, Ahmet Makal (Ed.). *Çalışma İlişkileri Tarihi* içinde (s.26-52). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Dikici, M.F. Kartal M., Alptekin S., Çubukçu M., Ayanoğlu A. S. & Yarış F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplinin Tarihçesi, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 27(3), 412-418.
- Dilik, S. (1988). Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 43(01), 41-80.
- Doğan, K. C. (2016). Küreselleşme ve Neo-Liberal Kuşaklar Çerçevesinde Devleti Konumlandırma Sorunsalı: “Minimal Devlet’ten Düzenleyici Devlet’e”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(43), 1795-1803.
- Dönmez, S. (2017). Radyasyon Tespiti ve Ölçümü, *Derleme Dergisi*, 3, 172-177.
- Durmaz, Ş. (2010). *Türkiye’de Uygulanan Ücret Politikaları*, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tez. <http://tez.sdu.edu.tr/Tezler/TS00946.pdf>
- Eken, M. H. & Gaygısız, H. (2010). Bireysel Emeklilik Şirketlerinde Risk Yönetimi ve Türkiye Örneği, *Maliye Finans Yazıları*, 24(88), 55-78.
- Ekin, A. (2012). Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları ve Esasları, *Türk Tabipleri Birliği Dergisi*, 100, 151-166.
- Elbek, O. & Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1), 35-44.

- Elbek, O. (2015). Her şey Sermaye İçin Sevgilim, Gülbiye Yenimahalleli-Yaşar, Asuman Göksel & Ömür Birler (Der.). *Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa* içinde (s.21-56). Ankara: Notabene.
- Elçin, A. B. (2012). *Küreselleşmenin Tarihçesi*, Ankara.
- Er, Ü. (2011). *Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası*, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. <http://acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/6048/>
- Ercan, F. (2013). Meta Neleri İçerir? Sağlık Hizmetlerinin Metalaşması, Osman Elbek (Ed.) *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* içinde (s.15-40). İstanbul: Hayykitap.
- Erdal, S. (2012). *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti Uygulamaları Açısından İsveç Modelinin Değerlendirilmesi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi. <http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.12397/12080>
- Ergül, H. F. (2006). Kurumlarda Ücret, Ücret Sistemleri ve Ücret- Başarı İlişkisi, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(18), 92-105.
- Ergün, C. & Dericioğulları-Ergün, A. (2010). Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma, *Toplum ve Demokrasi*, 4(8-9-10), 33-54.
- Erol, H. & Bostan A. (2009). Küreselleşme ve Türkiye İşgücü Piyasalarında Dönüşüm, A. Özdemir ve M. Eser (Ed.). *Küreselleşme* içinde (s.173-198). Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Etiler, N. (2011). Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri, *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(42), 2-11.
- Fişek, G. (2014). *Çalışma Yaşamında Sağlık Güvenlik*, (2. Baskı), Ankara: Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı Yayınları.
- Fişek, G. Özşuca Ş. T. & Şuğle M. A. (1997). *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996*, Ankara: Sosyal Sigortalar Kurumu Yayını.
- Fişek, N. H. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını.
- Gökbayrak, Ş. (2010). Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2, 141-162.
- Gökbunar, A. R. & Koç, Ö. E. (2009). Demografik Değişimlerin Sosyal Güvenlik Kurumlarına Etkisi ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Mali Yapısının Analizi, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 15-34.
- Gülcan, E. (2017). Avrupa Birliği’nde ve Türkiye’de Yeni Sosyal Riskler ve Sosyal Koruma, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(51), 964-984.
- Gülmez, M. (2007). Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartına Uyum Sağlayabilecek miyiz?, *Çalışma ve Toplum*, 1, 27-52.

- Gülmez, M. (2011). *Uluslararası Sosyal Politika*, (3.Baskı), Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
- Günaydın, D. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 60, 323-365.
- Güvercin, A., Mil, İ. E. & Tarım, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(13), 80-94.
- Güvercin, H. C. (2004). Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 52(2), 89-95.
- Güzel, A., Okur, R. A. & Caniklioğlu, N. (2016). *Sosyal Güvenlik Hukuku*, (16. Baskı) İstanbul: Beta Yayınevi.
- Güzel, A., Okur, R. A. & Caniklioğlu, N. (2018). *Sosyal Güvenlik Hukuku*, (17. Baskı) İstanbul: Beta Yayınevi.
- Hamzaoğlu, O. (2013). Dünyada Sağlık Reformu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri, *Toplum ve Hekim*, 28(3), 172-180.
- Hamzaoğlu, O. (2016). Hava Kirliliği, Nedenleri ve Sağlık Etkileri, Onur Hamzaoğlu (Der.). *Kocaeli’nde Sanayi Doğa ve İnsan* içinde (s.35-41). İstanbul: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Hamzaoğlu, O. (2017). Dünyada Sağlık Reformu: Sağlık Hizmetlerinde Neden Kriz, Neden Reform/Dönüşüm? Gülbiye Yenimahalleli-Yaşar, Asuman Göksel & Ömür Birler (Der.), *İnsana Karşı Piyasa Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik* içinde (s. 21-43). İstanbul: Notabene Yayınları.
- İçli, G. (2011). Küreselleşme ve Sınıf, Neslihan Sam & Rıza Sam (Edt), *Küreselleşen Dünyada Değişimin Farklı Yüzleri Disiplinler Arası Bir Yaklaşım* içinde (s. 369-391). Bursa: Ezgi Kitabevi.
- İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi.
- İstanbulluoğlu, H. Güleç M. & Oğur R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri, *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- İzgi-Balcı, B. (2008). Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Son Gelişmeler, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 1, 85-107.
- Kablay, S. (2002). Sağlık Bakanlığının Hastaneleri Özerkleştirme Politikasına Eleştirel Bir Bakış, *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, 3 (11-12), 36-41.
- Kablay, S. (2009). *Yeni Görüntüleme Teknolojilerinin Bunlarla Çalışanlar Üzerindeki Etkileri: Ankara İli Örneği*, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.
- <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Kablay, S. (2011). Sağlık Alanında Uygulanan Ücret Politikalarının Bir Aracı Olarak Döner Sermaye Primi Uygulamaları, Ömür Birler, Simten Coşar, Hakan Mihci & Gamze Yücesan Özdemir (Der.). *2000’li*

- Yıllarda Türkiye’de İktisat ve Siyaset Rüzgarları* içinde (s.49-69). Ankara:Efil.
- Kablay, S. (2012). Sağlık Bakanlığı’nın Hastaneleri Özerkleştirme Politikasına Eleştirel Bir Bakış, *Kamu Yönetimi Dünyası*, 11, 36-42.
- Kablay, S. (2013). Sağlık Emekçilerinin Gözünden Hasta Hakları Uygulaması, *İnsan Hakları Yıllığı*, Cilt 31, 63-82.
- Kablay, S. (2014). Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Uygulaması ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi, *İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 6(4), 85-110.
- Kablay, S. (2018). Sağlık Çalışanlarına Şiddet, *Çalışma Ortamı Dergisi*, 58, 17-19.
- Kapar, R. (1999). Şili Sosyal Güvenlik Sisteminde Sağlık ve Emeklilik Sigortalarında Yaşanan Değişimler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 167-189.
- Kart, E. (2013). Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri, *Çalışma ve Toplum*, Dergisi, 3, 103-140.
- Kaştan, Y. (2016). Osmanlı İmparatorluğu’nda Kömür Ocaklarının Tanzimat ve Meşrutiyet Dönemlerinde İşletilmesi, *Osmanlı Medeniyeti Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 1-26.
- Kesici, R. M. (2013). *Emek Piyasaları*, Ankara: Dipnot Yayınları.
- Kestane, D. (2003). Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği, *Maliye Dergisi*, 142, 126-144.
- Kılıç, B. & Bumin, Ç. (1993). Sağlık Sistemleri, *Toplum ve Hekim*, 8(53), 41-47.
- Kılıçaslan, A. & Kılıçaslan Z. (2013). Aşırı Tanı ve Tedavi, Osman Elbek (Ed.) *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* içinde (s. 177-192). İstanbul: Hayykitap.
- Kırılmaz, H. Amarat M. & Ünal Ö. (2017). Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi, *Strategic Public Management Journal*, 3(6), 78-104.
- Kitapçı, İ. (2007). *Sosyal Devler Işığında Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Reform Arayışları*, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2007. <http://tez.sdu.edu.tr/Tezler/TS00593.pdf>
- Kizek, Ö., Türkkan, A. & Pala, K. (2010). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Bursa İlinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkisi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(6), 613-622.
- Koç, M. & Akyol, B. (2016). Türkiye Sosyal Güvenlik Sistemi İle Almanya Sosyal Güvenlik Sisteminin Karşılaştırılması, *International Balkan and Near Eastern Social Sciences Congress Series*, 5, 542-551.
- Koç, M. (2006). Sosyal Güvenlik ve Beveridge Raporu, *Mali Çözüm Dergisi*, 76, 90-100.

- Kol, E. (2015). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 135-164.
- Kolaylı, G. (2016). *Performansa Dayalı Ek Ücret Sisteminin İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Motivasyon Algılarına Etkisi*, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. <https://bit.ly/31Qq6KS>
- Koş, M. & Akyol B. (2016). Türkiye Sosyal Güvenlik Sistemi İle Almanya Sosyal Güvenlik Sisteminin Karşılaştırılması, International Balkan and Near Eastern Social Sciences Congress Series V. IBANESS Congress Series-Kırklareli, 23-24 Eylül, Kırklareli, 542-551.
- Kritzer, B. E. (1996). Privatizing Sociffil Security:The Chilean Experience, *Social Security Bulletin*, 59(3), 45-55.
- Kurtulmuş-Kıroğlu, M. M. (2006). Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Yeniden Yapılandırılması: AB ve Latin Amerika Ülkelerinde Emeklilik Reformları, *İktisat Dergisi*, 478(1), 18-30.
- Kurum, C. (2015). *Modern Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Kuruluşu: Askeri Tekaüt Sandığı (1866)*. Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Kutlu, D. (2015). *Türkiye’de Sosyal Yardım Rejiminin Oluşumu*, (1. Baskı), Ankara: NotaBene Yayınları.
- Kürkçü-Dumanlı D. (2013). Küreselleşme Kavramı ve Küreselleşmeye Yönelik Yaklaşımlar, *The Turkish Online Journal of Desing, Art and Communication*, 3(2), 1-11.
- Mahiroğulları, A. (2005). Endüstri Devrimi Sonrasında Emegın İstismarını Belgeleyen İki Eser: Germinal ve Dokumacılar, *Sosyoloji Konferansları*, 32, 41-53.
- Makal, A. (1999). *Türkiye’de Tek Partili Dönemde Çalışma İlişkileri:1920-1946*, (1. Baskı), Ankara: İmge.
- Makal, A. (2002). *Türkiye’de Çok Partili Dönemde Çalışma İlişkileri:1946-1963*, (1. Baskı), Ankara: İmge.
- Marx, K. (1847; 1966). *Felsefenin Sefaleti*, Erdoğan Başar (Çev.), Ankara:Başnur Matbaası.
- Marx, K. (1867;2011). *Kapital:Cilt1*, Mehmet Selik & Nail Satlıgan (Çev.), İstanbul:Yordam Yayınları.
- Merter, M.E. (2006). *Toplam Kalite Yönetimi*, (1. Baskı), Ankara: Atlas.
- Mütevellioğlu, N. & Işık S. (2009). Türkiye Emek Piyasasında Neoliberal Dönüşüm, N. Mütevellioğlu & S. Sönmez (Der.), *Küreselleşme, Kriz ve Türkiye’de Neoliberal Dönüşüm* içinde (s.59-204). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Oğlak, S. (2007). *Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası*, İskenderun: İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları-6.

- Oral, A.İ. (2004). Sosyal Güvenlik Kavramının Doğuşu ve Sosyal Güvenlik Sisteminin Gelişimi, Nüvit Gerek (Ed.), *Sosyal Güvenlik Hukuku* içinde (s. 1-18). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Orhaner, E. (2014). *Türkiye’de Sağlık Sigortası*, (1. Baskı), Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Öcal, F. (2017). Neoliberal Sağlık Politikalarının Etkinlik Analizi, *Fiscaoeconomia*, 1(1), 77-98.
- Öcek, Z. (2007). Almanya Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22:(1-2), 83-95.
- Ökten, A.İ. (2007). Tam Gün ve Genel (Yeni) Sağlık Politikalarının Sağlığa, Sağlık Çalışanlarına ve Nöroşirürjiye Etkisi, *Türk Nöroşirürji Derneği Bülteni*, 17, 27-32.
- Önder, R. Ö., Ağırbaş İ. & Yenimahalleli-Yaşar, G. (2011). Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Geçirdikleri İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Yönünden Değerlendirilmesi, *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 10:1, 31-44.
- Ören, K. & Yüksel H. (2012). Geçmişten Günümüze Çalışma Hayatı, *Emek ve Toplum Dergisi*, 1(1), 34-59.
- Özaydın, M.M. (2012). Sosyal Politikanın Dünyadaki Tarihsel Gelişimi, *Sosyal Politika-1*, A. İ. Oral ve Y. Şişman (Ed.), 28(57), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Özbek, N. (2006). *Cumhuriyet Türkiye’sinde Sosyal Güvenlik ve Sosyal Politikalar*, İstanbul: Tarih Vakfı, Emeklilik Gözetim Merkezi.
- Özcan, F. & Yavuz E. (2017). Türkiye’de Sağlık Çalışanları Şiddet Tehdidi Altında, *The Journal of Turkish Family Physician*, 8(3), 66-74.
- Özdemir, S. (2007). *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti*, (2. Baskı), İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları.
- Özkal-Sayan, İ. & Şahan, Y. (2011). Sağlık Bakanlığı’nda Performans Değerlendirme ve Ek Ödeme Sistemi, *Memleket Siyaset Yönetim*, 6(16), 33-70.
- Özmen, Z. (2017). Refah Modelleri Açısından Avrupa’da ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı, *Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 88-117.
- Özmert-Koçer, Ş. (2014). *Almanya Federal Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sistem İçerisinde Sosyal Sigorta Uygulamaları*, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Özpinar, E. (2016). Bebek Ölüm Hızı Türkiye Genelinde Azalırken Neden Suriyeli Nüfusun Fazla Olduğu Yerlerde Artıyor?, *Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı*, Mayıs 2016.
- Öztaş, B. & Bulut, H. (2016). Radyoloji ve Girişimsel Radyoloji Hemşireliği, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(3), 127-134.

- Pala, K. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 72(74).
- Pala, K. (2017). Türkiye’de Sağlık Reformu/Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci, Gülbiye Yenimahalleli-Yaşar, Asuman Göksel & Ömür Birler (Der.), *İnsana Karşı Piyasa Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik* içinde (s.43-74). İstanbul: Notabene.
- Rakıcı, C. & Yılmaz T.Z. (2016). Sosyal Güvenlikte Demografik Dönüşüm ve Türkiye’ye Yansımaları, *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 7(18), 64-89.
- Sargutan, A. E. (2005a). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemleri Yapısı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Sargutan, A. E. (2005b). Sağlık Teknolojisi Yönetimi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 113-144.
- Sargutan, A. E. (2006). *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri- Kavram, Metot ve Uygulamalar, Ülkelerin Sağlık Sektörlerinin Genel ve Malı Yapıları*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Selvi, M. (2014). *Uluslararası Kuruluşların Türkiye’deki Sosyal Güvenlik Mevzuatının Oluşmasındaki Etkileri*, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Yurt Dışı İşçi Hizmetleri Uzmanlık Tezi.
- Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşüm’ün Neresindeyiz? Bundan Sonra Bizi Neler Bekliyor?, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 179-182.
- Sunden, A. (2009), The Swedish Pension System and the Economic Crisis, Center for Retirement Research at Boston College, Center for Retirement Research at Boston College, 9(25), 1-4.
- Sülker, K. (1998). *Dünya’da ve Türkiye’de İşçi Sınıfının Doğuşu*, İstanbul:Cumhuriyet Yayınları.
- Şahin, E. Ç. (2011). *Beşerî Sermaye ve İnsan Kaynakları Eleştirel Bir Yaklaşım*, Ankara: Tan Yayınları.
- Şakar, M. (2011a). *Meslek Yüksekokulları İçin İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku*, (3. Baskı), İstanbul: Beta Yayınevi.
- Şakar, M. (2011b). *Sosyal Sigortalar Uygulaması*, (10. Baskı), İstanbul: Beta.
- Şemin, S. (1999). *Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji*, Ankara: Türk Tabipleri Birliği.
- T. C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu (2009). *Araştırma ve İnceleme Raporu*.
- T. C. Kalkınma Bakanlığı (2014). *Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Malzeme Çalışma Grubu Raporu*, Ankara.
- T. C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2011b). *Radyoloji Anjiyografi*, Ankara.
- T. C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2011c). *Radyoloji Radyonükleid Görüntüleme Cihazları*, Ankara.
- T. C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2011d). *Radyoloji Mamografi*, Ankara.

- T. C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2012). *Radyoloji Kemik Mineral Dansitometre*, Ankara.
- T. C. Sosyal Güvenlik Kurumu (2012). *Avrupa Birliğinde Sosyal Güvenlik*, Ankara.
- T. C. Sosyal Güvenlik Kurumu (2013a). *Tüm Yönleriyle Maluliyet*, Ankara.
- T. C. Sosyal Güvenlik Kurumu (2013b). *On Ülke Sosyal Güvenlik Sistemi*, Ankara.
- T. C. Sosyal Güvenlik Kurumu (2016). *Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu Tanıtım Kitapçığı*, Ankara.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, (2017). *2016 Yılı Faaliyet Raporu*, Ankara.
- T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (2014). *Avrupa Sosyal Şartı*, Ankara.
- T.C. Kamu Denetçiliği Kurumu (2018). *Türkiye'deki Suriyeliler Özel Rapor*, Ankara.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2011a). *Sağlık Hizmetleri Sekreterliği*, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017*, Ankara:Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2011a). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008*, Ankara: Uzman Matbaası.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2011b). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009*, Ankara: Uzman Matbaası.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2011c). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*, Ankara: Uzman Matbaası.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2012). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011*, Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2017a). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016*, Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2017b). *Türkiye Tıbbi Cihaz Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2017-2021)*, Ankara: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu.
- Talas, C. (1983). *Sosyal Ekonomi*, 6. Baskı, Ankara: Sevinç Matbaası.
- Tarcan, E. (2001). Küreselleşmenin Sağlık Üzerine Etkileri ve Sağlık İşletmelerinin Küreselleşme Süreci, *Yönetim Dergisi*, 12(39), 29-43.
- Taşcı, F. (2010). Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri, *Çalışma ve Toplum*, 1, 175-202.
- Taşkın, Ş. & Atak N. (2004). Bebek ve Çocuk Ölümlerinin Değerlendirilmesi: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993 ve 1998, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(1), 1-12.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 11, 103-133.

- Tepe, F. F. (2005). An Introduction To The Swedish Welfare State, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(7), 261-274.
- Tiryaki, D. & Tatar, M. (2000). Sağlık Sigortası Teori ve Uygulama, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(4), 123-138.
- Topçuoğlu, M. K. (2018). *Tıbbi Görüntülemenin Ulusal- Uluslararası Karşılaştırmalı Yaygınlık Analizi*, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Tuncay, A. C. & Ekmekçi, Ö. (2015). *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri*, (17. Baskı), İstanbul: Beta.
- Tuncay, A. C. & Ekmekçi, Ö. (2005). *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri*, (11. Baskı), İstanbul: Beta.
- Turhan, E.S. (2014). *Aile Hekimliği Dünya ve Türkiye Uygulamaları:Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması*, Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Tezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Tümerkan-Albayrak, E. & Birinci, M. (2017). Sosyal Devlet Modelleri:Sosyal Demokrat Model, İsveç-Norveç Örneği, *Journal of Social Work*, 1(1), 64-100.
- Türk Cerrahi Derneği Tutum ve Görüşleri (2009), *Tam Gün Yasa Taslağı Kamuoyu Duyurusu*.
- Türk Tabipler Birliği Raporları (2008). *Sağlık Emek-Gücü: Sayılar ve Gerçekler*, Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu (2009). *Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme*, (1. Baskı), Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Türk Tabipleri Birliği Görüşleri (2005). *Genel Sağlık Sigortası*, (2. Baskı), Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi, *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu* (Rapor No:454, Türkiye Büyük Millet Meclisi, Ankara, 2013.
- Uğurluoğlu, E. & Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 135-160.
- Ulutaş-Ünlütürk, Ç. (2011a). *Türkiye’de Sağlık Hizmeti Üretiminin Dönüşümü*, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi. <http://acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/26435/TEZ.pdf>
- Ulutaş-Ünlütürk, Ç. (2011b). *Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, Ankara: NotaBene Yayınları.
- Ulutürk, S. & Dane, K. (2009). Sosyal Güvenlik: Teori, Dönüşüm ve Türkiye Uygulaması, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(29), 114-142.

- Uyargil, C. (2017). *Performans Yönetimi Sistemi*, (4. Baskı), İstanbul: Beta Yayınevi.
- Üstüner, Y. & Kalav-İdrisoğlu, F. (2014). Kamu Çalışma Etiği ve Neo-Taylorist Uygulamalar: Türk Kamu Sağlık Hizmetinde Performansa Dayalı Ücretlendirme Örneği, *ODTÜ Gelişme Dergisi*, 41, 177-200.
- Üstündağ, N. & Yoltar Ç. (2017). Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi, Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan & Çağrı Yoltar (Der.), *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar* içinde (s. 55-94). İstanbul: İletişim Yayınları.
- WHO, (2018). *2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (Plus Health-Related SDGs)*. Geneva: World Health Organization.
- Yakıcı, Z. D. (2013). Süper İletkenlik ve Manyetik Rezonans Cihazı, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), 1-6.
- Yalçın, S. (2011). Cerrahlarla İlgili Yasalar ve Yönetmelikler, *Turkish Medical Journal*, 5(1), 37-44.
- Yenimahalleli-Yaşar, G. & Uğurluoğlu E. (2010). Neoliberalizm, Küreselleşme ve Sağlık, *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 1-11.
- Yenimahalleli-Yaşar, G. (2007). *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi.
- Yenimahalleli-Yaşar, G. (2011). Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Neoliberal Dönüşümü, *Mülkiye Dergisi*, 35(272), 163-194.
- Yenimahalleli-Yaşar, G. (2015). Türkiye’de Sağlık Güvencesi: Neredeyiz? Gülbiye Yenimahalleli-Yaşar, Asuman Göksel & Ömür Birler (Der.), *Türkiye’de Sağlık, Siyaset, Piyasa* içinde (85-124). İstanbul: Notabene Yayınları.
- Yenimahalleli-Yaşar, G. (2017). AKP’li Yıllarda Sağlık ve Sağlık Politikası, Gülbiye Yenimahalleli-Yaşar, Asuman Göksel & Ömür Birler (Der.), *İnsana Karşı Piyasa Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik* içinde (s. 103-142). İstanbul: Notabene Yayınları.
- Yıldız, H. & Turan, M. (2010). Küreselleşme ve Sağlık, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36(1), 39-41.
- Yılmaz, B. E. (2014). *Sosyal Güvenlik Ekonomisi Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Açıkları, Finansmanı ve Reformu*, İstanbul: Derin Yayınları.
- Yüksel, H. (2016a). *Sosyal Güvenlik Hukuku Primli ve Primsiz Rejim*, Bursa: Ekin Yayınevi.
- Yüksel, H. (2016b). *İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku*, (2. Baskı), Bursa: Ekin Yayınevi.
- Zorlu, M. (2015). Sosyal Hak Kavramının Sınırları Çerçevesinde Sağlığı Kolektif Bir Hak Olarak Kurmanın Olanakları, Gülbiye Yenimahalleli-Yaşar, Asuman Göksel & Ömür Birler (Der.), *Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa* içinde (s. 201-223). Ankara: Notabene Yayınları.

İnternet Kaynakları

Hamzaoğlu, O. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Neler Oluyor? Sorusunu Yanıtlayabilmek İçin. On dokuzuncu Pratisyen Hekimlik Kongresi. İstanbul, 17 Mayıs 2015. http://www.phd.org.tr/19kongresunum/onur_hamzaoglu.pdf [Erişim Tarihi 12 Kasım 2018]

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf?sequence=1> [Erişim Tarihi 1 Mayıs 2018]

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9241547073_eng.pdf?sequence=1 [Erişim Tarihi 1 Mayıs 2018]

<https://bit.ly/2X2iGk6> [Erişim tarihi 1 Ekim 2017]

http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1007 [Erişim Tarihi 1 Mayıs 2018]

<http://www.bbc.com/news/world-us-canada-39233010> [Erişim Tarihi 5 Aralık 2017]

http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/saglik/860414/Beyaz_Kod_un_kara_tablosu.html [22 Haziran 2018]

<http://www.hurriyet.com.tr/gundem/erdogan-en-az-uc-cocuk-dogurun-8401981> [Erişim Tarihi 15 Nisan 2019]

<https://bit.ly/2KyN04d> [Erişim Tarihi 24 Ekim 2017]

<http://www.resmigazete.gov.tr> [Erişim Tarihi 20 Haziran 2018]

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118-1.htm> [Erişim Tarihi 14 Nisan 2019]

http://www.sgg.gov.tr/yayinlar/sgk_tanitim_kitapcigi_turkce.pdf [Erişim Tarihi 13 Mart 2019]

<https://bit.ly/2J7Gpug> [Erişim Tarihi 6 Kasım 2017]

http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html [Erişim Tarihi 8 Nisan 2019]

<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/> [Erişim Tarihi 26.03.2018]

<https://bit.ly/2J1k69N> [Erişim Tarihi 14 Mart 2018]

<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=72velocale=tr> [Erişim Tarihi 8 Nisan 2019]

<https://docplayer.biz.tr/104205-Turkiye-istatistik-kurumu-el-kitabi-olum-nedenlerinin-belgelenmesi.html> [Erişim Tarihi 29 Ocak 2019]

<https://bit.ly/2x8OZU5> [Erişim Tarihi 13 Haziran 2019]

<https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Kurum/22620739?AspxAutoDetectCookieSupport=1> [Erişim Tarihi 06 Ocak 2018]


<https://bit.ly/31QyWZg> [Erişim Tarihi 2 Haziran 2019]

<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> [Erişim Tarihi 14 Mart 2019]

- <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/> [Erişim Tarihi 14 Aralık 2017]
- <https://t24.com.tr/haber/son-6-yilda-68-bin-375-saglik-calisani-siddet-magduru-oldu,671357> [Erişim Tarihi 8 Nisan 2019]
- <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/turkiye-mr-uygulama-sikliginda-oecdde-ilk-sirada/518492> [Erişim Tarihi 15 Nisan 2019]
- <https://www.avrupa.info.tr/tr/avrupa-birligi-temel-haklar-bildirgesi-708> [Erişim Tarihi 24 Ekim 2017]
- <https://www.haberturk.com/turkiye-de-yilda-11-milyon-mr-taramasi-yapiliyor-1717224#> [Erişim Tarihi 17 Mayıs 2019]
- <https://www.iskur.gov.tr/kurumsal-bilgi/istatistikler/> [Erişim Tarihi 14 Nisan 2019]
- <https://www.medicaid.gov/medicaid/finance/index.html> [Erişim Tarihi 14 Mart 2018]
- <https://www.medicare.gov/about-us/how-medicare-is-funded/medicare-funding.html> [Erişim Tarihi 14 Mart 2018]
- <https://nyti.ms/2pCZtYL> [Erişim Tarihi 6 Aralık 2017]
- <https://www.sabah.com.tr/webtv/turkiye/cumhurbaskani-erdogan-genclerimize-en-az-3-cocuk-mumkunse-daha-fazlasini-tavsiye-ediyorum> [Erişim Tarihi 15 Nisan 2019]
- https://www.theatlas.com/charts/ryN_B6rul [Erişim Tarihi 2 Haziran 2019]
- <https://bit.ly/2oG1r7w> [Erişim Tarihi 5 Aralık 2017]
- <https://bit.ly/2Xvteg3> [Erişim Tarihi 15 Ocak 2019]
- <https://bit.ly/2X2VEP2> [Erişim Tarihi 14 Nisan 2019]
- https://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html [Erişim Tarihi 24 Ekim 2017]
- <http://www.mfa.gov.tr/sub.tr.mfa?03af1e06-bd93-40cb-ae4f-2c4ac27672e7> [Erişim Tarihi 14 Haziran 2019]
- Soyer, A. (2007, 1 Ekim). Tam gün kimin için? <http://sendika62.org/2007/10/tam-gun-kimin-icin-ata-soyer-evrensel-15936/> [Erişim Tarihi 20 Nisan 2017]
- Tam Gün Yasası Değişiyor. (2017, 13 Kasım) <https://www.cnnturk.com/video/turkiye/tam-gun-yasasi-degisiyor> [Erişim Tarihi 03 Ocak 2018]
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2008-2017 Demografik Göstergeleri. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 [Erişim Tarihi 15 Ocak 2019]

EKLER

Ek 1:BİMER Tarafından Gerekçeli Ret Yazısı

#1700698039 Başvuru Detayı 

Başvuru Tarihi: 16.05.2017 Başvuru Yolu: İnternet Başvuru Tipi: Bilgi Edinme Hakkı


SAĞLIK BAKANLIĞINA


Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı 15530500022 numaralı öğrencisiyim yürüteceğim akademik çalışmamda ve yüksek lisans tezimde kullanmak üzere 1990 yılından itibaren 2017 yılına kadar son 27 yılda yapılmış Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)'nın yurt geneli taban ve tavan puanlarına ait sayısal verileri ile yıllara göre sınava başvuran ve yerleşen aday sayısını gösteren istatistik bilgilerine, gene aynı yıl aralığına ait Kan, Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR), Koroner Anjiyografi işlemlerinin yıllar içindeki işlem oranlarını gösteren verilere ihtiyaç duymaktayım.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

[Gizle](#)

[Başvuru hareketleri için tıklayınız.](#)

Cevaplar: 

Cevap: SAĞLIK BAKANLIĞI > İSTATİSTİK, ANALİZ, RAPORLAMA VE STRATEJİK YÖNETİM DAİRESİ BAŞKANLIĞI (14.06.2017 14:51) 

BİMER'e yapmış olduğunuz başvurunuz incelenmiş olup başvurunun Daire Başkanlığımız görev alanlarına girmekte olan işlem oranları ile ilgili kısmının 4982 sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanununun 7. maddesi gereğince cevaplanmasının uygun olmadığı düşünülmektedir.

Bilgilerinize sunulur.

[✓ Cevabı Değerlendir](#)

Ek 2:Tez Değişikliği Talebi Formu

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARLARI

Toplantı Sayısı	Karar Sayısı	Karar Tarihi
38	2017/395-408	28.11.2017

KARAR NO: 2017/399

Enstitümüz Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı 15530500022 numaralı yüksek lisans öğrencisi *Fatoş ÖCAL*'ın tez konusu değişikliğine ilişkin Anabilim Dalı Başkanlığının 10.11.2017 tarihli 154685 sayılı teklif yazısı ekinde sunulan 09.11.2017 tarihli ve 2017/10 sayılı Akademik Kurul Kararı görüşüldü.

Öğrenci No	Öğrencinin Adı Soyadı	Önceki Tez Konusu Önerisi	Yeni Tez Konusu Önerisi
15530500022	Fatoş ÖCAL	"Performansa Dayalı Ödeme Sistemi ve Sosyal Güvenlik Sistemine Etkileri-The Payment System Which Is Based On Performance And Its Effects To The Social Security System"	"Performansa Dayalı Ödeme Sistemi ve Sosyal Güvenlik Sistemine Etkileri: Ankara Örneği-The Payment System Which Is Based On Performance And Its Effects To The Social Security System: Samples For Ankara"

Enstitümüz Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı 15530500022 numaralı yüksek lisans öğrencisi *Fatoş ÖCAL*'ın tez konusu önerisinin değiştirilmesine ilişkin teklifin akademik kurulum önerisi ile tez konusu önerisinin Anabilim Dalı Başkanlığında belirlendiği şekli ile kabulüne, durumun ilgili anabilim dalı başkanlığına bildirilmesine katılanların oybirliği ile karar verildi.



Evrakın elektronik izali şartları: <https://e-belge.odu.edu.tr/> adresinden 1553945-2108-496-b24e-fb62d0994z kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 93471371-799
Konu : Fatoş ÖCAL (Tez Çalışması)

ANKARA VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 20/03/2018 tarihli ve 90169164-799-748 sayılı yazınız.

Orta Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı öğrencisi Fatoş ÖCAL' ın " Performansa Dayalı Ödeme Sistemi ve Sosyal Güvenlik Sistemine Etkileri: Ankara Örneği" konulu yüksek lisans bitirme tezini yapma talebi, hastane başkanlığınızca uygun görülmüştür.
Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Rahmi KILIÇ
Başhekim

Yönetim Mh. Üzerinden Cİ No: 93471371-799-748 / ANKARA

Bilgi İçin: Hakan ÖZGEN

Sıra No:

Ünvan: Veri Hizmetleri

İletişim Bilgileri: Ankara Valiliği Sağlık Müdürlüğü, Ankara

İletişim Bilgileri: Ankara Valiliği Sağlık Müdürlüğü, Ankara

İletişim Bilgileri: Ankara Valiliği Sağlık Müdürlüğü, Ankara



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SBU Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 29620911-771
Konu : Fatoş ÖCAL (Tez Çalışmanı)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 20/03/2018 tarih ve 90169164-799-E.748 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden, Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı öğrencisi Fatoş ÖCAL'ın, "Performansa Dayalı Ödeme Sistemi ve Sosyal Güvenlik Sistemine Etkileri: Ankara Örneği" konulu yüksek lisans birime tezini hastanemizde yapma talebi, hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulunun 29/03/2018 tarih ve 37 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, uygun olduğuna karar verilmiştir. Gereğinin yapılmasını arz ederim.

e-İmzalıdır.
Prof.Dr. Mustafa PAÇ
Başhekim
TUEK Başkane

Kızılay Sokak No:4 06100 Sıhhiye/ANKARA
Faks No:0312 312 41 28

E-posta adresi: atalya@saqlik.gov.tr

RESMİ SÖZ KALAY

RESMİ SEKRETER

0312 312 41 28

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı-Soyadı	Fatoş Öcal
Doğum Yeri-Tarihi	Besni- 1991
Eğitim Durumu	
Lisans Öğrenimi	Ordu Üniversitesi
Yüksek Lisans	Ordu Üniversitesi
Bildiği Yabancı Diller (varsa)	İngilizce
Bilimsel Faaliyetleri (varsa)	Öcal, F. (2017). Neoliberal Sağlık Politikalarının Etkinlik Analizi, <i>Fiscaoeconomia</i>, 1(1), 77-98.
İş Deneyimi	
Stajlar	
Projeler	
Çalıştığı Kurumlar	
İletişim	
E-Posta Adresi	fatosocal91@gmail.com
Tarih	24.05.2019