

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yöneticiliği
Yüksek Lisans Programı

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÖNCESİ
VE SONRASI DEĞERLENDİRİLMESİ VE
OECD ÜLKELERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

SAİDE ÖZATA YAMAÇ

Yüksek Lisans Tezi



T.C. İSTANBUL BİLİM
ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL,2016

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM
PROGRAMI ÖNCESİ VE SONRASI DEĞERLENDİRİLMESİ VE OECD
ÜLKELERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Saide Özata Yamaç

İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yöneticiliği
Yüksek Lisans Programı


Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Neşe Çapraz

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2016

KABUL VE ONAY

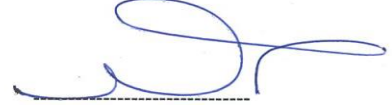
Saide Özata Yamaç tarafından hazırlanan “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi ve OECD Ülkeleri ile Karşılaştırılması” başlıklı bu çalışma, 27.05.2016 tarihin de yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Ayşe Can BAYSAL (Başkan)



Doç. Dr. Tuğrul SAVAŞ (Üye)



Yrd. Doç. Dr. Neşe ÇAPRAZ (Danışman)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.



Enstitü Müdürü


Yrd. Doç. Dr. İrem ANLI

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi bildiririm:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece İstanbul Bilim Üniversitesi'nden erişime açılabilir.

~~Tezimin~~ Tezimin 2 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.



SAİDE ÖZATA YAMAÇ

30.06.2016

ÖZET

Sağlık sektörü hızla büyüyen bir sektör olarak; ekonomide oldukça büyük bir öneme sahiptir. Hızla büyüyen bu sektör piyasa ilişkileri içerisinde giderek daha çok dahil olmaktadır. Bu durumda sağlık harcamalarını iktisadi analiz yöntemleriyle dahada derinden incelemek gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

2003 yılı itibari ile Türkiye’de Sağlık’ ta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı hedefleri oluşturulurken sağlık finansmanı ile ilgili hedeflerde oluşturulmuştur. Sağlıkta dönüşüm politikasının temel amacı, sağlık alanında giderek artan harcamaları azaltıp, verimliliği artırırken, birey ve bireylerin sağlığa erişiminde herhangi bir kısıtlamaya yol açmamaktır.

Bu çalışma da sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrası 1999-2014 yılları arasında ki sağlık harcaması verilerinin toplam, kamu ve özel kalemleri ile değişimi incelenmiştir. Bu inceleme seçilen iki hizmet sunucusu olan hastane ve perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları içinde incelenmiştir. Ayrıca Türkiye GSYİH içerisindeki toplam, kamu ve özel sağlık harcaması paylarına bakılarak Türkiye’nin ilgili harcama için GSYİH ‘sın dan ne kadar pay ayırdığı değerlendirilmiştir. Bunlara ek olarak seçilen bazı OECD ülkeleri sağlık harcamalarının GSMH’ ya oranının, Türkiye sağlık harcamalarının GSMH’ ya oranları ile karşılaştırılması yapılmıştır.

Sonuç olarak sağlıkta dönüşüm programının etkin ve verimli olarak sağlık harcamalarına katkı sağladığı, hedefleri ve bileşenlerine ulaşmak için doğru politikalar izlediği, kamu sağlık harcamalarının arttığı görülmüştür. İncelenen hizmet sunucuları içinse, kamu ve özel sektör olarak ta özel sektör sağlayıcılarına artış görülmektedir. Toplam sağlık harcamaları olarak kamusallaşan fakat hizmet sunucuları açısından özelleşen bir durum elde edilmiştir. Hizmet sağlayıcıları açısından kamu ile ilgili daha fazla politika geliştirilmesi önerilebilir ve bu grupların incelemesinin derinleştirilmesi gerekliliği de bu durumda ortaya çıkabilir. Gelişmekte olan Türkiye’nin bu gibi politikalarla gelişmeye devam ettiği taktirde Oecd ülkelerinin ortalamasının yakalanabileceği süreç uzun olabilir olsa da yakalanabilir olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: GSYİH, GSMH içindeki sağlık harcaması payı, TSH, TKSH, OECD, Sağlıkta Dönüşüm Programı

ABSRTACT

As a fast growing sector, health sector has a highly great significance in economy. This fast growing sector is gradually getting involved in the market relations. In this case, a need to analyse more deeply the health expenditures by means of economic analysis methods comes out.

As of 2003, Health Reformation Program in Turkey has commenced. While setting the goals of Health Reformation Program, the concerning aims of health finance were determined, as well. The main objective of the policy of health reformation is to make it possible for an individual or all people to have access to health while cutting down on the ever increasing expenditures in health sector and increasing the productivity.

In this study, exchange of health expenditure data with aggregate, public and private items pre and post health reformation program between 1999 and 2014 has been examined. This study has also been conducted for two chosen service providers, which are hospital and retailer sale, and other medical suppliers. Furthermore, by taking into account the aggregate, public and private health payment shares in Turkey GDE, it has been determined how much Turkey has allocated from its GDE for the pertaining expense. In addition to this, a comparison has been made between the ratios of certain OECD countries' health expenses and GNP's, and of Turkey's health expenses and GNP's.

As a conclusion, it has been observed that health reformation programme has made active and useful contributions to health costs, that it has followed true policies in order to achieve its aims and that public health expenses have increased. As for the examined services providers, public and private sector providers have also increased. A situation has emerged in which overall health expenditures have been publicized but service providers have been privatized. In terms of service providers, it can be recommended that more policies regarding public should be developed and it can turn out that the study of these groups need to be deepened. It is thought that as a developing country, Turkey can catch up with other OECD countries if it continues to grow with these policies in the long run.

KEY WORDS: GDE, health costs share in GNP, THE, TPHE, OECD, Health Reformation Programme

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY YAZISI.....	i
BİLDİRİM SAYFASI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xiv
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

1.1. Sağlık Kavramı.....	4
1.2. Sağlık Hizmetleri.....	6
1.2.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı.....	6
1.2.2. Sağlık Hizmetleri Özellikleri Ve Yararları.....	7
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	12
1.2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	12
1.2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	13
1.2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	14
1.3. Sağlığı Etkileyen Etmenler.....	15
1.3.1. Bünyesel Etmenler.....	15
1.3.2. Çevresel Etmenler.....	15
1.3.2.1. Biyolojik Etmenler.....	15

1.3.2.2.Fiziksel Etmenler.....	16
1.3.2.3.Sosyo-Kültürel Ve Ekonomik Etmenler.....	16
1.3.2.4.Temel Ve Vazgeçilmez Madde Eksiklikleri.....	16
1.3.2.5.Psikolojik Etmenler.....	16
1.3.2.6.Kimyasal Etmeneler.....	17
1.4.Sağlık Harcamaları.....	17
1.4.1. Sağlık Harcamaları Tanımı.....	17
1.4.2.Türkiye’de Sağlık Harcamaları.....	20
1.4.3.Ulusal Sağlık Hesapları Sistemi.....	21
1.4.3.1.Finansman Kurumları.....	24
1.4.3.1.1.Genel Devlet.....	24
1.4.3.1.1.1.Merkezi Devlet.....	25
1.4.3.1.1.2.Yerel Yönetim.....	26
1.4.3.1.1.3.Sosyal Güvenlik Fonları.....	27
1.4.3.1.2.Özel Sektörler.....	28
1.4.3.1.2.1.Özel Sosyal Sigorta.....	28
1.4.3.1.2.2.Özel Sigorta Şirketleri.....	28
1.4.3.1.2.3. Hane Halkı Tarafından Cepten Yapılan Ödemeler.....	28
1.4.3.1.2.4. Hane Halklarına Hizmet Eden Kar Amaçsız Kuruluşlar.....	28
1.4.3.1.2.5. İşletmeler.....	29
1.4.3.2. Hizmet Sunucuları.....	29
1.4.3.2.1.Hastaneler.....	29
1.4.3.2.1.1.Genel Hastaneler.....	30
1.4.3.2.1.2. Ruh Sağlığı Ve Madde Bağımlılığı Hastaneleri.....	31
1.4.3.2.1.3. Özel Dal Hastaneleri.....	31
1.4.3.2.1.4. Kit, Belediye Ve Diğer Bakanlıkların Hastaneleri.....	31
1.4.3.2.2. Ayakta Sağlık Hizmeti Sunucuları.....	31
1.4.3.2.2.1. Hekim Muayeneleri.....	31
1.4.3.2.2.2. Diş Hekimi Muayeneleri.....	32

1.4.3.2.2.3. Diğer Sağlık Hizmetleri	
Sunucuları.....	32
1.4.3.2.2.4. Ayakta Hasta Bakım Merkezi.....	32
1.4.3.2.3. Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme	
Sunucuları.....	33
1.4.3.2.3.1. Eczaneler.....	33
1.4.3.2.3.2. Gözlük Ve Diğer Görme Araçlarının Perakende	
Satıcılar Ve Sunucuları.....	33
1.4.3.2.3.3. İşitme Araçlarının Perakende Satış Ve Diğer	
Sunucuları.....	33
1.4.3.2.3.4. Tıbbi Cihaz Ve Perakende Satış Ve Diğer	
Sunucular.....	34
1.4.3.2.4. Halk Sağlığı Programları Sunumu Ve Yönetimi.....	34
1.4.3.2.5. Genel Sağlık Yönetimi Ve Sigorta.....	34
1.4.3.2.5.1. Devlet Sağlık Yönetimi.....	34
1.4.3.2.5.2. Sosyal Güvenlik Fonları Yönetimi.....	34
1.4.3.2.5.3. Diğer Sosyal Sigortaların Yönetimi.....	34
1.4.3.2.5.4. Diğer (Özel) Sigorta.....	35
1.4.3.2.6. Sağlıkla İlgili Hizmet Sunan Kurumlar.....	35
1.4.3.2.7.Sınıflandırılmayan Kategori.....	35

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

2.1. Sağlık Politikaları Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	36
2.2.Sağlık Politikaları.....	36
2.2.1. 1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	37
2.2.2. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	38
2.2.3. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	40
2.2.4.1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	41
2.2.5. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	42
2.2.6. 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları (Sağlıkta Dönüşüm	
Programı).....	43
2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011).....	44
2.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Genel Çerçevesi.....	45

2.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel İlkeleri.....	45
2.3.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri.....	47
2.3.3.1. Planlayıcı Ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı.....	48
2.3.3.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası.....	49
2.3.3.3. Yaygın, Erişimi Kolay Ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti.....	52
2.3.3.3.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri.....	53
2.3.3.3.2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri.....	54
2.3.3.3.3. İdari Ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri.....	55
2.3.3.4. Bilgi Ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü.....	56
2.3.3.5. Sistem Destekleyecek Eğitim Ve Bilim Kurumları..	57
2.3.3.6. Nitelikli Ve Etkin Sağlık Hizmetleri İçin Kalite Ve Akreditasyon.....	57
2.3.3.7. Akılcı İlaç Ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma....	58
2.3.3.7.1. Ulusal İlaç Kurumu.....	58
2.3.3.7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu.....	59
2.3.3.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.....	60
2.3.4. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulama Süreci.....	61
2.3.4.1. Kavramsallaşma.....	62
2.3.4.2. Yasalaşma.....	62
2.3.4.3. Kontrollü Yerel Uygulama.....	62
2.3.4.4. Türkiye Genelinde Yaygınlaştırma.....	62
2.4. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Gerçekleştirilenler.....	63
2.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Politikaların Gelişmeleri.....	67
2.5.1. 2003 Yılı Gelişmeleri.....	67
2.5.2. 2004 Yılı Gelişmeleri.....	68
2.5.3. 2005 Yılı Gelişmeleri.....	68
2.5.4. 2006 Yılı Gelişmeleri.....	68
2.5.5. 2007 Yılı Gelişmeleri.....	69
2.5.6. 2008 Yılı Gelişmeleri.....	69
2.5.7. 2009 Yılı Gelişmeleri.....	69

2.5.8. 2010 Yılı Gelişmeleri.....	69
2.5.9. 2011 Yılı Gelişmeleri.....	70
2.5.10. 2012 Yılı Gelişmeleri.....	70
2.5.11. 2013 Yılı Gelişmeleri.....	70

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

UYGULAMA

3.1. Araştırmanın Amacı.....	71
3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	73
3.3. Araştırmanın Yöntemi.....	73
3.3.1. Sabit Fiyatlara İndirgeme.....	73
3.3.2. Oranların Elde Edilmesi.....	74
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	75
3.4.1. Toplam Sağlık Harcaması.....	77
3.4.2. Cari Sağlık Harcaması.....	77
3.4.3. Kamu Sağlık Harcaması.....	77
3.4.4. Özel Sağlık Harcamaları.....	77
3.4.5. Hizmet Sunucularından Hastaneler.....	77
3.4.6. Hizmet Sunucularından Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları.....	78
3.4.7. GSMH İçindeki Sağlık Harcaması Payı.....	78
3.4.8. GSYİH İçindeki Sağlık Harcamaları Payı.....	78
3.4.9. Üretici Fiyat Endeksi (ÜFE).....	78
3.5. Araştırmanın Veri Analizi.....	79
3.5.1. Toplam Sağlık Harcaması Verileri Analizi.....	79
3.5.2. Toplam Kamu Sağlık Harcaması Verileri Analizi.....	86
3.5.3. Toplam Özel Sağlık Harcaması Verileri Analizi.....	93
3.5.4. Hizmet Sunucularından Hastanelerin Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Verileri Analizi.....	99
3.5.5. Hizmet Sunucularından Hastanelerin Kamu Sağlık Harcamaları Verileri Analizi.....	106
3.5.6. Hastanelerin Özel Sağlık Harcamaları Verileri Analizi.....	112

3.5.7. Hizmet Sunucusu Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunanların Toplam Sağlık Harcamaları Verileri.....	118
3.5.8. Hizmet Sunucusu Perakende Satış Ve Tıbbi Malzeme Sunucuları Kamu Sağlık Harcamaları Verileri.....	125
3.5.9. Hizmet Sunucusu Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları Özel Sağlık Harcamaları Verileri Analizi.....	132
3.5.10. Türkiye Devleti Gayri Safi Yurt İçi Hasılası İçindeki 1999-2014 Yılları Arasında Ki Toplam Sağlık Harcaması Payı Verileri Analizi.....	139
3.5.11. Oecd Ülkeleri Ve Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamalarının Milli Gelir İçindeki Payı Verileri Analizi	144
3.6. Araştırmanın Bulguları.....	146
3.6.1. 1999-2014 Yılları Arası Toplam Sağlık Harcamaları İle İlgili Bulgular.....	146
3.6.2.1999-2014 Yıllar Arası Toplam Kamu Sağlık Harcaması Bulguları.....	148
3.6.3.1999-2014 Yılları Arası Toplam Özel Sağlık Harcaması Bulguları.....	151
3.6.4. 1999-2014 Yılları Arası Hizmet Sunucularından Hastanelerin Sağlık Harcaması Bulguları.....	156
3.6.5. 1999-2014 Yılları Arası Hizmet Sunucularından Hastanelerin Kamu Sağlık Harcaması Bulguları.....	157
3.6.6. 1999-2014 Yılları Arası Hizmet Sunucularından Hastanelerin Özel Sağlık Harcaması Bulguları.....	159
3.6.7.1999-2014 Yılları Arası Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları Toplam Sağlık Harcamaları Bulguları.....	162
3.6.8.1999-2014 Yılları Arası Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları Kamu Sağlık Harcamaları Bulguları.....	163
3.6.9.1999-2014 Yılları Arası Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları Özel Sağlık Harcamaları Bulguları.....	165
3.6.10. Oecd Ülkeleri Gsmh İçindeki Sağlık Harcamaları Payı Bulguları.....	168

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ

4.1.Sonuç.....	172
KAYNAKÇA.....	180

KISALTMALAR LİSTESİ

OECD : Ekonomik Kalkınma İş Birliği Örgütü- Organisation For Economic Co-Operation And Development

GSYİH: Gayrisafi Yurt İçi Hasıla

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ÜFE: Üretici Fiyat Endeksi

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SHS: Sağlık Hesapları Sistemi

USH: Ulusal Sağlık Hesapları

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

KİT: Kamu İktisadi Teşekkürleri

USAID: Amerika Birleşik Devletleri Uluslar Arası Kalkınma Ajansı

SDP: Sağlıkda Dönüşüm Programı

IMF: Uluslar Arası Para Fonu

WB: Dünya Bankası-World Bank

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

KKK: Kızamık Kızamıkcık Kabakulak

TSH: Türkiye Sağlık Harcaması

GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla

KDV: Katma Değer Vergisi

KSH: Kamu Sağlık Harcaması

ÖSH: Özel Sağlık Harcaması

GSS: Genel Sağlık Sigortası

P.S.VE D.T.S: Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Öncesi Görev Şeması.....44



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. 1923 Yılında Türkiye'deki Yataklı Tedavi Kurumları.....	38
Tablo 2. 1923-1930 Yılları Sağlık Personeli Sayısı.....	38
Tablo 3. Toplam Cari Sağlık Harcaması Milyon TL.....	80
Tablo 4. Toplam Reel Sağlık Harcaması Milyon TL.....	84
Tablo 5. Toplam Cari Kamu Sağlık Harcaması(Milyon TL).....	86
Tablo 6. Toplam Reel Kamu Sağlık Harcaması (Milyon TL).....	91
Tablo 7. Özel Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL).....	93
Tablo 8. Toplam Reel Özel Sağlık Harcaması (Milyon TL).....	97
Tablo 9. Hastanelerin Toplam Cari Sağlık Harcamaları (Milyon TL).....	100
Tablo 10. Hastanelerin Toplam Reel Sağlık Harcamaları (Milyon TL).....	104
Tablo 11. Hastanelerin Cari Kamu Sağlık Harcamaları Verileri (Milyon TL)...	106
Tablo 12. Hastanelerin Reel Kamu Sağlık Harcaması (Milyon TL).....	110
Tablo 13. Hastanelerin Cari Özel Sağlık Harcamaları Verileri (Milyon TL).....	112
Tablo 14. Hastanelerin Reel Özel Sağlık Harcaması (Milyon TL).....	116
Tablo 15. Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunanların Cari Toplam Sağlık Harcamaları(Milyon TL).....	118
Tablo 16. Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunanların Cari Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL).....	123
Tablo 17. Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunanların Cari Kamu Sağlık Harcamaları Verileri (Milyon TL).....	125
Tablo 18. Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları Reel Kamu Sağlık Harcaması (Milyon TL).....	130
Tablo 19. Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları Cari Özel Sağlık Harcamaları Verileri (Milyon TL).....	132
Tablo 20. Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunanların Reel Özel Sağlık Harcaması (Milyon TL).....	137
Tablo 21. Cari Gsyih (Milyon TL).....	140
Tablo 22. Oecd Ülkeleri Ve Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamalarının Milli Gelir İçindeki Payı Verileri.....	145

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1: Toplam Cari Sağlık Harcaması Verisi.....	81
Grafik 2: Toplam Cari Kamu Sağlık Harcaması Verisi.....	88
Grafik 3: Toplam Cari Özel Sağlık Harcaması Verisi.....	94
Grafik 4: Hastanelerin Cari Toplam Sağlık Harcaması Verileri.....	101
Grafik 5: Hastanelerin Cari Kamu Sağlık Harcaması Verisi... ..	107
Grafik 6: 1999-2014 Hastanelerin Cari Özel Sağlık Harcaması Verisi.. ..	113
Grafik 7: 1999-2014 Yılları Arası Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunanların Cari Toplam Sağlık Harcaması Verileri.....	120
Grafik 8: 1999-2014 Yılları Perakende Satış Ve Tıbbi Malzeme Sunucuları Cari Kamu Sağlık Harcaması Verisi.. ..	127
Grafik 9: Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları Cari Özel Sağlık Harcaması Verisi.....	134
Grafik 10: Gsyih İçindeki Toplam Sağlık Harcaması Oranı.....	142
Grafik 11: Gsyih İçindeki Toplam Kamu Harcaması Oranı.....	143
Grafik 12: Gsyih İçindeki Toplam Özel Harcaması Oranı.....	144
Grafik 13: Cari Ve Reel Toplam Sağlık Harcaması Beşer Yıllık Değişim Yüzde.....	145
Grafik 14: Gsyih İçindeki Tsh Yüzde Payı.....	147
Grafik 15: Cari Ve Reel Toplam Kamu Sağlık Harcaması Beşer Yıllık Değişim Yüzdesi.....	148
Grafik 16: Gsyih İçindeki Tksh Yüzde Payı.....	150
Grafik 17: Cari Ve Reel Toplam Özel Sağlık Harcaması Beşer Yıllık Değişim Yüzdesi.....	151
Grafik 18: Gsyih İçindeki Tösh Yüzde Payı.....	153
Grafik 19: Cari Toplam, Kamu, Özel Sağlık Harcamaları Beşer Yıllık Artış Ve Azalış Grafiği.....	154
Grafik 20: Reel Toplam, Kamu, Özel Sağlık Harcamaları Beşer Yıllık Artış Ve Azalış Grafiği.....	154
Grafik 21: Hastanelerin Cari Ve Reel Toplam Sağlık Harcaması Beşer Yıllık Değişim Yüzdesi.....	156
Grafik 22: Hastanelerin Cari Ve Reel Toplam Kamu Sağlık Harcaması Beşer Yıllık Değişim Yüzdesi.....	157

Grafik 23: Hastanelerin Cari Ve Reel Toplam Özel Sağlık Harcaması Beşer Yıllık Değişim Yüzdesi.....	159
Grafik 24: Hastanelerin Cari Toplam, Kamu, Özel Sağlık Harcamaları Beşer Yıllık Artış Ve Azalış Grafiği.....	161
Grafik 25: Hastanelerin Reel Toplam, Kamu, Özel Sağlık Harcamaları Beşer Yıllık Artış Ve Azalış Grafiği.....	161
Grafik 26: P.S Ve D.T.M.S Cari Ve Reel Toplam Sağlık Harcaması Beşer Yıllık Değişim Yüzdesi.....	162
Grafik 27: P.S Ve D.T.M.S Cari Ve Reel Toplam Kamu Sağlık Harcaması Beşer Yıllık Değişim Yüzdesi.....	163
Grafik 28: P.S Ve D.T.M.S Cari Ve Reel Toplam Özel Sağlık Harcaması Beşer Yıllık Değişim Yüzdesi.....	165
Grafik 29: P.S Ve D.T.M.S Cari Toplam, Kamu, Özel Sağlık Harcamaları Beşer Yıllık Artış Ve Azalış Grafiği.....	167
Grafik 30: P.S Ve D.T.M.S Reel Toplam, Kamu, Özel Sağlık Harcamaları Beşer Yıllık Artış Ve Azalış Grafiği.....	168
Grafik 31: Oecd Ülkeleri Gsmh İçindeki Sağlık Harcamaları Payı 1. Grup Ülkeler İle.....	169
Grafik 32: Oecd Ülkeleri Gsmh İçindeki Sağlık Harcamaları Payı 2. Grup Ülkeler İle.....	170
Grafik 33: Oecd Ülkeleri Gsmh İçindeki Sağlık Harcamaları Payı 3. Grup Ülkeler İle.....	171

1. GİRİŞ

Kavram olarak bakıldığında sağlık ve ekonomi kelimeleri bir araya gelmesi zor gibi gözükmemektedir. Fakat ilk olarak sağlık sektörü tüm ülkelerin ekonomisinde önemli bir yer alır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin üretilen tüm değerlerinin yaklaşık olarak %10'u sağlık mal ve hizmetleri kapsamındadır. Ayrıca sağlık sektörü hızla büyüyen bir sektör olarak; ekonomide oldukça büyük bir öneme sahiptir. Hızla büyüyen bu sektör piyasa ilişkileri içerisinde giderek daha çok dahil olmaktadır. Piyasaların içine bu kadar dahil olan ekonomiler de artık sağlık ekonomisi kavramı da gündeme gelmektedir. Sağlık ekonomisi kavramının oluştuğu durumda; sağlık harcamalarını iktisadi analiz yöntemleriyle incelemek gerekir. Çünkü hızla artan sağlık harcamalarına karşı iktisadın temel kurallarından olan maliyet minimizasyonu diğer bir deyişle etkin maliyet kullanımı kavramı gündeme gelmektedir.

Geçmiş dönemlerdeki geleneksel sağlık sektörü günümüzde modern bir sektör olmuştur. Artık sağlık hizmetleri tarihte olduğu gibi dayanışma ve geleneksel yöntemler ile yerine getirilmemektedir. Günümüzde sağlık sektörü; sermaye birikiminin gerçekleştirildiği, kar ve zarar eden ekonomik bir sektör haline gelmiştir.

Sağlık sektöründe bilim ve teknoloji alanındaki değişim ivmesi hızla yükselen bir yapıdadır. Bu özelliğinden dolayı sürekli gelişmeye, modernleşmeye ve büyümeye devam eden sağlık sektörü iktisat biliminin “kaynaklar kıt ihtiyaçlar sınırsız” temel argümanına iyi bir örnektir.

Sağlık harcamalarının sağlık düzeyi üzerindeki etkisinin incelendiği araştırmalarda sosyo-ekonomik belirleyicilerin kullanılmasının en önemli sebebi, küresel sağlık harcamalarının artışı ile ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin eşanlı ilerlemesidir. Sağlık harcamalarının artması toplumun faydalanacağı sağlık hizmetlerinin de artması anlamına gelmektedir.

2002 yılı itibari ile Türkiye’de Sağlık’ ta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı hedefleri oluşturulurken sağlık finansmanı ile ilgili hedeflerde oluşturulmuştur. Sağlıkta dönüşüm politikasının temel amacı, sağlık alanında giderek artan harcamaları azaltıp, verimliliği arttırırken, birey

ve bireylerin sağlığa erişiminde herhangi bir kısıtlamaya yol açmamaktır (Kaynak:Sönmez, Ö, Syf:34-35). Ayrıca Sağlık hizmetini daha standart hale getirmek ve herkesin ulaşabileceği bir hizmet haline getirmek sağlıklı nesil yetiştirmek için şart olmuştur ilkesi de sağlıkta dönüşüm programı için ulaşılmak istenen bir sonuç olmuştur.(kaynak: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.htm>).

Bu alışma da sağlık ta dönüşüm programı öncesi ve sonrası 1999-2014 yılları arasında ki sağlık harcaması verilerinin toplam, kamu ve özel kalemleri ile değişimi incelenmiştir. bu inceleme seçilen iki hizmet sunucusu olan hastane ve perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları içinde incelenmiştir. Ayrıca Türkiye GSYİH içerisindeki toplam, kamu ve özel sağlık harcaması paylarına bakılarak Türkiye'nin ilgili harcama için GSYİH 'sından ne kadar pay ayırdığı değerlendirilmiştir. Bunlara ek olarak seçilen bazı OECD ülkeleri sağlık harcamalarının GSMH' ya oranının, Türkiye sağlık harcamalarının GSMH' ya oranları ile karşılaştırılması yapılmıştır. Veriler TUIK ve OECD'den alınıp oluşturulmuştur. Veri olarak toplam cari sağlık harcaması, cari kamu sağlık harcaması, cari özel sağlık harcaması ve seçilen ülkelerin sağlık harcamalarının GSMH' ya oranları ile Türkiye GSYİH'sı kullanılmıştır.

Bir zaman serisi olan sağlık harcamaları verisi her sene enflasyonun etkisi ile gerçek artış ve azalış değerlerini göstermemektedir. Sağlık harcamalarında gerçeğe en yakın değerlendirme; yani gerçeğe en yakın artış ve azalış miktarları için sağlık harcaması verileri ÜFE indeksi ile reelleştirilmiştir. Reelleştirilen sağlık harcamalarının artış ve azalışları hesaplanmış ve hizmet sunucuları açısından da bu harcamaların yönü belirlenmiştir. Bir oran olan OECD ülkeleri ve Türkiye sağlık harcamalarının GSMH' ya oranı ile Türkiye GSYİH içindeki sağlık harcaması kalemleri oranları, oran verileri enflasyondan etkilenmediğinden reelleştirilmemiş direk karşılaştırılmıştır.

Reelleştirme ile elde edilen verilerin sağlıkta dönüşüm öncesi beş yıllık verinin TUIK tarafından yayınlanması dolayısıyla, beşer yıllık reel ve cari artış yüzdeleri elde edilmiştir.

Sonuç olarak ise Türkiye'de sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrasında reel olarak toplam sağlık harcaması, reel kamu sağlık harcaması ve reel özel sağlık harcaması verileri ve hizmet sunucusu hastane ve hizmet sunucusu perakende

satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları açısından değerlendirilip, sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası karşılaştırarak sağlık politikaların harcamalardaki artış, azalış etkisi ve yönü belirlenerek değerlendirme yapılmış olacaktır. Türkiye içinde GSYİH içinden ayrılan ilgili sağlık harcaması payı, OECD ülkeleri ve OECD ortalaması ile de karşılaştırarak hem Türkiye’de ki hem de dünya’daki sağlık harcamaları konumuz ile ilgili yorum yapılabilecektir.



BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

1.1. SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık tanımının kişiden kişiye değişebilen sübjektif bir kavram olması nedeniyle kesin bir tanımı yoktur. Sağlık; kimi insan açısından yaşamsal faaliyetleri sürdürebilmek şeklinde fiziksel bir anlam ifade ederken diğer bir tanıma göre paranın satın alamayacağı bir olgu olarak anlam kazanabilmektedir¹. Bugüne kadar yapılan birçok sağlık tanımı, hastalık ve ölüm gibi sonuç odaklı olumsuz göstergelerden yapılmıştır. Bunun nedeni sağlık kavramının sübjektif yapısından dolayı bu kavramı ölçebilecek pozitif değişkenlerin saptanmasındaki zorluğun yanında ölüm ve hastalık parametrelerinin ölçülmesinin daha kolay olmasıdır².

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’ne göre sağlık kavramı yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması duruma değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir³. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından yapılan bu tanımla pozitif değerlere dikkat çekilerek, sağlığın yalnızca sonuç odaklı parametrelerle ölçülmeyeceği yaşamsal boyutta birçok disiplini içinde barındıran bir kavram olduğu olgusu yaratmıştır⁴.

Sağlık olgusunun kesin ve herkesçe kabul edilmiş bir tanımı olmamasının nedenlerinden biri cinsiyet, yaş, mesleki tercih, içinde bulunulan toplumun davranışları yaşam koşulları ve çevresel koşullar gibi birçok değişkeni içinde

¹ Ayşegül Mutlu Ve A. Kadir Işık, Sağlık Ekonomisine Giriş, Bursa, Ekin Yayınları, 2005.

² Ayşegül Kaya. “Türkiye İle OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri Ve Karşılaştırması” , Marmara Üniversitesi, Bankacılık Ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2011, S.34.

³ T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara, 2011, S.1.

⁴ Harald E. Hansluwka, “Measuring The Health Of Populations, Indicators And Interpretations” Social Science And Medicine, 1985, 20(12): 1207-1224.

barındıran demografik özelliklerin yarattığı etkidir⁵ Örneğin; sağlık, aktif bir şekilde mesleğini icra eden bir sporcu için fizyolojik sağlamak iken, bir iş adamı için zihinsel ve fiziksel efor şeklinde tanımlanabilir. Genç bir birey için sağlıklı olmak her türlü fiziksel ve zihinsel aktiviteye katılabilmek şeklinde ifade edilebilir. Erkekler için özgü bir hastalık türü olan prostatın, bayanlara bakıldığında var olması mümkün olmayan bir sağlık problemi olduğu görülebilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık kavramı yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması durumu değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve bütünlük halidir. Sağlık benzer şekilde, birçok çalışmada fiziksel, ruhsal, sosyal ve zihinsel olarak tam bir iyilik durumu olarak tanımlanmıştır. Bu dört bileşenin kusursuz olmasa da eksiksiz olduğu durum Roy'a göre sağlığın tanımıdır ve bu tanıma göre sağlığı oluşturan parametrelerden birinin eksikliği bile sağlıklı olmaya engeldir⁶. Bu tanımlara uygun olarak bütünlüğün sağlanması için ise birçok koşulun eşzamanlı olarak sağlanması gerekir.

Sağlık hizmetleri insan sağlığını koruma ve iyileştirmede büyük bir öneme sahip olmakla birlikte tek başına yeterli değildir. Sağlığın korunup sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi aynı zamanda ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel şartların insan sağlığı üzerindeki etkilerine bağlıdır⁷. Ekonomik şartların insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerine örnek vermek gerekirse gelir dağılımındaki eşitsizlik ve buna bağlı olarak da yaşam standartlarının yükseltilmemesi kişinin sosyal anlamda tam bir iyilik hali içinde olmasını engeller. Görüldüğü gibi bireyin sağlık kavramına uygun şekilde bütünlük halinde olabilmesi için ekonomik şartlarında uygunluğu gereklidir. Günümüzde sağlık, sadece sağlığı ilgilendiren koşullarla değil sosyal yaşamın pek çok alanını ilgilendiren çoklu göstergelerle ifade edilmektedir.

⁵ John P. Aggleton, Health, Routledge, London, 1990.

⁶ Roy Amara, Health And Health Care 2010 The Forecast, The Challenge, The Institute For The Future, Princeton, Nj,2003.

⁷ Savaş Yıldırım, "Sağlık Hizmetlerinde Harcama Ve Maliyet Analizi", T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Sektörler Ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi, 1994, S.10.

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık sektörü, bireylerin ve toplumun sağlığı korunması ve kazanımını sağlamak için sağlık sunumunu ve hizmetlerini içine alan çok geniş bir alanı kapsar. Toplum yaşamının temel hizmetlerinden olan sağlık hizmetlerinin diğer ürün ve hizmetlerden ayrılan özellikleri mevcuttur. Bu bölümde sağlık hizmetleri kavramı ile ilgili genel bilgilere yer verilecektir.

1.2.1.Sağlık Hizmetleri Tanımı

İnsanların sağlığının korunması ve sürdürülebilmesi amacıyla, sağlıkla ilgili tüm mal ve hizmet üretimi, üretilen hizmetin sunumunu sağlayan kurum ve kuruluşların içinde bulunduğu yapı sağlık sektörü olarak adlandırılmaktadır. Bu sektör tarafından gerçekleştirilen faaliyetler ise sağlık sektörü olarak adlandırılmaktadır⁸. Sağlık sektörü, toplumun sağlığını korumak ve sağlıklı bireyler yetiştirmek üzere çok geniş bir alanı kapsar. Sağlık alanında mal ve hizmet üretimini sağlamak, sağlık modelini oluşturacak sistemler ve alt sistemlerin belirlenmesi ve bu alanda yer alan kişi, kurum ve kuruluşların birleşimi genel olarak sağlıklı kavramını oluşturan öğelerdir.

Sağlık kavramı ile sağlık hizmetleri birbirinden farklı anlamlar taşır. Sağlık kavramı; kişilerin fiziksel ve ruhsal olarak iyilik hali içinde olmalarını ve buldukları toplumsal çevreye uyumlu olarak vücut ve kafalarının normal kabul edilmesini kapsar. Diğer bir tanımla sağlık; toplumu oluşturan bireylerin hastalık, rahatsızlık ve sakatlarının olmaması ile o toplumdaki bireyin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ekonomik açıdan da uyum içinde olmaları durumudur⁹. Sağlığın sermayesine yapılan yatırım öğelerinin bileşimi ise sağlık hizmetlerini meydana getirir. Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun sağlığı korumak; vücut bütünlüğünde ortaya çıkan ya da çıkacak olan bozuklukları iyileştirerek kişilerin mutlu kılmaya yönelik yapılan faaliyetleri içermektedir. Bu faaliyetler bireylerin sağlığını koruyucu, tedavi edici ve iyileştirici hizmetleri kapsamaktadır.

⁸ Cemil Serhat Akın, Sağlık Ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları”, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2007, S.6.

⁹ Sezgin Kızılcıkelik, Türkiyenin Sağlık Sistemi: Bir Medikal Sosyoloji Denemesi, Saray Kitapevi, İzmir, 1996.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tanımına göre sağlık hizmetleri; “ Belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinme ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve öylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir”¹⁰.

Toplum oluşturulan bireylerin tümünün sağlıklı olması amacıyla caba sarf etmek, bireylerin sağlık haklarını güvence altına alınması ve aynı zamanda bireylerden üretim faktörü olarak fayda sağlamak sağlık hizmetinin temel amaçlarından. Tüm bireylerin korunması her zaman mümkün değildir, hastalıklar meydana gelebilir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin ikincil amaçlarından olan “ hastalıkların tedavisi “ söz konusu olmaktadır. Güncel bilgiler ve var olan yöntemler bazı durumlarda hastalıkların için yeterli değildir. Bireylerden bazıları sakat kalır, bazıları ise ölebilir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin üçüncül amaçlarından “rehabilitasyon hizmetleri” söz konusu olmaktadır¹¹.

İster sağlığın korunması amacıyla ister tedavi amacıyla yürütülmüş olsun, sunulan sağlık hizmetinin ulaşmak istediği tek bir sonuç vardır. O da sağlıklı ömürlerinin uzatılmasıdır¹².

1.2.2.Sağlık Hizmetleri Özellikleri ve Yararları

Sağlık hizmetleri, insanların yaşam sürelerini, güç ve dirençlerini, enerjilerini etkileyen tüm faaliyetleri içerir. Bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve iyileştirilmesi olarak tanımlanabilir. Bu üçlü ana faktörü vardır. Bunlar; hasta, hekim, ve sağlık kuruluşlarıdır. Bu üçlü arasındaki ilişkinin nasıl düzenlendiği sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve o ülkede uygulanan sağlık sistemi ile yakından ilgilidir. Sağlık hakkı, sağlık hizmetleri yoluyla gerçekleştirilir¹³. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişileri hastalıktan korumaktır. Bütün bu koruyucu önlemlere karşı kişi hasta olursa onu tedavi etmek ve yaşam kalitesini yükseltmek gerekir.

¹⁰Ercüment Öztürk, “Sosyal Güvenlik Kurumlarında Tek Çatı Çalışmaları Üzerine”, 2005, Sayıştay Dergisi, Sayı:56.

¹¹ Zafer Öztekin, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Ve Sağlık Ocağı Yönetimi, Ankara, Palma Yayıncılık, 2004.

¹² Kenan Bulutoğlu, Kamu Ekonomisine Giriş, İstanbul, Yapı Kredi Yayınları, 2001.

¹³ Ali Güzel, Ali Rıza Okur, Nurşen Canikoğlu, Sosyal Güvenlik Hukuku, 12. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları, 2009.

Sağlık hizmetleri bütün insanları kapsayan, diğer hizmetlerden ayrı özelliklere sahiptir. Toplumsal bir özellik taşımasının yanı sıra, mal üretimi olmayıp hizmetin üretimidir. Sağlık hizmetleri temel olarak toplumun sağlık koşulları geliştirmekte olup aynı zamanda kutsal bir nitelik taşımaktadır. Bu kutsal hizmet sonucu elde edilen fayda herhangi bir faydayla kıyaslanamaz¹⁴.

Bireyler sağlık sorununun ne olacağı ve ne zaman ortaya çıkacağını kestiremezler¹⁵. Sağlık hizmetlerinde talebin kimden geleceği, kim tarafından gerçekleştirileceği ve talebin ne kadar olacağı önceden belli değildir. Oluşan bu belirsizlik, hizmeti verenleri de etkilemektedir. Sağlık hizmetlerin tüketimi, genellikle hastalık belirtisi olduğu zaman başlamaktadır. Kişinin ne zaman, nerede ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyacı olacağı önceden bilinemez ve belirlenmesi zordur. Bu nedenle sağlık hizmetleri talebi tesadüfidir. Örneğin; bir insan kaza geçirdiği zaman sağlık tedavisi hizmetine acilen ihtiyaç duymaktadır¹⁶. Bundan dolayı sağlık hizmetleri çoğu zaman olmayıp sosyal amaçlıdır.

Bir kişinin sağlık hizmetleri alımını ertelemesi pek mümkün değildir. Çünkü sağlık koşullarındaki bozulma kişinin sosyal ve iş hayatını temelden etkilemektedir. Özellikle kişinin sağlık durumundaki bozulma ağrı ve acı veren durumlar kişinin sağlığını tehlikeye düşürmekte olduğundan, sağlık hizmetleri talebin acilen karşılanması gerekmektedir. Bazen durum kötüleşip çok ciddi sonuçlar doğurabilir ve kişinin ölümüne yol açabilir. Sağlık hizmetleri piyasasını diğer mal ve hizmet piyasalarından ayıran en önemli özellik, yerini başka bir hizmetle dolduramamasıdır. Diğer mal ve hizmetler başka mal ve hizmetlerin yerine geçerken sağlık hizmetleri ortaya çıkan sağlık problemine göre belirlendiğinden ikame edilemez. Sağlık hizmetleri vermeye başlandığında sağlıklı bir toplumun çalışma süresi, verimliliği ve üretkenliği artar. Sağlık hizmetlerinin sunulması sonucunda ortaya çıkan değerlerin parasal olarak

¹⁴ Ahmet Saltık, "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", Toplum Ve Hekim, 1995, Temmuz-Ağustos, Cilt 10, Sayı168, S.38.

¹⁵ Nurcan Turan, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği Ve Olanakları, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları; No:1555, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları; No: 182,2004, S, 9-10.

¹⁶ Sevinç Tokalaş, "Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması", Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Mali İktisat Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006, S.14.

ölçülmesinin yanı sıra ne kadar kar edildiğini hesaplamak da mümkün olamaz. Sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar uzun dönemde topluma geri döner¹⁷.

Günümüzde gelişmiş ülkeler, ekonomik kalkınmanın temel unsuru olan insanın sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için Gayri Safi Yurtiçi Hasıllarında (GSYİH) her geçen yıl daha fazla pay ayırmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi ve artırabilmesi için her yıl daha fazla kaynak tahsis edilmektedir. Sağlığa yapılan yatırımlar “üretken yatırım” olarak değerlendirilebilir¹⁸. sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetler kullanılan teknolojinin pahalı olması ve hizmetlerin insan faktörüne dayalı olması nedeniyle son derece pahalı özelliğe sahiptir. Hizmete ihtiyaç olan kişinin alınan ve alınacak olan hizmetin bedeli konusunda pazarlık yapma şansı yoktur. Bu özellik nedeniyle sağlık mal ve hizmetlerden farklılaştığını çeşitli ekonomistleri belirtmiştir¹⁹.

Sağlık hizmetinin hem tüketim hem de yatırım unsuruna sahip olması, gelire ilişkilendirildiğinde sağlık hizmeti maliyetlerinin yüksek olması ve aynı zaman da bozulan sağlığında para kazanma kapasitesini olumsuz etkilemesinden dolayı sağlık hizmetleri diğer mal ve hizmetlerden farklıdır.

Sağlık hizmetleri tüketicinin kullanımına sunarken, toplumun diğer bireyleri de bu hizmetlerden faydalanmaktadır. Bu fayda sadece bireye özel olmayıp topluma da bir sağlamaktadır. Elde edilen ferdi fayda pazarlanabilirken bu hizmetlerin sağladığı toplumsal fayda ise pazarlanamaz. Bir üretici kaynak tahsisini, yalnızca pazarlayabileceği özel faydaya göre yapar. Toplumun genelinin, daha sağlıklı bir yapıya kavuşması üretim faktörü olan emeğin verimliliğin artmasına neden olur. Muayene, aşı, tedavi hizmetleri bireylerin sağlığını etkilemektedir. Bu nedenle toplumun genel sağlığına önemli katkı sağlamaktadır. Bu fayda sonuç olarak topluma yayılır²⁰.

Bulaşıcı hastalıkların tedavisi tüm toplumu ilgilendirir. Koruyucu sağlık hizmetleri tüm toplumun alması toplumun genel yararındadır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri, ekonomide dışsal faydası olan hizmetleri içinde yer almaktadır. Dışsal fayda, toplumun sağlayacağı faydanın bireylere sağlanan faydanın üzerinde

¹⁷ Tokalaş S, a.g.e., S.15.

¹⁸ Erdinç Tokgöz, Sosyal Gelişmede Sağlık, Türkiye 2. İktisat Kongresi Sosyal Gelişme Ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, Dpt Yayınları, Yayın No. 1783, Ankara, 1981, S.499.

¹⁹ Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi Ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998, S.44.

²⁰ Yıldırım S., a.g.e.

olması durumudur. Koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet gözetimi ve denetimine bırakılması gerekir. Sağlık hizmetleri serbest piyasaya bırakılması halinde ise daha düşük bir fayda sağlanır.

Serbest Piyasa ekonomisi dediğimiz ve içinde bulunduğumuz ekonomik sistem, tam rekabet koşullarının gerçekleşmesi altında, piyasanın en uygun üretimi ve en uygun faydayı sağlayacağını kabul eder. Devlet müdahalesini de gereksiz görür. Dışsal ekonomi, ilk defa İngiliz iktisatçı Alfred Marshall'ın “ Principles of Economics “ adlı kitabında tanımlanan bir kavramdır. Dışsal ekonomilerinin, bir ekonomik birimin üretim ve/veya tüketiminin, başka birimlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarının olumlu ya da olumsuz yönde etkilemesi olarak tanımlarken, olumlu etkilemesi durumunda pozitif dışsal ekonomi, olumsuz etkilemesi halinde ise negatif dışsal ekonomi söz konusudur²¹.

Pozitif dışsallığı olan mal ve hizmetlere kamu maliyesi literatüründe yarı kamusal mallar (hizmetler) adı verilmektedir. Yarı kamusal mallara tipik örnek eğitim ve sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinde özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde de önce bireyin sağladığı özel fayda söz konusuken bireyin ailesine, çevresine ve topluma sağlayacağı faydanın da üretime katılmasıyla, üretimde meydana getireceği bir birimlik artışla ortaya çıkacaktır.

Sağlıklı olma, insanın en temel ihtiyaçlarından biridir. Tek başına kişilere sağlık hizmeti verilmesi yeterli değildir. Sağlık ve sağlık hizmetlerine bütüncül bir anlayışla yaklaşmalı ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmeli ve öncelik tanımlanmalıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri ile kişileri sağlam iken korumak, hastalanırsa erken ve uygun tedavi vermek ve gerektiğinde rehabilite etmek şeklinde ifade bulan çağdaş sağlık anlayışına ulaşılmıştır²². sağlıklı bir yaşamın insan hakkı ve anayasal bir hak olmasından dolayı, sağlık hizmetleri üretiminin tamamıyla piyasa koşullarına bırakılmayışı ekonomik, sosyal had da etik nedenlerdendir²³.

²¹ Coşkun Can Aktan, Kamu Ekonomisinden Piyasa Ekonomisine Özelleştirme, 1. Baskı, İzmir, Akıselim Matbaası, 1992, S.6-7

²² Recep Akdur, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye Ve Avrupa Birliğinde Durum Ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu (Güncellenmiş Ve Geliştirilmiş İkinci Baskı), [Http://www.Recepakdur.Com/Yayinlar.Asp](http://www.Recepakdur.Com/Yayinlar.Asp) (08.01.2016), S.13

²³ Nesrin Çilingiroğlu, “Ekonomik Kalkınma Ve Sağlık Ekonomisi”, Yeni Türkiye, 2001, Sayı 40, S.1592.

Sağlık piyasası oldukça farklı bir piyasadır. Piyasada alınıp satılabilen mal ve hizmetlere benzemez. Bu yüzden sağlık hizmetlerini fiyatının gerçek maliyeti yansıtması pek mümkün değildir.²⁴ Bireylerin sağlık statüleri kendi ürettikleri bir durumdur. Diğer mallar üreticiler tarafından halka satılırken, bireylerin sağlık statüleri satın aldıkları başka mal ve hizmetlerinden de etkilenmektedir. Sağlığın bireyler tarafından marjinal değerlerin hesaplanması, refah seviyesi, zaman tercihleri, riskler ve sağladığı faydalar gibi standart ekonomi kavramlarla ele alındığında imkansız olduğu anlaşılacaktır.²⁵

Sağlık hizmetlerinde bir sağlık hizmetinin yerine başka bir sağlık hizmetinin konması çok sınırlı olmakla birlikte neredeyse imkansızdır. Uzman doktor, bireyin hangi sağlık hizmetini alacağı konusunda belirleyicidir. Sağlık sorunu olan kişinin, doktorun belirlediği hizmetin dışında bir sağlık hizmeti almasının alternatifi yoktur.²⁶

Sağlıklı bireyleri sahip olma toplumun huzurunu, geleceği ve mutluluğu için önemli bir unsurdur. Gerekli insan gücü kaynağın oluşturulmasında ülkenin ekonomik kalkınması için şarttır. Bireylerin sağlık durumlarındaki bozulmalar sonrasında ekonomik olarak iki sonuç ortaya çıkar. Birincisi, oluşan rahatsızlıktan dolayı kişinin gücünü kaybetmesi ve çalışmamasından doğan gelir kaybıdır. İkincisi ise hastalığın tedavi sürecinde harcanan para sonrasında meydana gelen gelir kaybıdır²⁷. Hastalık nedeni ile gelir azalırken, giderler artmakta ve bireysel bütçe veya toplumsal bütçe açık vermektedir. Toplumun beşeri sermaye kalitesinin yükselmesi sağlıklı bireylere sahip olmakla oluşur²⁸.

Genel olarak sağlık hizmetinin özellikleri şunlardır:

* Sağlık hizmetleri ferdi gibi görülmekte, ancak sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında ortaya çıkan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkileri ile tüm bu hizmetlerin toplumsal hizmetler olduğu görülmektedir.

²⁴ Haluk Özseri, "Sağlık Ve Sigorta", Sigorta Dünyası Dergisi, Sayı 472, İstanbul, Nisan,2000

²⁵ Charles E.Pheelps, Health Economics, Second Edition,1997

²⁶ Turan N., a.g.e., S.10.

²⁷ Kurtulmuş S., a.g.e.,S.17.

²⁸ Sami Taban, "Türkiye'de Sağlık Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi", 3.Ulusal Bilgi, Ekonomi Ve Yönetim Kongresi, Osmangazi Üniversitesi İİBF, Eskişehir,2004, S.17.

* Sağlık hizmetlerinin arz ve talebi arasında eşitsizlikler vardır. Sağlık alanında tüketicilerin satın alacakları mal v hizmetlerin miktarları ve kalitesini belirleme olanakları yoktur.

* Sağlık hizmetinin tüketimi belirsizdir. Hastalıkların oluşumuna bağlı olarak yapılacak masraflar değişiklik göstermektedir. Bu durum sağlık hizmeti talebinin belirsiz olmasına neden olmaktadır²⁹.

* Sağlık hizmetlerinde kişinin talebi hekim tarafından belirlenmektedir. Hastalığın tanısını, şiddetini ve tedavi şeklini, tıbbi bilgi ve tıbbi teknolojik olanaklar çerçevesinde hekim belirler³⁰.

* Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez. Sağlık sorununun ortaya çıkması ile birlikte giderilmesi gereken bir ihtiyaçtır. Zamanında giderilmeyen bir sağlık ihtiyacı kişinin ileriki yaşamını olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlık piyasaları dışındaki mal veya hizmet piyasalarında ikame yapma imkanı vardır³¹.

* Sağlık hizmetleri, diğer piyasalardaki mal ve hizmetlerin aksine standart yapıda değildir. Tüketiciler çoğunlukla satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında sınırlı veya yanlış bilgiye sahiptir³².

1.2.3. Sağlık Hizmetleri Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, koruyucu hizmetler, tedavi edici hizmetler ve rehabilitasyon hizmetler başlıkları altında toplanmaktadır.

1.2.3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişinin ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi için alınacak tedbirlerin tümünü kapsar. Kısaca sağlıklı olan kişi veya kişilerin hastalanmasını önlemek için yapılan hizmettir.

29 Bilal Ak Ve H. Dilek Sevin, Hizmet Sektörünün Genel Yapısı Ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri, I, Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi-Bildiriler, Ankara, 20-21 Mayıs 2000, S.25.

30 Mehmet Tokat, "Sağlık Ekonomisi", H,Ü, Sağlık Ekonomisi Ve Sağlık Politikası Araştırma Ve Uygulama Merkezi (Hüsep) Toplantı Notları, Hyatt Regency Oteli, İstanbul 15 Nisan 2006, [Http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20ekonomisi%20mtokat.Pdf,\(08.01.2016\)](http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20ekonomisi%20mtokat.Pdf,(08.01.2016))

³¹ Tokalaş,a.g.e.,s.15.

³² Ak B., ve Sevin H.D., a.g.e., s.25.

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olduğu için dışsal faydası en yüksek olan sağlık hizmetidir. Kişiisel ve toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinde en önemli rol eğitimindir. Farkında lığın arttığı bir toplumda tedbirlerle birçok hastalığın önüne geçilir. Aşılama, aile planlaması, bulaşıcı hastalıklar denetimi, sağlık eğitimi, sağlıklı beslenme, sosyal yardım hizmetleri, iş güvenliği, erken teşhis gibi faaliyetler kişiisel ve toplumsal koruyucu sağlık hizmetleridir.

Aynı zamanda çevrede sağlığı olumsuz etkileyecek etmenleri zararsız hale getirmeyi ya da yok etmeyi amaçlayan uygulamaları da çevresel koruyucu sağlık hizmetleri kapsar. Toplumda hastalık ihtimali azalırsa, bütün toplum yeleri bundan faydalanır. Hava kirliliği önlenmesi, atık imhası, radyasyon güvenliği de çevresel koruyucu sağlık hizmetlerindedir³³.

1.2.3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda hastalıkların veya sakatlıkların iyileştirilmesi yönelik yapılan tıbbi işlemlerin tümüdür. Tedavi hizmetleri ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde olmaktadır. Hastaların ilk başvurdukları sağlık ocakları, Ana ocuk Sağlığı gibi tedavi hizmetlerinin verildiği yerlerdir. Hastalar sağlık sorununun çözülmediği durumlarda en st düzeyde tıp teknolojisi kullanılan hastanelerde sağlık hizmetlerini alabilmektedir.³⁴

Günümüzde tedavi hizmetleri  basamaktan oluşur.

- Birinci basamak tedavi hizmetleri
- İkinci basamak tedavi hizmetleri
- nc basamak tedavi hizmetleri

Birinci basamak sağlık kuruluşları sağlık ocakları ile beraber koruyucu sağlık hizmeti de veren kuruluşlardır. Birinci basamak tedavi kuruluşunda tedavi olamayan kişi ve kişiler ikinci basamak kuruluşuna sevk edilirler.

³³ Karakuş Fatih, Sağlıkta Dönüşüm Programının Hizmetin Yapısı zerine Etkisinin İncelenmesi (Kahramanmaraş İli rneği), İstanbul, 2014 Syf:10

³⁴ Nusret H. Fişek, Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi, Dünya Sağlık rgt Hizmet Araştırma Ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi, Yayın No:2, Ankara, 1963,S.6.

Sağlık ocakları (merkezleri), verem savaş dispanserleri, aile planlaması merkezleri, halk eğitim merkezleri birinci basamak sağlık kuruluşuna örnektir.

İkinci basamak tedavi kuruluşları birinci basamak kuruluşlarda tanı ve tedavisi mümkün olmayan hastalar bakan kurumlardır. Bu kuruluşlar hastalara yatarak tedavi olanağı sunarlar. Devlet hastaneleri, özel dal hastaneleri gibi kurumlar ikinci basamak sağlık kuruluşlarına örnek kuruluşlardır.

Üçüncü basamak sağlık kuruluşları, ikinci basamak sağlık kuruluşunda tedavi olamayan kişilerin başvurduğu kuruluşlardır. Bu kuruluşlarda son tıp teknolojileri ve ileri tanı, tedavi yöntemleri kullanılır³⁵.

1.2.3.3.Rehabilitasyon hizmetleri

Sakat ve işgücü kaybedenlere başkalarına bağlı kalmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla verilen hizmetlerdir. İki tür rehabilitasyon vardır:

- 1- Hekim ve sağlık çalışanı tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyon
- 2- Sosyal çalışmacılar tarafından yapılan sosyal rehabilitasyon (iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlama vs.)³⁶

Ayrıca rehabilitasyon hizmetleri iki çeşittir. Birincisi paraliziden dolayı vücudunun belirli bir bölümünü kullanamayan kişilere yönelik fizik tedavi gibi tıbbi rehabilitasyon, ikincisi ise vücudunun bir kısmını kullanamayan kişilerin iş kayıpları, sosyal kayıpları ve imaj kaybı gibi konulardan dolayı uygulanması gereken sosyal rehabilitasyondur³⁷.

³⁵ Karakuş F, a.g.e., syf:11

³⁶ Fişek N.H., a.g.e. syf: 52

³⁷ Karakuş F., a.g.e. syf:14

1.3.SAĞLIĞI ETKİLEYEN ETMENLER

1.3.1. Bünyesel Etmenler

Kişilerin vücut yapısıyla ilgili olan problemlerdir. Hormonal hastalıklar, genetik bozukluklar, metabolizma problemleri gibi durumlar vücut yapısı problemleridir. Örneğin; altıparmaklı olma, böbrek taşına sahip olma, Bunların her hangi bir çevre faktörüyle alakası yoktur direkt kişilerin yapısıyla alakalıdır.

1.3.2. Çevresel Etmenler

Sağlığı etkileyen çevresel etmenler kendi içinde altı ana başlıktan oluşur. Biyolojik etmenler, fiziksel etmenler ve sosyo kültürel-ekonomik etmenler, temel ve vazgeçilmez madde eksiklikleri, psikolojik etmenler, kimyasal etmenlerdir.

1.3.2.1.Biyolojik Etmeler

Var olan mikroorganizmalar, vektörler, çeşitli parazitler, besinler ve hayvanlar biyolojik çevreyi oluşturur. Bu etmenler insan vücudunu olumsuz etkileyebilirler. Etkili ilaçlama, aşılama gibi uygulamaların olmadığı birçok ülkede biyolojik etmenler bir çok hastalıklara sebep olur. Örneğin; tifo, tifüs, kolera, bulaşıcı hastalıklar, çocuk felci, sarılık, kızamık, kızamıkcık ve difteri gibi hastalıklar. Bu gibi hastalıklar nedeniyle insanlar sakat kalabilir ve hayatlarını kaybedebilirler.

Bu tarz problemler karşılaşmamak için; tükettiğimiz besinler iyi temizlenip kullanılmalı, gerekli ilaçlamalar evlere ve çevreye yapılmalı, aşılama uygulamaları devlet tarafından düzenli olarak takip edilip uygulanmalıdır. Bunların yapılabilmesi için ülkelerin belli bir gelişmişlik seviyesine ulaşması gerekir. Hem kültürel hem de maddi açıdan gelişmişlik gereklidir.

1.3.2.2.Fiziksel Etmenler

Barınaklar, sular, kazalar, iklim, gürültü ve atıklar gibi kavramlar fiziki çevre içerisinde yer almaktadır. Örneğin barınakların yeterli olmayışı, suların gerekli temizlik düzeyinde olmayışı, iklim şartlarının uygun olmayışı, ülkede atık kontrolünün olmayışı birçok hastalıklara sebep olur. Bu olumsuz fiziki faktörler insan sağlığını kötü etkiler.

1.3.2.3 Sosyo-Kültürel Ve Ekonomik Etmenler

İnsanlarda birbirleri için çevre faktörüdür. Birbirleri ile ilişki içerisinde olan insanlar olumlu olumsuz birbirlerini etkileyebilirler. Örneğin sigara kullanan bir birey çevresindeki insanları bu konuda olumsuz etkileyebilir. Alkol ve madde bağımlılığı da bunlara örnek olabilir. Aynı zamanda maddi koşulları iyi olmayan kişiler düzensiz beslenme, yeterli beslenememe gibi sebeplerden dolayı sağlıkları bozulabilir. Bu durum ekonomik boyutun sağlığa etkisini gösterir³⁸.

1.3.2.4. Temel Ve Vazgeçilmez Madde Eksiklikleri

Vücut için temel olarak alınması gereken ama alınmayan vitamin, mineral gibi maddelerin eksikliği dolayısıyla çeşitli sağlık sorunları ortaya çıkabilir.

1.3.2.5. Psikolojik Etmenler

Sağlık açısından psikolojik etmenlerde çok önemlidir. kişileri olumsuz etkileyebilecek stres, aşırı korku ve heyecan sağlık problemlerine yol açabilir.

³⁸ Kerem Karabulut, Türkiye’de Sağlık Sektörü –Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama-, Erzurum, 1998.

1.3.2.6. Kimyasal etmenler

Kimyasal atıklar ve zehirli gıda katlıları bu grupta yer alır. Örneğin fabrika atık kontrollerinin yapılmaması, gıda sektöründe uygun gübre kullanılmayışı gibi durumlar sağlık problemlerine yol açar³⁹.

1.4. SAĞLIK HARCAMALARI

1.4.1.Sağlık Harcamalarının Tanımı

Bir ülkeyi oluşturan toplumun o ülkeye sağladığı katkılar göz önüne alındığında ortaya maddi manevi değerler bütünü olan bir servet çıkmaktadır. Bu servet; toplumu oluşturan kişilerin eğitimle kazandıkları bilgi, beceri ve yetenekleri üretken bireyler olarak çalışarak sergiledikleri bir sermaye türü olan beşeri sermaye olarak ifade edilebilir (*Mushkin, 1962*). Beşeri sermayenin oluşumunda en önemli unsur olan eğitim ve sağlık ile toplumun ekonomik gelişmişliği arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişkinin açıklanmasında sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumun beşeri sermayesinin daha kolay arttırılabilir olması temel alınmaktadır. Sağlık kavramı beşeri sermayeyi oluşturan eğitim unsurundan farklı olarak hem sermayeye katkı sağlamakta hem de diğer unsurların hayata geçirilmesine olanak sağlamaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlık kavramı beşeri sermayeyi oluşturan diğer unsurları da besleyen önemli bir sermaye unsurudur.

Mushkin, eğitim ve sağlığa yapılan eş zamanlı yatırımların toplum için pozitif yönlü ve pozitif etkilerle geri dönüşümünün olacağını belirtmiştir. Bu bağlamda eğitilmiş bireylerin sağlık bilincinin daha yüksek olması ve sağlıklı bir bireylerin daha verimli şekilde eğitilebilir olmaları iş gücünün üretimi arttırıcı etkisini meydana getirmektedir. Başka bir açıdan eğitilmiş ve sağlıklı bireylerin toplumda

³⁹ Hülya Özuysal, Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama, Ankara 2011.

sosyal ve ekonomik yönden daha etkin davranışlar sergiledikleri tespit edilmiştir⁴⁰.

Önemli göstergelerden biri ise uzun dönemde ekonomik büyüme üzerinde etkisi olan sağlık harcamaları yatırımlarıdır. Sağlık harcamaları koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, gelecekte ortaya çıkacak sağlık harcamalarından tasarruf sağlanmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bireylerin sağlık bilincinin ve yapılan sağlık harcamalarının arttırıldığı görülmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin kalitesi de artmakta ve ekonomik büyüme hızlanmaktadır⁴¹.

Sağlık yatırımları yalnızca sağlık harcamalarından oluşmamakta, aynı zamanda ülkenin sağlık seviyesini arttıran tüm harcamaların bileşiminden meydana gelmektedir. Mazgıt, sağlığa ayrılan kaynakların niceliğinden çok rasyonel kullanımının önemli olduğunu belirtmiştir. Diğer yandan sağlık ve eğitim hizmetlerinin sunumunda görev alan personele yönelik yapılan harcamalar toplum açısından yatırım unsuru sayılırken, birey açısından tüketim özelliği göstermektedir. Bu da sağlık harcamalarının ekonomik büyüme açısından ikili özelliğini ortaya koymaktadır⁴².

Bir ülkenin ekonomisinin güçlü olması ve ekonomik büyümesinin sağlanıp, sürdürülebilmesi için sağlık hizmetlerinin düzgün sunulması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunun sağlanması için yapılan tüm harcamalar sağlık harcamaları olarak adlandırılmaktadır. Bu harcamalar sadece sağlığın bozulması halinde değil, aşılama ve cinsel hastalıklarla mücadele gibi sağlığı koruma amacı ile yapılan harcamaları da kapsamaktadır⁴³.

“ Bir ülkenin sağlık harcamaları, iktisadi gelişmeyi doğrudan etkileyen harcamalar olarak değerlendirilir. Sağlık sektörü eğitimle birlikte öncelikli sektörler arasında mutlaka yer almalıdır. Sağlık harcamalarını basit bir tüketim harcaması niteliğinde görmek son derece hatalıdır. Aynı zamanda bir yatırım

⁴⁰ Selma J. Mushkin, “Health As Investment”, The Journal Of Political Economy, Vol.70, No.5, Part 2, 1962, Syf:156.

⁴¹ Karagül, a.g.e., s.71-72

⁴² Hüsnü Erkan, “Bilgi Toplumu Ve Sağlığın Artan Önemi”, I. Ulusal Bilgi, Ekonomi Ve Yönetim Kongresi, Hereke-Kocaeli, 2002,syf:.405-415.

⁴³ Akın C. S., a.g.e., s: 28-29.

harcaması olan sağlık harcamalarının eksikliğinin doğuracağı olumsuz etkileri ileride telafi etmek pek kolay değildir⁴⁴.”

Ülkeler arası karşılaştırmalar ve sektörler arası karşılaştırmalar yapabilmek için sağlık harcamalarının bilinmesi ülkelerin sağlık sektörüne ayırdıkları kaynakların bilinmesi ülkelerin gelişmiş veya gelişmekte olma kriteri olarak görülmektedir⁴⁵.

Sağlık harcamaları; nüfusun artması, teknolojik gelişmelerde ki hızlı artış ve bireylerin sağlık konusunda bilinçlenmeleri gibi nedenlerle her yıl artmaktadır.

“ Kamu kaynakları tarafından finanse edilen sağlık harcamalarındaki artış oranları, sağlık hizmetinin gerçekleştirilebilmesi için finansmanın ne denli önemli olduğunu gözler önüne sermektedir⁴⁶.”

Sağlık harcamaları, sağlık düzeyini arttıran mal ve hizmet olanaklarının topluma sunulması sağlamaktadır. Sağlık harcamalarının artışı sağlık hizmet olanaklarını da artırır yöndedir. Fakat diğer bir yandan bakacak olursak, sağlık harcamalarının sağlık düzeyi üzerinde olumsuz etkileri de mevcuttur. Fayissa ve Getema⁴⁷ ile Thornton'a⁴⁸ göre sağlık harcamalarının sağlık düzeyine etkisini belirleyen etmen finansmandır. Bu düşünceye göre bilhassa kamu tarafınca yapılan harcamaların finansmanı halkın ödediği vergilerden sağlanıyorsa, bu durumun sağlık düzeyi üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Eğer sağlık harcamaları kişilerin vergilerinden finanse ediliyorsa, bu durumda yaşam için temel olan yiyecek, giyecek, barınma, temizlik gibi sağlığın üzerindeki direk etkisi olan esas harcamaların kısılma yoluna gidilmesi gerekebilir.

Sağlık harcamaları finansmanının kamu ve özel sağlık harcamaları şeklinde ayrılması hem uygulanan sağlık politikaları hem de hizmet sunumu sonucunda ortaya çıkan durumun etkinliği açısından önem arz etmektedir. Kamu harcamaları, sağlık hizmetinin kullanım niceliği ve hizmet sunum kalitesi üzerinde etki sahibi olmasından ve aynı zamanda sağlık sistemi girdilerinin fiyatlarında da belirleyici

⁴⁴ M.C. Gülcan, “Kamu Harcamaları İçinde Eğitim Ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri Ve Türkiye Uygulaması”, Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale, 2008,S.24.

⁴⁵ Balsaki a.g.e., S. 102.

⁴⁶ Şen Atalar, a.g.e., S.26

⁴⁷ Bichaka Fayissa Ve Paulos Gutema, “Estimating A Health Production Function For Sub-Saharan Africa (Ssa)” Applied Economics, 2005, 37: 155-164.

⁴⁸ James Thornton, “Estimating A Health Production Function Fort He U:S: Some Nw Evidence” Applied Economics, 2002, 34:59-62.

bir etkiye sahip olmasından dolayı sağlık düzeyi üzerinde önemli etki yaratmaktadır⁴⁹. Kamu sağlık harcamalarının sağlık düzeyi üzerindeki etkilerinden en önemlisi, topluma yer alan her kesimden bireyin sağlık hizmetine ulaşılabilirliğidir. Ve bu sayede kamu harcamalarının sağlık düzeyini pozitif yönde etkilediği görülmektedir.

Çoğu ülkede sağlık hizmetlerinde özel sektörün sağlık sunumunun gittikçe çoğalması nedeniyle hizmet sunumunun ne şekilde tahsis edildiği, sunulan hizmetin gereksinimleri ne derece ve hangi kalitede karşıladığı gibi olgular ön plana çıkmaktadır. Bu sebeple ortaya çıkan ve birçok kez öne sürülen politika kamu ile özel sektörün işbirliği içinde olarak etkin bir şekilde çalışması ve farklılıkların ortadan kaldırılmasına yöneliktir.

Tıpta her geçen gün ilerlemelerin olmasına ve yapılan sağlık harcamalarının artmasına rağmen dünya genelinde bakıldığında, topluma oluşturan farklı kesimlerdeki bireylerin arasındaki hizmet eşitsizliğinin büyük ölçüde giderilmediği gözlenmektedir. Demek oluyor ki sağlık harcamalarının büyüklüğü yapılan bu harcamaların ne şekilde dağıldığının ve nasıl finanse edildiğinin cevabını vermemektedir. Önemli olan, sağlık harcamalarından ne derece yararlanıldığıdır⁵⁰.

1.4.2. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Türkiye’de sağlık sisteminin etkin bir şekilde işleyişi ve sağlık sektörünün analizini güçleştiren en önemli etken sağlık sisteminin oldukça karmaşık ve kompleks bir yapıda olmasıdır. Bu kompleks yapının içinde sağlık harcamaları sağlayıcılarına bakıldığında iki başlıktan oluşur. Özel sektör ve kamu sektörü kaynakları tarafından sağlanır.

Sağlık sektörünün bu karmaşıklığı sektörün analizinin önemini ortaya koyar. Türkiye’de sağlık sektörü analizlerini kolaylaştırmak için ‘Ulusal Sağlık Hesapları’ sistemi oluşturulmuştur. Bu sistem sayesinde kompleks bir yapı olan

⁴⁹ R. E. Leu “The Public-Private Mix And International Health Care Cost” In Public And Private Health Services, A.J. Culyer, B. Jonsson (Eds) B.Blackwel, 1986, 41-63

⁵⁰ Akira Babazona Ve Alan L. Hillman, “ A Comparison Of International Health Outcomes And Health Care Spending” International Journal Of Technology Assessment In Health Care, 1994, 10(3): 376-381.

sağlık sektörü harcamaları daha kolay sınıflandırılır. Sağlık Politikalarını belirleyenler açısından da ulusal sağlık hesapları sistemi önem taşımaktadır.

Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de ulusal amaçlar için gerekli olan iktisadi kaynaklar ihtiyaçların çeşitliliğine göre yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle sağlık planlamacıları ve politika belirleyen kişiler hedeflerini gerçekleştirebilmek için, sağlık sektörünün tüm kaynaklarını, miktarlarını, sınırlılıklarını, bilginin akış yönünü, akış şeklini, geçmişteki durumunu ve gelecekteki beklentilerini çok iyi bilmeleri gerekir. Sağlık harcamalarının incelenmesinin gerekliliğini bu durum oluşturur.

Gelişmiş ülkelerin aksine gelişen ülkeler ulusal sağlık hesapları harcamalarının gelecek ve geçmişteki durumunu inceleme konusunda başlangıç noktalarında. Bu tarz ülkeler verilerini genellikle kamunun bütçe kaynaklarından elde eder.

Türkiye’de sağlık harcamaları ana hatlarıyla üç başlıktan oluşur.

- Toplam sağlık harcamaları
- Cari sağlık harcamaları
- Yatırım harcamaları

Bu üç ana hat Ulusal Sağlık Hesaplarına sisteminde içerik ve kapsam bakımından açıklanmıştır.

1.4.3.Ulusal Sağlık Hesapları Sistemi

Sağlık hesaplarının tanımlanması günümüze dek gerek politika belirleyiciler gerekse ülkeler için önem taşımıştır. Çünkü politika belirleyicilerinin amaçlarını gerçekleştirebilmek adına gereken kısıtlı kaynakların sağlık sektörünün içindeki dağılımı, şekli, yönü geçmişte planlara ve günümüzde gerçekleşen hareketler konularında detaylı ve doğru bilgiye gereksinim duyulmuştur.

Tüm dünya ülkelerinin bu hesapları geliştirmekte iki temel amacındakinin ilki sağlık sistemlerinin performansını iyileştirmede kullanabilecek temel bilgileri elde etmek, ikincisi ise uluslararası karşılaştırma yapmakta ve raporlar sunmaktadır.⁵¹

⁵¹ SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, SB-HM-2004/08, syf:XIII

Ülkelerin bu hedefleri ve amaçlar doğrultusunda OECD tarafından Sağlık Hesapları Sistemi (SHS) geliştirilmiştir. Geliştirilen ulusal sağlık hesapları sistemleri mevcut durumu tanımakla beraber sağlık sektörünün yönetimi kapasitesini geliştirmekte kullanılmıştır. Bu hesap sayesinde yapılacak müdahaleler belirlenir ve yapılan müdahalelerin etkisiyle çeşitli stratejiler belirlenir ve izlenir. Sağlık sektörü içerisindeki tüm kaynakların dağılımı incelenebilir. Bu kaynaklar stratejiler doğrultusunda öncelikler belirlenebilir. Yeterli şekilde açıklanabildiği takdirde özel sektör sağlık harcamaları ve kurumlar arasındaki kaynak akışını ortaya çıkarır.

Her toplumun sağlık sistemlerinin topluma mal olan maliyetini belirlemek gelecekte ki tüm alınacak kararların ve yapılan planların temelini oluşturur. Tüm sağlık sistemi için ayrıntılı bilgiye sahip olmak amacıyla günümüzde sağlık sistemi değerlendirmesinde hem kamu sektörü hem de özel sektörü kapsayan bir bakış açısı hakimdir. Bu kapsamlı bilgiler var olan gerekli bütçe verilerinin de çıkarılmasının mümkün olmadığı koşullarda Organisation For Economic Co-Operation And Development (OECD) sağlık harcamalarına yönelik detaylı bir matris oluşturmuştur. Matriste kaynak ve kullanım detaylı olarak ortaya koyulmasını sağlayan ve akışın takibini sağlayan Sağlık Hesapları Sistemini (SHS) geliştirmiştir.

Tüm dünyada ve ülkemizde sağlık harcamalarının akışı özel ve sigortalara yapılan harcamalarının dağılım miktarlarının saptanması ve uluslararası karşılaştırma yapılabilmesi için OECD, SHS çerçevesinde Ulusal Sağlık Hesapları (USH) sisteminin oluşturulmasına ihtiyaç duyulmuştur ve gerekli sistemi kurmuştur. Bu sistem sayesinde kamu ve özel sektörlerde yapılan harcamalar akışı belirlemesini sağlamıştır.⁵²

“USH için tanımlama üç temel gruptan söz edilebilir;

1) Para nereden gelmektedir.

2) Para nereye gitmektedir.

3) Ne tür mal ve hizmetler verilmekte ve satın alınmaktadır (Mollahaliloğlu,2004).”

⁵²SB-HM-2004/08, a.g.e syf: 2

SHS kapsamında oluşturulan USH sisteminin oluştuğu maddeleri incelendiğinde;

- FİNANSMAN KURUMLARI

- 1) Genel Devlet

- a) Merkezi Devlet
- b) Yerel Yönetim
- c) Sosyal Güvenlik Fonları

- 2) Özel Sektör

- a) Özel Sosyal Sigorta
- b) Özel Sigorta Şirketleri
- c) Hane Halkı Tarafından Yapılan Ödemeler
- d) İşletmeler

- HİZMET SUNUCULARI

- 1) Hastaneler

- a) Genel Hastaneler
- b) Ruh Sağlığı ve Madde Bağımlılığı Hastaneleri
- c) Özel Dal Hastaneleri
- d) KİT, Belediye ve Diğer Bakanların Hastaneleri

- 2) Ayakta Sağlık Hizmeti Sonuçları

- a) Hekim Muayeneleri
- b) Diş Hekimi Muayeneleri
- c) Diğer Sağlık Hizmeti Sonuçları
- d) Ayakta Hasta Bakım Merkezleri

3) Perakende Satış ve Diğer Tıbbi Malzeme Sonuçları

- a) Eczaneler
- b) Gözlük ve Diğer Görsel Araçlarının Perakende Satıcılar Sonuçları
- c) İşitme Araçlarının Perakende Satış ve Diğer Sonuçlar
- d) Tıbbi Cihaz Perakende Satıcıları ve Sonuçları

4) Halk Sağlığı Programları Sunumu ve Yönetimi

5) Genel Sağlık yönetimi ve Sigorta

- a) Devlet Sağlığı Yönetimi
- b) Sosyal Güvenlik Fonları Yönetimi
- c) Diğer Sosyal Sigortaların Yönetimi
- d) Diğer (Özel) Sigorta

6) Sağlıkla İlgili Hizmet Kurumlarıdır.

1.4.3.1. Finansman Kurumları

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılan tüm fonların kaynaklarının sınıflandırılmasıdır.

1.4.3.1.1. Genel Devlet (Kamu Sağlık Harcamaları)

Bu kavram sağlık hizmetlerinin finansmanı amacıyla; devlet tarafından finanse, kontrol edilen piyasanın dışında kalan kar amaçsız kurumlarda dahil olmak üzere, devletin tüm sosyal güvenlik fonları, merkezi ve yerel yönetimlerin tüm kurumsal birimlerini kapsar.⁵³

⁵³ SB-HM-2004/08, a.g.e., syf:3

1.4.3.1.1.1.Merkezi Devlet(Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları)

Tüm ülke sınırlarını kapsayan ölçüde tüm genel kurumlarını ve bunların doğrudan finanse ettiği tüm birimleri kapsar.⁵⁴ Kamu denetimi sektöründeki fonlar, genel, katma ve bağımsız bütçeli kuruluşları kapsar. Merkezi devlet sektörü doğrudan finanse eder. Bu sektör doğrudan sağlık hizmeti sunumu ve sağlık hizmetleri yönetimini sağlar.

- Genel Bütçeli Kuruluşlar

Sadece devletin bütçe gelirlerinde finanse edilen kuruluşlar ve sadece kamu sektörü hizmeti sunan kuruluşlardır.

- ✓ Sağlık Bakanlığı

Sağlık bakanlığı oluşturduğu sağlık programları ile sağlık statüsünü yükseltmeyi amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda, Tedavi Hizmeti Genel Müdürlüğü, Verem, Savaş Daire başkanlığı, Sıtma Savaşı Daire Başkanlığı ve kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülen programlar oluşturmuştur. Bu kapsam tüm bu programları içerir.⁵⁵

- ✓ Diğer Bakanlıklar

Sağlık bakanlığının oluşturduğu programlar dışında kalan diğer bakanlıkların oluşturduğu sağlık programlarını içerir.

- Katma Bütçeli Kurumlar

Genel bütçe dışında giderlerini kamu sektörü özel kaynaklı gelirlerle karşılayan kamu sektörü kurumlarıdır.

⁵⁴ SB-HM-2004/08, a.g.e., syf: x

⁵⁵SB-HM-2004/08, a.g.e., syf: 3

✓ Üniversiteler

Katma bütçede pay almakla beraber ürettikleri hizmetler karşılığında döner sermayeleri aracılığıyla kendi kaynaklarını oluşturan kurumlardır.

✓ Diğer Katma Bütçeli Kurumlar

Üniversiteler dışında kalan yüksek öğretim kurulu, milli piyango idaresi gibi kuruluşları kapsar.

• Bağımsız Bütçeli Kurumlar

Genel ve katma bütçe dışında kalan devletin bazı ekonomik faaliyetlerini yerine getirmek için kurulmuş kurumlardır.

• Kamu Sektörü Denetimindeki Fonları

Toplandıkları belirli amaç için harcanan sosyal ve ekonomik amaçlarla özel kaynaklardan oluşturulmuş fonları kapsar.

• Devlet Memurlarına Verilen özel Sağlık Hizmetleri

Devlet memurlarını bakmakla yükümlü oldukları sağlık harcamalarını finanse etmek için ilgili kurumların bütçesine bu amaç için aktarılan kaynağı kapsar.

1.4.3.1.1.2. Yerel Yönetim

Mali, yönetsel otoritesi ve yasal alanları belirli bir coğrafi alan ile sınırlı olan kurumsal birimlerdir. Belirli bir yerleşim yerinde yaşayan ve belediye ile il özel idaresi otoritesindeki insanlara verilen hizmetleri ve bunların direk olarak kontrol

ve finanse ettiği tüm birimleri kapsar. Bu birimi kapsayan çalışanların giderleri 2010 itibari ile SGK tarafından karşılanmaya bařlamıřtır⁵⁶.

- Belediyeler

Beldede yaşayan halkın ortak ve yerel gereksinimlerini karşılayan ve beldenin hizmetlerini gören kamu sektörüdür. Tüzel kişiliğe sahiptir.

- İl zel İdareleri

İlin genel ve yerel hizmetlerine ait tüm işleri yapmak için var olan tüzel kişiliktir. Vali Başkanlığında hizmet verir. Sağlık harcamalarını sisteminde hem sağlık için yatırım harcamalarını yapar hem de sağlık hizmetlerini finanse eden kurumlardır.

1.4.3.1.1.3. Sosyal Güvenlik Fonları

Katılım devlet tarafından yönetilen zorunlu tutulan, toplumun büyük bir bölümünü veya tamamını kapsayan sosyal güvenlik programlarıdır. ⁵⁷ 2006 yılına kadar üç sosyal güvenlik fonu vardı. Bu fonlar T.C Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Esnaf ve Sanatkarlar, Diğer Bağımsız alışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu. Bu üç kurum 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe giren yasa ile tek çatı olarak da bilinen SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu)'na devredilmiştir.⁵⁸

⁵⁶ Mehmet Atasever, Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi, 2002-2013 dönemi, SB, syf:19.

⁵⁷ SB-HM-2004/08, a.g.e., syf: 5

⁵⁸Erdal Gümüş, Türkiyede Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar Ve neriler, Seta Analiz,2010 Syf: 7

1.4.3.1.2. Özel Sektörler

Devlet kuruluşları dışında kalan kurum ve kuruluşlardır. Bu kuruluşlar; hane halkları, özel sağlık sigortaları, vakıf üniversiteleri, hane halkına hizmet eden kar amaçsız kuruluşları ve özel sosyal güvenlik sandıklarıdır⁵⁹.

1.4.3.1.2.1. Özel Sosyal Sigorta

Sosyal güvenlik fonları hariç diğer tüm sosyal sigorta fonlarını kapsar. Sosyal sigorta, poliçe sahibinin üçüncü bir taraf tarafından sigortalanır. Bu program merkezi devletin doğrudan kontrolü altında değildir.⁶⁰

1.4.3.1.2.2. Özel Sigorta Şirketleri

Merkezi devletin kontrolü altında olmayan özel sosyal sigortalar dışında tüm özel sigorta işletmelerini kapsar.

1.4.3.1.2.3. Hane Halkı Tarafından Cepten Yapılan Ödemeler

Hane halkının doğrudan sağlık hizmeti almak için yatığı ödemelerdir. Hane halkının cepten yaptığı ödemeler üçüncü taraflar için, sağlık politikaları belirlenmesi için ve çeşitli finans kaynaklarından alınan faydalıların belirlenmesi için önem taşımaktadır.

1.4.3.1.2.4. Hane Halklarına Hizmet Eden Kar Amaçsız Kuruluşlar

Hane halkına kar amaç gütmeyen ücretsiz veya ekonomik olarak anlamlı olmayan fiyatlarla mal veya hizmet sağlayan kurumlardır. Bu kapsam altında vakıflar ve dernekler bulunmaktadır.

⁵⁹ Atasever, M, a.g.e. syf:18.

⁶⁰ SB-HM-2004/08, a.g.e., syf 6

1.4.3.1.2.5. İşletmeler

Piyasaya hizmet veya mal veren kurumlardır. Temelde mesleki hizmetlerin üreticisi görevi ile sağlık hizmet finansına katkı sağlar.

- Kamu İktisadi Teşekkülleri (KİT)

Piyasaya mal veya hizmet sunan devletin otoritesi altındaki iktisadi teşekküllerdir.

- Vakıf Üniversiteleri

Vakıfların kurduğu üniversitelerdir.

- Özelleştirme Kapsamındaki Kurumlar

Kamu iktisadi teşekkülleri olarak faaliyet gösteren kurumları özelleştirme kapsamında alınmış ve özelleşmiş olan kurumlardır.

- Diğer İşletmeler

Herhangi bir sınıflanmaya girmeyen diğer tim devlet firma ve işletmeleri kapsar.

1.4.3.2. Hizmet Sunucuları

1.4.3.2.1. Hastaneler

Ayakta bakım hizmeti de dahil olmak üzere, yatarak veya ayakta hastalara tıbbi, teşhis ve tedavi hizmetlerini hekim, hemşire ve diğer sağlık personelleri ile veren kurumlardır.⁶¹

⁶¹ SB-HM-2004/08, a.g.e., syf: 7

1.4.3.2.1.1. Genel Hastaneler

Yatan hastalara hizmet veren kurumlardır. Birçok tıbbi koşula sahiptirler.

- Sağlık Merkezleri

Sağlık Bakanlığı Tedavi hizmetleri genel müdürlüğüne bağlı olarak belirli sağlık hizmetlerini yürüten kurumlardır. Düzenledikleri yönetmelik yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğidir. Yatak sayıları daha azdır.

- Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini veren hastanelerdir. Hastaneler finansmanını bütçeden, döner sermayeden, bünyelerindeki vakıf ve derneklerden elde ederler.

- Üniversite Hastaneleri

Üçüncü basamak hizmet sunucularıdır. Birinci ve ikinci basamak hizmet sunumu da yapabilirler. Sağlık sistemi içinde hizmet sunumu bakımından önemli katma bütçeli kuruluşlardır. Harcamalarını, katma bütçeden, döner sermayeden, bünyelerindeki dernek ve vakıflardan yaparlar.

- Özel Hastaneler

Özel hastaneler yönetmeliğince yayınlanan kurallar çerçevesinde sağlık hizmeti vermek amacıyla açılan kurumlardır.

- Vakıf Üniversite Hastaneleri

Vakıflar tarafından kurulan üniversiteleri hastaneleridir.

1.4.3.2.1.2. Ruh Sağlığı ve Madde Bağımlılığı Hastaneleri

Madde bağımlılığı da dahil olmak üzere madde bağımlılığı da olan hastalara yatarak teğhis, tedavi ve izleme hizmeti veren kurumlardır.

1.4.3.2.1.3. Özel Dal Hastaneleri

Belirli bir alanda hastalığı olan yada tıbbi duruma sahip olan kişilere yatarak veya ayakta teğhis ve tedavi hizmeti veren kurumlardır.

1.4.3.2.1.4. KİT, Belediye Ve Diğer Bakanlıkların Hastaneleri

Halka doğrudan hizmeti vermek amacıyla kurulan belediye, KİT (Kemik iliği-Kök Hücre Transplantasyonu) ve diğer bakanlıkların hastanelerini kapsamaktadır.

1.4.3.2.2. Ayakta Sağlık Hizmeti Sunucuları

Yatarak sağlık hizmeti vermeyen, ayakta hastalara doğrudan hizmet veren kurumlardır.

1.4.3.2.2.1. Hekim Muayeneleri

Bağımsız alışan bu birimler, tıp doktoru derecesine sahip kişilerin sağlık hizmeti verdiği birimlerdir. Temel finans kaynakları kişilerin ceplerinden yaptıkları harcamalardır.

1.4.3.2.2.2. Diş hekimi Muayeneleri

Bağımsız çalışan bu birimler, diş hekimi derecesine sahip kişilerin sağlık hizmeti verdiği birimlerdir. Temel finans kaynakları kişilerin ceplerinden yaptıkları harcamalardır.⁶²

1.4.3.2.2.3. Diğer Sağlık Hizmeti Sunucuları

Diş hekimi, tıp doktoru hariç diğer tüm sağlık hizmeti uygulamalarını içerir. Sağlık harcamalarına dahil olan fakat belirli bir kategoriye dahil olamayan harcama sınıfıdır. Sınıflandırılmayan sağlık hizmetlerinden olan; sağlık hizmeti için yapılan yol gideri, optik giderleri, konaklama ve sağlık hizmetlerinden karşılanamayan tıbbi cihaz giderleri için olan harcamalardır⁶³.

1.4.3.2.2.4. Ayakta Hasta Bakım Merkezi

Ayakta bakım hizmeti hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile geniş kapsamı olarak hizmet veren kurumlardır.

- Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezleri

Ana ve çocuk merkezleridir. Bu merkezler sağlık bakanlığına bağlıdır.

- Diyaliz Merkezleri

Diyaliz hizmeti veren merkezlerdir.

- Diğer Tüm Ayakta Çok Uzmanlı ve Ortak Hizmet Merkezleri

⁶² SB-HM-2004/08, a.g.e., syf: 8-9

⁶³ Atasever, M, a.g.e. syf:18.

Ayakta hasta bakım merkezleri sınıflamasının içine girmeyen diğer tüm ayakta sağlık hizmeti veren kurumları kapsar. Dispanserler, Aile Sağlık Merkezleri, Kurumların Revirleri ve İş Yeri Hekimlikleri bu kategori altındadır.

- Tıbbi ve Teşhis Amaçlı Laboratuvarlar

Herhangi bir hastalık veya tıp profesyonellerinin istekleri üzerine kişiye analiz veya teşhis hizmeti sunmak için görev yapan kurumlardır.

1.4.3.2.3. Perakende Satış ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları

Kişisel veya hane halkı tüketimi için tıbbi malzeme üreten kurumları dahil olmak üzere hane halkı veya kişilere perakende tıbbi malzeme sağlamak için faaliyet gösteren kurumlardır.⁶⁴

1.4.3.2.3.1. Eczaneler

Temel faaliyet reçeteli veya reçetesiz olmak üzere hane halkı veya kişilere perakende ilaç satışı yapmak için kurulan kurumlardır.

1.4.3.2.3.2. Gözlük ve Diğer Görme Araçlarının Perakende Satıcılar ve Sunucuları

Hane halkı veya kişilere tüketilmek üzere perakende gözlük ve diğer görme araçlarının temelini sağlamak ve satışı yapmak için bulunan kurumlardır.

1.4.3.2.3.3. İşitme Araçlarının Perakende Satış ve Diğer Sunucuları

Hane halkı veya kişilere tüketilmek üzere perakende işitme cihazlarının temelini sağlamak ve satışı yapmak için bulunan kurumlardır.

⁶⁴ SB-HM-2004/08, a.g.e., syf:10

1.4.3.2.3.4. Tıbbi Cihaz ve Perakende Satış ve Diğer Sunucular

Hane halkı veya kişilere gözlük ve diğer görme araçları ile işitme cihazları dışında kalan diğer tıbbi malzemelerin teminini sağlamak ve satışını yapmak için bulunan kurumlardır.

1.4.3.2.4. Halk Sağlığı Programları Sunumu ve Yönetimi

Halk sağlığı programları olan toplumun sağlığını korunması ve geliştirilmesi amacı ile çalışan özel ve kamu kurumlarını kapsar.

1.4.3.2.5. Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta

Sağlık kurumlarının faaliyetlerini düzenlemekle beraber sağlık sigortasının genel yönetimi olan kurumlardır.

1.4.3.2.5.1. Devlet Sağlık yönetimi

Sosyal güvenlik fonları hariç sağlık politikasının formüle edilmesi ve yönetilmesini kapsar. Ayrıca hizmet sunucularının düzenlemesi, sağlık kurumlarının standartlarının belirlenmesi gibi faaliyetleri kapsar.

1.4.3.2.5.2. Sosyal Güvenlik Fonları Yönetimi

Devlet tarafından sağlanan sosyal güvenlik fonları kapsar.

1.4.3.2.5.3. Diğer Sosyal Sigortaların Yönetimi

Devlet tarafından sağlanan sosyal güvenlik fonları dışında kalan sosyal sağlık sigortası yönetimini kapsar.

1.4.3.2.5.4. Diğer (Özel) Sigorta

Diğer sosyal sigortaların yönetimi ve sosyal güvenlik fonları hariç geriye kalan diğer sigortaların yönetimini kapsar.

1.4.3.2.6. Sağlıkla İlgili Hizmet Sunan Kurumlar

Sağlıklı ilgili tüm fonksiyonları sunan ve sağlık fonksiyonları sınıflamasında var olan kurumları kapsar. Bu kapsamda Türkiye’de USAID (The United States Agency For International Development Amerika Birleşik Devletleri Uluslar Arası Kalkınma Ajansı) tarafından hazırlanan sınıflama kullanılmaktadır. Bu sınıflama Guide te Producing national Heaath Accounts’da önerilmiştir. Bu kapsamda sağlıkla ilgili araştırma yapan kurumlar dahildir.

1.4.3.2.7. Sınıflandırılmayan Kategori

Yeterli verinin olmaması dolayısıyla belirli bir sınıflamasının altında bulunmayan sağlık hesapları sınırları içerisindeki faaliyetleri kapsar.⁶⁵

⁶⁵ SB-HM-2004/08, a.g.e., syf: 11-12-XI

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

2.1. SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Türkiye’de sağlık alanında yapılan politika ve reformlar dönemler halinde incelenir. Toplam beş dönemde incelenen bu politikaların altıncı dönemini sağlıkta dönüşüm programı oluşturur. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Türkiye dışında birçok ülkede daha uygulamaya konulmuştur. Bu sağlıkta dönüşüm sağlık politikasının oluşumunda Uluslar Arası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası (WB), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi birçok birlik belirleyicidir. Oldukça geniş coğrafyalarda uygulanan bu sağlık politikasının temel amacı, sağlık alanında giderek artan harcamaları azaltıp, verimliliği arttırırken, birey ve bireylerin sağlığa erişiminde herhangi bir kısıtlamaya yol açmamaktır⁶⁶.

2.2. SAĞLIK POLİTİKALARI

Türkiye’de toplam beş dönem olan sağlık politikaları;

1920-1923 yılları arası sağlık politikaları

1923-1938 yılları arası sağlık politikaları

1946- 1960 yılları arası sağlık politikaları

⁶⁶ Döndü Sönmez Özkan, Sağlıkta Dönüşüm Programının Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri, Isparta, 2012, Syf:34-35

1960-2002 yılları arası sağlık politikaları
2003 yılı sonrası sağlık politikaları(SDP) 'ndan oluşur.

2.2.1. 1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Savaş yılları sırasında 3 Mayıs 1920 de Meclis Hükümeti, 3 sayılı kanun ile ilk sağlık bakanlığını kurar⁶⁷. Bu bakanlığın ismi Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiyedir. İlk sağlık bakanlığı görevini Dr. Adnan Adıvar almıştır. Bu bakanlık ile beraber ilk defa sağlık hizmeti bakanlığa bağlı olan resmi bir kurum olmuştur. Artık sağlık devletin kontrolündedir.

Sağlık bakanlığın günün koşulları uyarınca ilk hedefleri;

- Savaş sonrası soruları çözmek,
- Sağlık personelinin her bakımdan desteklenmesi
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi olmuştur.⁶⁸

İlk sağlık bakanı Adnan Adıvar, göreve geldiğinde önceli olarak tüm ülkede görev yapan hekim listesini oluşturmuş, taşralarda küçük birimler oluşturarak sağlık hizmetinin devam etmesini sağlamış, yeni hükümet olan İstanbul hükümetinin nizamnamelerini ve kanunlarını temin etmiştir. Taşralarda oluşturduğu küçük sağlık birimleriyle yetinmeyip, büyük şehirlerde daha büyük sağlık kurumları oluşturmak suretiyle sağlığın gelişimine de önem vermiştir.

Savaşın sürdüğü o dönemde en önemli sorun bulaşıcı hastalıklar olmuştur. Bu dönemde bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye büyük önem verilmiştir. Savaşın doğurduğu göç olaylarından dolayı evsiz kalan çocuklar için yurtlar açılmıştır. Salgın hastalıklarla mücadele etmek en önemli görev olduğundan dikey örgütlenme yapısı geliştirilmiştir. Bu yapılanma ile beraber koruyucu sağlık hizmetleri ücretsiz yapılmıştır. Tedavi edici hekimlerden çok koruyucu sağlık hizmeti sunan hekimlere daha çok ücret ödenmiştir.

1920'li yıllarda savaşın devam etmesiyle birlikte tifo, tifüs ve kolera gibi bulaşıcı hastalıklar çoğalmıştır. Bu dönemde aşı haneden istenen aşılarda zamanında

⁶⁷ <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html> (1.11.2015)

⁶⁸ <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf> (26.11.2015)

ulaşmamakla birlikte düzenli sağlanamamıştır. Aşı ihtiyacından dolayı Ankara Cebeci hastanesinde birkaç hekim bir araya gelerek eski bir laboratuarda aşı üretmeyi başarmışlardır.

2.2.2. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Dr. Adnan Adıvar'dan sonra Cumhuriyetimizin ilk sağlık bakanı Dr. Refik Saydam olmuştur. Refik Saydam döneminde en büyük problem yeterli sağlık personelinin ve sağlık kuruluşunun olmamasıydı.

Tablo 1. 1923 Yılında Türkiye'deki Yataklı Tedavi Kurumları

KURUM TÜRÜ	KURUM SAYISI	YATAK DURUMU	
		SAYI	PAYI
Devlet Hastanesi	3	950	14,7
Özel İdare Hastanesi	45	2450	38,1
Belediye Hastanesi	6	635	9,9
Özel Yabancı Azınlık Hastanesi	32	2402	37,3
Toplam	86	6437	100

Kaynak: Karakuş, 2014, syf:20

1923 yılında kurum sayıları tablo 1 deki gibiyken; 1924 yılında Ankara, Sivas, Erzurum, Diyarbakır ve bunlara ek olarak ta 1936'da Haydarpaşa, 1946'da Trabzon ve 1970'de Adana Numune Hastaneleri açılmıştır.

Sağlık personeli sayısının da oldukça yetersiz olduğu bu senelerde göstergeler Tablo 2'de görüldüğü üzere 1930 yıllarında artmıştır.

Tablo 2: 1923-1930 Yılları Sağlık Personeli Sayısı

SAĞLIK PERSONELİ	TARİHLER	
	1923	1930
Hekim	554	1182
Hemşire	69	202
Ebe	136	400
Sağlık memuru	560	1268
Eczacı	4	114

Kaynak: TÜİK, temel istatistikler, sağlık personelleri sayısı

Personel sayısının artmasıyla birlikte ‘seyyar tabiplikler’ kurulmuştur. Seyyar tabiplikler gittikleri köylerde halka gerekli ayaktan tedavi, halk sağlığı, çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar gibi konulara hizmet ve eğitimler vermiştir⁶⁹.

Dr. Refik Saydam döneminde geçerli dört politika vardır. Bu dört politika şunlardır;

“1- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,

2- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması,

3- Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanması,

4- Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması”⁷⁰. (Kaynak: <http://www.saglik.tr/belge//tarihce.>)

Ayrıca bu Dr. Refik Saydam döneminde sağlık mevzuatının temellerini oluşturan 51 yasa ve 18 tüzük yürürlüğe girmiştir.

Bu kanunlar;

- 1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu,
- 1927 tarih ve 992 sayılı Bakterioloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu,
- 1928 tarih ve 1962 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu,
- 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun
- 1930 tarih 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu,
- 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
- 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun’ larıdır.

⁶⁹ Fatih Karakuş, Sağlıkta Dönüşüm Programının Hizmetin Yapısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi (Kahramanmaraş ili örneği), İstanbul, 2014 syf:20

⁷⁰ <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html> (1.11.2015)

2.2.3. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Bu dönemde Dr. Refik Saydam döneminde gerçekleştirilen birçok uygulama ve örgütlenme geçerliliğini kaybetmiştir. Merkezi yapıyı kuvvetlendirici içerikleri sosyal konular olan politikalar ve yasalar düzenlenmeye ve uygulanmaya çalışılmıştır.⁷¹

İkinci dünya savaşının bu dönemde başlamasıyla çiçek, sıtma ve tüberküloz gibi birçok salgın hastalık Türkiye’yi de etkilemiştir. 1945 yılında ‘Olağan Üstü Sıtma Savaş Kanunu’ çıkarılmış ve kanunun etkisiyle kentlerde 1949 yılında Verem Savaş Dernekleri kurulmuştur. Köy gibi daha küçük yerleşim birimlerinde ise Sağlık Bakanlığı mücadele etmiştir. Kentlerde başarı bulan verem savaş hareketlerine karşılık köylerde aynı başarı elde edilememiştir. Bu durum sonucunda 1960 yılında ‘Verem Savaş Genel Müdürlüğü’ kurulmuştur. Bu müdürlüğün kurulması ile birlikte verem hastalığına karşı daha organize bir yapı oluşturulmuş bulunmaktadır.

Bu dönemde hastane sayısı 1950 de 41 iken 1960 yılında 566 ‘ya yükseltilmiştir. Belediye hastaneleri devlet hastanesine dönüştürülmüş ve tedavi edici sağlık hizmetleri Sağlık bakanlığına devredilmiştir. 1952’de kurulan işçi sigortaları kurumu ile ilk sigorta kavramı oluşmuştur. 1964 yılında bu kurum sosyal sigortalar kurumu (SSK) adını almıştır. SSK kurumu ülkede yetersiz sağlık kuruluşu olması dolayısıyla yeni tesisler açıp, işletmek durumunda kalmıştır. Ayrıca sağlık hizmetini sağlık bakanlığı yerine getirme ilkesinden vazgeçilmiştir.

Sağlık sistemi ile hastane koşullarının düzelmesi, kentlerdeki hizmet birimlerine önem verilmesi sonucu kırsal bölgedeki birçok sağlık çalışanı kırsal kesimden kente göç etmiştir. Bu suretle kırsal alanda koruyucu sağlık hizmeti gerilemiştir. Bu durumda birçok salgın hastalıkların tekrar artmasına sebep olmuştur⁷².

Bu yıllar arasında birçok kanun çıkarılmıştır. Bu kanunlar;

- 1940 tarih ve 3958 sayılı Gözlükçülük ve Gözlükçüler hakkında kanun,
- 1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Hakkında Kanun,
- 1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun,

⁷¹ <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf> (2.1.2016)

⁷² Karakuş S, a.g.e. syf:21

- 1954 tarih ve 6283 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanun'larıdır⁷³.

1938-1960 dönemi arasında Dr. Behçet Uz birinci on yıllık sağlık planı yürürlüğe konmak üzere hazırlanmış, sağlık bakanının değişmesi ile birlikte bu plan uygulanamamıştır.

Doğum da beklenen yaşam süresi uzamış;

1950-1955 → 43.6 yıl

1960-1965 → 52.1 yıl olmuştur.

Bebek ölüm hızı da;

1950 → 233

1955 → 176'ya düşmüştür⁷⁴.

2.2.4. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Türkiye'de 1960 ihtilal'ı ile sağlık birimi de değişim yaşamıştır. İlk olarak 1961 yılında anayasa'nın bir kanun ile sağlık ve sosyal güvenlik anayasal bir devlet görevi haline getirilmiştir⁷⁵.

1961 yılında sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu görüşünün benimsenmesi ile 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair kanun çıkarılmıştır. Ancak yasa 1963 yıllarında uygulanmaya başlayabilmiş ve 1980 yıllarına kadar geçerli olmuştur.

Dikey örgütlenme kısmen azaltılmıştır. Sosyalleştirme uygulanmaya pilot olarak başlamıştır. Pilot uygulamada çalışan doktorların serbest olarak çalışması yasalar ile engellenmiştir. Sosyalleştirme yasasının kurucularından biri olan Nusret Fişek içinde bu kanun başarılı olmamıştır.

1960 yıllarında 1. Beş Yıllık Kalkınma planı, 1967 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma planı hazırlanmıştır. ' 1. Beş Yıllık Kalkınma planı bir çok politikanın

⁷³ Erhan Bıyık, Sağlıkta Dönüşüm Programının Kamu Hastanelerine Etkilerinin Sağlık Personeli Algısıyla Değerlendirilmesi (Ankara İli Kamu Hastanelerinde Bir Araştırma), 2014

⁷⁴ <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html> (1.11.2015)

⁷⁵ Bıyık E, a.g.e. syf:5

belirlenmesinde geçerli olsa da 2. Beş Yıllık Kalkınma planı bakanlar kuruluna dahi sevk edilememiştir.

2.Beş yıllık Kalkınma planının da yer alan Genel Sağlık Sigortası kavramı ilk olarak ortaya çıkmış fakat gerçekleşmemiştir.⁷⁶

Silahlı kuvvetlerin devleti devir almasının ardından sektörler yapı arası olan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuştur. DPT ‘nin koordinasyonu ile birçok sektör ve sağlık ülkenin ekonomik ve sosyal amaçlarına ulaşmak için planlamalar yapmıştır. Dr. Behçet Uz devrinde yapılmak istenip yapılamayan planlı dönem böylelikle yürürlüğe girmiştir.

2.2.5. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Askeri darbe sonucu 1961 anayasası ile sağlık hizmeti sunma görevini tek başına devlete iken 1982 anayasasınının 58. Maddesinde yer alan “Genel Sağlık Sigortası kurulabilir” ifadesi ile bu görev özel sektör ve sosyal kurumlara da paylaştırılmıştır.

Dünyada da sağlık alanında reformlara gidilen dönem olan 1980’ler den günümüze dek sağlıkla ilgili kararlar verilirken Türkiye’nin siyasi ve ekonomik değişimleri dikkate alınmak zorunda kalmıştır.

Herkes için genel sağlık sigortası konulara gündeme gelmiştir. Fakat siyasi gerçekler dolayısıyla hayata geçirilememiştir. Bununla birlikte 1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’da uygulamaya geçilememiştir.

Askeri darbe ardından sağlık reformları tekrar 1990 yıllarında gündeme gelmiştir. 1990 dönemlerinde aile hekimliği, genel sağlık sigortası, hastanelerin özertleştirilmesi ve sağlık personelinin sözleşmeli hale gelmesi reformları olmuştur.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından sağlık ili ilgi planlamalar yapılmış; bu planlamalar doğrultusunda 1992 ve 1993 yıllarında Ulusal Sağlık Kongreleri yapılmıştır. Bu kongreler ile sağlık politikalarını belirlenmiştir. Aynı

⁷⁶ Altıntaş Mustafa, Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının Sağlık Harcamaları Etkisi, 2014, İstanbul

kongrelerin sonucu olarak aşırı yoksul kişiler için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır⁷⁷.

Bu yıllarda yürütülen sağlık ile ilgili reformların dört ana bileşeni vardır. Bunlar ;

“1- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,

2- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,

3- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,

4- Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması”⁷⁸. Kaynak: (www.saglik.gov.tr).

Bu dönemde sağlık kurumlarına önem verilerek yeni sağlık ocakları ve sağlık evleri açılmıştır.

2.2.6. 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları (Sağlıkta Dönüşüm Programı)

2002 yılı sonrası sağlık alanın da gelişmeler daha çok hız kazanmıştır. Ancak bazı yasal değişimler dolayısıyla uygulanamamıştır. 2002 yılı sonrası sağlık politikaları konusuna sağlıkta dönüşüm bölümünde daha detaylı yer verilecektir.

2003-2008 yılları arasında hazırlanan sağlıkta dönüşüm programı hem geçmiş tecrübeler hem de birikimlerden yararlanılarak hazırlanmıştır. Aynı zamanda dünya da başarı yakalamış örnekler, geçmişte yürütülen çalışmalarda göz önüne alınmıştır. Cumhuriyetin kuruluşundan bu güne kadar olan tüm reformlar, sağlık alanı çalışmaları da incelenmiştir.

⁷⁷ Bıyık E., a.g.e. syf:6

⁷⁸ <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html> (1.11.2015)

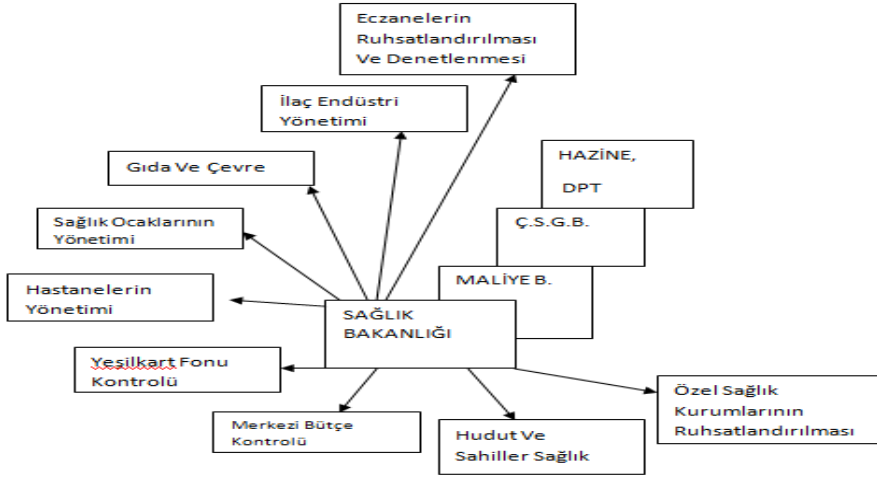
2.3.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (2003-2011)

2002 yılı seçimlerinden sonra hükümet değişikliğiyle birlikte sağlık sektöründe de yeniliklere gidilmiştir. Halen geçerli olan sağlık hizmetleri maliyetleri sistem kaçakları dolayısıyla oldukça fazlalaşmıştır. Sağlık hizmetleri standardını koruyamamış ve ulaşılmaz hale gelmiştir. Sağlık hizmetini daha standart hale getirmek ve herkesin ulaşabileceği bir hizmet haline getirmek sağlıklı nesil yetiştirmek için şart olmuştur.

Sosyal güvenlik kuruluşları da asil görevlerinden uzaklaşıp diğer işlerle uğraştığından verimliliğini kaybetmiştir. Sağlık sistemi parçaları olan sağlık personeli de yetersiz ve kötü dağılım sebepleriyle verimliliğini kaybetmiştir.

Tüm bu olumsuzluklar çerçevesinde yeni gelen hükümet'te Sağlık Bakanlığı, Çalışma Ve Sosyal Güvenlik bakanlıkları bir araya gelerek sağlıkta dönüşüm programını oluşturmuşlardır.

Sağlıkta dönüşüm programı öncesi görev bakımından oldukça karışık bir yapı hâkimdir. Bu yapı sağlıkta dönüşüm öncesi;



Şekil 1: Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Öncesi Görev Şeması

Kaynak: Karakuş, syf:27

şeklindeydi.⁷⁹

2.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Genel Çerçevesi

Sağlıkta dönüşüm programı toplam sekiz adet bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler sektörün tüm boyutlarını kavramak üzere oluşmuştur. Her bir bileşen sağlıkta dönüşüm programında uygun olan çözümleri içermektedir.

Sağlıkta dönüşüm sistemi içinde tanımlanan rol unsurları tanımladıkları gibi mükemmeli olamamıştır. Çünkü sistemin mükemmeliyetçi yaklaşımına karşı sistem bütünlüğü önem arz etmiştir. Bu durum karşısında sistemden beklenen ülkenin imkan ve kaynakları doğrultusunda en uygun çözümü sağlamaktır. Bu çözüm sağlanırken aynı zamanda öncelik ve önem derecesi dikkate alınacaktır. Aynı zamanda sistemde tanımlanan mükemmeli oluşturmaları için sisteme zarar vermeyecek bir şekilde serbest hareket etme şansı sağlanmıştır. Kısaca tüm sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde bulunan hizmet unsurların davranış özgürlüğü vardır; fakat ana sisteme katkı sağlamak zorundadır.

Sağlıkta dönüşüm programı bu anlayışı benimsemiştir. Programı oluşturan her bir parça bir sonra ki ana büyük paçayı oluşturması ve tanımlaması mümkün olur. Bu durumda programın bütün olarak işlenmesi gerekir. Fakat tek bir parçanın mükemmelliği için uğraşılırken başarısızlıklar artabilir.

Sağlık sektörü içerisinde bulunan grupların programın bileşenleri ile ilgili fikir farklılıklarına sahip olabilir. Bu gibi durumlarda bir parça ile ilgili farklı görüşlerin bir bütün üzerindeki etkilerine bakarak değerlendirilir. Bu çerçevede program her türlü önerilere açık hale getirilmiştir⁸⁰.

2.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel İlkeleri

İlk olarak 2003 yılında ilk edilen sağlıkta dönüşüm programının temel ilkeleri;

⁷⁹ Karakuş F,a.g.e., syf:24

⁸⁰ [http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktaonusum.pdf\(02.01.2016\)](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktaonusum.pdf(02.01.2016))

“İnsan Merkezilik: Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.

Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.

Sürekli Kalite Gelişimi: Vatandaşlarımıza sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.

Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasını, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını amaçlamaktadır.

Uzlaşmacılık: Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine, yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.

Gönüllülük: Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.

Güçler Ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.

Desantralizasyon: Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak

yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.

Hizmette Rekabet: Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.” (Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta dönüşüm, Ankara)⁸¹.

Tüm sağlık kurumunun hedefi her zaman için en yüksek kalitedeki sağlık hizmetini en düşük maliyetle sağlamaktır. Bu hedef doğrultusunda ilerlerken de çağın gerekleri ve modernleşme süreçleri de dikkate alınmıştır⁸².

2.3.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri

2003 yılında oluşturulan acil eylem planı çerçevesinde sağlıkta dönüşüm programının bileşenleri;

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

⁸¹ <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf> (02.01.2016)

⁸² Sönmez Ö. D., a.g.e. syf:36

8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi". (Kaynak: www.saglik.gov.tr)

2007 yılında bu bileşenlere ek üç tane yeni bileşen eklenmiştir. Bunlar;

“1- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,

2- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,

3- Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleridir”.

(Kaynak: www.saglik.gov.tr)⁸⁴.

2.3.3.1. Planlayıcı Ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı

Sağlık bakanlığı standart koruyucu ve denetleyici rolünü arttırmakla beraber planlayıcı rolünü de arttırmayı hedeflemiştir. Bu hedef için yönetim ilkesi çerçevesinde sağlık bakanlığına bağlı tüm sağlık kuruluşlarını yapılandırmak hedeflerindedir.⁸⁵.

Sağlık bakanlığı, sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde vizyon olarak politikalar geliştiren, düzenleyen ve bu politikaları denetleyen bir konumda olmuştur. Ayrıca kamu sektörü veya özel sağlık sektörüne ayırdığı tüm kaynakları etkili, hakkaniyetli ve verimli bir şekilde kullanmaya yönelik yönlendirmeler yapmayı düşünmüştür. Bu kural gereği; sağlık bakanlığına bağlı tüm kurum ve kuruluşlar yerinde yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılanması sağlanmıştır. Bu sayede bakanlık stratejik plan yapan bir örgüt halini almıştır. Anayasaya tanımlanan ‘tek elden planlama’ bu sayede sağlanmıştır.

Sağlık bakanlığı bu hedef doğrultusunda dikey yapılanmayı ortadan kaldırmıştır. Daha entegre bir sağlık hizmeti modeli öne çıkarmak için ise;

- Kaynak dağılımı, insan kaynakları politikası, stratejik planlama gibi konularda yeni misyonunu , vizyonunu, görev tanımlamasını oluşturmak için yapısını gözden geçirmesi,

⁸³ <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html> (12.02.2016)

⁸⁴ <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html> (12.02.2016)

⁸⁵ Emel Aykır , 2002-2012 Sağlık Politikaları Ve Sağlıkta Dönüşüm, 2014, İstanbul

- Sağlık sektöründe aktif ve stratejik bir liderken, mali ve yönetsel denetimini köy teşkilatlarına aktaracak yeni planlar yapması,
- Misyonunu, vizyonunu ve fonksiyonları eşliğinde; yeniden örgütsel yapısına, sağlık politikasına ve merkezi ya da taşra yönetimi durumuna göre sağlık hizmetlerini ve sistemini modernleştirilmesi ve iyileştirmesine,
- Merkez ve taşra yetkililerinin yönetim organları, rolleri, politikalarına göre sağlık işletmelerinin daha büyük sorumluluklar almalarını sağlamak için yönetim modelleri geliştirmesi,
- Sağlık eğitimi planlamasında gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası aktif yol alabilecek, sağlık işletmelerinin değişik bölümlerinde personel ihtiyaçlarını karşılayabilmek amaçlı sağlık eğitimi programları geliştirmesi ve denetlemesini yapabildiği bir şekilde yeniden planlanması gerekmiştir.

Yeniden yapılanma süreci dahilinde sosyal devlet anlayışı dahilinde koruyucu sağlık hizmetlerini ve birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmiştir.

Bu hedef doğrultusunda sağlık bakanlığının ana hedefi politika belirlemek ve düzeni sağlayarak denetlemek olmuştur. Bir diğer konu ise kalite kontrolü ve tüketicilerin eğitilmesidir. Kısaca sağlık bakanlığı bu program dahilinde ilk olarak sağlık sektörü için öncelikleri belirlemiş, kaliteyi incelemiş ve düzenlemiştir. Ayrıca kurumların akreditasyonu, sigortanın düzenlenmesi ve halk sağlığı işlevlerinin de yönetimi ve denetimini sağlamıştır.

2.3.3.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde hakkaniyete önem verilmiştir. Bu amaç doğrultusunda vatandaşların ödeme gücü ile orantılı bir sigorta modeli oluşturulmak istenmiştir. Bu yaklaşım anayasamızın temel gereksinimlerindedir⁸⁶.

⁸⁶ <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf> (3.12.2015) syf:31

1982anayasasında 56 madde gergince yapılması hedeflenmiştir. Bu konuda bir çok teşebbüsler olmuş fakat sonuçlanamamıştır⁸⁷. Geçmişte sigortalar çeşitliydi, bunlar; sosyal sigortalar kurumu, bağ-kur ve emekli sandığıydı. Bu kurumlarda sağlık ve emeklilik sigortaları ayrılmamış durumdaydı. Açıklar bütçeden karşılanıyordu. Gerçekçi olmayan düzenlemeler dolayısıyla profesyonel sağlık sigortası anlayışından uzaktı. Her şeye rağmen toplumun çok büyük bir kesimini içine almış durumdaydı. Bu sigortalarının içinde olmayan kesimde; yeşil kart uygulaması ile kısmı bir sigortanın içine alınmıştır.

Sigortalar arasında kapsam farklılıkları oluşmuştu ve hizmet kalitesini arttırmak, her bir bireye eşit sağlık hakkı ile hizmet vermek, sağlıktaki para ilişkisini ortadan kaldırmak i.in tüm toplumu kapsayan bir sigortacılık ihtiyacı oluşmuştur.

İhtiyacın karşılandığı ve istenilen bir düzeyde sağlık sigortacılığı sistemi oluştuktan sonra; sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde düşme, koruyucu sağlık hizmetleri konusunda teşvikçi olmuştur.

Genel sağlık sigortası kurulması için sağlıkta dönüşüm programı dahilinde de bazı çalışmalar yürütülmüştür. Bu çalışmalar;

- Ödeme zorluğu çeken kişiler için geçim sınırı(fakirlik sınırı) belirlenmesi. Vatandaşın ödeme gücünü belirlemek için bir standart sistem oluşturulması.
- Fakirlik sınırı altında olan kişilerin ödeyemediği sigorta primlerini ödemek için kısmen veya tamamen kamu kaynakları ile karşılamak üzere kaynak oluşturulması
- Sosyal güvencesi bulunmayan kişiler için primlerini toplamaya yönelik sistem kurulması
- Sosyal güvenlik ve sağlık primi havuzunun ayrılması
- Sağlık hizmetleri için temel teminat paketi belirlemesi
- İl, ilçe düzeylerinde sağlık ihtiyacını düzenlemek için, demografik ve epidemiyolojik ihtiyaç tespiti yapacak yapı oluşturulması

⁸⁷ Karakuş F, a.g.e. syf:28

- Belirli ihtiyaçlar için birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerden hizmet alınabilmesi için sözleşmeler yapılması
- Alınan bu hizmetlerin sözleşmeye uygun olup olmadığını ölçecek bir denetim yapısının oluşturulması olmuřtur⁸⁸.

56. Madde gereğince gündeme gelen bu Genel Sağlık Sigortası ile hedeflenen ülkedeki tüm vatandaşları bir sağlık sigortası altında toplamak, sigorta primlerini diğer sigortalardan ayırarak bağımsız bir yapı oluşturmak ve sağlık finansmanını etkinleştirmek olmuştur. İlk adım niteliğinde yapılan yenilik sosyal güvenlik kurumunun kurulması ile olmuştur. Bu kurum sayesinde tüm sigortaları tek çatı altında toplanmıştır.

Bu yapıya ek olarak Ulusal Sağlık Hesabı Sistemi kurulmuştur. Sistemin amacı sağlık finansmanı ile ilgili bilgi eksikliğinin giderilmesi, sağlık sektörü kaynaklarının nereden nereye aktarıldığının, harcandığının yıllık bazda takip etmek olmuştur.

Ayrıca özel sağlık sigortası da desteklenmiş, tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunması sağlanmıştır. Günümüzde tamamlayıcı sağlık sigortası olarak bilinen bu özel sigortalar ile temel teminat paketinde olmayan hizmetler ekstra satın alınacak hale gelmiştir.

Genel sağlık sigortasının da ki önemli hususlar;

- Tüm kişiler tek bir sigorta kapsamında olması,
- Sağlık sigortası ve emeklilik sigortasının birbirinden ayrılması
- Sigortasız kalma veya primi yatırılmaması sorunlarıyla kuruluşların değil sigorta kurumunun ilgilenmesi,
- Hizmet üreten kişilere geri ödemenin tek elden yapılmasıdır.

⁸⁸ <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf> (3.12.2015) syf:32

2.3.3.3. Yaygın, Erişimi Kolay Ve Güler Yüzlü Sağlık Sistemi

Türkiye'nin sosyoekonomik ve coğrafi yapısından dolayı tek düze ve homojen olan herhangi bir sistemi bütün ülkeye yaymak mümkün değildir. Aynı zamanda herhangi bir ülkede uygulanan herhangi bir sağlık düzenini de ülkemize olduğu gibi aktarabilmekte mümkün olmamaktadır. Bu durumun nedeni; şehir merkezlerinden, iklim değişiklikleri sebebiyle ulaşılamayan köylerine, nüfus yoğunluğu yaşayan ilçelerden, metropollere kadar birçok farklı konuda çözüm bekleyen heterojen bir yapının olmasıdır. İnsanların hak ettiği çağdaş normlara uygun sağlık hizmeti sunmak için bu konular dikkate alınmıştır.

1961 yılında 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleşmesine dair kanun çıkartılmıştır. Bu kanun ile oluşan sağlık ocakları ve evleri o zamanın şartları gereğince en modern sistemleri olmuştu. Ancak bu yasa ile hedeflenen amaçların tam ve yeterince uygulanabildiğini söylemek gerçekçi değildi.

Köyden kente sürekli göçler, düzensiz nüfus artışları, gelir dağılımındaki farklılıklar geçmişteki yasaları olduğu gibi kabul etmek yerine günümüze uyarlamak zorunda olduğumuzu göstermektedir. Bu sebepten dolayı 1960 yıllarının sosyoekonomik, demografik ve epidemiyolojik farklarını göz önüne alarak 21. Yüzyıl Türkiye'si şartlarına uyarlamak gerekmiştir.

Bu hedef doğrultusunda sağlık ocağı ağları güçlendirilmiş, dernek ve vakıflarında özel teşebbüslerinin hizmette yer alması sağlanmıştır. Bu sayede ülke kaynakları verimli kullanılmıştır. Herkesin kolayca ulaşabileceği bir hizmet haline gelmesi hedeflenmiştir.

Eşitsizlikleri azaltmak her zaman ana hedef olmuştur. Kır-kent eşitsizliği doğu-batı eşitsizliğinde daha azdır. Bu sadece ekonomik sebeplerle açıklanamaz. Bu eşitsizlikleri azaltmak için; ihtiyaç duyulan her yerde kamu olanakları geliştirilmiş, sağlık hizmetinin nitelikleri artmış, özel hastaneler ile rekabet edebiliyor hale gelmek hedeflenmiştir⁸⁹.

Kısaca sağlık hizmetlerinin daha da yaygınlaştırılması, erişiminin kolaylaşması ve insani değerler etkisinde hizmette verimlilik hedeflenmiştir.

⁸⁹ Özkan D. S., a.g.e. syf:41

2.3.3.3.1 Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinde, performansa yönelik bir sistemin bulunmamaktaydı. Aslında bakıldığında kurumsal konu gereği sağlık hizmetleri yetki ve kontrol sahibi bir yapıda olmalıdır. Bu amaç için ilk olarak bireylerin özelde ise hasta ve sağlık çalışanlarının göreceli olarak durumları iyileştirildi.

Kentsel bölgede yetersiz kalan sağlık ocaklarının uyguladığı koruyucu sağlık hizmetini yetersiz kaldığı için kamu sağlığı merkezleri uygulayacaktır. Kırsal kesimlerde ise sağlık ocakları devam etmektedir. Koruyucu sağlık hizmeti ile ilgili bu kurumsal yapıya diğer sağlık hizmetleri birimi de katılarak aktif rol alacaktır.

Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı yaklaşımı esas alınacaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini kişilerin istediği doktorlar tarafından yürütülecektir. Bu uygulama ile kişi ve hekimi daha yakın olacaktır. Hastalıkların önlenmesinde, sağlık eğitiminde, sağlığın düzeltilmesinde doktorlar daha önemli rol alacaktır. Dış hekimliği konusunda da koruyucu önlemler almak birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alacaktır. Bireylerin her bir kaydını bir hekim tutacaktır. Kontrol ve risk analizinde ilerlemeler amaçlanmıştır.

Az olan aile hekimi sayısı pratisyen hekimlerin alacağı kısa eğitimler ile geçilebilecek ve sürekli eğitimlerle desteklenecektir. Bu sayede itibar kaybı yaşayan pratisyen hekimlik güç kazanacaktır.

Kırsal bölgelerde daha da yaygın olan sağlık ocakları uygulamaya başlangıçta yer almıştır. Kentlerde ise yetersizlikler daha da çoktur. Bu durumda serbest hekimlik ve özel sağlık merkezleri sistemleri yer alacaktır⁹⁰.

Aile hekimliği pilot uygulaması hakkında kanun çıkartıldı. İlk olarak düzce ilinde uygulanmaya başlandı. 1 Ocak 2009ntarihi itibariyle 33 büyük ilde daha uygulama başlandı.

Bu 33 büyük ilde yılda birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan başvuru sayısı %33 artmış, ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvurma sayısı %1 azalmıştır. Aile hekimliği olmayan illerde ikinci basamak sağlık hizmetlerine olan başvuru

⁹⁰ <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf> (4.12.2015)

%16 artmıştır. Başvuru sayısının daha da artması için uygulamaya sağlık bakanlığı tarafından katkı payı konulması planlanmıştır⁹¹.

2.3.3.3.2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

Bireylerin kendi seçtiği aile hekiminden hizmet alması etkili bir sevk zinciri kurmakta ilk basamağı oluşturur. Etkili bir sevk zinciri temel sağlık hizmetinin güçlenmesine ve birinci basamağı oluşturan aile hekiminin sunduğu sağlık hizmetine doğrudan bağlıdır. Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde hasta memnuniyetini esas alan aile hekimliği uygulaması sistemi üzerinde çalışılmıştır.

Bu hedef doğrultusunda birinci basamak sağlık merkezlerinde hastaların tutulabilmesi için doğru planlama ve teşvikler yapılmasına karar verilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sorunları çözülebilecek birçok hastanın hastane polikliniklerinde olması büyük sorun oluşturmaktadır. Kademeli sevk zinciri mekanizması etkinleştirilerek; hem hastanelerin gereksiz kullanılması hem de sağlık harcamalarının azaltılması hedeflenmiştir. Aynı zamanda kalite artışının da olacağı düşünülmüştür.

Sevk zinciri iki yönlü olarak kullanılacaktır. Tanı ve tedavi süreçleri içerisinde olana hastalar gerektiğinde ikinci veya üçüncü basamak arasında sevk edilmelidir. Hatta gerektiğinde tedavinin devamı, bakım ve izleme için daha alt seviyelere de gönderilmelidir.

Bu sistemde bireyleri aile hekimlerinin daha iyi izlemesi için konsültasyona gönderdiği hastaların sonuçları tıbbi kayıt sisteminde görülecektir. Bu sayede daha düşük maliyetlere, daha kaliteli ve daha kısa sürede sağlık hizmeti sunumuna olanak sağlamış olacaktır.

Bu kurulan sevk zincirinin dışında kalmak isteyen hastaların katlanması gerektiği bir ek maliyet olabilecektir⁹².

Düzenli olarak sevk zincirinin takip edildiği durumlarda; hastanı hekim seçme, seçilme ve hastane seçme hakları sınırlanmış gibi olacaktır. Sağlıkta dönüşüm

⁹¹ Aykır E, a.g.e. syf:57

⁹² <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf> (7.12.2015)

programının temel ilkesiyle çatışmış olacaktır. Bir çok sağlık kurumu arasında çatışmalar oluşturabilecektir. Rekabeti olumsuz etkileyecektir.

2.3.3.3. İdari Ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Türkiye'deki hastanelerin tümünde herhangi bir ayırım yapılmaksızın sigorta kurulmalarıyla analaşma yaparak ve sevk sistemine uyarak herkese hizmet verebilecektir. Bu şekilde hizmet veren tüm hastaneler kalite ve sözleşmelerde belirtilen fiyatlar uygunluğu açısından denetim altında olacaktır. Finansman konusunda bireyler desteklenecektir. Bu kurumlar hizmetleri oranında pay alacaklardır.

Özel hastanelere tanınan olanaklar sonucunda kamu hastaneleri birliği değişen bu sağlık yapısına ayak uydurmalı aynı zamanda rekabeti için merkeze bağımlı halinden kurtulmalıdır. Tüm kamu sağlık kuruluşlarının özerk hale gelmesi planlanmıştır. İlk olarak zerkleştirme adımlarında hizmet sunumu birliği sağlanacaktır. İkinci olarak ise her tesis ayrı özerk olacaktır. Sağlık kuruluşları direk ve doğrudan devlete bağlı olamayıp il, vakıf, özel sağlık kuruluşları kurulabilecektir. Kamu sağlık kurumlarının kendilerini finanse edip giderek daha fazla kar için hizmet kalitesinden ödün veren bir kuruluş haline gelmeleri engellenecektir.

Her sağı kurumu kendi verimliliği, kalitesinden sorumlu hale gelmesi planlanmıştır. Demografik olarak homojen olmayan ülkede mahrumiyet bölgeleri daha dikkate alınarak ekonomik olarak daha az verimli olan sağlık kuruluşlarının desteklenmesi planlanmıştır. Sağlık kuruluşları için kar amacı gütmeyen kuruluşlar olması hedeflenmiştir.

Performans sistemine geçilerek atanmış yöneticilikten vazgeçilecektir. Ödeme şekli performansa bağı olacaktır.

Hizmet sunumunda kolaylıklar sağlamak için ayaktan tedavisi yapılabilecek hastaların yatış olmadan ayaktan tedavileri sağlanacaktır. Maliyetten tasarruf hedeflenmiştir. Bu sebepten dolayı poliklinikler ve laboratuarlar ikinci basamakta bulunacaktır.

Engelliler için gerekli rehabilitasyon hizmetleri, tedavi edici hizmetlerle bağlantılı şekilde planlanabilecek merkezlerde yapılacaktır

2.3.3.4. Bilgi Ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Uygun nitelikte ve gerekli olan insan kaynağıyla beraber sağlıkta dönüşüm büyük ölçüde ilişkilidir. Sağlıkta dönüşüm programıyla amaçlanan Avrupa birliği uyum süreci dikkate alınarak çalışanların görev, sorumluluk ve yetkileri tanımlanacaktır. Ayrıca hastalar ile bire bir çalıştıkları halde görev ve yetkileri olmayan çalışanların meslek grupları oluşturulup, görev ve yetkilerinin belirlenmesi planlanmıştır. Doktorların eğitimleri ülkenin ihtiyaçlarına göre belirlenmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan doktorların uzmanlaşarak aile hekimi olabilmesi için yeni müfredat oluşturulması planlanmıştır. Hemşirelik eğitimleri için de uluslararası standartlara ulaşması sağlanacaktır. “Aile sağlığı” kavramını güçlendirmeye çalıştıran sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında “Aile Sağlığı hemşireliği” kavramı oluşturulacak ve birinci basamak sağlık hizmetinde aktif olarak rol alması sağlanacaktır.

Ağız ve diş sağlığı için bilinçlendirmeler, toplum eğitimi ve koruyucu hekimlik görevlerine daha da dikkat edilmesi planlanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde de tüm diş hekimlerinden faydalanılabilecektir. Uzman diş hekimleri ikinci ve üçüncü sağlık hizmetlerinde yer alacaktır⁹³.

Etkili bir yönetim kadrosu oluşturulacaktır. Hekimlerin yönetici olmasıyla; hekimler amaçları dışında kullanılması sonucu doğmaktadır. Buna ek olarak yöneticilik alanında tecrübesiz yöneticiler oluşmaktadır. Bu sebeplerden dolayı sağlık yönetimi ayrı bir disiplin olarak planlanıp, eğitim faaliyetlerine önem verilmesi hedeflenmiştir.

Sağlık çalışanları ülke genelinde dengeli dağılımı teşvik edici politikalara sağlanacak ve sonuç olarak zorunlu hizmet kaldırılacaktır. Bu sayede daha verimli ve istekli sağlık personelleri olacaktır.

⁹³ Aykır E, a.g.e., syf:64

Sağlıkta dönüşüm programının da yapılan birçok değişim insan kaynağının başarısı ve uygun niteliğine bağlıdır. Nu konuda insan gücü iyileştirmeleri için, döner sermaye ödemeleri, iyileştirilmesi, mesleki ve hizmet içi eğitimler önemsenmiştir⁹⁴.

2.3.3.5. Sistem Destekleyecek Eğitim Ve Bilim Kurumları

Halk sağlığı konusunda bilgili, sağlık işletmesi, sağlık politikası, sağlık ekonomisi gibi konularda bilgili insan gücüne her zaman ihtiyaç duyulmuştur. Özellikle sağlıkta dönüşüm sırasında. Ülkemizde araştırmalar yapıp aynı zamanda planlayacak, ülkenin ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler ile destek verecek bir kurum her zaman gerekmiştir.

Halk sağlığı kurumu tıp fakültelerinde bulunan toplum sağlığının içine aldığı bir branş olmuştur. Aslında halk sağlığı toplum hekimliğini de içine alan farklı disiplinleri de bir araya getiren daha kapsamlı bir bilim dalıdır. Bu kurum varlığı ile multidisipliner yaklaşımı kullanan ekipleri yetişmesi ve uygulamaya geçilmesi aşamasında önem arz etmektedir. Sağlıkta dönüşüm programı ile böyle bir kurum ülkeye kazandırılmak hedeflenmiştir.

Hıfzıssıhha okulunun da günümüz ihtiyaçlarına cevap verebilecek düzeye yükseltmek hedeflerden bir diğeridir. Bu hedef doğrultusunda 10 Ekim 2008 tarihinde hıfzıssıhha mektebi Türkiye Sağlık Kurumu olarak yeniden yapılandırılmıştır. Kurum ilk olarak sertifika programları oluşturmuştur.

Tıp eğitimiyle ilgili olarak ta müfredatın geliştirilmesi düşünülmüştür. Tıp eğitimini destekleyen eğitim hastaneleri desteklenecektir. Tüm bu ortak uygulamalar bir çatı altında toplanacaktır⁹⁵.

2.3.3.6. Nitelikli Ve Etikli Sağlık Hizmetleri İçin Kalite Ve Akreditasyon

Sağlık sektörü bir hizmet birimidir. Bu hizmet biriminin sadece belirli standartlara uygun olması hiçbir zaman yeterli değildir. Sağlık sektörü de diğer hizmet

⁹⁴ <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf> (7.12.2015)

⁹⁵ Özkan D. S., a.g.e. syf:44

birimlerinde de olduğu gibi sunum sürecinin ve çıktılarının değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirme için bir mekanizma var olmalıdır. Sağlık hizmetinde kalite genel olarak ihmal edilmiş bir konu olmuştur. Günümüz gereklerince kalite kavramı gerek finansal kaynak sağlayanlar gerekse hizmeti sunanlar için dikkat çekmeye başlamıştır.

Sağlıkta dönüşüm programıyla kalite konusu daha çok gündeme getirilmiştir. Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu kurulması düşünölmüştür. Bu kurumun kurulması ile sorun halinde olan ruhsat verme, sertifikasyon ve akreditasyon konuları çözüme ulaşacaktır. Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu sağlık ile ilgi göstergeleri ölçmek için belirli sistemler geliştirecektir. Bu ölçüm sistemleri sonuçlarına göre performans değerleri oluşturulacaktır.

Sağlık hizmetleri için önemli olan bir konuda etik değerlerin korunmasıdır. Etik değerlerin korunması için de güçlü bir etik kurulun kurulması planlanmıştır.

Kurulacak kurumun geniş yetkileri olması ve çok çeşitli temsilcilerinin olması planlanmıřtır⁹⁶.

2.3.3.7. Akılcı İlaç Ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

Sağlıkta dönüşüm programı ile ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin standardizasyonu ve ruhsatlandırılması için bağımsız kurumların kurulması düşünölmüştür.

2.3.3.7.1. Ulusal İlaç Kurumu

Türkiye’de ilaçlara ve farmasotik ürünlere yapılan zamlar olukça fazladır. Bu zamların bilimsel bir temele dayalı olmamsından kaynaklanmaktadır. Ayrıca bu durum nüfusun büyük bölümünün dikkatini çekmemektedir. Çünkü sosyal güvenlik kurumu mevcut politikalarından dolayı fark edilmemektedir. Sağlıkta dönüşüm programıyla bu sorun çözüme ulaştırılmak için bilimsel esaslarla ve karşlıklı kurumların anlaşmasıyla bir birim oluşturulması plan dâhiline alınmıştır.

⁹⁶ Karakuş F., a.g.e. syf:31

Ulusal ilaç kurumu kurulacaktır. Bu kurum görev olarak ilaçların ruhsatlandırılması, tanımı, üretimi, satışı ve araştırma geliştirmesi gibi konularla ilgilenecektir. Bu kurum ulusal politikalar dâhilinde bağımsız bir kurum olması sağlanacaktır.

Sorun halinde olan ilaç ruhsatlandırma daha hızlı ve bağımsız olarak gerçekleşecektir. Fiyatlandırma konusunda tüm tarafların ortak kararları ile çözüme varılması sağlanacaktır. Ayrıca ülkede üretilen ilaçların da dış pazarlara açılması için gereken yenilikler sağlanacaktır. Bu yenilikler sağlanırken ülkenin çıkarları düşünülecektir.

İlaç tüketimi konusunda bilinçsiz olan vatandaşları bilinçlendirmek ve ilaç tüketimini bilimsel bir kritere bağlamak ana hedeflerden olmuştur⁹⁷.

2.3.3.7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu

Sarf malzeme ve tıbbi cihaz konularında genellikle yurt dışına dayalı bir sağlama varken, kalite belgesi ve kalibrasyon gibi konularda ulusal standartları belirlenmesi ile yerli üretim yapılmaya başlanabilecektir. Tıbbi cihazların periyodik olarak kalibrasyonlarının yapılabilmesi ile güvenli ve verimli tedaviler sağlanmış olacaktır. Bu durumdan dolayı tıbbi sarf malzeme ve cihazların denetimi ile standardizasyonu önem kazanmıştır. Sağlıkta dönüşüm programı ile kurulacak olan Tıbbi Cihaz Kurumu özellikleri şunlar olacaktır; ulusal düzeyde denetleyen, klinik mühendislik hizmetine odaklı, eğitici ve düzenleyici yetkileri olacaktır. Ayrıca tıbbi cihaz kurumu ilk olarak bilgi veri tabanı oluşturacaktır. Daha sonra ise cihaz planlaması ve satın alımı, güvenlik programları ile kanunlar ve düzenlemeler dair bilgiler ile uygulama yapacaktır.

Hizmet veriminin artması için sağlıkta kullanılan tüm malzemelerin ve cihazların uluslar arası kurallara uygun olması verimlilik sağlar. Hem malzeme israfını hem de zaman israfını önler. Aynı zamanda halka uluslar arası standartta bir hizmet sağlamaya yarar⁹⁸.

⁹⁷ <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf> syf: 74

⁹⁸ <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf> syf: 41

Ülkemize bakıldığında birçok sanayi konularında alt yapı mevcuttur. Bu küçük sanayiler desteklenerek dünya standartlarında kendi üretimini yapan bir ülke haline gelmeyi ve ihracat yapabilmek hedeflenmiştir⁹⁹.

2.3.3.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Doğru bilginin sağlık hizmetlerindeki önemi oldukça fazladır. Gerek politika gerekse de yönetim kararları bilgiye dayanır. Doğru kararlar için doğru bilgi, doğru bilgi içinde doğru veriler gerekir. Doğru ve güvenilir verilere ulaşmak içinde iyi bir bilgi sistemi gerekir. Sağlıkta dönüşüm programıyla tüm bu sistemlerin bir araya geldiği bir bilgi sistemi kurulması planlanmıştır.

Kurulan bu bilgi sistemi ile sağlık envanteri oluşturmak, sağlık hizmetleri basamakları arasında bilgi transferini sağlamak, kişisel verilerin korumak istenmiştir. Bilgi sistemi, gelişen teknolojilerden yararlanılarak yapılmış modüler yapıda bir sistem olacaktır. Bu kurulacak bilgi sistemi sağlık politikaları belirlenmesinde, sağlık sektöründe oluşan problemlerin tespit edilmesi, sağlık sektörünün kaynaklarının ve yatırımlarının planlanması aşamalarında kullanılacaktır.

Kurulan sistem ortak bir veri tabanı üzerinden işleyerek günümüz iletişim kaynakları ile entegre olacaktır. Ulaşılmak istenen hedeflerden biriside sevk zincirinin daha sistemli olarak kullanılmasıdır. Özel bir referans numarası ile tüm sağlık veri tabanlarına ulaşılabilir ve sigorta verilerinin de ulaşılabilirdiği bir sistem olacaktır. Bu numara farklı veri tabanında gerekli bilgi eşleştirmeleri yapabilecek ve kişilerin sigortalı olup olmadıkları hızlıca görülüp bilinebilecektir¹⁰⁰.

Ana hatlarıyla sağlık sistemi;

- “ Web teknolojisine dayalı, aile hekimliği, hastane ve diğer bileşenlerin bağımsız yazılımlarından standart veri transferi yapılabilirli.
- Karar mekanizmasında rol alacak yeterli ve gerekli bilgiye merkezden ulaşılabilirli.

⁹⁹ Karkuş a.g.e. syf:31

¹⁰⁰ <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf> syf:74 (20.03.2016)

- Hastalık yüküne ve sağlık harcamalarına yönelik, epidemiolojik ve demografik analizler yapılması sağlanmalı.
- Ülke düzeyinde sağlıkla ilgili verilerin toplanması ve sağlık hizmeti sunumunda elde edilen verilerin doğrultusunda da hizmet planlanması yapılabilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı olanakları kullanarak veri toplanması, toplanan bu verilerin kurumsal bir yapı dahilinde değerlendirilmesi ve aksayan noktalarda sorun gidermeye yönelik geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını desteklemeli.
- Ulusal Sürveyans sistemini destekleyecek uygulamalar ile sağlıkla ilgili olaylarda erken uyarı sistemlerinin oluşturulmalı ve uluslararası sistemlerle entegrasyonunu sağlamalı.
- İlaç provizyon sistemleri ile ilaç denetimine imkan tanınmalı.
- Sağlık hizmeti sunumunda dağılımı ve doluluğu denetleme imkanı vermeli.
- MERNİS ile entegre kişisel referans kaydını esas almalı
- Aile hekimlerini kendi hastaları ile ilişkilendirmeli ve sistemde yetkilendirmeli.
- Vatandaş odaklı olmalı ve hasta memnuniyetini sağlayarak “elektronik randevu” gibi asgari hizmet sunumuna olanak vermeli.”(kaynak: sağlık bakanlığı; sağlıkta dönüşüm).¹⁰¹

2.3.4. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulama Süreci

Sağlıkta dönüşüm projesi hayata geçirirken bütüncül bir yaklaşımın aynı sıra, sağlık sisteminin tümü ile politika ve programlar belirlenmelidir. Dönüşüm programı temel olarak 4 programdan oluşur. Bunlar; kavramsallaşma, yasalasma, kontrollü yerel uygulama, Türkiye genelinde yaygınlaştırmadır.

¹⁰¹Nilüfer Mısırlı R.,Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmetleri Sunumunun Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği, İstanbul, 2007 Syf:61

2.3.4.1. Kavramsallaşma

İlk aşama olan kavramsallaşmada; ülkenin, hükümetin geçmişteki tecrübeleri ve hedefleri doğrultusunda hazırlanmış olan ilk ön taslaktır. Bu ilk aşamada oluşan tüm bileşenler tek tek amaçları, ilkeleri, uygulama süreçleri açısından diğer aşamalarda tek tek tartışılacak ve geliştirilecektir.

2.3.4.2. Yasalaşma

İkinci aşama olan kavramsallaşma aşamasında; birinci aşamada kavramsallaşan mevzuat, yasa, yönetmelik gibi kararlar ihtiyacı olduğu düşünülen konularda değiştirilip düzeltilecektir.

2.3.4.3. Kontrollü Yerel Uygulamalar

Bir paket olamayan sağlık programı bu aşamada kontrollü olarak hayat geçmeden önce denenecektir. Değişiklikler, yenilikler de denenecektir bu aşamada. Fakat bu aşamada ki yenilikler ilk iki aşamadaki gibi çok detaylı ve büyük olmayacaktır. Bu aşama sayesinde uygulanacak olan sistemin hatalarını ve taraflarını görmek mümkün olacaktır. Bu sayede gerekli düzeltmeler yapılabilecektir.

2.3.4.4. Türkiye Geneline Yaygınlaştırma

Son aşamadır. Her bileşen dört ana aşamadan da sıra ile geçmek zorunda değildir. Bazen bütün aşamalar aynı zaman dilimi içerisinde gerçekleşmeyebilir. Birbiri sırasında önce olan veya birbirini beklemek zorunda olan bileşenler olabilir.

Dünyada ki gelişmeleri takip edebilmek adına sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü gibi birçok uluslar arası kuruluşların tecrübe ve bilgilerinden yararlanılacaktır.

Avrupa komisyonununun sağladığı fonları etkili kullanarak sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde ki gelişmeler uygulamaya geçerken rutin sağlık uygulamaları aksamaya uğramayacaktır.¹⁰²

2.4. TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI KAPSAMINDA GERÇEKLEŞTİRİLENLER

Sağlıkta dönüşüm programı;

- Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi,
- Finansman sağlanması ve
- Sunulmasını hedef olarak belirlemiştir.

11 Haziran 2004 tarihinde 4737-TU no'lu ikraz anlaşması imzalanmıştır. Anlaşmanın amacı sağlıkta dönüşüm programını desteklemektir. Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında ki tüm politikaların amacı sağlığı yükseltmek olmuştur. Sağlık sunumu konusunda ki ilk hedef koruyucu sağlık hizmetlerinin daha da gelişmesini sağlamaktır. Hedefin göstergesi olarak ta anne bebek ölümleri ve doğuş sırasında ki yaşam süresi belirlenmiştir.

Uygun kullanılan kaynaklar ile daha fazla sağlık üretimi yapılması düşünülmüştür. Halk sağlık ihtiyacına gerektiği ölçüde ulaşılabilir olmalıdır. Sağlık bakanlığı 2002-2007 yılları arasında sağlık ta ki gelişimi on dört başlık altında toplamıştır. Bu başlıklar sırası ile;

- İnsan merkezli hizmet
- Genel sağlık sigortası
- Koruyucu sağlık hizmetlerinde gelişim
- Aile hekimliği
- Hastane hizmetlerinde yönetim değişimi
- Performans pirimi

¹⁰² <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf> syf:38 (12.02.2016)

- Sağlık sekt6r6nde insan kaynakları y6netimi
- Kalite ve akreditasyon
- İlaç politikası değişimi
- Yatırımlarda akılcılık
- İl değerlendirme
- Sağlıklı dış ilişkiler
- Sağlık bakanlığının yeniden yapılanması.

2002-2007 yılları arasında ilk olarak benimsenen 6nce insan felsefesi ile verilen sağlık hizmetinin ihtiyaç değil doğuştan kazanılan bir hak olduğu bilincine varılmıştır. Bu bilinç ile devam eden sağlık hizmeti insanların 6n6ne çıkardığı engelleri kaldırmıştır. Halkın istediği hastaneye gidebildiği, ilaçlarını tam olarak sıra beklemeden aldığı bir sisteme geçilmiştir.

Eşit ve herkesi kapsayan sağlık g6vencesi içinde; SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, DPT, Maliye Bakanlığı ve Hazine G6revlileri'nin de içinde olduğu bir geri 6deme komisyonu oluşturulmuştur. 6deme mekanizmalarının birleşmesiyle; sigorta kurumları sosyal g6venlik kurumu adıyla tek çatı altında toplanmıştır.

Maliye bakanlığı, t6m sosyal g6venlik kurumları ve Sağlık Bakanlığı'nın katılımıyla beraber verilen t6m sağlık hizmetlerinin gerek 6niversite gereke de devlet hastanelerinde olanlarının sağlık hizmeti sunuş bicimi ve fiyatlandırılmasında d6zenlemeler yapıldı. T6m sunulan sağlık hizmetleri adlandırmaları g6zden geçirilerek uluslar arası hizmet kodlarından yararlanılarak kodlandırıldı. Bu sayede sunulan hizmet faturaları standartlaştırıldı, b6t6n kurumlarca ortak bir veri tabanı elde edildi ayrıca da yapılan hizmet ortak dille detaylıca kayıt altına alınabildi.

Halkın 6zel hastanelerden hizmet alması desteklendi. Bu konuda hizmet bedelini devlet belirli miktarda karşılarken kalan tutarı da kişinin bağlı bulunduğu sağlık kurumu karşılamaktadır.

Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinde seferberlik kapsamında sağlık ocaklarının fiziksel yapısı iyileştirildi. Bu aksamda yerel y6netimler g6revlendirildi. Her hekime bir oda kampanyası ile sağlık ocaklarında g6rev yapan hekimler için oda tahsis edildi. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık

personeline performansa göre katkı payı verildi, hekim sayısı artırıldı ve teşhis araçları zenginleştirildi.

4 yıl içerisinde 791 sağlık ocağı açıldı ve hekimleri atandı. Bu sayede hastanelere sevk oranı %70 düşürüldü. Bu durum sağlık ocaklarının teknik donanımının ve insan kaynaklarının güçlendirilmesiyle oluşmuştur.

Düzenli köy ziyaretleriyle kırsal alanlardaki en ücra köşelere sağlık hizmetleri ulaştırıldı. Bu gezici sağlık hizmeti ile hamiler, bebekler ve takip altında olması gereken kişilerin düzenli ziyareti sağlandı.

112 Acil Sağlık Hizmetleri kuruluşunun kontrol merkezi oluşturuldu. Komuta kontrol merkezleriyle oluşturulmak istenen acil hastalık ve yaralanma durumlarında kısa sürede olay yerine ulaşmak, gerekli ilk müdahaleyi yapmak ve gerekli sağlık hizmetini alabilmek için bir merkeze ulaştırmak hedeflenmiştir. Bu kapsamda tam donanımlı ambulans sayısı 2003 yılında 618 adet iken 2007 yılında 1468 adete çıkartılmıştır.

Dünya gelişmişlik göstergelerinden olan bebek sağlığı konusunda iyileştirmeler yapılmıştır. Bunlar anne ve bebeklerini anemiden (kansızlık) korumak, bebek kemik gelişimini desteklemek için ücretsiz demir desteği ve D vitamini dağıtmaya başlamıştır.

Aşılama programını daha büyük kitlelere taşıyabilmek için kampanyalar düzenlenmiştir. 2006 yılına kadar olan aşı takvimine iki yeni aşı dahil edilmiştir. Bunlar kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) ve menenjit (hemofilus influenza) aşılardır. Ülke genelinde aşılama oranı % 93 ' e ulaşmıştır. 48 ilde sağlık müdürlüklerinde aşılama için soğuk odalar yaptırılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerine dönüşüm için pilot iller seçilmiştir. Aile hekimliği uygulamasıyla kişilerin kendi seçtikleri doktor ile devamlı ilişkilerinin sürdürülmesi ve aynı doktor tarafından takip edilmesi mümkün olmuştur. Bu sayede koruyucu sağlık hizmetleri gelişmiştir.,

Aile hekimliği uygulamasıyla aile hekimi olan kişi ailenin en yaşlı bireyinden en küçük bebeğine kadar herkesin sağlığı ile ilgili her şeyden sorumludur. Aynı zamanda aile hekimi koordinatör görevi yapar. Sağlık danışmanı olan aile hekimi sorumlu olduğu kişileri gerektiğinde uzman hekimlere ve gerekli kuruluşlara

yönlendirir. Bu hekim genellikle bireylerin ikametgahlarına yakın yerlerde dir. Hastane hizmetlerinde zihniyet değişimi kapsamında kamu hastaneleri tek çatı altında toplanmıştır. Bu uygulamayla maliyeti düşürmek artan kaynaklarla daha fazla hizmet üretmek ve verimliliği artırmak hedeflenmiştir.

Hasta dağılımındaki dengesizliği önlemek için tek çatı altında toplanan kamu hastaneleri SSK'lı , SSK'sız ayırım yapmadan hizmet vermiştir.

Kamu hastanelerinde tıbbi cihaza olan yatırım artırılmıştır. Tüm hastanelere elektronik bilgi sistemi bağlanmıştır.

Özel hastanelere de hizmet alma imkanı sunulan bireyler bu uygulamayla muayene ve tedavi hizmetlerinin belirli bir yüzdesini sahip olduğu sosyal güvencesinden karşılayabilmektedir. Bu durumda oluşan devlet ve özel hastane arasındaki rekabet ile sağlık hizmetleri yükünün paylaşılması amaçlanmıştır.

Hizmet üretenlerin ürettikleri katkı oranında pay almaları ilkesi ile oluşturulmak istenen performansa göre ek ödeme sistemi oluşturulmuştur.

Performansa dayalı ek ödeme sistemiyle kamu sağlık kuruluşlarındaki verilen hizmetin süresi artırılmış, doktorların hastanede kalış süresi uzatılmıştır. Bu sayede tam zamanlı çalışan hekim sayısı artmıştır. Buna paralel olarak kamu hastanelerindeki verimlilik artmıştır.

Sağlık Bakanlığı sağlıklı dönüşüm programı kapsamında 66 bin yeni sağlık personeli istihdam ederek sağlık tesisleri arasındaki dengeyi sağlamıştır. Personel istihdamını sağlamak adına 4924 sayılı sözleşmeli personel kanunu çıkarılmıştır. İlk verilerle doğu ve güneydoğu Anadolu bölgesinde 7 binden fazla sağlık personeli kazandırılmıştır. Herkese ulaşan sağlık hizmeti çerçevesinde daha gelişmiş bölgelerde çalışmak isteyen hekimlerin mecburi hizmet uygulamaları değiştirilmiştir. Daha yüksek ücretler ve kabul edilebilir yeni düzenlemeler yapılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon konusunda sunulan hizmetin etkili ve verimli sunulabilmesi sağlanmıştır. Ek olarak gerekli koordinasyonu sağlamak için Sağlık Bakanlığı Koordinatörlüğü ile Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütlerini Geliştirme Daire Başkanlığı kurulmuştur.

Kurulan Sağlık Bilgi Sistemi ile standart sınıflandırma ve farklı kurumlarda toplanan verilerin entegrasyonu sağlanmıştır. Altı adet kayıt bilgi sistemi oluşturulmuştur. Bunlar ;

- Yeşil Kart Bilgi Sistemi
- Doktor Bilgi Bankası
- Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi
- Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
- Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi
- Tıbbi Cihaz ve Malzeme Kayıt Sistemi

Bu dönemde Türkiye Sağlık Envanteri oluşturulmuştur. Bu çalışmalar il bazında değerlendirmelere alınmıştır. En son olarak da Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmıştır¹⁰³.

2.5.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI POLİTİKALARIN GELİŞMELERİ

2.5.1.2003 Yılı Gelişmeleri

- 2003 itibari ile sağlıkta dönüşüm programı uygulanmaya başlamıştır.
- Toplam kalite yönetimi Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarında uygulanmaya başlamıştır.
- SSK ve Sağlık Bakanlığı ortak protokol ile sigortalılar hem SSK hem de devlet hastanelerinde tedavi imkanının önü açılmıştır.
- SABİM gibi iletişim kanalları açılmıştır.
- Hasta haklarına ilişkin bir çok düzenleme ile hasta hakları birimleri açılmıştır.

¹⁰³ Mısırlı R. N., a.g.e. syf:63-70

2.5.2. 2004 Yılı Gelişmeleri

- İlaçta KDV oranı azaltılarak %18 den %8 e indirilmiştir.
- Fransa, İspanya, İtalya, Portekiz ve Yunanistan gibi Avrupa Birliği ülkeleri ile referans fiyatlamaya sistemine geçilerek ilaçlarda %1 ile %80 arasında indirimler yapılmıştır.
- 112 acil servisleri sigortası olmayanlar için ücretsiz hale getirilmiştir.
- Kanser tarama merkezleri faaliyete geçmiştir.
- Yeşil kart sahiplerinin sağlık hizmetleri ve ilaç bedelleri devlet tarafından ödenmeye başlanmıştır.

2.5.3. 2005 Yılı Gelişmeleri

- SSK sağlık hizmeti veren tesisler Sağlık Bakanlığına devredilmiştir.
- SSK eczaneleri kapatılarak; SSK'luların özel eczaneleri kullanımına başlanmıştır.
- Yeşil kart hastalarından %20'ye kadar ilaç payı alınmaya başlanmıştır.
- 112 acil sağlık hizmetleri ile şehir içi ve şehirlerarası transfer ücretsiz hale gelmiştir.
- Aile hekimliği pilot uygulaması başlamıştır.
- Toplum sağlığı merkezleri kurulmuştur.

2.5.4. 2006 Yılı Gelişmeleri

- Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan verem hastalarına ve temas eden kişilere, verem tedavi, korunma ve verem ilaçlarının hastalarına ulaştırılması hizmetleri kapsamı genişletilerek ücretsiz olarak verilmeye başlanmıştır.
- 5502 sayılı kanun ile SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı birleşmiştir.

2.5.5. 2007 Yılı Gelişmeleri

- SSK ve Bağ-Kur'lu kişilerin sözleşmeli üniversite hastanelerinden ve sözleşmeli özel sağlık kuruluşlarından yararlanılması başlanmıştır.
- Sağlık bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve SGK arasında anlaşma ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde faturalanma kaldırılmıştır.
- SGK ile anlaşması olan tüm sağlık kuruluşlarında ayaktan veya yatan hastalar için paket fiyat uygulanmaya başlamıştır.
- SGK ile sözleşmesi olan hastanelerin yatan hastalar için gerekli tüm ilaç ve tıbbi malzemeyi sağlaması zorunluluğu gelmiştir.

2.5.6.2008 Yılı Gelişmeleri

- Acil sağlık hizmeti veren tüm sağlık kurumları acil vakaları kabul etme ve gerekli tüm müdahaleyi yapma zorunluluğu getirilmiştir.
- BAĞ-KUR, SSK ve Emekli Sandığı birleşerek GSS(genel sağlık sigortası) uygulamaya başlamıştır.
- Ayaktan tedavilerde katılım payı alınmaya başlamıştır.
- Yanık, kanser, kalp cerrahisi işlemleri, organ nakilleri ve diyalizden özel hastanelerin fark alması yasaklanmıştır.
- Yurt içinde tedavi olamayan hastaların yurt dışında tedavi olma imkanının önü açılmıştır.
- Hizmet alabilmek için ödenmesi gereken pirim günü 120 günden 30'a düşürülmüştür.

2.5.7. 2009 Yılı Gelişmeleri

- Evde sağlık hizmeti uygulaması başlatılmıştır.
- Mobil eczane uygulaması başlatılmıştır.

2.5.8. 2010 Yılı Gelişmeleri

- Tam gün yasası Üniversite ve Sağlık Bakanlığı personeli için kabul edilmiştir.

- Yeşil kart sahiplerinin dış tedavileri ve özel hastanelerde acil servis ve yoğun bakım hizmeti alınabilmesinin önü açılmıştır.

2.5.9. 2011 Yılı Gelişmeleri

- Sağlık mesleklerinin tanımları yapılmıştır.
- Sigarayı bırakma tedavisi ilaçları dağıtım ücretsiz olmuştur.

2.5.10. 2012 Yılı Sağlık Gelişmeleri

- Yeşil kart sahibi kişilerin sağlık ödemeleri SGK ya devredilmiştir.
- Özel hastanelerin, ilave fark ücreti %70 den %90 a çıkarılmıştır.

2.5.11 2013 Yılı Gelişmeleri

- Sağlık turizmi ile ilgili yönerge yürürlüğe girmiştir.
- Özel hastanelerin, ilave fark ücreti %90 dan %200 e çıkarılmıştır.
- Akılcı ilaç kullanımı ulusal eylem planı hazırlanmıştır¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Atasever, M., a.g.e. syf:67-77

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

UYGULAMA

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Sağlık sektörü tüm ülkelerin ekonomisinde önemli bir yer alır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin üretilen tüm değerlerinin yaklaşık olarak %10'u sağlık mal ve hizmetleri kapsamındadır. Sağlık sektörü hızla büyüyen bir sektördür. Bu açıdan düşünüldüğünde sağlık sektörü ekonomide oldukça büyük bir öneme sahiptir. Bu nedenlerden dolayı sağlık sektörü ve harcamalarını iktisadi analiz yöntemleriyle incelemek gerekir. Sabit fiyatlara indirgeme yöntemi kullanılarak yapılan sağlık harcamaları hesapları ile gerçek artış ve azalış miktarları reel olarak bulunur.

Sağlık harcamaları belirli bir zamanı kapsayan ve para birimi ile ölçülen verilerdir. Bu harcamalarda enflasyon nedeniyle artış gözükülebilir. Enflasyon tanım olarak “ fiyatlar genel düzeyinin sürekli ve hızlı olarak yükselmesi” demektir(vikipedi)¹⁰⁵. Fiyatlar genel düzeyinin sürekli artması, paranın değerinde sürekli bir azalma ifade eder.

Türkiye ve diğer ülkelerin sağlık harcamaları verileri, ülkelerin kendi araştırma kurumları ile OECD gibi kurumları da dahil olmak üzere cari fiyatlar üzerinden yayınlanır. Her sene cari fiyatlar ile yayınlanan sağlık harcamaları bir sonraki sene enflasyondan etkilenir. Enflasyon etkisinden kurtarılmak istenen cari rakamlar reelleştirilir. Reelleştirme yapılmayan veriler arası hesaplamalar enflasyondan etkilenmiş veriler ile yapılmış hesaplamalardır. Reelleştirme yapılarak hesaplanan veriler ise paranın değer kaybından arındırılmış hesaplamalardır. Reel hale gelen tüm değerler ilgili her sene için hesaplanmış gerçek para değerleridir. Gerçek değerler ile yapılan işlemler gerçek artış ve azalışı hesaplayabilme olanağı sağlar. Sonuç olarak ise reelleşmiş veriler ile yapılan sağlık harcamaları

¹⁰⁵ <https://tr.wikipedia.org/wiki/Enflasyon> (4.1.2016)

değerlendirmeleri, her seneki paranın gerçek satın alma gücüne göre yapılmış hesaplamalardır.

Bu çalışma ile sağlık harcamalarındaki reel değişim incelenecektir. Reel veriler ile yapılan hesaplamalar, o yıllar arasındaki politikaları da değerlendirilebilme olanağı elde etmemizi sağlayacaktır. .

Çalışmanın amacı; Türkiye İstatistik Kurumu'ndan elde edilen 1999-2014 yılları arasındaki sağlık harcamaları verilerini reelleştirip, o yıllar arasında enflasyondan meydana gelen etkileri indirgeyerek gerçek sağlık harcamalarını belirleyip, bu harcamalardaki gerçek artış ve azalışı bulmak ve 2003 yılında başlayan sağlıkta dönüşüm programının öncesi ve sonrasını değerlendirmektir. Ayrıca sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası hizmet sunucuları olarak hastaneler ve perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları da; toplam, kamu ve özel sağlık harcamaları birimlerinde reel veriler ile incelenecektir. Sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası sağlık harcamalarının hizmet sunucuları bazında kamu ve özel boyutlarıyla nasıl değiştiği hesaplanacaktır. Bu sayede sağlıkta dönüşüm sonrası politikalarının hizmet sunucularını etkilediği yön belirlenmiş olacaktır. Bunlara ek olarak GSYİH içindeki sağlık harcamaları toplam, kamu ve özel olarak ayrı ayrı paylarıyla hesaplanıp Türkiye devletinin sağlık harcamaları için bütçesinden ne kadar pay ayırdığı hesaplanacaktır. Sağlık harcamalarına ayırdığımız payı elde ederek ülke büyümesine paralel olarak sağlık sektörü büyümesinin yönünü elde edeceğiz. Ülke bazında elde edilen büyüme seçilmiş OECD ülkeleri ile karşılaştırılarak dünya çerçevesindeki sağlık sektörümüzün büyüme grafiği elde edilecektir.

Sonuç olarak; bu çalışma ile sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası Türkiye'deki sağlık sektörü büyüme hızı ve sağlık harcamaları artış ve azalışları elde edilip sağlıkta dönüşüm programı etkinliği ölçülmüş olacaktır. OECD ülkeleri karşılaştırmaları ile Dünyadaki boyutumuz da sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası görülmüş olacaktır.

3.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Türkiye için yapılan reelleştirme işlemleri diğer OECD ülkeleri içinde aynı yıl endeksleri baz alınarak reelleştirilemediğinden oransal olarak karşılaştırılmıştır. Bu durum araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada 1999-2014 yılları arasındaki sağlık harcamaları için verileri sabit fiyatlara indirgeme yöntemi kullanılmıştır. Sabit fiyatlara indirgenerek elde edilen rakamlar ile reel yani gerçek değerleri bularak seneler arası yüzde değişimler hesaplanmıştır.

GSYİH içindeki sağlık harcaması payı verilerini elde etmek için oranlama yapılmıştır. Oranlama yapılan veriler ile de ilgili ekonomik gösterge içindeki sağlık harcaması payı hesaplanmıştır.

3.3.1.Sabit Fiyatlara İndirgeme

Para ile ifade edilebilen zaman serileri değerleri cari fiyatlar veya reel fiyatlar ile verilebilir. Bu değerler cari değerleri ile verildiğinde enflasyondan etkilenmiş olurlar. Enflasyondan etkilenmeleri artış veya azalış ile olur.¹⁰⁶ Bu etkilenmeden dolayı gerçek olan artış ve azalış belirlenemez. Releştirme işlemi yapılacak olan indeks sabit esaslı olmalıdır; değişen esaslı olduğu zaman indeksler sabit esasluya dönüştürülür¹⁰⁷. Değerlerin artış veya azalışı söz konusu olmaması için enflasyonda belirli bir sene baz alınarak serideki diğer tüm veriler seçilen sene bazlı reelleştirilebilir.

Releştirme işlemi için seçilen bir sene baz alınır. Baz alınan sene indirgeme indeksi diğer bir isimlendirme ile sabit esaslı indekstir. Tüm cari değerler bu sabit

¹⁰⁶ Selahattin Güriş, Melek Astar , (2014), Bilimsel Araştırmalarda SPSS İle Uygulamalı İstatistik, syf:366 1. Baskı

¹⁰⁷ Selahattin Güriş, Münevver Turanlı, (2012), Temel İstatistik, syf: 185 4. Baskı

esaslı indekse bölünüp yüz ile çarpılarak indirgeme indeksi senesi bazlı reelleştirme yapılmış olur.

Formül:

$$X_{reel} = \frac{X_{cari}}{I_{SE}} \times 100$$

kullanılır.¹⁰⁸

$$X_{reel} = \text{Hesaplanmış reel harcama değeri}$$

$$X_{cari} = \text{Hesaplanmak istenen reel harcamanın cari olarak değeri}$$

(bu çalışma için TSH, KSH, ÖSH larından herhangi biri)

$$I_{SE} = \text{Sabit esaslı indeks (Bu çalışma için ÜFE 2010)}$$

Bu çalışmada oluşturulan veri setinde cari olarak elde edilen değişkenler reelleştirme formülü ile 2010 bazlı ÜFE ile reelleştirilmiştir.

3.3.2. Oranların Elde Edilmesi

Oran iki verinin birbiri ile ilişkisini, değişme miktarını bölme yoluyla elde etmektir. Bu çalışmada GSYİH içindeki toplam, kamu ve özel sağlık harcamalarının yüzde oranları hesaplanmıştır.

Formül olarak;

$$\text{GSYİH İÇİNDEKİ SAĞLIK HARCAMASI ORANI} = (X_j / X_{GSYİH}) * 100$$

$$X_j = \text{Bu çalışma için TSH, KSH, ÖSH larından herhangi biri}$$

kullanılmıştır.

Hizmet sunucularının toplam harcama içindeki yüzde oranları için;

¹⁰⁸ Güriş, S., Astar M., a.g.e. syf:367

SAĞLIK HARCAMASI İÇİNDEKİ HİZMET SUNUCUSU ORANI

$$= (X_{HİZMET SUNUCU} / X_{TSH}) * 100$$

$X_{HİZMET SUNUCUSU}$

= Bu çalışma için Hastaneler veya P.S. ve D.T.M.S'lerinden herhangi biri

Ve yıllar arası fark yüzdesi hesaplaması için;

$X_{yillar arası fark yüzdesi}$

$$= [(X_{son yıl değeri} - X_{ilk yıl değeri}) / X_{ilk yıl değeri}] * 100$$

Formülünden yararlanılmıştır.

$X_{yillar arası fark yüzdesi} =$ Bu çalışma için 1999 – 2003, 2003 – 2007, 2007 – 2010, 2010-2014, 2003-2014 yıllarından herhangi biri.

3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmada kullanılan veriler;

- ÜFE 2010
- Türkiye toplam sağlık harcaması(cari)
- Türkiye kamu sağlık harcaması
- Türkiye özel sağlık harcaması
- Hizmet sunucusu bazında hastanelerin toplam, kamu ve özel sağlık harcamaları verileri
- Hizmet sunucusu bazında perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucularının toplam, kamu ve özel sağlık harcamaları verileri
- Türkiye GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi
- Almanya GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi
- Fransa GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi
- İsviçre GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi

- Kore GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi
- Meksika GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi
- Polonya GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi
- İrlanda GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi
- İngiltere (birleşik krallık) GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi
- İsrail GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi
- İtalya GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi
- Yunanistan GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi
- Kanada GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi
- Estonya GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi
- USA GSMH'nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi
- OECD ortalaması'dır.

Üretici fiyat endeksi ve Türkiye sağlık harcamaları ile ilgili veriler TÜİK resmi web adresinden alınmıştır. Sağlık Harcamaları verileri Ulusal Sağlık Hesapları sistemiyle (USH) oluşturulan datadan alınmıştır. Türkiye GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi, Almanya GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi, Fransa GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi, İsviçre GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi, Kore GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi, Meksika GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi, Polonya GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi, İrlanda GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi, İngiltere (birleşik krallık) t GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi, İsrail GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi, İtalya GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi, Yunanistan GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi, Kanada GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi, estonya GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi, USA GSMH' nin içindeki toplam sağlık harcaması yüzdesi ve OECD ortalaması; OECD'nin resmi web datasın'dan alınmıştır.

3.4.1.Toplam Sağlık Harcaması

Yatırım ve Cari Sağlık harcamalarının toplamını kapsar.¹⁰⁹

3.4.2.Cari Sağlık Harcaması

Doğrudan sağlık hizmeti olmayan fakat sağlıkla ilgili olarak tanımlama maddeler hariç tüm sağlık hizmetlerini, hizmetlerin yönetimini, sağlık için gerekli tıbbi cihaz ve envanterleri, sağlık hizmeti sunucuların maaş ve ücretleri için yapılan tüm harcamaları kapsar.¹¹⁰

3.4.3.Kamu Sağlık Harcaması

Genel bütçe, özel bütçe ile denetleyici ve düzenleyici kurumların yaptığı sağlık harcamalarından oluşur. Merkezi yönetim bütçe kanununa göre düzenlenmiştir.

3.4.4. Özel Sağlık Harcamaları

Özel sağlık sigortaları, özel sosyal sandıkları, hane halkları, hana halkına kar amacı gütmeyen kuruluşlar, özelleştirme kapsamından diğer kuruluşlar ve vakıf üniversitelerin sağlık harcamalarını kapamaktadır¹¹¹.

3.4.5. Hizmet Sunucularından Hastaneler

Hizmet sunucularından hastaneler için ayrılan toplam sağlık harcaması payından finanse ettiği sağlık harcamalarıdır. Kamu ve özel sektör olarak iki grupta toplanır. Birincisi, hastaneler için ayrılan toplam sağlık harcamasından kamunun finanse ettiği sağlık harcamalarıdır. İkincisi, hastaneler için ayrılan toplam sağlık harcamasından özel sektörün finanse ettiği sağlık harcamalarıdır.

¹⁰⁹ SB-HM-2004/08, a.g.e syf: Xi

¹¹⁰ SB-HM-2004/08, a.g.e syf: X

¹¹¹ Atasever m, a.g.e. syf:17

3.4.6.Hizmet Sunucularından Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları

Hizmet sunucularından perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan toplam sağlık harcaması payından finanse ettiği sağlık harcamalarıdır. Kamu ve özel sektör olarak iki grupta toplanır. Birincisi, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan toplam sağlık harcamasından kamunun finanse ettiği sağlık harcamalarıdır. İkincisi, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan toplam sağlık harcamasından özel sektörün finanse ettiği sağlık harcamalarıdır.

3.4.7. GSMH İçindeki Sağlık Harcaması Payı

Gayri safi milli hasıla; bir yıl içindeki ülke vatandaşlarının ürettikleri mal ve hizmetlerinin belirlenen bir para birimi karşılığında ki değerleri toplamıdır.

GSMH içerisindeki sağlık harcamaları ise; üretilen mal ve hizmetin değer karşılığı içerisinde sağlık harcamalarına ayrılan kısımdır¹¹².

3.4.8. GSYİH İçindeki Sağlık Harcamaları Payı

GSYİH, GSMH' dan farklı olarak, belli bir zaman içinde, ülkenin sınırları içerisinde üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerin para birimi karşılığında ki değerleri toplamıdır.

GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları ise; üretilen mal ve hizmetin değer karşılığı içerisinde sağlık harcamalarına ayrılan kısımdır.¹¹³

3.4.9. Üretici Fiyat Endeksi (ÜFE)

Yurt içindeki üretimi olan tüm ürünlerin, vergi ve katma değer vergisi (KDV) olmadan peşin satış fiyatına üretici fiyatı denmektedir. ÜFE; belirli bir

¹¹² https://tr.wikipedia.org/wiki/Gayri_safi_mill%C3%AE_has%C4%B1la (14.01.2016)

¹¹³ https://tr.wikipedia.org/wiki/Gayri_safi_yurt_i%C3%A7i_has%C4%B1la (3.5.2016)

dönemdeki yurtiçi sınırlarında üretilen ve satışa sunulan ürünlerin, belirli olan zaman içinde fiyat değişikliklerini karşılaştırarak ölçen fiyat endeksidir¹¹⁴.

3.5.ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZİ

Araştırmanın bu bölümünde, toplam sağlık harcamaları verileri, toplam kamu sağlık harcamaları, toplam özel sağlık harcamaları, 1999-2014 yıllar aralığı reelleştirilerek cari ve reel yıllar arası farkları ile beşer yıllık değişimleri yönünden analiz edilmiştir. Aynı işlem sağlık sektörü hizmet sunucularından olan hastaneler ve perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları içinde yapılarak cari ve reel yıllık ile beşer yıllık değişimler karşılaştırılmıştır.

GSYİH içindeki sağlık harcamaları payı oranlama ile elde edilmiştir. Türkiye devletinin GSYİH'sının içindeki sağlık harcaması payı elde edilerek Türkiye devletinin artan GSYİH ya oranla sağlık harcamalarının da büyüme yönü elde edilmiştir. Elde edilen büyüme yönü kamu sağlık harcaması ve özel sağlık harcaması boyutları ile karşılaştırılmıştır.

OECD ülkeleri ile Türkiye karşılaştırılması için 1999-2014 yıllar arası GSMH içindeki sağlık harcamaları payları tablo haline getirilip ülkeler 3 ana grup altında toplanarak yorumlanmıştır. 3 grup oluşturulurken yorum kolaylığı olması açısından GSMH içindeki sağlık harcaması payı 3.9 ile 5.5 arasında olan ülkeler, 5.6 ile 8.4 arasında olanlar ve 8.5 ile 9.8 arasında olanlar olarak sınıflandırılmıştır.

3.5.1.Toplam Sağlık Harcaması Verileri Analizi

Tablo olarak 1999-2014 yılları arası toplam cari değerler ile sağlık harcamaları verileri aşağıdaki gibidir. Bu değerler milyon liradır. Sağlık harcamaları verileri setinde altı sıfır yazılmamış hali ile yayınlandığı için bu şekilde tablo edilmiştir.

¹¹⁴ Ayça Büyükyılmaz, (2011). Bazı Kapula Tahmin Yöntemleri Ve ÜFE-TÜFE Arasındaki Bağımlılık Yapısı Üzerine Bir Uygulama. Antalya syf: 42-43

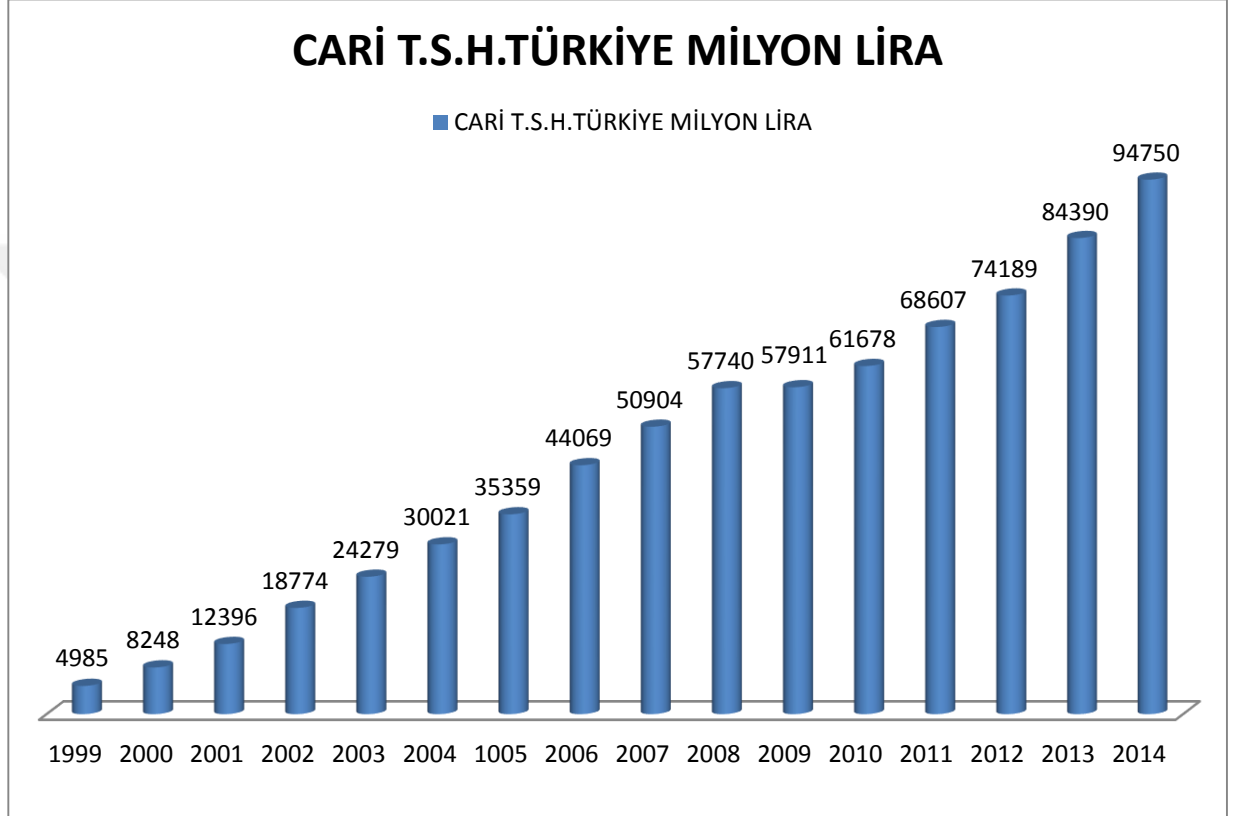
TABLO 3. TOPLAM CARİ SAĞLIK HARCAMASI MİLYON TL

YILLAR	TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)
1999	<u>4.985</u>
2000	<u>8.248</u>
2001	<u>12.396</u>
2002	<u>18.774</u>
2003	<u>24.279</u>
2004	<u>30.021</u>
2005	<u>35.359</u>
2006	<u>44.069</u>
2007	<u>50.904</u>
2008	<u>57.740</u>
2009	<u>57.911</u>
2010	<u>61.678</u>
2011	<u>68.607</u>
2012	<u>74.189</u>
2013	<u>84.390</u>
2014	<u>94.750</u>

Kaynak:TÜİK

Grafik ile gösterildiğinde 1999-2014 yıllar aralığı cari toplam sağlık harcamaları;

Grafik 1: CARİ TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI VERİSİ



şeklindedir.

1999-2014 Yılları Arasındaki Toplam Sağlık Harcamalarının Reelleştirme İşlemi

Sabit fiyatlara indirgeme formülü:

$$X_{reel} = \frac{X_{cari}}{I_{SE}} \times 100 \text{ dir.}$$

Toplam sağlık harcaması için;

X_{reel} = Hesaplanmış reel sağlık harcaması

X_{cari} = Toplam cari sağlık harcaması

I_{SE} = 2010 yılı bazlı üretici fiyat endeksi dir.

Toplam sağlık harcaması verilerinin reelleştirme işlemi seneler olarak tek tek hesaplandığında;

- 1999 yılı toplam cari sağlık harcaması 4.985.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 4985000000 / 12,5 \times 100 \cong 39880000000$ liradır.
- 2000 yılı toplam cari sağlık harcaması 8.248.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 8248000000 \backslash 18,9 \times 100 \cong 43640000000$ liradır.
- 2001 yılı cari toplam sağlık harcaması 12.396.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 12396000000 \backslash 30,5 \times 100 \cong 40643000000$ liradır.
- 2002 yılı cari toplam sağlık harcaması 18.774.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 18774000000 \backslash 45,8 \times 100 \cong 40991000000$ liradır.
- 2003 yılı cari toplam sağlık harcaması 24.279.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 24279000000 \backslash 57,6 \times 100 \cong 42151000000$ liradır.
- 2004 yılı cari toplam sağlık harcaması 30.021.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 30021000000 \backslash 63,9 \times 100 \cong 46981000000$ liradır.
- 2005 yılı cari toplam sağlık harcaması 35.359.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 35359000000 \setminus 69,2 \times 100 \cong 51097000000 \text{ liradır.}$$

- 2006 yılı cari toplam sağlık harcaması 44.069.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 44069000000 \setminus 76 \times 100 \cong 57985000000 \text{ liradır.}$$

- 2007 yılı cari toplam sağlık harcaması 50.904.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 50904000000 \setminus 80,8 \times 100 \cong 63000000000 \text{ liradır.}$$

- 2008 yılı cari toplam sağlık harcaması 57.740.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 57740000000 \setminus 91 \times 100 \cong 63451000000 \text{ liradır.}$$

- 2009 yılı cari toplam sağlık harcaması 57.911.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 57911000000 \setminus 91 \times 100 = 62810000000 \text{ liradır.}$$

- 2010 yılı cari toplam sağlık harcaması 61.678.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 61678000000 \setminus 100 \times 100 \cong 61678000000 \text{ liradır.}$$

- 2011 yılı cari toplam sağlık harcaması 68.607.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 68607000000 \setminus 111,1 \times 100 \cong 61753000000 \text{ liradır.}$$

- 2012 yılı cari toplam sağlık harcaması 74.189.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 74189000000 \setminus 117,9 \times 100 \cong 62925000000 \text{ liradır.}$$

- 2013 yılı cari toplam sağlık harcaması 84.390.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 84390000000 \setminus 123,1 \times 100 \cong 68554000000 \text{ liradır.}$$

- 2014 yılı cari toplam sağlık harcaması 94.750.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 94750000000 \setminus 135,8 \times 100 \cong 69771000000 \text{ liradır.}$$

1999-2014 yılları arasındaki toplam sağlık harcamaları reel veriler ile tablo olarak düzenlendiğinde, aşağıdaki tablo elde edilmiştir.

TABLO 4. TOPLAM REEL SAĞLIK HARCAMASI MİLYON TL

YILLAR	REEL TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)
1999	<u>39.880</u>
2000	<u>43.640</u>
2001	<u>40.642</u>
2002	<u>40.991</u>
2003	<u>42.151</u>
2004	<u>46.981</u>
2005	<u>51.097</u>
2006	<u>57.985</u>
2007	<u>63.000</u>
2008	<u>63.451</u>
2009	<u>62.810</u>
2010	<u>61.678</u>
2011	<u>61.753</u>

2012	<u>62.925</u>
2013	<u>68.554</u>
2014	<u>69.771</u>

Cari değerlerden reel değerlere çevrilen veriler direk karşılaştırılabilir değildir. Bu tarz reelleştirilmiş verilerin yıllık değişimleri karşılanabilir olması sebebiyle; beşer yıllık değişim yüzdeleri hesaplanmıştır. Hesaplama işlemi aşağıdaki formül yardımıyla hesaplanmıştır;

1999-2014 yılları arasındaki toplam sağlık harcaması beşer yıllık değişim yüzdesi hesaplamak için formül;

$$X_{\text{yıllar arası fark yüzdesi}} = [(X_{\text{son yıl değeri}} - X_{\text{ilk yıl değeri}}) / X_{\text{ilk yıl değeri}}] * 100 \text{ kullanılmıştır.}$$

1999-2014 yıllar arası toplam cari sağlık harcaması fark yüzdesi hesaplaması;

$$X_{1999-2003} = [(24279 - 4985) / 4985] * 100 \cong 387$$

$$X_{2003-2007} = [(50904 - 24279) / 24279] * 100 \cong 110$$

$$X_{2007-2011} = [(68607 - 50904) / 50904] * 100 \cong 35$$

$$X_{2011-2014} = [(94750 - 68607) / 68607] * 100 \cong 38$$

$$X_{2003-2014} = [(94750 - 24279) / 24279] * 100 \cong 290$$

Olarak hesaplanmıştır. Aynı değişimlerin reel veriler ile de gözlenebilmesi için aynı işlem uygulanmıştır.

1999-2014 yıllar arası toplam reel sağlık harcaması fark yüzdesi hesaplaması işlemi;

$$X_{1999-2003} = [(42151 - 39880) / 39880] * 100 \cong 6$$

$$X_{2003-2007} = [(63000 - 42151) / 42151] * 100 \cong 49$$

$$X_{2007-2011} = \left[\frac{61753 - 63000}{63000} \right] * 100 \cong -2$$

$$X_{2011-2014} = [(69771 - 61753)/61753] * 100 \cong 13$$

$$X_{2003-2014} = [(69771 - 42151)/61753] * 100 \cong 66$$

olarak elde edilmiştir.

Sağlıkta dönüşüm öncesi beş yıl olan 1999-2003 yıllarında cari olarak toplam sağlık harcaması artışı %387 iken reel veriler ile 1999-2003 yılları arası toplam sağlık harcaması %6 dır. 2007- 2011 yıllarında ise cari veriler ile bakıldığında artış gözüktür iken reel veriler ile bakıldığında %2 lik azalış vardır.

3.5.2. Kamu Sağlık Harcaması Verileri Analizi

Toplam sağlık harcaması kamu sağlık harcaması ve özel sağlık harcaması olarak iki alt başlığa ayrılır. Araştırmanın bu bölümünde kamu sağlık harcamaları verilerinin reelleştirme işlemi yapılarak, yüzde değişimler seneler arası ve beşer yıllık olarak hesaplanacaktır. Cari kamu sağlık harcamaları tablo ile gösterildiğinde aşağıdaki gibidir.

TABLO 5. TOPLAM CARİ KAMU SAĞLIK HARCAMASI(MİLYON TL)

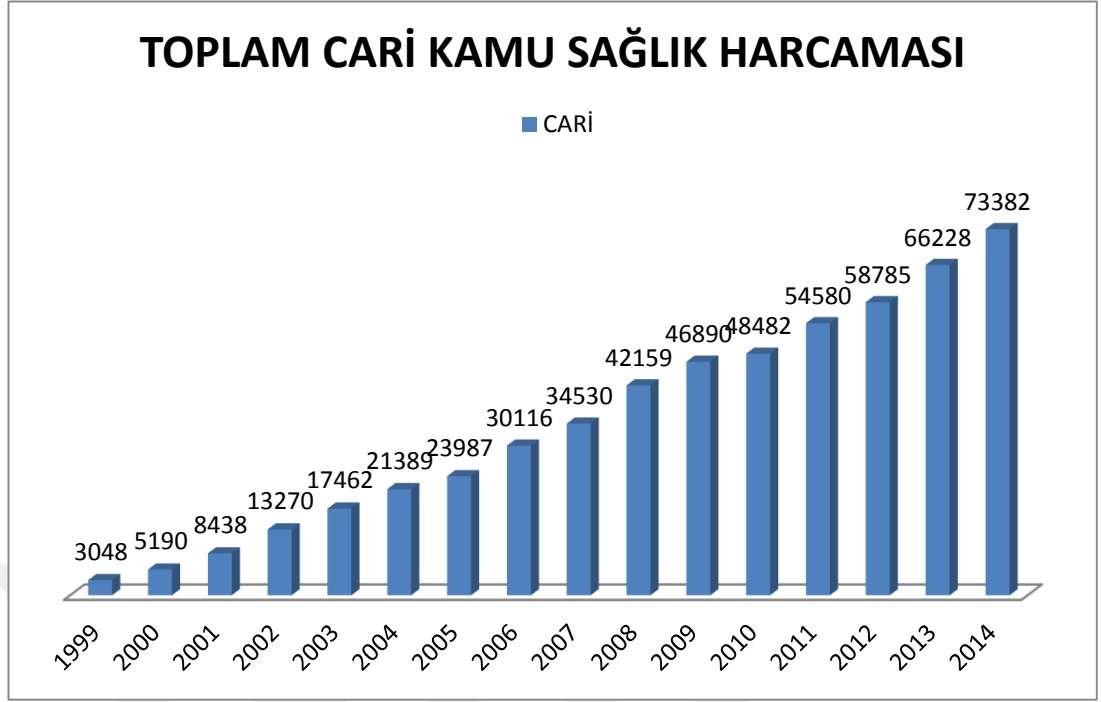
YILLAR	TOPLAM CARİ KAMU SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)
1999	<u>3.048</u>
2000	<u>5.190</u>
2001	<u>8.438</u>
2002	<u>13.270</u>
2003	<u>17.462</u>

2004	<u>21.389</u>
2005	<u>23.987</u>
2006	<u>30.116</u>
2007	<u>34.530</u>
2008	<u>42.159</u>
2009	<u>46.890</u>
2010	<u>48.482</u>
2011	<u>54.580</u>
2012	<u>58.785</u>
2013	<u>66.228</u>
2014	<u>73.382</u>

Kaynak:TUİK

1999-2014 yılları arasındaki toplam kamu sağlık harcamaları verileri cari halleri ile grafik olarak aşağıdaki gibidir.

GRAFİK 2: TOPLAM CARİ KAMU SAĞLIK HARCAMASI VERİSİ



Şeklinde. Toplam cari kamu sağlık harcamalarına bakıldığında, 1999 yılı itibarı ile 2014 yılına dek sürekli artıştır. Her hangi bir senede azalma görülmemiştir. 1999-2014 yılları arasındaki toplam cari kamu sağlık harcamaları sabit fiyatlara indirgeme işlemi yapılarak reelleştirildiğin de işlem sırası aşağıdaki gibi olmuştur.

1999-2014 Yıllar Arası Toplam Cari Kamu Sağlık Harcamalarının Reelleştirme İşlemi

Toplam kamu sağlık harcaması 1999-2014 her yılı ile verilerin reelleştirilme işlemi;

- 1999 yılı toplam kamu cari sağlık harcaması 3.048.000.000 liradır. Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 3048000000 / 12,5 \times 100 \cong 24384000000 \text{ liradır.}$$

- 2000 yılı toplam kamu cari sağlık harcaması 5.190.000.000 liradır. Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 5190000000 \setminus 18,9 \times 100 \cong 2746000000 \text{ liradır.}$$

- 2001 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 8.438.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 8438000000 \setminus 30,5 \times 100 \cong 2766500000 \text{ liradır.}$$

- 2002 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 13.270.0000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 13270000000 \setminus 45,8 \times 100 \cong 28974000000 \text{ liradır.}$$

- 2003 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 17.462.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 17462000000 \setminus 57,6 \times 100 \cong 30316000000 \text{ liradır.}$$

- 2004 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 21.389.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 21389000000 \setminus 63,9 \times 100 \cong 33473000000 \text{ liradır.}$$

- 2005 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 23.987.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 23987000000 \setminus 69,2 \times 100 \cong 34663000000 \text{ liradır.}$$

- 2006 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 30.116.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 30116000000 \setminus 76 \times 100 \cong 39626000000 \text{ liradır.}$$

- 2007 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 34.530.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 34530000000 \setminus 80,8 \times 100 \cong 42735000000 \text{ liradır.}$$

- 2008 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 42.159.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 42159000000 \setminus 91 \times 100 \cong 46329000000 \text{ liradır.}$$

- 2009 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 46.890.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 46890000000 \setminus 91 \times 100 = 50857000000 \text{ liradır.}$$

- 2010 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 48.482.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 48482000000 \setminus 100 \times 100 \cong 48482000000 \text{ liradır.}$$

- 2011 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 54.580.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 54580000000 \setminus 111,1 \times 100 \cong 49127000000 \text{ liradır.}$$

- 2012 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 58.785.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 58785000000 \setminus 117,9 \times 100 \cong 49860000000 \text{ liradır.}$$

- 2013 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 66.228.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 66228000000 \setminus 123,1 \times 100 \cong 53800000000 \text{ liradır.}$$

- 2014 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 73.382.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 73382000000 \setminus 135,8 \times 100 \cong 54037000000 \text{ liradır.}$$

1999-2014 her bir yılları için yapılan reelleştirme işlemleri ile elde edilen veriler tablo haline getirildiğinde;

TABLO 6.TOPLAM REEL KAMU SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)

YILLAR	TOPLAM REEL KAMU SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)
<u>1999</u>	<u>24.384</u>
<u>2000</u>	<u>27.460</u>
<u>2001</u>	<u>27.665</u>
<u>2002</u>	<u>28.974</u>
<u>2003</u>	<u>30.316</u>
<u>2004</u>	<u>33.473</u>
<u>2005</u>	<u>34.663</u>
<u>2006</u>	<u>39.626</u>
<u>2007</u>	<u>42.735</u>
<u>2008</u>	<u>46.329</u>
<u>2009</u>	<u>50.857</u>
<u>2010</u>	<u>48.482</u>
<u>2011</u>	<u>49.127</u>
<u>2012</u>	<u>49.860</u>
<u>2013</u>	<u>53.800</u>
<u>2014</u>	<u>54.037</u>

Şeklini alır.

Sağlıkta dönüşüm programı ile toplam kamu sağlık harcamalarının yönünü göre bilmek içinde beşer yıllık değişim yüzdeleri hem cari hem de reel verileri ile hesaplanmıştır.

1999-2014 yıllar arası toplam kamu cari sağlık harcaması beşer yıllık fark yüzdesi hesaplaması;

$$X_{\text{yıllar arası fark yüzdesi}} = [(X_{\text{son yıl değeri}} - X_{\text{ilk yıl değeri}})/X_{\text{ilk yıl değeri}}] * 100$$

$$X_{1999-2003} = [(17462 - 3048)/3048] * 100 \cong 473$$

$$X_{2003-2007} = [(34530 - 17462)/17462] * 100 \cong 98$$

$$X_{2007-2011} = [(54580 - 34530)/34530] * 100 \cong 58$$

$$X_{2011-2014} = [(73382 - 54580)/54580] * 100 \cong 34$$

$$X_{2003-2014} = [(73382 - 17462)/17462] * 100 \cong 320$$

Olarak hesaplanmıştır.

1999-2014 yıllar arası toplam reel kamu sağlık harcaması beşer yıllık fark yüzdesi hesaplaması;

$$X_{1999-2003} = [(30316 - 24384)/24384] * 100 \cong 24$$

$$X_{2003-2007} = [(42735 - 30316)/30316] * 100 \cong 41$$

$$X_{2007-2011} = [(49127 - 42735)/42735] * 100 \cong 15$$

$$X_{2011-2014} = \left[\frac{54037 - 49127}{49127} \right] * 100 \cong 10$$

$$X_{2003-2014} = [(54037 - 30316)/30316] * 100 \cong 78$$

Olarak hesaplanmıştır.

1999-2003 yılları arası cari olarak toplam kamu sağlık harcaması %473 artmıştır. Reel olarak ise %24 artmıştır. Sağlıkta dönüşüm sonrası 2007-2011 yılları arasında ise cari olarak %58 artış gösteren toplam kamu sağlık harcamaları reel olarak %15 olarak artmıştır.

3.5.3. Toplam Özel Sağlık Harcaması Verileri Analizi

Toplam sağlık harcamasının diğer boyutu olarak toplam özel sağlık harcaması bu bölümde incelenmiştir. Tablo olarak toplam cari özel sağlık harcamaları aşağıdaki gibidir.

Tablo 7.ÖZEL TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)

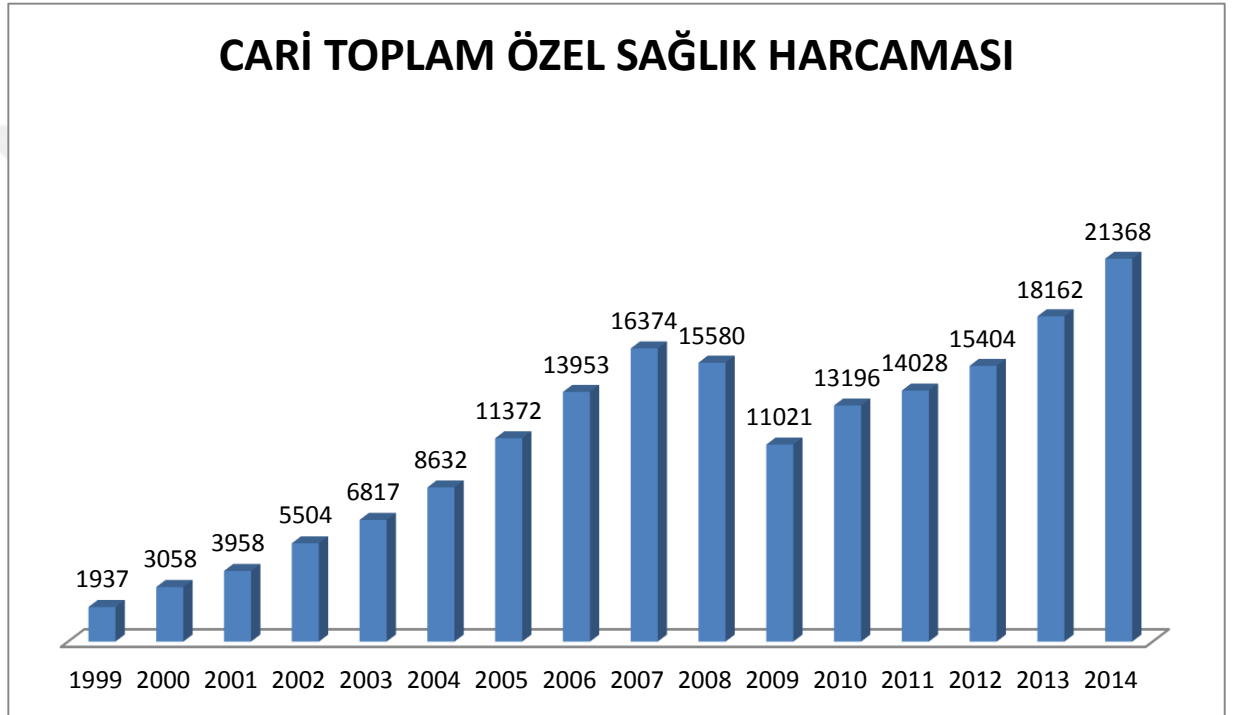
YILLAR	ÖZEL TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)
1999	<u>1.937</u>
2000	<u>3.058</u>
2001	<u>3.958</u>
2002	<u>5.504</u>
2003	<u>6.817</u>
2004	<u>8.632</u>
2005	<u>11.372</u>
2006	<u>13.953</u>
2007	<u>16.374</u>
2008	<u>15.580</u>
2009	<u>11.021</u>
2010	<u>13.196</u>
2011	<u>14.028</u>
2012	<u>15.404</u>

2013	<u>18.162</u>
2014	<u>21.368</u>

Kaynak:TUİK

Grafik ile gösterildiğinde 1999-2014 yılları cari toplam özel sağlık harcamaları;

GRAFİK 3: TOPLAM CARI ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI VERİLERİ



Şeklinde.

Cari olarak toplam özel sağlık harcamaları toplam kamu sağlık harcamalarına göre daha değişimli bir hal almıştır. Cari olarak toplam özel sağlık harcamaları 2007 yılına dek artış göstermesine rağmen 2008 yılında bir düşüş yaşamıştır. Bu düşüş 2009 yılında şiddetini arttırmıştır. Bu düşüşlerin ardından 2010 yılı itibarı ile tekrar yükselmeler toplam özel sağlık harcamaları için başlamıştır.

1999-2014 Yılları Toplam Özel Sağlık Harcaması Reelleştirme İşlemi:

Toplam özel sağlık harcaması verilerininin reelleştirilme işlemi daha önceki sağlık harcamaları kalemlerinde olduğu gibi sabit fiyatlara indirgeme ile yapılmıştır.

- 1999 yılı toplam özel cari sağlık harcaması 1.937.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 1937000000 / 12,5 \times 100 \cong 15496000000$ liradır.
- 2000 yılı toplam özel cari sağlık harcaması 3.058.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 3058000000 / 18,9 \times 100 \cong 16180000000$ liradır.
- 2001 yılı cari toplam özel sağlık harcaması 3.958.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 3958000000 / 30,5 \times 100 \cong 12977000000$ liradır.
- 2002 yılı cari toplam özel sağlık harcaması 5.5040000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 5504000000 / 45,8 \times 100 \cong 12017000000$ liradır.
- 2003 yılı cari toplam özel sağlık harcaması 6.817.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 6817000000 / 57,6 \times 100 \cong 11835000000$ liradır.
- 2004 yılı cari toplam özel sağlık harcaması 8.632.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 8632000000 / 63,9 \times 100 \cong 13508000000$ liradır.
- 2005 yılı cari toplam özel sağlık harcaması 11.372.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 11372000000 / 69,2 \times 100 \cong 16433000000$ liradır.
- 2006 yılı cari toplam özel sağlık harcaması 13.953.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 13953000000 / 76 \times 100 \cong 18359000000$ liradır.
- 2007 yılı cari toplam özel sağlık harcaması 16.374.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 16374000000 \setminus 80,8 \times 100 \cong 20265000000 \text{ liradır.}$$

- 2008 yılı cari toplam özel sağlık harcaması 15.580.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 15580000000 \setminus 91 \times 100 \cong 17121000000 \text{ liradır.}$$

- 2009 yılı cari toplam özel sağlık harcaması 11.021.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 11021000000 \setminus 91 \times 100 = 11953000000 \text{ liradır.}$$

- 2010 yılı cari toplam özel sağlık harcaması 13.196.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 13196000000 \setminus 100 \times 100 \cong 13196000000 \text{ liradır.}$$

- 2011 yılı cari toplam özel sağlık harcaması 14.028.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 14028000000 \setminus 111,1 \times 100 \cong 12626000000 \text{ liradır.}$$

- 2012 yılı cari toplam özel sağlık harcaması 15.404.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 15404000000 \setminus 117,9 \times 100 \cong 13065000000 \text{ liradır.}$$

- 2013 yılı cari toplam özel sağlık harcaması 18.162.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 18162000000 \setminus 123,1 \times 100 \cong 14754000000 \text{ liradır.}$$

- 2014 yılı cari toplam kamu sağlık harcaması 21.368.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 21368000000 \setminus 135,8 \times 100 \cong 15735000000 \text{ liradır.}$$

Reel hale getirilen toplam özel sağlık harcamaları tablo olarak;

TABLO 8.TOPLAM REEL ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)

<i>YILLAR</i>	<i>TOPLAM REEL ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)</i>
<i><u>1999</u></i>	<i><u>15.496</u></i>
<i><u>2000</u></i>	<i><u>16.180</u></i>
<i><u>2001</u></i>	<i><u>12.977</u></i>
<i><u>2002</u></i>	<i><u>12.017</u></i>
<i><u>2003</u></i>	<i><u>11.835</u></i>
<i><u>2004</u></i>	<i><u>13.508</u></i>
<i><u>2005</u></i>	<i><u>16.433</u></i>
<i><u>2006</u></i>	<i><u>18.359</u></i>
<i><u>2007</u></i>	<i><u>20.265</u></i>
<i><u>2008</u></i>	<i><u>17.121</u></i>
<i><u>2009</u></i>	<i><u>11.953</u></i>
<i><u>2010</u></i>	<i><u>13.196</u></i>
<i><u>2011</u></i>	<i><u>12.626</u></i>
<i><u>2012</u></i>	<i><u>13.065</u></i>
<i><u>2013</u></i>	<i><u>14.754</u></i>
<i><u>2014</u></i>	<i><u>15.735</u></i>

Şeklini almıştır.

1999-2014 yıllar arası toplam cari özel sağlık harcaması fark yüzdesi hesaplaması;

$$X_{\text{yıllar arası fark yüzdesi}} = [(X_{\text{son yıl değeri}} - X_{\text{ilk yıl değeri}})/X_{\text{ilk yıl değeri}}] * 100$$

$$X_{1999-2003} = [(6817 - 1937)/1937] * 100 \cong 252$$

$$X_{2003-2007} = [(16374 - 6817)/6817] * 100 \cong 140$$

$$X_{2007-2011} = \left[\frac{14028 - 16374}{16374} \right] * 100 \cong -14$$

$$X_{2011-2014} = [(21368 - 14028)/14028] * 100 \cong 52$$

$$X_{2003-2014} = [(21368 - 6817)/6817] * 100 \cong 213$$

Olarak hesaplanmıştır.

1999-2002 yıllar arası toplam reel özel sağlık harcaması fark yüzdesi hesaplaması;

$$X_{1999-2003} = \left[\frac{(11835 - 15496)}{15496} \right] * 100 \cong -24$$

$$X_{2003-2007} = [(20265 - 11835)/11835] * 100 \cong 71$$

$$X_{2007-2011} = \left[\frac{12626 - 20265}{20265} \right] * 100 \cong -38$$

$$X_{2011-2014} = \left[\frac{15735 - 12626}{12626} \right] * 100 \cong 25$$

$$X_{2003-2014} = [(15735 - 11835)/11835] * 100 \cong 33$$

Olarak hesaplanmıştır.

Beşer yıllık değişim periyotlarına bakıldığında 1999-2000 yılları arası cari olarak %252 lik bir artış gözükmüşken, reel olarak %24 lük bir azalış gözükmektedir.

Araştırmanın bu bölümüne dek sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası toplam sağlık harcaması, toplam kamu sağlık harcaması, toplam özel sağlık harcaması beşer yıllık değişimler olarak hem cari hem de reel halleri ile ayrıntılı olarak incelenmiştir. Beşer yıllık değişim tabloları ile sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrasını değişimler elde edilmiştir.

Bu bölüme kadar finansman kurumlarının toplam, kamu ve özel olarak ayrı ayrı sağlık harcamalarını miktarını ve yönünü hesaplamıştık. Bundan sonraki bölümde de hizmeti sunan sağlık kurumlarının sağlık harcamaları miktarı hem toplam, hem kamu hem de özel olarak incelenerek hizmet sunucuları için ayrılan finansmanın sağlık harcamaları içindeki payların hem miktarı hem de artış azalış eğilimleri elde edilecektir. Bu sayede hizmet sunucularının sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası nasıl etkilendiği beşer yıllık değişimleri ile elde edilmiş olacaktır.

Hizmet sunucuları içinden hastane ile perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları (p.s.ve d.t.m.s) incelenmiştir. Bu hizmet sunucularının tercih edilme sebebi hastanelerin en çok sağlık hizmeti sunan birim olması ve p.s.ve d.t.m.s'ın tıbbi ihtiyaçların karşılandığı birim olması olmuştur. Hizmet sunucuları bu alt başlıkları ile sağlıkta dönüşümden nasıl etkilenmiştir. Özel hastaneler, kamu hastaneleri, özel p.s.ve d.t.m.s ile kamu p.s.ve d.t.m.s hem cari hem reel beşer yıllık değişimleri olarak incelenecektir. Sonuç olarak bu bölümde sağlık ta dönüşüm programının hizmet sunucularına etkisi incelenmiş olacaktır.

3.5.4. Hizmet Sunucularından Hastanelerin Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Verileri Analizi

1999-2014 yılları arası cari veriler ile bir hizmet sunucusu olan hastanelerin toplam sağlık harcamaları tablo olarak görülmek istendiğinde, tablo aşağıdaki gibi oluşmuştur.

**TABLO 9.HASTANELERİN TOPLAM CARİ SAĞLIK HARCAMALARI
(MİLYON TL)**

YILLAR	HASTANELERİN TOPLAM CARİ SAĞLIK HARCAMALARI (MİLYON TL)
1999	<u>1.913</u>
2000	<u>3.052</u>
2001	<u>4.249</u>
2002	<u>6.077</u>
2003	<u>8.579</u>
2004	<u>11.425</u>
2005	<u>12.649</u>
2006	<u>16.170</u>
2007	<u>19.030</u>
2008	<u>22.984</u>
2009	<u>23.241</u>
2010	<u>24.933</u>
2011	<u>28.554</u>
2012	<u>36.088</u>
2013	<u>41.785</u>
2014	<u>46.429</u>

Kaynak:TÜİK

Grafik ile gösterildiğinde 1999-2014 yıllar arası hizmet sunucusu hastanelerin cari toplam sağlık harcamaları verileri aşağıdaki gibidir.

GRAFİK 4: HASTANELERİN CARİ TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI VERİLERİ



Hizmet sunucularından hastanelerin cari olarak toplam sağlık harcamaları, miktarlarında dalgalanmalar olmasına rağmen 1999-2014 yılları arasında sürekli olarak artmıştır.

Hizmet Sunucularından Hastanelerin 1999-2014 Yılları Arası Cari Sağlık Harcaması Verilerinin Reelleştirme İşlemi:

1999-2014 yılları arasında hizmet sunucusu olan hastanelerin toplam cari sağlık harcamaları verilerinin reelleştirilme işlemi bir önceki bölümde toplam, kamu ve özel sağlık harcamalarında yapıldığı üzere aynı formül ile yapılmıştır.

- 1999 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 1.913.000.000 liradır. Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 1913000000/12,5 \times 100 \cong 15304000000 \text{ liradır.}$$

- 2000 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 3.052.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 3052000000/18,9 \times 100 \cong 16148000000 \text{ liradır.}$$

- 2001 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 4.249.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 4249000000/30,5 \times 100 \cong 13933000000 \text{ liradır.}$$

- 2002 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 6.077.0000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 60770000000/45,8 \times 100 \cong 13269000000 \text{ liradır.}$$

- 2003 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 8.579.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 8579000000/57,6 \times 100 \cong 14894000000 \text{ liradır.}$$

- 2004 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 11.425.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 11425000000/63,9 \times 100 \cong 17879000000 \text{ liradır.}$$

- 2005 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 12.649.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 12649000000/69,2 \times 100 \cong 18279000000 \text{ liradır.}$$

- 2006 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 16.170.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 16170000000/76 \times 100 \cong 11276000000 \text{ liradır.}$$

- 2007 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 19.030.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 19030000000/80,8 \times 100 \cong 23552000000 \text{ liradır.}$$

- 2008 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 22.984.000.000 liradır. Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 22984000000 \setminus 91 \times 100 \cong 25257000000 \text{ liradır.}$$

- 2009 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 23.241.000.000 liradır. Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 23241000000 \setminus 91 \times 100 = 25207000000 \text{ liradır.}$$

- 2010 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 24.933.000.000 liradır. Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 24933000000 \setminus 100 \times 100 \cong 24933000000 \text{ liradır.}$$

- 2011 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 28.543.000.000 liradır. Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 28543000000 \setminus 111,1 \times 100 \cong 25691000000 \text{ liradır.}$$

- 2012 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 36.088.000.000 liradır. Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 36088000000 \setminus 117,9 \times 100 \cong 30609000000 \text{ liradır.}$$

- 2013 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 41.785.000.000 liradır. Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 41785000000 \setminus 123,1 \times 100 \cong 33944000000 \text{ liradır.}$$

- 2014 yılı hastanelerin toplam cari sağlık harcaması 46.429.000.000 liradır. Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 46429000000 \setminus 135,8 \times 100 \cong 34189000000 \text{ liradır.}$$

Elde edilen bu hizmet sunucusunun verileri yıllık olarak tablo halinde görölmek istendiğinde;

**Tablo 10.HASTANELERİN TOPLAM REEL SAĞLIK HARCAMALARI
(MİLYON TL)**

YILLAR	HASTANELERİN TOPLAM REEL SAĞLIK HARCAMALARI (MİLYON TL)
1999	<u>15.304</u>
2000	<u>16.148</u>
2001	<u>13.933</u>
2002	<u>12.269</u>
2003	<u>14.894</u>
2004	<u>17.879</u>
2005	<u>18.279</u>
2006	<u>21.276</u>
2007	<u>23.552</u>
2008	<u>25.257</u>
2009	<u>25.207</u>
2010	<u>24.933</u>
2011	<u>25.691</u>
2012	<u>30.609</u>
2013	<u>33.944</u>
2014	<u>34.189</u>

Yukarıdaki gibi oluşmuştur.

Hastanelerin sağlık harcamalarının cari ve reel olarak değişim yüzdelerine bakılmak istendiğinde fark yüzdesi hesaplama işlemleri;

$$X_{yillar\ arası\ fark\ yüzdesi} = [(X_{son\ yıl\ değeri} - X_{ilk\ yıl\ değeri})/X_{ilk\ yıl\ değeri}] * 100$$

Uygulanmıştır.

Sağlıkta dönüşüm programının etkinliği ve sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrası hastanelerin sağlık harcamalarının beşer yıllık değişimleri görülmek istendiğinde hem cari hem de reel olarak değişimler hesaplanmıştır. Hastanelerin toplam cari sağlık harcaması beşer yıllık fark yüzdesi hesaplaması;

$$X_{1999-2003} = [(8579 - 1913)/1913] * 100 \cong 348$$

$$X_{2003-2007} = [(19030 - 8579)/8579] * 100 \cong 122$$

$$X_{2007-2011} = [(28543 - 19030)/19030] * 100 \cong 50$$

$$X_{2011-2014} = [(46429 - 28543)/28543] * 100 \cong 63$$

$$X_{2003-2014} = [(46429 - 8579)/8579] * 100 \cong 441$$

Şeklindedir.

Aynı şekilde 1999-2014 yıllar arası hastanelerin toplam reel sağlık harcaması beş yıllık fark yüzdesi hesaplaması;

$$X_{1999-2003} = \left[\frac{14894 - 15304}{15304} \right] * 100 \cong -3$$

$$X_{2003-2007} = [(23552 - 14894)/14894] * 100 \cong 58$$

$$X_{2007-2011} = [(25691 - 23552)/23552] * 100 \cong 9$$

$$X_{2011-2014} = \left[\frac{34189 - 25691}{25691} \right] * 100 \cong 33$$

$$X_{2003-2014} = [(34189 - 14894)/14894] * 100 \cong 130$$

Olarak hesaplanmıştır.

3.5.5.Hizmet Sunucularından Hastanelerin Kamu Sağlık Harcamaları Verileri Analizi

1999-2014 yılları arasındaki hizmet sunucularından hastaneler için ayrılan sağlık harcaması payından kamunun finanse ettiği sağlık harcamaları cari veriler ile tablo olarak aşağıdaki gibidir.

Tablo 11.HASTANELERİN CARİ KAMU SAĞLIK HARCAMALARI VERİLERİ (MİLYON TL)

YILLAR	HASTANELERİN CARİ KAMU SAĞLIK HARCAMALARI VERİLERİ (MİLYON TL)
1999	<u>15.304</u>
2000	<u>16.148</u>
2001	<u>13.933</u>
2002	<u>13.269</u>
2003	<u>14.894</u>
2004	<u>17.879</u>
2005	<u>18.279</u>
2006	<u>21.276</u>
2007	<u>23.552</u>
2008	<u>25.257</u>
2009	<u>25.207</u>
2010	<u>24.933</u>
2011	<u>25.691</u>

2012	<u>30.609</u>
2013	<u>33.944</u>
2014	<u>34.189</u>

Kaynak: TUİK

1999-2014 yılları arası grafik ile gösterildiğinde hizmet sunucusu hastanelerin cari kamu sağlık harcamaları;

GRAFİK 5: HASTANELERİN CARİ KAMU SAĞLIK HARCAMASI VERİSİ



Şeklinde. Cari veriler ile bakıldığından hizmet sunucusu hastanelerin 1999-2014 yılları arasında kamu sağlık harcamaları her sene artış göstermiştir. Bu artış 1999 ve 2000 li yılların başında daha fazla iken 2000 li yılların ortasında bu artış miktarı biraz daha azalmıştır. Örnek olarak; 1999 yılında hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 1581000000 tl, 2000 yılında 2540000000 milyon tl olmuştur.

2006 yılında 14701000000 tl iken hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 2007 yılında 16841000000 tl olmuştur.

1999-2014 Yılları Arası Hizmet Sunucusu Hastanelerin Cari Kamu Sağlık Harcaması Reelleştirme İşlemi:

- 1999 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 1.581.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 1581000000 / 12,5 \times 100 \cong 12648000000 \text{ liradır.}$$

- 2000 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 2.540.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 2540000000 \setminus 18,9 \times 100 \cong 13439000000 \text{ liradır.}$$

- 2001 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 3.727.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 3727000000 \setminus 30,5 \times 100 \cong 12220000000 \text{ liradır.}$$

- 2002 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 5.333.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 5333000000 \setminus 45,8 \times 100 \cong 11644000000 \text{ liradır.}$$

- 2003 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 7.555.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 7555000000 \setminus 57,6 \times 100 \cong 13117000000 \text{ liradır.}$$

- 2004 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 10.380.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 10380000000 \setminus 63,9 \times 100 \cong 16245000000 \text{ liradır.}$$

- 2005 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 11.170.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 11170000000 \setminus 69,2 \times 100 \cong 16141000000 \text{ liradır.}$$

- 2006 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 14.701.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 12701000000 \setminus 76 \times 100 \cong 19343000000 \text{ liradır.}$$

- 2007 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 16.841.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 16841000000 \setminus 80,8 \times 100 \cong 20842000000 \text{ liradır.}$$

- 2008 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 20.906.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 20906000000 \setminus 91 \times 100 \cong 22974000000 \text{ liradır.}$$

- 2009 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 21.443.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 21443000000 \setminus 91 \times 100 = 23257000000 \text{ liradır.}$$

- 2010 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 22.497.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 22597000000 \setminus 100 \times 100 \cong 22497000000 \text{ liradır.}$$

- 2011 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 26.135.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 26135000000 \setminus 111,1 \times 100 \cong 23524000000 \text{ liradır.}$$

- 2012 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 29.609.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 29609000000 \setminus 117,9 \times 100 \cong 25114000000 \text{ liradır.}$$

- 2013 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 34.095.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 34095000000 \setminus 123,1 \times 100 \cong 27697000000 \text{ liradır.}$$

- 2014 yılı hastanelerin cari kamu sağlık harcaması 37.606.000.000 liradır. Sabit fiyatlara indirgendiğinde;

$$X_{reel} = 37606000000 \setminus 135,8 \times 100 \cong 27693000000 \text{ liradır.}$$

1999-2014 yılları arası hizmet sunucusu hastanelerin reel sağlık harcamaları hesaplandıktan sonra tablo olarak bakıldığında;

Tablo 12.HASTANELERİN REEL KAMU SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)

YILLAR	HASTANELERİN REEL KAMU SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)
1999	<u>12.648</u>
2000	<u>13.439</u>
2001	<u>12.220</u>
2002	<u>11.644</u>
2003	<u>13.117</u>
2004	<u>16.245</u>
2005	<u>16.141</u>
2006	<u>19.343</u>
2007	<u>20.842</u>
2008	<u>22.974</u>
2009	<u>23.257</u>
2010	<u>22.497</u>
2011	<u>23.524</u>

2012	<u>25.114</u>
2013	<u>27.697</u>
2014	<u>27.693</u>

şeklindedir.

Hizmet sunucuların dan hastanelerin kamu sağlık harcamaları cari ve reel değerleri hesaplandıktan sonra, cari ve reel olarak bu harcamaların beşer yıllık değişimleri hesaplanması işlemi yapılmıştır. Yıllar arası fark formülü ile;

$$X_{\text{yıllar arası fark yüzdesi}} = [(X_{\text{son yıl değeri}} - X_{\text{ilk yıl değeri}})/X_{\text{ilk yıl değeri}}] * 100$$

$$X_{1999-2003} = [(7555 - 1581)/1581] * 100 \cong 378$$

$$X_{2003-2007} = [(16841 - 7555)/7555] * 100 \cong 123$$

$$X_{2007-2011} = \left[\frac{26135 - 16841}{16841} \right] * 100 \cong 55$$

$$X_{2011-2014} = [(37606 - 26135)/26135] * 100 \cong 44$$

$$X_{2003-2014} = [(37606 - 7555)/7555] * 100 \cong 398$$

Olarak elde edilmiştir.

1999-2014 yıllar arası hizmet sunucularından hastanelerin reel kamu sağlık harcaması fark yüzdesi hesaplaması;

$$X_{1999-2003} = \left[\frac{(13117 - 12648)}{12648} \right] * 100 \cong 4$$

$$X_{2003-2007} = [(20842 - 13117)/13117] * 100 \cong 59$$

$$X_{2007-2011} = \left[\frac{23524 - 20842}{20842} \right] * 100 \cong 13$$

$$X_{2011-2014} = \left[\frac{27693 - 23524}{23524} \right] * 100 \cong 18$$

$$X_{2003-2014} = [(27693 - 13117)/13117] * 100 \cong 111$$

Olarak hesaplanmıştır.

Beşer yıllık değişimler incelendiğinde sağlıkta dönüşüm öncesi cari olarak hastanelerin sağlık harcamaları %378 iken reel olarak %5 olduğu görülmüştür. 2011-2014 yılları arasında ise cari olarak %44 olan hastanelerin kamu sağlık harcaması reel olarak %18 olarak hesaplanmıştır.

3.5.6. Hastanelerin Özel Sağlık Harcamaları Verileri Analizi

Tablo olarak 1999-2014 yılları arası hizmet sunucularından hastanelerin cari özel sağlık harcamaları verileri aşağıdaki gibidir.

Tablo 13.HASTANELERİN CARİ ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI VERİLERİ (MİLYON TL)

YILLAR	HASTANELERİN CARİ ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI VERİLERİ (MİLYON TL)
1999	<u>332</u>
2000	<u>512</u>
2001	<u>522</u>
2002	<u>744</u>
2003	<u>1.024</u>
2004	<u>1.044</u>
2005	<u>1.480</u>
2006	<u>1.469</u>

2007	<u>2.189</u>
2008	<u>2.078</u>
2009	<u>1.798</u>
2010	<u>2.436</u>
2011	<u>2.408</u>
2012	<u>6.479</u>
2013	<u>7.689</u>
2014	<u>8.823</u>

Kaynak: TUIK

1999-2014 yılları arası Hizmet sunucusu hastanelerin kamu sağlık harcamaları Grafik ile gösterildiğinde;

GRAFİK 6: 1999-2014 HASTANELERİN CARİ ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI VERİSİ



Şeklinde. 1999-2014 yılları arası hizmet sunucusu hastanelerin özel sağlık harcaması 1999-2007 yılları arasında sürekli olarak artmaya devam etmiştir. 2008 yılı ile hafif azalış ve artışlar gösteren özel sektör 2012 yılı itibari ile yaklaşık 2.5 misli bir aşırı artış gösterdiği görülmektedir.

1999-2014 Yılları Arası Hastanelerin Özel Sağlık Harcaması Reelleştirme İşlemi:

- 1999 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 332.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 332000000 / 12,5 \times 100 \cong 2656000000$ liradır.
- 2000 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 512.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 512000000 / 18,9 \times 100 \cong 2709000000$ liradır.
- 2001 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 522.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 522000000 / 30,5 \times 100 \cong 1713000000$ liradır.
- 2002 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 744.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 744000000 / 45,8 \times 100 \cong 1625000000$ liradır.
- 2003 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 1.024.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 1024000000 / 57,6 \times 100 \cong 1777000000$ liradır.
- 2004 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 1.044.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;
 $X_{reel} = 1044000000 / 63,9 \times 100 \cong 1634000000$ liradır.

- 2005 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 1.480.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 1480000000 \setminus 69,2 \times 100 \cong 2138000000 \text{ liradır.}$$

- 2006 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 1.469.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 1469000000 \setminus 76 \times 100 \cong 1933000000 \text{ liradır.}$$

- 2007 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 2.189.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 2189000000 \setminus 80,8 \times 100 \cong 2710000000 \text{ liradır.}$$

- 2008 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 2.078.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 2078000000 \setminus 91 \times 100 \cong 2284000000 \text{ liradır.}$$

- 2009 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 1.798.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 1798000000 \setminus 91 \times 100 = 1950000000 \text{ liradır.}$$

- 2010 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 2.436.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 2436000000 \setminus 100 \times 100 \cong 2436000000 \text{ liradır.}$$

- 2011 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 2.408.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 2408000000 \setminus 111,1 \times 100 \cong 2168000000 \text{ liradır.}$$

- 2012 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 6.479.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 6479000000 \setminus 117,9 \times 100 \cong 5496000000 \text{ liradır.}$$

- 2013 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 7.689.000.000 liradır. Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 7689000000 \setminus 123,1 \times 100 \cong 6247000000 \text{ liradır.}$$

- 2014 yılı hastanelerin cari özel sağlık harcaması 8.823.000.000 liradır. Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 8823000000 \setminus 135,8 \times 100 \cong 6497000000 \text{ liradır.}$$

Tablo olarak 1999-2014 yılları arası hizmet sunucusu hastanelerin özel sağlık harcaması;

Tablo 14:HASTANELERİN REEL ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)

YILLAR	HASTANELERİN REEL ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)
1999	<u>2.656</u>
2000	<u>2.709</u>
2001	<u>1.713</u>
2002	<u>1.625</u>
2003	<u>1.777</u>
2004	<u>1.634</u>
2005	<u>2.138</u>
2006	<u>1.933</u>
2007	<u>2.710</u>
2008	<u>2.284</u>
2009	<u>1.950</u>

2010	<u>2.436</u>
2011	<u>2.168</u>
2012	<u>5.496</u>
2013	<u>6.247</u>
2014	<u>6.497</u>

Şeklindedir.

1999-2014 yıllar arası hastanelerin cari özel sağlık harcaması 5 yıllık fark yüzdesi hesaplaması;

$$X_{\text{yıllar arası fark yüzdesi}} = [(X_{\text{son yıl değeri}} - X_{\text{ilk yıl değeri}}) / X_{\text{ilk yıl değeri}}] * 100$$

$$X_{1999-2003} = [(1024 - 332) / 332] * 100 \cong 208$$

$$X_{2003-2007} = [(2189 - 1024) / 1024] * 100 \cong 114$$

$$X_{2007-2011} = \left[\frac{2408 - 2189}{2189} \right] * 100 \cong 10$$

$$X_{2011-2014} = [(8823 - 2408) / 2408] * 100 \cong 266$$

$$X_{2003-2014} = [(8823 - 1024) / 1024] * 100 \cong 762$$

Olarak hesaplanmıştır.

1999-2014 yıllar arası hastanelerin reel özel sağlık harcaması fark yüzdesi hesaplaması;

$$X_{1999-2003} = \left[\frac{(1777 - 2656)}{12656} \right] * 100 \cong -33$$

$$X_{2003-2007} = [(2710 - 1777) / 1777] * 100 \cong 53$$

$$X_{2007-2011} = \left[\frac{2168 - 2710}{2710} \right] * 100 \cong -20$$

$$X_{2011-2014} = \left[\frac{6497 - 2168}{2168} \right] * 100 \cong 200$$

$$X_{2003-2014} = [(6497 - 1777)/1777] * 100 \cong 266$$

Olarak hesaplanmıştır.

Sağlıkta dönüşüm öncesi 1999-2003 yılları arasındaki hizmet sunucusu hastanelerin özel sağlık harcamaları cari olarak % 208 artmış iken reel olarak hastanelerin özel sağlık harcaması %33 azalmıştır.

3.5.7. Hizmet Sunucusu Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunanların Toplam Sağlık Harcamaları Verileri

Tablo olarak 1999-2014 yılları arası hizmet sunucusu, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar için ayrılan finansman kaynaklarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı verileri aşağıdaki gibidir.

Tablo 15:PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNANLARIN CARİ TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI(MİLYON TL)

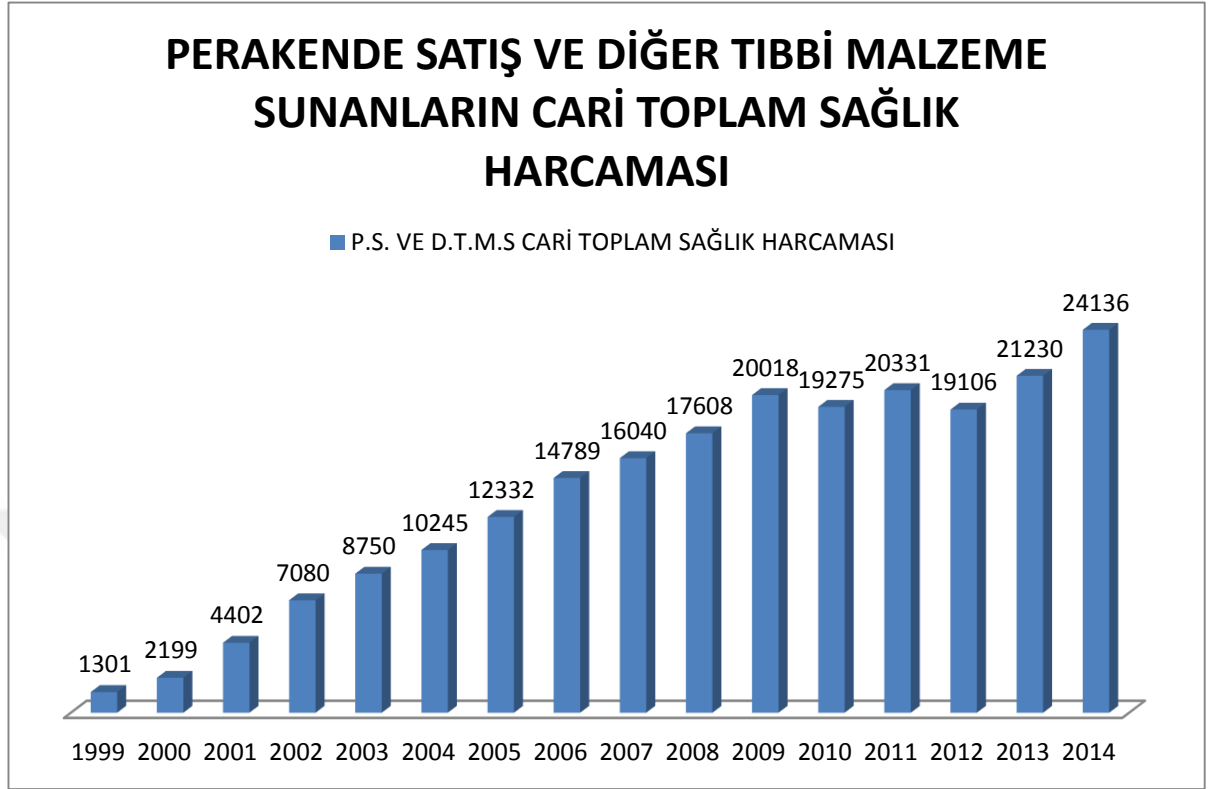
YILLAR	PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNANLARIN CARİ TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI (MİLYON TL)
1999	<u>1.301</u>
2000	<u>2.199</u>
2001	<u>4.402</u>
2002	<u>7.080</u>
2003	<u>8.750</u>
2004	<u>10.245</u>

2005	<u>12.332</u>
2006	<u>14.789</u>
2007	<u>16.040</u>
2008	<u>17.608</u>
2009	<u>20.018</u>
2010	<u>19.275</u>
2011	<u>20.331</u>
2012	<u>19.106</u>
2013	<u>21.230</u>
2014	<u>24.136</u>

Kaynak:TUİK

Tablo oluşturularak sunulan 1999-2014 yılları arası hizmet suncusu perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların (p.s. ve d.t.m.s) Grafik ile gösterildiğinde cari toplam sağlık harcamaları;

GRAFİK 7: PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNANLARIN CARİ TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI VERİLERİ



Şeklinde. 1999-2014 yılları arası hizmet sunucusu olarak perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari özel toplam sağlık harcamaları 2009 yılına dek sürekli artış halinde olmuştur. 2010 yılı itibari ile bu sürekli artış yerini dalgalanmalara bıraktığı görülmektedir..

1999-2014 yılları arası hizmet sunucusu olan perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların reelleştirme işlemi:

Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcamaları verilerinin reelleştirilme işlemi senelik olarak hesaplanmıştır.

- 1999 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 1.301.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 1301000000 / 12,5 \times 100 \cong 10408000000 \text{ liradır.}$$

- 2000 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 2.199.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 2199000000 \setminus 18,9 \times 100 \cong 1163500000 \text{ liradır.}$$

- 2001 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 4.402.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 4402000000 \setminus 30,5 \times 100 \cong 1443300000 \text{ liradır.}$$

- 2002 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 7.080.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 7080000000 \setminus 45,8 \times 100 \cong 1545900000 \text{ liradır.}$$

- 2003 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 8.750.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 8750000000 \setminus 57,6 \times 100 \cong 1519200000 \text{ liradır.}$$

- 2004 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 10.245.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 10245000000 \setminus 63,9 \times 100 \cong 1603200000 \text{ liradır.}$$

- 2005 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 12.332.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 12332000000 \setminus 69,2 \times 100 \cong 1782100000 \text{ liradır.}$$

- 2006 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam cari sağlık harcaması 14.789.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 14789000000 \setminus 76 \times 100 \cong 19459000000 \text{ liradır.}$$

- 2007 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 16.040.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 16040000000 \setminus 80,8 \times 100 \cong 19851000000 \text{ liradır.}$$

- 2008 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 17.608.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 17608000000 \setminus 91 \times 100 \cong 19349000000 \text{ liradır.}$$

- 2009 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 20.018.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 20018000000 \setminus 91 \times 100 = 21712000000 \text{ liradır.}$$

- 2010 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 19.275.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 19275000000 \setminus 100 \times 100 \cong 19275000000 \text{ liradır.}$$

- 2011 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 20.331.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 20331000000 \setminus 111,1 \times 100 \cong 18300000000 \text{ liradır.}$$

- 2012 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 19.106.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 19106000000 \setminus 117,9 \times 100 \cong 16205000000 \text{ liradır.}$$

- 2013 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 21.230.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 21230000000 \setminus 123,1 \times 100 \cong 17246000000 \text{ liradır.}$$

- 2014 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari toplam sağlık harcaması 24.136.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 24136000000 \setminus 135,8 \times 100 \cong 17773000000 \text{ liradır.}$$

1999-2014 hizmet sunucusu olan perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların Tablo olarak reel toplam sağlık harcamaları;

TABLO 16:PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNANLARIN CARİ TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI (MİLYON TL)

YILLAR	PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNANLARIN CARİ TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI (MİLYON TL)
1999	<u>10.408</u>
2000	<u>11.635</u>
2001	<u>14.433</u>
2002	<u>15.459</u>
2003	<u>15.192</u>
2004	<u>16.032</u>
2005	<u>17.821</u>
2006	<u>19.459</u>
2007	<u>19.851</u>

2008	<u>19.349</u>
2009	<u>21.712</u>
2010	<u>19.275</u>
2011	<u>18.300</u>
2012	<u>16.205</u>
2013	<u>17.246</u>
2014	<u>17.773</u>

Şeklindedir.

1999-2014 yılları arası hizmet sunucusu olarak perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların toplam sağlık harcamalarının cari ve reel olarak değişim yüzdelerine bakıldığında hesaplama işlemi fark yüzdesi formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

$X_{yillar\ arası\ fark\ yüzdesi}$

$$= [(X_{son\ yıl\ değeri} - X_{ilk\ yıl\ değeri}) / X_{ilk\ yıl\ değeri}] * 100$$

$$X_{1999-2003} = [(8750 - 1301) / 1301] * 100 \cong 573$$

$$X_{2003-2007} = [(16040 - 8750) / 8750] * 100 \cong 183$$

$$X_{2007-2011} = [(20331 - 16040) / 16040] * 100 \cong 27$$

$$X_{2011-2014} = [(24136 - 20331) / 20331] * 100 \cong 19$$

$$X_{2003-2014} = [(24136 - 8750) / 8750] * 100 \cong 176$$

Olarak elde edilmiştir.

1999-2014 yıllar arası perakende satış ve tıbbi malzeme sunucuları reel toplam sağlık harcaması beş yıllık fark yüzdesi hesaplaması;

$$X_{1999-2003} = \left[\frac{15192 - 10408}{10408} \right] * 100 \cong 46$$

$$X_{2003-2007} = [(19851 - 15192)/15192] * 100 \cong 31$$

$$X_{2007-2011} = \left[\frac{18300 - 19851}{19851} \right] * 100 \cong -8$$

$$X_{2011-2014} = \left[\frac{17773 - 18300}{18300} \right] * 100 \cong 11$$

$$X_{2003-2014} = [(17773 - 15192)/15192] * 100 \cong 17$$

Olarak hesaplanmıştır. Cari ve reel olarak hesaplanan beşer yıllık fark yüzdelere bakıldığında hizmet sunucusu perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların toplam sağlık harcamalarında farklılıklar görülmüştür. 2003-2007 yılları arası cari olarak %83 olan artış, reel olarak %31 olarak elde edilmiştir.

3.5.8. Hizmet Sunucusu Perakende Satış Ve Tıbbi Malzeme Sunucuları Kamu Sağlık Harcamaları Verileri

Tablo olarak perakende satış ve tıbbi malzeme sunucular için ayrılan finansmanın kamu sağlık harcaması içindeki cari verileri aşağıdaki gibidir.

TABLO 17: PERAKENDE SATIŞ VE TIBBİ MALZEME SUNUCULARININ CARİ KAMU SAĞLIK HARCAMALARI VERİLERİ

YILLAR	PERAKENDE SATIŞ VE TIBBİ MALZEME SUNUCULARININ CARİ KAMU SAĞLIK HARCAMALARI VERİLERİ (MİLYON TL)
1999	<u>765</u>

2000	<u>1.381</u>
2001	<u>3.052</u>
2002	<u>5.318</u>
2003	<u>6.768</u>
2004	<u>7.845</u>
2005	<u>9.218</u>
2006	<u>10.881</u>
2007	<u>11.937</u>
2008	<u>13.819</u>
2009	<u>16.102</u>
2010	<u>15.171</u>
2011	<u>15.855</u>
2012	<u>14.492</u>
2013	<u>15.742</u>
2014	<u>17.627</u>

Kaynak: TUİK

Perakende satış ve tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcamaları 1999-2014 yılları aralığında grafik olarak gösterildiğinde;

GRAFİK 8: PERAKENDE SATIŞ VE TIBBİ MALZEME SUNUCULARI CARİ KAMU SAĞLIK HARCAMASI VERİSİ



Şeklinde. Cari olarak 1999-2014 yılları arası perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların kamu sağlık harcamalarına bakıldığında 2001-2002 yılları arası yaklaşık 2 milyonluk bir artışla devam eden sürekli bir artış görülmüştür. Bu artış 2010 yılı ile düşüşe başlayıp devamında dalgalanmalar ile devam ettiği görülmüştür.

1999-2014 yıllar arası hizmet sunucusu perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların reelleştirme işlemi:

Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların cari kamu sağlık harcaması verilerinin reelleştirilme işlemi;

- 1999 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 765.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 765000000/12,5 \times 100 \cong 6120000000 \text{ liradır.}$$

- 2000 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 1.381.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 1381000000/18,9 \times 100 \cong 7307000000 \text{ liradır.}$$

- 2001 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 3.052.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 3052000000/30,5 \times 100 \cong 10005000000 \text{ liradır.}$$

- 2002 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 5.318.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 5318000000/45,8 \times 100 \cong 11610000000 \text{ liradır.}$$

- 2003 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 6.768.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 6768000000/57,6 \times 100 \cong 11751000000 \text{ liradır.}$$

- 2004 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 7.845.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 7845000000/63,9 \times 100 \cong 12277000000 \text{ liradır.}$$

- 2005 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 9.218.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 9218000000/69,2 \times 100 \cong 13321000000 \text{ liradır.}$$

- 2006 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 10.881.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 10881000000 \setminus 76 \times 100 \cong 14317000000 \text{ liradır.}$$

- 2007 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 11.937.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 11937000000 \setminus 80,8 \times 100 \cong 14773000000 \text{ liradır.}$$

- 2008 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 13.819.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 138190000000 \setminus 91 \times 100 \cong 15185000000 \text{ liradır.}$$

- 2009 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 16.102.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 16102000000 \setminus 91 \times 100 = 17465000000 \text{ liradır.}$$

- 2010 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 15.171.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 15171000000 \setminus 100 \times 100 \cong 15171000000 \text{ liradır.}$$

- 2011 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 15.855.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 15855000000 \setminus 111,1 \times 100 \cong 14271000000 \text{ liradır.}$$

- 2012 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 14.492.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 14492000000 \setminus 117,9 \times 100 \cong 12292000000 \text{ liradır.}$$

- 2013 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 15.742.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 15742000000 \setminus 123,1 \times 100 \cong 12788000000 \text{ liradır.}$$

- 2014 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 17.627.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 17627000000 \setminus 135,8 \times 100 \cong 12980000000 \text{ liradır.}$$

Tablo olarak reel hale çevrilmiş perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların kamu sağlık harcamaları;

TABLO 18:PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNUCULARI REEL KAMU SAĞLIK HARCAMASI

YILLAR	PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNUCULARI REEL KAMU SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)
1999	<u>6.120</u>
2000	<u>7.307</u>
2001	<u>10.005</u>
2002	<u>11.610</u>
2003	<u>11.751</u>
2004	<u>12.277</u>

2005	<u>13.321</u>
2006	<u>14.317</u>
2007	<u>14.773</u>
2008	<u>15.185</u>
2009	<u>17.465</u>
2010	<u>15.171</u>
2011	<u>14.271</u>
2012	<u>12.292</u>
2013	<u>12.788</u>
2014	<u>12.980</u>

Şeklindedir.

Hizmet sunucusu perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucularının kamu sağlık harcamaları cari ve reel olarak yıllık değişim yüzdelerine bakıldığında hesaplama işlemi yıllık değişim formülü ile uygulanarak elde edilmiştir. 1999-2014 yıllar arası perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari kamu sağlık harcaması 5 yıllık fark yüzdesi hesaplaması işlemi;

$$X_{yıllar\ arası\ fark\ yüzdesi} = [(X_{son\ yıl\ değeri} - X_{ilk\ yıl\ değeri}) / X_{ilk\ yıl\ değeri}] * 100$$

$$X_{1999-2003} = [(6768 - 765) / 765] * 100 \cong 785$$

$$X_{2003-2007} = [(11937 - 6768) / 6768] * 100 \cong 76$$

$$X_{2007-2011} = \left[\frac{15855 - 11937}{11937} \right] * 100 \cong 33$$

$$X_{2011-2014} = [(17627 - 15855) / 15855] * 100 \cong 11$$

$$X_{2003-2014} = [(17627 - 6768) / 6768] * 100 \cong 160$$

Olarak hesaplanmıştır.

1999-2014 yıllar arası perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları reel kamu sağlık harcaması fark yüzdesi hesaplaması;

$$X_{1999-2003} = \left[\frac{(11751 - 6120)}{6120} \right] * 100 \cong 92$$

$$X_{2003-2007} = [(14773 - 11751)/11751] * 100 \cong 26$$

$$X_{2007-2011} = \left[\frac{14271 - 14773}{14773} \right] * 100 \cong -3$$

$$X_{2011-2014} = \left[\frac{12980 - 14271}{14271} \right] * 100 \cong -9$$

$$X_{2003-2014} = [(12980 - 11751)/11751] * 100 \cong 10$$

Olarak hesaplanmıştır. Beşer yıllık değişimlerin yüzdesi hesaplandığında hizmet sunucularından perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların kamu sağlık harcamalarında 2007-2011 yılları arasında cari veriler ile hesaplanan yüzde değişimlere bakıldığında %33 artış, reel olarak bakıldığında %3 azalış görülmektedir.

3.5.9. Hizmet Sunucusu Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları Özel Sağlık Harcamaları Verileri Analizi

Tablo olarak 1999-2014 hizmet sunucusu perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucular için ayrılan kaynağın özel sektör harcamaları içindeki payı cari verileri aşağıdaki gibidir.

TABLO 19:PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNUCULARI CARİ ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI VERİLERİ

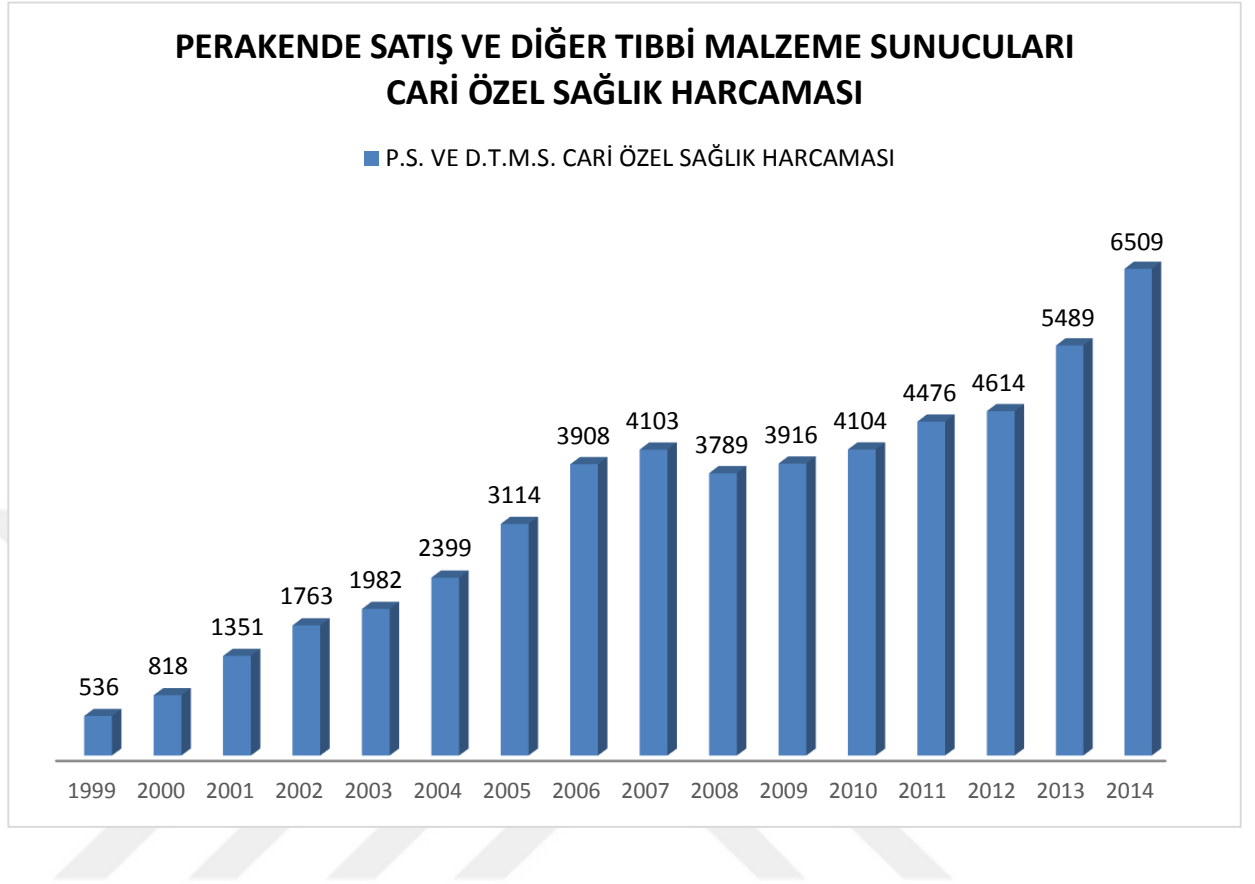
YILLAR	PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNUCULARI CARİ ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI VERİLERİ (MİLYON TL)
1999	<u>536</u>

2000	<u>818</u>
2001	<u>1.351</u>
2002	<u>1.763</u>
2003	<u>1.982</u>
2004	<u>2.399</u>
2005	<u>3.114</u>
2006	<u>3.908</u>
2007	<u>4.103</u>
2008	<u>3.789</u>
2009	<u>3.916</u>
2010	<u>4.104</u>
2011	<u>4.476</u>
2012	<u>4.614</u>
2013	<u>5.489</u>
2014	<u>6.509</u>

Kaynak: TUİK

Grafik ile gösterildiğinde 1999-2014 yılları arası hizmet sunucusu perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcamaları;

GRAFİK 9: PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNUCULARI CARİ ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI VERİSİ



Şeklinde. Cari veriler ile perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların özel sağlık harcamaları verisi 2000 li yılların başlarında sürekli artan bir grafik oluşturmasına rağmen 2000 li yılların sonlarına doğru dalgalanmalar göstermiştir.

1999-2014 yılları arası hizmet sunucusu perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların reelleştirme işlemi:

Hizmet sunucusu olan perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 1999-2014 verilerinin reelleştirilme işlemi aşağıdaki gibi hesaplanmıştır;

- 1999 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 536.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 536000000/12,5 \times 100 \cong 4288000000 \text{ liradır.}$$

- 2000 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 818.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 818000000/18,9 \times 100 \cong 4328000000 \text{ liradır.}$$

- 2001 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 1.351.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 1351000000/30,5 \times 100 \cong 4428000000 \text{ liradır.}$$

- 2002 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 1.7630000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 1763000000/45,8 \times 100 \cong 3849000000 \text{ liradır.}$$

- 2003 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 1.982.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 1198200000/57,6 \times 100 \cong 3441000000 \text{ liradır.}$$

- 2004 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 2.399.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 2399000000/63,9 \times 100 \cong 3755000000 \text{ liradır.}$$

- 2005 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 3.114.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 3114000000/69,2 \times 100 \cong 4500000000 \text{ liradır.}$$

- 2006 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 3.908.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 3908000000 \setminus 76 \times 100 \cong 5142000000 \text{ liradır.}$$

- 2007 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 4.103.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 4103000000 \setminus 80,8 \times 100 \cong 5078000000 \text{ liradır.}$$

- 2008 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 3.789.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 3789000000 \setminus 91 \times 100 \cong 4164000000 \text{ liradır.}$$

- 2009 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 3.916.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 3916000000 \setminus 91 \times 100 = 4247000000 \text{ liradır.}$$

- 2010 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 4.104.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 4104000000 \setminus 100 \times 100 \cong 4104000000 \text{ liradır.}$$

- 2001 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 4.476.000.000 liradır.

Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 4476000000 \setminus 111,1 \times 100 \cong 4029000000 \text{ liradır.}$$

- 2012 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 4.614.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 4614000000 \setminus 117,9 \times 100 \cong 3913000000 \text{ liradır.}$$

- 2013 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 5.489.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 5489000000 \setminus 123,1 \times 100 \cong 4459000000 \text{ liradır.}$$

- 2014 yılı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 6.509.000.000 liradır.
Sabit fiyatlara indirildiğinde;

$$X_{reel} = 6509000000 \setminus 135,8 \times 100 \cong 4793000000 \text{ liradır.}$$

1999-2014 yılları arası perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların reel hale çevrilmiş verilerinin Tablo olarak sunumu;

TABLO 20:PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNANLARIN REEL ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI

YILLAR	PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNANLARIN REEL ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI (MİLYON TL)
1999	<u>4.288</u>
2000	<u>4.328</u>
2001	<u>4.428</u>
2002	<u>3.849</u>
2003	<u>3.441</u>
2004	<u>3.755</u>

2005	<u>4.500</u>
2006	<u>5.142</u>
2007	<u>5.078</u>
2008	<u>4.164</u>
2009	<u>4.247</u>
2010	<u>4.104</u>
2011	<u>4.029</u>
2012	<u>3.913</u>
2013	<u>4.459</u>
2014	<u>4.793</u>

Şeklindedir.

Sağlıkta dönüşüm öncesi 5 yıl ve sağlıkta dönüşüm sonrası 5'er yıllık değişimler incelenmek istendiğinde, 1999-2014 yıllar arası perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları cari özel sağlık harcaması 5 yıllık fark yüzdesi hesaplaması işlemi yapılmıştır.

$$X_{\text{yıllar arası fark yüzdesi}} = [(X_{\text{son yıl değeri}} - X_{\text{ilk yıl değeri}}) / X_{\text{ilk yıl değeri}}] * 100$$

$$X_{1999-2003} = [(1982 - 536) / 536] * 100 \cong 270$$

$$X_{2003-2007} = [(4103 - 1982) / 1982] * 100 \cong 107$$

$$X_{2007-2011} = \left[\frac{4476 - 4103}{4103} \right] * 100 \cong 9$$

$$X_{2011-2014} = [(6509 - 4476) / 4476] * 100 \cong 45$$

$$X_{2003-2014} = [(6509 - 1982) / 1982] * 100 \cong 228$$

Olarak hesaplanmıştır.

1999-2014 yılları arası perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları reel özel sağlık harcaması fark yüzdesi hesaplaması;

$$X_{1999-2003} = \left[\frac{(3441 - 4288)}{4288} \right] * 100 \cong -20$$

$$X_{2003-2007} = \left[\frac{5078 - 3441}{3441} \right] * 100 \cong 48$$

$$X_{2007-2011} = \left[\frac{4029 - 5078}{5078} \right] * 100 \cong -21$$

$$X_{2011-2014} = \left[\frac{4793 - 4029}{4029} \right] * 100 \cong 19$$

$$X_{2003-2014} = [(4793 - 3441)/3441] * 100 \cong 39$$

Olarak hesaplanmıştır.

Beşer yıllık değişimlere bakıldığında 1999-2003 yılları arasında cari olarak %270 görünür iken reel olarak azalış olduğu hesaplanmıştır. Bu azalış miktarı %20 olarak elde edilmiştir.

Bu bölüme dek toplam sağlık harcaması, kamu sağlık harcaması, özel sağlık harcaması cari verileri reelleştirilerek beşer yıllık değişim yüzdeleri hesaplanmıştır. Ardından hizmet sunucusu olarak hastaneler ve perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanların sağlık harcamaları da kamu, özel ve toplam sağlık harcaması açılarından hem cari hem de reel olarak yüzde değişimleri beşer yıllık hesaplanmıştır. Sağlık harcaması hizmet sunucusu ve finansman kurumları yönünden incelendikten sonra Türkiye devletinin sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası gayri safi yurt içi hasılasından sağlık sektörü için ayırdığı pay incelenecektir.

3.5.10. Türkiye Devleti Gayri Safi Yurt İçi Hasılası İçindeki 1999-2014 Yılları Arasında Ki Toplam Sağlık Harcaması Payı Verileri Analizi

Bu veri Türkiye'nin 1999-2014 GSYİH'sı, ilgili her senenin toplam sağlık harcamasına bölünerek elde edilmiştir. Bu oranlama ile Türkiye yurtiçi hasılası içindeki sağlık harcaması payını vererek; Türkiye'nin yurtiçi hasılası gelirinden

sağlık için ayrılan payı vermiş olacaktır. Oran elde edilirken cari veriler veya reelleşmiş veriler de kullanılabilir. Cari verilere reelleştirme işlemi yaparken sabit endekse bölünüp yüz ile çarpılır. Bu işlem hem GSYİH hem de cari toplam sağlık harcaması için yapıldığında, GSYİH içindeki toplam sağlık harcamasının elde etmek içinde birbirine bölüneceğinden cari ve reel halleri ile aynı sonuç çıkacaktır. Cari veriler veya reel veriler ile işlem yapıldığında aynı sonuç çıkacağından bu oranlama için cari veriler kullanılmıştır.

Tablo olarak 1999-2014 yılları arası cari fiyatlar ile GSYİH;

TABLO 21: CARİ GSYİH (MİLYON TL)

YILLAR	CARİ GSYİH (MİLYON TL)
1999	<u>104.596</u>
2000	<u>166.658</u>
2001	<u>240.224</u>
2002	<u>350.476</u>
2003	<u>454.780</u>
2004	<u>559.033</u>
2005	<u>648.932</u>
2006	<u>758.391</u>
2007	<u>843.178</u>
2008	<u>950.534</u>
2009	<u>952.559</u>
2010	<u>1.098.799</u>
2011	<u>1.297.713</u>

2012	<u>1.416.798</u>
2013	<u>1.567.289</u>
2014	<u>1.748.168</u>

Toplam 1999-2014 yılları arası cari sağlık harcaması; tablo 3 de verilmiştir.

Gayri safi yurtiçi harcamadaki toplam sağlık harcaması oranını hesaplamak için toplam sağlık harcaması verisi gayri safi yurtiçi hasıla'ya bölünüp yüz ile çarpılmıştır. Bu işlem her sene için yapılmıştır. Bu veri toplam sağlık harcamasının GSYİH'da ki payını elde etmemizi sağlamıştır.

Formül olarak;

$GSYİH \text{ İÇİNDEKİ } TSH \text{ ORANI} = (X_{TSH}/X_{GSYİH}) * 100$ kullanılmıştır.

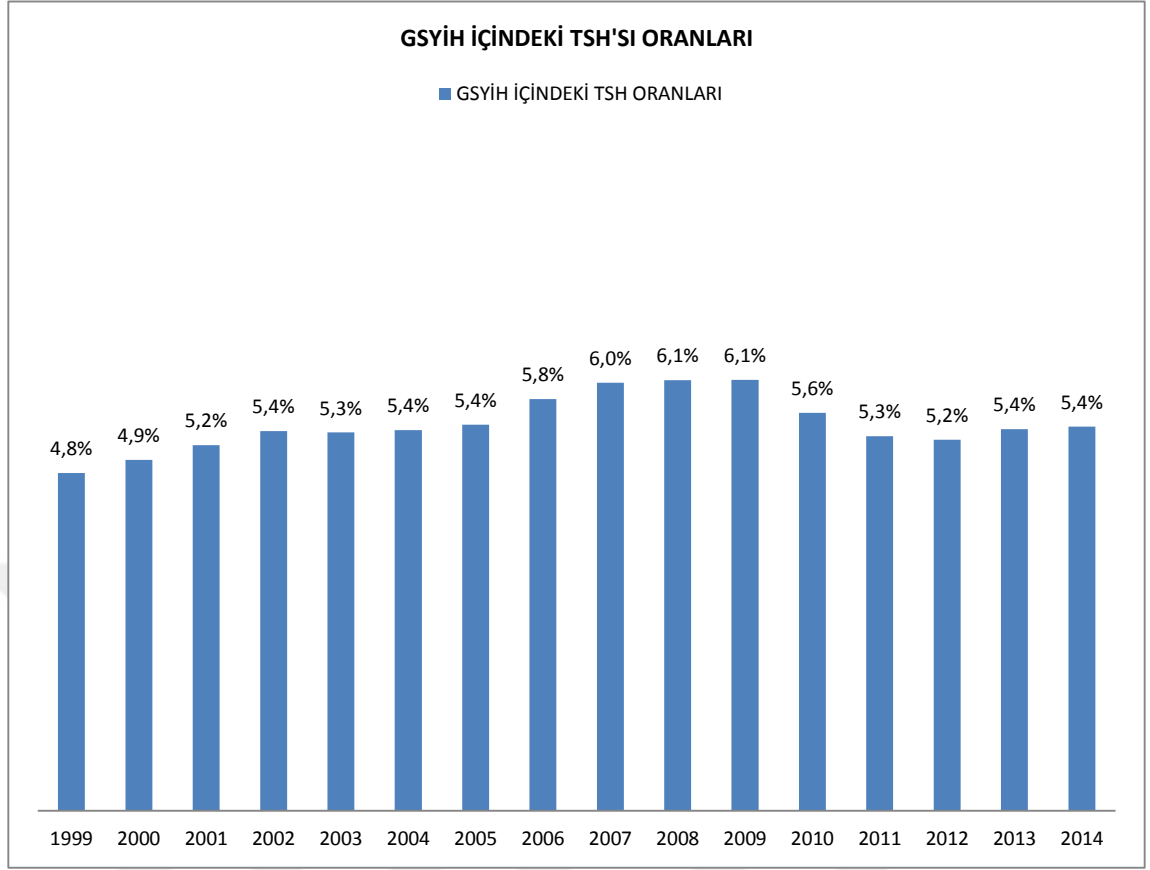
1999 Yılı;

$$GSYİH \text{ İÇİNDEKİ } TSH \text{ ORANI} = \left(\frac{4985}{104596} \right) * 100 \cong 4,8$$

Ve diğer yıllarda bu hesaplama işlemi ile hesaplanmıştır.

1999-2014 yılları arası GSYİH ve 1999-2014 yılları arası toplam sağlık harcaması yüzde oranı grafik olarak sunulmak istendiğinde aşağıdaki gibi oluşmuştur.

Grafik 10: GSYİH İÇİNDEKİ TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI ORANI



Şeklinde. GSYİH içindeki toplam sağlık harcaması paylarına bakıldığında 1999-2009 yıllarına kadar çoğunlukla arttığı görülmektedir. 2010 yılı itibari ile azalmaya başlayan GSYİH içindeki toplam sağlık harcaması payı artmaya başlamıştır.

Formül olarak;

$GSYİH İÇİNDEKİ TKSH ORANI = (X_{TKSH}/X_{GSYİH}) * 100$ kullanılmıştır.

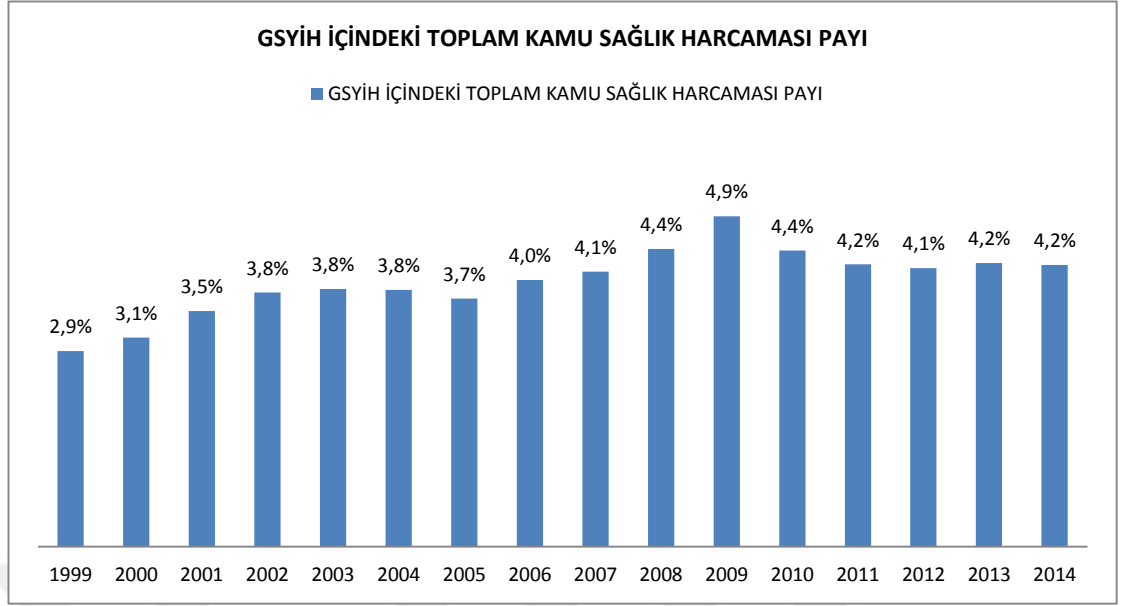
1999 Yılı;

$$GSYİH İÇİNDEKİ TKSH ORANI = \left(\frac{3048}{104569} \right) * 100 \cong 3$$

Olarak elde edilmiştir. Diğer yıllar oranları da elde edilmek için yukarıdaki işlem uygulanmıştır.

1999-2014 yılları arasındaki GSYİH'nin içindeki toplam kamu sağlık harcaması(TKSK) oranları senelik olarak grafik aşağıdaki gibi oluşmuştur.

Grafik 11: GSYİH İÇİNDEKİ TOPLAM KAMU HARCAMASI ORANI



Grafik incelendiğinde, toplam özel sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı 2005 yılı dışında 1999-2009 yıllarına dek artmış olarak gözükmektedir. 2010 yılında gözüken azalış ile beraber son üç yıl eşit devam etmiş sayılabilmektedir.

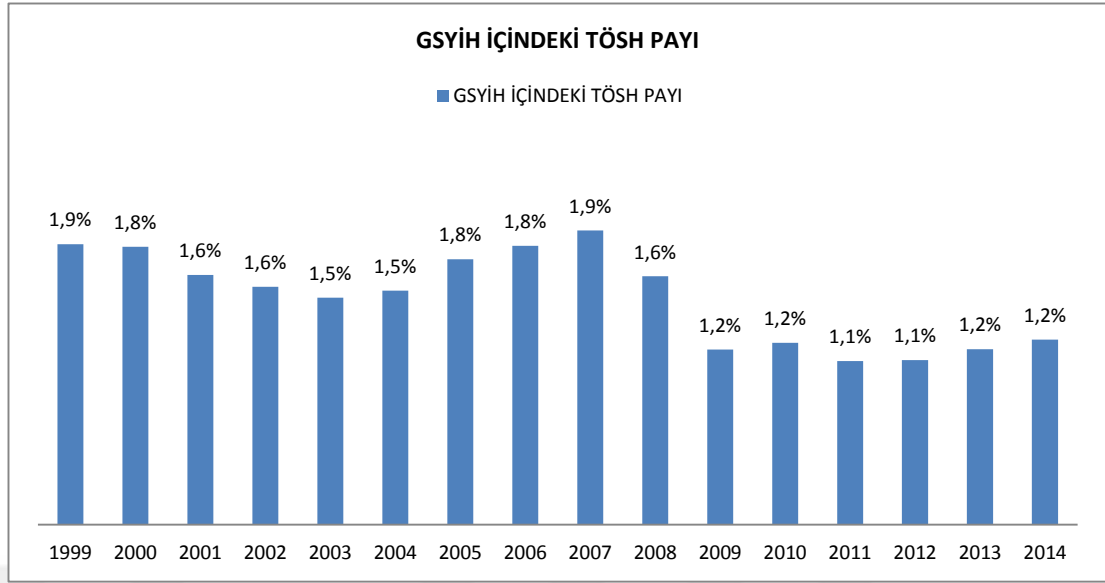
1999 Yılı;

$$GSYİH İÇİNDEKİ TÖSH ORANI = \left(\frac{1937}{10976} \right) * 100 \cong 17$$

Olarak elde edilmiştir. Diğer senelerde aynı hesaplama işlemi ile hesaplanmıştır.

1999-2014 yılları arası GSYİH içindeki toplam özel sağlık harcaması(TÖSH) yüzdeleri grafik olarak,

Grafik 12: GSYİH İÇİNDEKİ TOPLAM ÖZEL HARCAMASI ORANI



Elde edilmiştir. Grafiğe bakıldığında toplam özel sağlık harcaması GSYİH içindeki payı 1999-2004yılları arası düşüş göstermiş fakat 2005 yılı ile artışa geçmiştir. Bu artış uzun sürmeyip 2008 yılında tekrar azalışlara devam etmiştir. 2010-2011 ve 2012-2013 yılları da aynı yüzde ile seyretmiştir.

3.5.11. OECD Ülkeleri Ve Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamalarının Milli Gelir İçindeki Payı Verileri Analizi

1999-2014 yılları arası Türkiye'nin GSYİH' sı içerisindeki toplam sağlık harcaması, toplam kamu sağlık harcaması ve toplam özel sağlık harcaması verilerinin oranları elde edilmiştir. Bu oran sayesinde ülkenin GSYİH içinden toplam sağlık ve bileşenleri için yapılan harcama oranları elde edilmiştir. Ülke bazında elde ettiğimiz bu veriyi dünya bazında da karşılaştırmak için OECD tarafından yayınlanan OECD ülkelerinin milli hasılasının içindeki toplam sağlık harcaması oranları ile karşılaştırılacaktır. Bu sayede Ülke çapında görülen sağlık harcamaları payı dünya ülkeleri ile de karşılaştırılmış olacaktır. Bunun sonucunda elde edeceğimiz veri Türkiye'nin OECD ülkelerine göre sağlık harcamalarına milli gelirinden ayırdığı pay görülecektir.

OECD datasından alınan gayri safi milli hasıla (GSMH) içindeki toplam sağlık harcamaları payı 1999-2014 yılları arası verileri aşağıdaki gibi tablo oluşturulmuştur.

TABLO 22:OECD ÜLKELERİ VE TÜRKİYE’NİN TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARININ MİLLİ GELİR İÇİNDEKİ PAYI VERİLERİ

	OECD ÜLKELERİ	TÜRKİYE	USA	ALMANYA	İSVİÇRE	FRANSA	İTALYA	YUNANİSTAN	KORE	MEKSİKA	POLONYA	İRLANDA	İNGİLTERE	ESTONYA	İSRAİL	KANADA
1999		4,6	12,4	9,8	9,4	9,6	7,3	7,7	3,9	4,9	5,5	5,6	6,3	5,7	6,8	8,4
2000	7,2	4,7	12,5	9,8	9,3	9,5	7,6	7,2	4	4,9	5,3	5,6	6,3	5,2	6,8	8,3
2001	7,5	5	13,2	9,9	9,7	9,7	7,8	8	4,5	5,3	5,7	6,1	6,6	4,8	7,3	8,7
2002	7,7	5,2	14	10,1	10,1	10	7,9	8,3	4,3	5,4	6,1	6,3	6,9	4,7	7,2	9
2003	8	5,2	14,5	10,3	10,4	10	7,9	8,2	4,7	5,9	6	6,6	7,1	4,9	7,2	9,1
2004	8	5,1	14,6	10,1	10,4	10,1	8,2	8	4,7	6	5,9	6,8	7,3	5,1	7,1	9,1
2005	8,1	5,1	14,6	10,3	10,3	10,2	8,4	9	5	5,9	5,8	6,9	7,4	5	7,2	9,1
2006	8	5,4	14,7	10,1	9,8	10,1	8,5	9	5,4	5,7	5,8	7	7,6	5,7	7	9,3
2007	8	5,5	14,9	10	9,6	10	8,2	9,1	5,6	5,8	5,9	7,2	7,6	4,9	7	9,4
2008	8,3	5,5	15,3	10,2	9,8	10,2	8,6	9,8	5,8	5,9	6,4	8,3	7,9	5	7	9,5
2009	9	5,8	16,4	11,1	10,4	10,9	9	9,8	6,3	6,4	6,6	9,2	8,8	6,6	7,1	10,6
2010	8,8	5,3	16,4	11	10,5	10,8	8,9	9,2	6,5	6,2	6,5	8,5	8,6	6,1	7	10,6
2011	8,8	5	16,4	10,7	10,6	10,7	8,8	9,7	6,5	5,9	6,3	8	8,5	5,7	7	10,3
2012	8,9	5	16,4	10,8	11	10,8	8,8	9,1	6,7	6,1	6,3	8,1	8,5	5,8	7,4	10,2
2013	8,9	5,1	16,4	11	11,1	10,9	8,8	9,2	6,9	6,2	6,4		8,5	6	7,5	10,2
2014				11,1	11,1		8,9									10

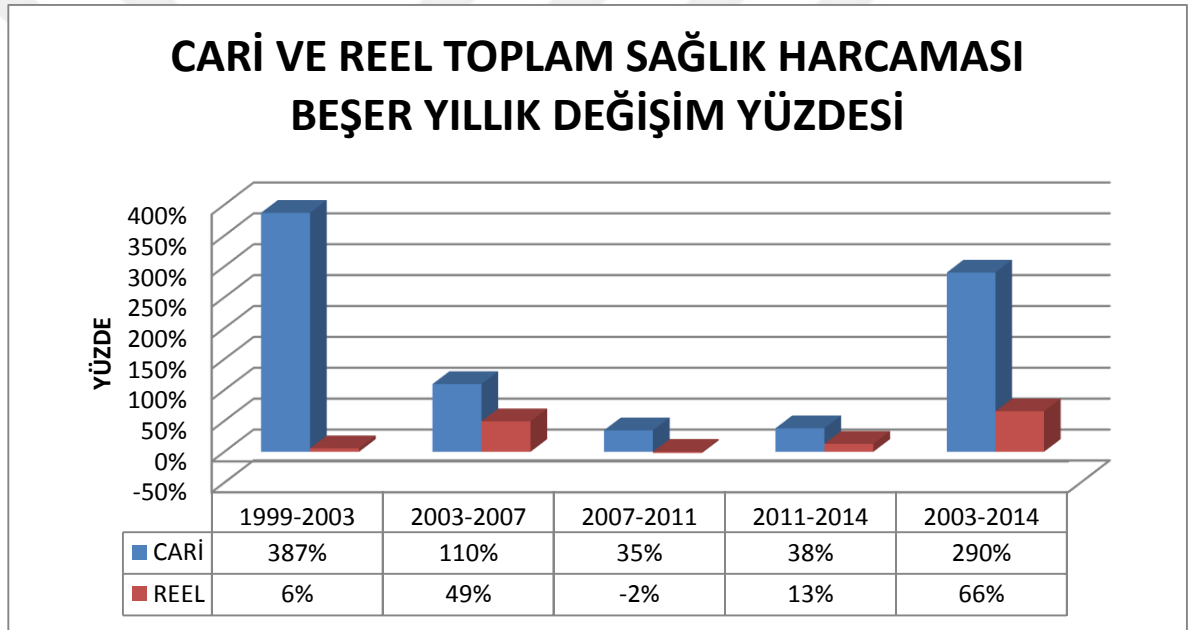
3.6. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Analizler sonucunda elde edilen tüm tablolar bu bölümde sunulacaktır.

3.6.1. 1999-2014 Yılları Arası Toplam Sağlık Harcamaları İle İlgili Bulgular

1999-2014 yıllar arası toplam sağlık harcaması beşer yıllık değişim yüzdelere grafik olarak bakıldığında;

GRAFİK 13: CARİ VE REEL TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI BEŞER YILLIK DEĞİŞİM YÜZDESİ



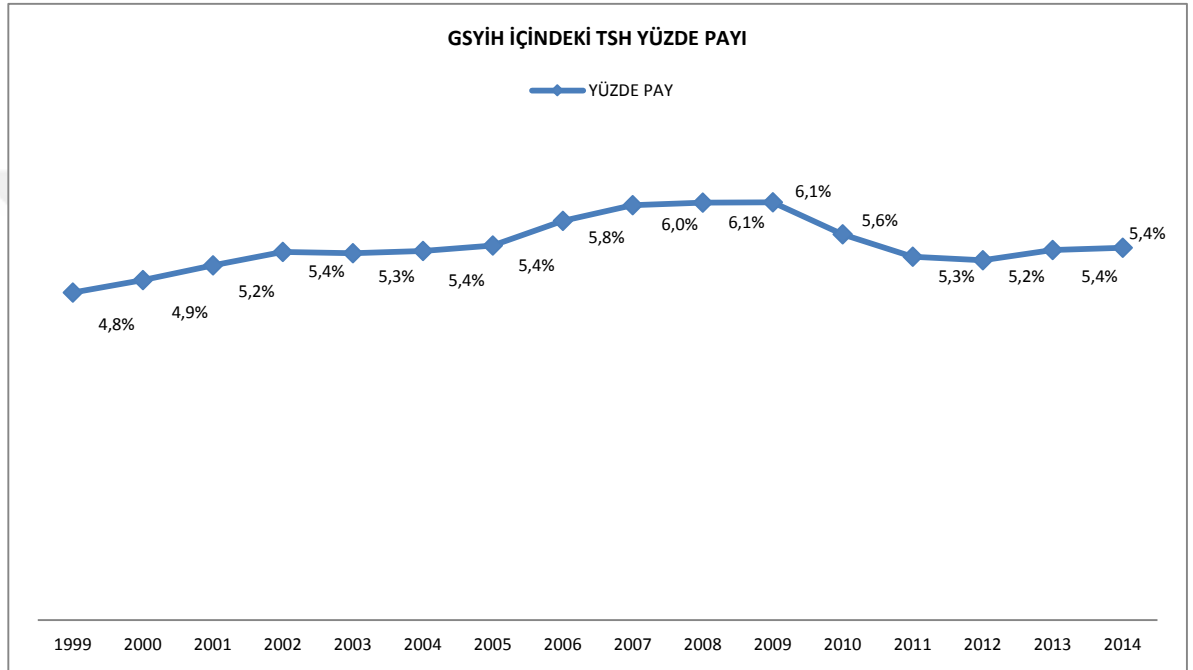
Sağlıkta dönüşüm öncesi cari olarak %387 artış gözükken yıllar da reel veriler ile bu artış % 6 olarak hesaplanmıştır. Sağlıkta dönüşüm öncesi toplam sağlık harcamasında cari olarak daha fazla artış gözükürken reel olarak bu artışın daha az olduğu hesaplanmıştır. sağlıkta dönüşüm sonrası yıllarda cari ve reel olarak hesaplanan değişimde 2007-2011 yılları en fazla farkı göstermiştir.

Cari olarak sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası toplam sağlık harcaması 2011 yılına dek azalmış, 2011-2014 yılları arası 2007-2011 yılları arasına göre %3 lük bir artış göstermiştir. Reel olarak bakıldığında toplam sağlık harcaması sağlıkta dönüşüm ile güzel bir ivme yakalayıp 2003-2007 yılları arasında sağlıkta dönüşüm öncesine göre %43 artış göstermiştir. 2007-2011 yılları arasında %2 lik

bir azalış gözükse de 2011 yılı itibari ile 2011-2014 yılları arasında tekrar %13 ile artış göstermeye başlamıştır.

Sağlıkta dönüşümden önce reel olarak toplam sağlık harcamasına olan %6 lık artış sağlıkta dönüşümden sonra %66 lık bir artış ile 11 katına ulaşmıştır. Bu durum sağlıkta dönüşüm programının etkin ve izlenen politikaların sağlık harcamalarını arttırıcı yönde olduğunu göstermiştir.

GRAFİK 14: GSYİH İÇİNDEKİ TSH YÜZDE PAYI



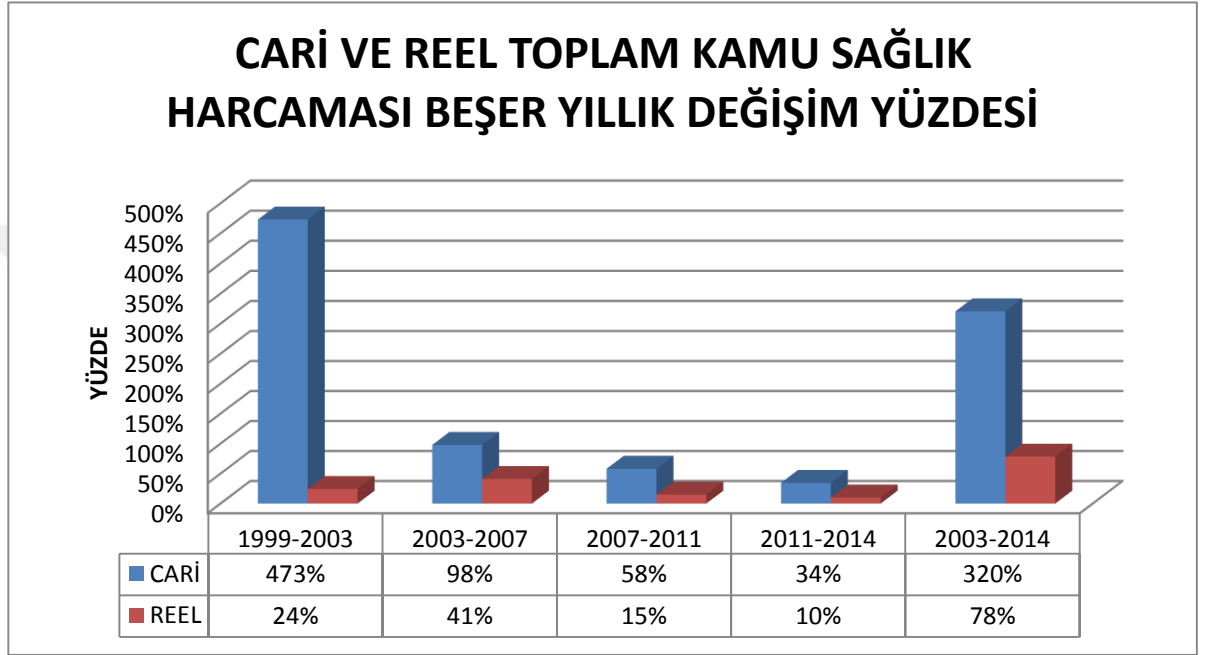
Toplam sağlık harcaması cari ve reel veriler ile incelendikten sonra gayri safi yurt içi hasıla içinden toplam sağlık harcaması için ayrılan paya baktığımızda, 1999 yıllarında 4,8 olan bu oran 2003 yılında 5,4 oranına ulaşmıştır. Bu oran sağlıkta dönüşüm ile pozitif yönlü bir ivme kazanılmıştır, fakat 2009 yılı itibari ile bu ivme düşüşe geçmiş 2013 senesinde 5,4 olmuştur. Türkiye cumhuriyeti devleti sağlıkta dönüşümden sonra bir ivme kazansa da 2014 yılı itibari ile sağlıkta dönüşüm öncesi 2002 yılında 5,3 olan oran 2014 yılı itibari ile 5,4 oranına ancak ulaşmıştır.

Sağlıkta dönüşüm sonrası artan toplam sağlık harcaması, hangi alanda daha çok finansman sağladığını göstermek için kamu ve özel sektör sağlık harcamaları da incelenmiştir.

3.6.2.1999-2014 Yıllar Arası Toplam Kamu Sağlık Harcaması Bulguları

Grafik olarak toplam kamu sağlık harcaması beşer yıllık değişim yüzdelerine cari ve reel bakıldığında aşağıdaki grafik elde edilmiştir.

Grafik 15: CARİ VE REEL TOPLAM KAMU SAĞLIK HARCAMASI BEŞER YILLIK DEĞİŞİM YÜZDESİ



Cari veriler ile bakıldığında toplam kamu sağlık harcamaları artış miktarları azalsa da sürekli bir artış göstermiştir. Reel olarak bakıldığında ise toplam kamu sağlık harcamasında sürekli artış görülmüştür. Cari verilerden farklı olarak reel veriler ile görülen artış daha değişen miktardadır.

Sağlıkta dönüşüm öncesi reel olarak %24 artış var iken, sağlıkta dönüşümden sonra bu artış %41 ile yaklaşık iki katına ulaşmıştır. 2007-2011 ve 2011-2014 yılları arasında da artış görülmüş fakat ilk döneme göre daha düşük miktarda artış olmuştur.

Sağlıkta dönüşüm öncesi kamunun finanse ettiği sağlık harcaması %24 lük bir artış göstermişken sağlıkta dönüşüm sonrası kamunun finanse ettiği sağlık harcaması %78 ile daha çok artış göstermiştir. Sağlıkta dönüşüm programının dan sonra kamunun sağlık hizmetleri finansmanında payı artmıştır denilebilmektedir.

GSYİH içindeki kamu sağlık harcaması verilerinin payı incelenmek istendiğinde aşağıdaki grafik elde edilmiştir.

2003-2007 YILLARI KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜ POLİTİKALARINA BAKILDIĞINDA

- 112 acil servisleri sigortası olmayanlar için ücretsiz hale getirilmesi
- Kanser tarama merkezleri faaliyete geçmesi
- Yeşil kart sahiplerinin ayakta tedavi sağlık hizmetlerinin karşılanması
- 112 acil sağlık hizmetleri ile şehir içi ve şehirlerarası transfer ücretsiz hale gelmesi
- 5502 sayılı kanun ile SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı birleşmesi
- SSK ve Bağ-Kur'lu kişilerin sözleşmeli üniversite hastanelerinden yararlanılması gibi kanunlar reel olarak kamu sağlık harcamasındaki artışı açıklayan ve destekleyen politikalar olmuştur.

2008-2011 YILLARI KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜ POLİTİKALARINA BAKILDIĞINDA

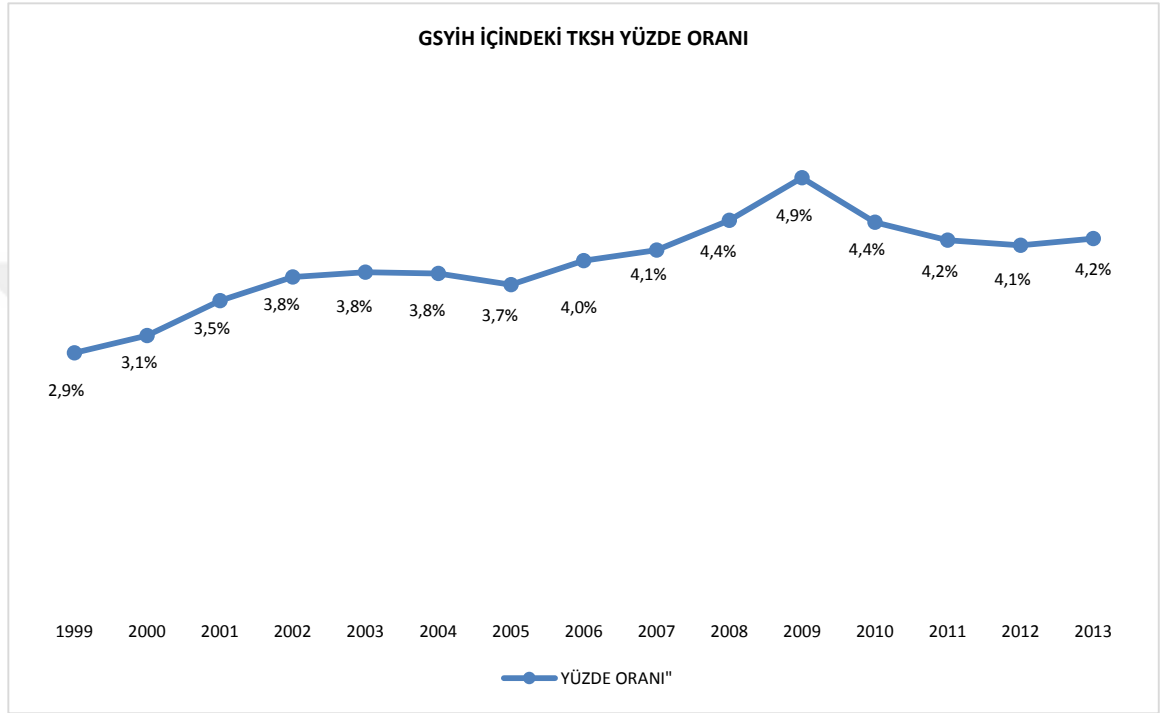
- Acil sağlık hizmeti veren tüm sağlık kurumları acil vakaları kabul etme ve gerekli tüm müdahaleyi yapma zorunluluğu getirilmesi
- BAĞ-KUR, SSK ve Emekli Sandığı birleşerek GSS(genel sağlık sigortası) uygulamaya başlaması
- Yurt içinde tedavi olamayan hastaların yurt dışında tedavi olma imkanının önü açılması
- Hizmet alabilmek için ödenmesi gereken pirim günü 120 günden 30'a düşürülmesi kamu sağlık harcamalarındaki artışı destekleyen politikalar. Bu politikalar 2003-2007 yılları arasında gerçekleşen politikaların gösterdikleri etkiye nazaran daha az kamu sağlık harcamasında artış göstermiştir.

2012-2013 YILLARI KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜ POLİTİKALARINA BAKILDIĞINDA

- Yeşil kart sahibi kişilerin sağlık ödemeleri SGK ya devredilmesi
- Acil müdahalelerde triaj durumuna göre katılım payı alınmaya başlanması sağlıkta dönüşüm sonrası 2011-2014 yılları arasındaki kamu sağlık

harcamalarına artış olarak geri dönmüştür. Fakat artış ilk ilki seneler arası periyottaki kadar kuvvetli olamamıştır.

GRAFİK 16: GSYİH İÇİNDEKİ TKSH YÜZDE PAYI

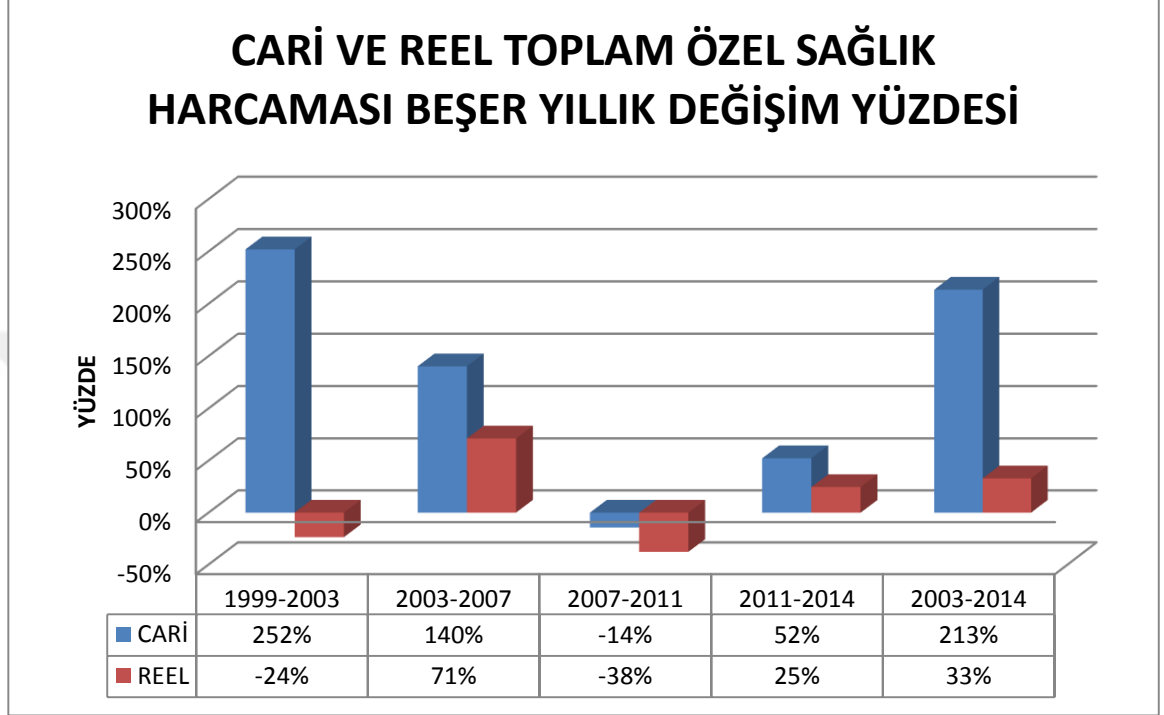


GSYİH içindeki sağlık harcaması payı 1999 yılı itibari ile 2,9 olarak elde edilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı başlangıcına dek bu oran 3,8 e yükselmiştir. Sağlıkta dönüşümden sonra 2009 yılına dek artış gösteren GSYİH içindeki kamu sağlık harcaması oranı 4,9'a ulaşmıştır. 2014 yılı itibari ile bu oran 4,2 olarak elde edilmiştir. sağlıkta dönüşümden sonra kamu sağlık harcamaları 0,4 oranında artış göstermiştir.

3.6.3.1999-2014 Yılları Arası Toplam Özel Sağlık Harcaması Bulguları

Beşer yıllık değişimlerine bakıldığında ise grafik aşağıdaki gibi elde dirmiştir.

Grafik 17: CARİ VE REEL TOPLAM ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI BEŞER YILLIK DEĞİŞİM YÜZDESİ



Sağlıkta dönüşüm öncesi toplam özel sağlık harcaması cari olarak %252 lik bir artış göstermiştir. Sağlıkta dönüşüm sonrasında ise toplam özel sağlık harcaması %140 artış ile devam edip 2007-2011 döneminde %14 azalış göstermiştir. 2011-2014 dönemleri arasında da tekrar artışa başlamıştır. Cari olarak sağlıkta dönüşüm öncesi artış daha fazla iken sağlıkta dönüşüm sonrası artış miktarı daha azalmıştır.

Reel olarak sağlıkta dönüşüm öncesi toplam özel sağlık harcaması %24 azalış ile başlamış sağlıkta dönüşüm sonrası %71 artış ile devam ederken 2007-2011 dönemleri arasında %38lik bir azalış ile devam etmiştir. 2011-2014 yıllarında ise %52 ile artışa tekrar başlamıştır. Reel veriler ile bakıldığında sağlıkta dönüşüm öncesi toplam özel sağlık harcaması azalış gösterirken sağlıkta dönüşüm programı ile artış göstermeye başlamıştır. Bu artış 2007-2011 yılında kendini azalışa bıraksa da 2011-2014 yılları ile tekrar artış başlamıştır.

Cari ve reel olarak bakılan sağlık harcamaları toplam, kamu ve özel bileşenleriyle beraber artış ve azalışları yıllık ve beşer yıllık değişimler ile beraber görünlendiğinde aşığıdaki tablolar elde edilmiştir.

Sağlıkta dönüşüm öncesinde reel olarak özel sektörün finanse ettiği sağlık harcaması payı %24 azalışta iken sağlıkta dönüşüm programı ile bu azalış yerini %33 artışa bırakmıştır. Bu durumda sağlıkta dönüşüm öncesi azalan özel sektör artık sağlık hizmetleri finansmanında artışa geçmiştir.

2003-2007 YILLARI ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜ POLİTİKALARINA BAKILDIĞINDA

- Yeşil kart hastalarından %20'ye kadar ilaç payı alınmaya başlanmıştır.
- SSK ve Bağ-Kur'lu kişilerin sözleşmeli özel sağlık kuruluşlarından yararlanılması başlanması özellikle de bu politikanın özel sağlık kuruluşlarına erişimin kolaylaşması adına özel sağlık harcaması kalemini arttırdığı düşünölmektedir.

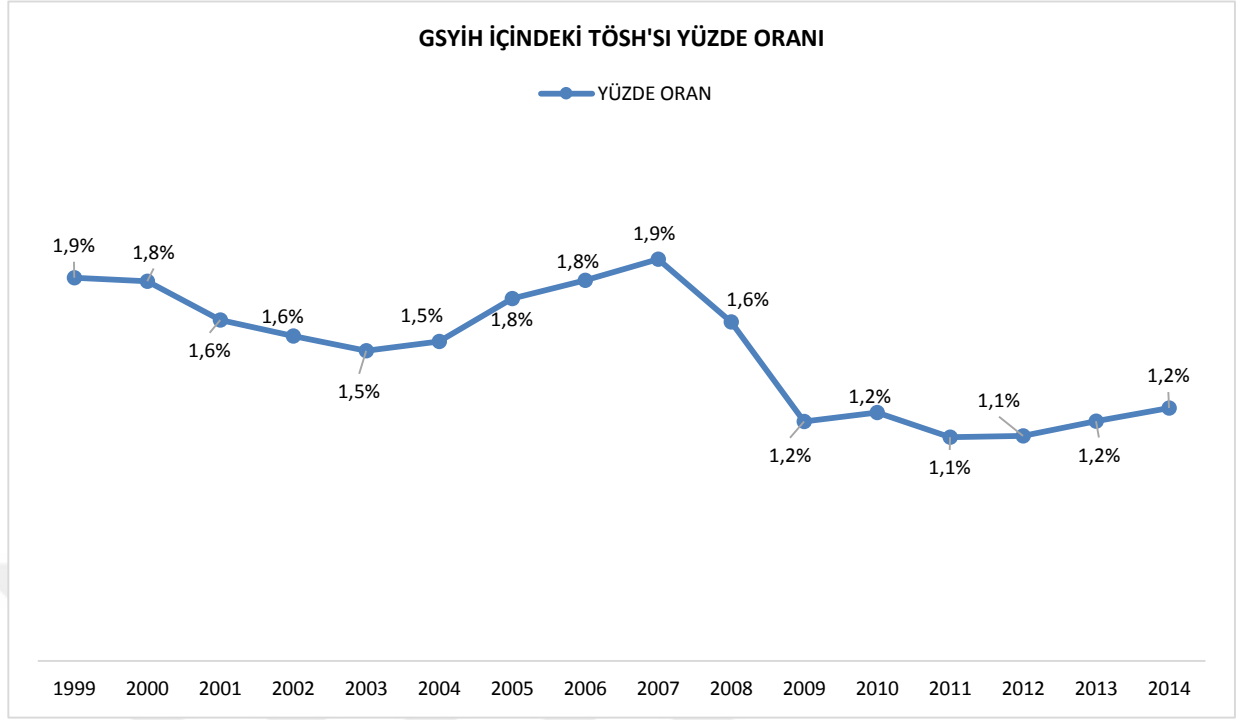
2008-2011 YILLARI ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜ POLİTİKALARINA BAKILDIĞINDA

- Yanık, kanser, kalp cerrahisi işlemleri, organ nakilleri ve diyalizden özel hastanelerin fark alması yasaklanmış olması
- Tam gün yasası Üniversite ve Sağlık Bakanlığı personeli için kabul edilmesi ve özel muayenehanelerin çalışma saatlerinin daralması
- Yeşil kart sahiplerinin diş tedavileri ve özel hastanelerde acil servis ve yoğun bakım hizmeti alınabilmesinin önü açılmış olması durumlarından dolayı özel sağlık harcamaları bu dönemde düşüşünün sebepleri olarak gösterilebilmektedir.

2011-2013 YILLARI ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜ POLİTİKALARINA BAKILDIĞINDA

- Ayaktan tedavilerde katılım payı alınmaya başlamış olması
- Özel hastanelerin, ilave fark ücreti %90 dan %200 e çıkarılması
- Sağlık turizmi ile ilgili yönerge yürürlüğe girmiş olması özel sağlık harcamalarını tekrar canlandırarak artışa sebep olduğu düşünölmüştür.

Grafik 18: GSYİH İÇİNDEKİ TÖŞH YÜZDE PAYI

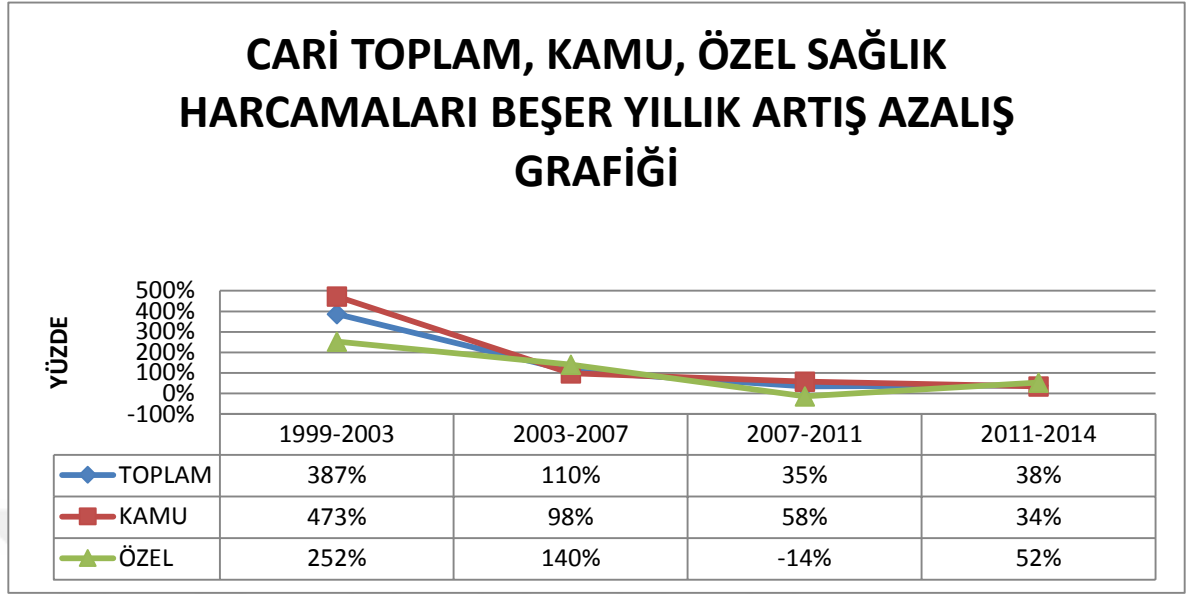


Özel sağlık harcamasına GSYİH içinden ayrılan pay 1999 yılı itibari ile 1,9 olarak elde edilmiştir. 2003 yılında bu oran 1,5'e gerilemiştir. Sağlıkta dönüşüm ile pozitif ivme kazanan özel sağlık harcaması 2007 yılında düşüşe başlamıştır. 2013 yılı itibari ile özel sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı 1,2 olarak elde edilmiştir. Sağlıkta dönüşümden sonra GSYİH içindeki özel sağlık harcamasının payı azalış gösterdiği elde edilmiştir.

Sonuç olarak GSYİH içindeki toplam sağlık harcamaları artışlarına bakıldığında kamu sağlık harcamasının payının arttığı, özel sağlık harcaması payının azaldığı elde edilmiştir.

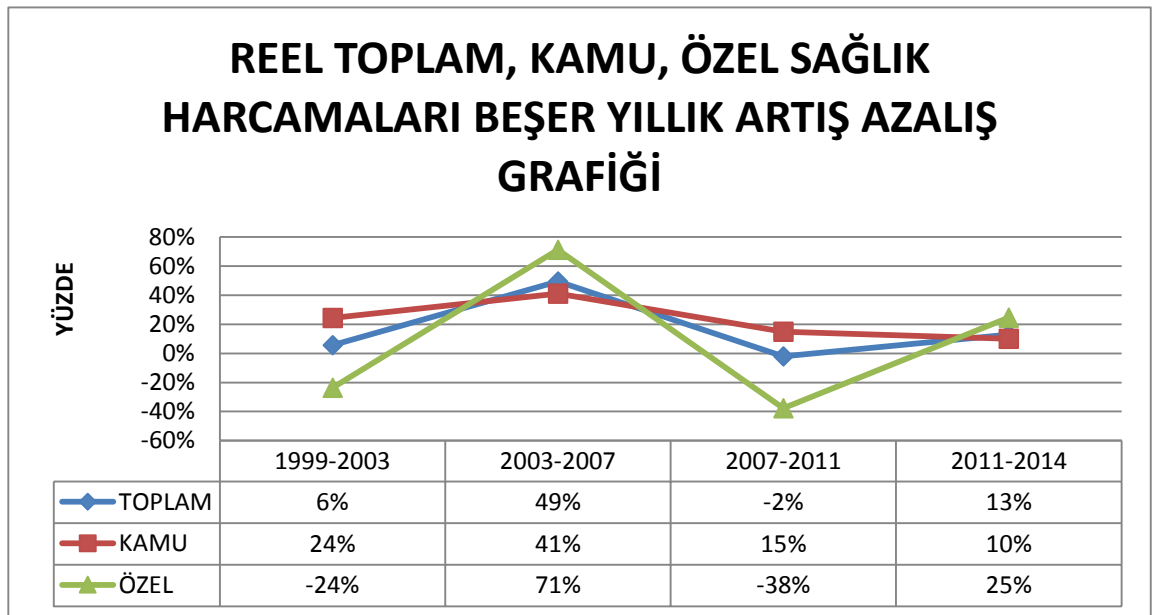
Tüm sağlık harcamaları cari ve reel olarak artış ve azalış grafikleri görüntülenmek istendiğinde, aşağıdaki grafikler oluşmuştur.

Grafik 19: CARİ TOPLAM, KAMU, ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI BEŞER YILLIK ARTIŞ VE AZALIŞ GRAFİĞİ



1999-2014 yılları arası beşer yıllık reel toplam, kamu, özel sağlık harcamalarının artış ve azalış grafiğine bakıldığında;

Grafik 20: REEL TOPLAM, KAMU, ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI BEŞER YILLIK ARTIŞ VE AZALIŞ GRAFİĞİ



Cari olarak toplam sağlık harcaması, toplam kamu sağlık harcaması, toplam özel sağlık harcaması beşer yıllık değişimleri değerlendirildiğinde sağlıkta

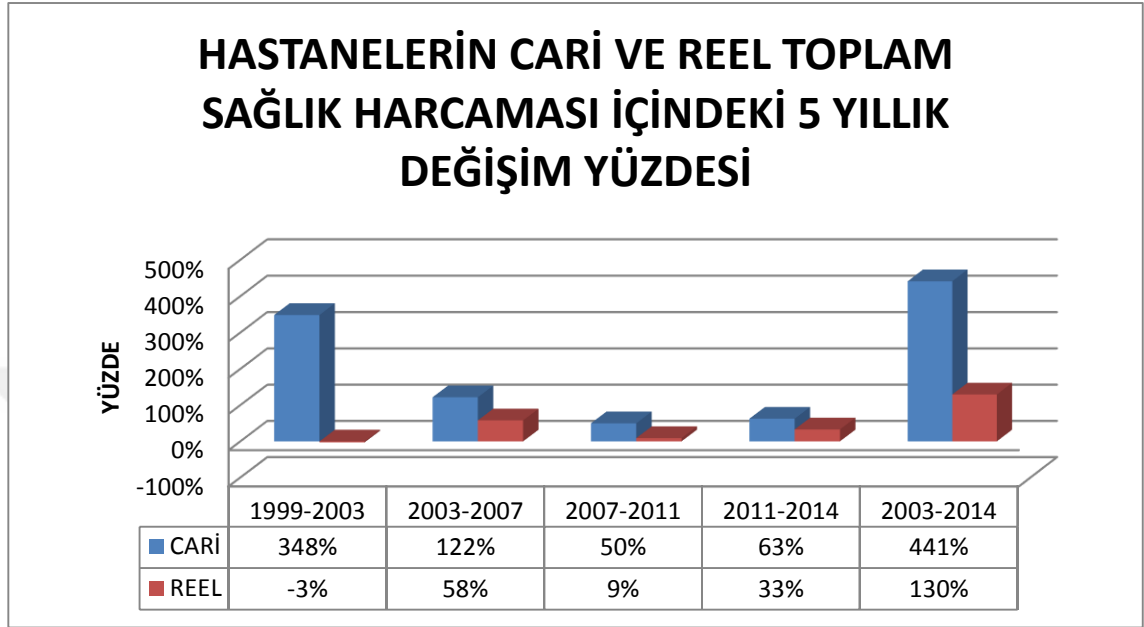
dönüşümden önce ve sonra sürekli azalış göstermiştir. Bir tek özel sağlık harcaması 2011-2014 yılları arasında artış göstermiştir. Bu verilere bakarak sağlıkta dönüşüm programının etkin olmadığını ve politikaların sağlık harcamalarını pozitif yönlü etkileyemediğini söyleyebiliriz. Fakat cari veriler gerçek değerler olmadığından reel veriler ile hesaplanmış ve elde edilmiş tabloya bakıldığında toplam sağlık harcaması, toplam kamu sağlık harcaması, toplam özel sağlık harcamasının sağlıkta dönüşüm programı itibari ile her bir harcama için miktar olarak da iyi bir artış yüzdesi elde etmiştir. 2007-2011 yılları ile bir düşüş yaşanmış fakat 2011 -2014 yılları arasında bu düşüş toparlanmış gözükmektedir. Bu durumda sağlıkta dönüşüm programının toplam sağlık harcaması toplam kamu sağlık harcaması, toplam özel sağlık harcamaları içinde ayrı ayrı etkin olduğunu, sağlıkla ilgili politikalarında sağlık harcamalarına pozitif yönlü yansıdığını söyleyebiliriz.

Sonuç olarak sağlıkta dönüşüm sonrasında toplam, kamu ve özel sağlık harcamaları artış göstermiştir. En çok yüzde artışı kamu sağlık harcaması göstermiştir.

Toplam sağlık harcaması, toplam kamu sağlık harcaması ve toplam özel sağlık harcamasına yansıyan bu pozitif yönlü artışın hizmet sunucularına nasıl etki ettiğini görmek içinde tablolar elde edilmiştir.

3.6.4. 1999-2014 Yılları Arası Hizmet Sunucularından Hastanelerin Sağlık Harcaması Bulguları

Grafik 21: HASTANELERİN CARİ VE REEL TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI BEŞER YILLIK DEĞİŞİM YÜZDESİ



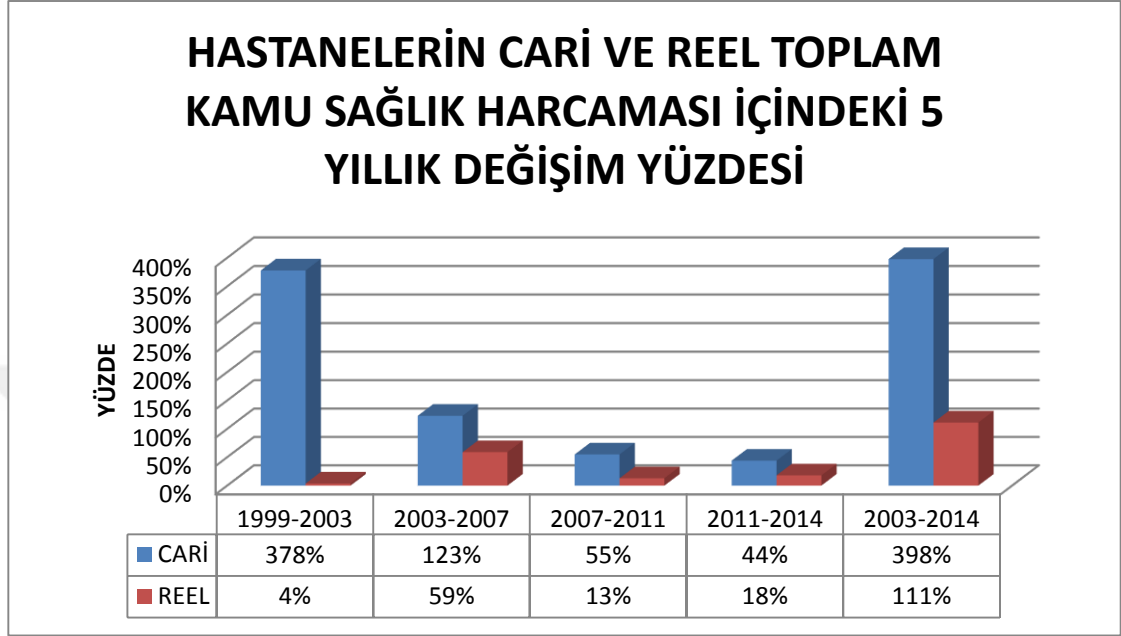
Hizmet sunucusu hastaneler için ayrılan kaynağın toplam sağlık harcaması içindeki beşer yıllık değişim grafiğine bakıldığında sağlıkta dönüşümden önce cari olarak toplam sağlık harcamasında %348 lik bir artış görülmüştür. Sağlıkta dönüşüm programı sonrasında ise bu artış miktarını azaltarak yine artmış ve 2007-2011 yılları ile tekrar düşüş elde etmiştir.

Reel olarak bakıldığında ise sağlıkta dönüşüm programında %3 lük bir azalış elde edilmiş artış miktarı sağlık dönüşüm programı ile başlamıştır. Devamında ise bu artış yerini artış miktarında bir azalışa bırakmıştır. Azalış 2011-2014 yılları ile tekrar artmaya başlamıştır.

Sağlıkta dönüşüm öncesi hastane hizmetleri için ayrılan kaynağın sağlık harcaması içindeki oranlarına baktığımızda %3 lük bir eksilme görülmektedir. Sağlıkta dönüşümden 2014 yılına dek olan artış ise %130 olarak elde edilmiştir.

3.6.5. 1999-2014 Yılları Arası Hizmet Sunucularından Hastanelerin Kamu Sağlık Harcaması Bulguları

Grafik 22: HASTANELERİN CARİ VE REEL TOPLAM KAMU SAĞLIK HARCAMASI BEŞER YILLIK DEĞİŞİM YÜZDESİ



Hizmet sunucusu hastaneler için ayrılan kaynağın kamu sağlık harcamaları içindeki beşer yıllık değişim oranlarına cari ve reel olarak bakıldığında, sağlıkta dönüşümden önce ve sonra farklılıklar göstermektedir. Sağlıkta dönüşüm öncesi hizmet sunucusu hastanelerin toplam kamu sağlık harcaması %378 iken reel olarak bu değişim %4 olarak elde edilmiştir. Cari olarak sağlıkta dönüşümden sonra sağlıkta dönüşümden önceye göre hastaneler toplam kamu sağlık harcaması artışta azalış gösterirken reel olarak tam tersi bulunmuştur. reel olarak sağlık ta dönüşümden sonra önceye göre daha fazla sağlık harcaması sağlanmıştır. Daha öncede elde edildiği gibi 2007-2011 yılları arasında bir artış da cari ve reel olarak azalış görülmekle beraber 2011-2014 yıllarında yerini artış miktarında artışa bırakmıştır.

Toplam olarak bakıldığında sağlıkta dönüşüm öncesinde reel olarak kamunun sağladığı sağlık harcaması payı hastaneler için %4 iken sağlıkta dönüşüm den sonra %111 lik bir artış göstermiştir. Yaklaşık olarak sağlıkta dönüşümden sonra 28 kat artış göstermiştir.

2003-2007 YILLARI ARASI HİZMET SUNUCUSU HASTANELER İLE İLGİLİ POLİTİKALAR

- SSK ve Sağlık Bakanlığı ortak protokol ile sigortalılar hem SSK hem de devlet hastanelerinde tedavi imkanının önü açılması
- SSK sağlık hizmeti veren tesisler Sağlık Bakanlığına devredilmesi
- Sosyal güvencesi olmayan verem hastalarına ve temas eden kişilere, verem tedavi ve korunma hizmetleri ücretsiz olarak verilmeye başlanması
- SGK ile anlaşması olan tüm sağlık kuruluşlarında ayaktan veya yatan hastalar için paket fiyat uygulanmaya başlaması hizmet sunucusu hastaneler için ayrılan kaynağın kamu sağlık harcamaları içindeki payın artmasına sebep olduğu düşünülmüştür.

2008-2011 YILLARI ARASI HİZMET SUNUCUSU HASTANELER İLE İLGİLİ POLİTİKALAR

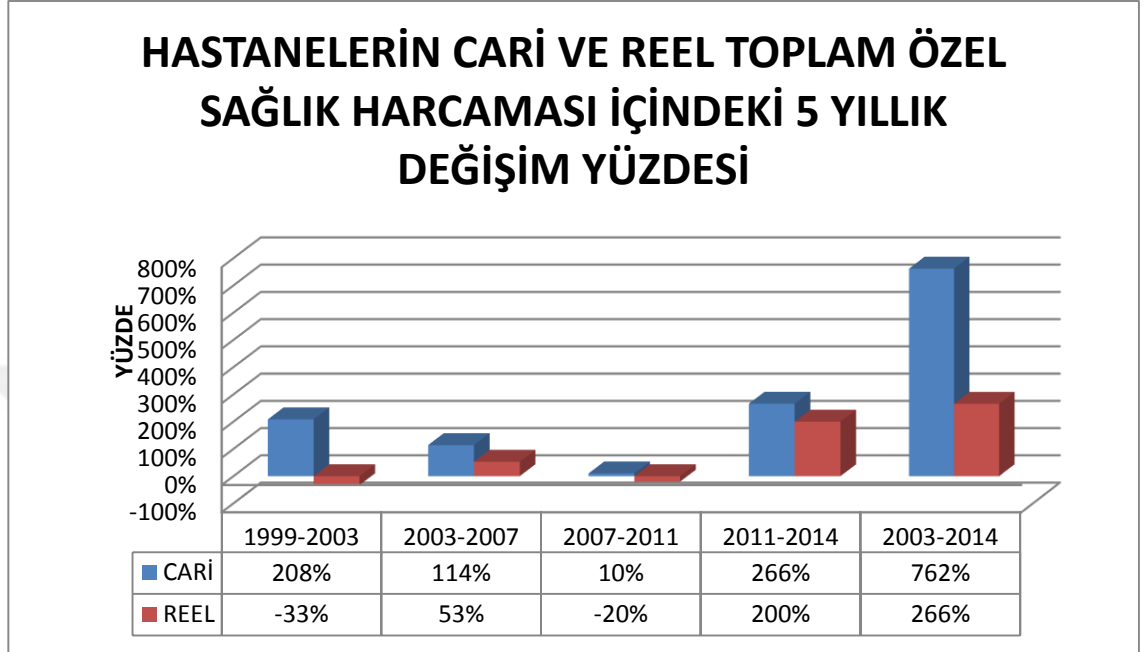
- Acil sağlık hizmeti veren tüm sağlık kurumları acil vakaları kabul etme ve gerekli tüm müdahaleyi yapma zorunluluğu getirilmesi
- Yanık, kanser, kalp cerrahisi işlemleri, organ nakilleri ve diyalizden özel hastanelerin fark alması yasaklanması gibi politikalar hizmet sunucusu hastaneler için ayrılan kaynağın kamu sağlık harcamaları içindeki payın artmasına sebep olmuştur. Fakat bu artış miktarının 2003-2007 yılları arasına göre daha az miktarda bir artış görülmektedir.

2012-2014 YILLARI ARASI HİZMET SUNUCUSU HASTANELER İLE İLGİLİ POLİTİKALAR

- Özel hastanelerin, ilave fark ücreti %70 den %90 a çıkarılması
- Takip eden yılda bu farkın %200 e kadar çıkarılması kamu hastanelerine olan ilgiyi arttırmış olabilmesi sebebiyle bu dönemler arasında da hizmet sunucusu hastaneler için ayrılan kaynağın kamu sağlık harcamaları içindeki payın artmış olabileceği düşünülmektedir. Bu konuda kamu hastaneleri ve özel hastanelerin talepleri incelenmelidir.

3.6.6. 1999-2014 Yılları Arası Hizmet Sunucularından Hastanelerin Özel Sağlık Harcaması Bulguları

Grafik 23: HASTANELERİN CARİ VE REEL TOPLAM ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI BEŞER YILLIK DEĞİŞİM YÜZDESİ



Beşer yıllık hizmet sunucusu hastaneler için ayrılan özel sektör kaynağının değişim grafiğine bakıldığında en belirgin fark sağlıkta dönüşüm öncesi göstermektedir. 1999-2003 yılları arasında cari olarak %208 artış gözükürken, reel olarak %33 azalış gözükmektedir. Sağlıkta dönüşüm sonrasında her hem cari hem de reel olarak ta artış gözükse de reel olarak artış miktarının arttığı cari olarak ise artış miktarının azaldığı görülmüştür. 2007-20011 döneminde ise reel olarak azalış görülmüştür fakat bu azalış 2011-2014 yılları arasında yerini % 200 lük bir artışa bırakmıştır.

Elde edilen grafik ile sağlıkta dönüşüm programının hizmet sunucularından hastanelerin toplam özel sağlık harcaması için etkin olduğunu söyleyebilir, 2011-2014 yılları itibari ile hastanelerin toplam özel sağlık harcamalarının arttığını söyleyebiliriz.

Sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası karşılaştırmalar yapıldığında sağlıkta dönüşümden önce %33 azalan hizmet sunucusu hastaneler için ayrılan kaynağın özel sektör içindeki payı sağlıkta dönüşümden sonra %266 lık bir artış göstermiştir.

2003-2007 YILLARI ARASI HİZMET SUNUCUSU HASTANELER İLE İLGİLİ POLİTİKALAR

- SSK ve Bağ-Kur'lu kişilerin sözleşmeli üniversite hastanelerinden ve sözleşmeli özel sağlık kuruluşlarından yararlanılması başlanmış olması sağlıkta dönüşümün ilk yıllarında hizmet sunucusu hastaneler için ayrılan kaynağın özel sektör sağlık harcamaları içindeki payın artması sebebiyle olduğu söylenebilir.

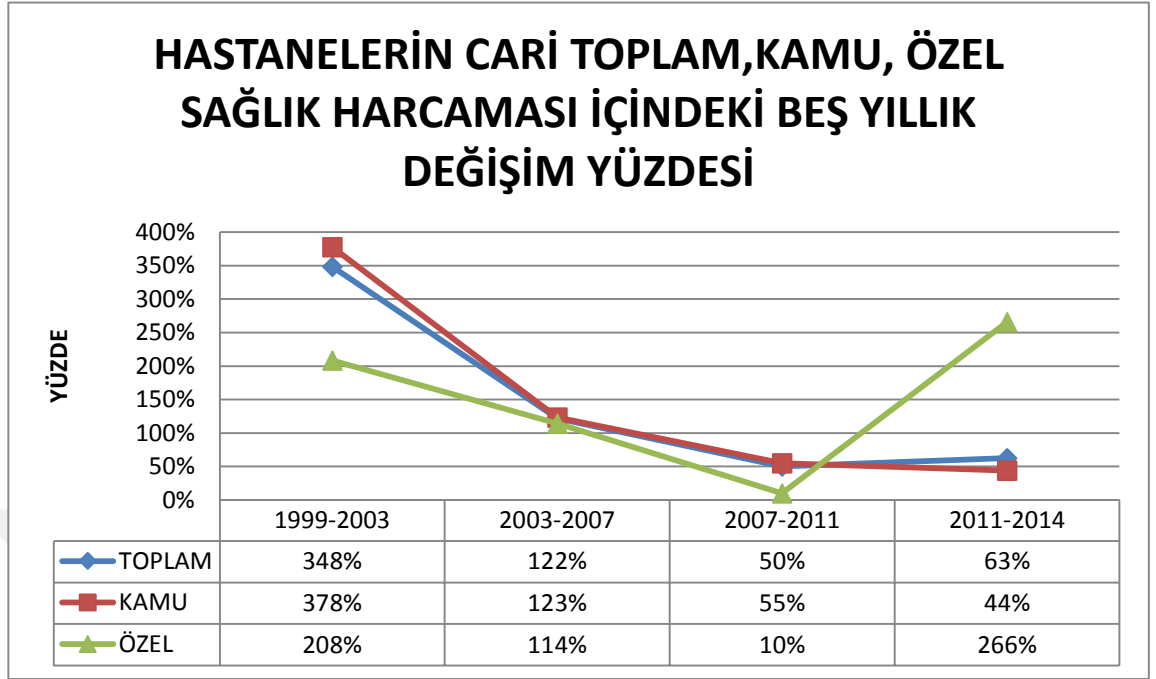
2008-2011 YILLARI ARASI HİZMET SUNUCUSU HASTANELER İLE İLGİLİ POLİTİKALAR

- Sağlık bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve SGK arasında anlaşma ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde faturalanma kaldırılması
- Ayaktan tedavilerde katılım payı alınmaya başlamış olması hizmet sunucusu hastaneler için ayrılan kaynağın özel sektör sağlık harcamaları içindeki payın azalmasına sebep olduğu söylenebilir.

2012-2014 YILLARI ARASI HİZMET SUNUCUSU HASTANELER İLE İLGİLİ POLİTİKALAR

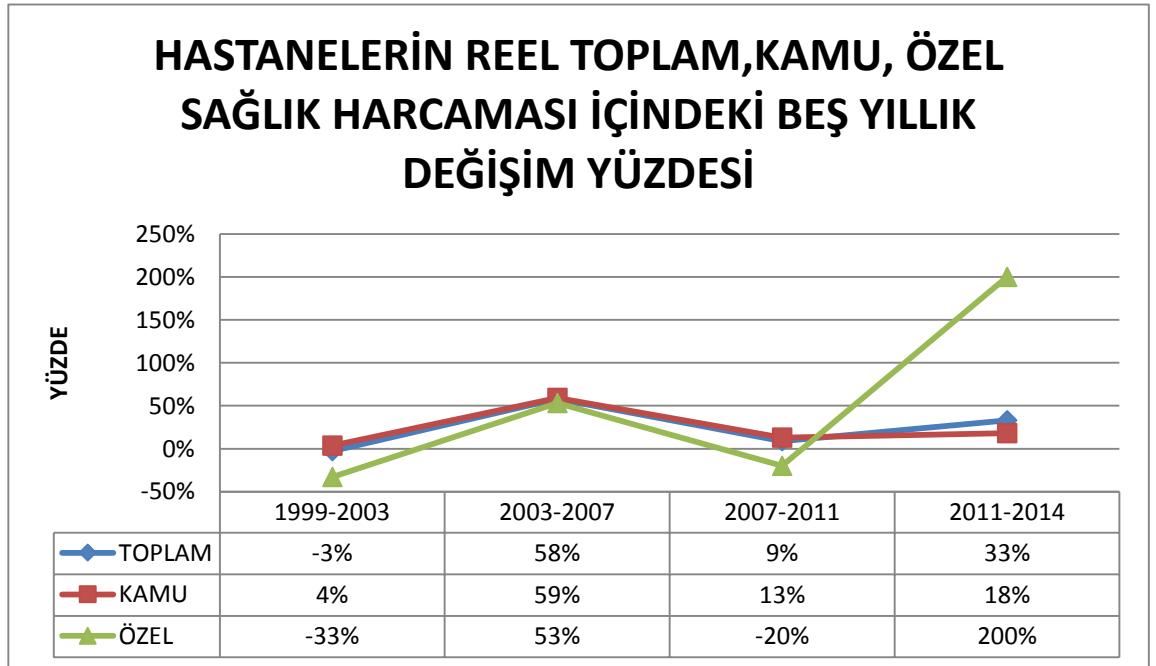
- Özel hastanelerin, ilave fark ücreti %70 den %90 a çıkarılması
- Takip eden yılda bu farkın %200 e kadar çıkarılması kamu hastanelerine olan ilgiyi arttırmış olabilmesi sebebiyle bu dönemler arasında da hizmet sunucusu hastaneler için ayrılan kaynağın özel sağlık harcamaları içindeki payın artmış olabileceği veya fiyat pahalılığından özel hastanelere olan ilginin azalabileceği buna rağmen %200 fark alınması sebebiyle özel sektör harcamasının arttığı düşünülmektedir. Bu konuda kamu hastaneleri ve özel hastanelerin talepleri incelenmelidir.

Grafik 24: HASTANELERİN CARİ TOPLAM, KAMU, ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI BEŞER YILLIK ARTIŞ VE AZALIŞ GRAFİĞİ



Reel veriler ile hizmet sunucusu hastanelerin hizmetleri için ayrılan payın toplam, kamu ve özel sağlık harcamaları içindeki oranı reel veriler ile incelendiğinde, tablo aşağıdaki gibi oluşmuştur.

Grafik 25: HASTANELERİN REEL TOPLAM, KAMU, ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI BEŞER YILLIK ARTIŞ VE AZALIŞ GRAFİĞİ



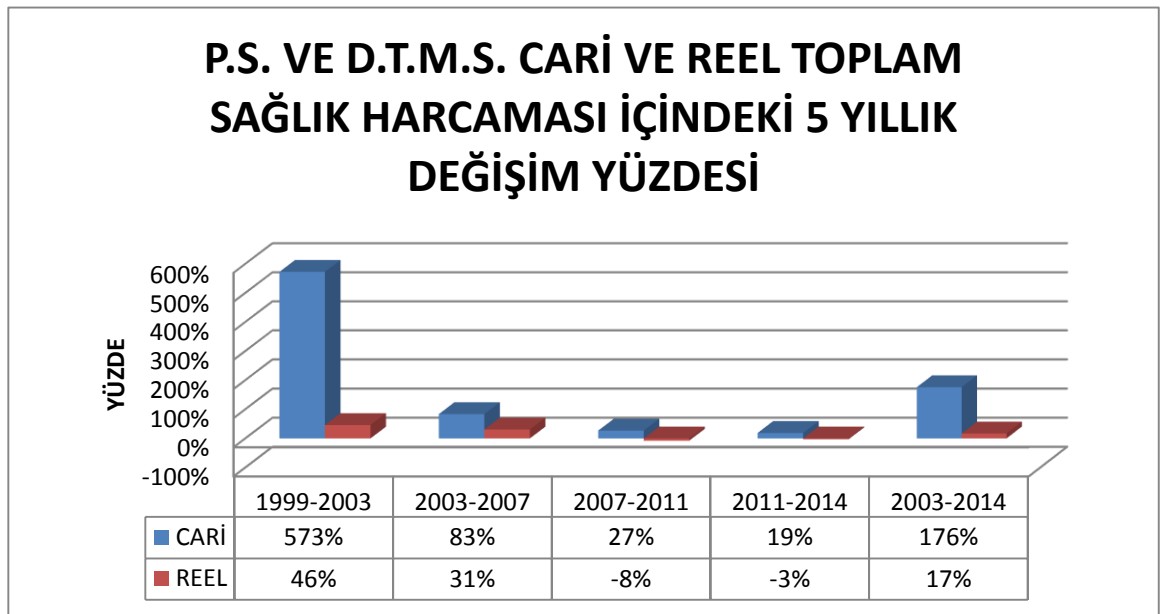
Cari veriler ile bakıldığında miktarları değişmekle birlikte sürekli bir artış her üç faktör içinde görülmüştür. Hatta sağlıkta dönüşüm sonrasında cari veriler ile bakıldığında artış miktarlarının sürekli azaldığı görülmektedir. Sadece hizmet sunucusu hastaneler için ayrılan özel sağlık harcaması payı 2011-2014 yıllarında artış göstermiştir.

Reel veriler ile bakıldığında ise sağlıkta dönüşüm öncesinde artış sadece hastaneler için ayrılan kamu sağlık harcamasında görülmektedir sağlıkta dönüşümden her üç faktörde de faktör görülmektedir. Bu artış miktarları değişmekle birlikte 2014 yılına dek devam etmiştir. Sadece hastaneler için ayrılan özel sağlık harcaması fonunun 2007-2011 yılları arasında %20 lik bir azalış görülmüştür.

3.6.7.1999-2014 Yılları Arası Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları Toplam Sağlık Harcamaları Bulguları

Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın beşer yıllık değişim yüzdelerinden ilk olarak sağlık harcamaları içindeki oranları incelenmiştir.

Grafik 26: P.S VE D.T.M.S CARİ VE REEL TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI BEŞER YILLIK DEĞİŞİM YÜZDESİ



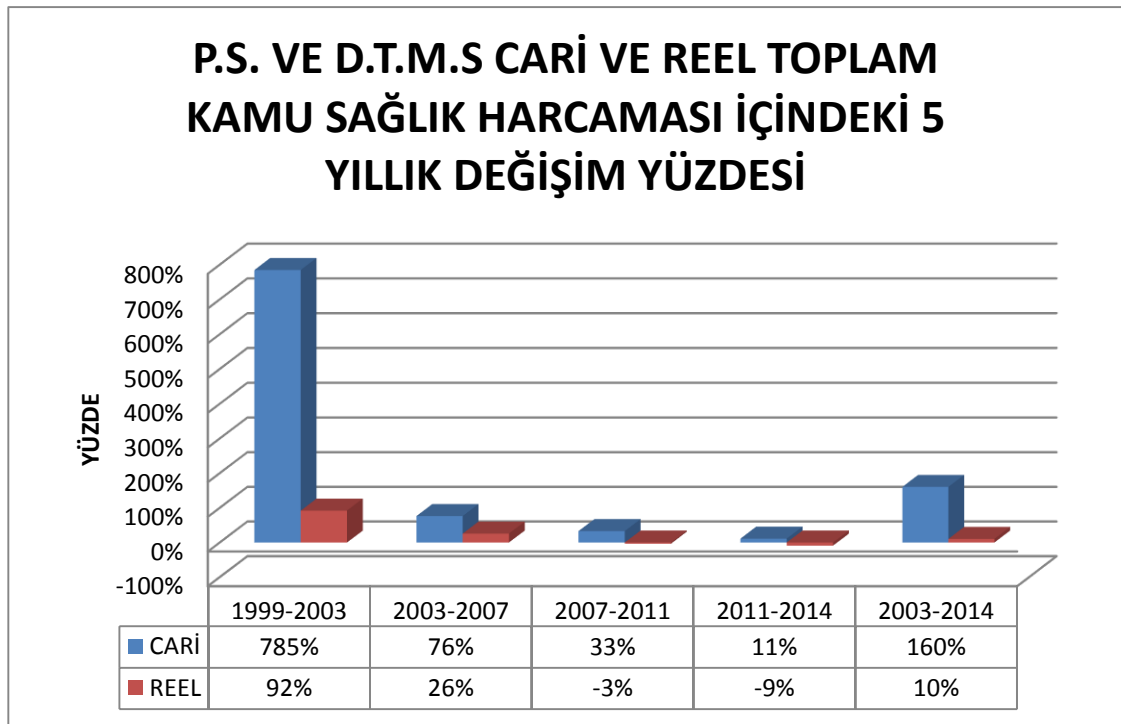
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları yüzde değişimlerine bakıldığında sağlıkta dönüşümden önce cari olarak %573 artış gösteren toplam aylık harcaması payı sağlıkta dönüşüm ile yerini miktarı azalan bir artışa bırakmıştır.

Reel olarak bakıldığında perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları yüzde değişimleri olarak sağlıkta dönüşümden önce %46 artış gösteren toplam sağlık harcamaları payı sağlıkta dönüşümden sonra ile beş senede miktarı azalan bir artış 2007 yılı itibari ile diğer yıllarda azalış göstermiştir.

Toplam olarak bakıldığında ise perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları yüzde değişimleri sağlıkta dönüşüm öncesinde reel olarak %46 artmıştır. Sağlıkta dönüşüm sonrasında ise artış miktarı azalmış fakat yine bir artış göstermiştir. Bu artış %17 olarak elde edilmiştir.

3.6.8.1999-2014 Yılları Arası Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları Kamu Sağlık Harcamaları Bulguları

Grafik 27: P.S VE D.T.M.S CARİ VE REEL TOPLAM KAMU SAĞLIK HARCAMASI BEŞER YILLIK DEĞİŞİM YÜZDESİ



Cari olarak sağlıkta d6nüşüm öncesinde %785 artış gözükten perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları sağlıkta d6nüşüm programı ile artışına devam ettiği elde edilmiştir. Artış yüzdelerin sağlıkta d6nüşümden sonra azaldığı izlenmektedir.

Reel olarak bakıldığında ise perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın kamu sağlık harcamaları içindeki pay sağlıkta d6nüşüm öncesi %92 artış göstermiş iken sağlıkta d6nüşüm sonrasında artış miktarı azalmış hatta 2007-2011ve 2011-2014 yılları arasında azalışlar artarak devam etmiştir.

Toplam da bakıldığında ise sağlıkta d6nüşümden sonra reel olarak perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın kamu sağlık harcamaları içindeki payı %10 artış göstermiştir. Sağlıkta d6nüşümden önceye göre artış miktarının azaldığı görölmektedir.

2003-2007 YILLARI ARASI HİZMET SUNUCUSU PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNUCULARI İLE İLGİLİ POLİTİKALAR

- İlaçta KDV oranı azaltılarak %18 den %8 e indirilmesi
- Fransa, İspanya, İtalya, Portekiz ve Yunanistan gibi Avrupa Birliği ülkeleri ile referans fiyatlama sistemine geçilerek ilaçlarda %1 ile %80 arasında indirimler yapılması
- Yeşil kart sahiplerinin sağlık ilaç bedelleri devlet tarafından ödenmeye başlanması
- SGK ile sözleşmesi olan hastanelerin yatan hastalar için gerekli tüm ilaç ve tıbbi malzemeyi sağlaması zorunluluğu getirilmesi
- SSK eczaneleri kapatılması perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın kamu sağlık harcaması içindeki payının oranı sağlıkta d6nüşüm sonrasına göre miktarı azalmakla beraber artış göstermesine sebep olmuştur denilebilmektedir.

2008-2011 YILLARI ARASI HİZMET SUNUCUSU PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNUCULARI İLE İLGİLİ POLİTİKALAR

- İlaçta karekod sistemine geçilmiştir,
- Eş değer ilaç ödemesi oranı %22'den %15'e düşürülmesi,

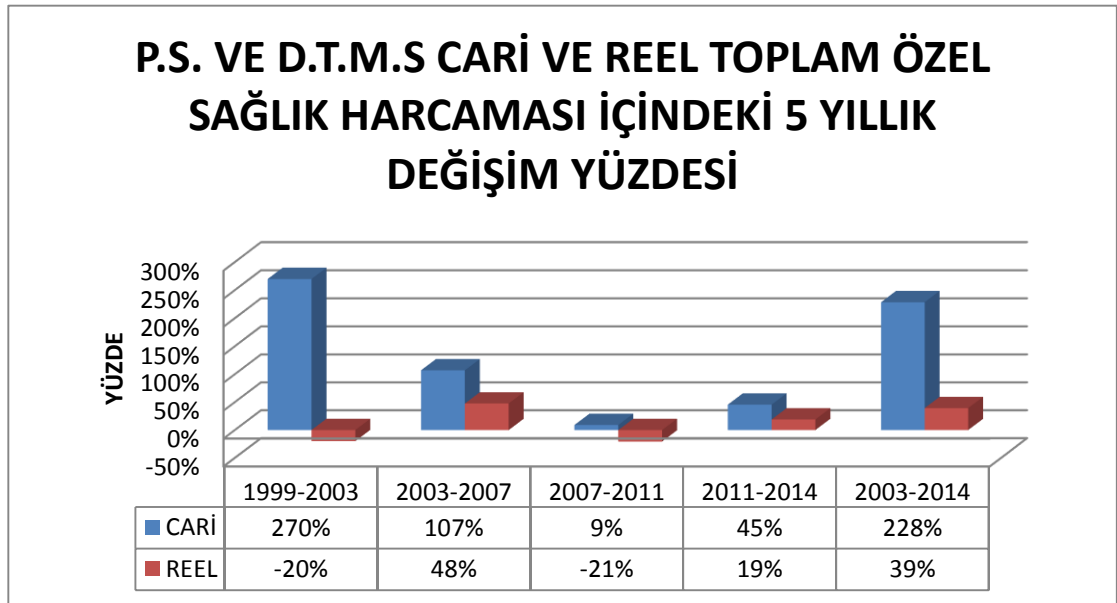
- Mobil eczane uygulaması
- İlaç sektöründe global bütçe uygulaması gibi gelişmeleri perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın kamu sağlık harcaması içindeki payının oranı ilgili senelerde azalış göstermiştir.

2012-2014 YILLARI ARASI HİZMET SUNUCUSU PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNUCULARI İLE İLGİLİ POLİTİKALAR

- Reçete bilgi sisteminin kurulmuş olması,
- Akılcı ilaç kullanım ulusal eylem planı
- İthal malzemeler ile üretilen ilaçların KDV oranının %18'den %8'e düşürülmesi perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın kamu sağlık harcaması içindeki payının oranı ilgili senelerde azalış göstermesine sebep olduğu söylenebilir.

3.6.9.1999-2014 Yılları Arası Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları Özel Sağlık Harcamaları Bulguları

Grafik 28: P.S VE D.T.M.S CARİ VE REEL TOPLAM ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI BEŞER YILLIK DEĞİŞİM YÜZDESİ



Cari olarak bakıldığında sağlıkta dönüşüm öncesinde perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın özel sağlık harcamaları içindeki

payı %270 iken sağlıkta dönüşümden sonrada artışlar devam etmiş fakat miktarları dalgalı bir seyir izlemiştir.

Reel olarak bakıldığında ise sağlıkta dönüşüm öncesinde perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın özel sağlık harcamaları içindeki payı %20 azalış gösterirken sağlıkta dönüşüm ile %48 artışa ulaşmış ve devam eden senelerde azalış göstermiştir. Bu azalış 2011-2014 yıllarında tekrar artış olarak devam etmiştir.

Toplam olarak bakıldığında reel olarak perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın özel sağlık harcamaları içindeki payı sağlıkta dönüşümden önce %20 azalmış iken sağlıkta dönüşümden sonra %39 artış gösterdiği elde edilmiştir.

2003-2007 YILLARI ARASI HİZMET SUNUCUSU PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNUCULARI İLE İLGİLİ POLİTİKALAR

- İlaçta KDV oranı azaltılarak %18 den %8 e indirilmesi
- Fransa, İspanya, İtalya, Portekiz ve Yunanistan gibi Avrupa Birliği ülkeleri ile referans fiyatlama sistemine geçilerek ilaçlarda %1 ile %80 arasında indirimler yapılması
- SSK eczaneleri kapatılması ve SSK hıların özel eczanelerden ilaç alınımlarının önünün açılması perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın özel sağlık harcaması içindeki payının oranı sağlıkta dönüşüm öncesine göre artış ile kendini göstermesine sebep olmuştur denilebilmektedir.

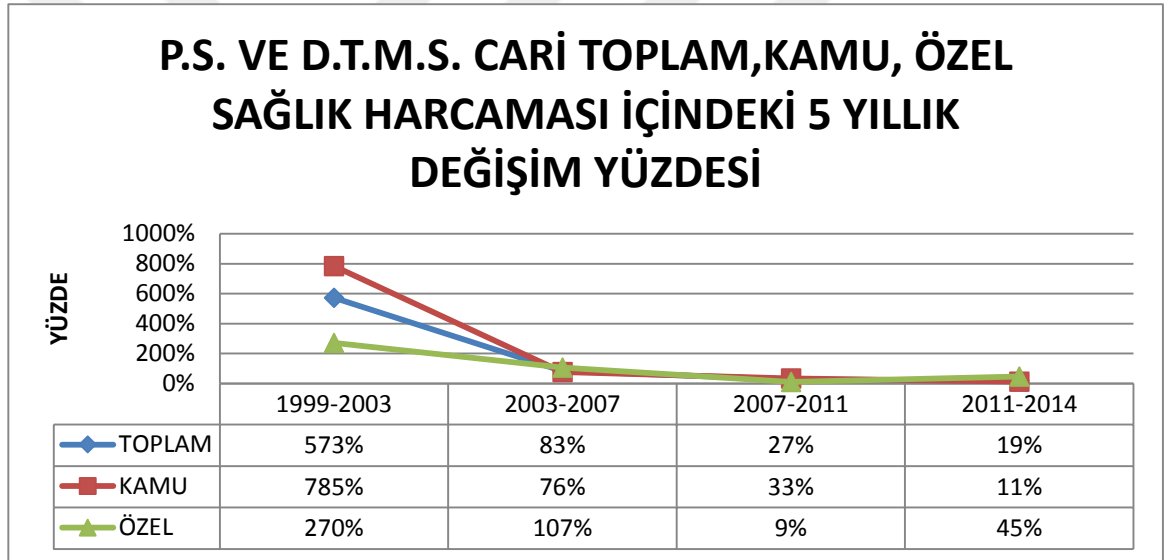
2008-2011 YILLARI ARASI HİZMET SUNUCUSU PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNUCULARI İLE İLGİLİ POLİTİKALAR

- Eş değer ilaç ödemesi oranı %22'den %15'e düşürülmesi,
- Mobil eczane uygulaması
- İlaç sektöründe global bütçe uygulaması gibi gelişmeleri perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın özel sağlık harcaması içindeki payının oranı ilgili senelerde azalış göstermiştir.

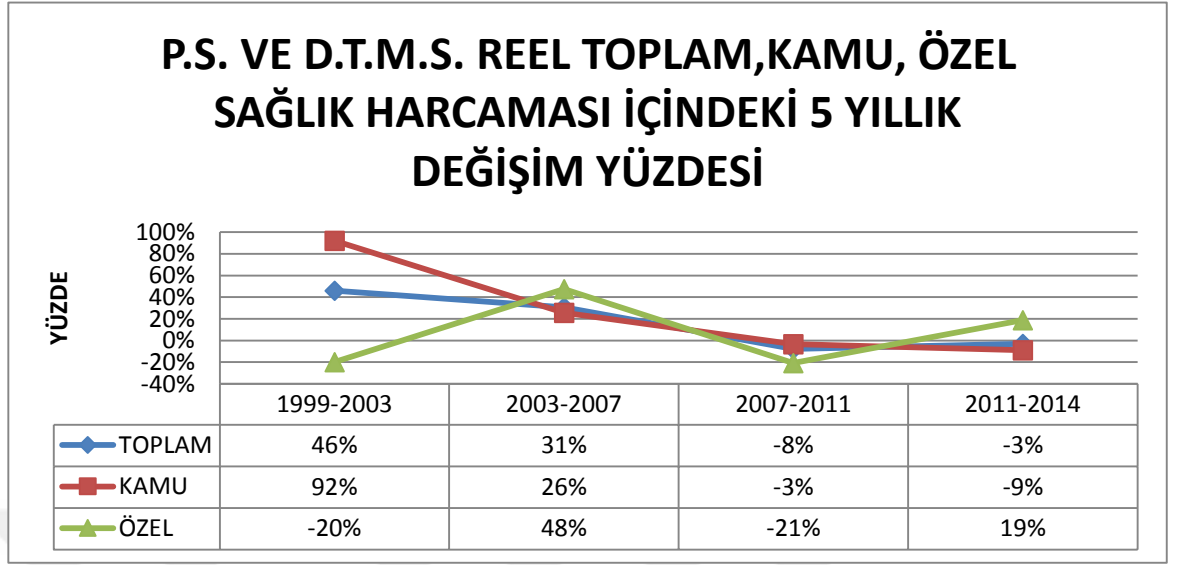
2012-2014 YILLARI ARASI HİZMET SUNUCUSU PERAKENDE SATIŞ VE DİĞER TIBBİ MALZEME SUNUCULARI İLE İLGİLİ POLİTİKALAR

- Reçete bilgi sisteminin kurulmuş olması,
- Aile hekiminin reçetelerinden 3 tl katkı payı alınması perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın özel sağlık harcaması içindeki payının oranı ilgili senelerde artış göstermesine sebep olduğu söylenebilir. Fakat su seneler arasındaki oluşan artışın sadece bu politikalardan olmadığı düşünülmüş, ilgili senelerin daha yakından incelenmesi önerilmiştir.

Grafik 29: P.S VE D.T.M.S CARİ TOPLAM, KAMU, ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI BEŞER YILLIK ARTIŞ VE AZALIŞ GRAFİĞİ



Grafik 30: P.S VE D.T.M.S REEL TOPLAM, KAMU, ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI BEŞER YILLIK ARTIŞ VE AZALIŞ GRAFİĞİ



Toplam olarak bakıldığında perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın toplam, kamu, sağlık harcamaları içindeki payı cari olarak artış miktarlarının azaldığı bir artış göstermiştir.

Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın özel sağlık harcamaları içindeki pay olarak bakıldığında ise 2011-2014 yıllarında artış miktarının arttığı görülmektedir.

Reel olarak incelendiğinde ise perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kaynağın toplam, kamu, sağlık harcamaları içindeki pay önce artış miktarında azalma ile başlayıp harcamada azalma ile devam etmiştir. Özel sağlık harcaması içindeki pay da ise dalgalı olmakla beraber artış ve azalışlar görülmüştür.

3.6.10. OECD Ülkeleri GSMH İçindeki Sağlık Harcamaları Payı Bulguları

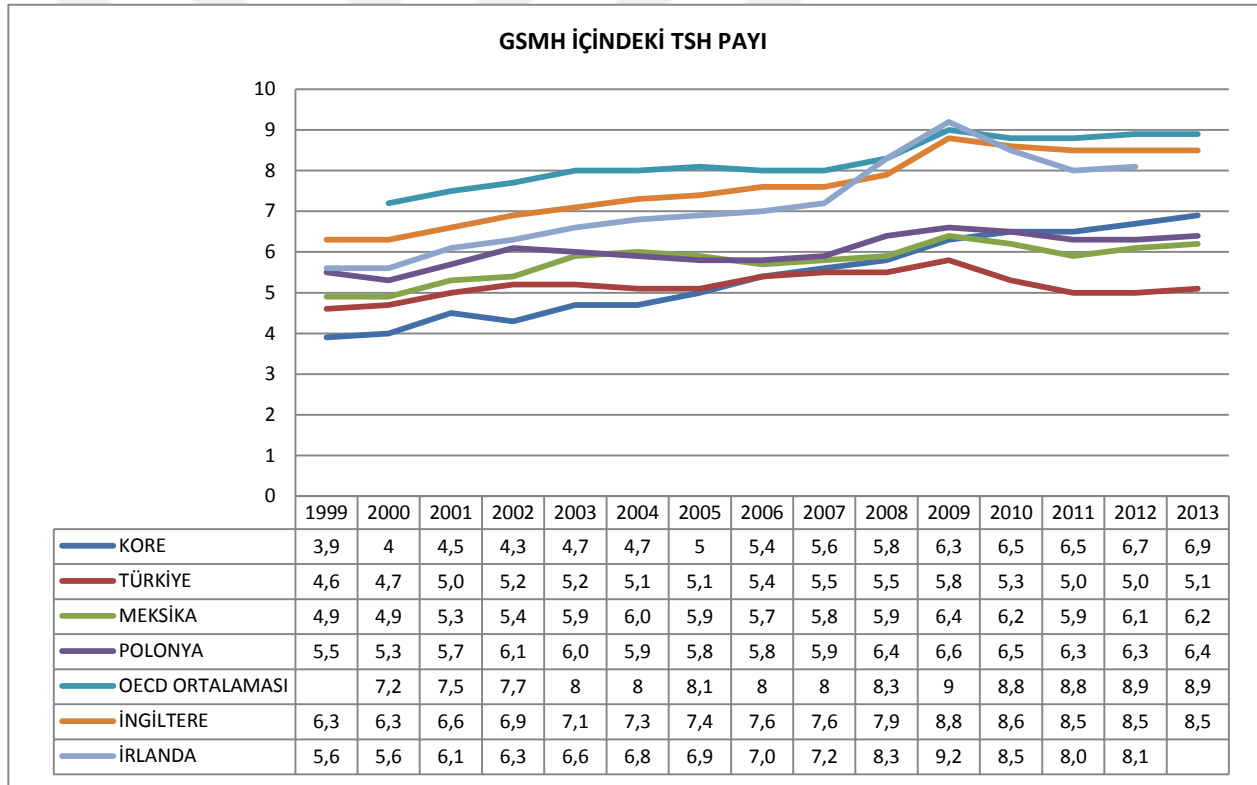
Türkiye'nin sağlık harcamaları verileri toplam, kamu ve özel sektör harcamaları olarak gerek cari gerekse reel olarak incelendikten sonra, hizmet sunucuları boyutlarından olan hastane ve perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları açılardan da cari ve reel olarak hem kamu hem özel hem de toplam sağlık

harcamaları olarak incelenmiştir. Sağlıkta dönüşüm etkinliği için beşer yıllık değişim yüzdeleri hesaplanıp karşılaştırmalar yapılmıştır.

Türkiye kendi içindeki konumu incelendikten sonra OECE ülkeleri ve OECD ortalaması ile de karşılaştırılarak dünya üzerindeki boyutumuzun da elde edilmesi düşünülmüştür.

OECD ülkelerini tablolaştırırken GSMH içindeki sağlık harcaması oranları başlangıcı 3,9 ile 5,6 olan ülkeler bir, 5,7 ile 8,4 olan ülkeler bir ve 8,5 ile 12,4 arasında olan ülkeler tablolaştırılmıştır. Bu sayede yorum kolaylığı elde edilmiştir. her üç tabloya da Türkiye ve OECD ortalaması eklenmiştir

Grafik 31: OECD ÜLKELERİ GSMH İÇİNDEKİ SAĞLIK HARCAMALARI PAYI 1. GRUP ÜLKELER İLE



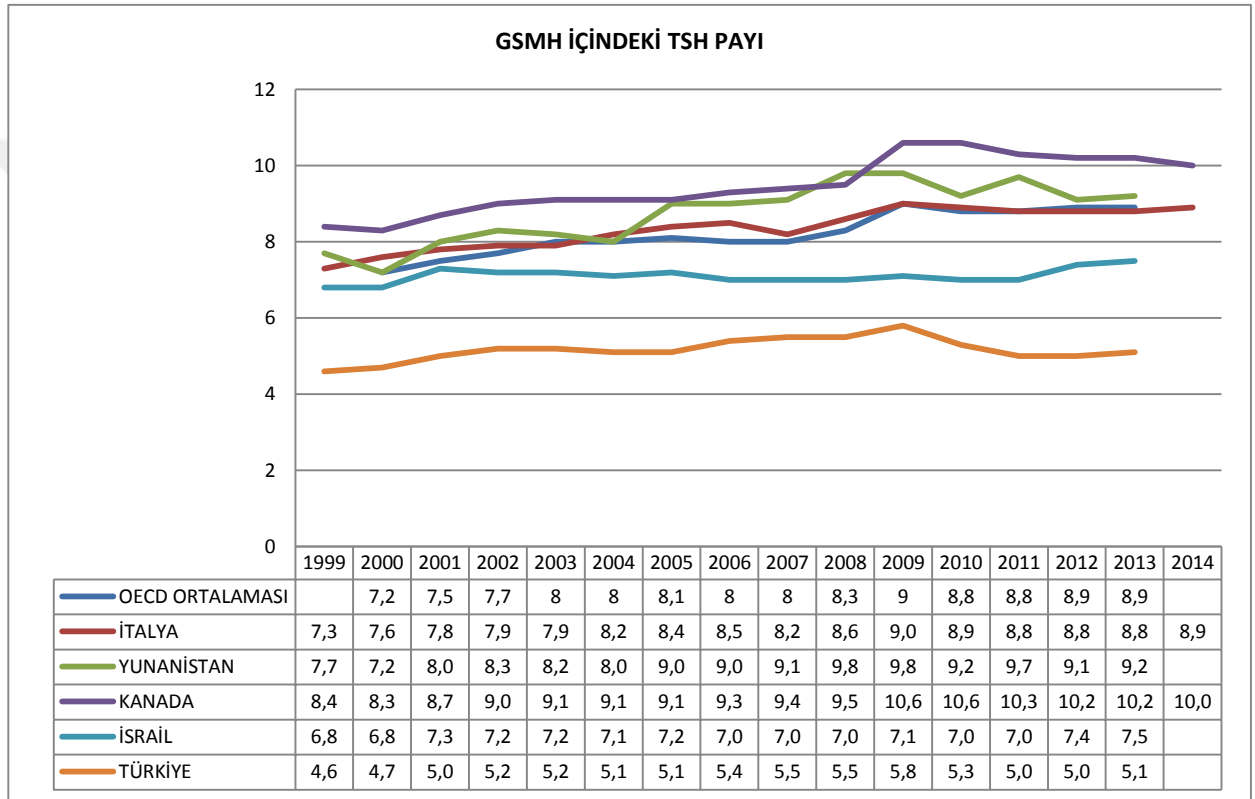
Türkiye 1999 yılında 4,6 ile başladığı GSMH içindeki sağlık harcaması payına sağlıkta dönüşüme kadar 0,4 lük bir artışla ulaşmıştır. 2003 yılında 5,2 olan bu oran sağlıkta dönüşüm sonucunda 5,1 e gerilemiştir. 0,1 lik bir azalış göstermiştir.

OECD ortalamasına bakıldığında ise bu oran 2000 yılında 7,2 2014 yılında 8,9 olarak elde edilmiştir.

Kore 1999 yılında 3,9 ile başladığı oranla 2006 yılında Türkiye’yi yakalamış 2013 yılı ile 6,9’a ulaşmıştır.

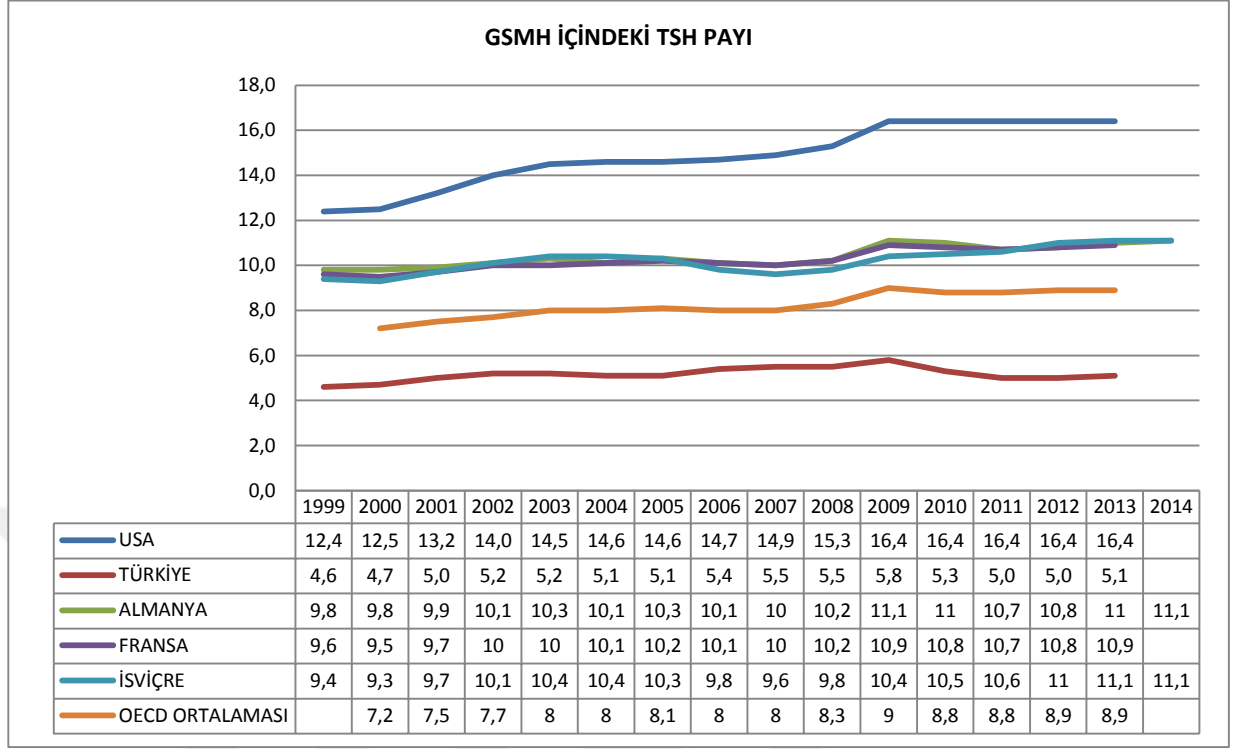
Meksika 1999 yılı ile GSMH’ sından sağlık harcaması için 4,9 oranında pay ayırırken 2013 yılı ile bu oranı 6,2 ye çıkarmıştır.

Grafik 32: OECD ÜLKELERİ GSMH İÇİNDEKİ SAĞLIK HARCAMALARI PAYI 2. GRUP ÜLKELER İLE



Bir diğer grup incelendiğinde Türkiye’nin İtalya, Yunanistan, Kanada ve İsrail ülkelerinden GSMH içinden sağlık harcamasına ayırdığı pay olarak en gerideki ülke olduğu görülmektedir. Bu ülkeler arasında en iyi oranı sağlayan ülkenin Kanada olduğu gözlenmektedir.

Grafik 33: OECD ÜLKELERİ GSMH İÇİNDEKİ SAĞLIK HARCAMALARI PAYI 3. GRUP ÜLKELER İLE



Son grup GSMH içinden sağlık harcamasına ayırdığı paylar olarak incelendiğinde Türkiye'nin gelişmiş ülkelerin ayırdığı paylar olarak ayrılan miktarı henüz sağlayamadığı görülmektedir. Bu grup ülkeler OECD ortalamasının da oldukça üstünde olan ülkelerdir.

Sonuç olarak Türkiye'nin sağlık harcamaları olarak OECD ortalaması ve OECD ülkeleri sağlık harcamalarının oldukça altında olduğu görülmektedir. 1999 yılı itibari ile Türkiye gerisinde olan 2013 yılı itibari ile Türkiye'yi geçmiş bulunmaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ

4.1.SONUÇ

Türkiye Cumhuriyeti Devleti, 2003 sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık sektöründe bir çok alanda yeni politikalar belirleyip uygulamaya geçmiştir. Sağlıkta dönüşüm programıyla hedeflenen en temel amaç olan sağlık alanındaki harcamaları azaltmakla beraber verimliliği birey ve bireylerin sağlığa erişiminde bir kısıtlama oluşturmadan gerçekleştirmek olmuştur. Ayrıca sağlıkta dönüşüm programı için ulaşılmak istenen bir sonuç da sağlık hizmetini standart ve herkesin ulaşabileceği bir hizmet haline getirmek ve sağlıklı nesil yetiştirmek olmuştur. Bu amaçlar doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm Programıyla beraber hedef ve bileşenler oluşturulmuştur.

Sağlıkta dönüşüm programı bu hedef ve amaçlar doğrultusunda, 2007 yılına dek sekiz adet 2007 yılında ise üç adet daha birleşen oluşturmuştur. Bu birleşenleri planlayan ve denetleyen Sağlık Bakanlığının amacı; herkesi tek çatı altında toplamak, erişimi kolay ve yaygın bir sağlık hizmeti sağlamak, motivasyonu yüksek çalışanlar ile bilgi ve becerili insan kaynağı oluşturmak, kalite ve akreditasyonu sağlık hizmetlerinde kullanmak, akıllı ilaç kullanımı ve malzeme yönetimi sağlamak, sağlıkta ortak iletişim sistemi kurmaktır. 2007 yılında sonraklenen üç yeni bileşenler ile de hedeflenen sağlığı daha da geliştirmek sağlık sistemini sektörler ile iş birliği içinde tutmak ve sınır ötesi sağlık hizmeti olmuştur. Bu hedefler ve bileşenleri gerçekleştirmek için Türkiye Cumhuriyeti Devleti tarafından politikalar izlenmiştir. İzlenen politikalar dolayısıyla sağlık ile ilgili harcamalarda etkilenme dolayısıyla değişimler oluşmuştur.

Bu politikalar doğrultusunda sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası toplam, kamu ve özel sağlık harcamaları,hizmet sunucuları açısından hastanelerin için ayrılan finansman içerisinden toplam, kamu ve özel sektör sağlık harcamaları, yine hizmet sunucularından perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan finansman içerisinden toplam, kamu ve özel sektör sağlık harcamaları sağlıkta dönüşüm öncesi cari ve reel veriler ile incelenmiştir. İnceleme sonucunda

uygulanan politikaların sağlıkta dönüşümün hedef ve bileşenlerine olan etkileri değerlendirilmiştir. Ek olarak Türkiye'nin GSYİH içindeki toplam, kamu ve özel sektör harcamaları ve uluslar arası boyutumuzun görülebilmesi için OECD ülkeleri ile GSMH içindeki sağlık harcamaları payları da incelenerek ülke içerisinde ve ülke dışında da karşılaştırmalar yapılmıştır.

Toplam sağlık harcaması cari olarak bakıldığında sağlıkta dönüşümden önce(1999-2003) %387 artış göstermiştir. Sağlıkta dönüşümden sonra (2003-2014) ise %290 artmıştır. Cari olarak sağlıkta dönüşümden sonra artış miktarı azalmış fakat artış devam etmiş görülmektedir. Yaklaşık %0,75 sağlıkta dönüşüm sonrası, sağlıkta dönüşüm öncesine göre artış görülmüştür. Reel olarak bakıldığında ise sağlıkta dönüşümden önce %6, sağlıkta dönüşümden sonra %66 artış görülmüştür. Reel olarak sağlıkta dönüşümden sonra sağlıkta dönüşüm öncesine göre 11 kat artış göstermiştir. Cari veriler ile bakıldığında sağlıkta dönüşüm programı öncesine göre toplam sağlık harcaması artışı azalmışken reel olarak bakıldığında sağlıkta dönüşüm sonrası toplam sağlık harcaması sağlıkta dönüşüm öncesine göre artış göstermektedir. Bu durumda reel olarak sağlıkta dönüşüm programı toplam sağlık harcamalarını pozitif yönlü etkilemiştir. Toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki oranına bakıldığında sağlıkta dönüşüm öncesi 2002 yılında 5,3 olan oran, sağlıkta dönüşüm ilk yılında 5,4 'e ulaşmıştır. Seneler arası artışlar azalışlar gösteren GSYİH içinde ki TSH oranı 2014 yılı itibari ile 5,4 olarak hesaplanmıştır. Sağlıkta dönüşüm sonrası artan toplam sağlık harcaması, hangi alanda daha çok finansman sağladığını göstermek için kamu ve özel sektör sağlık harcamaları da incelenmiştir.

Kamu sağlık harcamalarına da bakıldığında kamu sağlık harcaması sağlıkta dönüşümden önce 1999-2003 yılları arası cari olarak %473 artış göstermiştir. Sağlıkta dönüşümden sonra ise 2003-2014 yılları arasında %320 artış gösterdiği hesaplanmıştır. Hesaplanmış reel veriler ile bakıldığında ise sağlıkta dönüşümden önce 1999-2003 yılları arasında %24, dönüşüm sonrası 2003-2014 yılları arasında da %78 lik bir artış görülmektedir. Cari değerler ile bakıldığında sağlıkta dönüşümden sonra (2003-2014), sağlıkta dönüşümden önceye(2003-2014) göre artış a devam ederek, 0,68 lik bir artış göstermiştir. Reel olarak bakıldığında ise sağlıkta dönüşümden sonra, sağlıkta dönüşümden önceye göre 3.25 katlık ile artma ile artışına devam etmiştir. Bu duruma bakıldığında reel olarak sağlıkta dönüşüm programı ile kamu sağlık harcamalarının cari verilere göre daha da

arttığı görülmektedir. Bu pozitif yönlü artışların olduğu yıllarda ki politikalar bakıldığında; 112 acil servisleri sigortasız kişiler için ücretsiz olması, yeşil kart hastaların ayakta tedavi sağlık hizmetlerinin karşılanması, acil servislerde şehir içi ve şehir dışı transferlerin ücretsiz olması, acil vakaların kabul edilme zorunluluğunun başlatılması, yeşil kartlıların SGK'ya devredilmesi, GSS'nin oluşturulması gibi politikaların sağlık hizmetinden yararlanan kişilerin sayısını arttırması sebebiyle, hizmet almak için 120 gün olan prim günününün 30 güne indirilmesi, sağlık hizmetini almak için beklenen sürenin kısalması sebebiyle sağlık harcamalarının reel olarak artış gösterdiği düşünülmektedir. GSYİH içinde ki KSH oranına bakıldığında 2003 yılı ile 2,9 olan oran sağlıkta dönüşüm sonrası günümüzde 4,2'ye yükselmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Devleti yurt içi hasilasından ayırdığı pay oranının sağlıkta dönüşümden sonra 1,3 birim daha artması KSH için ayrılan payın giderek arttığını gösterir. Bu durumda sağlıkta dönüşüm ile doğru politikalar izlenerek kamu sağlık harcamasının arttırıldığı ve Türkiye'nin GSYİH'sın dan KSH'sına ayırdığı payın artması ile de kamu sağlık sektörünün daha da gelişeceği düşünülmektedir.

Özel sektör sağlık harcamalarına cari olarak bakıldığında sağlıkta dönüşümden önce 1999-2003 yılları arası cari olarak %252, 2003-2014 yılları arası ise %213 artış göstermiştir. Sağlıkta dönüşümden sonra, sağlıkta dönüşümden önceye göre cari olarak özel sağlık harcamaları 0,8 lik bir artış göstermiştir. Reel olarak 1999-2003 yılları sağlıkta dönüşüm öncesi %24 lük bir azalış var iken, 2003-2014 yılları arası %33 lük bir artış görülmektedir. Cari veriler ile yorumlandığında sağlıkta dönüşüm programından sonra özel sağlık harcamalarında artışta bir azalış görülmektedir, fakat reel olarak bakıldığında sağlıkta dönüşüm öncesi özel sağlık harcamaları azalışta iken sağlıkta dönüşüm sonrası artışa geçmiştir. Bu artışa sebep olduğu düşünülen politikalara bakıldığında; SSK, Bağ-Kur'luların sözleşmesi olan özel sağlık kuruluşlarından yararlanılmasının önünün açılması, kanser, yanık, kalp cerrahisi, organ nakli işlemi gibi çeşitli hastalıklardan özel hastanelerin fark alınmasının kaldırılması, yeşil kart kullanıcıların dış tedavileri için özel kuruluşlarda hizmet alınabilmesinin önünün açılması, özel kuruluşlara olan başvuruların arttıracağı düşünülererek, tam gün yasası ile özel sektörü tercih eden tıp doktorlarına ulaşmak için özel hastanelere gelmesi gereken kişiler dolayısıyla özel hastanelere olan talebin arttığı, ayaktan tedavilerde katılım payı alınması ve özel hastanelerdeki fark ücreti tavan fiyatının %200 lere kadar

çıkması durumu ile hanehalkının elinden çıkan paranın arttığı düşünülmüştür. Söz konusu süreçte sağlık turizmi çerçevesinde yurt dışından daha fazla hasta kabul edildiğinden özel harcamalarda yükseliş olduğu düşünülmektedir. Buna bağlı olarak ta özel sağlık harcamalarının sağlıkta dönüşüm sonrası izlenen politikalar ile artışa geçtiği düşünülmektedir. Ayrıca özel sağlık harcamaları beşer yıllık değişim yüzdeleri hesaplandığında kamu sağlık harcamalarında olduğu gibi sürekli bir artış göstermediği 2007-2011 yılları arasında azalış gösterdiği görülmüştür. Bu durum için ilgili seneler arasının daha detaylı değerlendirilmesi önerilir. GSYİH içinde ki ÖSH oranına bakıldığında 2003 yılı ile 1,5 olan payın 2014 yılı itibari ile 1,2 olduğu görülmektedir. Sağlıkta dönüşüm programı ile özel sağlık harcamasına ayrılan GSYİH'da ki payımız 0,3 azalmıştır. Bu azalışa rağmen artan sağlık özel sağlık harcamamızın olması yurt dışından gelen hastaların özel sektörü daha çok canlandırdığı düşünülmektedir. Sağlık turizminin 2013 yılı ile gündeme gelmesi, özel sağlık harcamalarının da 2007-2011 yılları arasında azalırken 2011-2013 yılları arasında artışa geçmesi bu bulgumuzu desteklediği düşünülmektedir.

Hizmet sunucularından hastaneler için ayrılan sağlık harcaması toplam, kamu ve özel sektörün finanse ettiği sağlık harcamaları olarak incelenmiştir. Hastanelere ayrılan toplam kaynağa bakıldığında cari olarak sağlıkta dönüşümden önce 1999-2003 yılları arasında %348 artış görmüştür. Sağlıkta dönüşümden sonra ise 1999-2014 yılları arasında ise cari olarak %441 oranında artış göstermiştir. Reel veriler ile bakıldığında ise sağlıkta dönüşüm öncesi 1999-2003 yılları arasında %3 lük bir azalış görülmüştür. Sağlıkta dönüşümden sonra %130 luk bir artış göstermiştir hastanelere ayrılan toplam kaynak. Cari veriler ile yorumlandığı durumda ağılıkta dönüşüm sonrası hastaneye ayrılan toplam kaynağın sağlıkta dönüşümden önce ye göre arttığı görülmüştür. Reel veriler ile yorumlandığında ise sağlıkta dönüşüm öncesi %3 lük azalma gösteren hastanelere ayrılan toplam kaynak sağlıkta dönüşüm ile pozitif değer kazanmış ve %130 olmuştur. Cari veriler ile bakıldığında 1999-2003 yılları arasındaki negatif değer görülemediği sağlıkta dönüşüm programının etkinliğine bakıldığında daha az etkin olduğunu göstermektedir. Reel olarak bakıldığında ise sağlıkta dönüşüm programı ile hastanelere ayrılan payın negatif gidişten kurtulup pozitif değere yükseldiğini bununda sağlıkta dönüşüm programı sırasında uygulanan politikalar dolayısıyla olduğunu söyleyebiliriz. Toplam kaynağın alt başlıkları olan hastaneler için

ayrılan kamu sektörü sağlayıcılarına ve özel sektör sağlayıcılarına bakılarak sağlıkta dönüşüm ile başlayan artışın yönü görülmüştür.

Hastaneler için ayrılan toplam sağlık harcamasından kamunun finanse ettiği sağlık harcamaları için cari veriler incelendiğinde sağlıkta dönüşüm öncesinde 1999-2003 yılları arasında %378 artış göstermiştir. Sağlıkta dönüşüm sonrasında (2003-2014) ise bu oran % 398'e yükselmiştir. Reel olarak bakıldığında sağlıkta dönüşüm programı öncesinde 1999-2003 yılları arasında %4 artış gösterirken sağlıkta dönüşümden sonra 2003-2014 yılları arasında %111 artış göstermiştir. Bu durumda cari veriler ile sağlıkta dönüşümden sonra, önceye göre yüzdelerdeki artış miktarı 1,05 kat görülür iken reel veriler ile bakıldığında sağlıkta dönüşümden sonra hastaneler için ayrılan sağlık harcamasından kamunun finanse ettiği harcamalarının değişim yüzdelerinin 27,5 kat daha fazla arttığı görülmektedir. Hastaneler için izlenen politikalar incelendiğinde, SSK ve Sağlık Bakanlığı ortak protokolü ile sigorta sahibi kişilerin hem devlet hem de SSK hastanelerinde tedavi olması imkanının açılması, verem savaş hizmeti ile ilgili kapsamın genişletilmesi ve politikalar ile ilgili değişiklikler hizmet verilen kişi sayısını arttırması, SGK ile anlaşmalı tüm kişiler için paket fiyat uygulanması hastanelere ayrılan kaynaktan kamu finanse ettiği miktarı arttırdığı düşünülmektedir.

Hastaneler için ayrılan toplam sağlık harcamasından özel sektörün finanse ettiği sağlık harcamaları için cari veriler incelendiğinde sağlıkta dönüşüm öncesinde 1999-2003 yılları arasında %208 artış görülmektedir. Sağlıkta dönüşüm sonrasında (2003-2014) ise bu oran % 762'ye yükselmiştir. Reel veriler ile bakıldığında ise sağlıkta dönüşüm öncesinde %33 azalış var iken sağlıkta dönüşümden sonra %266 artış görülmektedir. Cari veriler ile sağlıkta dönüşüm öncesi azalış görülememektedir. Bu durumda sağlıkta dönüşüm programı etkinliği reel veriler ile bakıldığında daha belirgin olarak görülmektedir. Sağlıkta dönüşüm öncesi reel veriler ile azalış var iken sağlıkta dönüşüm etkinliği ile bu pozitif olarak artışa dönmüştür. Bu artışı oluşturan politikalara bakıldığında acil sağlık hizmetlerinden para alınmaması ve acil vakaların kabul zorunluluğu olması, yanık, kanser, kalp cerrahisi, organ nakli gibi hizmetlerden özel sağlık kuruluşlarında fark alınmaması, alınan hizmeti özel kuruluşlarda çoğalmasından dolayı sebebi ile ve özel sektör kuruluşlarından alınan fark ücretinin sürekli artması ve en son

yasa gereği üst sınırının %200'e yükselmesi hastaneler için ayrılan özel sektör finansmanını arttırdığı düşünülmüştür.

Hizmet sunucularından perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan sağlık harcamasını toplam, kamu ve özel sektörün finanse ettiği sağlık harcamaları olarak incelenmiştir. Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan sağlık harcamasından toplam olarak ayrılan pay cari fiyatlar ile incelendiğinde sağlıkta dönüşüm öncesi 1999-2003 yılları arasında kapsayan sürede %573 artmıştır. Sağlıkta dönüşüm sonrası 2003-2014 yılları arası ise %176 ile artış miktarında azalma ile artmaya devam etmiştir. Reel fiyatlarla incelendiğinde ise 1999-2003 yılları arası %46 iken sağlıkta dönüşüm sonrası 2003-2014 yılları arası %17 ile artış miktarında azalış görülmüştür. Cari veriler ile bakıldığında görülen artış reel veriler ile de bakıldığında sağlıkta dönüşüm sonrası görülmüştür. Toplam kaynağın alt başlıkları olan perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan kamu sektörü sağlayıcılarına ve özel sektör sağlayıcılarına bakılarak sağlıkta dönüşüm ile başlayan artışın yönü görülmüştür.

Hizmet sunucularından perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan toplam sağlık harcamasından kamunun finanse ettiği sağlık harcamaları için cari veriler incelendiğinde sağlıkta dönüşüm öncesinde 1999-2003 yılları arasında %785 artış göstermiştir. Sağlıkta dönüşüm sonrası (2003-2014) %160 luk bir artış göstermiştir. Reel veriler ile bakıldığında ise sağlıkta dönüşüm öncesi 1999-2003 yılları arası %92 artış, sağlıkta dönüşüm sonrası 2003-2014 yılları arası %10 luk bir artış görülmektedir. Toplam da değişimler bu şekilde görülmekteyse de reel olarak 2007-2011 ve 2011-2014 yılları arası reel olarak kamu sağlayıcılarında düşüş görülmüştür. Bu düşüşler 2007-2011 yılında %3, 2011-2014 yılları arasında da %9 olarak hesaplanmıştır. dönem politikaları incelendiğinde eş değer ilaç ödemesi oranı %22'den %15'e düşürülmesi eş değer alımında daha ucuza ilaç alınması dolayısıyla ve global bütçe uygulaması ile ilaç sektöründe indirimlerin olması ilaçların ucuza mal olmasından dolayı olduğu düşünülmektedir. Totalde bulunan artışı 2003-2007 yılları arasındaki %26lık artış dolayısıyla gözüktüğü düşünülmektedir. Dönem politikaları incelendiğinde de ilaçlarda ki KDV'nin %18'den %8'e düşürülmesi, yeşil kart sahiplerinin ilaç ödemelerinin devlet kapsamına alınması ve SGK ile anlaşması olan kurumların yatan hastalar için gerekli tüm ilaçları sağlamak zorunda olmasının perakende

satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan sağlık harcamasından kamunun finanse ettiği kısmını arttırdığı düşünülmektedir.

Hizmet sunucularından perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan toplam sağlık harcamasından özel sektörün finanse ettiği sağlık harcamaları için cari veriler incelendiğinde sağlıkta dönüşüm öncesinde 1999-2003 yılları arasında %270 artış göstermiştir. Sağlıkta dönüşüm sonrası 2003-2014 yılları arasında ise bu artış %228 olarak görülmüştür. Reel olarak bakıldığında ise sağlıkta dönüşüm öncesi (1999-2003) %20 azalış gösterirken, sağlıkta dönüşüm sonrası (2003-2014) yılları arasında bu azalış yerini %39 artışa bırakmıştır. Sağlıkta dönüşüm programı ile cari olarak bakıldığında artışta bir azalış gösterse de reel olarak bakıldığında Hizmet sunucularından perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için ayrılan toplam sağlık harcamasından özel sektörün finanse ettiği sağlık harcamaları azalışlardan artışa dönerek devam etmiştir. Bu durumda sağlıkta dönüşüm programı perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları için özel sektör sağlayıcıları için etkin olmuştur denilebilir. Reel olarak tek azalışın görüldüğü tarihler arası %21 ile 2007-2011 yılları arasındadır. Bu dönemdeki politikalar incelendiğinde ise eş değer alımında daha ucuza ilaç alınması dolayısıyla ve global bütçe uygulaması ile ilaç sektöründe indirimlerin olması ilaçların ucuza mal olmasından dolayı özel sektör sağlayıcıları içinde düşüşe sebep olmuştur. Kamu sağlayıcılarından farklı olarak özel sektör sağlayıcılarında 2011-2014 yılları arası azalış değil artış görülmüştür. Bu durum için eczane harcamalarının özel olarak arttığı düşünülmekle beraber bu konuda özel kuruluş sayılarının detaylı incelenmesi önerilmektedir.

Tüm bu incelemenin ardından Türkiye içindeki duruma ek olarak global değerlendirme için OECD ülkeleri ile de bir karşılaştırma yapılmıştır. GSMH içindeki sağlık harcaması verileri OECD ülkeleri tarafından her sene OECD datasında yayınlanmaktadır. GSMH içindeki sağlık harcaması payı verisi sağlık harcamalarımızın GSMH içinden ne kadar pay aldığını gösterir. Bu durumda sağlık harcamaları gelişmişliğimizi göstermektedir. İncelenen 15 ülke içerisinde Meksika ve Kore 1999 yılı itibari ile Türkiye'nin altında iken, 2013 yılı itibari ile en alt sırada Türkiye bulunmaktadır. Kendi içinde Türkiye 1999 yılı ile 4,6 olan GSMH içindeki sağlık harcaması payı 2013 yılı ile 5,1'e ulaştığı görülmektedir. Bu durumda gelişen politikalarımız ile bir ivme yakaladığımız fakat bu

gelişmelerin daha hızlı bir ivmeyle devam etmesi durumunda OECD ortalamasına yaklaşılabileceğimiz düşünülmektedir.

Sonuç olarak reel veriler baz alındığında sağlıkta dönüşüm programının etkin ve verimli olarak toplam, kamu, özel sağlık harcamalarına katkı sağladığı, sağlıkta dönüşüm hedefleri ve bileşenlerine ulaşmak için doğru politikalar izlediği, özellikle kamu sağlık harcamalarının arttığı görülmüştür. İncelenen hizmet sunucularından hastaneler içinse, kamu ve özel sektör olarak ta özel sektör sağlayıcılarının daha fazla artış gösterdiği görülmektedir aynı durum incelenen bir diğer hizmet sunucularından perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları içinde, kamu ve özel sektör olarak özel sektör sağlayıcılarının daha fazla artış gösterdiği görülmektedir.

Toplam sağlık harcamaları olarak kamusallaşan fakat hizmet sunucuları açısından özelleşen bir durum elde edilmiştir. Hizmet sağlayıcıları açısından kamu ile ilgili daha fazla politika geliştirilmesi önerilebilir. Gelişmekte olan Türkiye'nin bu gibi politikalarla gelişmeye devam ettiği taktirde OECD ülkelerinin ortalamasının yakalanabileceği süreç uzun olabilir olsa da yakalanabilir olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışma ile sadece sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası sağlık harcamalarının değerlendirmesi, sağlık politikaları ile beraber incelenerek yapılmıştır. Hizmet sunucularından sadece hastaneler ve perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları incelenmiştir. Öneri olarak bu konuda yapılacak çalışmalarda diğer hizmet sunucularının da incelenmesinin fayda sağlayacağı düşünülmüştür. Ayrıca perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları harcamalarının yanı sıra eczane harcamalarının ve çalışmada incelenen dönemler içerisindeki nüfus yoğunluğunun analize dahil edilmesinin konuya derinlik kazandıracağı düşünülmüştür.

KAYNAKÇA

Akın, C.S.(2007). *Sağlık Ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları*, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi,

Aktan C. C.(1992). *Kamu Ekonomisinden Piyasa Ekonomisine Özelleştirme*, 1. Baskı, İzmir, Aklıselim Matbaası, S.6-7.

Akdur R.(08.06.2014). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye Ve Avrupa Birliğinde Durum Ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu* (Güncellenmiş Ve Geliştirilmiş İkinci Baskı), S.13

<http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp>. (3.1.2016)

Ak B. Ve H. Dilek S. (20-21 Mayıs 2000,)*Hizmet Sektörünün Genel Yapısı Ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri, I, Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi-Bildiriler*, Ankara, S.25.

Altıntaş M.(2014). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının Sağlık Harcamaları Etkisi*, İstanbul

Aykır E.(2014). *Sağlık Politikaları Ve Sağlıkta Dönüşüm*, İstanbul.

Bulutoğlu, K. (2001).*Kamu Ekonomisine Giriş*, İstanbul, Yapı Kredi Yayınları.

Bichaka F.Ve Paulos G.(2005). *Estimating A Health Production Function For Sub-Saharan Africa (SSA)* Applied Economics, 37: 155-164.

Babazona A. Ve Alan L. H. (1994). *A Comparison Of International Health Outcomes And Health Care Spending* International Journal Of Technology Assessment In Health Care, 10(3): 376-381.

Bıyık E.(2014). *Sağlıkta Dönüşüm Programının Kamu Hastanelerine Etkilerinin Sağlık Personeli Algısıyla Değerlendirilmesi* (Ankara İli Kamu Hastanelerinde Bir Araştırma).

Büyükyılmaz, A. (2011). *Bazı Kapula Tahmin Yöntemleri Ve ÜFE-TÜFE Arasındaki Bağımlılık Yapısı Üzerine Bir Uygulama* ,Antalya .

Charles E.Pheelps, (1997). *Health Economics, Second Edition.*

Çilingiroğlu N.(2001). *Ekonomik Kalkınma Ve Sağlık Ekonomisi*, Yeni Türkiye, Sayı 40, S.1592.

Sönmez D. Ö.(2012). *Sağlıkta Dönüşüm Programının Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri*, Isparta.

Özuyusal H.(2011). *Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama*, Ankara .

Erkan H.(2008). *Bilgi Toplumu Ve Sağlıkın Artan Önemi*, I. Ulusal Bilgi, Ekonomi Ve Yönetim Kongresi, Hereke-Kocaeli.

Güzel, A. Okur, A.R. Canikoğlu, N.(2009). *Sosyal Güvenlik Hukuku*, 12. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları.

Güriş, S., Astar M., (2014), *Bilimsel Araştırmalarda SPSS İle Uygulamalı İstatistik*, 1. Baskı

Güriş S., Turanlı M., (2012), *Temel İstatistik*, Syf: 185 4. Baskı

Güriş, S., Astar M., (2014), *Bilimsel Araştırmalarda SPSS İle Uygulamalı İstatistik*, Syf:366 1. Baskı

Gümüş E.(2010). *Türkiyede Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar Ve Öneriler, Seta Analiz.*

Harald E. H., (1985)*Measuring The Health Of Populations, Indicators And Interpretations* Social Science And Medicine, 20(12): 1207-1224.

<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf> (26.11.2015)

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html> (1.11.2015)

Aggleton J. P., Health, Routledge, London, 1990.

Karakuş F.(2014). *Sağlıkta Dönüşüm Programının Hizmetin Yapısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi* (Kahramanmaraş ili örneği), İstanbul.

Karabulut K.(1998). *Türkiye’de Sağlık Sektörü –Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama-*, Erzurum.

Karakuş F.(2014). *sağlıkta dönüşüm programının hizmetin yapısı üzerine etkisinin incelenmesi* (Kahramanmaraş ili örneği), İstanbul, syf:10

Kurtulmuş S.(1998). *Sağlık Ekonomisi Ve Hastane Yönetimi*, İstanbul.

Kızılc¸elik, S. (1996).*T¸rkiyenin Sağlık Sistemi: Bir Medikal Sosyoloji Denemesi*, Saray Kitapevi, İzmir.

Mutlu A., ve Işık A. K. (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Bursa, Ekin Yayınları.

G¸lcan M.C., (2008) *Kamu Harcamaları İçinde Eğitim Ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri Ve T¸rkiye Uygulaması*, Y¸ksek Lisans Tezi, Kırıkkale ¸niversitesi Sosyal Bilimler Enstit¸s¸, Kırıkkale,S.24.

Mısırlı R. N.(2007).*T¸rk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmetleri Sunumunun Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortasının S¸rd¸rebilirliği*, İstanbul.

Fişek H. N. (1963).*Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe ¸niversitesi, D¸nya Sağlık ¸rg¸t¸ Hizmet Araştırama Ve Araştırmacı Yetiştirmek Merkezi, Yayın No:2, Ankara,S.6.

zt¸rk, E.(2005). *Sosyal G¸venlik Kurumlarında Tek atı çalışmaları ¸zerine*, Sayıştay Dergisi.

ztek Z. (2004). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Ve Sağlık Ocağı Yönetimi*, Ankara, Palma Yayıncılık.

Özsarı H. (2000). *Sağlık Ve Sigorta*, Sigorta D¸nyası Dergisi, Sayı 472, İstanbul, Nisan.

Taban S.(2004). *T¸rkiye’de Sağlık Ve Ekonomik B¸y¸me İlişkisi: Nedensellik Testi*, 3.Ulusal Bilgi, Ekonomi Ve Yönetim Kongresi, Osmangazi ¸niversitesi İİBF, Eskişehir.

ROY A., (2003)Health And Health Care 2010 The Forecast, The Challenge, The Institute Fort He Future, Princeton, NJ.

Leu R. E. (1986). *The Public-Private Mix And International Health Care Cost*” İn Public And Private Health Services, A.J. Culyer, B. Jonsson (Eds) B.Blackwel, 1 41-63.

Saltık, A.(1995).*Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar., Toplum Ve Hekim*, Temmuz-Ağustos, Cilt 10, Sayı68.

SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, SB-HM-2004/08.

Thornton J.(2002). *Estimating A Health Production Function Fort He U:S: Some Nw Evidence* Applied Economics,34:59-62.

Tokat M.(2006). *Sağlık Ekonomisi*, H,Ü, Sağlık Ekonomisi Ve Sağlık Politikası Araştırma Ve Uygulama Merkezi (HÜSEP) Toplantı Notları, Hyatt Regency Oteli, İstanbul
<http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglık%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf>, (08.10.2015)

Tokgöz E. (1981).*Sosyal Gelişmede Sağlık, Türkiye 2. İktisat Kongresi Sosyal Gelişme Ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri*, DPT Yayınları, Yayın No. 1783, Ankara.

Turan, N.(2004). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği Ve Olanakları*, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları; No:1555, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları; No: 182, S, 9-10.

Tokalaş S.(2006). *Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Mali İktisat Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼, (2011).
Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi Sözl¼ę¼, Ankara.

Yıldırım S.(1994). Sosyal Sektörler Ve Koordinasyon Genel M¼d¼rl¼ę¼, *Sağlık Hizmetlerinde Harcama Ve Maliyet Analizi*, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Uzmanlık Tezi.

