



Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi

2019, 3(6): 235-251.

DOI: [10.29226/TR1001.2019.164](https://doi.org/10.29226/TR1001.2019.164).

ISSN: 2587-0785 Dergi web sayfası: <https://www.yepad.org>



KAVRAMSAL MAKALE

Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları ve Sağlık Finansmanı

Dr. Öğr. Süreyya YILMAZ, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, e-posta: sureyya.yilmaz@uskudar.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6024-4344>

Aybüke Merve AKMAN, Doktora Öğrencisi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, e-posta: akmanabuke@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8586-8014>

Öz

Sağlık Politikası, Türkiye’de uzun yıllar boyunca üzerinde tartışılan bir konu olmuştur. 1980 sonrası değişen dünyaya ayak uydurmak için alınan kararlar ve izlenen politikalar, sağlık alanındaki politikalara da yansımıştır. Devletler, vatandaşlarının temel sağlık haklarından yararlanabilmesi için gerekli düzenlemeler ve yatırımlar yapar. Bu düzenlemeler ve yatırımlar o devletin sağlık politikasını ve sağlık ekonomisini belirler. Her ülkenin dinamikleri ve ihtiyaçları farklı olacağından, sağlık politikaları da farklıdır. Bu çalışmada, 1980 sonrası Kalkınma Planlarında Türkiye’de sağlık politikalarının ve sağlık finansmanının gelişimi incelenmiştir. Literatürde Türkiye’de sağlık politikalarının gelişim süreciyle ilgili birçok araştırma bulunmasına karşın, bu çalışmaların kapsamının sınırlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu araştırma sağlık politikalarının kapsamı açısından literatüre yapacağı katkısı yönünden önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: İş Sağlık Politikası, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Finansmanı

Makale Gönderme Tarihi: 13.09.2019

Makale Kabul Tarihi: 04.10.2019

Önerilen Atıf: Yılmaz, S., Akman, M, A. (2019). Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları ve Sağlık Finansmanı, *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 3(6): 235-251.

© 2019 Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi.



Journal of Management, Economic and Marketing Research

2019, 3(6): 235-251

DOI: [10.29226/TR1001.2019.164](https://doi.org/10.29226/TR1001.2019.164).

ISSN: 2587-0785 Journal Homepage: <https://www.yepad.org>



CONCEPTUAL PAPER

In Turkey after 1980 Health Policy and Financing Health

Assistant Professor Dr. Süreyya YILMAZ, Üsküdar University,, Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, e-mail: sureyya.yilmaz@uskudar.edu.tr
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6024-4344>

Aybüke Merve AKMAN, Ph D. Student, Üsküdar University, Institute of Health Sciences, Department of Health Management, İstanbul, e-mail: akmanabuke@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8586-8014>

Abstract

Health Policy has been discussed for many years in Turkey. The decisions taken and policies adopted to keep up with the changing world after 1980 were reflected in the policies in the field of health. States shall make the necessary arrangements and investments in order for their citizens to benefit basic from health rights. These regulations and investments determine the health policy and health economy of that state. Since the dynamics and needs of each country will be different, health policies are also different. In this study, the post-1980 Development Plan of health policy and health financing development in Turkey were examined. Although there are many studies in the literature regarding the development of health policy in Turkey, it seems to be limited scope of this study. Therefore, this research is important in terms of its contribution to the literature in terms of the scope of health policies.

Keywords: Health Policy, Health Economics, Health Finance.

Received: 13.09.2019

Accepted: 04.10.2019

Suggested Citation: Yılmaz, S., Akman, M, A. (2019). In Turkey after 1980 Health Policy and Financing Health, *Journal of Management, Economic and Marketing Research*, 3(6): 235-251.

© 2019 Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi

1. GİRİŞ

1980' li yıllar dünya üzerinde değişim rüzgarlarının estiği bir dönemdir. Bu değişimle başlayan küreselleşme ile birlikte ekonomi politikaları ve anlayışı da değişmeye başlamış, neoliberalizm etkisini iyice göstermiştir. Neoliberal anlayış hayatın her alanında olduğu gibi sağlık politikası alanında da etkisini göstermekteydi. Bu değişim rüzgarından 1980'li yıllar ve sonrasında, gelişmekte olan ülkemiz de nasibini almaktaydı ve değişime ayak uydurmaktaydı (Görmüş, 2013).

Her ne kadar 1970' lerin sonları ve 1980' lerin başı Türkiye'de uygulanan politikalarda öncelik ekonomi, güvenlik politikaları da olsa, tarihsel sürecinde de olduğu gibi toplum sağlığı göz ardı edilmemiş sağlık hizmetlerinin her alanına yönelik politika ve çalışmalar belirlenmiştir. 1980 yılından itibaren sağlık politikalarının nasıl şekillendiği ve hangi konulara yöneldiğini görmek amacıyla Kalkınma Planları incelenmiştir. Bu çalışmayla 1980 sonrası Türkiye'de sağlık politikalarının gelişimi ve değişiminin gösterilmesi ve ilerleyen dönemlerde üretilecek yeni sağlık politikalarında bu süreç gelişiminin göz önünde bulundurulması ve yön vermesi amaçlanmıştır. Çalışmada, Kalkınma Planlarında yer alan sağlık politikalarında vurgulanan ortak konuların incelenmesi amaçlanmıştır. 2003' te başlayan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" nın aslında 1980 sonrası sağlık politikalarının daha düzenli hale getirilerek belli bir plan çerçevesinde uygulamaya geçildiğini göstermektedir (Görmüş, 2013).

Literatürde Türkiye'de sağlık politikalarının gelişim süreciyle ilgili birçok araştırma bulunmasına karşın, bu çalışmaların konunun belirli bir alanına odaklanması bakımından kapsamının sınırlı olduğu görülmektedir (örn. Başol ve Işık, Çavmak ve Çavmak, 2017; 2015; Soyer, 2009; Yılmaztürk, 2013). Bu nedenle bu araştırma sağlık politikalarının kapsamı açısından literatüre yapacağı katkısı yönünden önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın kaynaklarını; makaleler, kitaplar ve bu kapsamda yapılmış çeşitli araştırmalar oluşturmaktadır.

2. SAĞLIK POLİTİKALARI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'nün 1948'deki tanımına göre "sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." (DSÖ, 1986).

Sağlık politikası ise, sağlık üzerinde etkisi olan kamu, özel sektör ve gönüllü örgütlerce gerçekleştirilen faaliyetleri kapsamaktadır (Tatar, 2012). Sağlık hizmetleri yönetimi karmaşık ve diğer kurumlarla ve hizmetlerle etkileşim halinde olan bir yönetim sistemi olduğu için yapılan sağlık politikaları da kompleks bir yapıya sahip olmaktadır.

Sağlık politikası en genel tanımıyla; sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen tüm eylemleri içerir. Aynı zamanda sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin ötesinde, sağlık üzerinde etkisi olan tüm kamu, özel ve gönüllü örgütlerin eylemlerini de kapsamaktadır. Bir başka ifade ile sağlık politikası; birleştiğinde sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili uygulamaya dair strateji ya da yaklaşımları oluşturan birbirleriyle ilişkili kararlar ağıdır denilebilir. Ayrıca sağlık politikaları, politika belirleme sürecinin en doğru şekilde sonuca ulaşması için, mevcut sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık üzerinde etkisi olan her türlü çevresel ve sosyo-ekonomik etkiler üzerinde de çalışmalar yapmayı gerektirmektedir (Atabey, 2012: 22). Çünkü bir çevrenin sosyo-ekonomik ve kültürel yapısı, o çevrenin sağlık seviyesi ve sorunlarının da bir göstergesidir. Dolayısıyla, sağlık politikalarını oluştururken tüm bu etkenler göz önünde bulundurulmalıdır.

2.1. 1980 Sonrası Sağlık Politikaları

1980'lerin başından itibaren dünyadaki değişim ve dönüşüm rüzgarları Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi kurumların neo-liberal politikaları dünyanın her yerinde uyum programları ile uygulanmaya başlamıştır. Türkiye'de ise neo-liberal etki kendini 24 Ocak kararları olarak bilinen kararlar ile göstermiştir. 24 Ocak 1980 kararları sağlık politikasında da neo-liberal politikaların oluşmasına neden olmuş devletin sağlık üzerindeki rolü değişmeye başlamıştır (Atabey, 2012: 111). Uygulanan politikalar bakımından mevzuatların kolay ve çabuk bir şekilde değişmesine rağmen Türkiye'de 1980'den bu yana olan mevcut yapının değişmediği görülmektedir (Atabey, 2012: 110).

Maliyet artışı, medyanın ve uluslararası kuruluşların ve halkın sağlık hizmetlerindeki memnuniyetsizliklerin etkisi sağlık politikalarındaki reformların temelini oluşturmuştur. (Atabey, 2012: 112). O dönemde sağlık politikalarında; sağlık hizmetlerin yaygınlaştırılması, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve aynı zamanda sosyal güvenlikle ilgili sigorta uygulamalarının geliştirilmesi öngörülmüştür. 1980 sonrasında sağlık hizmetlerini yürütmek devletin görevi mantığından çıkıp devlet, özel sektörle birlikte sağlık hizmetlerini sunmaya başlamıştır.

Milli Savunma Bakanlığına bağlı olan kurumlar hariç geride kalan sağlık hizmeti yürütmekte olan tüm sağlık kurumlarının verdikleri hizmetlerle ilgili düzenleme 1987 yılında "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" ile yapılmıştır (T.C. Resmi Gazete Sayı 16 19461, 15 Mayıs 1987, s.1-6). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın yetkileri kapsamına; sağlık hizmetlerinin planlanması, koruyucu sağlık hizmetleri, devlete ait olan ya da şahsi işletme olan tüm kurum ve kuruluşların denetimi ve sağlık personelinin ülke geneline yayılması belirtilmiş olup, sağlıkla ilgili her çeşit hizmet ücretlendirilmesi eklenmiştir. Bunlarla birlikte tüm sağlık personeline hizmet içi eğitim yaptırmak da Bakanlığın yetkisine verilmiştir (Vergili, 2011: 215). 1987 yılında çıkarılan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" nda liberal bir anlayışla düzenlenmiş olup paralı sağlık hizmeti esasına dayanan bir sağlık politikası oluşturulmuştur (Vergili, 2011: 216).

1989 hükümet programında detaylara yer verilmemekle birlikte; aile hekimliği uygulaması yer bulmuştur (Atabey, 2012: 116). Ayrıca 1980 sonrası sağlık politikalarında performans dayalı istihdam modeli ve herkesin sağlık sigortası kapsamına alınacağı gündemi oluşturmaktadır. Bu kapsamda 1991 yılında Yeşil Kart uygulaması gündeme gelmiştir (Atabey, 2012: 117). 18.06.1992 tarihinde "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Karşılanması Hakkında Kanun" ile sosyal güvencesi olmayan vatandaşların sağlık giderlerinin karşılanması hukuki olarak güvence altına alınmıştır (Resmi Gazete, 3.7.1992, Sayısı:21273). Ayrıca daha sonraki zamanlarda özel sağlık sigortasının desteklenmesi görüşü devletin finansman açısından yükünü hafifleteceği düşünüldüğünden önem kazanmaktadır (Atabey, 2012: 119).

2000'li yıllara gelindiğinde sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasına yönelik olarak yönetsel olarak devlete bağlı çeşitli hastane ayrımının (devlet, sigorta ve kurum hastanesi) ortadan kaldırılması, Sağlık Bakanlığı' nın yeniden yapılandırılması, sağlık bilgi sistemlerinin oluşturulması, hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması, genel sağlık sigortası, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması ve aile hekimliği modeli gibi konular gündeme gelmiştir. Bunlarla birlikte 2007 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık politikaları ve Sağlık Bakanlığı farklı bir ivme kazanmaya başlamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kapsamında olan Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme rolü güçlendirilmiş, temel sağlık hizmetleri, nitelikli sağlık hizmetleri için

kalite ve akreditasyon programının bileşenlerini oluşturmaktadır (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>).

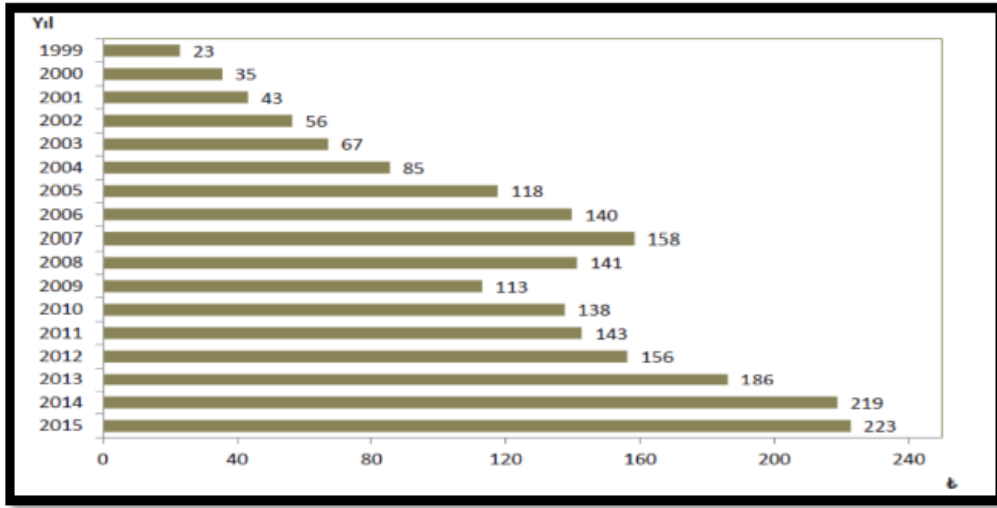
Ülkede uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programıyla; sağlık alanındaki eşitsizlikler azalmış, sağlık düzeyi göstergeleri iyileşmiş, sağlık teşkilatlanması olumlu anlamda yeniden organize edilmiş, hizmetlere ulaşım kolaylığı sağlanmış ve hasta memnuniyeti artmıştır (Kılıç, 2013: 28).

3. SAĞLIK FİNANSMANI

Sağlık ekonomisi; elde olan sınırlı kaynakların sonsuz bir hizmet döngüsü olan sağlık sektörü içinde nasıl tahsis edildiğini inceleyen bilim dalıdır (Çelik, 2013: 48). Sağlık finansmanı konusu aslında karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık hizmetlerinin maddi olarak desteklenmesidir. Diğer bir deyişle sağlık hizmetleri finansmanı; sermayenin sağlık hizmetlerini finanse etmek için nasıl harekete geçirilmesi ve nasıl kullanılması gerektiğini içermektedir (Çelik, 2013: 169). Aynı zamanda, sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan/kullanılacak olan kaynakların sağlanması için gerekli mali kaynağın temini olarak da tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin kaliteli ve etkili bir şekilde sunulmasının sağlanabilmesi için etkin, verimli ve tutarlı bir finansman sağlanmalıdır. Başka bir deyişle devamlılık esasını içeren sağlık hizmetlerinin mali kaynağı da devamlılık arz etmeli yani sürekliliğinin sağlanabilmesi gerekmektedir. Herkesi kapsama amacı güden ulusal sağlık hizmeti sistemleri halktan genel vergiler aracılığıyla finanse edilirler. Bu gelir kaynağına ek olarak; hastaların cepten ödeme yapması uygulaması dünya üzerinde yaygın bir şekilde bulunmaktadır ve kişi genellikle hizmet gerçekleştiğinde ödemeyi yapmaktadır (Atabey, 2012: 29)

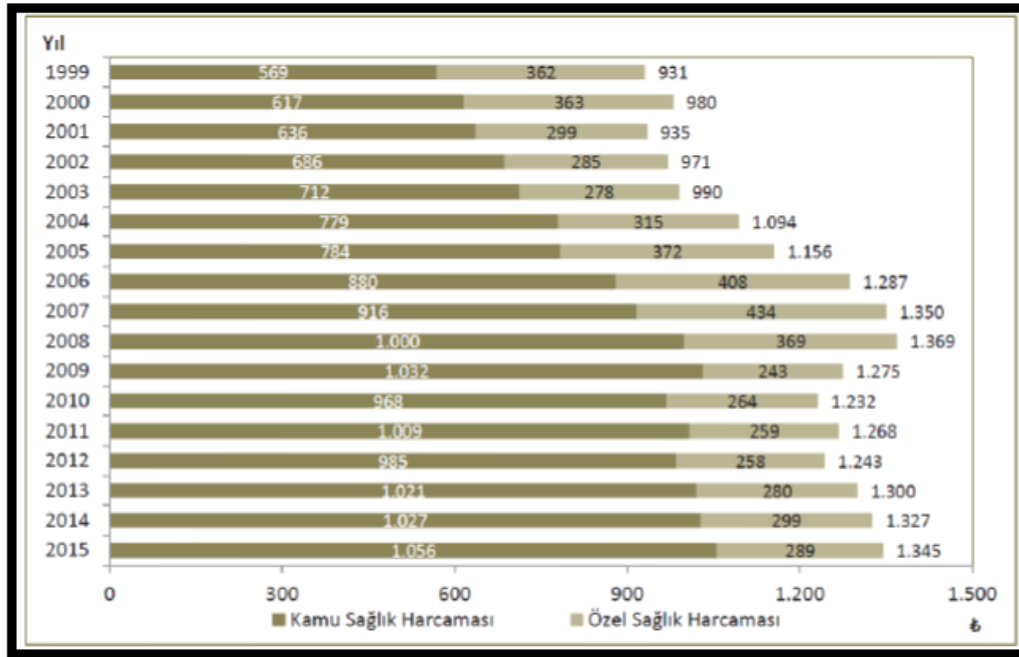
Atabey'e göre; sağlık hizmetlerinin sunumu yalnızca para ile mümkün olmaktadır (Atabey, 2012: 154). Bu nedenle sağlık hizmetinin finansmanı ve halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi sırasında ortaya çıkan ekonomik sorunlar sağlık hizmetlerini etkileyecek ve hizmetlerin yürütülebilmesi için finansman kaynağının doğru şekilde seçilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı çeşitli şekillerde olmaktadır. Herkesin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için; sürdürülebilir kaynak yaratmak, kaynakları verimli kullanmak, hakkaniyeti sağlamak gerekmektedir. Sağlık sektöründe finansmanında gelir toplamada en önemli özellik hizmet gerçekleşmeden sağlanıyor olmasıdır. Yukarıda sözü geçen cepten ödemeler hariç (Çelik, 2013: 170).

- a) Sağlık hizmetleri finansman yöntemleri şunlardır:
- b) Kamu Gelirleri ile Finansman (Gelir vergileri ile yapılan finansman sistemi)
- c) Zorunlu Kamu Sigortası (Sosyal Sağlık Sigortası)
- d) Özel Sağlık Sigortaları
- e) Cepten Ödemeler
- f) Kamu Özel Ortaklığıdır



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

Şekil 1. Yıllara göre cepten yapılan sağlık harcaması



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

Şekil 2. 2015 yılı rakamları ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması, reel

Şekil 1' de yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamaları verilmiş olup; Şekil 2' de de 2015 yılı rakamları ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcamaları verilmiştir. Her iki şekilde de 1999 yılından 2008 yılına kadar artış olduğu görülmektedir. Ancak 2009 yılında sağlık harcamalarında büyük bir düşüş olduğu gözlenmekle birlikte 2013 yılından itibaren özel sağlık harcamaları artmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015).

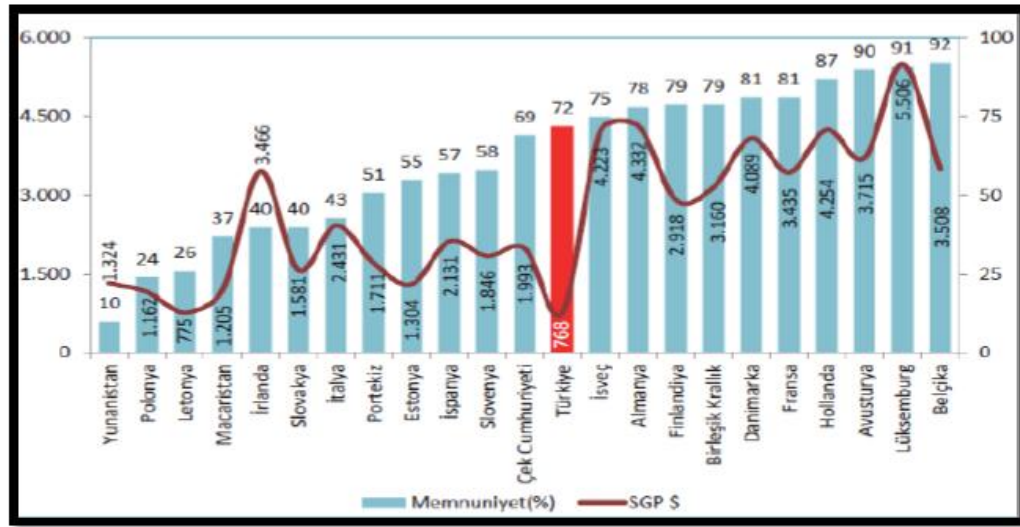
Türkiye’de sağlık ekonomisi kavramının gündeme gelmesi 1989 yılında Devlet Planlama Teşkilatı ile gündeme gelmiştir. Bu tarihten sonra sağlık reformu gündemden düşmeyen bir kavram olmuş; kalite, verimlilik ve hizmet sunumunun birbirinden ayrılması gündeme gelmiştir. 1996-1998 yılları arasında sağlık sektörü için ayrılan kaynaklar genişlemiş ve sağlık harcamaları üzerinde araştırma yapılarak kaynakların nasıl ve fonksiyonlarına göre ne şekilde dağıtıldığı hesaplanmıştır (Kubar, 2018).

1980’li yıllarda sağlık sektörü kamu tarafından fonlanmakta ancak sürekliliği sağlanamamaktaydı. 1990’ lı yılların ortalarında ise sağlık hizmeti sunan kamu kurumlarının gerçekçi planlama yapamamalarını hizmet sunumu ile finansmanın birlikte yürütmesine bağlamışlardır. Bu konuda yeni yasal düzenlemeler yapılması ve mevcut mevzuatın güncellenmesi öne çıkmaktadır. Bu nedenle Sağlıkta Dönüşüm Programı ile finansmanda süreklilik hedeflenmiştir. Türkiye’nin de içinde bulunduğu 21. Yüzyılda 21 hedef programında maliyet-etkililik, dayanışma ve kalite ilkelerini temel alan sağlık hizmetleri için sürdürülebilir finansman ve kaynak tahsisi yapılabilmesi belirlenmiştir. Ülkemizde hem özel hem de kamusal manada sağlık hizmetleri ve yatırımları finanse edilmekte olup bugün daha hala sağlık hizmetlerinde kamu ağırlığını hissettirmektedir. Bununla birlikte özel sermayeyi teşvik amacıyla devlet, özel sektörle ortak olarak çalışmalar yürütmektedir. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” yla birlikte kamu özel ortaklığı sağlık hizmetlerinde gündeme gelmiş, bu çerçevede çeşitli özel kuruluşlarla büyük yataklı tedavi kurumları kurulması için anlaşmalar yapılmıştır.

SDP ile birlikte Sağlık Bakanlığı finansmanını etkileyen faktörlerden bazıları şunlardır:

- a) SSK hastanelerinin devri, (Hastanelerin Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanması)
- b) Performansa bağlı ek ödeme sisteminin uygulanması,
- c) Hizmete erişimin kolaylaşması,
- d) Hastanelerde kalite ve verimliliğin önemsenmesi,
- e) Tam gün yasası uygulaması,
- f) Global bütçe uygulamasına geçilmesidir.

Aslında sağlık sektöründe önemli olan finansmanın hangi yöntemle sağlandığı değil, finansmanın sürekliliğinin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetleri sunumu çok çeşitli sektör ve alanlarla etkileşim içinde olduğundan toplumda yaşanan mali açıdan olumlu ya da olumsuz gelişmeler sağlık sektörüne yansımaktadır. Ülkemizde 2002-2013 yılları arasında yatırım harcamalarının payı artarken, cari sağlık harcamalarının payı azalmıştır. 2002 yılında % 2.4 olan yatırım harcamalarının payı; 2013 yılında % 5.6 olarak gerçekleşmiştir. Personel için ayrılan kaynaklar aynı dönemde 2002 yılında % 23.7 iken, 2013 yılında bu pay % 35.1’dir. Aynı zamanda 2002 yılından 2013 yılına kadar olan sürede toplam sağlık personeli % 65 artış sağlamıştır. Ayrıca sağlık hizmeti sunumunda bazı alanlarda Sağlık Bakanlığı hizmet alımı aracılığıyla hizmet sunumunu sağlıyor. Bu durum için de belli bir kaynak ayrılması gerekmekte ve anılan 12 yıl içerisinde hizmet alımı için ayrılan kaynaklar 6,6 kat artış göstermiştir. Şekil 3.3’ te görüldüğü üzere OECD ülkeleri arasında Türkiye sağlık hizmetleri sunumundan memnuniyeti ile ortalama bir görüntü çizerken, sağlık hizmetleri için kişi başı kamu cari sağlık harcaması ise OECD ülkeleri arasında en düşük seviyelerdedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2013).



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013

Şekil 3. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve kişi başı kamu cari sağlık harcaması

Yatırım finansmanı olarak bakıldığında ise Kamu-Özel Ortaklığı'ndan söz edilebilir. Kamu-Özel Ortaklığı modelinde finansman kaynağı sadece kamu ya da özel olmamakla birlikte, özel ve kamu riskleri eşit şekilde paylaşmaktadır. Bu model 24 Ocak kararları olarak anılan ekonomi programından sonra özel sektörün her alanda teşvikinin sağlanması amacıyla 1990'ların sonlarına kadar genellikle köprü, otoyol yapımlarında karşımıza çıkıyor. Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile finansman gerektiren hizmetlerin sunumunda mali kaynak sıkıntısının minimize edilebileceği öngörülmektedir. (Acartürk ve Keskin, 2012: 35) Bu modele sağlık yatırımları konusunda daha geniş yer vereceğiz.

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

Sosyalleştirme kapsamında temel sağlık hizmeti birimi sağlık ocağıdır ve sağlık ocakları hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetleri bir arada yürütmektedir. Koruyucu hizmetlerin tümü bu dönemde uygulama yönünden eksiklikleri giderecek şekilde geliştirilerek iyileştirici sağlık hizmetleri ile bütünleşerek herkese ulaşmak hedeflenmiştir (DPT 4.Kalkınma Planı, 1979: 468). Sosyalleştirme gereğince 5. Plan döneminde, 1989'a kadar 720 sağlık ocağı ve 4215 sağlık evinin yapımı planlanmıştır (DPT 5. Kalkınma Planı, 1985: 150).

Sosyalleştirmenin finansmanı açısından ise ortaya karmaşık yapı çıkmaktadır. Bir taraftan sağlık hizmeti ödenen primlerle desteklenirken ve bu şekilde tedavi edici sağlık hizmetleri öne çıkarken diğer taraftan sağlık hizmeti ücretsiz olarak herkese ulaştırılması ilkesi göz önünde tutularak dar gelirli vatandaşların sağlık hizmetlerinin tamamına ulaşmasının önünü kısmen de olsa kapatmaktadır. Bu nedenlerle yasa hizmetin tamamının devlet bütçesinden karşılanacağı net olarak belirtilmediğinden yasa tam manasıyla amacına ulaşmamaktadır (<http://www.ttb.org.tr/STED/>).

3.2. Sağlık Sigortası ve Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları

Dördüncü Kalkınma planında sağlık sigortası ve sosyalleştirme kapsamı dışında kalanlar için sağlık giderleri devlet tarafından karşılanması gerektiği vurgulanmıştır. 1984 yılında yapılan 5. Kalkınma Planı çerçevesinde sağlık sigortasına geçişi dönem içinde ele alınacağı belirtilmiştir (DPT 5. Kalkınma Planı, 1985: 152). 1990'lı yılların ortalarına gelindiğinde ise özel sağlık sigortacılığının yaygın olmadığı görülmektedir. Herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma hakkı sağlanmakla birlikte 8. Kalkınma Plan'ında sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması hedeflenmiştir (DPT 8. Kalkınma Planı, 2000: 109).

Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur kurumları tek çatı altında toplanmadan önce de sağlık politikaları gereği herkesi sigortalı yapma hedefi için, sigortalı çalışanların aileleri için de herhangi bir prim veya katkı ödemedi sağlanmaktaydı (Yanmaz, 2010: 67). Ayrıca prime dayalı sistemlerde kayıt dışı istihdam ve işsizlik açığı gözle görülür bir şekilde olduğunda sigortacılık finansmanında büyük boşluklar oluşmaktaydı. Bizim ülkemizde de tam anlamda bu yaşanmaktaydı; önüne geçilemeyen kayıt dışılık ve günden güne artan işsizlik sorunu. Bu nedenle Sosyal Güvenlik Kurumları'nın yeniden yapılandırılması gerekmektedir. 3 kurumun farklı sigorta kapsamları olmasına rağmen 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" çıkarılana dek yine de tüm nüfusu kapsayamamıştır (Yanmaz, 2010: 67). Bu nedenle 5510 sayılı kanun; sağlık finansmanı ve sosyal güvenlik anlamında köklü değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Herkesi kapsayan "Genel Sağlık Sigortası" oluşturulmak istenmiştir.

24.07.2003 tarihinde yürürlüğe giren 4947 sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu" Kanunuyla birlikte SSK, ES, Bağ-Kur kurumları fiilen ortadan kalkmış "Sosyal Güvenlik Kurumu" kurulmuştur. Bu yasaya göre SGK'nın görevleri; (https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200801212206080_hedef.pdf 2007, s.11)

- a) Sosyal güvenlik politikalarının belirlenmesi ve gerçekleşmesi için gerekli tedbirleri almak,
- b) Sosyal güvenlik konularında hak kaybı yaşanmaması adına ilgili çalışmalar yapmak,
- c) Uluslararası sosyal güvenlik anlaşmaları için gerekli çalışma ve hazırlıkları yürütmek ve sonuca vardırarak,
- d) Sosyal Güvenlik Kurumları arasında norm ve işbirliğini sağlamak,
- e) Aktüeryal hesaplarını incelemek, mali hareketlerini kuruluş amaçlarına uygunluğu izlemek,
- f) Ortak veri tabanı oluşturmak şeklinde belirlenmiştir.

Bu yeniden yapılandırmaya tek sebep elbette sadece sosyo-ekonomik seviyenin düşmesi değildi. Bunlara ek olarak; ülkedeki demografik değişim ve yönetim ve altyapı sorunları da eklenmektedir. 9. Kalkınma Planı'nda sosyal güvenlik sistemi bütün nüfusa mali sürdürülebilirliği olan ve kaliteli hizmet sunan bir yapıya kavuşturulması hedeflenmiştir (DPT 9. Kalkınma Planı, 2007: 89). 2007 yılında yapılan sosyal güvenlik reformuyla kayıt dışı istihdamın önüne geçerek sosyal güvenlik açığının daha düşük seyretmesi hedeflenmiştir. Ayrıca sosyal güvenlik kurumları arasında koordinasyon sağlanması gerektiği ve bilgi işlem otomasyonuna geçilerek mükerrer kayıt ve hak kaybı yaşanmasının önüne geçilmesi düşünülmektedir. Ancak devlet memurlarının prim matrahının genişlemesi ve maaşlarda düşüş yaşanmasın diye aradaki farkın bütçe tarafından

karşılancak olması sebebiyle bütçe harcamalarında artış olacağından kamunun mali dengesinde bir değışiklik olmayacaktır (DPT 9. Kalkınma Planı, 2007: 57).

Sosyal Güvenlik Reformu, tüm nüfusa eşit olacak şekilde sağlık hizmetlerini finanse eden GSS' nin kurulmasını, sosyal yardımların muhtaç olanlara erişebilmesini, sağlık dışındaki sigorta kollarının yer aldığı tek bir emeklilik sigortasının oluşturulmasını ve herkesi kapsayan, halkın kolayca ulaşabildiği sağlık hizmetlerini sağlayan yapının oluşturulmasını kapsar (Yanmaz, 2010: 78).

1946 yılından beri çıkarılmaya çalışan "Genel Sağlık Sigortası" (GSS) yasası 2008'de yürürlüğe girmiştir. Ancak yine ilk başlangıç hedeflerinden çok uzakta tamamen özel sigortacılık temelinde bir sistem getirildiği için eleştiriye tutulmuştur. Çünkü sigortanın kapsadığı temel teminat paketi daraltılmış ve cepten yapılan ödemeler arttırılmıştır. Cepten ödeme gerektirmesi durumunda yoksulların yine sağlık hizmetine erişememesi ve yetersiz kalınması sonuçlanmıştır.

3.3. Sağlık Yatırımları

Türkiye' de sağlığa olan yatırım 2000' lerin başına kadar neredeyse sadece bina olarak kendini göstermiş ve bu binaların birçoğu kamu eliyle yaptırılan hastaneler, sağlık ocakları olmuştur. Kalkınma Planlarında teknolojik, tıbbi cihaz ve ilaç sektöründe millileşme hedefler ve politikalar arasında yer almış ancak gerek siyaseten gerek ekonomik açıdan uygulamaya geçilememiştir. Hatta zaman zaman gerçekçi olmayan yatırımlar konusu gündeme gelmekte kaynakların etkili kullanılmadığına dair eleştiriler mevcuttur. Sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayrılması, mevcut kamusal kaynakların daha etkili kullanılması yönünde çalışmalar başlatılmıştır. Bu konuda 50 dönüm noktası sağlık politikalarının diğer alanlarında da olduğu gibi SDP olmuştur. Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özel ve gönüllü kuruluşların sağlık yatırımlarına teşviki hedeflenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde; sağlık hizmetleri sunumunda özel sektörün genişlemesini ve hali hazırda hizmet veren kamu hastanelerinin işlettilmesini öngören ilkeler mevcuttur. Tablo 3.1' de yatırım harcamalarının 1999' dan 2015' e kadar artarak ilerlediğini görmekteyiz (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015).

O zamana kadar özel sektör ağırlıklı olarak poliklinik, laboratuvar ve görüntüleme merkezlerine yatırım yapmaktaydı. Özel kuruluşların yatırım teşvikine rağmen sağlık sektöründe kamu yatırımlarının payının arttırılması da 9. Kalkınma Planı'nda hedefler arasında gösterilmektedir. Bunlarla birlikte inşaat halindeki projelerin tamamlanmasına da öncelik verilmiştir. Bu dönemde ülkemizde gündeme gelen başka bir yatırım modeli ise Kamu Özel Ortaklığı olmuştur. Kamu-Özel Ortaklığı modeli, ülkemizde 1980'li yıllarda Özal Hükümeti ile birlikte özelleştirme kapsamında ele alınmış daha çok Yap-İşlet-Devret olarak karşımıza çıkmıştır. Bu bağlamda otoyol, köprü yapımlarında bu modele daha sık rastlamaktayız.

Daha önceleri kamu sektörünün ağırlıklı olarak sunduğu mal ve hizmetler, günümüzde özelleştirme ve diğer alternatif yöntemlerle veya kamu özel işbirliğiyle de sunulabilme imkanı bulabilmektedir. 2006 yılında sağlıkta kamu özel ortaklığına yönelik çalışmalar hız kazanmıştır. Türkiye'de sağlık sektörü uygulama alanıyla ilgili pilot bölge olarak 2011 yılında süreci başlayan 1583 yataklı Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü'ne karar verilmiştir (Acartürk ve Keskin, 2012: 26). Kamu Özel Ortaklığı Modeli, devlet tarafından hazırlanan hastane projelerinin, devletin gösterdiği yere, finansmanı gerçek kişiler ya da özel sektör kuruluşları tarafından sağlanarak yapılması, gerektiğinde donanımın da sağlanması ve hastanenin en az 25, en fazla 49 yıllığına kiralanmasıdır. Bu model ile sağlık tesislerinin, kiralama karşılığı yaptırılması ile tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesi amaçlanmıştır. (Acartürk ve

Keskin, 2012: 27) Bir nevi Yap-İşlet-Devret modeli de diyebiliriz. Kamu Özel Ortaklığı modelinde maliyet, gelir, risk, fayda ve zararlar özel sektör ve kamu tarafından ortak olarak paylaşılmaktadır. Bu paylaşım kamu ve özel sektör için görev paylaşımı anlamına gelmektedir. Bu noktadan hareketle Kamu Özel Ortaklığı Modeli, aynı zamanda bir “kazan-kazan” modeli olarak formülize edilebilmektedir (Gerard, 2001: 1-4; Miraftab, 2004: 89). Ancak paylaşımlar noktasında yatırım planlama konusu daha karmaşık bir hale gelmektedir.

Tablo 1. Yıllara Göre Cari, Yatırım ve Toplam Sağlık Harcaması (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015)

Yıllar	Önit	GSYİH	Cari Sağlık Harcaması	Cari Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Yatırım Harcaması	Yatırım Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcaması (Cari+Yatırım)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)
1999	Milyon ₺	104.596	4.786		199		4.985	
	Milyon ABD \$	247.544	11.327	4,6	471	0,2	11.798	4,8
	Milyon SGP ABD \$	517.743	23.690		985		24.675	
2000	Milyon ₺	166.658	7.888		360		8.248	
	Milyon ABD \$	265.384	12.561	4,7	573	0,2	13.134	4,9
	Milyon SGP ABD \$	589.456	27.899		1.273		29.173	
2001	Milyon ₺	240.224	12.086		310		12.396	
	Milyon ABD \$	196.736	9.898	5,0	254	0,1	10.152	5,2
	Milyon SGP ABD \$	561.544	28.252		724		28.976	
2002	Milyon ₺	350.476	18.331		443		18.774	
	Milyon ABD \$	230.494	12.056	5,2	291	0,1	12.347	5,4
	Milyon SGP ABD \$	572.094	29.922		723		30.645	
2003	Milyon ₺	454.781	23.676		603		24.279	
	Milyon ABD \$	304.901	15.873	5,2	404	0,1	16.277	5,3
	Milyon SGP ABD \$	588.969	30.662		781		31.443	
2004	Milyon ₺	559.033	28.616		1.405		30.021	
	Milyon ABD \$	390.387	19.983	5,1	981	0,3	20.964	5,4
	Milyon SGP ABD \$	688.417	35.239		1.730		36.969	
2005	Milyon ₺	648.932	33.292		2.067		35.359	
	Milyon ABD \$	481.497	24.702	5,1	1.534	0,3	26.236	5,4
	Milyon SGP ABD \$	781.243	40.080		2.488		42.568	
2006	Milyon ₺	758.391	40.949		3.120		44.069	
	Milyon ABD \$	526.429	28.424	5,4	2.166	0,4	30.590	5,8
	Milyon SGP ABD \$	894.971	48.323		3.682		52.005	
2007	Milyon ₺	843.178	46.495		4.409		50.904	
	Milyon ABD \$	648.754	35.774	5,5	3.392	0,5	39.167	6,0
	Milyon SGP ABD \$	975.634	53.799		5.102		58.901	
2008	Milyon ₺	950.534	52.320		5.420		57.740	
	Milyon ABD \$	742.094	40.847	5,5	4.231	0,6	45.078	6,1
	Milyon SGP ABD \$	1.067.944	58.782		6.089		64.872	
2009	Milyon ₺	952.559	55.294		2.616		57.911	
	Milyon ABD \$	616.703	35.799	5,8	1.694	0,3	37.492	6,1
	Milyon SGP ABD \$	1.044.057	60.606		2.868		63.473	
2010	Milyon ₺	1.098.799	58.623		3.054		61.678	
	Milyon ABD \$	731.608	39.033	5,3	2.034	0,3	41.067	5,6
	Milyon SGP ABD \$	1.168.957	62.366		3.250		65.616	
2011	Milyon ₺	1.297.713	65.372		3.236		68.607	
	Milyon ABD \$	773.980	38.989	5,0	1.930	0,2	40.919	5,3
	Milyon SGP ABD \$	1.308.344	65.907		3.262		69.169	
2012	Milyon ₺	1.416.798	70.288		3.901		74.189	
	Milyon ABD \$	786.283	39.008	5,0	2.165	0,3	41.173	5,2
	Milyon SGP ABD \$	1.380.911	68.507		3.802		72.310	
2013	Milyon ₺	1.567.289	79.702		4.688		84.390	
	Milyon ABD \$	823.044	41.855	5,1	2.462	0,3	44.317	5,4
	Milyon SGP ABD \$	1.451.518	73.815		4.342		78.156	
2014	Milyon ₺	1.748.168	88.878		5.871		94.750	
	Milyon ABD \$	799.370	40.641	5,1	2.685	0,3	43.325	5,4
	Milyon SGP ABD \$	1.503.216	76.425		5.048		81.473	
2015	Milyon ₺	1.952.638	96.786		7.782		104.568	
	Milyon ABD \$	719.620	35.669	5,0	2.868	0,4	38.537	5,4
	Milyon SGP ABD \$	1.542.555	76.459		6.148		82.607	

Türkiye, sağlık sektöründeki gelişmelerini sektördeki amaçlarına uygun olarak yönlendirmektedir. Bu nedenle, sağlık politikalarının asıl amacı olan halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve geliştirilmesi, aynı zamanda stratejik amaçlardan birisi olan sağlığa yönelik risklerin minime indirgenmesi ve bu risklerden toplumu korumanın üzerine kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, “Stratejik Plan: 2010-2014). 1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, hizmetlerin niteliği ve örgütlenmesi çerçevesinde ilk ciddi adım olarak görülebilmektedir (Büber, 2010: 238-239; Karasu, 2011: 173-174). Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulamalarının önünü açan uygulama 1994 yılında 3996 sayılı “Bazı Yatırımların ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun” ve 1999 yılı 4446 sayılı yasa ile Anayasanın bazı maddelerinde değişiklik yapılması ile kamusal hizmet yeniden tanımlanmış ve kamu hizmetlerinde özel sektör desteği sağlanmıştır (Karasu, 2009: .81). Son dönemde de bu düzenlemelere ilaveten sağlık yatırımlarının da kamu özel ortaklığı yöntemiyle gerçekleştirilmesi amacıyla hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nda 2005 yılında yapılan değişiklikle Kamu Özel Ortaklığı Modeli sağlık hizmetlerinin içine girmiş ve uygulanmaya başlanmıştır (Acartürk ve Keskin, 2012: 46). Ayrıca, 2006 yılından sonra “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında düzenlenen sağlık reformlarıyla birlikte klinik hizmetlerinin de hizmet alımı yolu ile dışarıdan temin edilmesi uygulamaya konulmaya başlanmıştır (Akdağ, 2010: 5). Hukuki olarak da Kamu Özel Ortaklığı Modeli kapsamında 7.5.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na ek madde eklenmesine ilişkin kanun, 3.7.2005 tarihli 5396 sayılı kanundur. 2005 tarihli 5396 sayılı kanunla 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na eklenen ek 7. maddede; “Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine 49 yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir.” denilmektedir. Kanunda da açıkça görüldüğü üzere; sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli’ ne ilişkin devlete ait taşınmazların gerçek veya tüzel kişilere en fazla 49 yıllığına kiralanmasına izin verilmiştir (Acartürk ve Keskin, 2012: 48-49). 22.07.2006 tarih ve 26236 sayılı Resmi Gazete’ de “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları 53 dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’ nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK, 2007 yılında 5683 sayılı kanun ile değişikliğe uğrayarak Bakanlık bünyesine “İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı” ve “Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı” eklenmiştir (Atalay, 2014: 70-71). Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından yürütülen sözleşmelerde yer alan finansman kapsamı uygulama projesi, tasarımı, inşaatı, medikal cihazlar ve diğer donanımın tedariki, tesis için gerekli mefruşat, tesislerin bakım ve onarımı, tıbbi görüntüleme, laboratuvar, diğer tıbbi destek hizmetleri, bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek dahil tüm destek hizmetlerinin sunumu bileşenlerinden oluşmaktadır (Atalay, 2014: 73).

İlk olarak İngiltere’de model olarak uygulanan KÖO Modeli, Türkiye’ de sağlık sektöründeki uygulamaları “entegre sağlık kampüsleri” ve “şehir hastaneleri” olarak planlanmış ve planların aktif hale getirilmesi yönünde çalışmalar başlatılmıştır (Acartürk ve Keskin, 2012: 45). Modeli uygulayan ülkeler; KÖO modeli ile yapılacak olan sağlık kampüslerinin hizmet verimliliğinin arttırılıp maliyetinde düşüş sağlandığını belirtmektedirler (Price, 2011: 13). Sağlık Bakanlığı, sağlık alanında Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile uygulamalara 2005 yılında başlamıştır. Bakanlık 22 farklı ilde uygulamaya koyacağı büyük sağlık kampüsleri ile halkta devlet hastaneleri ile ilgili oluşan olumsuz yargıları yıkmayı hedeflemiştir. Sağlık kampüslerinde sadece hekimlik uygulamaları

devlet tarafından verilecek olup, diğer hizmetler özel sektör tarafından karşılanacaktır. Türkiye’de ilk kez sağlık alanında uygulanacak olan Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile hazineden tek kuruluş alınmadan yapılması planlanmıştır (Acartürk ve Keskin, 2012: 47). 2013 yılı Mayıs ayı itibariyle yaklaşık 30.000 yataklı hastane yapımı için süreç başlamış olup; 2019 yılı itibariyle Adana, Mersin, Isparta, Yozgat, Kayseri, Manisa, Elazığ, Eskişehir ve Ankara Bilkent Şehir Hastaneleri açılmış, 11 hastane daha yapılması planlanmıştır. Sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin uygulanmasıyla sağlık sektöründe hızlı ve etkin hizmet sunumunun dev sağlık kentleriyle sağlanması söz konusu olacaktır (Acartürk ve Keskin, 2012: 47).

Yapımı biten ve hizmete açılan hastanelerin yanında Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı tarafından Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kayseri Şehir Hastanesi, İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi, Adana Şehir Hastanesi, Gaziantep Şehir Hastanesi, İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi, Isparta Şehir Hastanesi, Kocaeli Şehir Hastanesi, Konya Şehir Hastanesi, Bursa Şehir Hastanesi, Eskişehir Şehir Hastanesi, Tekirdağ Şehir Hastanesi ve Şanlıurfa Şehir Hastaneleri’nin sözleşmeleri imzalanmıştır. Ayrıca Samsun, Denizli, İzmir Yenışehir Şehir Hastaneleri, Aydın FTR, Antalya, Diyarbakır, Aydın Şehir Hastaneleri ihale teklif ve hazırlık süreçlerinde olup, 4200 Yataklı İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi ve 900 Yataklı Ordu Şehir Hastanesi Yüksek Planlama Kurulu tarafından onay beklemektedir (<http://www.saglikyatirimlari.gov.tr>). Kamu Özel Ortaklığı Modeli’ nin yanı sıra ilaç, tıbbi cihaz, sağlık turizmi, sağlık insan gücü ve sağlık personeli eğitimleri için de yapılacak yatırımların arttırılması etkili bir sağlık hizmeti sunumu için hedeflenmiştir

4. SONUÇ

1980 yılında dünya ile birlikte artık Türkiye’ nin de devlet olarak, politika ve hizmetler konusunda bakış açısı değişmiştir. 24 Ocak Kararları olarak bilinen ekonomi alanında alınan kararlar artık devletin hizmet anlayışının ve sosyal devlet anlayışının değiştiğini gözler önüne sermekteydi. Diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de dönüm noktası oldu ve özel yatırımların teşviki ve hizmet sunumunun gerekirse özel sektör tarafından gerçekleştirilmesi ve devletin bu hususta özel sektör ile işbirliği yapması gündeme gelmiştir.

Doğal olarak bu süreç Kalkınma Planlarına da yansımış ve politikalar bu yönde belirlenmeye başlamış ve günümüze kadar gelecek olan dönem başlamıştır. Aslında Kalkınma Planlarında 2000’ li yıllara gelene kadar birbirinden çok da farklı politika ve hedefler belirlenmemiş olmakla birlikte çoğu zaman bu hedeflere erişilememiş fakat politikalara süreklilik kazandırılmaya çalışılmıştır. 1980’ lerde Kalkınma Planlarında sağlık sektörü ile ilgili ortak başlıklar dağınık ve yetersiz olan yatak sayılarının arttırılması, sağlık yatırımlarının arttırılması, devletin ilaç kontrolü üzerinde söz sahibi olması, çevre sağlığı, halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlık hizmet sunumunda verimlilik arttırılması için sağlık kurumlarının işletmecilik yönünden ele alınması ve özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesi yer almaktadır.

1990’ lı yıllar ülkemiz açısından ekonomik ve politik krizlerin yaşandığı bir dönem olmuştur. Bu nedenle alınan kararların uygulanması noktasında sıkıntılar yaşanmıştır. Bu dönemdeki kalkınma planlarının ortak noktası ise; koruyucu sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması, etkili sevk zincirinin oluşturulması, AÇSAP faaliyetleri, halk sağlığı eğitimi ve yatak sayısı ve sağlık personelinin yurt geneline dengeli dağıtılması hususu görülmektedir. Ancak 1999 yılında meydana gelen büyük depremle kriz çözümü konusunda hızlı davranıldığı ve kararlar alındığı görülmüş ama sağlık hizmetlerinin ve Kızılay’ ın yetersiz altyapısı nedeniyle istenilen sonucu vermemiştir.

Bu nedenle 2001' deki Kalkınma Planı ile birlikte sağlık hizmet sunumuna dair kalitenin artırılmasının yanı sıra sağlık altyapısının yeterli seviyeye gelmesi için çalışmalara başlanmış ve gerekli yatırımlar için düzenlemeler yapılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sevk zincirini sağlayabilmek için aile hekimliği uygulamaları başlamış ancak bu konuda başarı seviyesi düşüktür. Hastaneler Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmış, sağlık hizmet sunumundaki ayrılıklar giderilmeye

Sonuç olarak; Türkiye' de 1980 sonrası kalkınma planlarını incelediğimizde genellikle son dönemde sağlık hizmet ve finansmanının ayrılması, sağlık kurumlarının idari ve mali özerkliği kavuşturulması, hasta (müşteri) memnuniyeti öne çıkmış olup politikalar bu çerçevede ilerlemiştir. Yapılan politikalar ve belirlenen hedeflerle hasta hakkı ve memnuniyeti ile birlikte sağlık personelinin de hakkı ve memnuniyetinin de göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı 2023 yılı için sağlık personeli istihdamında artış olacağını öngörmekte ve bu çerçevede sağlık personeli eğitimi alacak olan kişi sayısının da bu oran da artacağını varsaymaktadır. Ayrıca 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri sunumunda yığılma olduğu gözlenmekte bu yığılmanın da ancak ve ancak 1. basamak sağlık hizmetinin etkili hizmet sunumu gerçekleştirmesiyle ve sevk zincirinin buradan aktifleşerek işlemesiyle mümkün olacağı tespit edilmiştir. Bunlarla birlikte Bakanlığın 2023 yılı hedefleri arasında özellikle hizmetlerin planlanması olup bu kapsamda çeşitli onkoloji, yanık, kalp damar cerrahisi, el cerrahisi, organ nakli hizmetleri için 2012 yılından itibaren yeni tedavi merkezlerinin açılması için çalışmalara ve yatırımlara başlamış ve günümüzde ise hala bu çalışmaların devam ettiği görülmektedir. Kamu-Özel Ortaklığı çerçevesinde ülkedeki yatak sayılarının artması açısından yatırımlar yapılmakta ve büyük kompleksler inşa edilmektedir fakat bu komplekslerin işleyişinin nasıl olacağını belirlenmiş olmasıyla birlikte muğlak noktaların olduğu da görülmüştür.

Gelişmekte olan ülkelerde devlet sağlık hizmetlerinde etkili bir role sahiptir. Özel sektör ise kısıtlı bir alana ya da sadece devletin izin verdiği ölçüde katılım sağlayabilir. Gelişmekte olan ülkeler; halkın mevcut olan sağlık durumunu koruyabilmek için ve sağlık düzeyini arttırmak için yüksek miktarda sağlık harcaması yapmaktadırlar (Kubar, 2018).

Türkiye'de yıllar içinde artarak yapılan sağlık harcamaları ile söz konusu olan sağlık göstergeleri arasında olumlu bir gelişme ortaya çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı, kamu sağlık harcaması açısından SGK' dan sonra ikinci sırada gelmektedir. Sağlık Bakanlığı bütçesinin büyük bölümü sağlık personelinin giderlerine istinaden ayrılması planlanmaktadır. Bununla birlikte SGK harcamasının %45'ini ilaç giderleri oluşturmaktadır.

Son 20 yılda ivme kazanan sağlık sorunları beraberinde yeni çözüm odaklı arayışları da beraberinde getirmiştir. İş güvenliği, İşçi güvenliği, hekim sağlama gibi bir çok alanda eksikler meydana gelmiştir ve bu da yatırımların yöntem ve miktarının değiştirilmesine yeni sağlık politikaları belirlenmesine zemin hazırlamıştır. Aktif ve pasif özelleştirmeler yapılmış, büyük kentlerde iyi hizmet veren hastane sayıları çoğalırken gelişmemiş yerlerde imkanlar kısıtlı kalmıştır. Dünya Sağlık Örgütü kriterleri amaçlanmıştır ve bu da maliyet analizlerini çoğaltmıştır (Yurdadoğ, 2007). Türkiye' de sağlık payı 2002 yılında 5,4 iken 2014 yılında 6,4 olmuştur. Hastane sayısı 2000-2010 yılları arası %1,7 arttı. Kişi başına düşen sağlık harcaması 2002-2012 yılında 184 dolar iken, 2015 yılında 913 dolar olmuştur. Genel artan seviyeye bakıldığında büyüme ile sağlık harcamaları arasında çift yönde pozitif ilerleme kaydedilmiştir fakat AB uyumu çerçevesinden hala çok uzakta olduğumuzu belirtmek gerekir ki %58 e yakın bir oranın uzun vadede çözümü

öngörülmektedir. Bu durum bize uzun vadede sağlık politikaları üzerinde iyileştirilmelerin artmasının gerektiğini göstermektedir. (Uçan ve Atay, 2016)

KAYNAKÇA

- Acartürk E. ve Keskin S. (2012). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17 (3): 25-51.
- Akdağ, R. (2010). Türk Sağlık Sistemi’nde Kurum Dışından Hizmet Alım Uygulamaları: Araştırma Raporu, *Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı*, Ankara.
- Aksakal, H.İ. (2011). *Atatürk Dönemi Sağlık Politikaları (1923-1938)*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Ankan, A. (2010). Milli Türk Tıp Kongreleri (1923-1968) ve Türkiye Sağlık Politikalarına Etkileri, *Türkiye Tıp Akademisi*, 1(1): 40.
- Atabey, S. E. (2012). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Ateş, T. (2002). *Türk Devrim Tarihi*. İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Başol E. (2015). Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri, *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4 (8): 128-140.
- Başol, E. ve Işık, A. (2015). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendireme ve Öneriler, *IAAOJ Social Sciences*, 2(2): 1-26
- Cumhuriyet Dönemi Sağlık Ansiklopedisi. (1976), Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Çavmak, Ş. ve Çavmak, D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1 (1): 48-57.
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi*. (2. Baskı), Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Devlet Planlama Teşkilatı, Dördüncü 5 Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983). <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/6/plan4.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].
- Devlet Planlama Teşkilatı, Beşinci 5 Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983). <http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/13740/plan5.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].
- Devlet Planlama Teşkilatı, Altıncı 5 Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994). <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/4/plan6.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].
- Devlet Planlama Teşkilatı, Yedinci 5 Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000). <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/3/plan7.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].
- Devlet Planlama Teşkilatı, Sekizinci 5 Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005). <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/2/plan8.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].

- Devlet Planlama Teşkilatı, Dokuzuncu 5 Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013). <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/1/plan9.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].
- Devlet Planlama Teşkilatı, Onuncu 5 Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018). <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].
- DSÖ, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi 1986.
- Gerard, M. B., (2001). What Are Public-Private PARTnerships and How Do They Differ from Privatization. Finance & Development, *A Quarterly Magazine of the IMF*.
- Görmüş, A. (2013). *Sağlıkta Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>
- <http://www.sgk.gov.tr/sgkshared/sgk/geneltanitim/SGKtarihce.pdf> 2011
- <http://www.ttb.org.tr/STED>
- Kubar, Y. (2018) *Teorik Açıdan Sağlık Ekonomisi Analizi*, Teoride Ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi Ve Politikaları Güncel Sorunlar Ve Araştırmalar, Rating Academy Yayınları
- Miraftab, F. (2004). Public-Private Partnerships: The Trojan Horse of Neoliberal Development. *Journal of Planning Education and Research*.
- Price, D. (2011). Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, ss. 13-28.
- Sağlık Bakanlığı. (2013). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2015). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara.
- Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2 (4): 179-182.
- Tatar M., 2012. Sağlık politikası nedir? <http://www.pitstop.com.tr/saglik-politikasi-nedir/> [Erişim Tarihi: 13.05.2017].
- T.C. Resmi Gazete Sayı 16 19461, 15 Mayıs 1987.
- T.C. Resmi Gazete, Sayı: 21273, 3.7.1992.
- T. C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Stratejik Plan (2013-2017). Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, 2017. <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr> [Erişim Tarihi: 07.11.2017].
- Uçan, O. ve Atay, S. (2016). Türkiye'de Sağlık Harcamaları Ve Büyüme Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme, *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Temmuz 2016; 9(3)
- Vergili A., (2011). *Türkiye'de Modern Tıbbın Kurumsallaşması ve Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi, *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8 (1): 176-188.
- Yurdadoğ , V., 2007, Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı Ve Analizi, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16 (1).