TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

TÜRKİYE'DE SOSYALLEŞTİRME'DEN "SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM"E SAĞLIK HARCAMALARI ve MEVZUATI

Dr. Emine BARAN

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ahmet SALTIK

ANKARA

2009

ÖNSÖZ

Tıpta Uzmanlık eğitimim ve bu Tez çalışmamın en başından sonuçlandırılmasına dek çok değerli katkılarından dolayı Danışmanım Sayın Prof. Dr. Ahmet SALTIK' a, 4 yıl süren uzmanlık eğitimim boyunca AÜTF Halk Sağlığı AD'nın öbür saygıdeğer öğretim üyeleri Prof. Dr. Recep AKDUR, Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA, Prof. Dr. Aysun İDİL, Prof. Dr. Meltem ÇÖL, Doç. Dr. Deniz ÇALIŞKAN, Yrd. Doç. Dr. M. Esin OCAKTAN, Öğr. Gör. Uzm. Dr. Ayşe YILDIZ'a; ayrıca tezimi yapma sürecinde çeşitli aşamalardaki değerli katkılarından dolayı T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Yönetim ve Planlama Daire Başkanı Sayın Dr. Hüseyin DEMİREL'e, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü'nden Sayın Araş. Gör. Özgür ŞAHAN'a, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Ekonometri Bölümü'nden Sayın Araş. Gör. Furkan EMİRMAHMUTOĞLU'na, Türk Eczacıları Birliği'nden Sayın Ecz. Necati TAN ve Sayın Ecz. Esra SİMTEN YANTURALI'ya teşekkürü bir borç bilirim.

Bu Tez, Canım Anne ve Babama ithaf edilmiştir.

Emine BARAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Önsöz	ii
İçindekiler	iii
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	viii
Şekiller Dizini	ix
Tablolar Dizini	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaç	2
1.1.1. Sağlık Mevzuatına İlişkin Amaçlar	2
1.1.2. Sağlık Harcamalarına İlişkin Amaçlar	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Sağlık Mevzuatı Kavramları.	4
2.2. Sağlık Harcamaları Kavramları	5
2.3 Yaşama ve Sağlık Hakkı	8
2.4 Sağlık Politikaları	10
2.5. Sağlık Sistemlerinde Ödeme Mekanizmaları	13
2.6. Sağlık Hizmeti Sunumu ve Finansmanı	16
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Özgünlüğü	19
3.3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	19
3.4. Hipotezler	20
3.5. Gereç ve Yöntem	20
3.5.1. Sağlık Mevzuatına İlişkin Gereç ve Yöntem	20
3.5.2. Sağlık Harcamalarına İlişkin Gereç ve Yöntem	21
3.6. Çalışmanın Zamanı	21
3.7. İstatistiksel Değerlendirme	21
3.8. Sınırlılıklar	22
3.8.1. Sağlık Mevzuatına İlişkin Sınırlılıklar	22
3.8.2. Sağlık Harcamalarına İlişkin Sınırlılıklar	22
4. BULGULAR	24
4.1. Sağlık Harcamaları İle İlişkili Sağlık Mevzuatı	24
4.1.1. 1961 - 1981 Dönemi	27
4.1.1.1. 209 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa	27
4.1.1.2. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa	27
4.1.1.3. 1961 Anayasası	30
4.1.1.4. 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası	31
4.1.1.5. 657 sayılı Devlet Memurları Yasası	31

4. BULGULAR **Sayfa**

4.1.1.6. 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası 32
4.1.1.7. 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hak.Yasa .. 32
4.1.1.8. 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa 33
4.1.1.9. 24 Ocak 1980 Kararları 34
4.1.1.10. 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Yasa 34
4.1.1.11. Sağlık Hizmetlerinden Katılım Payı Alınması - İlaç 35
4.1.2. 1982 - 2001 Dönemi 36
4.1.2.1. 1982 Anayasası 36
4.1.2.2. 3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Yasası 39
4.1.2.3. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası 39
4.1.2.4. Döner Sermayeden Personele Ek Ödeme ve Dışardan Personel Çalıştırma 40
4.1.2.5. 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasa 41
4.1.2.6. Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik 42
4.1.2.7. Dünya Ticaret Örgütü ve Uluslararası Antlaşmalar 42
4.1.2.8. Sağlık Hizmetlerinden Katılım Payı Alınması - Protez, Araç ve Gereç 45
4.1.2.9. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik 47
4.1.2.10. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kurum ve Kuruluşlarda Döner Sermaye 48
4.1.3. 2002'den Günümüze 48
4.1.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı 48
4.1.3.2. Özel Hastaneler Yönetmeliği 49
4.1.3.3. Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ 50
4.1.3.4. Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri'nin Döner Sermaye Gelirleriyle Satın Alınması 52
4.1.3.5. 5018 Sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Yasası 53
4.1.3.6. 2004 Mali Yılı Bütçe Yasası - Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması 53
4.1.3.7. Beşeri Tıbbi Ürünlerde Katma Değer Vergisi (KDV) Oranının %18'den %8'e Düşürülmesi 55
4.1.3.8. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ-2004 55
4.1.3.9. Sosyal Sigorta Kurumları ile Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarını Temsil Eden Dernekler Arasında İmzalanan Protokol 57

4. BULGULAR **Sayfa**

4.1.3.10. 5222 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasada Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa (Ayakta Tedavi Hizmetlerinin de Karşılanması 57
4.1.3.11. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkına Yasa... 58
4.1.3.12. Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesi İlişkin Esas ve Usuller Hakkında Tebliğ 59
4.1.3.13. Sosyal Güvenlik Kurumlarına Bağlı Sigortalı ve Hak Sahiplerinin Özel Sağlık Kuruluşlarından Muayene ve Tedavi Edilmelerine Yönelik Protokol..... 60
4.1.3.14. 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Yasa .. 60
4.1.3.15. 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı – Sıra No: 4-Tedavi Yardımı 61
4.1.3.16. Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılananlardan Katılım Payı Alınması - İlaç 63
4.1.3.17. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik..... 63
4.1.3.18. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik..... 66
4.1.3.19. 5471 sayılı Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa ile 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa 69
4.1.3.20. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası..... 72
4.1.3.21. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası 72
4.1.3.22. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Yasa Tasarısı 72
4.1.3.23. Hastanelere Sevkin Kalkması 73
4.1.3.24. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ-2007..... 74
4.1.3.25. Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Yasalarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa Tasarısı Taslağı 74
4.1.3.26. 5754 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ve Bazı Yasa ve Yasa Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa 75
4.1.3.27. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile İlgili Başbakanlık Genelgesi..... 88
4.1.3.28. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi..... 89
4.1.3.29. Sosyal Güvenlik Kurumunca 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanuna Göre Kullanılacak Yetkilere İlişkin Yönetmelik 90

4. BULGULAR **Sayfa**

4.1.3.30. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği 90
4.1.3.31. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği 92
4.1.3.32. 5828 sayılı 2009 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Yasası 94
4.1.3.33. Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliği - Sıra No: 7 96
4.1.3.34. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğ - Sıra No: 8 97
4.1.3.35. SGK'nın ağız-diş sağlığı hizmetleri için özel sektöre sevk ve bu sektörden hizmet satın alınmasının iptali 97
4.1.3.36. Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol - 2009 98
4.2. Sağlık Harcamaları 99
4.2.1. Finansman kurumları 99
4.2.1.1. Genel Devlet 101
4.2.1.1.1 Merkezi Devlet 101
4.2.1.1.1.1. Genel Bütçeli Kuruluşlar 101
4.2.1.1.1.2. Katma Bütçeli Kurumlar 103
4.2.1.1.1.3. Bağımsız Bütçeli Kurumlar 104
4.2.1.1.1.4. Kamu Sektörü Denetimindeki Fonlar 104
4.2.1.1.1.5. Devlet Memurlarına Verilen Sağlık Hizmetleri 106
4.2.1.1.2. Yerel Yönetim 106
4.2.1.1.3. Sosyal Güvenlik Fonları 106
4.2.1.2. Özel Sektör 112
4.2.1.2.1. Özel Sosyal Sigorta 112
4.2.1.2.2 Özel Sigorta Şirketleri 113
4.2.1.2.3 Hane Halkı Tarafından Cepten Yapılan Ödemeler 113
4.2.1.2.4 Hane Halklarına Hizmet Eden Kâr Amacı Gütmeyen Kuruluşlar 114
4.2.1.2.5 Sağlık İşletmeleri 114
4.2.2 Hizmet sunucuları 130
4.2.2.1. Hastaneler 131
4.2.2.1.1 Genel Hastaneler 131
4.2.2.1.2 Ruh Sağlığı ve Madde Bağımlılığı Hastaneleri 132
4.2.2.1.3 Özel Dal Hastaneleri 132
4.2.2.1.4 Kamu İktisadi Teşekkülleri, Belediye ve Öbür Bakanlıkların Hastaneleri 133
4.2.2.2. Ayakta Sağlık Hizmeti Sunucuları 134
4.2.2.3. Perakende Satış ve Öbür Tıbbi Malzeme Sunucuları 138
4.2.2.4. Halk Sağlığı Programları Sunumu ve Yönetimi 139
4.2.2.5. Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta 139
4.2.2.6. Sağlıkla İlgili Hizmet Sunan Kurumlar 139
4.2.3. Sağlık Hizmetleri 145
4.2.3.1. Sağaltıcı (Tedavi Edici) Hizmetler 146
4.2.3.1.1 Yatan Hastalara Verilen Sağaltıcı Hizmetler 147
4.2.3.1.2 Ayakta Bakım Gören Hastalara Verilen Sağaltıcı Hizmetler 147
4.2.3.2. Esenlendirici (Rehabilite Edici) Hizmetler 155
4.2.3.3. Yardımcı sağlık Hizmetleri 155
4.2.3.4. Ayakta Bakım Hastalarına Verilen Tıbbi Gereçler 156

4. BULGULAR **Sayfa**
4.2.3.5. Koruma ve Halk Sağlığı Hizmetleri 156
4.2.3.6. Sağlık Yönetimi ve Sağlık Sigortası 160
4.2.4. Sağlıkla İlgili İşlevler..... 160

5. TARTIŞMA 175
5.1. Sağlıkta Alanında Küresel Dönüşümler 175
5.2. Sağlıkta Alanında Ülkemizdeki Dönüşümler 179
5.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi..... 179
5.2.2. Dünya Bankası ve 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası..... 181
5.2.3. Dünya Bankası ve Sağlıkta Dönüşüm Programı..... 183
5.2.4. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik…….. 184
5.2.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı..... 187
5.2.5.1. Sosyal Sağlık Sigortası Prim oranları..... 194
5.2.5.2. Katılım Payları - Cepten Ödemeler 199
5.2.6. Kamu hastane birlikleri..... 202
5.2.7. Döner Sermaye ve Başarım (Performans)..... 203
5.3. Sağlık Harcamaları 207
5.3.1. İlaç Politikaları..... 212
5.3.1.1. Eşdeğer (Jenerik) ilaç uygulaması 214

6. SONUÇ ve ÖNERİLER 215

ÖZET 227

SUMMARY 229

KAYNAKLAR 231

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BKK	Bakanlar Kurulu Kararı
BUT	Bütçe Uygulama Talimatı
DB	Dünya Bankası
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	Dünya Ticaret Örgütü
GATS	General Agreement on Trade in Services
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
IMF	International Monetary Fund
İHEB	İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KNA	Koşullu Nakit Aktarımları
KSH	Kamu Sağlık Harcaması
MAI	Multilateral Agreement on Investment
Md.	Madde
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖSH	Özel Sağlık Harcaması
RG	Resmi Gazete
SB	Sağlık Bakanlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SGP	Satın Alma Gücü Paritesi
SYDGM	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TRIPS	Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
TSH	Toplam Sağlık Harcaması
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USH	Ulusal Sağlık Hesapları
YGK	Yasa Gücünde Kararname

ŞEKİLLER DİZİNİ **Sayfa**

Şekil 2.1	Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetlerinde Yapılanma	14
Şekil 2.2	Türkiye Sağlık Sistemi Finansal Akış Şeması…….	19
Şekil 4.2.1	Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri, 1994 - 2008 Kasım……...	112
Şekil 4.2.2	Türkiye'de Toplam Sağlık Harcaması / Gayri Safi Yurt İçi Hasıla Oranı,1975 - 2005 ve 2006 - 2015 Kestirimi..	118
Şekil 4.2.3	OECD Ülkeleri Ortalamasının Toplam Sağlık Harcaması ve Gayri Safi Yurt İçi Hasıla Gerçek Yıllık Büyüme Hızı (%) 2000 – 2006……	119
Şekil 4.2.4	Türkiye'de Toplam Sağlık harcaması, Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'nın Yıllara Göre Değişimi, 1975 – 2005……..	120
Şekil 4.2.5	OECD Ülkelerinde TSH, KSH ve ÖSH'nin GSYİH İçindeki Oranı (%), 2005……..	123
Şekil 4.2.6	Türkiye'de Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı, 1984-2006……	124
Şekil 4.2.7	Türkiye'de Satın Alma Gücü Pariyetesine göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması; 1975-2005 ve 2006-2015 Kestirimi……	129
Şekil 4.2.8	Türkiye'deki Hastanelerin Yıllara Göre Kurum ve Yatak Sayısı, 1923-2007…….	133
Şekil 4.2.9	Türkiye'de Özel Hastane Sayılarının Yıllara Göre Kestirimi……..	136
Şekil 4.2.10	Nüfus Yoğunluğuna Göre Sağlık Bakanlığı ve Özel Sektörde Uzman Hekim Başına Düşen Nüfus…….	138
Şekil 4.2.11	Türkiye'de Cari Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı, 1999 - 2005……	143
Şekil 4.2.12	Türkiye'de Cari Sağlık Harcamaları ile Sağlık Yatırım Harcamalarının Yıllara Göre Dağılımı, 1999 – 2004…..	144
Şekil 4.2.13	Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağaltım Harcamalarının İçinde Özel Hastane Harcamalarının Payı, 2000 – 2007……...	145
Şekil 4.2.14	Türkiye'de Kamu ve Özel Cari Sağlık Harcamalarının Ayakta Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Dağılımı, 1999 – 2005……..	151
Şekil 4.2.15	Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye İşletmesinin Gelir Gider ve Bütçe Durumu, 1999 – 2007……..	154
Şekil 4.2.16	Sağlık Ocaklarında Yapılan Bazı Çalışmaların Yıllara Göre Dağılımı, 1997 – 2006……	158
Şekil 4.2.17	Sağlık Ocaklarında Yapılan Kimi Koruyucu Sağlık Hizmeti Çalışmaların Yıllara Göre Dağılımı, 1997 – 2006……...	159
Şekil 4.2.18	Türkiye'de Beşeri İlaç Dışalımı ve Dışsatımının 1999 - 2005 Yılları Arası Değişimi (1000 ABD $) ve 2006 - 13 Projeksiyonu……..	167
Şekil 4.2.19	Türkiye'de Yerli ve Dışalım (İthal) İlaç Pazar Oranları, 2001 - 2007 (Tutar %)……	169
Şekil 4.2.20	Türkiye'de Referans ve Eşdeğer İlaç Pazar Oranları, 2001 - 2007 (Tutar %)……...	170

TABLOLAR DİZİNİ **Sayfa**

Tablo 4.1.1. Tez Kapsamında Sağlık Harcamalarının Finansmanıyla İlgili Mevzuat Metinleri…….. 25-6
Tablo 4.2.1. Ulusal Sağlık Hesaplarında Finansman Kurumları……. 100
Tablo 4.2.2. Sağaltım Giderlerine Yönelik Destekler, 2003 - 2008 Kasım…… 104
Tablo 4.2.3. Şartlı Nakit Transferleri Sağlık Yardımları, 2003 - 2008 Kasım……... 105
Tablo 4.2.4 Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kapsamı, 2002-2008 Kasım……. 110
Tablo 4.2.5 Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri ve GSYİH İçindeki Payı 1994 - 2008 Kasım…… 111
Tablo 4.2.6 Türkiye'de Toplam Sağlık Harcaması, Gayri Safi Yurt İçi Hasıla ile Türkiye ve OECD Ülkeleri Ortalamasında TSH / GSYİH Oranı, 1975 - 2006…… 116
Tablo 4.2.7 OECD Ülkelerinde TSH / GSYİH, GV / TSH, KSH/TSH ve ÖSH / TSH Oranı, 2005……. 122
Tablo 4.2.8 Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamasının Finansman Kaynaklara Göre % Dağılımı, 1992 – 2004…….. 125
Tablo 4.2.9 OECD Ülkeleri Ortalaması ve Türkiye'de Satın Alma Gücü Paritesine göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması, 1975 – 2005……. 127
Tablo 4.2.10 Ulusal Sağlık Hesaplarında Hizmet sunucuları…… 130
Tablo 4.2.11 Türkiye'de Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları Sayıları, 1967-2007…….. 135
Tablo 4.2.12 Türkiye'de Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı,1961-2006……. 137
Tablo 4.2.13 Türkiye'de Finansman Kurumlarının Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı, 1999-2004…… 140-2
Tablo 4.2.14 Ulusal Sağlık Hesaplarında Sağlık hizmetleri…….. 146
Tablo 4.2.15 Türkiye'de Hastanelere Başvuran Hastaların, Kurumlara Göre Poliklinik ve Yatan Hasta Durumu, 2002 – 2007…….. 149
Tablo 4.2.16 Türkiye'de Özel ve Üniversite Hastanelere Başvuran Hastaların 2002 - 2007 Yılları Arasında Karşılaştırılması…… 150
Tablo 4.2.17 Türkiye'de Genel Bütçenin Sağlık Bakanlığı ile Tedavi ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçeleri ile Karşılaştırılması, 1997-2007……. 152
Tablo 4.1.18 Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye İşletmesinin Gelir Gider ve Bütçe Durumu, 1999 - 2008 Ekim……. 153
Tablo 4.2.19 Yıllara Göre Sosyal Güvencesi Olmayan Hastalardan Tedavi Görenlerin Sayısı ve Gönderilen Ödenek Durumu, 1995 – 2007…….. 155

TABLOLAR DİZİNİ **Sayfa**

Tablo 4.2.20	Sağlık Ocaklarında Yapılan Bazı Çalışmaların Yıllara Göre Dağılımı, 1997-2006…….....	157
Tablo 4.2.21	Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Sağlık Harcamaları 2000 – 2008 Kasım……	161
Tablo 4.2.22	OECD Ülkelerinde İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%),1981-2006…….	163
Tablo 4.2.23	Türkiye'de Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamalarının İçinde İlaç Harcamalarının Payı, 2000 - 2007……..	164
Tablo 4.2.24	Türkiye'nin Toplam İlaç Pazarı, 1995 – 2005…….....	165
Tablo 4.2.25	Türkiye'de Beşeri İlaç İthalatı ve İhracatının Yıllara Göre Değişimi (1000 $), 1999-2005……..	166
Tablo 4.2.26	Türkiye'de Beşeri İlaç Dışalımı ve Dışsatım Kestirimi 2006-2013 (2005 Yılı Fiyatlarıyla 1000 $)…….	166
Tablo 4.2.27	Türkiye ve Kimi Ülkelerde İlaç Pazarının GSYİH'ye Oranı,2007…….....	168
Tablo 4.2.28	Bazı Ülkelerin Sağlık Düzey Göstergeleri 2004, 2005…	172
Tablo 5.1	Hekimlere yapılan Ödeme Modellerinin Karşılaştırılması…….	205

1. GİRİŞ

Sağlık hakkı, vazgeçilemez ve devredilemez temel insan haklarının başında gelir (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi – İHEB madde 25).[1]

Günümüzde, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) dışında tüm gelişmiş ülkelerde sağlığın bir hak olduğu düşünülmekte ve ülke vatandaşları sağlık hizmetlerine ulaşma hakkını devletlerinden istemektedir. Mesleği, statüsü veya cinsiyeti ne olursa olsun; ırk, dil, din hiçbir ayrım yapmadan tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine hakça erişimi kabul görmüştür.[2]

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2000 Yılı Dünya Sağlık Raporu'nda; Sağlık sistemlerinin ulaşılabilir, sürdürülebilir, hakça (hakkaniyetli) ve iyi nitelikte olmaları gereği belirtilmektedir.[3]

Temelde bütün ülkelerin yüzleştiği sorun, sağlık finansman sistemlerinin herkesi kapsayan sağlık hizmetlerini nasıl gerçekleştireceği veya sürdüreceğidir. Herkesi kapsama; bütün uygun destekleyici, koruyucu, sağaltıcı ve esenlendirici hizmetlere finanse edilebilir bir bedelle ulaşmayı sağlamak olarak tanımlanabilir. Böylece herkesi kapsama; finansal riskten korumaya ek olarak 2 tamamlayıcı boyutu birleştirir: Toplumu kapsayıcılığın boyutu (örneğin, kimler kapsanacaktır?) ve sağlık hizmetlerinin içeriği boyutu (hangi hizmetler sunulacaktır?).[4]

1961 Anayasası'nda toplumun temel insan haklarından biri olan "Sağlık Hakkı"nı koruyup gözetmek Devletin görevi iken (md. 49) 1982 Anayasası'nda (md. 56) Devlet bu görevinden çekilerek yalnızca düzenleme ve denetleme işlevine indirgenmiş ancak "Sosyal bir Devlet" olma ilkesini en azından kağıt üstünde, 2. maddesinde sürdürmüştür. Bu maddede, 4. madde uyarınca Devletin değiştirilemez ve değiştirilmesi teklif bile edilemez 6 temel niteliği bağlamında SOSYAL DEVLET ilkesi de yer almaktadır.[5,6]

Sağlık sistemleri, gerekli düzenlemeleri içeren mevzuatla (= yazılı hukuk kuralları) desteklenirler. 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa'dan, 2002–2003 yıllarındaki "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı da içine alarak günümüze değin uzanan neredeyse yarım yüzyıllık uzunca zaman diliminde önemli değişimler yaşanmaktadır.

Ülkelerin sağlık sistemleri içerisinde sağlık harcamaları hesaplamaları son yıllarda politika belirleyicilerinin önemle üzerinde durdukları bir konu olmuştur. Çünkü amaçları gerçekleştirmede etkin rol oynayabilmeleri için, mevcut kısıtlı kaynakların sektör içindeki miktarı ve dağılımı, bu kaynakların akış yönü, şekli ve geçmişte gözlenen hareketleri ile gelecekte beklenen hareketleri konusunda hem kamu hem de özel sektörü kapsayan detayda doğru bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır.[7]

1.1 Amaç

Tez, birbiriyle bağlantılı başlıca 2 ana bölümden oluşmaktadır:

a) Sağlık harcamaları.

b) Sağlık harcamaları ile ilgili sağlık mevzuatı.

Bu bakımdan, birbirini tamamlayan her 2 bölüme dönük olarak gerekli irdelemeler aşağıda verilmiştir.

1.1.1 Sağlık Mevzuatına İlişkin Amaçlar

- 9 Ocak 1961'de Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında 209 sayılı Yasa, 12 Ocak 1961'de yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa ve 20 Temmuz 1961 tarihli 1961 Anayasası'ndan, "Sağlıkta Dönüşüm" sürecinin resmen telaffuz edildiği Haziran 2003'ten bu tezin yazımının bağlandığı 2009 başlarına dek sağlık harcamaları ile ilişkili Sağlık Mevzuatı düzenlemelerinin irdelenmesi, birbirleriyle karşılaştırılması, bu düzenlemelere kaynak oluşturabileceği düşünülen kimi etmenlerin [Dünya Bankası (DB) raporları, Türkiye'nin uluslararası anlaşmaları vb.] dikkate alınarak karşılaştırmalı değerlendirilmesini yapmak ve geleceğe ilişkin kimi kestirimlerde bulunmaktır.

- Yaklaşık olarak son yarım yüzyıl içinde gerçekleştirilen sağlık harcamaları ile ilişkili sağlık mevzuatı düzenlemelerinin karşılıklı etkileşimini incelemektir.

1.1.2. Sağlık Harcamalarına İlişkin Amaçlar

Tezin bu bölümünde 1961-2008 döneminde sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içindeki payını, satın alma gücü paritesini (SGP) finansman kaynaklarına (Kamu ve özel sektör) ve hizmet sunucularına göre dağılımını, kişi başına düşen sağlık ve ilaç harcamaları ile ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payını zaman içinde ve gerektiğinde öbür ülkelerle de karşılaştırarak incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Mevzuatı Kavramları

Anayasa: Devletin biçimini, kişilerin hak ve ödevlerini, devlet organlarını ve bu organlar arasındaki ilişkileri belirleyen en soyut ve en genel hukuk kurallarını içeren yazılı yasa, anayasadır.[8]

Milletlerarası Antlaşma: Türkiye'nin yabancı devletlerle veya milletlerarası kuruluşlarla yaptığı bir antlaşmanın geçerlilik kazanması Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'nin sözü geçen antlaşmayı bir yasayla uygun bulmasına bağlıdır.[8]

Yöntemine göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası antlaşmalar yasa gücündedir (yasa hükmündedir). Bunlar hakkında Anayasaya aykırılık savı ile Anayasa Mahkemesi'ne başvurulamaz (Ek cümle: 07.05.2004 – 5170 / 7 md. İle getirilen Anayasa md. 90, son fıkra). Yöntemine uygun yürürlüğe konmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası antlaşmalarla yasaların aynı konuda farklı kurallar içermesi nedeniyle çıkabilecek uyuşmazlıklarda milletlerarası antlaşma hükümleri esas alınır (1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasası madde 90 / 5).[6]

Tüzük: Bakanlar Kurulu, yasanın uygulanmasını göstermek veya buyurduğu işleri belirlemek üzere yasalara aykırı olmamak ve Danıştay'ın incelemesinden geçirilmek koşuluyla tüzükler çıkarabilir. Tüzük, yasanın uygulanmasını göstermek için veya yasanın buyurduğu işleri belirtmek için çıkarılır. Dolayısıyla tüzüğün yasaya dayanması gerekir. Normlar hiyerarşisi ilkesine göre, tüzüğün yasalara aykırı olmaması gerekir (Anayasa md.115). [8]

Yasa: Yasa, mevzuat kuralları sıralamasında (normlar hiyerarşisinde) Anayasadan sonra ikinci sırada mevzuat kaynağı olarak genellik ve süreklilik özelliklerini gösterir. Yasanın niçin çıkarıldığının, yasaya neden gereksinim duyulduğunun bilinmesi gerekir. Bu yüzden her yasa için bir gerekçe hazırlanır. Yasalar Anayasaya aykırı olamaz (1982 Anayasası madde 11/2).[6,8]

Yasa Gücünde (Kanun Hükmünde Kararname (YGK, KHK): 1982 Anayasası'na göre TBMM, Bakanlar Kurulu'na YGK çıkarma yetkisi verebilir. Yasa gücünde kararnameler hakkında tıpkı yasalar hakkında olduğu gibi, biçim (şekil) ve öz (esas) bakımından Anayasa'ya aykırılık nedeniyle iptal davası açılabilir.8

Yönetmelik: Başbakanlık, bakanlıklar ve kamu tüzelkişileri kendi görev alanlarını ilgilendiren yasaların ve tüzüklerin uygulanmasını sağlamak üzere ve bunlara aykırı olmamak koşuluyla yönetmelikler çıkartabilir (Anayasa md. 124).[8]

2.2. Sağlık Harcamaları Kavramları

Cari Harcama: Sermaye veya yatırım kalemleri dışındaki kalemlere yapılan harcamalardır. Maaş ve ücretleri, sarf malzemesine yapılan harcamaları ve mal ve hizmet üretildikçe günlük olarak tüketilen mal ve hizmetlere yapılan harcamaları içerir.[7]

Cari Sağlık harcaması: Cari sağlık harcaması; tüm tedavi, rehabilitasyon, koruyucu ve halk sağlığı, yardımcı tıbbi hizmetler ile bu hizmetlerin yönetimi ve topluma sunulması için gerekli ilaç, tıbbi tüketim ve sağaltım malzemeleri, sağlık çalışanları maaş ve ücretleri için yapılan harcamaları kapsamaktadır. Doğrudan sağlık hizmeti olmayıp sağlıkla ilgili olarak tanımlanan sağlıkta Araştırma-Geliştirme, sağlık eğitimi, çevre sağlığı hizmetleri, gıda, hijyen, içme suyu ve yatırım harcamalarını kapsamaz.[7]

Cepten Yapılan Harcama: Maliyet paylaşımı, kendi kendine bakım ve öbür harcamalar için hane halkları tarafından doğrudan yapılan harcamalardan oluşur.[7]

Faiz Dışı Fazla: Bunu kısaca, borç faiz ödemeleri ayrıldıktan sonra, bütçedeki reel giderler ile gelirler dengesinin fazla vermesi olarak tanımlayabiliriz. "Faiz dışı fazla" şöyle hesaplanmaktadır:

Faiz dışı fazla = Bütçe Gelirleri - (Bütçe Giderleri + Faiz Giderleri).

Faiz dışı fazlanın bütçe politikası açısından önemi, Devletin gelirlerinin gerçek giderlerini karşılayıp fazla vermesi durumunda bu fazlalığın borç

finansmanına aktarılarak daha az borçlanma gereğinin oluşması ve döndürülebilir bir borç yapısının oluşmasının sağlanmasıdır.[9,10]

Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH): Ülke ekonomisinin bir dönem (yıl) boyunca gerçekleştirdiği iktisadi etkinliklerinin sonucunu tümüyle yansıtmaya yarayan bir terimdir.[11]

Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH): Belirli bir dönemde yurt dışından gelen net gelir dışında yurt içinde üretilen mal ve hizmetlerin toplam değeridir (dış alem geliri, dışalım ve dışsatım farkı hesaba katılmaz).[7,11]

Kişi Başına Ulusal Gelir: Bir ülkenin ulusal gelirinin o ülkenin nüfusuna bölünmesiyle elde edilen rakamdır.[10]

Konsolide Bütçe: Devletin farklı bütçelerinin toplanarak bir araya getirilmesi sonucunda oluşan birleştirilmiş bütçe büyüklüğüdür. 1050 sayılı Muhasebe-i Umumiye Yasası'nın yürürlükte olduğu dönemde konsolide bütçe; genel bütçe ve katma bütçenin toplamından oluşurdu. Katma bütçeli kuruluşların genel bütçeli bir kuruluş olan Maliye Bakanlığı bütçesinden aldıkları Hazine yardımlarıyla yaptıkları harcamaların, hem genel bütçede hem de katma bütçede yer almasından kaynaklanan yinelenmeyi ortadan kaldırmak amacıyla, bu toplamdan Hazine yardımı düşülmektedir. 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Yasası'nın yürürlüğe girmesiyle birlikte konsolide bütçeden kasıt, tüm bütçe türlerinin toplamından oluşan tutar olacaktır. Aynı biçimde "Hazine yardımları" ve "gelir fazlalarının genel bütçeye aktarılması" gibi yinelemeye neden olacak kalemlerin toplamdan düşülmesi gerekmektedir.[10]

Koruma ve Halk Sağlığı Hizmetleri: İşlevsel sınıflamada yer alan amacı, bireylerde ve toplumlarda hastalıkları önlemek olan hizmetleri içeren sınıftır. Örnek olarak, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması, okul sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıkları önleme, bulaşıcı olmayan hastalıkları önleme, mesleksel sağlık hizmetleri sayılabilir.[7]

Merkezi Devlet: Merkezi devlet sınıflaması, yetkesi (otoritesi) bütün bir ülkenin sınırlarına genişleyen tüm genel devlet kurumlarını ve bunların doğrudan denetlediği ve finanse ettiği tüm birimleri kapsar.[7]

Ulusal (Milli) Gelir: Bir ülkede üretilen mal ve hizmetlerin oluşumuna katılan üretim araçlarının bu üretime katılmalarına karşılık aldıkları payın toplam parasal değeri ulusal geliri oluşturur. Kısaca, belli bir ülkede ve belli bir zamanda emek, girişimci, sermaye ve topraktan alınan ücret, kar, faiz ve rantın toplam parasal değeridir.[10]

Sağlık Harcaması: Genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım, beslenme ve ivedi (acil) programlar için yapılan harcamalardır. Sağlık malları olarak tanımlanan malların en son (nihai) tüketimi ve sağlık faaliyeti olarak tanımlanan belirli faaliyetlerin üretimi için yapılan harcamaların değeridir. Sağlık mal ve hizmetlerine yapılan harcama, piyasa üretim ve tüketimi üzerinden ölçüldüğünde, harcama basit anlamda en son tüketim noktasında bu tür mal ve hizmetlere ödenen toplam para tutarı hakkında bilginin toplanması anlamına gelir.[7]

Satın Alma Gücü Paritesi (Purchasing Power Parity-PPP): Genellikle "SGP", "SGP terimleri ile" ya da "Uluslararası Dolar" olarak kullanılır. Satın Alma Gücü Paritesi farklı para birimlerinin satın alma gücünü eşitleyen bir para birimi oranıdır. Belirli bir para miktarı, SGP oranlarıyla farklı para birimlerine dönüştürüldüğünde, tüm ülkelerde aynı mal ve hizmet sepetini satın alabilecektir. SGP, ülkeler arasındaki fiyat farklılıklarını ortadan kaldıran para birimi dönüşüm oranlarıdır. SGP, uluslararası bir "döviz kuru"nun ulusal para birimlerine uygulanarak bu para birimlerinin satın alma gücü açısından eşit duruma gelmesini sağlar. Bu hesaplama, ülkelerdeki satın alma gücü ya da fiyatlardaki sistematik farklılıkları düzeltir.[7]

Toplam Sağlık Harcaması (TSH): Cari sağlık harcaması ve yatırım harcamalarının toplamını tanımlar.[7]

Yatırım Harcamaları: Bina, donanım, motorlu taşıtlar vb. için yapılan ödemelerden oluşan, sağlıkla ilgili işlevlerde yer alan bir alt harcama kalemidir.[7]

Yerel Yönetim: Yerel yönetim sınıflaması, belediyeler ve il-ilçe özel yönetimleri yetkesinde (otoritesinde), o yerleşim yerinde yaşayan insanlara

verilen hizmetler ve bunların doğrudan denetlediği ve finanse ettiği tüm birimleri kapsar.[7]

2.3 Yaşama ve Sağlık Hakkı

"Tüm insanlar özgür; onur ve haklar bakımından eşit doğar". (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi-İHEB md. 1][1]

"Yaşamak, özgürlük ve kişi güvenliği herkesin hakkıdır."
(İHEB md. 3)[1]

"Herkesin, ülkesinin kamu hizmetlerinden eşit olarak yararlanma hakkı vardır." (İHEB md. 21)[1]

"Herkesin, kendisi ve ailesinin sağlık ve gönenci için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi denetimi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir." (İHEB md. 25)[1]

İHEB, Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu'nun 10 Aralık 1948 tarih ve 217 A (III) sayılı kararı ile benimsenerek ilan edilmiştir. Türkiye de, Resmi Gazete'nin 27 Mayıs 1949 tarihli 7217 sayısı ile bu Bildirge'yi ilk onaylayan ülkelerden biri olarak; BM ile işbirliği içinde, insan haklarının ve temel özgürlüklerin evrensel olarak saygı görüp gözetilmesini sağlama yükümlülüğü olduğunu kabul etmiştir.[1]

Ülkemizde de 1961 ve sonrasındaki 1982 Anayasası'nda benzer şekilde hak ve özgürlükler tanımlanmıştır.[5,6]

"Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını geliştirme haklarına ve kişi hürriyetine sahiptir." (1961 Anayasası md. 14)[5]

"Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir." (1982 Anayasası md. 17)[6]

DSÖ Anayasası'nda Sağlık "yalnızca hasta veya sakat olmama durumu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik durumu" olarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşım, sağlığı hastalığa indirgemekten kurtarmış, sağlığı ve toplumsal etmenleri birleştirmiş, sağlığın korunmasını hatta

geliştirilmesini öne çıkaran ve kişiyi değil toplumu merkeze alan toplumcu bir yaklaşım olmuştur.[12,13]

Çağdaş hukuk sistemlerinde kişinin sahip olduğu temel hak ve özgürlüklerin başında yaşama hakkı gelir. Bu hak gerçekleşmediği takdirde öbür hakların gerçekleşme ve kullanılma şansı olmaz. Yaşam hakkının ayrılmaz bir parçası, yaşamın sağlıklı olarak sürdürülmesidir. Bu nedenle devlet, bireylerin yaşama hakkını güvenceye kavuştururken, tıbbın ulaştığı son gelişmeleri de göz önüne alarak gerekli sağlık olanaklarını seferber etmelidir. Çünkü gerçekte sosyal devlet, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmesi için ne gerekiyorsa onu yapmak veya yaptırmakla yükümlüdür.[14]

Bu yükümlülük, Anayasamızın 2. maddesinde "Sosyal bir Devlet" olduğunu belirten Devletimiz için de geçerlidir.[6]

1961 Anayasası'nda, "Sağlık Hakkı" başlığı altında madde 49:

"Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık koşullarına uygun konut gereksinimlerini karşılayıcı önlemleri alır." İçeriğine sahiptir.[5]

1982 Anayasası'nda "Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması" başlığında madde 56'da;

"Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin yaşamını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için yasala genel sağlık sigortası kurulabilir." düzenlemesine yer verilmektedir.[6]

Böylece, 1961 Anayasası'nda toplumun "Sağlık Hakkı"nı koruyup gözetmek devletin görevi iken, 1982 Anayasası'nda devlet bu görevinden el

çekerek yalnızca düzenleme ve denetleme görevini üstlenmiştir. İlk kez sağlıkta "özel sektörden" söz edilmiş, GSS için anayasal zemini de hazırlamıştır.[5,6]

2.4 Sağlık Politikaları

Çeşitli ülkelere bakıldığında, sağlık sektörünün çok farklı yapılanmış olduğu, hiçbirinin ötekine derinden benzemediği görülür. Aynı ülkenin farklı yerlerinde bile sağlık hizmetlerinde farklı yapılanma özellikleri gözlemlenebilir. Bu görüntüler, çok çeşitli sağlık politikalarının varlığı izlenimi yaratsa da gerçekte, sanıldığı denli çok ve çeşitli sağlık politikası yoktur. Bu yapılanmalar ayrıntılı ve dikkatle incelendiğinde, sağlık politikalarının, genelde, iki ayrı felsefeden (ilkeler, değerler, kavramlar bütünü) yola çıktığı ve dolayısı ile sağlık politikalarının iki ayrı sistem olarak netleştiği görülür ve anlaşılır.[15]

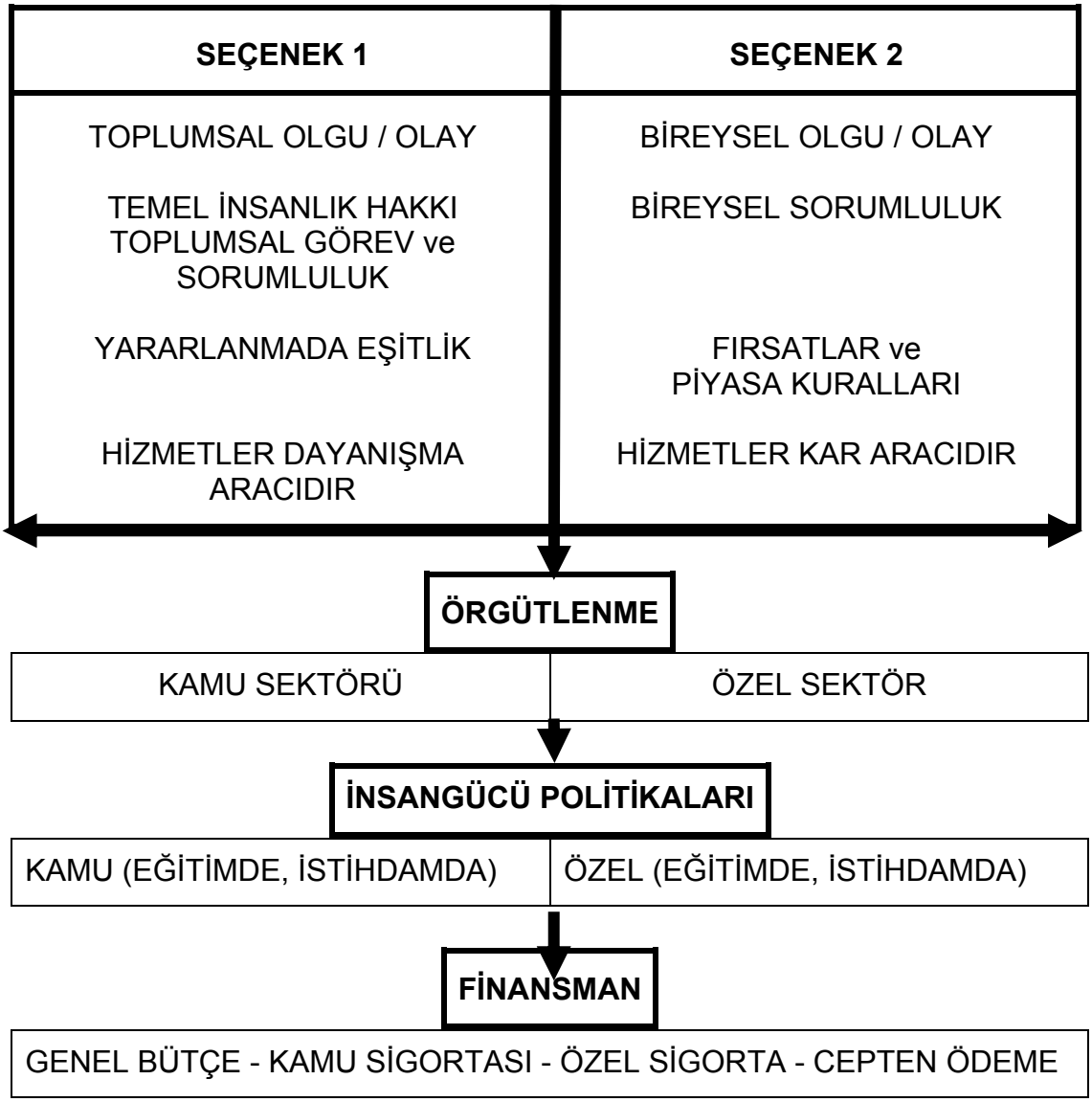
Bu seçeneklerden biri; sağlığı "toplumsal bir olgu" , sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı "doğuştan kazanılmış temel bir insanlık hakkı", sağlık hizmetlerini ise "toplumsal bir görev ve sorumluluk" olarak gören politikadır. Bu politika, tüm temel haklarda olduğu gibi, sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluk ve görevini topluma, onun örgütlü gücü olan devlete verir. Sağlık hizmetlerini "toplumsal dayanışmanın ve ulusal geliri yeniden dağıtmanın[1] bir aracı" olarak ele alır ve "hizmetlerden yararlanmada eşitliği" öngörür.[15]

Öbür seçenek ise; sağlığı "bireysel bir olgu" olarak gören, dolayısı ile sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesini toplumsal bir görev olarak değil, "bireysel bir sorumluluk" olarak tanımlayan ve bu hakkın yerine getirilmesini tümüyle piyasanın sunu ve istem (arz ve talep) kurallarına

[1] İngilizce yazında "***income re-distribution***" olarak geçen ve yaygın kabul gören bir politika aracı olan "ulusal gelirin yeniden dağıtımı", başlıca sağlık-eğitim-sosyal güvenlik sistemleri üzerinden olmaktadır. Vergi toplamada özlenen düzeyde sağlanamayan adalet, anılan 3 ana hizmetin topluma sunumunda önemli ölçülerde telafi edilebilir hatta sağlanabilir. Söz konusu 3 temel hizmetten sosyal devlette gücünce verdiği vergiye karşın gereksinimince yararlanan yurttaşlar, dolaylı olarak gelir dağılımını daha adil kılarlar. Gelişmekte olan ülkelerde doğrudan vergi vermekten kaçınan güçlü toplumsal katmanlar karşısında Devlet, 3 ana alanda vergi karşılığı vereceği hizmetlerle, üst gelir dilimlerini bu hizmetlerin finansmanına daha fazla katmış olur.

bırakarak, insanların bu haktan “fırsatları oranında” yararlanmasını öngören, sağlık hizmetlerine de “kar aracı” olarak bakan politikadır.

İki seçenek sağlık politikasına temel oluşturan, bu iki ayrı felsefe; sağlık sektörünün finansmanı, örgütlenmesi ve insangücü gibi maddi yapısını; tüm öbür alt politika ve uygulamalarını dolayısıyla sektörün yapılanmasını da belirler. Örneğin; birinci seçenekten yola çıkan sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin finansmanında toplumsal dayanışmayı ön plana çıkararak, sağlık hizmetlerini kamu eliyle (genel bütçe veya kamu sigortası) finanse ederken; hizmet sunumunda da kamu örgüt ve birimlerini benimser. İkinci seçenekten yola çıkan sağlık politikası ise; cepten ödeme veya özel sigortacılığı finansman yolu olarak benimserken, hizmet sunumunda özel örgüt ve kuruluşları yeğler. Şekil 2.1’de sağlık politikaları ve sağlık hizmetlerinde yapılanma gösterilmiştir.[15]



Şekil 2.1. Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetlerinde Yapılanma
- Akdur'dan uyarlanmıştır.[15]

Sağlık Hizmetlerinin finansmanında; cepten ödeme dışında öbür 3 yolun hepsi, risk paylaşımı yaklaşımı ile bir çeşit sigorta mantığı barındırmaktadır. Kişiler veya kümeler, sağlık sisteminden yararlanmaya gerek duymadığı zamanlarda katkı yapmakta ve bu katkılar nedeniyle, gereksinim (hastalanma, yaralanma, çocuğunun aşılanması, gebe kalınması gibi) zamanında hizmetler ya ücretsiz ya da maliyetinin altında sunulmaktadır. Hastalık durumunun riskinden korunmak için bir önlem alma söz konusudur. Yüksek risk taşıyanlar ve düşük gelirli olanlar, bir ölçüye dek yüksek gelirliler

ve düşük riskliler tarafından desteklenmekte; böylelikle sağlık hizmeti finansman sistemlerinde karşılıklı dayanışma sergilenmiş olmaktadır.[16]

Vergi gelirlerinden bütçe ile finansman, hükümetin genel bütçesinden sağlığa ayırdığı payın dağıtılarak harcanması anlamına gelmektedir.[16]

Sosyal sigorta sistemlerinde gelirler, bordrolara dayandırılır. Hem işverenden hem de çalışandan belirli oranlarda kesinti yapılarak bir havuzda toplanan gelirler, üyelerin sağlık hizmeti harcamalarını karşılamakta kullanılır. Sosyal sigorta mantığında kişilerin primleri bordroya dayalı olarak yapıldığından, katkılar ödeme gücüne göre yapılandırılmakta; hizmetlere erişim ve kullanım ise gereksinime göre belirlenmeye çalışılmaktadır. Ancak yine de tam bir sosyal güvence şemsiyesi sağlanmamaktadır.[16]

Özel sigorta ise riske dayandırılır. Kişiler taşıdıkları sağlık riskleri ölçüsünde prim öderler. Yüksek risklilerden yüksek, düşük risklilerden düşük prim alınır. Böylece sosyal dayanışma özelliği en aza indirilip, ödemeler ve kullanım olanak olduğunca bireyselleştirilmektedir. İnsanlar gereksindiklerince değil, parasal güçlerince sağlık hizmeti müşterisidirler. Hak sahibi değil, sağlık serbest piyasasında müşteridirler.[16]

2.5. Sağlık Sistemlerinde Ödeme Mekanizmaları

Bir ülkede sağlık hizmetleri ister kamu ister özel sektör ağırlıklı veriliyor olsun, hizmet sunuculara, ödeme modellerinin etki dinamikleri benzer biçimde işlemektedir. Bu nedenle sağlık sistemi yaklaşımıyla konuyu ele alırken ödeme modellerini incelemek yaşamsal önem taşır.[16]

Hekimlerin ücretlendirilmesinde başlıca 4 ana model izlenmektedir:

1. Maaş, aylık (salary)
2. Kişi başına ödeme (fee per capita)
3. Hizmet başına ödeme (fee for service)
4. Vaka başına ödeme (case payment)[18]

Maaş (Salary)

Maaş esasıyla tam veya yarım gün çalışan hekimler, belli bir süre için (genellikle ay) sabit bir ücret alır. Hekime ürettiği hizmetin nicel (kantitatif) ve/veya nitel (kalitatif) büyüklüğü ile orantılı olmayan bir ödeme yapılır. Bu nedenle hekimleri daha nitelikli, daha çok sayıda ve standartları daha yüksek hizmet üretmek amacıyla verimli ve daha etkili çalışmak için teşvik edemez.

Finansman modeli olarak kamu kaynaklarını benimseyen sağlık hizmeti sistemlerinde, hizmeti doğrudan sunan kurumlar, genellikle maaşla ödeme yoluyla hekimleri ücretlendirirler.[17]

Kişi Başına Ödeme (Per Capita Payment-Capitation)

Kişi başına ödeme sıklıkla bir hekimin belli bir süre için (sıklıkla bir yıl) belli bir nüfus dilimine 1. Basamak sağlık hizmeti verdiği, hizmet sunumu rejimlerinin (örneğin aile hekimliği) benimsendiği ülkelerde kullanılmaktadır. Hekim, önceden belirlenmiş tüm hizmetleri sunmayı kabul ettiği kişileri listesine kaydeder ve kaydettiği her kişi başına belli zaman dilimi için (sıklıkla aylık) sabit bir ücret alır. Kendisine kayıtlı bir kişide gebelik izlemi de yapsa, apse drenajı da yapsa o kişi için aynı (sabit) ücreti alır.[17]

Ne denli çok kişiyi listesine kaydederse, onları listesinde tutabildiği sürece o denli çok kazanmayı hak eder. Fakat verdiği hizmetlerdeki sayısal ya da niteliksel farklılaşmalar ücretine yansımaz. Ancak bir rekabet ortamında olduğundan, hekim verdiği hizmetin niteliğini her zaman üst düzeylerde tutmak zorundadır. En azından kendini hastalarına karşı daha nazik davranmaya, onlarla daha yakından ilgilenmeye zorlar.[17]

Kişi başına ödeme modeline eklenecek ve verilen kimi hizmetlerin karşılığı olarak belirlenecek maddi teşviklerle hekimlerin gelirlerini artırmaları sağlanırken, aynı zamanda öncelikli olarak verilmesi gereken hizmetlerin üretilmesi de sağlanabilir. Yine bu model ile hekimin çalışma ortamını ve mesleksel bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmesi, yoksunluk bölgelerinde daha istekli çalışması da olanaklı kılınabilir.[17]

Hizmet Başına Ödeme (Fee-For-Service)

Hekim kendisine başvuran kişiye verdiği her türlü tanı, sağaltım ve öbür hizmetlerin her biri için ayrı ücret alır. Örneğin demir eksikliği anemisi olan bir hastadan hem tanı, hem sağaltım hem de izleme çağrılması durumunda her gelişi için daha önceden saptanmış sınırlar içinde ayrı ayrı ücret ister. Hasta bu parayı doğrudan cebinden öder ve varsa sosyal güvenlik kurumundan geri alır. Veya hizmetlerin karşılığı, kişi adına üyesi olduğu özel veya kamu sosyal güvenlik kurumu tarafından fatura karşılığı sunucuya ödenir.[17]

Bu özel muayenehane hekimliği uygulamalarının tipik bir biçimidir. Kimi yazarlar bu modeli "oldukça pazarvari" olarak nitelemektedirler. Maaş ve kişi başına ödemeye göre hastaya daha saygılı davranmayı gerektiren bu modelin, hekim ve hasta tarafından kötüye kullanılması çok kolay olduğundan; özellikle sosyal sigorta sistemlerinde, sağlık hizmeti sunumunda yüksek bedeller (maliyetler) söz konusu olabilir.[17]

Olgu Başına Ödeme (Case Payment)

Hekim, hastasına koyduğu tanıya göre para alır. Bu, yapılan her türlü girişimin (tanı, sağaltım ve izlem) hepsi için sabit bir ücrettir ve tanı farklılaştıkça ücret de değişir. Örneğin hekime, pnömoni olgusuna yaptığı bütün girişimler için farklı; pnömoninin kalp komplikasyonlarına girişimleri için farklı ödeme yapılır. Hastanelerdeki uygulama örneklerinde görüldüğü gibi, hekimlerin gelirlerini artırmak için ücreti daha yüksek olan tanılara yönelmelerini zorlaması, olgu başına ödeme modelinin belki de en önemli sakıncasıdır. Bir hekimin verdiği sağlık hizmetlerinin karşılığı olarak elde ettiği gelir aşağıdaki biçimde formülleştirilebilir:

Gelir= f (Üretilen hizmetin birim fiyatı X Üretilen hizmetin miktarı)

Formüldeki “hizmetin miktarı” ödeme modeline göre farklılık gösterir. Buna göre;

- maaş olarak ödemede belli bir zaman diliminde çalışılan saati, günü veya haftayı;

- kişi başına ödemede hekimin listesindeki kayıtlı kişi sayısını;
- hizmet başına ödemede hekimin hastaya verdiği her bir hizmetin toplamını ve olgu başına ödemede de hekimin hastasına koyduğu tanıyı anlatır.[18]

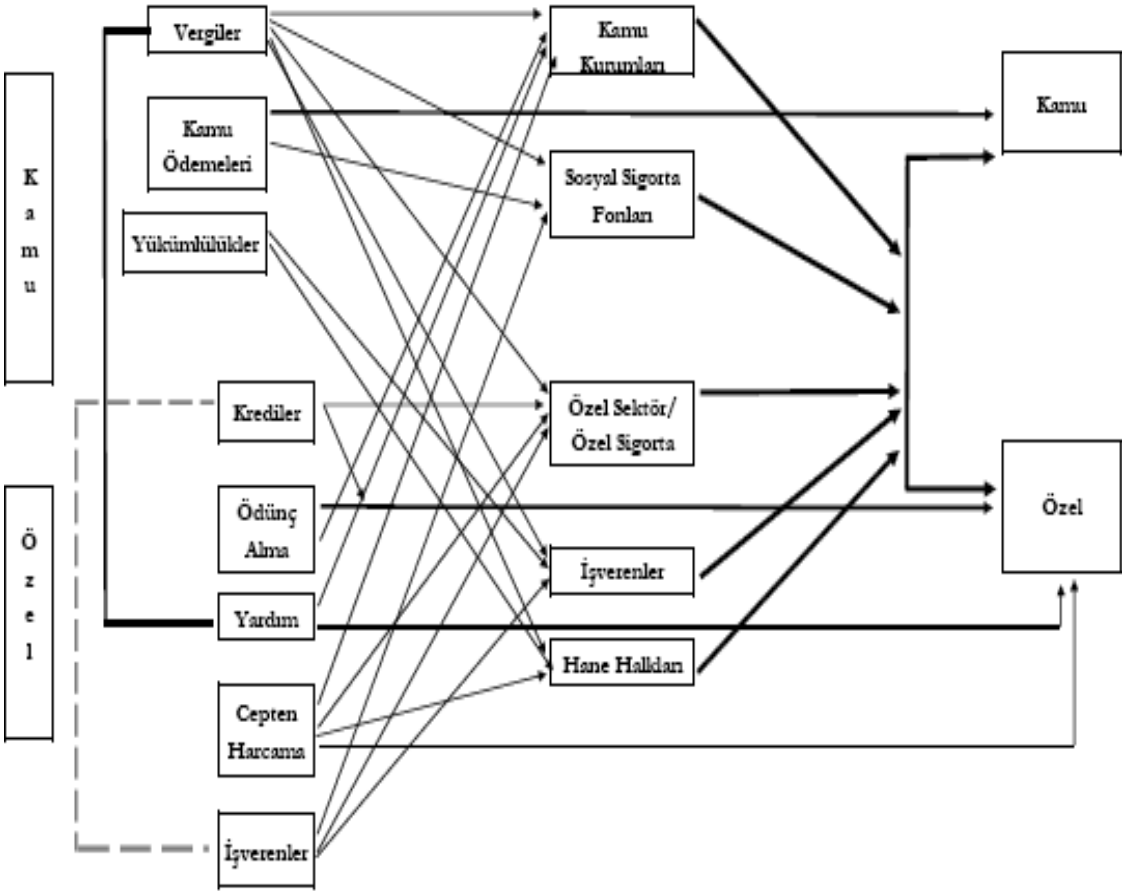
Birim fiyatı ise, maaş modeli dışındakilerde, genelde hekime ödemeyi yapan taraf belirler. Bu düzeyin saptanmasında ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, örgütsüz hekimlerin pazarlık gücü sınırlıdır.[17]

Ülkemizde en son biçimiyle 1. Basamak Sağlık Ocağı hekimleri ile 2. ve 3. Basamak hekimlerine maaş + hizmet başı ödeme (performans); 1 Basamak Aile Merkezi hekimlerine maaş + hizmet başı ödeme + kişi başına ödeme yapılmaktadır.

2.6. Sağlık Hizmeti Sunumu ve Finansmanı

Ülkemizde sağlık hizmetleri sunum ve finansman sistemi oldukça karmaşıktır. [18]Hem hizmet sunup hem de hizmeti finanse eden kurumlar, hizmeti satın alan kurumlar ve bu kurumlar arasındaki hizmet farklılıklarının varlığı sistemi daha da karmaşık duruma getirmektedir. [7]

Sağlık harcamaları için devlet bütçesinden ve özel kaynaklardan ayrılan pay istenilen düzeyde olmasa da, eldeki kaynakların toplum gereksinimlerini karşılayacak biçimde düzenlenmesi ve etkin olarak kullanılması gereklidir. Bu amacı gerçekleştirebilmek sistemin özelliklerinin ve yapısının sağlıklı verilerle incelenmesi ile olasıdır. Eldeki sağlık sistemimizde; kamu sektörü ve özel kaynaklar ile finansal aracı kurumlar ve hizmet sunucuları arasındaki finansal ilişki, aşağıda Şekil 2.2'de özetlenmiştir.[7]



Şekil 2.2 Türkiye Sağlık Sistemi Finansal Akış Şeması

- Kartal ve ark.'ndan alınmıştır.[7]

Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda, ulusal sağlık hesaplarının kestirilmesi süreci başlangıç ya da yeni gelişme aşamasında olduğundan; zaman içindeki gelişim ve/veya kestirimleri yapmada karşılaşılan güçlükler, hem geriye dönük hem de bugüne ilişkin Ulusal Sağlık Hesapları (USH) oluşturmaya yönelik çabaları engellemektedir. Bu ülkelerde, sağlık yöneticisi ve planlamacılarının ulaşabildiği ya da kullanabildiği veriler geleneksel olarak genel bütçe kaynaklarından gelmektedir.[7]

Günümüzde sağlık sisteminin değerlendirilmesinde, hem kamu sektörü hem de özel sektörü kapsayan geniş bir bakış açısı benimsenmiştir. Bu bakış açısının temel gereği ise, tüm sağlık sistemi için ayrıntılı bilgiye sahip olmaktır.[7]

Ülkemizde farklı kurum ve kuruluşların tüm sağlık giderleriyle ilgili bir akış şemasının çıkarılması, kişilerin gerek sağlık sigortası, gerekse ceplerinden yaptıkları sağlık harcamalarının dağılımı ve tutarlarının saptanması ve tüm bunların uluslararası karşılaştırmaları sağlayacak standartlarda yapılabilmesi için OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development - Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) sağlık hesapları sistemi çerçevesinde USH sistemi 1999 yılında oluşturulmuştur.[7]

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu Tez çalışması, ülkemizde Sosyalleştirme'den "Sağlıkta Dönüşüm'e sağlık harcamaları ve ilgili sağlık mevzuatını, öbür ülkelerin sağlık harcamalarıyla da karşılaştırarak, pek çok yönüyle ortaya koyan tanımlayıcı bir çalışmadır. Yaklaşık olarak son yarım yüzyıllık gelişimin dikkate alınması nedeniyle retrospektif boyutu vardır. Çalışmada taranan literatür bilgileri ve erişilebilen verilerin elverdiği ölçüde kimi çözümleyici yaklaşımlar (assessment) ve kestirimlerde (projection) ortaya konmuştur.

3.2. Araştırmanın Özgünlüğü

Türkiye'de Sosyalleştirme'den "Sağlıkta Dönüşüm'e uzanan süreç, sağlık harcamaları ve ilgili sağlık mevzuatıyla birlikte daha önce, kapsamlı bir bütünlükte değerlendirilerek incelenmemiştir. Bu Tez ile yapılacak "inceleme", sürecin olumlu ve olumsuz yanlarının daha iyi görülmesini sağlayıp; geleceğe ilişkin daha ussal ve kanıta dayalı kararlar üretilmesine katkı sağlayabilecektir.

3.3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Çalışmada **bağımlı değişken** olarak, belirtilen dönem içinde (1961'den 2008 sonuna dek) tüm sağlık harcamaları tanımlanmıştır.

Bağımsız değişken ise, bu harcamaları olanaklı kılarak hukuksal kurallara bağlayan ilişkili ulusal ve uluslararası mevzuat düzenlemeleridir.

Ancak, harcama sonuçlarından kalkarak yeni mevzuat düzenlemeleri yapıldığı, dolayısıyla iki değişken arasında zaman içinde bir karşılıklı etkileşim olduğu da bilinmektedir.

3.4. Hipotezler

1. Türkiye'de 1961-2008 yılları arasında yapılan sağlık harcamaları, sabit fiyatlarla reel bir artış göstermektedir.
2. Türkiye'de 1961-2008 yılları arasında yapılan sağlık harcamaları, sağlık mevzuat düzenlemelerinden etkilenmiştir.
3. Türkiye'de 1961-2008 yılları arasında yapılan sağlık harcamaları, finansman kaynakları bakımından önemli değişim göstermiştir.
4. Türkiye'de 1961-2008 yılları arasında yapılan sağlık harcamaları, fonksiyonel dağılım bakımından, alt sektörlerin payı bakımından önemli değişim göstermiştir.

3.5. Gereç ve Yöntem

3.5.1. Sağlık Mevzuatına İlişkin Gereç ve Yöntem

1. Belirlenen dönem (1961 - 2008) içinde incelenen sağlık harcamaları ile ilgili sağlık mevzuatı düzenlemeleri için gerektiğinde Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Düstur'larından faydanılmıştır.
2. Yönetmelik ve üstü mevzuat metinleri için Resmi Gazete kaynak olarak kullanılmıştır.
3. Yönetmelik altı ve/veya Resmi Gazete'de yayınlanmayan öbür mevzuat metinleri (tebliğler, genelgeler, yönergeler, protokoller, direktifler vb.) için ilgili kurumların basılı yayınları, web siteleri incelenmiştir.
4. Hazırlanmakta olan taslak mevzuat metinlerine ise, ulaşılabildiği ölçüde Tezde çözümleyici (analitik) biçimde yer verilmiştir. Örn. Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı gibi.

3.5.2. Sağlık Harcamalarına İlişkin Gereç ve Yöntem

1. Bütçe yasaları ve Maliye Bakanlığı'nın bütçe gerçekleşme (konsolide bütçe) verileri incelenmiştir.
2. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE), 2005'ten bu yana Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) yıllık sağlık harcamaları verileri kaynak olarak kullanılmıştır.
3. Gerektiğinde DİE, sonrasında TÜİK tarafından kapsanmayan sağlık harcamaları ile ilgili sosyal güvenlik kurumları, özel sigorta şirketleri ve yerel yönetimlerin verileri erişilebildiği ölçüde incelenmiştir.
4. Türk hükümetlerince DSÖ, DB ve OECD ve benzeri kurumlara bildirilen sağlık harcamaları verileri incelenmiştir.

3.6. Çalışmanın Zamanı

Türkiye'de Sosyalleştirme'den başlayarak "Sağlıkta Dönüşüm'ü (1961-2008) içine alan dönem; Tezin yürütüm sürecinde, olanak elverdiği ölçüde, yazım bağlanana dek (2009 başı) izlenerek irdelenmiştir.

3.7. İstatistiksel Değerlendirme

Tez kapsamında sağlık mevzuatı düzenlemeleri dönemsel olarak gösterilmiştir. Tezde sağlık harcamalarının, sağlık mevzuatındaki değişikliklerden ne yönde etkilendiği; mevzuat değişikliğinin öncesi ve sonrasında yıllar içindeki sağlık harcamalarındaki değişim istatistiksel olarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Ancak sağlık harcamalarını etkileyebileceği düşünülen mevzuat değişiklikleri son birkaç yılda yoğunlaştığından, mevzuat öncesi ve sonrası sağlık harcamaları değişimi istatistiksel olarak değerlendirilememiştir. Ancak böylesi bir çözümleme önümüzdeki yıllarda yapılabilir.

Tez kapsamında, Eviews 5.1 paket istatistik programında Holt-Winter üstel düzeltme yöntemi kullanılarak yapılan zaman serisi analiziyle Toplam

Sağlık Harcaması 'nın GSYİH'ya oranına ve Satın Alma Gücü Paritesi'ne göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamasına yönelik 10 yıl ileriye dönük matematiksel irdelemeler yapılmıştır.

Epi-Info 3.5.1 Statcalc'da Eğimde Ki-Kare çözümlemesi ile özel ve üniversite hastanelerinde yapılan poliklinik ve yatan hasta başvuruları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

SPSS 15.0'da Tek Değişkenli Düzenlerde Ki-Kare analizi ile sağaltım gören Yeşil Kartlılar ile 1. Basamak Sağlık Kuruluşlarında verilen bazı hizmetler yıllara göre değerlendirilmiştir.

3.8. Sınırlılıklar

3.8.1. Sağlık Mevzuatına İlişkin Sınırlılıklar

- Özellikle 1982 Anayasası sonrasında Türkiye'nin **Küresel el koyma** (Kürselleştirilme!) sürecinde, kurduğu kimi uluslararası ilişkiler, anlaşmalar, sözleşmeler ile bu düzenlemelerin iç hukuka yansımaları son derece kapsamlı ve hızlı gerçekleşmiştir. Dolayısıyla elde olmadan, kimi düzenlemelerin gözden kaçırılma olasılığı ve çok kapsamlı değişim konusunda irdelemelerin gereken derinlikte olamayabileceği olgusu, bir sınırlılık olarak gözükmektedir. Ayrıca bu hızlı mevzuat uyumu sürecinde, pek çok düzenleme ancak kısa süreli uygulama şansı bulabildiğinden, orta ve uzun erimli gelişmeleri, kalıcılığı öngörebilmek epey güçtür.

3.8.2. Sağlık Harcamalarına İlişkin Sınırlılıklar

- Merkezi yönetim bütçesi dışında yerel yönetimlerin sağlık harcamalarına eksiksiz erişmede ciddi güçlükler olmuştur.
- Özel sağlık sektöründe yurtiçinde yapılan kayıt dışı harcamalara erişim olanağının bulunmaması ile özel sağlık sigortası şirketlerinin yeterince saydam olmayabileceği gerçeği kısıtlılıklar getirmiştir.

- Dernek, vakıf, yardım kuruluşu ve benzeri sivil toplum kuruluşlarının sağlık harcamaları çok parçalı ve bütünsel bir disiplinden uzak olup, tümden toplanması mümkün olmamıştır.
- “Sağlıkta Dönüşüm” sürecinin başlangıç dönemlerinde önemli kamusal kaynaklarla süreç desteklendiğinden, değerlendirmelerimizde bir “balayı dönemi” etkisi bias yükü olarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sağlık Harcamaları İle İlişkili Sağlık Mevzuatı

Ülkemizde sağlık alanında; 1961'de Sosyalleştirme rejimini başlatan 224 sayılı yasadan, geçmişi 1980'lerdeki adıyla "Sağlıkta reform" a uzanan "Sağlıkta Dönüşüm"e değin önemli değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimler süresince, tez konumuz bağlamında sağlık harcamalarının finansmanı ile ilgili olduğu düşünülen belirli yasa, tüzük, yönetmelik ve öbür düzenlemeler Tablo 4.1.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Tez Kapsamında Sağlık Harcamalarının Finansmanıyla İlgili Mevzuat Metinleri

Mevzuatın adı	**Resmi Gazete**	
Anayasa	**Tarih**	**Sayı**
1961 Anayasası 49. madde	20.07.1961	10859
1982 Anayasası 56. madde	09.11.1982	17863
Yasalar		
209 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa	09.01.1961	10702
224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa	12.01.1961	10705
506 Sayılı Sosyal Sigortalar Yasası	29.07.1964 - 01.08.1964	11776 - 11779
657 Sayılı Devlet Memurları Yasası	23.07.1965	12056
1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası	14.09.1971	13956
2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasa	10.07.1976	15642
2162 Sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa	09.07.1978	16341
2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Yasa	31.12.1980	17207
3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Yasası	14.06.1986	19134
3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası	15.05.1987	19461
3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasa	03.07.1992	21273
5018 Sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Yasası	24.12.2003	25326
5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa	09.12.2004	25665
5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Yasa	19.01.2005	25705
5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası	20.05.2006	26173
5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası	16.06.2006	26200
5754 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ve Bazı Yasa ve Yasa Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa	08.05.2008	26870

Tablo 4.1.1. Tez Kapsamında Sağlık Harcamalarının Finansmanıyla İlgili Mevzuat Metinleri (Devamı)

Mevzuat	**Resmi Gazete**	
Yasa Gücünde Kararnameler	**Tarih**	**Sayı**
181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Yasa Hükmünde Kararname	14.12.1983	18251
Patent Haklarının Korunması Hakkında 551 Sayılı Yasa Gücünde Kararname	27.06.1995	22326
Yönetmelikler		
Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği	12.08.1973	14622
Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik	11.01.1995	22168
Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik	09.05.2000	23988
Özel Hastaneler Yönetmeliği	27.03.2002	24708
Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik	06.07.2005	25867
Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik	12.08.2005	25904
Sosyal Güvenlik Kurumunca 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanuna Göre Kullanılacak Yetkilere İlişkin Yönetmelik	27.09.2008	27010
Tebliğler		
Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ	30.05.2003	25123
Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesi İlişkin Esasve Usuller Hakkında Tebliğ	05.05.2004	25453
Genelgeler		
Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu (Başbakanlık'tan)	26.06.2008	26918

Sağlık harcamaları ile ilgili mevzuat başlıca 3 dönemde ele alınabilir:

1. 1961 - 1981 dönemi,
2. 1982 - 2001 dönemi,
3. 2002'den günümüze.

4.1.1. 1961 - 1981 Dönemi

4.1.1.1. 209 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa

9 Ocak 1961'de 10702 sayılı Resmi Gazete (RG)'de yayınlanarak yürürlüğe giren "209 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa"da; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurum ve kuruluşları ile bağlı kuruluşlarda (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü dışında) uygulanacak döner sermayenin kurumların karları ile bağışlardan ve Devlet yardımlarından oluşacağı belirtilmiştir (md. 1 ve 2). Elde edilecek bu döner sermayenin, kurumun giderleri için harcanması kararlaştırılmıştır (md. 3).[19]

4.1.1.2. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa

12 Ocak 1961'de 10705 sayılı RG'de yayınlanarak yürürlüğe giren "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa"nın amacının; İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde temel bir insan hakkı olarak tanınan sağlık hizmetlerinden yararlanmanın sosyal adalete uygun biçimde yerine getirilmesini sağlamaya yönelik hekimlik ve hekimlik ile ilgili hizmetlerin bu yasa çerçevesinde hazırlanacak bir programla sosyalleştirilmesi olduğu belirtilmiştir (md. 1).[20]

Bu Yasada sağlık hizmetleri; insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin olumsuz etkisinden

korunması, hastaların sağaltımı (tedavi edilmesi) ve esenlendirme için yapılan tıbbi eylemler olarak tanımlanırken; sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi de; vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile kamu sektörüne ait kurumların bütçelerinden ayrılan ödenek karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan giderin bir bölümüne katılımı yoluyla eşit biçimde yararlanmaları olarak betimlenmiştir (md. 2).[20]

224 Sayılı Sosyalleştirme Yasası, 5. maddesinde hekim seçme özgürlüğünü ve bu davranışın finansmanını düzenlemektedir:

"Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde yaşayanların -ücretini kişisel olarak ödemek koşuluyla- sağlık hizmetlerini gördürmek üzere istedikleri sağlık çalışanını veya sağlık kurumu ve eczaneyi seçmek hakları saklıdır."[20]

6. maddede, ülkemizde yaşayan yabancı uyrukluların, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca (224 sayılı yasa çıkarıldığında yürürlükte olan 3017 sayılı yasadaki adıyla) çıkarılacak bir yönetmelik kapsamında ücretli olarak sağlık hizmeti alabileceği, yasal kurala bağlanmaktadır.[20]

Sosyalleştirme kapsamında yasanın 10. maddesinde; Sağlık Ocağı hizmetinin en az 1 hekim ve yeter sayıda yardımcı sağlık personelinden oluşan bir takım (ekip) tarafından yürütüleceği, köylerde ise bu takıma yardımcı olarak kurulan Sağlık Evlerinde yardımcı Ebelerin görevlendirileceği belirtilmiştir. Aynı maddede ayrıca Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinde her türlü koruyucu hekimlik hizmetleri, hastaların muayene ve sağaltımı ile Sağlık Ocağı'na kayıtlı kişilerin sağlık sicillerinin tutulması sorumluluğu da açıkça belirtilmiştir.[20]

Madde 14'e göre; sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hasta muayene ve sağaltımı bu yasanın 16. maddesi[2] kuralları çerçevesinde ücrete bağlı olan ilaç bedelleri ve aşağıda belirtilen durumlar dışında parasızdır:

---

[2] Md. 16: Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri gören kuruluşlar tarafından parasız veya bedelinin bir bölümü veya tümü hastalar tarafından ödenerek alınacak ilaç ve sağaltım araçlarının listeleri her yılın ilk ayında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından ilan edilir. Liste dışı ilaç ve sağaltım araçları bedeli hastalar tarafından ödenerek alınır.

a) Sağlık Ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde sağlık merkezlerine veya hastanelere veya sağlık merkezi ve bir hastaneden başka bir hastaneye sevk edilmeden hastanelere başvuranlar (Acil olgular dışında),

b) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmediği bir bölgeden gelip de başvurduğu Ocak bölgesinde yerleşimleri 90 günü aşmamış olanlar (o bölgenin mülki yöneticilerinden yoksulluk belgesi alanlar dışında),

c) Bölgede yaşayan halkın çalışma saatlerine göre belirlenen mesai saatleri dışında ve tatil günlerinde nöbetçi olmayan hekim ve yardımcı sağlık çalışanına muayene ve tedavi olmak isteyenleri kapsamaktadır.

Yasanın 15. ve 16. maddelerinde, "hastaların gerek duyduğu ilaç ve sağaltım araçları" nın Sağlık Bakanlığı'nca sağlanacağı, yoksullara ücretsiz verileceklerin bir liste ile belirleneceği sosyal düzenlemeleri yer almaktadır.[20]

224 sayılı yasanın 22. maddesinde; sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi etkinliklerinin yürütülmesi ve değerlendirilmesi konusunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na görüşlerini bildirecek, önerilerde bulunacak ve bu konuda halk ve çeşitli kurumlar arasında işbirliği sağlayacak; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'ndan atanacak veya görevlendirilecek yeter sayıda uzman ile üniversitelerin, bakanlıkların, Devlet Planlama Örgütü'nün, İşçi Sigortaları Kurumu'nun, Türk Tabipleri Birliği'nin, Türk Eczacılar Birliği'nin, Türk Veteriner Hekimleri Odaları Birliği'nin göndereceği yetkili temsilcilerle İl Hıfzıssıhha Meclislerinin göndereceği 1'er temsilciden oluşan bir -*Sosyalleştirme- Genel Kurulu* oluşumu tanımlanmıştır.

Çalışanlara yönelik olarak (Değişik: 08.05.1969 – 1175 / 3. md.) sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde görev alanlar, göreve başladıklarında *sözleşme* imzalamak zorundadır. Bu sözleşme 1 yıldan az, 3 yıldan çok olamaz. Sözleşme süresi içinde ilgili kurumlar sözleşmeli çalışanı gerektiğinde sosyalleştirme bölgesi içinde herhangi bir yere ve sağlık hizmetine gönderebilir. Sözleşme süresinin bitiminden en geç 1 ay önce sözleşmenin yenilenmeyeceği bildirilmediği zaman sözleşme birer yıllık sürelerle uzatılmış sayılır. Bir yıldan uzun sözleşme imzalanmış olması durumunda, bir yıllık hizmetten sonra neden gösterilmeksizin 3 aylık bir uyarı süresine uymak koşuluyla sözleşme her zaman için bozulabilir (md. 24).[20]

224 sayılı yasa 25. maddesinde, bu yasa bağlamında görev alan sağlık personelinin (yüksek öğrenimli olmayanlar ise yardımcı sağlık personeli olarak tanımlanmıştır), gerek duyulduğunda başka kamu görevlerini de ek olarak üstlenmelerinin ücret / maaş ödenmeden istenebileceği yazılmıştır. [20]

Yasanın 26. maddesine göre, sağlık çalışanlarına sözleşme ile verilecek ücretin belirlenmesinde bu meslek üyelerinin genel serbest kazanç düzeyleri, hizmet süreleri, uzmanlıkları, bulundukları konumun önemi, yaptıkları görevin ağırlığı ve çalıştıkları bölgelerde sunuk (maruz) kaldıkları yoksunluk koşulları göz önüne alınacaktır. Bu madde sayesinde, 224 sayılı yasanın pilot uygulamalarının başlatıldığı yerlerde sağlık çalışanlarına, "yüksek" ücret ödeme olanağı sağlanabilmiştir.[20]

Bu amaçla 1963 yılında ülkemizin Doğu'sunda başlatılan Sosyalleştirmenin, 1977'de tüm ülkeye yayılması, 1982'de ise 5 bin kişiye 1 Sağlık Ocağı örgütlenmesinin tamamlanması planlanmıştır.[21]

4.1.1.3. 1961 Anayasası

Resmi Gazete'de (10859 sayı ile) 20.07.1961 tarihinde yayınlanan 1961 Anayasası'nda, "Sağlık Hakkı" başlığı altında madde 49;

"Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık koşullarına uygun konut gereksinimlerini karşılayıcı önlemleri alır." denmektedir.[5]

1963 - 1967 dönemini içeren **1. Beş Yıllık Kalkınma Planı**'nda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili yasanın uygulanması için her önlemin alınacağının ve yerli ilaç sanayisinin teşvik edileceğinin belirtilmesinin yanında; Plan'da ayrıca özel sektörün hastane kurma girişimini özendirecek önlemlerin de alınacağı, hastanelerin döner sermayeli kurumlar durumuna getirilmesi olanaklarının araştırılacağı ve sağlık sigortasının kurulabilmesi için gerekli çalışmalara öncelikle başlanacağına da yer verilmiştir.[22]

4.1.1.4. 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası

Bir yandan, Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı döneminde mimarı olduğu Prof. Dr. Nusret H. Fişek tarafından "***Atatürk'ün İzinde Bir Devrim***" olarak nitelenen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasası kapsamında hizmet ülkeye yayılmaya çalışılırken, 29 Temmuz – 1 Ağustos 1964 yılında 11776 - 9 Sayılı RG'de yayınlanarak yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası çıkarılmıştır. Bu Yasa ile iş kazalarıyla, meslek hastalıkları, hastalık, analık, işgöremezlik (malûllük), yaşlılık ve ölüm durumlarında sosyal sigorta yardımları sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmıştır (md. 1).[23]

Bu yasa, çıktığı tarihte yürürlükte olan 3008 sayılı İş Yasası bağlamında işçi sayılanları "sigortalı" olarak yeniden tanımlayarak, bu büyük kitlenin sağlık hizmeti sunumu ve finansmanında köklü değişiklikler getirmiştir. 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası, iyi bilinen SSK kısaltmasıyla Sosyal Sigortalar Kurumu'nu kurmuş ve Sosyalleştirme rejimine adeta koşut (paralel) ikinci bir sağlık örgütlenmesi ülkede giderek büyümüştür.

4.1.1.5. 657 sayılı Devlet Memurları Yasası

657 sayılı Devlet Memurları Yasası 23 Temmuz 1965 Tarih ve 12056 sayılı RG'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Yasa, Devlet memurlarının hizmet koşullarını, niteliklerini, atanma ve yetiştirilmelerini; ilerleme ve yükselmelerini; ödev, hak, yüküm ve sorumluluklarını; aylıklarını, ödeneklerini ve öbür özlük işlerini düzenleme amacıyla çıkarılmıştır (md. 2).[24]

1967'de **Genel Sağlık Sigortası** kurulması için bir yasa taslağı hazırlandıysa da Bakanlar Kurulu'na sevk edilmemiştir.[25]

1968 - 1972 dönemini kapsayan **2. Beş Yıllık Kalkınma Planı**'nda ise; sağaltım hizmetlerinin genişlemesinde özel girişimin önemi vurgulanarak, desteklenecekleri belirtilmiştir. Plan'a göre sağaltım kurumlarında döner sermaye, hizmetin geliştirilmesinde yararlanılacak bir kaynak olarak geliştirilecek; bu amaçla alınan ücretler, sosyal adalet ilkesine uygun bir en

az (asgari) hizmet düzeyinin üstündeki hizmetleri hedefleyecektir. 1. Plan, önemli bir sosyal güvenlik hizmeti ve sağlık harcamalarının finansmanı için kaynak olarak ayrıca genel bir sağlık sigortasının kurulmasına aşamalı olarak başlanmasını öngörmektedir.[26]

4.1.1.6. 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası

14 Eylül 1971'de 13956 sayılı RG'de yayınlanan "1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası" ile kapsanan sigortalılar hakkında işgöremezlik, yaşlılık ve ölüm durumlarında sosyal sigorta yardımlarının sağlanmasına yönelik düzenlemeleri yapmak amaçlanmıştır (md. 24).[27]

1971'de Genel Sağlık Sigortası Yasa Taslağı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne gönderilmiş fakat kabul edilmemiştir. 1974'te Meclis'e yeniden sunulan Taslak, görüşülmemiştir.[25]

1973 - 1977 dönemini kapsayan **3. Beş Yıllık Kalkınma Planı**'nda 1973 - 1982 yıllarını kapsayan 10 yıllık dönemde, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi programının bütün yurtta uygulamaya konacak biçimde ele alınması yanında; aşamalı olarak uygulanmak üzere Genel Sağlık Sigortası için gerekli mevzuatın hazırlanması ve sigortanın yaratacağı ek istemin gerektireceği finansmanın yalnız sigorta primlerinden karşılanmasının temel alınması da öngörülmüştür.[28]

4.1.1.7. 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasa

10 Temmuz 1976'da 15642 sayılı RG'de yayınlanan "2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasa" ile hiçbir sağlık güvencesi olmayan 65 yaş ve üstü vatandaşların 3 ayda bir aylık alması, Devlet Hastanelerinde ücretsiz

muayene olması (İlaç giderlerini kendileri karşılayacaklardır.) ve hastaneye yatarak tedavide ise tüm hastane giderlerinin karşılanması sağlanmıştır.[29, 30]

1978'de Sosyalleştirme kapsamına alınan il sayısı 46'ya yükselmiştir. 1978 - 1982 dönemini kapsayan **4. Beş Yıllık Kalkınma Planı**'nda sağlık hizmetlerinin tek elden yönetiminin sağlanamamasından dolayı hizmetin sınırlı geliştiği ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programını uygulamada yavaşlama nedeniyle koruyucu hekimlik hizmetlerini yaygınlaştırarak iyileştirici (tedavi edici) hizmetlere olan aşırı istemi önlemenin olanaklı olamadığı belirtilmiştir.[31]

Bu durum, 224 Sayılı Yasa'ya da yansımıştır. Yasa'nın 20. maddesinde yapılan değişiklikle (Değişik: 23.06.1983 – 2858 / 1. md.) sağlık hizmetlerinin bütün yurt düzeyinde sosyalleştirilmesinin en geç 1992 sonuna dek gerçekleştirilmesi kararlaştırılmıştır.[20]

4.1.1.8. 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa

9 Temmuz 1978 günlü, 16341 sayılı RG'de yayımlanan "2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa"nın 1. maddesinde Yasa'nın; genel ve katma bütçeli kurumlarda, il-ilçe özel idareleri ile belediyelerde ve bunların kurdukları döner sermayeli kuruluşlarda, yasalarla kurulan fonlarda, kefalet sandıklarında, Beden Terbiyesi Bölge Müdürlükleri'nde, kamu iktisadi teşekkülleri (KİT) ve teşebbüslerinde, Emekli Sandığı'nda, Sosyal Sigortalar Kurumu'nda çalışan ve 657 sayılı Devlet Memurları Yasası'nın 36. maddesindeki sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına (hayvan sağlığı dışında) veya genel idare hizmetleri, eğitim ve öğretim hizmetleri, teknik hizmetler sınıfına girecek nitelikte olan personele uygulanacağı; bu nitelikleri taşıyan sözleşmeli, geçici ve işçi statüsünde çalışan personele ise uygulanmayacağı belirtilmiştir.[32]

Yasa'nın 7. maddesinde kapsama girenlerin; dışarıda serbest olarak sanat ve mesleklerini yürütemeyeceği, resmi ve özel herhangi bir kurumda aylıklı, ücretli veya sözleşmeli olarak mesleksel görev alamayacağı,

çalıştıkları kurumun gelirlerinden veya hizmet verdikleri kişilerden bu Yasa'da yazılı olanlardan ve 657 sayılı Devlet Memurları Yasası'nın gerektirdiği ödemelerden (ilgili üniversite personeli için 1765 sayılı Yasa'nın 16. maddesinin 1. fıkrasında belirtilenden) başka mesleksel ek gelir sağlayamayacağı kurala bağlanmıştır.[32]

4.1.1.9. 24 Ocak 1980 Kararları

24 Ocak 1980 Kararları sanayi politikalarını değiştirerek ekonomik yapının temelden değişmesini öngören bir yapısal dönüşüm programıdır. Serbest piyasa koşullarının hakim olduğu bir ekonomik yapıya geçiş için yapısal düzenlemeler amaçlanmıştır.

24 Ocak 1980 Kararlarıyla devletin, ekonomik alanda faaliyetlerini ve müdahalelerini kısıtlaması ve özel kesimin ekonominin motor gücü olması öngörülmüştür. Kararlarla, kamu yatırımlarında ağırlığı özel kesime kaydırıcı değişiklikler yapılmıştır.[33]

4.1.1.10. 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Yasa

31 Aralık 1980 tarih ve 17207 sayılı mükerrer RG'de yayınlanarak yürürlüğe giren "2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Yasa" ile "2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa" yürürlükten kaldırılarak özel kanunlarına göre meslek ve sanatlarını serbest olarak icra etme hak ve yetkisine sahip olanlar istedikleri takdirde, tazminat hakkından yararlanmamak şartı ile serbest olarak çalışabileceği hükmü getirilmiştir (md. 4).[34]

4.1.1.11. Sağlık Hizmetlerinden Katılım Payı Alınması (İlaç)

1980'lerden sonra, ilaç alanında üretim, tüketim ve tanıtıma yönelik olarak Devletin denetim ve gereksiz tüketimi kısıtlama girişimleri gündeme gelmiştir.[35]

Bu uygulamaların iyi bilinenlerinden biri; 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası'nın 33, 35, 36 ve 42. maddelerinde 6 Mart 1981'de 2422 sayılı yasayla yapılan değişikliklerle aktif sigortalı ile geçindirmekle yükümlü olduklarının ayakta yapılan sağaltımlarında verilen ilaç bedellerinin % 20'sini sigortalının ödeyeceği kuralıdır (md. 1 ve 2).[23]

Yine 2422 sayılı yasa ile **506 sayılı Yasa**'nın 35, 36, 40 ve 42. maddeleri uyarınca sağlık yardımlarından yararlanacak olanlardan (aktif sigortalının bakmakla yükümlü oldukları, sigortalılık niteliğini yitirenlerden bu tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olan sigortalı ile gelir ve aylık almakta olan aile bireylerine) yapılacak her bir poliklinik muayenesi için Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın önerisi ve Bakanlar Kurulu'nun kararı ile 20 TL'dan az olmamak üzere **muayene ücreti** alınacağı belirtilmiştir. Hekimin gerekli görmesi üzerine yapılacak öbür poliklinik muayenelerinden ise ücret alınmayacaktır (ek md. 3).[36]

1949'lara uzanan 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasası'nın (RG 7235, 17.06.1949) geçici 139. maddesinde 30 Aralık 1982'de 2771 sayılı yasa ile yapılan değişiklik ile emekli aylığı alanlar ve bakmakla yükümlü oldukları aile üyeleri ile dul ve yetim aylığı alanların muayene ve sağaltım giderleri Sandık tarafından karşılanmakla birlikte; ayakta veya konutta sağaltım durumunda kullanılacak ilaç bedellerinin % 10'unun kişiler tarafından ödeneceği kuralı getirilmiştir. Ancak kimi ilaçlardan katkı payı alınmayacaktır (md. 7).[37]

657 sayılı Devlet Memurları Yasası'nın (23.07.1965 tarih ve 12056 sayılı RG) 209. maddesine eklenen bir fıkra ile (Ek Fıkra: 30.12.1982 – 2771 / 4 md.) ayakta veya konutta sağaltım durumunda kullanılacak ilaç bedellerinin % 20'sinin memur tarafından ödeneceği belirtilmiş; sonrasında RG'de 14622 sayı ile 12 Ağustos 1973'te yayınlanan Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı

ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği'nin 19. maddesinde (Değişik: 19.01.1983 - 83 / 6022 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı) yapılan değişiklikle devlet memuru ve bakmakla yükümlü olduklarının ilaç giderlerinin % 20'sinin kişilerce karşılanacağı belirtilmiştir. Ancak kimi ilaçlar kapsam dışı bırakılmıştır. 1983'te ayrıca SSK kapsamında gelir ve aylık almakta olanlar ile bakmakla yükümlü olduklarından 2795 sayılı Yasa kapsamında ilaç bedellerinin % 10'unun katılım payı olarak alınması öngörülmüştür.[14,24,38]

4.1.2. 1982 - 2001 Dönemi

4.1.2.1. 1982 Anayasası

12 Eylül 1980 askeri darbesinin ardından ülkemizde kapsamlı bir mevzuat dönüşümü başlatılmıştır. Tez konumuz bağlamında bizi en yakından ilgilendiren temel düzenleme, doğaldır ki 1961 Anayasası'nın tümüyle yürürlükten kaldırılarak yerine 1982 Anayasası'nın konmasıdır.[5,6]

17863 sayılı RG'de 09.11.1982'de yayınlanan 1982 Anayasası'nda "Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması" başlığında madde 56'da:

"Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin yaşamını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için yasayla genel sağlık sigortası kurulabilir."denmektedir.[6]

1961 Anayasası Sağlığı yurttaş açısından "temel bir hak" olarak tanımlayarak Devleti bu hizmetle görevlendirirken (md. 49); daha sonra **1982 Anayasası** sağlık ve çevre konusunu aynı maddede işleyip, sağlık

hakkını net olarak vurgulamamakta; Devlete, daha çok "düzenleme ve denetleme" görevi yüklemektedir (md. 56).[5,6] Bu Anayasada ayrıca; özel sektörden söz edilmekte, son fıkrasında da "Sağlık hizmetlerinin yaygın bir biçimde yerine getirilmesi için yasayla genel sağlık sigortası kurulabilir." düzenlemesine yer verilmektedir. Böylelikle "özel kesim" ve "genel sağlık sigortası" tanımlamaları anayasamızda ilk kez yer almaktadır.[39]

Ayrıca "herkesin beden ve ruh sağlığı" nı kapsarken, "sosyal yönden de tam iyilik" öğesine yer verilmemiştir. Böylece, "sosyal" nitelikli sağlık giderlerini göz ardı eden mevzuat düzenlemeleri yapılabilecektir. Öyle de olmuş, önceleri "Sağlıkta Reform", daha sonra da "Sağlıkta Dönüşüm" sürecinde mevzuat üretimi bu doğrultuda gerçekleşmiştir.

Nitekim 23.061936/ 3337 sayılı RG'de yayınlanan 3017 sayılı "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Yasası", önce 181 (1983) sonra 23.1989 / 20096 sayılı RG'de yayımlanan 356 sayılı YGK ile değiştirilmiş, yaygın adıyla "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı"nın adı "Sağlık Bakanlığı"na dönüştürülmüş; "sosyal yardım" nitemi çıkarılmıştır.

Ancak 1982 Anayasası 2. maddesinde Cumhuriyet'in 6 temel niteliğinden biri ve değiştirilemez / değiştirilmesi teklif bile edilemez kaydı ile sosyal devleti de saydığından, sosyal yardım hizmetleri başka kamu kurumlarının yükümüne bırakılmıştır. Böylece, 1921, 1924 ve 1961 Anayasalarının ardından Atatürk'ün ülkesinde 3 Mayıs 1920'de TBMM hükümetince olağanüstü dönemde çıkarılan 3 sayılı yasa ile kurulan Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti, günümüz Sağlık Bakanlığı olarak, 3. kez ad değişimi yaşamıştır.[19]

Kuşkusuz, "sağlık giderleri" olarak tanımlanan Cumhuriyet'in kuruluşunda Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti'nin, 1936'dan 1983'e değin yine Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti'nin harcamaları içinde "sosyal yardım" (İçtimai Muavenet) giderleri ayrıştırılarak, harcamaların salt sağlık amaçlı olması gerçekleştirilmiştir. 1982 Anayasası'nın hukuksal zemini oluşturmasının ardından, "181 Sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Yasa Hükmünde Kararname" üstyapıda kurgulanan değişimi gerçekleştirmiştir.[40,41]

1980 sonrası Milli Güvenlik Kurulu (MGK) özel sektörün desteklenmesi konusunda kimi düzenlemeler yapmıştır. Örneğin 1981 sonrası yayınlanan Bakanlar Kurulu kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınmıştır (30 Kasım 1981 tarih ve 17530 sayılı RG).[39] Bu durum 1982, 1983 ve 1984 yıllarındaki programlarda da yenilenmiştir. Bu yıllarda Sağlık Bakanlığı bütçe payı sürekli aşağıya çekilmiş 1985'te % 2,54 olmuştur. Kaçınılmaz olarak oluşan yatırım açığını ise özel sektörün doldurması planlanmış, bu arada Sosyalleştirme için gerekli kamusal fonlar da elbette ayrılmamıştır.

Kamu kurumlarında kimi hizmetlerin ve süreçlerin özelleştirilmesi adımların atılması yönünde ise 27 Eylül 1983 tarihinde çıkarılan ve 209 sayılı yasaya ekleme yapan 2907 sayılı Yasa (**209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Yasanın 3. Maddesinin Değiştirilmesi ve Bu Yasaya Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Yasa**) kapsamında döner sermaye gelirleri kurumlardaki işlerin yürütülmesi konusunda her türlü araç-gereç, aygıt alımı ile gelir getirici biçimde kullanılmasının önü açılmış ve kamu kurumlarının ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma yetkisi verilmiştir.[42]

Aynı yıl MGK bünyesinde kurulan bir komisyon 1967'de hazırlanan Genel Sağlık Sigortası yasa tasarısını değerlendirmiş; sigorta ile halkın sağlık kuruluşlarına özellikle ayakta sağaltım için başvurularının artacağı, hekim sıkıntısı ve Sağlık Ocaklarının tam çalıştırılmaması karşısında bu başvuruların karşılanamayacağı endişesi ile varlıklı kişilerden toplanacak prime dayalı sayısal veriler yeterli olmadığından, sigorta gelirlerinin yeterli düzeye erişememesi durumunda gider çokluğunun yeni mali yük getireceği endişesiyle MGK'ca kabul görmemiştir.[25, 39]

Sonrasında 1985-1989 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**'nda sağlık kuruluşlarının, hizmet verimliliğinin artırılması için, işletmecilik yönünden ele alınacağı; devlet, üniversite ve öbür hastaneler arasında işbirliği olanaklarının geliştirilmesi ve kuruluşların karşılıklı dayanışma anlayışı içinde çalışmalarının sağlanması için gerekli politikaların izleneceği belirtilmiştir.[43]

Plan'a göre özel sağlık kuruluşları ve hastaneler teşvik edilecek, bu kuruluşların sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacaktır. Öte yandan serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak kamunun hizmet satın alması yoluyla sağlık hizmetleri verilecektir. Bu Plan ile kamusal kaynakların özel sektöre aktarılması belirgin olarak özendirilmiştir. [43]

SSK'nın sağlık hizmetlerinden arındırılmasına yönelik çabaların tohumları 5. Kalkınma Planı döneminde atılmış gibi görünmektedir. Plan'da; Kamu kurumlarının ve Sigorta Kurumlarının kendilerinin sağlık hizmeti vermek üzere örgütlenmelerinden kaçınılarak, varolan sağlık kurumlarından yararlanılması temel alınıp, bu yönde gerekli düzenlemeler yapılması öngörülmektedir.[43]

4.1.2.2. 3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Yasası

14 Haziran 1986 tarih ve 19134 sayılı RG'de yayınlanarak yürürlüğe giren "3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Yasası"nın amacı; gereksinimli (muhtaç) durumda bulunan vatandaşlar ile gerektiğinde Türkiye'ye kabul edilmiş veya gelmiş olan kişilere yardım etmek, sosyal adaleti pekiştirici önlemler alarak ulusal gelirin adil dağılımını sağlamak, sosyal yardımlaşma ve dayanışmayı teşvik etmek olmuştur. Yasa'da öngörülen hizmetlerin gerçekleştirilmesi için Başbakanlığa bağlı ve T.C. Merkez Bankası katında Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu kurulmuştur.[44]

4.1.2.3. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası

1982 Anayasası'na ikincil olarak sağlık alanında yapılan temel değişiklik, 15 Mayıs 1987'de 19461 sayı ile RG'de yayınlanan "3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası" ile sağlanmıştır. Bu yasanın 3/b. maddesinde, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek üzere kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde gereksiz kaynak kullanımına yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın

alınarak nitelikli hizmet sunumu ve verimliliğinin temel alınacağı belirtilmiştir. Yasa koyucu, “gereksiz kaynak kullanımına yol açmama” ve “verimliği temel alma” gibi gerekçelere dayanarak, gerektiğinde sağlık hizmeti satın alınarak “nitelikli hizmet sunumu” yolunun önünü açmıştır.[45]

Bunlarla da yetinilmeyerek, yasanın 4. maddesinin 2. fıkrası, artık 1982 Anayasası’nın 56. maddesi son fıkrasında düzenlenen Genel Sağlık Sigortası’na gönderme ile GSS’nin tek elden yürütülmesini sağlamak amacıyla bütün sosyal güvenlik kurumlarının Sağlık Sigortası bölümleri ile topladıkları sağlık primlerini, var olan sosyal güvenlik kurumlarının biri veya bu amaçla kurulmuş yeni bir kurum bünyesinde toplamaya ve çalışma biçimini belirlemeye Bakanlar Kurulu’nun yetkili olduğunu belirtmiştir. Günümüz Sosyal Güvenlik Kurumu’na benzer bir yapıyı öngören bu fıkra, Anayasa Mahkemesi’nin 19.4.1988 tarih, 1987/16 esas ve 1988/8 sayılı kararı ile iptal edilmiştir.[45]

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası, “Sağlık İşletmesi” başlıklı 5. maddesi ile Milli Savunma Bakanlığı dışında kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı’nın uygun görmesi durumunda Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğine sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesine de olanak tanınmıştır.[45]

Anayasa Mahkemesi’nce yukarıda belirtilen fıkra dahil birçok maddesi iptal edildiğinden, 3359 sayılı yasa sistematik bir bütünlük içinde yürürlüğe sokulamamıştır.[39]

4.1.2.4. Döner Sermayeden Personele Ek Ödeme ve Dışardan Personel Çalıştırma

209 sayılı yasada 27.06.1989’da 375 sayılı Yasa Gücünde Kararname ile yapılan değişikliklerle (md. 27); her türlü hak edişi (istihkakı) ve giderleri döner sermayeden ödenmek koşuluyla yataklı sağaltım kurumlarında dışardan personel çalıştırılmasına olanak sağlanmış, ayrıca döner sermaye gelirlerinin % 50’sinin kendi personeline ek ödeme olarak dağıtılabileceği kabul edilmiştir.[46,47]

Altıncı 5 Yıllık Kalkınma Planı'nda (1990-1994) sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesinin temel alınması ve hizmet isteminin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanmasının sürdürülmesi öngörülmüştür.[48]

506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası'nda yer alan aktif sigortalının bakmakla yükümlü oldukları, sigortalılık niteliğini yitirenlerden bu tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olan sigortalı ile gelir ve aylık almakta olanlar ile aile bireylerinden alınacak **muayene ücreti** önce; 18.09.1990 tarih ve 90/913 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı (BKK) ile 1.000.-TL olarak kararlaştırılmış, daha sonra bu miktar 6/8/1992 tarih ve 92/3337 sayılı BKK ile 1/10/1992 tarihinden itibaren (20) gösterge rakamının memur maaş katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak miktar olarak belirlenmiştir.[23]

Böylelikle, alınan vergiler ve prim adı altında "ek vergiler" e karşın, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanıcılardan, ilaca katkılarının yanı sıra, muayene sırasında bir ödemede daha bulunması istenmektedir.[23]

4.1.2.5. 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasa

RG'de (21273 sayılı) 3 Temmuz 1992'de yayınlanan "3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasa" ile hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye dek Devlet tarafından karşılanması ve bu bağlamda uyulacak ilke (usul) ve yöntemlerin (esasların) belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu yasa, aylık geliri veya aile içindeki gelir payı 4857 sayılı İş Yasası'na göre belirlenen enaz (asgari) ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de oturan Türk vatandaşlarını kapsamaktadır.[49]

4.1.2.6. Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik

Ankara'da 1992'de düzenlenen "**1. Ulusal Sağlık Kongresi**"nde meslek kuruluşları, üniversiteler, sendikalar, dernekler, hatta bir bölüm Sağlık Bakanlığı bürokratlarının karşıt yöndeki görüş ve komisyon kararlarına karşın; Sağlık Bakanlığı "Ulusal Sağlık Politikası" adı altında Aile Hekimliği'ne geçilmesi ve hastanelerin işletmeye dönüştürülmesi yönünde ilk resmi adımı atmıştır. 1993 yılında bu girişim "Sağlık Reformu" adını almış, ancak sert tepkiler karşısında duraklamak zorunda kalınmıştır. Aynı Koalisyon Hükümeti, 22168 sayılı 11 Ocak 1995 tarihli RG'de yayınlanan Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma İlke ve Yöntemleri Hakkında Yönetmelik ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin "Sağlık İşletmesi" durumuna getirilmesinin yolunu açmıştır.[39,50]

4.1.2.7. Dünya Ticaret Örgütü ve Uluslararası Antlaşmalar

İngilizce adı "General Agreement on Tariffs and Trade" kelimelerinin baş harflerinin bir araya gelmesinden oluşan GATT, "Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması" anlamına gelmektedir. GATT - 1947 çok taraflı bir anlaşma olup, 1 Ocak 1948'de de yürürlüğe girmiştir. Türkiye anlaşmayı 1953'te imzalamıştır. 1 Ocak 1995'te GATT'ın yerine geçen Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ), GATT'tan daha kapsamlıdır.[51]

DTÖ anlaşmaları mal, hizmetler ve fikri mülkiyet olmak üzere 3 ana kümeden oluşur. Mallarda GATT, Hizmetlerde GATS (General Agreement on Trade in Services - Hizmet Ticareti Genel Anlaşması) ve Fikri Mülkiyette TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights - Fikri Mülkiyet Haklarıyla Bağlantılı Ticarete İlişkin Anlaşma) anlaşmaları temel ilkeleri oluşturmaktadır.[52]

Türkiye'nin DTÖ üyeliği ile eki olan TRIPS, GATS ve GATT – 1994'ün yürürlüğe giriş tarihi 26 Mart 1995'tir.[53]

DTÖ; üye ülkelerin uluslararası ticarette; ticareti daraltan "Her Türlü Engeli" ve "Farklı Muameleleri" kaldırmaları öngörmektedir. Bunun için 1. Kural, bir ülkeye sağlanan kolaylık ya da verilen ödün, ayırım yapılmadan bütün öbür üye ülkelere de aynen geçerli kılınmalıdır. 2. kural ise, yurt içinde uygulanan vergi ve işlemlerde yerli mal (hizmet) ve yabancı mal (hizmet) ayırımı yapılmaması ve hepsine eşit muamele edilmesidir.[51]

3. Kural; tarifeler azaltılacak ve kimi durumlar dışında, tarife dışı engeller tümüyle yasaklanacaktır. Buna göre, ticarette saydamlığın sağlanmasının en etkin yolu, korumaların tarifeler yoluyla yapılmasından geçmektedir. 4. ve son kural, gümrük vergilerinin indirilerek konsolide edilmesidir.[52]

Fikri Mülkiyet Haklarıyla Bağlantılı Ticarete İlişkin Anlaşması ile telif hakları, ticari markalar ve patent uygulamalarını güçlendirilerek ve ortak bir koruma şemsiyesi altına alınarak; sahte (markasız ve patentsiz) ürünlerin dünya ticaretinden pay almasının önüne geçilmek istenmektedir.[54] İlaçta "patent" konusu bu noktada kritik bir konumdadır. Patentlerle ilgili olarak hemen hemen tüm teknolojik buluşlar için yirmi yıllık bir patent koruma süresi tanınmıştır. DTÖ'ne üye, GATT'ı imzalamış TRIPS Anlaşması'nın yükümlülüğü altındaki ülkeler, bu anlaşmaların gerektirdiği kurallarca ülkelerin ve ilaç sanayisinin gelişmişlik düzeyine göre belirlenen tarihlerde ilaçta patent uygulamasına geçecekler (10 yıla dek geçiş süresi tanınmıştır); ilgili ulusal mevzuatı bu anlaşmalar doğrultusunda değiştireceklerdir.[55]

Türkiye, DTÖ'ye üyeliği ile birlikte, GATS yükümlülüğünü resmen kabul etmiştir. GATS Anlaşmasıyla Türkiye şu yüklenimlerde bulunmuştur:

- Kamu hizmetleri serbest piyasa ticaretine açılacak; bunun için;
- Kamusal alanlar tasfiye edilecek
- KİT'ler özelleştirilecek
- Devlet her türlü hizmet alanından elini çekecek
- Bu alanlar, Ulus ötesi şirketlerin ticaretine terk edilecektir!

Fikri Mülkiyet Haklarıyla Bağlantılı Ticarete İlişkin Anlaşma bağlamında "Patent Haklarının Korunması Hakkında Yasa Gücünde Kararname" 27 Haziran 1995 tarih ve 22326 sayılı RG'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Türkiye 1 Ocak 1995'ten başlayarak 10 yıllık bir geçiş süresine sahipken Kararname'nin geçici 4. maddesinde yapılan bir değişiklikle tıbbi ve veteriner ilaç üretim yöntemlerine ve ürünlerine bu Yasa Gücünde Kararname kapsamındaki patent belgesi ile sağlanan koruma 1 Ocak 1999 tarihinde başlatılmıştır. Bu adım, doğallıkla ilaç giderlerinde artış demektir.[56]

Hizmet Ticareti Genel Anlaşması Antlaşması, sağlık dahil tüm hizmet alanlarının serbest piyasaya açılması için var olan düzenlemeleri genişleten ve hukuksal işlerlik kazandıran ilk çok yanlı yatırım ve ticaret anlaşmasıdır.[54]

İngilizce adı "Multilateral Agreement on Investment" kelimelerinin baş harflerinin bir araya gelmesinden oluşan MAI, "Çok Taraflı Yatırım Anlaşması" anlamındadır. MAI Antlaşması, 1995'ten başlayarak, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organization of Economic Co-operation and Development, OECD) içinde geliştirilmiş ve Ekim 1998'de imzaya sunulmuştur. Türkiye Anlaşmayı aynı yıl imzalamıştır. Bu Anlaşma, uluslar üstü sermayenin, girdiği ülkede, üretimden pazarlamaya değin mülkiyet edinme de içinde olmak üzere hiçbir sınırlama ve denetimle karşılaşmadan yer alabilmesi için hükümetlerin ortak paydada uzlaştığı yasal bir düzenlemedir. MAI Anlaşması'nı imzalayan devletler, 5 yıl süre ile bu Anlaşma'dan çıkamayacak ve çıktıktan sonra da 15 yıl süre ile tüm anlaşma kurallarını uygulamak zorunda bırakılacaklardır![54]

Yedinci 5 Yıllık Kalkınma Planı'nda (1996-2000) Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu ve özel kesimde birbirinden ayrı ve bağımsız çalışan kuruluşlar tarafından sunulduğu; ancak, kamu kuruluşları arasında etkili bir işbölümü ve eşgüdümün sağlanamamış olması, bu kuruluşların farklı nüfus dilimlerine yönelik olmaları, kuruluşların yatırım ve hizmet sunumlarında çakışmalara, kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açtığı belirtilmiştir.[57]

7. Plan'da başta Sağlık Bakanlığı ve SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu) olmak üzere, kamu sağlık kuruluşlarında hizmetin sunumu ile finansmanının bir arada bulunmasının, hizmetin planlanması ve uygulanmasında sorun yaratmakta ve denetim düzeneklerinin (mekanizmasının) etkili biçimde işletilmesini engellediği işlenmektedir.[57]

Yataklı sağaltım kurumlarının çağdaş işletmecilik ilkelerine göre verimli ve etkili biçimde yönetilmemesi, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayamaması, rekabete açık olmaması, yönetsel (idari) ve akçalı (mali) özerkliğe sahip kuruluşlara dönüştürülememiş olmasının, bu kuruluşlardan beklenen yararın (faydanın) elde edilememesine yol açtığı belirtilmektedir. Ayrıca özel sağlık sigortacılığının yaygınlaştırılamadığına değinilmektedir.[57]

7. Plan'da hedefler olarak sağlık hizmetleri açısından sosyal güvencesi olmayan kesimin sigortalanacağı, uzun erimde (vadede) sigorta kuruluşları arasında norm ve standart birliğinin sağlanarak genel sağlık sigortası sistemine geçileceği, ödeme gücü olmayanların sigorta primlerinin bir ölçüde (kısmen) veya tümüyle kamu kaynaklarından karşılanacağı ve bu çerçevede gerekli yasal düzenlemelerin yapılacağı belirtilmektedir.[57]

7. 5YKP'nda sağlık hizmetlerinde merkezi yönetimlerin görev, yetki ve sorumluluklarının azaltılarak hizmet sunumunda yerel yönetimlerin rolünün artırılacağı öngörülmektedir.[57]

Önceleri "Sağlık Reformu", 2003'ten sonra da "Sağlıkta Dönüşüm" adım adım ama istikrarla örülmektedir.[57]

Plan'a göre ayrıca "Sağlık alanına daha çok kaynak ayrılacak, etkili bir eşgüdüm ve işbirliği sağlanmak yoluyla verili kaynaklar daha verimli kullanılacaktır. Kamusal kaynaklar öncelikle maliyet etkililiği yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilecektir." denilmektedir.[57]

4.1.2.8. Sağlık Hizmetlerinden Katılım Payı Alınması (Protez, Araç ve Gereç)

25 Ağustos 1999'da 4447 sayılı Yasa ile 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası'nda yapılan değişiklikle gelir ve aylık almakta olanlar ile aile üyelerinin ayakta yapılan sağaltımlarında verilen ilaçlar ile protez, araç ve gereç bedellerinin % 10'unun kendilerince ödeneceği belirtilmiş; ancak protez, araç ve gereç bedelleri için alınacak katkı payının, ödeme tarihindeki 25/8/1971 tarihli ve 1475 sayılı İş Yasası'nın 33. maddesine göre sanayi kesiminde çalışan 16 yaşından büyük işçiler için uygulanan aylık enaz (asgari) ücret

tutarını geçemeyeceği öngörülmüştür (md. 36). Aynı yasayla yapılan eklemeyle protez, araç ve gereç bedellerinin % 20'sinin aktif sigortalı tarafından ödeneceği (eş ve çocukları da kapsayan); alınacak katkı tutarının, ödeme tarihindeki 25/8/1971 tarihli ve 1475 sayılı İş Yasası'nın 33. maddesine göre sanayi kesiminde çalışan 16 yaşından büyük işçiler için uygulanan aylık asgari ücretin 1,5 katından çok olamayacağı belirtilmiştir (md. 32 ve ek md. 32).[23]

4447 sayılı yasa, RG'de 13956 sayı ile 14 Eylül 1971'de yayınlanarak yürürlüğe giren 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası'nda (kısaca Bağ-Kur yasası) ek madde 13'te yapılan değişiklikle ayakta yapılan sağaltımlarda poliklinik muayene ücretinin ve verilen ilaç bedellerinin %20'sinin sigortalı ve hak sahipleri, %10'unun aylık alanlar ve hak sahiplerince karşılanacağı kuralını getirmiştir. Ayrıca aynı maddede iş kazası ve meslek hastalığı sonucu verilecek olanlar dışında protez, araç ve gereç bedellerinin %20'sinin sigortalı ve hak sahiplerince, %10'unun ise aylık alanlar ve hak sahiplerince ödeneceği; katkı payı tutarının sigortalılarda 1. gelir basamağının 1,5 katını, aylık alanlarda ise 1. gelir basamağının %65'ini geçemeyeceği belirtilmiştir.[27]

5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasası'nın geçici madde 139'a eklenen bir madde ile 1 Ocak 2000'de başlamak üzere emekli aylığı alanlar ve bakmakla yükümlü oldukları aile üyeleri ile dul ve yetim aylığı alanların; kullanılması sağlık raporu ile gerekli görülen protez, ortez ve tıbbi araç ve gereç bedellerinin %10'unu hak sahipleri olarak ödeyeceklerdir. Ancak ödeme tutarı, bu yasanın ek 19. maddesindeki aylıklardan çok olamayacaktır.[37]

Resmi Gazete'de (23421 sayılı) 2 Ağustos 1998'de yayınlanan 4375 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Yasası, Devlet Memurları Yasası ve Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasası'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa'nın 4. maddesinde 19 Nisan 2000 tarihli 4565 sayılı yasa ile yapılan değişiklikle sağaltım amacıyla yurt dışına gönderilenlerden **yurt dışı tedavi** giderlerinin % 4'ü oranında **katılım payı** alınacağı; alınacak katılım payının,

hak sahiplerinin her türlü ödemelerini içeren net aylık veya ücretlerinin 3 katını geçemeceği belirtilmiştir.[58]

4.1.2.9. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

9 Mayıs 2000 tarih ve 23988 sayılı RG'de "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" yayınlanarak ayakta tanı ve sağaltım yapılan özel sağlık kuruluşlarının açılmasına, çalışmasına ve denetlenmesine ilişkin ilke ve yöntemler düzenlenmiştir.[59]

8. 5 Yıllık Kalkınma Planı'nda (2001 - 2005); koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilememiş ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleriyle birlikte yaygın, sürekli ve etkili sunulması sağlanamamış olduğu; ayrıca hastanelerin yönetsel ve akçalı (mali) özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kavuşturulamamış, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmemiş olduğuna değinilmiştir.[60]

8. Plan'da amaçlar olarak; koruyucu sağlık hizmeti sunumu, 1. Basamak sağlık hizmet birimleriyle birleştirilerek etkinleştirileceği, kentsel kesim birinci basamak sağlık hizmet kapasitesinin geliştirileceği, semt polikliniği uygulamasının yeniden yapılandırılacağı, piyasa koşullarında hizmet üreten özel sağlık kuruluşlarının olanaklarından yararlanılacağı ve aile hekimliği uygulamasına geçileceği belirtilmiştir.[60]

Hastanelerin yönetsel ve akçalı yönden özerkliğe kavuşturularak, çağdaş yönetim ve işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayan işletmelere dönüştürülmesi; ayrıca özel sektörün sağlık yatırımlarının ve gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmetlerinin teşvik edilmesi hedeflenmiştir.[60]

4.1.2.10. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda Döner Sermaye

23 Ocak 2001 tarih ve 24296 sayılı RG'de yayınlanmış "4618 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasanın Bazı Maddeleri ile 190 Sayılı Yasa Hükmünde Kararnamenin Eki Cetvellerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Yasa"nın 1. maddesinde; personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, o birimde görevli yardımcı hizmetler ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil çalışanlara, bir yılda alacakları aylık, yan ödeme ve her türlü ödence (tazminat) tutarının %80'ini, öbür çalışanlara ise %100'ünü aşmamak üzere ek ödeme yapılabileceği belirtilmiştir.[61]

Yayınlanan yasanın geçici 2. maddesinde ise "Sağlık Bakanlığı'na bağlı il düzeyindeki var olan döner sermayeli işletmelerden, 1999 yılı gayri safi gelirleri bir trilyon liranın altında olanlar, Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak birleştirilir. 1. Basamak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlardaki ana çocuk sağlığı dispanseri, sağlık ocağı ve halk sağlığı laboratuvarları gibi koruyucu sağlık hizmetleri dışında kalan tedavi hizmetlerini de kapsamak üzere, her ilde bir adet döner sermayeli işletme kurulur." denmektedir.[61]

Kamu sağlık hizmeti üretiminden çekildiği gibi, finansmanından da aşamalı olarak çekilmektedir.

4.1.3. 2002'den Günümüze

4.1.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

2002 – 2003 yıllarında 58. ve 59. Hükümetler, Acil Eylem Planı çerçevesinde "Sağlıkta Dönüşüm Programı" hazırlamışlardır. Bu programın bileşenleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
   (Sağlık hizmeti üretimi yerine)
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası (GSS);

3. Yaygın, erişimi kolay ve güleryüzlü Sağlık Hizmet Sistemi
   - ⋆ Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği
   - ⋆ Etkili, basamaklı sevk zinciri
   - ⋆ Yönetsel ve parasal özerkliğe sahip sağlık işletmeleri;
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek güdülenme ile (motivasyonla) çalışan sağlık insangücü;
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları;
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için nitelik (kalite) ve akreditasyon yapılanması;
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
   - ⋆ Ulusal İlaç Kurumu
   - ⋆ Tıbbi Cihaz Kurumu
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim, Sağlık Bilgi Sistemi,
9. Daha iyi bir gelecek için sağlığın iyileştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
10. Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörlerarası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,
11. Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri

9, 10 ve 11. bileşenler; 22 Temmuz 2007 seçimleri sonrasında eklenmiştir. [25]

4.1.3.2. Özel Hastaneler Yönetmeliği

27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı RG'de yayımlanan "Özel Hastaneler Yönetmeliği"nin amacı; etkin, verimli ve nitelikli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere, bütün özel hastanelerin kuruluş, hizmet ve çalışan standartlarının saptanmasına, uygun olarak örgütlenmesine ve bunların açılmalarına, çalışmalarına, kapanmalarına ve denetlenmelerine ilişkin ilke ve yöntemleri düzenlemek olarak belirtilmiştir. [62]

5434 Sayılı **Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasa**'sının geçici 139. maddesinde 3 Nisan 2003'te 4839 sayılı yasa ile yapılan değişiklik ile yapılacak sağlık yardımları için her ay:

1- Emekli veya işgöremezlik (malüllük) aylığı alanlardan;

a) Kendileri için 120,

b) Eşleri için 90,

c) Çocuklarının her biri için 60,

d) Ana ve babalarının her biri için 90,

2- Dul aylığı alanlardan 90,

3- Yetim aylığı alanlardan 60, gösterge rakamının memur aylıklarına uygulanan katsayı ile çarpımı sonucu bulunacak tutarda **sağlık katkı payı** alınır; ancak bu katkı payı hiçbir biçimde emeklilik, işgöremezlik (malüllük), dul ve yetim aylıklarının % 1'ini geçemez kuralı getirilmiştir (md. 6). Sonrasında Anayasa Mahkemesi'nin 8 Ekim 2003 tarih ve Esas no: 2003/31, Karar no: 2003/87 sayılı kararı ile bu hüküm iptal edilmiştir.[37]

4.1.3.3. Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ

30 Mayıs 2003 tarih ve 25123 sayılı RG'de yayınlanan Maliye ve Sağlık Bakanlıklarının oluşturduğu "Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" ile Devlet memurları ile bakmakla yükümlü bulundukları aile üyelerinin sağaltımlarının resmi sağlık kurum ve kuruluşları yanında özel sağlık kurumları ve özel polikliniklerden de sağlanmasına ilişkin ilke ve yöntemler belirlenmiştir. Bu Tebliğe göre düzenlenen kimi kurallar şunlardır:

a) Hastalar; 1. Basamak tanı ve sağaltım için resmi kurum tabiplikleri, Sağlık Ocağı, sağlık merkezi, verem savaş dispanseri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, SSK sağlık istasyonu-dispanseri yanında özel polikliniklere kurumlarından alacakları hasta muayene istek belgesi (sevk evrakı) ile başvurabilirler.

b) Özel polikliniklere, aynı hastanın aynı hastalığı için 15 gün içinde yeniden yapılacak izlem ve kontrolünden dolayı ödeme yapılmaz ve 2. kez fatura düzenlenemez.

c) Özel polikliniklerde yapılabilecek inceleme ve tahlillerden; yalnızca hemogram, tam idrar, açlık kan şekeri, üre, kreatinin, bilirubin, ALT, AST, EKG, akciğer grafisi, direkt karın grafisi, direkt ekstremite grafisi ve dışkıda amip-giardia aranması fatura edilerek bedeli kurumlarından tahsil edilebilir. Bunların dışında yapılan inceleme ve tahliller için ödeme yapılmaz.

d) Özel polikliniklerde yapılan tanı ve sağaltım hizmetlerinin fiyatlandırılmasında, Bütçe Uygulama Talimatı (BUT)'nda 1. Basamak sağlık hizmetleri için saptanan birim fiyatlar temel alınır.

e) Özel poliklinik, hastayı 2. Basamak resmi veya özel sağlık kurumuna sevk etmesi durumunda, faturada % 10 indirim yapacaktır.

f) Hastaların belgelenecek acil durumlar dışında, kurumlarından alacakları hasta muayene istek kağıdı ile doğrudan 2. Basamak kamu veya özel sağlık kurumlarına başvurması durumunda, faturalama işlemlerinde Bütçe Uygulama Talimatı'nda belirlenen 1. Basamak birim fiyatları (Sağlık Ocağı faturalandırması) temel alınarak faturalandırılır. İlgili sağlık kurumu, doğrudan 2. Basamağa başvuran hastadan aradaki fiyat farkını isteyebilir. Başka bir 2. Basamak sağlık kurumuna sevk durumunda bu maddenin (h) bendi kuralları uygulanır.

g) 2. Basamak özel sağlık kurumlarında yapılan tanı ve sağaltım hizmetlerinin fiyatlandırılmasında, BUT'ta belirlenen birim fiyatlar ölçü alınır.

j) Hastalık kümelerinde tanıya dayalı fiyat (**paket tedavi**) saptanması durumunda, faturalar bu fiyatlar üzerinden düzenlenir. 1. Basamak sağlık kuruluşlarından sevk edilmeksizin 2. Basamağa doğrudan başvuruda; tanıya dayalı fiyat (paket fiyat) üzerinden % 30 indirim yapılır ve tanıya dayalı sağaltım için belirlenen genel ilkeler dikkate alınarak uygulama gerçekleştirilir.

h) 2. Basamak özel sağlık kurumunca, hastanın başka bir sağlık kurumuna (eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite tıp fakülteleri

dışında) sevk edilmesi durumunda, sevki yapan sağlık kurumu düzenleyeceği toplam fatura bedeli üzerinden % 30 indirim yapar.[63]

1 Temmuz 2003 tarih ve 25155 sayılı RG'de yayınlanan "**4905 Sayılı Devlet Memurları Yasası ile Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasasında Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa**" ile 657 sayılı Devlet Memurları Yasası'nın 209. maddesinin 1. ve 4. fıkrası değiştirilerek Devlet memurları ile herhangi bir biçimde sağlık yardımından yararlanmayan eşlerinin veya bakmakla yükümlü bulundukları anababa ve 2'den çok da olsa aile yardımı ödeneği hakkı olan çocuklarının hastalanmaları durumunda, evlerinde veya resmî veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında ayakta veya yatarak sağaltımlarının kurumlarınca sağlanacağı belirtilmiştir (md. 1).[64]

5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasası'nın geçici 139. maddesinin 1., 6. ve 7. fıkraları değiştirilmiş ve maddenin sonuna eklenen fıkra ile emekli, basit işgöremezlik (adi malullük) veya görev işgöremezliği (vazife malullüğü) aylığı bağlanmış olanlar ve yasal olarak bakmakla yükümlü oldukları aile bireyleri ile dul ve yetim aylığı alanların, yasayla düzenlenecek genel sağlık sigortası kapsamına alınacakları tarihe dek, hastalanmaları durumunda resmî veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarında yönetmelikle belirlenecek ilke ve yöntemlere göre muayene ve tedavi ettirilebileceği kuralı getirilmiştir (md. 4).[64]

4.1.3.4. Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri'nin Döner Sermaye Gelirleriyle Satın Alınması

657 sayılı Yasa'nın 36. maddesinin "Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı" başlıklı alt maddesinde "Bu sınıf, sağlık hizmetlerinde (Hayvan sağlığı dahil) mesleksel eğitim görerek yetişmiş olan hekim, diş hekimi, eczacı, veteriner hekim gibi memurlar ile bu hizmet alanında çalışan yüksek öğrenim görmüş fizikoterapist, tıp teknoloğu, ebe, hemşire, sağlık memuru, sosyal hizmetler uzmanı, biyolog, pisikolog, diyetçi, sağlık muhendisi, sağlık fizikçisi, sağlık yöneticisi ile ebe ve hemşire, hemşire yardımcısı, (Fizik tedavi, laboratuvar, eczacı, diş, anestezi, röntgen

teknisyenleri ve yardımcıları, çevre sağlığı ve toplum sağlığı teknisyeni dahil) sağlık savaş memuru, hayvan sağlık memuru vb. sağlık çalışanlarını kapsar." biçiminde tanımlanırken 10 Temmuz 2003'te ek bir paragraf (10.07.2003 - 4924 / 11 md.) sağlık hizmeti finansmanını yakından ilgilendiren bir düzenlemeyi yüklenmiştir: Bu sınıfa dahil çalışanlar tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, gerektiğinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenerek, SB'ce saptanacak ilke ve yöntemlere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir.[24]

4.1.3.5. 5018 Sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Yasası

24 Aralık 2003 tarih ve 25326 sayılı RG'de "5018 Sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Yasası" yayınlanmıştır. Yasa'nın amacı; kalkınma planları ve programlarda yer alan politika ve hedefler doğrultusunda, kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli bir biçimde elde edilmesi ve kullanılmasını, hesap verebilirliği ve malî saydamlığı sağlamak üzere, kamu malî yönetiminin yapısını ve işleyişini, kamu bütçelerinin hazırlanmasını, uygulanmasını, tüm malî işlemlerin muhasebeleştirilmesini, raporlanmasını ve malî denetimi düzenlemektir.[65]

4.1.3.6. 2004 Mali Yılı Bütçe Yasası (Performansa dayalı döner sermaye uygulaması)

25330 sayılı yinelenen (mükerrer) RG'de 28 Aralık 2003'te yayınlanan "2004 Mali Yılı Bütçe Yasası" ile performansa dayalı döner sermaye (hizmet başı ödeme, *fee for service*) uygulaması 01.01.2004 tarihinden başlayarak bütün Türkiye'de yürürlüğe konulmuştur. Bu yasanın 49. maddesi ile 209 sayılı yasanın 5. maddesinin 2. fıkrasından sonraki düzenlemelerin şöyle uygulanacağı belirtilmiştir:

Çalışanların katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, döner sermaye biriminde görevli olan kamu çalışanı ile bu birimde sözleşmeli sağlık çalışanlarına ek ödeme yapılabilir. Bu ödemenin oranı ile ilke ve yöntemleri;

çalışanın sanı (unvanı), görevi, çalışma koşulları ve süresi, hizmete katkısı, başarımı (performansı), serbest çalışıp çalışmaması ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik taşıyan riskli bölümlerde çalışma gibi ögeler ölçü alınarak Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığı'nca belirlenir.[25,66]

Yukarıdaki fıkraya göre sağlık çalışanlarının katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden çalışanlara bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, ilgili çalışanın 1 ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü ödence (tazminat) (makam, temsil ve görev tazminatı dışında) toplamının; pratisyen hekim ve diş hekimlerinden serbest çalışanlara % 300'ünü, serbest çalışmayanlara % 500'ünü; uzman hekim, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde belirtilen dallarda bu Tüzük kurallarına göre uzman olanlar ve uzman diş hekimlerinden serbest çalışanlara % 500'ünü, serbest çalışmayanlara %700'ünü, serbest çalışmayan klinik şef ve şef yardımcılarına %800'ünü, işin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği aktarım birimi ve acil servis gibi özellikli hizmetlerde çalışan sağlık çalışanı için (hekimler dışında) % 200'ünü, öbür çalışanlara ise % 150'sini geçemez.[25,66]

Sağlık Bakanlığı'na bağlı döner sermaye işletmeleri; sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, nitelikli ve verimli hizmet sunumunun özendirilmesi, sağlık kurum ve kuruluşlarının kendi olanaklarıyla karşılayamadıkları gereksinimlerin giderilmesi, eğitim, araştırma ve geliştirme etkinliklerinin desteklenmesi ve Bakanlık merkez örgütü kadrolarında 657 sayılı yasanın 4. maddesinin (A) bendine göre görev yapan çalışanlara ek ödemede bulunulması amacıyla Bakanlıkça yapılacak giderlere katılmak için aylık net olmayan (gayri safi) gelirden tahsil edilen tutarın % 2'sini geçmemek üzere Sağlık Bakanlığı'nca belirlenecek oranı Bakanlık Döner Sermaye Merkez Saymanlığı hesabına aktarırlar. Bu hesapta toplanacak tutarların dağılım ve tüketimine ilişkin ölçütler ile çalışanlara yapılacak ek ödemenin oran, ilke ve yöntemleri Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığı'nca belirlenir. Çalışanlara yapılacak ek ödemenin tutarı, en yüksek Devlet memuru aylığının (ek gösterge dahil) % 200'ünü geçemez. Ek ödeme tutarı;

görev yapılan birim ve iş oylumu (hacmi), görevin önem ve güçlüğü, çalışma süresi, çalışanın sınıfı, kadro unvanı, derecesi ve atanma biçimi gibi ölçütler ile çalışana aylık ve özlük hakları dışında ilgili mevzuatına göre yapılan öbür ek ödemeler dikkate alınarak belirlenir. Merkez örgütü kadrolarında görev yapan çalışanlara bu fıkra kapsamında yapılacak toplam ek ödeme, döner sermaye işletmelerinden içinde bulunulan yılda aktarılan tutarın % 50'sini geçemez ve bu ödemelerden gelir vergisi alınmaz.[25,66]

Sağlık çalışanlarının katkısı ile elde edilen döner sermaye gelirlerinden, o birimde görevli çalışana yapılacak ek ödeme toplamı (ilgili birimin cari yıldaki), döner sermaye gelirinin % 50'sini aşamaz.[25,66]

4.1.3.7. Beşeri Tıbbi Ürünlerde Katma Değer Vergisi (KDV) Oranının %18'den %8'e Düşürülmesi

29 Şubat 2004 gün ve 25388 Sayılı RG'de yayımlanan 26 Şubat 2004 tarih ve 2004 / 6887 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile ilaçların %18 olan KDV oranı 1 Mart 2004'ten başlamak üzere %8'e düşürülmüştür.[67]

4.1.3.8. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ-2004

3 Mart 2004 tarih ve 25391 sayılı RG'de "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ" yayınlanmıştır. Bu Tebliğ'in 2. maddesinde;

Orijinal ürün: Etkin madde / maddeler açısından bilimsel olarak kabul edilebilir etkinlik, nitelik ve güvenliğe sahip olduğu kanıtlanarak, dünyada pazara ilk kez sunulmak üzere ruhsatlandırılmış / izin verilmiş ürün,

Jenerik ürün: Orijinal ürünü referans alarak sağlık otoritelerince ruhsatlandırılmış / izin verilmiş özgün (orijinal) ürün ile aynı etkin madde /maddeler içeren; aynı etki ve güvenliğe sahip olan ürün,

Referans fiyat: Ürünün referans ülkeler içinde en ucuz olduğu 2 ülkenin fabrika satış fiyatlarının ortalamasının özgün (orijinal) ürünler için %90'ı, jenerik ürünler için %70'i olmak üzere ürünlerin alabileceği en yüksek fiyat,

Referans ülkeler: Her yıl Sağlık Bakanlığı'nca belirlenecek 5 ülke olarak belirlenmiştir. 2004 yılı için bu ülkeler Fransa, İspanya, İtalya, Portekiz ve Yunanistan'dır.[68]

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 11. maddesinde 28 Mayıs 2004 tarih ile 25475 sayılı RG'de yayınlanan "**Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik**" ile yapılan değişiklikle:

"Özel hastanelerin ruhsat başvurularının ve ruhsatlarındaki değişiklik istemlerinin dosya üzerinde ve yerinde incelenmesi ile bunların açılmaları, gruplandırılmaları, denetlenmeleri, değerlendirilmeleri ve kapatılmaları ile ilgili tavsiye kararları almak üzere Bakanlıkça bir Özel Hastaneler Teknik Komisyonu oluşturulur denilmektedir.

Bakanlık, gerekli gördüğünde, ruhsatlandırılmış özel hastanelerin yerinde incelenmesini ve değerlendirilmesini de bu Komisyondan isteyebilir.

Komisyon, Genel Müdürün veya Genel Müdür Yardımcısının başkanlığında;

a) Tıp fakültelerinin öğretim üyelerinden veya Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinden klinik şefi veya şef yardımcısı veya baş asistan olmak üzere, cerrahi, iç hastalıkları, anestezi ve reanimasyon dallarından birer kişi (md. 3);
b) Bakanlık Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden bir temsilci,
c) Bakanlık Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden bir temsilci,
d) Bakanlık Strateji Geliştirme Başkanlığı'ndan bir mimar,
e) Bakanlık Hukuk Müşavirliği'nden bir temsilci,
f) Özel hastaneler alanında faaliyet gösteren derneklerden bir temsilci olmak üzere toplam 9 kişiden oluşur.

Dal hastanesi ile ilgili işlem yapılan durumlarda, özel hastanenin ana faaliyetleri ile ilgili uzmanlık dallarından (a) bendindeki niteliği taşıyan bir üyenin Komisyona ayrıca katılımı sağlanır. Bu üye ile (a) ve (f) bentlerinde belirtilen üyeler ve ayrıca gereksinime göre 1'den çok yedek üye Bakanlıkça belirlenir.

Görüldüğü gibi, kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşlarından Türk Tabipleri Birliği (TTB), Türk Eczacıları Birliği (TEB) adına temsilciler bu kurullarda yer bulamamıştır.[69,70]

4.1.3.9. Sosyal Sigorta Kurumları ile Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarını Temsil Eden Dernekler Arasında İmzalanan Protokol

Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ile Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarını temsil eden dernekler arasında imzalanan 1 Haziran 2004 Tarihli Protokol ile tüm sosyal güvenlik kurumlarına bağlı sigortalı ve hak sahiplerinin özel sağlık kurum ve kuruluşlarında muayene ve tedavi edilmelerini sağlayan protokol imzalanmıştır.[71]

4.1.3.10. 5222 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasada Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa (Ayakta Tedavi Hizmetlerinin de Karşılanması)

21 Temmuz 2004 tarih ve 25529 sayılı RG'de yayınlanan "5222 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasada Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa" ile "3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasa"nın 2. maddesi değiştirilerek yasanın bu vatandaşların; Türkiye'deki sağlık kurum ve kuruluşlarında ayakta sağaltım kapsamında görecekleri muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi ile diş protez ve gözlük hizmetleri ve ilaç bedelleri de kapsama alınmıştır (md. 2). Uygulamanın 1 Ocak 2005'e dek Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen en çok 3 ilde pilot olarak uygulanacak biçimde yapılması kararlaştırılmıştır (geçici md. 1).[72]

21 Eylül 2004 tarihli ve 25590 sayılı RG'de yayınlanan "5234 sayılı Bazı Yasa ve Yasa Gücünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa"nın 10. maddesi ile 178 sayılı Maliye ve Gümrük Bakanlığı'nın Kuruluş ve Görevleri Hakkında Yasa Gücünde Kararname'nin 10. maddesine eklenen (r) bendi ile **Devlet memurları** ve öbür kamu görevlileri ile bunların emekli, dul ve yetimlerinin (bakmakla yükümlü oldukları aile üyeleri dahil) ayakta sağaltımlarıyla ilgili ilaç kullanımında, gerektiğinde **ilaçların eşdeğerlikleri dikkate alınarak** saptanacak her türlü referans fiyatlar üzerinden bedellerinin ödenmesini sağlamak ve bu hususlara ilişkin ilke ve yöntemleri SB'nin görüşünü almak yoluyla saptanması kararlaştırılmıştır.[73]

4.1.3.11. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa

Ülkemizde "Sağlıkta Dönüşüm" bileşenlerinden biri olan Aile Hekimliği 1983 yılında, Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer alarak bir tıp uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Aralık 2004'te ise "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa" yürürlüğe girmiştir. Uygulamaya ilk olarak Eylül 2005'te Düzce ilinin tümünde başlanmıştır.[74,75,76]

9 Aralık 2004 tarih ve 25665 sayılı RG'de "5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa" yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Birinci maddesinde yasanın amacı; Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirleyeceği illerde, 1. Basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, kişi gereksinimleri doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini sağlamak üzere görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık çalışanının konumu ve parasal hakları ile hizmetin ilkelerini düzenlemek olarak belirlenmiştir.

Yasanın 2. maddesinde Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile 1. Basamak tanı, sağaltım ve esenlendirici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve sürekli olarak belli bir yerde vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün ilkesine göre çalışan Aile Hekimliği Uzmanı (Tıpta

Uzmanlık Tüzüğü'ne göre ihtisas yapmış / uzmanlık eğitimi almış) veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman veya pratisyen hekim[3] olarak; Aile Sağlığı Elemanı ise; Aile Hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanı olarak tanımlanmıştır.[77]

Çalıştırılacak sağlık personelinin sözleşmeli olacağı; Aile Hekimi ve aile sağlığı elemanlarının Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik / sağlık hizmetlerinin eksik uygulaması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması durumunda kendilerine yapılan ödeme tutarından brüt ücretin % 20'sine dek indirim yapılacağı ise 3. maddede belirtilmiştir.[77]

4.1.3.12. Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesi İlişkin Esas ve Usuller Hakkında Tebliğ

Bu arada, 5 Mayıs 2004'te "Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesi İlişkin Esas ve Usuller Hakkında Tebliğ" 25453 sayılı RG'de yayınlanmıştır. Bu düzenleyici işleme dayalı olarak hazırlanan "2004 yılı Psikiyatri Uzmanı, Onkoloji Uzmanı, Çocuk Psikiyatrisi Uzmanı, Alerji Hastalıkları Uzmanı Hizmetleri Satın Alma İşi Teknik Şartnamesi"nin ve bu Şartname ile Denizli Devlet Hastanesi'nde 7 hekim ve 5 başka sağlık personeli hizmetinin satın alma yolu ile gördürülmesine ilişkin olarak Ağustos 2004'te yapılacak ihale işleminin iptali ve yürütmenin durdurulması için Türk Tabipleri Birliği'nce Sağlık Bakanlığı'na karşı açılan dava, Kasım 2004'te Danıştay Beşinci Dairesi'nce görülmüştür. 5. Daire, söz konusu Tebliğin dayanağı yasa maddesinin iptali için Anayasa Mahkemesi'ne başvurulmasına, Anayasa Mahkemesi karar verinceye değin Tebliğin yürütülmesinin durdurulması kararına varmıştır.[78,79]

[3] Aile Hekimliğine geçiş dönemi eğitimi disiplinin temel özelliklerini içeren bir uyum eğitiminden oluşan 10 günlük 1. aşama eğitimi ve ardından esas olarak görev yerinde eğitim ve koçluk yöntemlerinin kullanılacağı 1 yıllık bir eğitimden oluşmaktadır.

4.1.3.13. Sosyal Güvenlik Kurumlarına Bağlı Sigortalı ve Hak Sahiplerinin Özel Sağlık Kuruluşlarından Muayene ve Tedavi Edilmelerine Yönelik Protokol

Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarını temsil eden dernekler arasında, kamu personeli ve sosyal güvenlik kurumlarına bağlı sigortalı ve hak sahiplerinin sağlık kurum ve kuruluşlarında muayene ve tedavi edilmeleri konusunda aşağıda belirtilen hususlarda görüşbirliğine varılmış ve 1 Haziran 2004 tarihinde yürürlüğe girmek üzere bu Protokol imzalanmıştır.[80]

14 Aralık 2004'te Türk Eczacıları Birliği, Maliye Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında imzalanan "**Kamu Kurumlarının Serbest Eczanelerden İlaç Alımı Konusunda Yapılacak Protokole İlişkin Genel Esaslar**" sonrasında 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı ile yürürlüğe konulmuştur.[81]

4.1.3.14. 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Yasa

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'nun sağlık kurumları, 19 Ocak 2005 tarihli 25705 sayılı yinelenen RG'de yayınlanan "5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Yasa" ile Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. SSK`ya ait 145 hastane, 212 dispanser, 11 ağız diş sağlığı merkezi ile 2 özel dal merkezi olmak üzere toplam 370 sağlık kuruluşu Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu arada yaklaşık 56 binin üzerinde SSK personeli de Sağlık Bakanlığı`na kaydırılmıştır. Türkiye'de 34 bin 450 yataklı 145 hastaneden[4], sağlık hizmeti almaya çalışan, ülke nüfusunun yarısını bulan 36 milyona

[4] Ankara'da Devlet Demiryollar-DDY ve Ziraat Bankası hastaneleri; İstanbuk'da ise Polis Hastanesi ve PTT Hastanesi de Sağlık Bakanlığı'nca devir alınmıştır. Belediye hastaneleri için henüz devir süreci tamamlanmamıştır.

yakın SSK'lı bu ayrıcalıklarını yitirmişlerdir. SSK bundan böyle sağlık hizmeti üreten değil fakat finanse eden bir kuruma dönüştürülmüştür.[82]

1979'da açılan SSK İlaç Fabrikası da 2005'te piyasaya kurban edilerek kapatılmıştır. Böylece SSK efsanesi tüketilerek, topladığı primlerle sigortalılarının gereksinimlerini karşılayamayan müflis kuruma indirgenmiştir.

4.1.3.15. 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı (Sıra No: 4-Tedavi Yardımı)

9 Şubat 2005 tarih ve 25722 sayılı mükerrer RG'de yayınlanan Maliye Bakanlığı'nın hazırladığı "2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı (Sıra No: 4-Tedavi Yardımı)" ile ilaçlarda uygulanacak indirim oranları ve eşdeğer (jenerik) ilaç uygulamasına yönelik olarak eczanelerin, ilgili kurum ve kuruluşlara aşağıda belirtilen yöntemle indirim yapacakları belirtilmiştir;

a) Tüm Jenerik (eşdeğer) ilaçlarda perakende satış fiyatı (KDV dahil) üzerinden %11 oranında üretici veya dışalımcı (ithalatçı) indirimi uygulanır. Ayrıca indirimli bedel üzerinden % 3,5 oranında eczacı indirimi yapılır.

b) Özgün (Orijinal) ilaçlar iki kümede ele alınacak, indirim iki küme için ayrı uygulanacaktır.

   ba) Birinci Küme: İlgili ilaç molekülünün Türkiye'de ilk ruhsatlandığı tarihten başlayarak 6 tam yılı doldurmamış ilaçlarda perakende satış fiyatı (KDV dahil) üzerinden % 4 oranında üretici (imalatçı) veya dışalımcı indirimi uygulanır, ayrıca indirimli bedel üzerinden % 3,5 oranında eczacı indirimi yapılır.

   bb) İkinci Küme: Birinci kümenin dışındaki özgün ilaçlarda perakende satış fiyatı (KDV dahil) üzerinden %11 oranında üretici veya dışalımcı indirimi uygulanır, ayrıca indirimli bedel üzerinden % 3,5 oranında eczacı indirimi yapılır (md. 14.1).[83,84]

5234 sayılı Yasa'nın 10. maddesi ile 178 sayılı Maliye ve Gümrük Bakanlığı'nın Kuruluş ve Görevleri Hakkında Yasa Hükmünde Kararname'nin 10. maddesine eklenen (r) bendi çerçevesinde, **Eşdeğer İlaç Uygulaması**

gerçekleştirilecek olup, bu uygulama kapsamında tüm kurumlar eşdeğer ilaç bedellerinin ödenmesinde en ucuzunun %30 fazlasına dek olan tutarını dikkate alacaklardır. Fiyatları en ucuz olarak referans alınacak ürünlerin, eczacılar tarafından ulaşılabilir olması gerekir. Bu amaçla, tavana esas en ucuz ilaç olarak belirlenen ilacın en az 5 ay piyasada bulunma ve ilgili eşdeğer ilaç kümesine dahil ilaçlar arasından en az %1 pazar payına sahip olması gözetilir. Söz konusu süre ve Pazar payının her bir eşdeğer ilaç kümesindeki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesine ve bunlara ilişkin çekincelerin (tereddütlerin) giderilmesine Geri Ödeme Komisyonu yetkilidir (md. 14.2).[83,84]

Bu Talimat'taki fiyat tarifeleri ve birim fiyatlar KDV dışındadır. KDV, ilgili mevzuatı çerçevesinde ayrıca ödenecektir (md. 24).[83,84]

Sonrasında 24 Şubat 2005'ye Maliye Bakanlığı'nın yayınladığı Genelge ile 2005 yılı tedavi yardımına ilişkin (4) sıra numaralı Bütçe Uygulama Talimatı ile eklerinde yer alan fiyatlar daha önceki yıllardan farklı olarak KDV dışında olarak belirlenmesine yönelik olarak getirilen açıklamada "Talimat çerçevesinde sağlık hizmeti veren özel sağlık kurum ve kuruluşları ile resmi sağlık kurum ve kuruluşları bu hizmetleri sundukları kamu kurum ve kuruluşlarına fatura düzenlerken farklı ilkelere bağlı olacaklardır. Buna göre, KDV yükümlüsü (mükellefi) olan özel sağlık kurum ve kuruluşları Talimat'ta yer alan fiyatlara % 8 oranında KDV ekleyip bunu faturalarında gösterecekler ve saymanlıklarca kendilerine KDV eklenmiş fiyatlar üzerinden geri ödeme yapılacaktır. Resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile KDV yükümlüsü olmayan öbür sağlık kurum ve kuruluşlarına ise saymanlıklara ulaşan faturalarda yalnızca Talimat'taki tarifede yer alan fiyatlar üzerinden ödeme yapılacaktır."denilmektedir.[85]

4.1.3.16. Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılananlardan Katılım Payı Alınması (İlaç)

Resmi Gazete'de (25798 sayılı) 27 Nisan 2005'te yayınlanan 5335 sayılı Bazı Yasa ve Yasa Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa (md. 29/g) ile 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin **Yeşil Kart** Verilerek Devletçe Karşılanması Hakkında Yasa'nın 3. maddesindeki "hiçbir ücret ve bedel ödemeksizin" bölümü yürürlükten kaldırılmıştır. 5335 sayılı yasa ile ayrıca 13.12.1983 tarihli ve 178 sayılı Maliye Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Yasa Gücünde Kararname'nin 10 uncu maddesinin (p) ve (r) bentlerine, "(bakmakla yükümlü oldukları aile üyeleri dahil)" ibarelerinden sonra gelmek üzere "ve 18.6.1992 tarihli ve 3816 sayılı Yasa kapsamındaki **Yeşil Kart** sahiplerinin" ibaresi, (r) bendinde ise "ödenmesini" ibaresinden sonra gelmek üzere "bedeli ödenecek ve ödenmeyecek ilaçlar ile ilaçların reçetelenmesine ilişkin kuralları saptamak ve Yeşil Kart sahiplerinden, ayakta veya konutta sağaltım durumunda kullanılacak ilaç bedellerinin % 20'sine dek katılım payı alınmasını" bölümü eklenmiştir. Aynı Yasa ile ayrıca "2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasa"nın 7. maddesi değiştirilerek bu Yasa'dan yararlananların tedavi giderlerinin 3816 sayılı Yasa hükümlerine göre Yeşil Kart verilerek karşılanması kararlaştırılmıştır (md. 8).[29,86,87]

4.1.3.17. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik

6 Temmuz 2005 tarih ve 25867sayılı RG'de yayınlanan "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik" kapsamında "Aile hekiminin görevleri" 4. maddede aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Bakanlıkça yürütülen özel

sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve esenlendirici sağlık hizmetlerini bir takım (ekip) anlayışı içinde sunar. Aile hekimi;

a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasının yapılmasında yerel sağlık yönetimi ile işbirliği yapmak,

b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları yerel sağlık yönetimine bildirmek,

c) Kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek, önemli / sık görülen toplum sağlığı konularında kişilerin periyodik muayenelerini (meme kanseri, rahim kanseri taraması vb.), ruh sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,

d) İlk kayıtta ev ziyareti ile kendisine bağlı kişilerin sağlık durumlarını saptamak,

e) Çalıştığı yerde ve gerektiğinde (aile hekiminin ev ziyareti sırasında saptadığı evde izlemi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak vb. durumdaki kişilere) güvenliği sağlayıcı önemlerin alınması koşulu ile evde veya gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, sağaltım, esenlendirme ve danışmanlık hizmetlerini vermek,

f) Bakanlıkça belirlenen ve uygulamaya konulan kişiye yönelik özel sağlık programlarını yürütmek,

g) Tanı ve sağaltımı yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, inceleme, tanı, sağaltım ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak sağaltım ve esenlendirme hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin eşgüdümünü yapmak,

h) Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

ı) Verdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak,

i) İlk yardım ve acil girişim (müdahale) hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

j) Gerektiğinde kişiyi kısa süreli gözlem altına alarak inceleme ve sağaltımını yapmak,

k) Gerektiğinde aldığı uzmanlık eğitimi ve bu eğitim sırasında yaptığı rotasyonlar çerçevesinde hastayı yatırarak inceleme ve sağaltımını yapmak,

l) Süregen (Kronik) hastalığı olan kişilerin gerekli sıklıkta izlemini yapmak,

m) Özürlü kişilere yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek,

n) Doğum öncesi, doğum sonrası loğusa ve bebeğe birlikte izlem yapmak ile yetkili ve görevlidir.

Yönetmeliğin “Aile sağlığı elemanının görevleri” başlıklı 5. maddesinde;

Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte takım anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, sağaltıcı ve esenlendirici sağlık hizmetlerinin sunulması ile birlikte, kişilerin sağlık kayıtları ve istatistiklerinin tutulması ile yükümlüdür.

Aile hekiminin yukarıda sayılan görevlerini yerine getirmesinde yardımcı olur.

Aile sağlığı elemanı;

a) Aile sağlığı merkezine başvuran kişilerin yaşamsal (vital) bulgularını almak ve kaydetmek,

b) Aile hekiminin gözetiminde, buyrumu (talimatı) verilen ilaçları uygulamak,

c) Yara bakım hizmetlerini yürütmek,

d) Tıbbi alet, malzeme ve aygıtların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak,

e) İlk yardım ve acil girişim hizmetlerinde aile hekimine yardımcı olmak,

f) Poliklinik hizmetlerinde bulunmak, hastaların başka bir sağlık kuruluşuna sevki durumunda sevk işlemlerini yürütmek, tıbbi sekreter bulunmadığı durumlarda sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla eşgüdümünü sağlamak,

g) Laboratuvar incelemeleri için örnek almak,

h) Basit laboratuvar incelemelerini (eğitimini almışsa) yapmak,

ı) Aldığı örneklerin ilgili laboratuvarca teslim alınmasını sağlamak,

i) Gezici hizmetler, sağlığı geliştirici sağlık eğitimi, koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,

j) Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmak,

k) Hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili olarak aile hekiminin verdiği öbür görevleri yerine getirmek ile yetkili ve görevlidir.

Her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; en az 1000, en çok 4000'dir (md. 5).[88]

4.1.3.18. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik

12 Ağustos 2005 ve 25904 sayılı RG'de yayınlanan "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik" kapsamında 6. maddede; sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ile yapılacak sözleşmelerin süresinin bir yıl olup, bütçe yılı temelinde düzenlendiği belirtilmektedir.[89]

Yönetmeliğin 7. maddesine göre; sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, bilimsel etkinlikler dışında görevlerinden başka, mesleklerini yapmaktan dolayı çıkar elde edemezler; hizmet sözleşmesi biçiminde veya esnaf veya tüccar sayılmayı gerektiren herhangi bir eylemde bulunamazlar.[89]

"Sözleşmenin yetkili kurum tarafından sona erdirilmesi" başlıklı 14. maddeye göre:

"Aşağıdaki durumlarda sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının sözleşmeleri, ilgili vali tarafından herhangi bir haber verme veya uyarmaya gerek duyulmadan sona erdirilir:

a) Aile hekimine kayıtlı kişi sayısının aralıksız iki aydan fazla (aylık yapılan üçüncü bildirimde) 1000'in altına düşmesi,

b) Çalışanın, 657 sayılı Devlet Memurları Yasasının 48. maddesinin (A) bendinin (4)[5], (5)[6] ve (7)[7]. alt bentlerinde belirlenen koşullar ile bu Yönetmelikte belirtilen koşulları taşımadığının anlaşılması veya bu koşulları sonradan yitirmesi,

c) Bu Yönetmeliğin 7. maddesinde belirtilen etkinliklerde bulunulduğunun saptanması,

d) Verilen süre içinde mal bildiriminde bulunulmaması,

e) 657 sayılı Devlet Memurları Yasası'nın 125. maddesinin (E)[8] bendinde yer alan suçların işlendiğinin mahkeme kararıyla saptanması,

f) Kurumundan aylıksız veya ücretsiz izinli sayılanlar hakkında yüksek disiplin kurullarınca Devlet memurluğundan çıkarma veya sözleşmenin sona erdirilmesi kararı verilmesi,

g) Özürsüz olarak kesintisiz 10 gün görev başında bulunmaması."[89]

"Bakanlıkça bölgede çalışan aile hekimi sayısında değişiklik yapılması nedeniyle gereksinim duyulması durumunda veya kayıtlı kişi sayısının 2 aydan uzun süre 1000'in altında kalması nedeni ile sözleşmesi sona erdirilen aile hekimi yerine, sıradaki aile hekimi ile sözleşme imzalanır. Bunlar için bu maddenin (a) bendi sözleşme tarihini izleyen birinci yılın sonundan başlanarak uygulanır."[89]

"Sözleşmenin uyarı ile sona erdirilmesi" başlıklı 16. maddede ise: **"**Aşağıdaki fiilleri işleyen sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimlerine ve ilgili durumlarda aile sağlığı elemanlarına, saptamanın mülki idare amirliği ve yerel sağlık yönetimleri tarafından yapılması durumunda mülki idare amirliğince; saptamanın Sağlık Bakanlığı'nca yapılması durumunda

[5] Kamu haklarından yoksun bulunmamak,

[6] (Değişik alt bent: 10/01/1991-3697/1 md.; değişik alt bent: 23/01/2008-5728 S.K./317.mad) Türk Ceza Kanununun 53.maddesinde belirtilen süreler geçmiş olsa bile; kasten işlenen bir suçtan dolayı bir yıl veya daha fazla süreyle hapis cezasına ya da affa uğramış olsa bile devletin güvenliğine karşı suçlar, Anayasal düzene ve bu düzenin işleyişine karşı suçlar, ulusal savunmaya karşı suçlar, devlet sırlarına karşı suçlar ve casusluk, zimmet, irtikap, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, güveni kötüye kullanma, hileli iflas, ihaleye fesat karıştırma, edimin ifasına fesat karıştırma, suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama veya kaçakçılık suçlarından mahkûm olmamak.

[7] 53 üncü madde hükümleri saklı kalmak kaydı ile görevini devamlı yapmasına engel olabilecek akıl hastalığı bulunmamak.

[8] Devlet memurluğundan çıkarma cezasını gerektiren fiil ve haller

Bakanlıkça, doğrudan yazılı uyarı yapılır. Bakanlıkça yapılan uyarılar, işlem yapılmak üzere ilgili valiliğe süresi içinde bildirilir. “[89]

“Yıl içinde, aşağıda aynı bentteki fiillerin iki kez, farklı bentlerdeki fiillerin üç kez işlenmesi durumunda sözleşme, ilgili vali tarafından sona erdirilir.

a) Görev tanımında belirtilen işleri yapmamak veya eksik yapmak ve bu eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen sürede gidermemek,

b) Aile sağlığı merkezinin zorunlu fiziksel veya teknik koşullarındaki eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen olağan sürede gidermemek,

c) Meslek ilkelerine aykırı davranmak,

d) Bir yıl içinde aralıklı olarak özürsüz 10 gün görev başında bulunmamak,

e) Görevin yerine getirilmesi için gereken belgeleri yöntemine uygun düzenlememek ve bu eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen sürede gidermemek,

f) Denetimlerde işbirliği yapmamak, istenilen verileri göstermemek, eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen olağan sürede gidermemek,

g) Koruyucu hekimlik uygulamalarında verilen görevleri yerine getirmemek, eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen olağan sürede gidermemek,

h) Koruyucu hekimlik uygulamalarından aşı, gebelik veya çocuk-bebek izlem oranlarını, zorunlu nedenler veya uyarı (ihbar) düzenlenen durumlar dışında, % 80’in altına düşürmek,

i) Verilen eğitimlerin belirlenmiş devamsızlık sürelerini aşmak.”[89]

“Aile hekimi ile aile sağlığı elemanı takım anlayışı içinde çalışır. Aile hekimi, birlikte çalıştığı aile sağlığı elemanını yönlendirmek ve denetlemek yetkisine sahiptir. Aile hekimi, aile sağlığı elemanının görev tanımında belirtilen işleri yapmaması veya eksik yapması, meslek ilkelerine aykırı davranması, çalışma erincini (huzurunu) bozucu davranışlarda bulunması, kılık-kıyafet ve çalışma (mesai) saatlerine uyum göstermemesi gibi

durumlarda sözleşmeyi sona erdirmek üzere il sağlık müdürlüğüne öneride bulunma yetkisine sahiptir."[89]

"Bu yolla sözleşmesi sona erdirilen aile sağlığı elemanı, başka bir aile hekimi ile çalışmak için başvuruda bulunabilir."[89]

4.1.3.19. 5471 sayılı Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa ile 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa

11 Mart 2006 tarih ve 26105 sayılı RG'de yayınlanan 5471 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa ile 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa'nın 1. maddesi ile 209 sayılı yasanın 5. maddesine aşağıdaki fıkralar eklenmiştir:

"Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli olan memurlar ile bu kurum ve kuruluşlarda 10.07.2003 tarihli ve 4924 sayılı yasa uyarınca sözleşmeli olarak çalıştırı sağlık personeline ve 13.12.1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 3. maddesine göre işe alınan sözleşmeli personele mesai içi veya mesai dışı ayrımı yapılmaksızın ek ödeme yapılabilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum koşulları ve ölçütleri de dikkate alınarak, bu ödemenin oranı ile ilke ve yöntemleri; personelin unvanı, görevi, çalışma koşulları ve süresi, hizmete katkısı, başarımı (performansı), serbest çalışıp çalışmaması ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik taşıyan riskli bölümlerde çalışma gibi ögeler esas alınarak Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.[90]

Yukarıdaki fıkrada yer alan kurala göre personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her

türlü ödence (tazminat) (makam, temsil ve görev ödencesi dışında) toplamının; pratisyen hekim ve diş hekimlerinden serbest çalışanlara %250'sini, serbest çalışmayanlara %500'ünü, uzman tabip, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde belirtilen dallarda bu Tüzük kurallarına göre uzman olanlar ve uzman diş hekimlerinden serbest çalışanlara %350'sini, serbest çalışmayanlara %700'ünü, serbest çalışmayan klinik şef ve şef yardımcılarına %800'ünü, öbür personele ise % 150'sini geçemez. İşin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil birimi ve acil servis gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel için %150 oranı, %200 olarak uygulanır. Sözleşmeli olarak çalıştırılan sağlık personeline yapılacak ek ödemenin tutarı ise, aynı birimde aynı unvanlı kadroda çalışan ve hizmet yılı aynı olan benzer sağlık çalışanı ölçü alınarak belirlenir ve bunlara yapılacak ek ödeme, hiçbir biçimde benzerine yapılabilecek ek ödeme üst sınırını geçemez.[90]

Çalışanların katkısı ile elde edilen döner sermaye gelirlerinden, o birimde görevli personele yapılacak ek ödeme toplamı, 2. ve 3. Basamak sağlık kurumlarında, ilgili birimin içinde bulunulan yıldaki döner sermaye gelirinin %50'sini, 1. Basamak sağlık kuruluşlarında ise, ilgili birimin içinde bulunulan (carî) yıldaki döner sermaye gelirinin %65'ini aşamaz.[90]

Sağlık Bakanlığı'na bağlı döner sermaye işletmeleri, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, nitelikli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi, sağlık kurum ve kuruluşlarının kendi olanaklarıyla karşılayamadıkları gereksinimlerin giderilmesi, eğitim, araştırma-geliştirme girişimlerinin desteklenmesi, 1. Basamak sağlık kuruluşlarının desteklenmesi ve Bakanlık merkez örgütünde görev yapan memurlar ile sözleşmeli personele ek ödemede bulunulması amacıyla Bakanlıkça yapılacak giderlere katılmak için aylık net olmayan (gayrisafi) gelirden aylık kesilen tutarın %2'sini geçmemek üzere Sağlık Bakanlığınca belirlenecek oranı Bakanlık Döner Sermaye Merkez Saymanlığı hesabına aktarırlar. Bu hesapta toplanacak tutarların dağılım ve harcanmasına ilişkin ölçütler ile personele yapılacak ek ödemenin oran, ilke ve yöntemleri Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca belirlenir. Personele yapılacak ek ödemenin tutarı, en yüksek

Devlet memuru aylığının (ek gösterge dahil) %200'ünü geçemez. Ek ödeme tutarı; görev yapılan birim ve iş oylumu (hacmi), görevin önem ve güçlüğü, çalışma süresi, personelin sınıfı, kadro unvanı, derecesi ve atanma biçimi gibi ölçütler ile personele aylık ve özlük hakları dışında ilgili mevzuatına göre yapılan öbür ek ödemeler dikkate alınarak belirlenir. Merkez örgütünde görev yapan personele bu fıkra kapsamında yapılacak toplam ek ödeme, döner sermaye işletmelerinden içinde bulunulan (cari, aktüel) yılda aktarılan tutarın %50'sini geçemez ve bu ödemeler gelir vergisine bağlı tutulmaz.[90]

4 Kasım 1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 38. maddesine göre Sağlık Bakanlığı merkez örgütü ve bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevlendirilenler, aynı maddede belirtilen ek ödemelerden yararlanmamak koşuluyla, Bakanlık merkez veya bağlı sağlık kurum ve kuruluşunda görev yaptıkları unvan için belirlenen ek ödemeden yararlandırılır.[90]

Birinci Basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve bölgelerarası gelişmişlik farklarının giderilmesi amacıyla, döner sermayeli işletmelerden uygun görülenlerin merkeze aktaracağı payı % 4'e dek yükseltmeye Sağlık Bakanı yetkilidir. 24.11.2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun kapsamında, aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, il sağlık müdürlüğü ve 1. Basamak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda çalışan personele (aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olarak çalışanlar dışında) merkeze aktarılan % 2 oranına dek olan paya ek olarak alınacak paydan karşılanmak ve unvanlarına göre dördüncü fıkrada belirtilen oranları geçmemek üzere Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenecek ilke ve yöntemlere göre ek ödeme yapılabilir. Merkeze aktarılan % 2 oranına dek olan paya ek olarak alınacak tutarlar, bu fıkrada belirtilen amaçlar dışında kullanılamaz.[90]

Döner sermayeli işletmelerin parasal olanağı elverişli olanlarından, parasal durumu yetersiz olanlara karşılıksız veya borç olarak kaynak aktarmaya Sağlık Bakanı yetkilidir."[90]

4.1.3.20. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası

26173 sayılı Resmi Gazete'de 20 Mayıs 2006'da yayımlanarak yürürlüğe giren 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası'yla 3 kamusal sosyal güvenlik kurumu olan Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur tek çatı altında toplanmıştır.[91]

4.1.3.21. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası

Hemen arkasından, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası 16 Haziran 2006'da 26200 sayılı RG'de yayımlanarak yürürlük almıştır.[92]

Sonrasında ise Anayasa Mahkemesi bu yasanın kimi maddelerini 15 Aralık 2006'da iptal ederek yürütmeyi durdurmuştur (Esas Sayısı: 2006 / 111).[93]

2007 - 2013 yıllarını kapsayan **Dokuzuncu Kalkınma Planı**'nda; Sağlık Reformu sonrasında emeklilik sisteminin açığında düşme olmakla birlikte tüm nüfusu kapsam içine alan, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran ve sağlık sigortacılığında ortak standartlar sağlayan genel sağlık sigortası (GSS) sisteminin getireceği ek yükten dolayı sosyal güvenlik açığının istenilen düzeyde düşmemekte olduğu belirtilmekte; GSS sisteminin, getireceği mali yüklerin azaltılması için, Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte uygulanacağı; GSS sisteminin getireceği mali yükün öngörülenin üzerine çıkması durumunda, sistemin gözden geçirilerek akçalı yükü azaltmaya yönelik önlemler alınacağına değinilmektedir.[94]

4.1.3.22. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Yasa Tasarısı

Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Yasa Tasarısı" Mart 2007'de TBMM Başkanlığı'na gönderilmiştir. Tasarının gerekçesinde hastane hizmetleri sunumunda karar

verme, gelir elde etme ve harcama yapma yetki ve sorumluluklarının yönetsel ve akçalı (mali) açıdan özerk kamu hastanelerine aktarılmasının zamanın geldiği belirtilmiştir. Tasarıya göre, hastane birliklerinin organları; Yönetim Kurulu, Genel Sekreterlik ve Hastane Yöneticilikleri'nden oluşacaktır. Birliğin karar organı Yönetim Kurulu'nun oluşumu şöyledir:

Yönetim Kurulu, ikisi İl Genel Meclisi tarafından (biri hukukçu, biri de mali müşavir olacaktır), biri Vali tarafından (iktisat, işletme ya da maliye eğitimi almış olmalıdır), ikisi bakanlık tarafından (biri tıp doktoru, öbürü de sağlık sektöründe deneyim sahibi, üniversite mezunu olmalıdır), biri de Sanayi ve Ticaret Odası'nca (üniversite mezunu olmalıdır) belirlenen üyelerle İl Sağlık Müdürü'nden (ya da yardımcılarından biri) oluşacaktır. Anayasa'ya göre (md. 135), kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu olan Türk Tabipleri Birliği ile tüzel kişilikli yerel birimleri olan Tabip Odaları ve öbür sağlık çalışanı örgütlerine göstermelik olarak bile temsil olanağı sağlanmazken; Ticaret ve Sanayi Odalarına doğrudan bir üye seçme yetkisi tanınması, tasarıya egemen olan piyasacı bakış açısını da ortaya koymaktadır. Bu tasarı halen TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'ndadır.[95,96]

4.1.3.23. Hastanelere Sevkin Kalkması

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) ve Maliye Bakanlığı'nın TUT (Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği) 25 Mayıs 2007'de 26532 Sayılı 1. mükerrer RG'de yayımlanıp 15 Haziran 2007'de yürürlüğe girmesiyle, vatandaşların istedikleri hastaneye serbest olarak gidebilmesinin önü açılmıştır.[97,98]

Ayrıca 1 Temmuz 2007'den başlayarak **Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin** doğrudan hizmet alımı yoluyla sunulması ve **ücretsiz olması** hakkında bir genelge yayınlanmıştır.[99]

5 Eylül 2007'de güvenoyu alan 60. Hükümet Programında; "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın kararlılıkla sürdürüleceği, Aile hekimliği uygulamasının ülke genelinde yaygınlaştırılacağı ve "Genel Sağlık Sigortası" sisteminin 2008 yılında uygulamaya konulacağı belirtilmiştir.[100]

4.1.3.24. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ-2007

22 Eylül 2007 tarih ve 26651 sayılı RG'de yayımlanan "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ'de aşağıdaki düzenlemeler yer almaktadır;

Referans fiyat: Ürünün referans ülkeler ile üretildiği veya ithal edildiği ülkelerde ruhsatlı ve piyasada satışı olan orijinalinin, fiyat bildirim formunda gösterilen indirim dışında depocuya en düşük satış fiyatıdır (md. 2).

Referans ülkeler; halen AB üyesi ülkeler ile üyelik süreci devam etmekte olan aday ülkelerden içinde bulunulan yılda üyeliği kesinleşenler olup bu ülkeler arasından her yıl Sağlık Bakanlığınca belirlenecek en az 5 en çok 10 ülkeyi kapsamaktadır (md. 2 ve 3).

2007 ve 2008 yılları için Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan referans ülkelerdir (Geçici md. 3).

Firmaların, özgün (orijinal) ürünler için referans fiyatın en çok %100'ünü ve Türkiye'de orijinali bulunmayanlar da dahil olmak üzere jenerik ürünler için ise İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nce ilan edilmiş olan özgün ürüne ilişkin referans fiyatın en çok %80'ini isteyebilecekleri belirtilmiştir (md. 4).

Bu tebliğ ile 3 Mart 2004 tarihli ve 25391 sayılı RG'de yayımlanarak yürürlüğe giren Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ yürürlükten kaldırılmıştır (md. 15).[101]

4.1.3.25. Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Yasalarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa Tasarısı Taslağı

"Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Yasalarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa Tasarısı Taslağı" Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanmış ve Nisan 2008'de Başbakanlık'a sunulmuştur. Tasarıda hekimlerin; kamu kurum ve kuruluşları, SGK ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile SGK ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile serbest olarak mesleğini sürdürme arasında

yalnızca birini seçerek mesleğini sürdürebileceği belirtilmektedir. Ayrıca taslakta denkliği onaylanan yabancı tıp fakültelerinden diploma alıp bunu Sağlık Bakanlığı'na onaylatanların denklik sınavına alınmaksızın mesleklerini yürütebilecekleri hükmü de yer almaktadır.[25,102]

4.1.3.26. 5754 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ve Bazı Yasa ve Yasa Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa

8 Mayıs 2008'de 26870 sayılı RG'de yayınlanan "5754 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ve Bazı Yasa ve Yasa Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa" ile Anayasa Mahkemesi'nin iptal ettiği 5510 Sayılı Yasa maddelerindeki değişiklikleri içeren yasa aşamalı olarak (kimi maddeleri en son Ekim 2008 başında) yürürlüğe girmiştir.[103]

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'na göre;

Genel sağlık sigortalısı sayılma:

5510 sayılı yasanın Genel sağlık sigortalısı sayılanları içeren 60. maddesinde 5754 sayılı yasa ile (38. md.) yapılan değişiklikle

"Yerleşimi (İkametgahı) Türkiye'de olan kişilerden;

a) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının; (a), (b) ve (c) bentleri gereğince sigortalı sayılan kişiler (5754 sayılı yasa ile (2. md.) yapılan değişiklikle):

(a) Hizmet sözleşmesi (akdi) ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,

(b) Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet sözleşmesine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan ise;

1) Ticarî kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit yöntemle gelir vergisi yükümlüsü olanlar,

2) Gelir vergisinden bağışık (muaf) olup, esnaf ve sanatkar siciline kayıtlı olanlar,

3) Anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, öbür şirket ve donatma katılımlarının (iştiraklerinin) ise tüm ortakları,

4) Tarımsal faaliyette bulunanlar,

(c) Kamu yönetimlerinde;

1) Bu maddenin 1. fıkrasının (a) bendine bağlı olmayanlardan, kadro ve pozisyonlarda sürekli olarak çalışıp ilgili yasalarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar,

2) Bu maddenin 1. fıkrasının (a) ve (b) bentlerine bağlı olmayanlardan, sözleşmeli olarak çalışıp ilgili yasalarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar ile 657 sayılı Devlet Memurları Yasasının 86. maddesi uyarınca açıktan vekil atananlar,

b) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,

c) Yukarıdaki (a) ve (b) bentlerine göre sigortalı sayılmayanlardan;

1) Giderleri, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak saptanacak aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar,

2) Vatansızlar ve sığınmacılar,

3) 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasa düzenlemelerine göre aylık alan kişiler,

4) 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Yasa hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,

5) 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Yasa düzenlemelerine göre aylık alan kişiler,

6) 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Yasa hükümlerine göre aylık alan kişiler,

7) 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası düzenlemelerine göre korunma, bakım ve esenlendirme (rehabilitasyon) hizmetlerinden ücretsiz yararlanan kişiler,

8) Savaş işgöremezliği (Harp malûllüğü) aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Yasası kapsamında aylık alanlar,

9) 442 sayılı Köy Yasası'nın 74. maddesinin 2. fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ile aynı Yasanın ek 16. maddesine göre aylık alan kişiler,

10) 2913 sayılı Dünya, Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Yasa kurallarına göre aylık alan kişiler,

d) Karşılıklılık (Mütekabiliyet) ölçüsü dikkate alınmak koşuluyla oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,

e) 4447 sayılı Yasa gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili yasaları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,

f) Bu Yasa veya bu Yasadan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik yasalarına göre gelir veya aylık alan kişiler,

g) Yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar,

genel sağlık sigortalısı sayılır."denilmektedir.[92]

Yasanın **Genel sağlık sigortalılığının başlangıcı, bildirimi ve onaylanmasını (tescili**ni) içeren 61. maddesine göre işlemler aşağıdaki kurallara göre yürütülür:

60. maddenin birinci fıkrasının;

a) (a) ve (b) bentlerinde sayılanlar; sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı olarak tescil edildikleri tarihten başlayarak genel sağlık sigortalısı sayılır ve ayrıca bir bildirime gerek olmaksızın onaylanmış (tescil edilmiş) sayılır.

b) (5754 yasanın 39. maddesine göre değiştirilmiş olarak) (c) bendinde sayılanlardan; (1) numaralı alt bentte belirtilenler Kurumca tescil edildiği, (3), (4), (5), (6), (8), (9) ve (10) numaralı alt bentlerde belirtilenler ise

aylığa hak kazandıkları tarihten başlayarak genel sağlık sigortalısı sayılır. Yukarıdaki alt bentler kapsamı dışında kalanlar ise vatansız (Haymatlos) ve sığınmacı sayıldıkları, korunma, bakım ve esenlendirme (rehabilitasyon) hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaya başladıkları tarihten başlayarak genel sağlık sigortalısı sayılır ve ilgili kurumlarca kapsama alındığı tarihten başlayarak bir ay içinde Kuruma bildirilir. (1) numaralı alt bentte belirtilenlerin istemlerinin Kurumca değerlendirilmesi sonucu başvuru tarihinden başlayarak hak kazandığı anlaşılanların başvuru tarihi; daha sonra hak kazananların ise hak kazandıkları tarih, Kurumca tescil edildikleri tarih olarak kabul edilir.

c) (d) bendinde sayılanlar; Türkiye'deki yerleşim süresinin bir yılı geçtiği tarihten başlayarak genel sağlık sigortalısı sayılır ve bu tarihten sonra bir ay içinde verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile onanırlar (tescil edilirler).

d) (5754 yasanın 39. maddesine göre değiştirilmiş olarak) (e) bendinde sayılanlar, işsizlik veya kısa çalışma ödeneğinden yararlanmaya başladıkları tarihten başlayarak genel sağlık sigortalısı sayılır ve Türkiye İş Kurumu tarafından işsizlik ödeneğinin bağlandığı tarihten başlayarak bir ay içinde Kuruma bildirilir.

e) (f) bendinde sayılanlar; gelir veya aylıktan yararlanmaya başladıkları tarihten başlatılarak genel sağlık sigortalısı sayılır ve ayrıca bir bildirime gerek olmaksızın kayıt (tescil) edilmiş sayılır.

f) (5754 yasanın 39. maddesine göre değiştirilmiş olarak) (g) bendinde sayılanlar; öbür bentlere göre genel sağlık sigortalısı olmadıkları tarihten başlatılarak genel sağlık sigortalısı sayılır ve bu tarihten sonra bir ay içinde verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler. Ancak 60. maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanların zorunlu sigortalılıklarının sona erdiği tarihten sonra 10 gün sonra bu bent kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır. (5754 yasanın 39. maddesine göre değiştirilmiş ikinci fıkra olarak) [92]

60. madde gereği genel sağlık sigortalısı sayılanların çocukları, ana ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşını doldurıncaya dek genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden ve öbür haklardan yararlandırılır. 18 yaşından küçük çocuğun ana ve babası da yok ise 18 yaşını doldurıncaya dek 60. maddenin 1. fıkrasının (c) bendinin (7) numaralı alt bendi kapsamında primi Devlet tarafından ödenmek üzere genel sağlık sigortalısı sayılır.[92]

(5754 yasanın 39. maddesine göre değiştirilmiş üçüncü fıkra olarak) 60. madde gereği genel sağlık sigortalısı iken durumunda değişiklik olan kişilerden, aynı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendine veya (g) bendi kapsamına giren kişiler durumlarında değişiklik olduğu tarihten başlayarak en geç 1 ay içinde Kuruma başvurmak zorundadır. Bu kişilerin 60. maddenin 1.fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamına girmediği saptanırsa, durumlarında değişiklik olduğu tarihten başlamak üzere (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılırlar.[92]

Genel sağlık sigortalılığı, yerleşim yerinin Türkiye olmadığı veya 60. maddenin 3. fıkrası gereği GSS kapsamı dışına çıkılan tarihte sona erer.[92]

Bu maddede belirtilen GSS giriş bildirgesini süresi içinde vermeyenler hakkında 102. maddenin 1. fıkrasının (a) bendine göre (her bir sigortalı için en az ücret tutarında) yönetsel para cezası uygulanır.[92]

Yasanın sağlık hizmetleri ve öbür haklar ile bunlardan yararlanma durumunu belirten 62. maddesi gereğince GSS'ndan sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve öbür haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Kurum için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür.[92]

Sağlık hizmetlerinden ve öbür haklardan genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlandırılır.[92]

Bu Yasa kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve öbür haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz. [92]

Yasanın **finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi**ni içeren 63. maddesine göre **"**Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları durumunda sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, işgöremezlik durumlarının ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını sağlamak amacıyla Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri şunlardır:

a) Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.

b) Kişilerin hastalanmaları durumunda ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği gerek üzerine tanı için gereken klinik muayeneler, laboratuvar inceleme ve tahlilleri ile öbür tanı yöntemleri, konulan tanıya dayalı olarak yapılacak tıbbî girişim ve sağaltımlar, hasta izlemi ve esenlendirme (rehabilitasyon) hizmetleri, organ, doku ve kök hücre aktarımına (nakline) ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili yasaları gereğince sağlık meslek üyesi sayılanların ve hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve sağaltımlar.

c) Analık nedeniyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği gerek üzerine tanı için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar inceleme ve tahlilleri ile öbür tanı yöntemleri, konulan tanıya dayalı olarak yapılacak tıbbî girişim ve tedaviler, hasta izlemi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili yasaları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların ve hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

d) (5754 yasanın 40. maddesine göre değiştirilmiş olarak) Kişilerin hastalanmaları durumunda ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği gerek üzerine ağız ve diş hastalıklarının tanısı için gereken klinik muayeneler, laboratuvar inceleme ve tahlilleri ile öbür tanı yöntemleri, konulan tanıya dayalı olarak yapılacak tıbbî girişim ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta

izlemi, diş protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin 72. maddeye (Sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesi ile ilgili madde) göre belirlenen tutarı,

e) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının belli koşullarının birlikte gerçekleşmesi durumunda en çok 2 deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın sağaltımının başka tıbbî bir yöntemle olanaklı olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi durumunda yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

f) Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili tanı ve sağaltımları için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına özel tıbbî aygıt, tıbbî tüketim (sarf), iyileştirici nitelikteki tıbbî tüketim gereçlerinin (malzemelerinin) sağlanması, takılması, güvence (garanti) süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri.[92]

5754 yasanın 40. maddesine göre değiştirilmiş olarak Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin tanı ve sağaltım yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, ödeme ilke ve yöntemlerini Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir. Kurum, bu amaçla kurullar kurabilir, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir. Kurulların çalışma ilke ve yöntemleri Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak Kurumca belirlenir.[92]

60. maddede sayılan genel sağlık sigortalısı sayılma koşullarının yitirilmesi durumunda, sürmekte olan sağaltım nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine dek sürer."[92]

Yasada **kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri** 64. maddede aşağıdaki gibi belirtilmiştir:

a) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya doğumsal (konjenital) nedenlere

bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri.

b) Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri.

c) (5754 yasanın 41. maddesine göre eklenmiş olarak) Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce varolan olan süregen (kronik) hastalıkları,[92]

Yasaya göre **sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları** madde 67'de 5754 yasanın 42. maddesine göre değiştirilmiş olarak "18 yaşını doldurmamış olan kişiler, tıbben başkasının bakımına bağımlı olan kişiler, acil haller, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar, 63. maddenin 1.fıkrasının (a) ve (c) bentleri gereğince sağlanan sağlık hizmetleri, 75. maddede sayılan afet ve savaş ile grev ve lokavt durumu dışında olmak üzere sağlık hizmetlerinden ve öbür haklardan yararlanabilmek için;

a) 60. maddenin 1. fıkrasının (c) ve (f) bentleri dışında öbür bentleri gereği genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısının olması,

b) 60. maddenin 1. fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (g) bendine bağlı olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentte sayılan koşulla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 60 günden çok prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,

c) 60. maddenin 1. fıkrasının (b) ve (d) bentlerine bağlı olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentlerde sayılan koşulla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması, koşuldur. [92]

Ancak, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi kapsamından çıkanların genel sağlık sigortalısı olduğu tarihten başlayarak 30 gün içinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için bu maddenin 1.fıkrasının (a) bendindeki prim ödeme gün sayısı aranmaz. Ayrıca 60. madde kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanların;

a) Herhangi bir nedenle silah altına alınan sigortalının askerlikte geçen hizmet süresi,

b) Hükümlülükle sonuçlanmayan tutuklulukta geçen süre,

c) İş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortalarından geçici iş göremezlik ödeneği alan sigortalının iş göremediği süre,

d) Sigortalının greve katılması veya işverenin lokavt yapması durumlarında geçen süre,

sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS primi ödeme gün sayısı hesabında dikkate alınmaz. [92]

Ayrıca genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve öbür haklardan yararlanabilmeleri için sağlık hizmet sunucularına başvurduklarında acil durumlar dışında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra); nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin gösterilmesi zorunludur.[92]

60. maddenin 1. fıkrasının (a) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar, zorunlu sigortalıklarının sona erdiği tarihten sonra 10 gün süreyle GSS'den yararlanırlar. Bu kişilerin sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten geriye doğru bir yıl içinde 90 günlük zorunlu sigortalılıkları varsa, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten başlayarak 90 gün süreyle zorunlu sigortalılıklarından sonraki genel sağlık sigortalılıklarından dolayı prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın bakmakla yükümlü olduğu kişiler dahil sağlık hizmetlerinden yararlandırılırlar."[92]

Yasanın 68. maddesinde 63. maddede sayılan **sağlık hizmetlerinden katılım payı** alınacak olanlar şöyle belirtilmiştir:

"a) Ayakta sağaltımda hekim ve diş hekimi muayenesi.

b) Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri.

c) Ayakta sağaltımda sağlanan ilaçlar.

(5754 yasanın 43. maddesine göre değiştirilmiş 2. fıkra olarak) Katılım payı, 1. fıkranın (a) bendindeki sağlık hizmetleri için 2 Yeni Türk Lirası[9] olarak uygulanır. Katılım payı, (b) ve (c) bentlerindeki sağlık hizmetleri için gereksiz kullanımı azaltma, sağlık hizmetlerinin niteliği bakımından yaşamsal öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütler dikkate alınarak % 10 - 20 oranları arasında olmak üzere Kurumca belirlenir. Birinci fıkranın (a) bendindeki sağlık hizmetleri için belirlenen katılım payı tutarı, 04.01.1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Yasası uyarınca belirlenen yeniden değerleme oranı kadar her yıl artırılır. Birinci fıkranın (a) bendi gereği katılım payını; 1. Basamak hizmet sunucularında yapılan muayenelerinde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye veya tekrar birinci fıkranın (a) bendi için belirlenen tutara getirmeye, 2. ve 3. Basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde ise önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı dikkate alınarak yarısına dek indirmeye veya 5 katına değin artırmaya, gerektiğinde bu tutarları yasa tutarlarına getirmeye veya indirmeye Kurum yetkilidir.[92]

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin 1. fıkranın (b) bendi gereği ödeyecekleri katılım payının tutarı, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki en az (asgarî) ücretin % 75'ini geçemez.

63 üncü maddenin birinci fıkrasının (e) bendi gereğince sağlanan ve bir hastalığın sağaltımının başka tıbbî bir yöntemle olanaklı olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki, yardımcı üreme yöntemi tedavisinde katılım payı ilk denemede % 30, ikinci denemede % 25 oranında uygulanır. Ancak katılım payında 4. fıkra gereği uygulanan üst sınır dikkate alınmaz.[92]

60. maddenin 1. fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, istemleri

[9] 01.01.2009'dan sonra YTL bırakılarak TL'ye dönülmüştür.

durumunda, 29.05.1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Yasası hükümlerine göre kendilerine geri ödenir.[92]

Katılım paylarını, gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından, çalışanların ücret veya aylıklarından kesilmek yoluyla alınmasına ve katılım paylarının ödenme biçimini belirlemeye Kurum yetkilidir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, peşin aldıkları katılım payı düşüldükten sonra kalan tutar ödenir. [92]

(5754 yasanın 43. maddesine göre değiştirilmiş 8. fıkra olarak) Katılım paylarının hesaplanmasında 72. maddeye göre saptanan sağlık hizmeti tutarları temel alınır.[92]

Yasanın 70. maddesine göre **hizmet basamakları ve sevk zinciri** uygulamasına göre sağlık hizmeti sunucuları 1., 2. ve 3. Basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırılır. Bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınarak tüm yurtta veya il ya da ilçe ölçeğinde Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurum tarafından belirlenir. Aile hekimleri 1. Basamak hizmet sunucuları içinde yer alır. [92]

Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun davranmak zorundadır. [92]

Yasanın 80. **Prime esas kazançlar** maddesinde; yalnızca GSS'ye bağlı olanlar bakımından prime esas aylık kazancın saptanmasında;

60. maddenin 1. fıkrasının (d) ve (g) bentlerinde sayılan kişiler için 82. maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının 2 katının otuz günlük tutarı, 60. maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde belirtilen kişiler için asgari ücret, 60. maddenin birinci fıkrasının (e) bendinde belirtilen kişiler için ise prime esas asgari kazanç tutarı esas alınır.[92]

Ancak, 60. maddenin 1. fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılmak için başvurmakla birlikte, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak saptanan aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarı; en az (asgari) ücretin üçte birinden enaz ücrete dek olduğu belirlenen kişiler için 82. maddeye göre

belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının 30 günlük tutarının 1/3'ü, en az ücretten bu ücretin 2 katına dek olduğu belirlenen kişiler için 82. maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının 30 günlük tutarı, asgari ücretin 2 katından çok olduğu belirlenen kişiler için 82. maddeye göre belirlenen prime temel günlük kazanç alt sınırının 30 günlük tutarının 2 katı, prime esas asgari kazanç tutarı olarak esas alınır.[92]

Ülkemizde sosyal sağlık sigortacılığı geçmişte sosyal sigorta kurumları arasında farklılıklar göstermekteydi. GSS (Genel Sağlık Sigortası) öncesindeki sosyal sağlık sigortası primi oranları şöyleydi:

SSK'da hastalık sigortası prim oranı % 11'i olup, % 5'i sigortalı ve % 6'sı işveren payı olarak ödenmekteydi. SSK'da çırakların hastalık sigortası prim oranı % 4 olup bunun % 2'si sigortalı payı, % 2'si de işveren payıdır. İsteğe bağlı sigorta primi oranı tüm riskler için % 25 oranında tek bir prim öngörmüştü. Alınacak prim hesabına esas tutulan günlük kazancın alt sınırı 16 yaşından büyükler için belirlenen günlük en az (asgari) ücrettir; üst sınırı ise günlük asgari ücretin 6,5 katıydı.[23]

Bağ-Kur sigortalısının hastalık sigortası prim oranı, ilk 8 basamakta bulunanların, 8. gelir basamağından, 9 ve daha yukarı basamaklarda bulunan sigortalıların ise bulundukları gelir basamağı tutarının % 20'siydi. Aylık almakta olanların aylıklarından 10 yıl süre ile kesilecek prim oranı % 10'du.[27]

Emekli Sandığı'nın gelirleri içinde katılımcıların emeklilik keseneğine esas aylık tutarları üzerinden her ay kesilecek % 16 emeklilik keseneğine karşılık % 20, kurumlarınca verilecek karşılıkları bulunuyordu. Belli bir sağlık sigortası primi ödenmiyordu. [37]

Yasanın **sigorta prim oranları ve devlet katkısı** ile ilgili 81. maddesinin (f) şıkkında (5754 yasanın 48. maddesine göre değiştirilmiş olarak) "GSS primi, kısa ve uzun erimli (vadeli) sigorta kollarına bağlı olanlar için 82. maddenin 1. fıkrasına göre hesaplanan prime esas kazancın % 12,5'idir. Bu primin % 5'i sigortalı, % 7,5'i ise işveren payıdır. Yalnızca GSS'ye bağlı olanlar ile 60. maddenin 1. fıkrasının (e) bendi ve bu Yasasın

geçici 13. maddesinde[10] belirtilenlerin GSS primi, prime esas kazancın % 12'sidir."[92]

81. maddesinin (h) şıkkı 2. fıkrasında "(Değişik: 17.04.2008 – 5754 / 48 md.) Devlet, Kurumun ay itibarıyla kestiği işgöremezlik (malûllük), yaşlılık ve ölüm sigortaları ile GSS priminin ¼'ü oranında Kuruma katkı yapar. Devlet katkısı olarak hesaplanacak tutar istenen tarihi izleyen 15 gün içinde Hazinece Kuruma ödenir."[92]

Bu yasanın 82. maddesinde **günlük kazanç sınırları** olarak; gereğince alınacak prim ve verilecek ödeneklerin hesabına temel tutulan günlük kazancın alt sınırı, en az (asgarî) ücretin 1/30'u, üst sınırı ise günlük kazanç alt sınırının 6,5 katıdır.[92]

Günlük kazançları yukarıdaki fıkrada belirtilen alt sınırın altında olan sigortalılar ile ücretsiz çalışan sigortalıların günlük kazançları alt sınır üzerinden, günlük kazançları üst sınırdan çok olan sigortalıların günlük kazançları da üst sınır üzerinden hesaplanır. [92]

İkinci fıkraya göre sigortalının kazancı alt sınırın altında ise bu kazanç ile alt sınır arasındaki farka ait sigorta primleri ile ücretsiz çalışan sigortalılara ait sigorta primlerinin tümünü işveren öder.[92]

Bu yasanın 106. maddesinde yapılan değişiklikle (5754 sayılı yasanın 64 maddesine dayanarak) 7. bendinde 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 209. maddesinin 2008 Ekim başında yürürlükten kaldırıldığı belirtilmiştir. Kaldırılan bu maddenin bir fıkrasında ayakta veya eve sağaltım durumunda kullanılacak ilaç bedellerinin % 20'sinin memur tarafından ödeneceği belirtilmektedir.[24,92]

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı 13 Haziran 2008'de 81 İl Valiliğine gönderdiği genelgede 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa'nın 5. maddesi 8. fıkrasında belirtilen "Birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve bölgelerarası gelişmişlik farklarının giderilmesi amacıyla, döner sermayeli işletmelerden uygun görülenlerin merkeze aktaracağı payı %4'e dek yükseltmeye Sağlık

[10] 24/11/1994 tarihli ve 4046 sayılı Kanunun 21 inci maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanlar

Bakanı yetkilidir.” kuralı uyarınca 1 Haziran 2008’den başlamak üzere Aile Hekimliği Sistemi uygulanan Birinci Basamak sağlık kuruluşlarından % 4 merkez payının alınmaması, 1 Haziran 2008 tarihinden sonra Aile Hekimliği Sistemi uygulamasına geçecek Birinci Basamak sağlık kuruluşlarından geçtikleri ay sonundan başlamak üzere % 4 merkez payının alınmaması kararlaştırılmıştır.[104]

4.1.3.27. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile İlgili Başbakanlık Genelgesi

26 Haziran 2008’de 26918 sayılı RG’de yayınlanan “Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile İlgili Başbakanlık Genelgesi”ne göre kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının, acil vakaların kabulü, gerektiğinde başka bir sağlık kurumuna taşınması ve sağaltım giderlerinin karşılanması hususlarında:

1) Acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü bulunan sağlık kuruluşlarının, acil olguları hastanın sağlık güvencesi olup olmadığına veya ödeme gücü bulunup bulunmadığına bakılmaksızın kabul etmesi ve gerekli tıbbi müdahaleyi kayıtsız-şartsız ve gecikmeksizin yapması gerekmektedir. Hiçbir sağlık kuruluşu acil olarak gelen hastalara yeterli personeli veya donanımı olmadığı, ilgili birimi veya boş yatağı bulunmadığı, hastanın sağlık güvencesi olmadığı vb. nedenler ile gerekli acil tıbbi müdahaleyi yapmaktan kaçınmayacaktır.
2) Acil olgularda acil sağlık hizmetinden yararlananlardan sosyal güvencesi bulunan kişilerin hizmet bedeli ilgili sosyal güvenlik kurumundan tahsil edilecek ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası’nın 73. maddesinin 7. fıkrası gereğince hastadan ayrıca ücret farkı istenmeyecektir.
3) Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan vatandaşlarımızdan ödeme gücü bulunmayanların acil sağlık hizmeti bedelleri kendilerinden istenmeyecektir. Bunlardan kamuya ait sağlık kuruluşlarından ve ayakta tanı ve sağaltım yapan özel sağlık kuruluşlarından acil sağlık hizmeti alanların hizmet bedelleri 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve

Dayanışmayı Teşvik Yasası hükümleri çerçevesinde sağlık kuruluşunun bulunduğu yer Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndan istenecektir. Bu konuda gerekli önlemler ilgili vakıf başkanlıklarınca alınacaktır. Özel hastanelerden acil sağlık hizmeti alanların hizmet bedelleri ise istenmesi durumunda 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu'nun 32., 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 38. ve 60., 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nun 18. maddeleri gereğince sağlık kuruluşunun bulunduğu yerin belediyesince ödenecektir. Bu amaçla belediyelerce bütçelerine yeterli ödenek konulacaktır.

4) Bu Genelge hükümlerine uymayanlar hakkında gerekli adli ve yönetsel işlemler yetkililer tarafından ivedilikle yapılacaktır.[105]

Bu genelgede belediyelerin bütçelerine koyacakları yeterli ödeneğin kaynağı belirtilmemiştir. Tipik bir maliyet kaydırması (cost containment) yapılarak, merkezi yönetim bütçesinden ödenmesi gereken bu acil sağlık hizmeti bedelleri, bütçe disiplini dışına çıkarılmakta; vakfa ve belediyelere yıkılmaktadır.

4.1.3.28. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi 2 Temmuz 2008 tarih ve 2011 sayılı Sağlık Bakanlığı onayı ile 1 Eylül 2008'den geçerli olmak üzere yürürlüğe konulmuştur. Yönerge'nin amacı sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, nitelikli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanması için sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal başarımının (performansının) ölçülmesine yönelik olarak ölçülebilir ve karşılaştırılabilir performans, kalite ve öbür ölçütler ile hizmet sunum koşullarının belirlenmesi, halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması yoluyla kurumsal başarım katsayısının saptanmasına ve hizmet sunumu açısından belgelendirilmesine ilişkin ilke ve yöntemleri düzenlemek olarak belirtilmiştir. Muayeneye erişim, hizmet kalite (0 – 1 arasında), hoşnutluk (memnuniyet) (0 – 1 arasında) ve kurum verimlilik katsayısı değerlendirme katsayıları olarak belirlenmiştir.[106,107]

4.1.3.29. Sosyal Güvenlik Kurumunca 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanuna Göre Kullanılacak Yetkilere İlişkin Yönetmelik

SGK alacakları olan primler, 27 Eylül 2008 tarih ve 27010 sayılı RG'de yayınlanan ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 88 inci maddesi hükmüne dayanan "Sosyal Güvenlik Kurumunca 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanuna Göre Kullanılacak Yetkilere İlişkin Yönetmelik" ile 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsili Hakkında Yasa kapsamına alınmıştır.[108]

4.1.3.30. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği

29 Eylül 2008'de RG'nin yinelenen (mükerrer) sayısında yayımlanan "2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği" sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsamaktadır. Tebliğin 3. maddesinde sevk zinciri uygulanacak Bayburt, Isparta, Gümüşhane ve Denizli'de 1 Kasım 2008'den başlayarak, 1 Ocak 2009'da ise aile hekimliğine geçen tüm illerde sevk zincirinin uygulanacağı belirtilmiştir.

Tebliğin 6. maddesinde katılım payı alınacak hizmetler şöyledir:

6.1. Ayakta bakımda hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı

1. Basamak resmi sağlık kuruluşlarında yapılan muayene ile aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmaz.

Katılım payı;

İkinci basamak resmi sağlık kurumlarında…….. 3 TL,

Eğitim ve araştırma hastanelerinde…….. 4 TL,

Üniversite hastanelerinde …… 6 TL,

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında …….. 10 TL,

olarak uygulanır.

6.2. Ayakta sağaltımda sağlanan ilaçlar için katılım payı

Kurumdan gelir ve aylık alanlar için %10, öbür kişiler için %20 oranında katılım payı alınır.

6.3. Tıbbi malzeme katılım payı

Kurumdan gelir ve aylık alanlar için %10, öbür kişiler için %20 oranında katılım payı alınır.

6.3.1. Katılım payı üst sınırı;

Tıbbi malzeme için ödenecek katılım payının tutarı, tıbbi malzemenin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin % 75'ini geçemez. % 75'lik üst sınırın hesaplanmasında her bir tıbbi malzeme bağımsız olarak değerlendirilir.

6.3.2. Katılım payı alınacak tıbbi malzemeler;

6.3.2.1. Gözlük cam ve çerçeveleri,

6.3.2.2. Ağız protezleri

6.3.2.3. Vücut dışı kullanılan protezler ve ortezler.

6.4. Yardımcı üreme yöntemi katılım payları

a) Birinci denemede %30,

b) İkinci denemede % 25,

oranında katılım payı alınacaktır.

6.6. Katılım payı kesilmesi (tahsili)

6.6.1. Ayakta bakımda hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı alınması;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından kesilerek,
b) Öbür kişiler için ise reçete ile ilaç sağlanması için başvurulan Kurumla sözleşmeli eczaneler tarafından kişilerden, tahsil edilir

6.6.2. Ayakta sağaltımda sağlanan ilaçlar için katılım payı alınması;

a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından kesilerek,
b) Öbür kişiler için ise Kurumla sözleşmeli eczaneler tarafından kişilerden kesilir.

6.6.3. Tıbbi malzeme katılım payı kesilmesi;

a) Gözlük cam ve çerçeveleri için;

1) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından kesilerek,
2) Öbür kişiler için ise Kurumla sözleşmeli optisyenlik kurumu tarafından kişilerden kesilir.

b) Ağız protezleri katılım payı için;

1) Kurumla sözleşmeli sağlık kurum veya kuruluşlarınca yapılan ağız protezi katılım payları, sağlık kurum veya kuruluşlarınca kişilerden,
2) Kurumla sözleşmesiz; serbest diş hekimleri ile sağlık kurum veya kuruluşlarında yaptırılan ağız protezi katılım payları, Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince / Sosyal Güvenlik Merkezlerince ödeme aşamasında kişilerden kesilir.

c) Kişilerce sağlanan vücut dışı protezler ve ortezler için;

Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince / Sosyal Güvenlik Merkezlerince ödeme aşamasında kişilerden tahsil kesilir. [109]

29 Eylül 2008 tarihli ve 27012 sayılı 1. yinelenen RG'de yayımlanarak yürürlüğe giren "2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği"nde yer alan Sevk Zinciri Uygulanacak İller Listesinde yer alan Bayburt, Isparta, Gümüşhane ve Denizli illeri dışında kalan öbür aile hekimliğine geçilen illerde sevk zinciri uygulamasına 1 Ocak 2009 tarihinde başlanacak hükmü 31 Aralık 2008'de 27097 sayılı 7. mükerrer RG'de yayınlanan "**2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ**" ile değiştirilerek 1 Temmuz 2009'a ertelenmiştir.[109,110]

4.1.3.31. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği

23 Ekim 2008'de RG'de yayımlanan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği 657 sayılı Devlet Memurları Yasası, 2914 sayılı Yükseköğretim Personel Yasası, 2802 sayılı Hakimler ve Savcılar Yasası ve 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Yasası kapsamında bulunan çalışanlar ve

bunların bakmakla yükümlü bulundukları aile üyeleri ile 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasa kapsamındaki hak sahiplerini içermektedir.

Tebliğ'in 9.2. maddesi "Kurumca finansmanı sağlanacak erken tanı ve sağaltıma yönelik sağlık hizmetleri" kapsar. Bunlar aşağıdadır:

9.2.1. Genetik hastalıkların prenatal ve / veya postnatal tanısı için yapılan incelemeler,

9.2.2. Kanser Erken Tanı Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından, kanserin erken tanısı kapsamında yapılan işlemler;

KETEM tarafından yapılmak koşuluyla;

a) KETEM tarafından sürdürülen "Kadınlarda meme kanseri tarama programı" kapsamında 50-69 yaş arası kadınlara;
   1) Her yıl yapılacak muayene,
   2) 2 yıl aralıkla yapılacak mammografi çekimi,
   3) Gerek görülen olgularda meme ultrasonografisi,

b) KETEM tarafından sürdürülen "Kadınlarda serviks kanseri tarama programı" kapsamında 20 yaş üstü kadınlara;
   1) Her yıl yapılacak muayene + pap smear incelemesi,
   2) Gerekli görülen olgularda kolposkopi,

c) Kolorektal kanserler için 50-74 yaş arası erkek ve kadınlarda her yıl yapılacak olan "dışkıda gizli kan bakısı",

d) Prostat kanserleri için 50 yaş üstü erkeklere her yıl yapılacak olan "PSA bakısı"

Aynı kapsayıcılık "2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği"nde de vardır.

Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'nin 16.1. maddesinde ayakta veya evde yapılan sağaltımda kullanılan ilaç bedellerinden, eczane tarafından yapılan indirim ve %20 oranında hasta katılım payı düşüldükten sonra kalan tutarlar Kurum (SGK) tarafından ödeneceği hükmü yer almıştır.

Tebliğin 18. maddesinde; sağlık kurum ve kuruluşlarında yaptırılan inceleme, tahlil veya görüntüleme işlemlerine ilişkin bedellerinin Tebliğ'in

ekindeki fiyat tarifelerinde yer almaması durumunda, bu bedellerin Kurumlar tarafından ödenmeyeceği belirtilmiştir.[111]

Türk Tabipleri Birliği Maliye Bakanlığı'na karşı Tebliğ'in yürütmesinin durdurulmasına ve iptaline karar verilmesi istemiyle dava açmıştır.[112]

4.1.3.32. 5828 sayılı 2009 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Yasası

31 Aralık 2008'de 27097 sayılı 1. yinelenen RG'de yayımlanarak yürürlüğe giren "5828 sayılı 2009 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Yasası"nın "Tedavi hizmetleri için katılım payı uygulaması" başlıklı 28 maddesine göre;

(1) Kamu idarelerinde 31.05.2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu'nun 4. maddesinin 1. fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı olarak çalıştırılanlar (bunlardan aylıksız izinli olup, ilgili mevzuatı gereğince sağaltım yardımı hakkı devam edenler dahil) ile bunların bakmakla yükümlü olduğu aile üyelerinin, 18.06.1992 tarihli ve 3816 sayılı Yasa kapsamındaki Yeşil Kart sahiplerinin ve ilgili mevzuatında 3816 sayılı Yasa hükümlerine göre tedavilerinin sağlanması kurala bağlanmış olanların; 2009 yılında, ayakta bakımlarında hekim ve diş hekimi muayenelerinden 2 TL katılım payı alınır. Katılım payını 1. Basamak sağlık kuruluşlarında yapılan muayenelerde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye veya yeniden aynı tutarlara getirmeye, ikinci 2. ve 3. Basamak sağlık kurumlarında yapılan muayenelerde önceki Basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı dikkate alınarak yarısına dek indirmeye veya 5 katına dek artırmaya, gerektiğinde bu tutarları yasal tutarlarına getirmeye veya indirmeye Maliye Bakanlığı yetkilidir.

(2) Birinci fıkra kapsamına girenlerin 2009 yılında, sağaltım amaçlı kullanmalarına gerek görülen ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçlerinin bedelleri üzerinden, gereksiz kullanımı azaltma, sağlık hizmetlerinin niteliği açısından yaşamsal önemde olup olmaması, kişilerin gelir ve aylıklarının tutarı vb. ölçütler dikkate alınarak % 10 - 20 arasında Maliye Bakanlığınca belirlenen oranlarda katılım payı alınır.

Ancak, bu yolla alınacak katılım payının tutarı, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki en az (asgari) ücretin yüzde %75'ini geçemez.

(3) 3816 sayılı Yasa kapsamındaki Yeşil Kart sahiplerinin ve ilgili mevzuatında 3816 sayılı Yasa'nın normlarına göre tedavilerinin sağlanması kurala bağlanmış olanların, 2. fıkra uyarınca ödemiş oldukları katılım payları, 2009 yılında, istemeleri durumunda 29.05.1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Yasası kurallarına göre kendilerine geri ödenir.

(4) Bir hastalığın sağaltımının başka tıbbî bir yöntemle tedavisinin olanaklı olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi desteği dışındaki, yardımcı üreme yöntemi tedavisinde, 2009 yılında, 1. fıkra kapsamına girenler için ilk denemede % 30, ikinci denemede % 25 oranında katılım payı alınır. Bu fıkra gereğince alınacak katılım payının hesabında, 2. fıkrada belirtilen üst sınır dikkate alınmaz.

(5) Katılım payının gerektiğinde ilgililerin aylık ve ücretlerinden kesilmesine veya eczaneler ile öbür kurum ve kuruluşlar aracılığı ile kesilmesine ilişkin ilke ve yöntemleri belirlemeye Maliye Bakanlığı yetkilidir.

(6) Sağlık kurum ve kuruluşları, kamu yönetimlerinde 5510 sayılı Yasa'nın 4. maddesinin 1. fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı olarak çalıştırılanlar (bunlardan aylıksız izinli olup, ilgili mevzuatı gereğince sağaltım yardımı hakkı sürenler dahil) ile bunların bakmakla yükümlü olduğu aile üyelerinden, vermiş oldukları sağlık hizmetleri için anılan Yasanın 73. maddesi (Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesi ile ilgili) gereğince GSS hak sahiplerinden alabilecekleri ek ücretlerin dışında başka ücret isteyemez. Maliye Bakanlığı ek ücret alınamayacak sağlık hizmetlerini yeniden belirlemeye yetkilidir.

(7) 5510 sayılı Yasanın geçici 12. maddesinin 2. fıkrası[11] gereğince ilgili kayıt ve işlemlerin SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından

[11] Kamu yönetimlerinin sağlık hizmetlerinin sağlanmasına ilişkin görevleri, yürürlükten kaldırılan yasalardaki hak ve yükümlülükler çerçevesinde ilgili kayıt ve işlemler Kurum tarafından devralınan tarihe dek sürer. Devir süreci 3yıl içinde tamamlanır.

devralınması durumunda, devir tarihinden sonra anılan Yasanın ilgili düzenlemeleri uygulanır."[113]

4.1.3.33. Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ (Sıra No: 7)

2009 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu'nun 28. maddesine dayanılarak hazırlanan ve 31 Aralık 2008'de 27097 sayılı 7 yinelenen RG'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ (Sıra No: 7)" in 6. maddesinde; kapsama dahil kişilerin sağlık kurumlarındaki ayakta bakımlarında, hekim ve diş hekimi muayenelerinden katılım payı alınacağı belirtilmekte, alınacak para miktarı:

2. İkinci Basamak resmi sağlık kurumlarında 3 TL,
Eğitim ve araştırma hastanelerinde 4 TL,
Üniversite hastanelerinde 6 TL,
Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında 10 TL,
olarak belirlenmektedir.[114]

1. Basamak resmi sağlık kuruluşlarında yapılan muayene ile aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmayacaktır.[114]

Tebliğin 7. maddesinde kamu çalışanları ve aile üyelerinin muayene katılım payının, kurumları tarafından çalışanların aylık ve ücretlerinden kesileceği ve Yeşil Kart verilerek sağaltımı sağlanan kişilerin muayene katılım payının ise, reçete ile eczaneye başvuru esnasında Kurumla anlaşması olan kurala bağlanmıştır [114]

Tebliğin 8. maddesine göre "Protez, ortez ve tıbbi malzemeler için; kamu personeli ve aile üyelerinden %20 oranında, Yeşil Kart verilenlerden %10 oranında katılım payı alınacaktır. Katılım payı, Kurum tarafından ödemeye temel olarak alınan tutar üzerinden hesaplanacaktır."[114]

"Tıbbi malzeme için alınacak katılım payının tutarı tıbbi malzemenin alındığı tarihteki brüt asgari ücretin % 75'ini geçemez (16 yaşından büyük işçiler için brüt asgari ücret 01.01–30.06.2009 tarihleri arasında 666 TL,

01.07–31.12.2009 tarihleri arasında 693 TL olarak belirlenmiştir). % 75'lik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez, ortez veya tıbbi malzeme bağımsız olarak değerlendirilecektir." [114]

4.1.3.34. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğ (Sıra No: 8)

6 sıra numaralı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'nin 2.4 üncü maddesi 31 Aralık 2008'de 27097 sayılı 7. Yinelenen RG'de yayımlanarak yürürlüğe giren 8 sıra numaralı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ile değiştirilerek 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun gereği aile hekimliği uygulamasına geçilen ve Sevk Zinciri Uygulanacak İller Listesinde yer alan Bayburt, Isparta, Gümüşhane ve Denizli'de ilk başvurunun aile hekimliğine yapılmasının zorunlu olduğu belirtilip bu illerde acil durumlar dışında aile hekimliğinden sevk alınmaksızın 2. ve 3. Basamak sağlık kurumlarına başvurulamaz denilmektedir. Acil durular dışında kurum hekimliğinden veya aile hekimliğinden sevk edilmeksizin doğrudan 2. veya 3. Basamak sağlık kurumlarına başvurulması durumunda sağaltım giderinin ödenmeyeceği hükmü de yer almaktadır.[115]

Tebliğin 21.3.3. maddesinden sonra gelmek üzere vakıf üniversitesi hastaneleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sağlık hizmetleri bedelinin en fazla % 30'u tutarında, kişilerden ek ücret alınabileceği maddesi eklenmiştir.[115]

4.1.3.35. SGK'nın ağız-diş sağlığı hizmetleri için özel sektöre sevk ve bu sektörden hizmet satın alınmasının iptali

SGK, 2009 harcamalarını azaltmak üzere, ağız-diş sağlığı hizmetleri için özel sektöre sevk ve bu sektörden hizmet satın alınması süreçlerini daraltan yeni bir Tebliğ yayınlamıştır. 31 Ocak 2009 tarih ve 27127 sayılı RG'de yayınlanarak yürürlüğe giren "2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ" ile "2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği"nin 8.2 numaralı "Özel

sağlık kurum ve kuruluşları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında diş tedavisi" maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.[116]

4.1.3.36. Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol - 2009

31 Ocak 2009 tarihinde Maliye Bakanlığı ile Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti "Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol" kapsamında;

Eczacı tarafından uygulanacak indirim oranları:

Bir önceki yıl satış hasılatı (KDV hariç);

350.000 TL'ye kadar olan eczaneler tarafından % 0,

350.000 TL ile 600.000 TL arasında olan eczaneler tarafından %1,

600.000 TL ile 900.000 TL arasında olan eczaneler tarafından %1,5,

900.000 TL ve üzerinde olan eczaneler tarafından % 2,5 olacaktır.

Ayrıca Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği hükümlerine göre eczane tarafından kapsamda sayılan kişilerden tahsil edilen poliklinik muayene katılım payları, eczanenin alacağından mahsup edilip kalan tutar eczaneye ödenecektir.[117]

Sağlık harcamalarına ilişkin mevzuat irdelemesinin sonunda gelindiğinde izlendiği üzere yapı giderek karmaşıklaşmaktadır. Bir yanda SGK ve SUT, bir yanda Maliye Bakanlığı ve TUT, Belediyeler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu geri ödeme kurumları olarak duruyorlar.

Sağlık giderleri çok etmenli olarak büyümeyi sürdürüyor. Karmaşık bir sorun ve salt mevzuat düzenlemeleri ile baş edilmesi olanaksız. Önümüzdeki dönemlerde uygulamadan kaynaklanan pek çok anlaşmazlık yargıya taşınabilir. Böylece ulusal kaynaklar verimli kullanılamamış olmaktadır.

Tüm kurgu, çok borçlandırılan kamunun ödeme gücünden yoksun bırakılarak teslim alınması ve meydandan çekilerek yerli ve yabancı sağlık şirketlerine alanı terk etmesinin sağlanmasıdır.

Ancak ana finansör durumuna sürüklenen hizmet kullanıcılarının da, Türkiye'nin makro ekonomik görünümü dikkate alındığında bu yükü

kaldıracak olanakları yok. İzleyen bölümde sağlık giderlerinin boyutları incelenecektir.

4.2. Sağlık Harcamaları

Ülkemizde 1999-2000 yıllarında sağlık harcamalarının uluslararası karşılaştırmalara da uygun olacak biçimde Ulusal Sağlık Hesapları (USH) sistemi oluşturulmuştur. Türkiye'de resmi kurum istatistikleri USH'ye göre yapılmış olup, USH verileri 1960'lara dayanan OECD sağlık istatistiklerine de uygundur. USD'de temel vurgu; kimin, ne için, ne denli ödeme yaptığının ortaya konulmasıdır. Bu çerçevede USH için tanımlanan üç temel ögeden söz edilebilir:

• Para nereden gelmektedir? (Finansman kaynakları)

• Para nereye gitmektedir? (Sağlık mal ve hizmeti sunucuları)

• Ne tür sağlık malları sunulmakta ve hangi sağlık hizmetleri verilmektedir ve ne tür mal ve hizmetler kullanılmaktadır (satın alınmaktadır)? (Fonksiyonlar) [7]

4.2.1. Finansman kurumları

Tablo 4.2.1. USH'de finansman kurumlarının dağılımı görülmektedir.[7]

Tablo 4.2.1. Ulusal Sağlık Hesaplarında Finansman Kurumları.

1. Genel Devlet
    - I. Merkezi Devlet
        - A. Genel Bütçeli Kuruluşlar
            - Sağlık Bakanlığı
            - Öbür Bakanlıklar
        - B. Katma Bütçeli Kurumlar
            - Üniversiteler
            - Öbür Katma Bütçeli Kurumlar
        - C. Bağımsız Bütçeli Kurumlar
        - D. Kamu Sektörü Denetimindeki Fonlar
        - E. Devlet Memurlarına Verilen Sağlık Hizmetleri
    - II. Yerel Yönetim
        - Belediyeler
        - İl-İlçe Özel İdareleri
    - III. Sosyal Güvenlik Fonları
        - Sosyal Sigortalar Kurumu
        - Emekli Sandığı
        - Bağ-Kur
        - Sübvansiyonlar
2. Özel Sektör
    - I. Özel Sosyal Sigorta
    - II. Özel Sigorta Şirketleri
    - III. Hane Halkı Tarafından Cepten Yapılan Ödemeler
    - IV. Hane Halkına Hizmet Eden Kar Amaçsız Kuruluşlar (Dernek, Vakıf)
    - V. İşletmeler
        - Kamu İktisadi Teşekkülleri
        - Vakıf Üniversiteleri
        - Özelleştirme Kapsamındaki Kurumlar
        - Öbür İşletmeler

4.2.1.1. Genel Devlet

Bu tanım, merkezi Devlet ve yerel yönetimlerin tüm kurumsal birimlerini ve Devletin tüm düzeylerindeki sosyal güvenlik fonlarını içerir. Temelde Devlet birimlerince finanse edilen ve denetlenen piyasa dışı kar amacı gütmeyen kurumları da kapsar.[7]

4.2.1.1.1 Merkezi Devlet

Merkezi Devlet içindeki genel, katma ve bağımsız bütçeli kuruluşlar ve kamu sektörü denetimindeki fonları kapsar. Doğrudan genel vergilerle finanse eden olarak, temelde sağlık hizmetleri yönetimini ve öbür doğrudan sağlık hizmetleri sunumunu (başka sosyal yararlar ve parasal olmayan sosyal aktarımlar) sağlamaktadır. Merkezi devletin net finansman dengesi, öbür finansman sektörlerine yapılan aktarmalar (transferler) nedeniyle doğrudan finansmanından büyük ölçüde yüksektir. Bu aktarımların büyük çoğunluğu, sosyal güvenlik fonlarına yapılan ödenekleri kapsamaktadır.[7]

4.2.1.1.1.1. Genel Bütçeli Kuruluşlar

Kamu sektörü, hizmeti sunan ve yalnızca devletin bütçe gelirlerinden finanse edilen kuruluşlardır. Bu sınıflama altında aşağıdaki kurumlar vardır:

Sağlık Bakanlığı

13.12.1983 tarih ve "181 Sayılı Sağlık Bakanlığı (SB)'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Yasa Gücünde Kararname" ile herkesin yaşamının beden ve ruh sağlığı içinde sürmesini sağlamak, ülkenin sağlık koşullarını düzeltmek, kişilerin ve toplumun sağlığına zarar veren etkenlerle savaşmak ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini sağlamak için Sağlık Bakanlığı'nın kurulması, örgütlenme ve görevlerine ilişkin ilkelerin düzenlenmesi yapılmıştır.[7]

Türkiye'de belirli bir nüfus dilimine yönelik olarak 2 sağlık programından söz edilebilir. Bunlardan biri, 1992 yılında herhangi bir sağlık güvencesi kapsamında olmayan ve sağlık hizmeti için ödeme gücü bulunmayan kişileri, sağlık güvencesine kavuşturmak için 18.06.1992 tarihinde "3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasa" ile yaşama geçirilen **Yeşil Kart** uygulamasıdır (ABD'de MEDICAID benzeri).[49,118]

Öbür program ise 1 Temmuz 1976 yılında hiçbir sağlık güvencesi olmayan 65 yaş ve üstü vatandaşların 2022 sayılı "65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasa" Kapsamında Emekli Sandığı'ndan yaşlılık aylığı alanlara 1 Temmuz 2005'te özürlü ve gereksinimli (muhtaç) Türk vatandaşları da eklenmiştir. Bu durumdan yararlananların yatarak ve ayakta sağlık hizmeti sunumu da sonrasında Yeşil Kart yoluyla Sağlık Bakanlığı aracılığı ile Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'ndan karşılanmaktaydı. Yeşil Kart sahibi yoksullara verilen sağlık yardımları 2005 yılından başlayarak Fon'dan Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.
(ABD'de MEDICARE benzeri).[7,29,119,120]

Kasım 2008'de 2022 Sayılı Yasa kapsamında aylık alan kişi sayısı 1.246.317 ve aktif Yeşil Kartlı sayısı ise 9.316.661 kişidir.[121]

Söz konusu 2 düzenleme, 1929 Büyük Dünya Ekonomik Bunalımının ardından ABD'de oluşturulan Blue Cross ve Blue Shields yapılanmalarını çağrıştırmaktadır. ABD toplumunun zedelenmeye açık (vulnerable) kesimlerine kamu fonları üzerinden sosyal güvence sağlamak hedeflenmiştir. Başkan JF Kennedy döneminde, erken 1960'larda ise MEDICARE ve MEDICAID kurumlaşmaları benzer işlevlidir. 65 yaş üzerinde sosyal güvenlik şemsiyesi dışında kalanlara temel güvenceleri toplumsal düzeni koruma adına zorunlu sağlanan güvenceler…

Öbür Bakanlıklar

Sağlık Bakanlığı dışında kalan Bakanlıkların sağlık programlarını kapsar. Örnek olarak Ulaştırma Bakanlığı (PTT ve DDY Hastanesi), İçişleri

Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü'ne bağlı Polis Hastanesi, Milli Savunma Bakanlığı (42 hastane ve çok sayıda alt birim), Milli Eğitim Bakanlığı (hastane ve öbür sağlık birimleri), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı gösterilebilir. Örneğin bir finansman kurumu olarak Milli Savunma Bakanlığı, kaynaklarını merkezi Devlet bütçesinden alarak, ağırlıklı olarak çalışanlarına ve onların bakmakla yükümlü olduklarına (bağımlılarına) hizmet vermekte ancak, sınırlı olarak toplumun öbür kesimlerine[12] de hizmet sunmaktadır. Bunlara ek olarak Milli Eğitim Bakanlığı'nın (Okul Sağlığı) ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın (İşçi Sağlığı ve Güvenliği) sağlık programları bu küme altında ele alınmıştır. Bunlar mesleksel sağlık hizmetleri ile ilgili programlardır. (Bilindiği gibi MSB sağlık birimleri dışında hepsi 2005'te Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir..)[7,122]

4.2.1.1.1.2. Katma Bütçeli Kurumlar

Giderlerini kamu katkısı ve özel kaynaklı -döner sermaye- gelirleriyle karşılayan ve genellikle genel bütçe dışında özerk olarak yönetilen kamu sektörü kurumlarıdır.[7]

Üniversiteler / Tıp Fakültesi Hastaneleri

Bir finansman kurumu olarak üniversiteler hem katma bütçeden pay almakta hem de ürettikleri sağlık ve öbür hizmetler karşılığında döner sermayeleri aracılığı ile kendi öz kaynaklarını yaratmaktadır.[7]

Öbür Katma Bütçeli Kurumlar

Üniversiteler dışındaki katma bütçeli kuruluşları kapsar. Örnek olarak Yüksek Öğretim Kurulu, Milli Piyango İdaresi, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü verilebilir.[7]

[12] Ek madde 1. — 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu'nun 69 uncu maddesinin (d) bendi ile 70 inci maddesi kapsamındaki hak sahipleri ve boş yatak olması koşulu ile mevcut yatak miktarının % 10'unu geçmemek üzere her yıl Genelkurmay Başkanlığı tarafından belirlenecek oran veya miktarda sivil hastalar, döner sermaye kurulmuş askerî hastanelerde muayene ve tedavi olabilirler.

4.2.1.1.1.3. Bağımsız Bütçeli Kurumlar

Bunlar Devletin kimi ekonomik etkinliklerini yerine getirmek amacı ile kurulan ancak genel ve katma bütçe dışında kalan kurumlardır. Örnek olarak Türk Standartları Enstitüsü, Milli Prodüktivite Merkezi gösterilebilir.[7]

4.2.1.1.1.4. Kamu Sektörü Denetimindeki Fonlar

Fonlar, sosyal ve ekonomik amaçlarla özel kaynaklardan oluşturulur. Bu kaynaklar yalnızca toplandıkları belirli amaçlar için harcanabilirler. Bu kapsamdaki en büyük fon Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'dur. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü (SYDGM) tarafından yürütülen bu fonla yapılan sağlık yardımları kapsamında iki türlü destek yapılmaktadır.[7]

A) Tedavi Giderlerine Yönelik Destekler

Sosyal güvencesi olmayan ve Yeşil Kart almaya hak kazanamayan vatandaşların ödeme güçlerini aşan sağlık harcamalarının karşılanmasını içeren yardımlardır. Ayrıca, özürlü vatandaşların protez, işitme aygıtı, engelli arabası vb araç-gereç gereksinimleri de sağlık yardımları kapsamında yer almaktadır. Tablo 4.2.2'de de görüldüğü gibi Yeşil Kart harcamalarının devriyle destek miktarı oldukça azalmıştır.[123]

Tablo 4.2.2. Sağaltım Giderlerine Yönelik Destekler, 2003 - 2008 Kasım (YTL)

2003	2004	2005 *	2006	2007	2008 (Kasım)
251.632.000	499.607.000	141.755.677	9.838.078	6.413.519	5.050.000

*Yeşil Kart sahibi yoksullara verilen sağlık yardımları ise 2005 yılından başlayarak Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

B). Koşullu Nakit Aktarımları (KNT) Sağlık Yardımları

SYDGM tarafından yapılan sağlık desteklerinin yanında, nüfusun en gereksinimli kesimine dahil olan ailelerin çocuklarının ve anne adaylarının temel sağlık hizmetlerine tam olarak erişimini hedef alan bir sosyal güvenlik ağı oluşturmak amacıyla; ülkemizin her köşesinde KNA Sağlık Yardımları uygulanmaktadır.[124]

Bu ailelere, okul çağı öncesi çocuklarının düzenli sağlık denetimlerini yaptıramayan ailelere ve anne adaylarına düzenli sağlık yardımı yapılmaktadır. Bu uygulama, Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol çerçevesinde sürdürülmektedir. Kadının aile ve toplum içindeki konumunun güçlendirilmesi amacıyla, ödemeler doğrudan annelere yapılmaktadır.[124]

Anne adaylarına verilen KNT sağlık yardımı kapsamında 2005'te 784.860 YTL kaynak aktarılmıştır. 2006 içinde 22.476 anne adayına 728.647 YTL; 2007'de 30.662 anne adayına 665.615 YTL; 2008 Kasım ayına dek 38.478 anne adayına yaklaşık 550.000 YTL kaynak aktarılmıştır. Tablo 4.2.3'te görüldüğü gibi 2008 yılı ilk on bir ayda yardım yapılan çocuk sayısı 1.026.725 olup yapılan aktarımın (transferin) tutarı da 118.250.000 YTL'dir.[124]

Tablo 4.2.3. Koşullu Nakit Transferleri Sağlık Yardımları,
2003 - 2008 Kasım (YTL)

Yıllar	Aktarılan Kaynak (YTL)	Çocuk Sayısı
2003	800.000	24.644
2004	16.670.000	329.833
2005	61.290.000	731.784
2006	103.570.000	876.978
2007	95.940.000	999.041
2008*	118.250.000	1.026.725

* 2008 Kasım

4.2.1.1.1.5. Devlet Memurlarına Verilen Sağlık Hizmetleri

Çalışan Devlet memurlarının ve bakmakla yükümlü olduklarının sağlık harcamaları, ilgili kurumun (başlıca Maliye Bakanlığı'nın) bütçesine bu amaçla aktarılan kaynaklardan karşılanmaktadır.[7]

4.2.1.1.2 Yerel Yönetim

Mali, yasal ve yönetsel yetkesi (otoritesi) belirli bir coğrafi alan ve nüfusuyla sınırlı olan kurumsal birimlerdir.[7]

Belediyeler

Belde / yöre halkının ortak yerel gereksinimlerini karşılayan ve belde hizmetlerini gören kamu tüzel kişiliğine sahip bir yerel yönetim birimidir.[7]

İl-İlçe Özel İdareleri

Vali başkanlığında hizmet veren, ilin genel ve yerel hizmetlerine ait merkezi yönetim sorumluluk alanı dışında kalan tüm işleri yapan kamu tüzel kişiliği olarak tanımlanabilir. Sistemde hem sağlık hizmetlerini finanse eden hem de sağlık yatırım harcamaları yapan kurumlardan biri olarak rol almaktadır.[7]

4.2.1.1.3 Sosyal Güvenlik Fonları

Toplumun tümünü ya da büyük bir bölümünü kapsayan ve katılımın Devlet'çe zorunlu tutulduğu, Devlet tarafından yönetilen sosyal güvenlik programlarıdır.[7]

20 Mayıs 2006 tarih ve 26173 sayılı RG'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası ile Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur tek çatı altında toplanmıştır.[91]

Üç temel sosyal güvenlik kurumu, değişen finansman yöntemleri ve hizmet paketleriyle, üyeleri için hem sağlık hizmeti hem de emeklilik dahil sosyal güvenlik hizmeti sağlamaktadır.

Sosyal Sigortalar Kurumu

16.07.1945 tarih ve 6058 sayılı RG'de yayınlanan 09.07.1945 tarih ve 4792 sayılı yasayla, yürürlük tarihi 01.01.1946'dan başlamak üzere İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. İşçi Sigortaları Kurumu'nun adı 1964 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası'nın 136. maddesi ile kısaca SSK olarak değiştirilmiştir. SSK; özel sektör çalışanlarına ve işçi statüsündeki kamu sektörü çalışanlarına hizmet vermiştir. SSK, sağlık hizmetlerinin (hastalık sigortasının) yanı sıra analık, yaşlılık, geçici ve sürekli iş göremezlik (malullük), iş kazaları ve meslek hastalıkları ve ölüm yardımları da sağlamaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumu 19 Ocak 2005 tarihli 25705 sayılı yinelenen RG'de yayımlanan 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Yasa ile Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.[82]

Emekli Sandığı

Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü 1950 yılında 5434 sayılı yasayla kamu kesiminde çalışan memurlarla askeri personelin emekliliklerinde ve işgöremezliklerinde kendilerinin, ölümleri durumunda ise bakmakla yükümlü olduklarının (dul ve yetimleri ile gerektiğinde ana babaları) sosyal güvenliklerini sağlamak amacıyla kurulmuştur. Kurum'un finansman kaynağı; aktif çalışan memur ücretlerinden yapılan kesintiler ve Devletin işveren sıfatıyla koyduğu kesenekleridir.

Bağ-Kur

Bağ-Kur, belirli bir prim karşılığında Devlet eliyle esnaf, sanatkarlar ve bağımsız çalışan vatandaşların sosyal güvencelerini sağlamak üzere kurulmuş bir sosyal güvenlik kuruluşudur. 2 Eylül 1971'de 1479 sayılı "Esnaf ve Sanatkarlar ve Öbür Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu"

yasasıya kurulmuş olup, tüm yurtta 01.10.1972'de etkinlik göstermeye başlamıştır. 17.10.1983 tarih ve 2926 sayılı "Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu" yasası ile tarım sektöründe çalışanlar da Bağ-Kur kapsamına alınmıştır. Kurum, kuruluş yasası ve özel hukuk hükümlerine bağlı, tüzel kişiliği olan bir kamu kurumudur. Bu Kurum, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bağlı kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ilgili kuruluşu olup, parasal (mali) ve yönetsel (idari) bakımdan özerktir.

Her üç kurumun da (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, gelirleri ile harcamaları arasındaki fark, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'na devredildikleri ya da SGK çatısı altında birleştirildikleri tarihe dek merkezi bütçe kaynaklarıyla karşılanmıştır (5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası).[91]

Yukarıda finansman kurumu olarak sözü edilen sosyal güvenlik kurumlarının fonları ve öz kaynakları genellikle kapsadığı toplum kesiminin sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini karşılamamakta ve Devletin bu Kurumları sübvanse etmesi gereği doğmaktadır.[7]

Tablo 4.2.4'te sosyal güvenlik kapsamındaki nüfus gösterilmiştir. Kasım 2008'de nüfusun %19'nun kapsam dışı olduğu görülmektedir. Ancak, SGK tarafından yayınlanan verilerde 2008 nüfusu için kestirim yapılmaksızın 2007 nüfusu aynen alınmıştır. % 1,2 artış hızıyla 2008 nüfusunun 2007'nüfusuna 847.035 kişi eklenebileceği öngörüldüğünde, nüfus 71.433.291'e ulaşmış olacaktır. Bu tabloda, Sosyal Güvenlik kapsamındaki nüfus 2007 için 58.427.072 olarak verilmektedir. 2008 için ise (Kasım Bülteni) 57.264.509 rakamı söz konusu olup, şemsiye kapsamındaki nüfusta 1.162.563 kişilik bir azalma söz konusudur ve 2007'de %19 olarak verilen sosyal güvenlik şemsiyesi dışında kalma oranı % 0,8 puan artarak % 19,8'e erişmektedir. 2008 Kasım'ında aktif Yeşil Kartlı sayısı ise 9.316.661'dir. Hepsi toplandığında sağlık sigortası kapsamının 2008 nüfusuna oranı % 93,2'dir.[121]

Bu arada dikkat edilmesi gereken nokta; 2003'te DB'nın yaptığı hane halkı anketlerine dayanan bir çalışmada Türkiye nüfusunun %30'unun hiçbir

sağlık güvencesinin olmadığının bulunuşudur. Aynı dönemde resmi rakamlar, nüfusun tümünün sigorta kapsamında olduğunu gösteriyordu. Aradaki fark, SSK rakamlarının abartılı olmasından ve kağıt üzerinde Bağ - Kur'lu olup prim borcunu öde(ye)meyenlerden kaynaklanıyordu.[2]

Tablo 4.2.4. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kapsamı, 2002-2008 Kasım.

Sigortalı Kümeleri	Sosyal Güvenlik Kapsamı													
	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
Aktif Sigortalılar	12.257.296	4,7	12.542.457	2,3	12.805.488	2,1	13.408.486	4,7	14.821.617	10,5	15.019.338	1,3	15.611.190	3,9
Pasif Sigortalılar														
Dosya	5.888.418	5,1	6.181.979	5,0	6.501.742	5,2	6.837.393	5,2	7.248.871	6,0	7.589.715	4,7	7.989.338	5,3
Kişi	6.551.282	4,6	6.849.309	4,5	7.174.648	4,7	7.504.453	4,6	7.913.724	5,5	8.279.444	4,6	8.681.607	4,9
Bağımlılar	30.113.118	3,6	31.394.208	4,3	32.909.448	4,8	34.254.418	4,1	34.741.194	1,4	34.878.594	0,4	32.971.712	-5,5
Özel Sandıklar	324.302	0,2	295.653	-8,8	301.441	2,0	306.169	1,6	298.266	-2,6	310.850	4,2		
Türkiye Nüfusu											*70.586.256*		*70.586.256*	
Sosyal Güvenlik Kapsamı	48.900.511	4,7	50.730.148	3,7	52.840.055	4,2	55.122.957	4,3	59.738.133	8,4	58.427.072	-2,2	57.264.509	-4,1
Sigortalı Nüfus Oranı (%)											83		81	
Kapsam Dışı Nüfus Oranı (%)											17		19	
Not 1: Özel Sandıklar Sosyal Güvenlik Kapsamına katılmıştır.														
Not 2: Yurtdışı sigortalıları bağımlı toplamına eklenmiştir.														

Sübvansiyonlar

Yıllara göre Devletin Sosyal Güvenlik Fonları'na "sağlık harcamaları" için yapmış olduğu sübvansiyonlar 1994'ten başlayarak Tablo 4.2.5'te gösterilmiştir. Sübvansiyonların GSYİH'ye oranının yıllar içinde arttığı gözlemlenmektedir. Toplam kamusal sübvansiyon GSYİH'nin %1'i ile 5'i arasında dalgalanmaktadır.[121,125]

Tablo 4.2.5 Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri ve GSYİH İçindeki Payı 1994 - 2008 Kasım (Bin YTL).

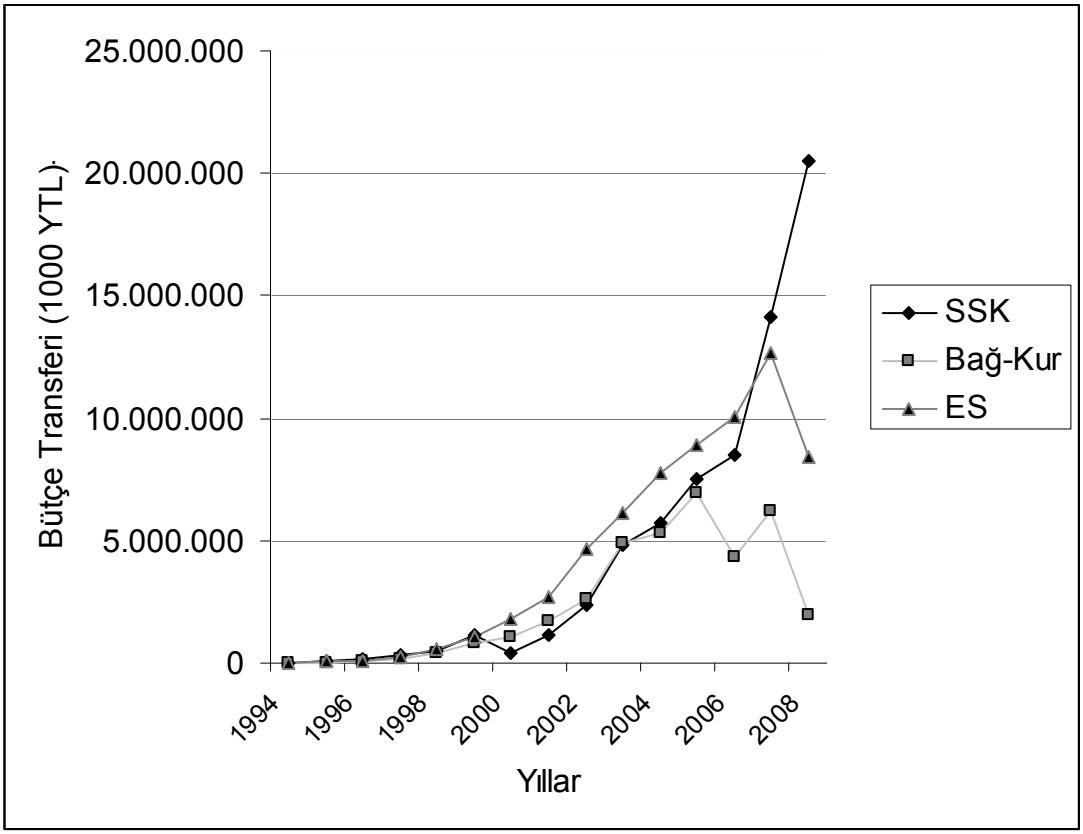
Yıllar	Sosyal Güvenlik Kurumları'na Aktarılan Bütçe				GSYİH (GDP) içinde payı, %			
	SSK	BK	ES	Toplam	SSK	BK	ES	Toplam
1994	14.480	4.530	20.000	**39.010**	0,00	0,00	0,01	**0,01**
1995	59.200	8.000	41.000	**108.200**	0,01	0,00	0,01	**0,01**
1996	146.000	70.100	119.200	**335.300**	0,01	0,00	0,01	**0,02**
1997	337.000	123.000	280.000	**740.000**	0,01	0,00	0,01	**0,03**
1998	451.000	435.000	610.000	**1.496.000**	0,01	0,01	0,01	**0,03**
1999	1.105.000	796.145	1.035.000	**2.936.145**	0,01	0,01	0,01	**0,04**
2000	400.000	1.051.460	1.775.000	**3.226.460**	0,00	0,01	0,01	**0,03**
2001	1.108.000	1.740.000	2.675.000	**5.523.000**	0,01	0,01	0,02	**0,03**
2002	2.386.000	2.622.000	4.676.000	**9.684.000**	0,01	0,01	0,02	**0,04**
2003	4.809.000	4.930.000	6.145.000	**15.884.000**	0,01	0,01	0,02	**0,04**
2004	5.757.000	5.273.000	7.800.000	**18.830.000**	0,01	0,01	0,02	**0,04**
2005	7.507.000	6.926.000	8.889.000	**23.322.000**	0,02	0,01	0,02	**0,05**
2006	8.527.000	4.330.000	10.035.000	**22.892.000**	0,02	0,01	0,02	**0,04**
2007	14.155.755	6.229.167	12.675.319	**33.060.241**	0,02	0,01	0,02	**0,05**
2008*	20.534.491	1.951.846	8.388.848	**30.875.185**	0,03	0,00	0,01	**0,04**

Not: * 2008 yılı verileri geçici on bir aylık verilerdir

1-2008 yılı GSYH değeri 9 aylık gerçekleşme değeridir. GSYH değerleri 1998 bazlıdır ve TÜİK'ten alınmıştır.

2- Kasım ayında Devlet Katkısı olan 861.000 Bin YTL.lik kısım Bütçe aktarımına dahil değildir.

Şekil 4.2.1'de görüldüğü gibi SSK'nın 19 Ocak 2005'te Sağlık Bakanlığı'na devri sonrasında yapılan bütçe aktarımlarındaki artış dikkat çekicidir.[82,121,125]



Şekil 4.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Aktarımları, 1994 - 2008 Kasım (Bin YTL)

4.2.1.2. Özel Sektör

Devlet kurum ve kuruluşlarının dışında kalan birimlerden oluşur. Bu başlık altında aşağıdaki kurumlar vardır:

4.2.1.2.1. Özel Sosyal Sigorta

Sosyal güvenlik fonları dışındaki tüm sosyal sigorta fonlarını içerir. Sosyal sigorta, poliçe sahibinin üçüncü bir tarafça sigortalanmaya zorlandığı

ya da teşvik edildiği, Devletin doğrudan denetimi altında olmayan bir programdır.[7]

Özel sosyal sigorta, sosyal katkılardan ve küçük bir bölümü eldeki cari aktarımlardan finanse edilen bir ara finansman kurumudur. Bu sektör tarafından sağlanan faydalar, özel olarak finanse edilen sosyal faydalar altında kaydedilmektedir. Türkiye'de 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası'nın geçici 20. maddesi uyarınca bankalar, sigorta ve reasürans (yeniden sigorta; sigortanın sigortası, çifte sigorta) şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar veya bunların oluşturdukları birlikler, çalışanlarının engellilik (malullük), yaşlılık ve ölümlerinde sınırlı görülen kamusal sosyal sigortaya ek olarak yardım yapmak üzere tesis veya dernek olarak kurulmuş bulunan Sandıklar bu küme altında yer almaktadır. Özel sosyal sigortanın kurumsal hesabı, sosyal güvenlik fonlarına benzerdir.[7]

4.2.1.2.2 Özel Sigorta Şirketleri

Özel sosyal sigorta dışındaki tüm özel sigorta işletmeleri bu kapsam altında ele alınmıştır.

Ülkemizde 1 Ekim 2007'ye dek özel sağlık / hastalık sigortası yaptıran kişi sayısı 1.298.026 olup, 1 Ekim 2008'de %32'lik bir artışla 1.719.843'e ulaşmıştır.[126,127]

4.2.1.2.3 Hane Halkı Tarafından Cepten Yapılan Ödemeler

Bu ödemeler, hane halkları tarafından sağlık hizmeti almak amacı ile doğrudan yapılan ödemelerdir. Maliyet paylaşımı ve resmi (hatta legal) olmayan ödemeleri de kapsar. Cepten yapılan harcamaların üçüncü taraf ödeme düzenlemelerinde sağlık politikası için özellikle önemli olan bir ögesi, çeşitli finansman kaynaklarınca sağlanan faydalar için ödenen katılım paylarıdır. Ülkemizde yapılan düzenlemelerle katılım payları gitgide artırılmıştır. En son olarak sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumu'nca karşılanan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden

1 Ekim 2008'den başlayarak; kamu çalışanları ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile Yeşil Kart sahiplerinden 1 Ocak 2009'dan başlatılarak 2. ve 3. Basamak sağlık hizmeti sunun kurumlarda ayakta sağaltımda hekim ve diş hekimi muayenesinde katılım payı alınmaya başlanmıştır.[109,114]

4.2.1.2.4. Hane Halklarına Hizmet Eden Kar Amacı Gütmeyen Kuruluşlar

Kar amacı olmayan, hane halklarına ücretsiz ya da ekonomik olarak anlamlı olmayan fiyatlarla mal ve hizmet sunan kurumlardır. Türkiye USH'sinde sağlık amaçlı vakıf ve dernekler bu kapsam altında ele alınmıştır. Örneğin Sağlık ve Sosyal Yardım Vakıfları ve Kızılay Derneği bu sınıflama içindedir. 2762 sayılı Vakıflar Yasası 13 Haziran 1935 tarih ve 3027 sayılı RG'de yayınlanmıştır. Daha sonra bu yasa yerine geçen 27 Şubat 2008 tarih ve 26800 sayılı RG'de yayınlanan "5737 Sayılı Vakıflar Yasası" ile yürürlükten kaldırılmıştır. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü'nün taşradaki faaliyetleri, Türkiye çapında 931 il ve ilçede her ilde vali ve her ilçede kaymakam başkanlığında oluşturulmuş Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları (Şubeler) aracılığıyla yürütülmektedir. Kızılay ise, tüzel kişiliğe sahip ve özel hukuk kurallarına bağlı, Bakanlar Kurulu kararıyla kamu yararına çalıştığı onanan bir Dernektir. [128, 129, 130, 131]

4.2.1.2.5. Sağlık İşletmeleri

Piyasa mal ve hizmetleri üreten işletmeler, bu kapsam altında ele alınmıştır. Sağlık hizmetleri finansmanına, temelde profesyonel sağlık hizmetleri üreticisi olarak katkıda bulunmaktadırlar. [7]

Kamu İktisadi Teşekkülleri (KİT)

Bunlar Devletin yetkesi (otoritesi) altında piyasa için mal ve hizmet üreten kamu sektörü iktisadi kuruluşlarıdır. Devlet Demiryolları, Toprak

Mahsulleri Ofisi, Tarım İşletmeleri Genel Müdürlüğü gibi kurumlar bu kapsam altında değerlendirilmiştir.[7]

Vakıf Üniversiteleri

Vakıflar tarafından kurulan, kar amaçlı olmayan üniversitelerdir. Türkiye'de 36 vakıf üniversitesi bulunmaktadır.[7,132]

Özelleştirme kapsamındaki kurumlar

Kamu İktisadi Teşekkülü statüsünde faaliyet göstermekte iken Özelleştirme Yasası'na göre özelleştirme kapsamına alınmış olan kuruluşlardır.

1985-2003 yılları arasında 246 kuruluştaki kamu payları, 22 yarım kalmış kuruluş, 394 taşınmaz, 8 otoyol, 2 Boğaz köprüsü, 103 tesis, 6 liman, şans oyunları lisans hakkı ile Motorlu Araç Muayene İstasyonları özelleştirme kapsamına alınmıştır. 23 kuruluştaki kamu payı ile 4 taşınmaz daha sonra özelleştirme kapsamdan çıkarılmak, tasfiye edilmek veya kapsamda olmayan başka bir kuruluşla birleştirilerek tüzel kişiliği sona erdirilmek üzere devredilmiştir. Başak Sigorta A.Ş. ve Başak Emeklilik A.Ş. özelleştirilen kurumlardandır.[133,134]

Öbür İşletmeler

Yukarıda sınıflananların dışında kalan tüm özel firma ve işletmeler yer almaktadır.

Tablo 4.2.6'da Türkiye'de 1975 - 2006 arasında toplam sağlık harcamalarının (TSH), GSYİH ile Türkiye ve OECD Ülkeleri Ortalamasında TSH / GSYİH oranı verilmiştir. Türkiye'de TSH / GSYİH oranı her zaman OECD Ülkeleri Ortalamasından düşük olmuştur. Ayrıca TSH / GSYİH oranında 2004'e dek görülen artış, 2004'ten başlayarak artan bir oranda azalışa girmiştir.[18,25,135]

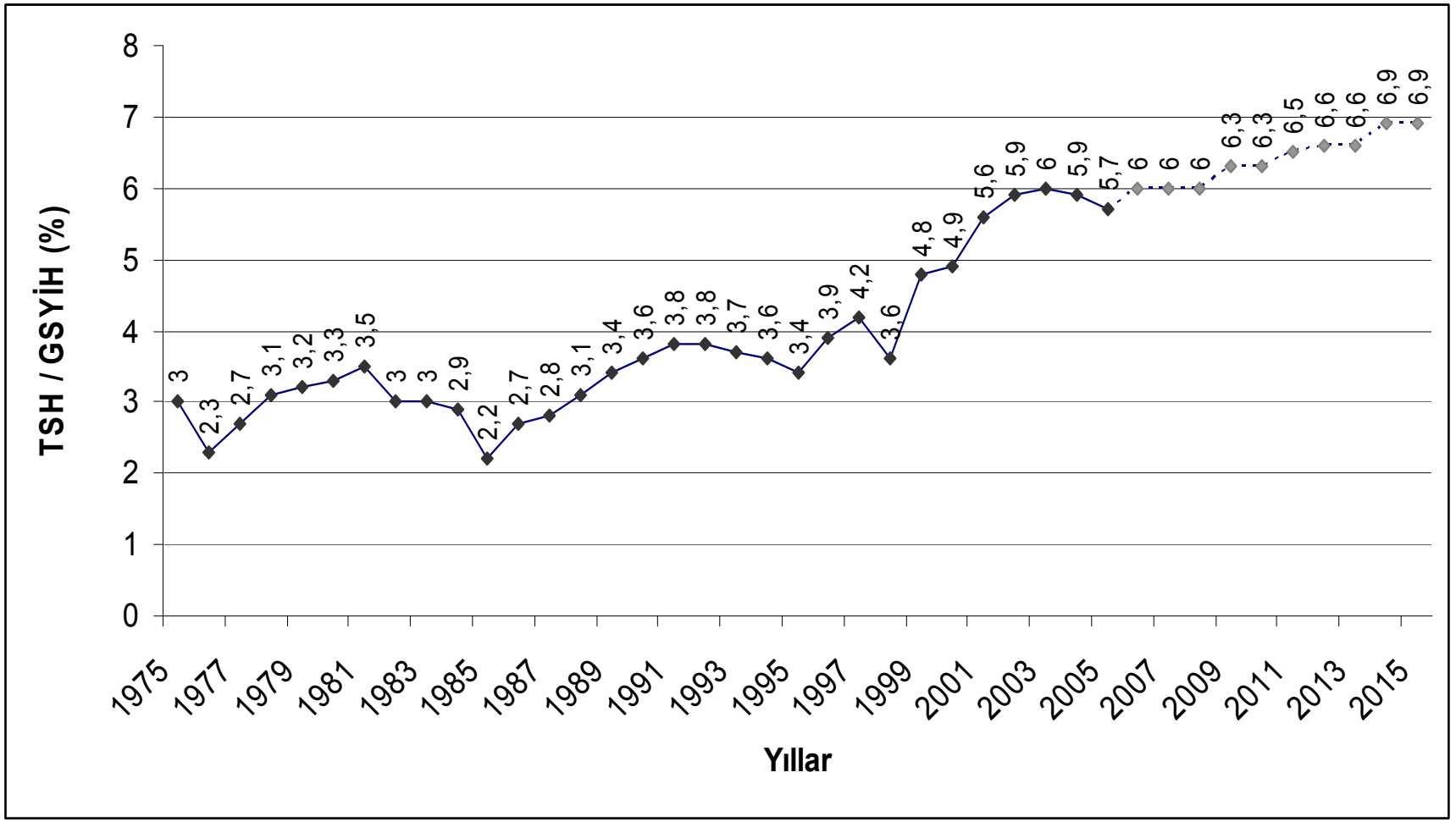
Tablo 4.2.6 Türkiye'de Toplam Sağlık Harcaması, Gayri Safi Yurt İçi Hasıla ile Türkiye ve OECD Ülkeleri Ortalamasında TSH / GSYİH Oranı, 1975 - 2006.

Yıllar	Türkiye Toplam Sağlık Harcaması		Türkiye GSYİH		Türkiye	OECD Ülkeleri Ortalaması
	Milyon YTL	SGP Milyon ABD $	Milyon YTL	SGP Milyon ABD $	TSH / GSYİH, %	TSH / GSYİH, %
1975		1.818	1	60.909	3,0	6,3
1976		1.667	1	71.667	2,3	6,3
1977		2.143	1	78.571	2,7	6,4
1978		2.500	2	81.500	3,1	6,6
1979		2.813	3	89.063	3,2	6,5
1980		3.091	5	95.091	3,3	6,6
1981		3.889	8	109.722	3,5	6,7
1982		3.563	10	120.575	3,0	6,8
1983		3.962	14	131.226	3,0	6,8
1984	1	4.238	22	145.695	2,9	6,7
1985	1	3.438	35	156.696	2,2	6,7
1986	1	4.631	51	171.409	2,7	6,8
1987	2	5.412	75	192.577	2,8	6,9
1988	4	6.220	129	203.496	3,1	7,0
1989	8	7.104	227	211.657	3,4	7,0
1990	14	8.735	393	240.257	3,6	7,0
1991	24	9.626	630	250.944	3,8	7,2
1992	41	10.291	1.093	272.118	3,8	7,5
1993	74	11.158	1.982	300.739	3,7	7,7
1994	140	10.486	3.868	290.314	3,6	7,6
1995	262	10.701	7.762	317.535	3,4	7,7
1996	576	13.543	14.772	347.122	3,9	7,7
1997	1.215	16.017	28.836	380.240	4,2	7,6
1998	2.523	19.243	70.203	535.505	3,6	7,7
1999	4.985*	24.673*	104.596	517.743	4,8*	7,9
2000	8.248	29.129	166.658	588.579	4,9	7,8
2001	13.337	31.166	240.224	561.351	5,6	8,1
2002	20.524	33.502	350.476	572.094	5,9	8,4
2003	27.259	35.273	454.781	588.476	6,0	8,8
2004	33.237	40.982	559.033	689.300	5,9	8,9
2005	37.013	42.625	648.932	747.326	5,7	8,9
2006**			758.391	841.782	5,7	

* Seride kopma

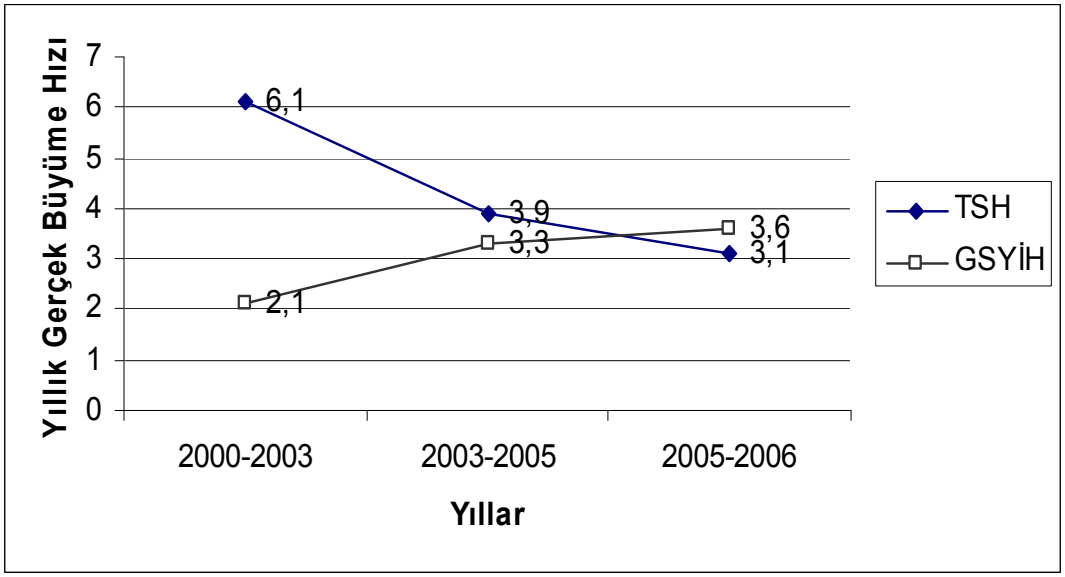
** Kaynak: Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007 ile İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı 2008

Şekil 4.2.2'de Türkiye'de 1975 - 2005 arasındaki TSH / GSYİH oranı ve bunun 2006 - 2015 arasındaki kestirimi görülmektedir. 2006 - 2015 arasında Eviews 5.1 paket istatistik programında Holt-Winter üstel düzeltme yöntemi kullanılarak yapılan zaman serisi analizine göre; TSH / GSYİH oranının artması ve 2015 yılında oranın % 6,9 olması beklenmektedir. Bu oran 1987 ve OECD Ülkeleri Ortalamasına denktir.[135]



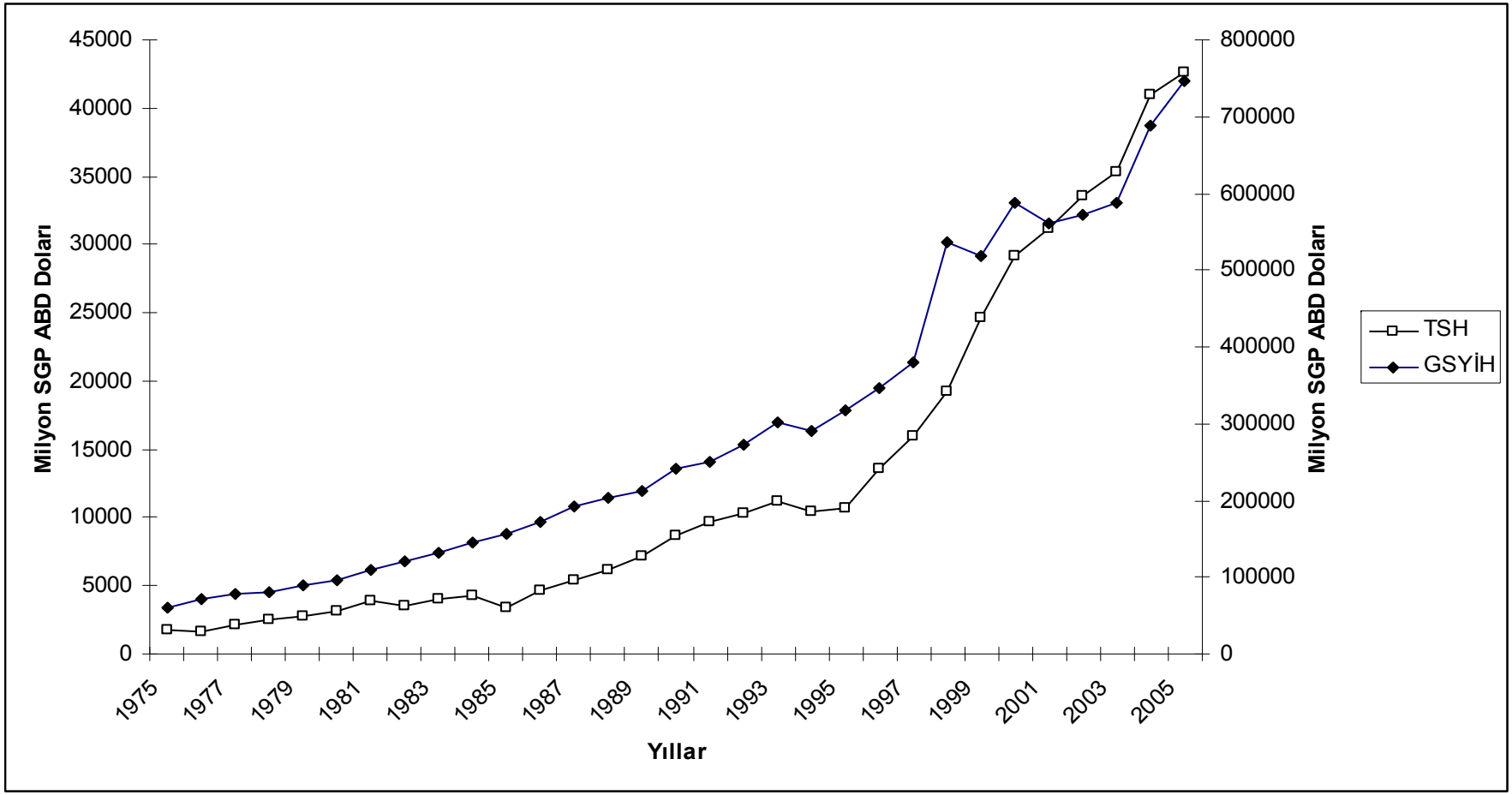
Şekil 4.2.2. Türkiye'de Toplam Sağlık Harcaması / Gayri Safi Yurt İçi Hasıla Oranı,1975 - 2005 ve 2006 - 2015 Kestirimi

Şekil 4.2.3'te görüldüğü gibi, 2000'li yıllardan 2006'ya dek OECD ülkeleri ortalamasının GSYİH temelinde yıllık gerçek büyüme hızına bakıldığında, sürekli bir artış göze çarpmaktadır. GSYİH'deki artışa karşın, TSH belirgin olarak azalmaktadır.[136]



Şekil 4.2.3 OECD Ülkeleri Ortalamasının Toplam Sağlık Harcaması ve Gayri Safi Yurt İçi Hasıla Gerçek Yıllık Büyüme Hızı (%) 2000 – 2006.

Şekil 4.2.4'te görüldüğü gibi Ülkemizde de OECD ülkeleri ortalamasından farklı olarak özellikle 2002 yılı ve sonrasında TSH artış hızı GSYİH artış hızını geçmiştir.[18,135].



Şekil 4.2.4. Türkiye'de Toplam Sağlık Harcaması, Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'nın Yıllara Göre Değişimi, 1975 - 2005

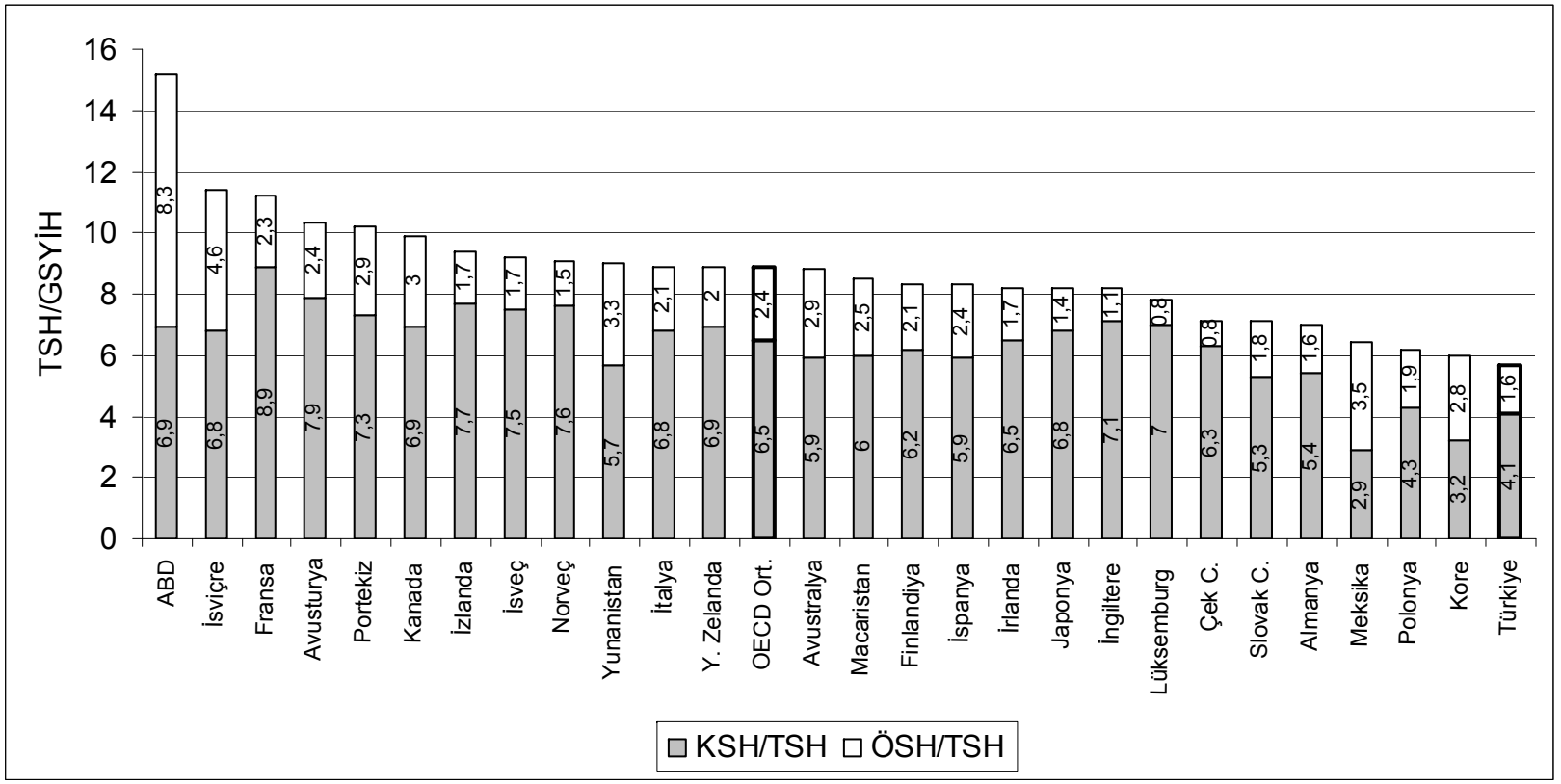
Tablo 4.2.7'de 2005 yılında OECD ülkelerinde TSH / GSYİH oranına bakıldığında Türkiye'nin en düşük orana sahip olduğu görülmektedir. Buna karşın kamu sağlık harcamasının (KSH) TSH içindeki oranına bakıldığında 27 OECD ülkesi içinde 17. sırada yer almaktadır (KSH / TSH: % 71,4). Ayrıca TSH içinde Sosyal Sigortalar Fonu dışında Genel Devletin payına bakıldığında; Ülkemizin % 33,7 ile OECD Ülkeleri ortalaması olan % 39,2'den az bir paya sahip olduğu görülmektedir.[135]

Tablo 4.2.7. OECD Ülkelerinde TSH / GSYİH, GV / TSH, KSH / TSH ve ÖSH / TSH Oranları, 2005

OECD Ülkeleri	TSH / GSYİH	GD[&] / TSH	KSH / TSH	ÖSH** / TSH
Avustralya	8,8*	67,0*	67,0*	33,0*
Avusturya	10,3	31,7	76,5	23,5
Belçika	10,7			
Kanada	9,9	68,8	70,2	29,8
Çek Cumhuriyeti	7,1	8,7	88,6	11,4
Danimarka	9,4			
Finlandiya	8,3	60,0	75,0	25,0
Fransa	11,2	4,9	79,9	20,1
Almanya	7,0	9,6	77,0	23,0
Yunanistan	9,0		62,8	37,2
Macaristan	8,5	11,1	70,9	29,1
İzlanda	9,4	54,2	81,4	18,6
İrlanda	8,2	79,0	79,5	20,5
İtalya	8,9	76,6	76,7	23,3
Japonya	8,2	16,1*	82,7	17,3
Kore	6,0	11,7	53,1	46,9
Lüksemburg	7,8	19,4	90,2	9,8
Meksika	6,4	17,3	45,5	54,5
Hollanda	9,2			
Yeni Zelanda	8,9	77,4	77,4	22,6
Norveç	9,1	69,8	83,5	16,5
Polonya	6,2	11,4	69,3	30,6
Portekiz	10,2	71,0	71,8	28,2
Slovak Cumhuriyeti	7,1	9,2	74,4	25,6
İspanya	8,3	65,5	70,6	29,4
İsveç	9,2	81,7	81,7	18,3
İsviçre	11,4	16,9	59,6	40,4
Türkiye	**5,7**	**33,7**	**71,4**	**28,6**
İngiltere	8,2*			
ABD	15,2	32,1	45,1	54,9
OECD Ülkeleri Ortalaması	**8,9**	**39,2**	**72,9**	**27,1**

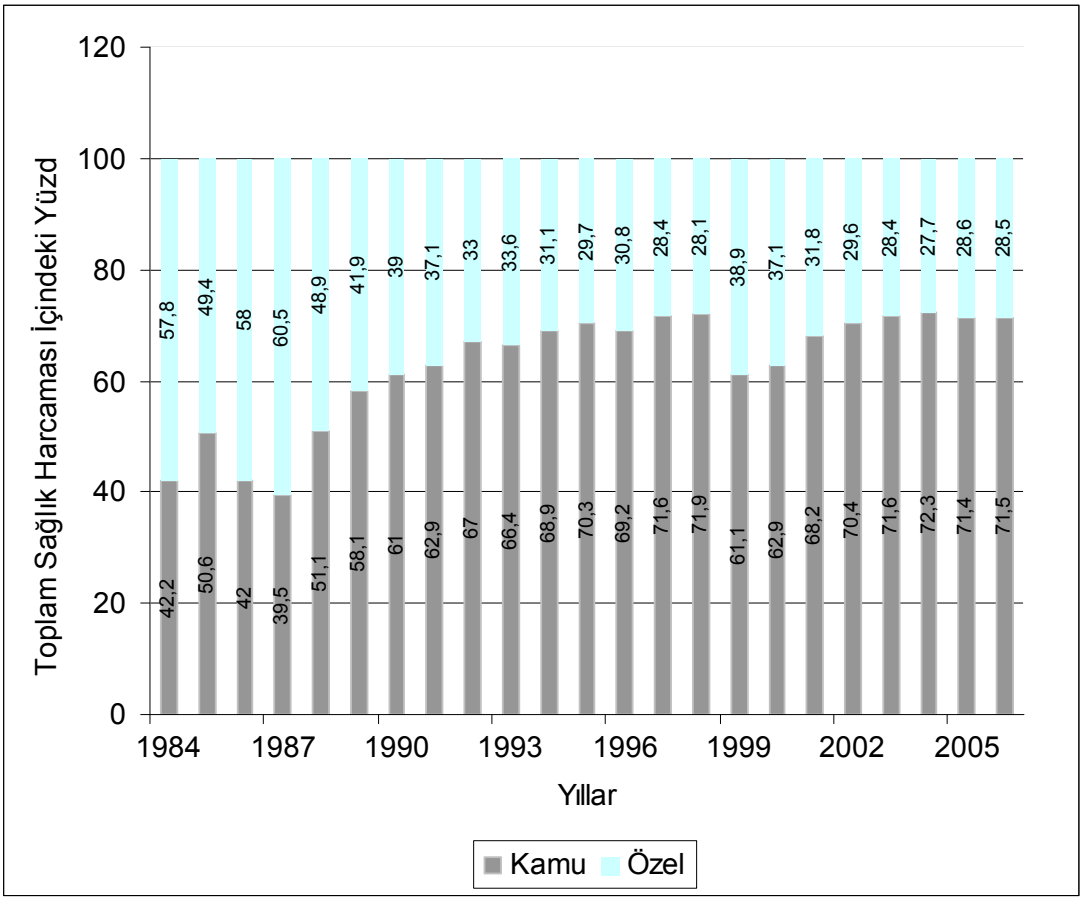
[&] Sosyal Sigortalar Fonu dışında Genel Devlet
* Metodolojide farklılık ** Özel Sağlık harcaması

Şekil 4.2.5'te 2005 yılında OECD Ülkelerinde TSH, KSH ve ÖSH'nin GSYİH oranı açık olarak görülmektedir.[35]



Şekil 4.2.5. OECD Ülkelerinde TSH, KSH ve ÖSH'nin GSYİH İçindeki Oranı (%), 2005

Şekil 4.2.6'da 1984 - 2006 arasında Türkiye'de kamu ve özel sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranına bakıldığında, son iki yıldır özel harcama payının az da olsa artmaya başladığı görülmektedir.[18,135]



Şekil 4.2.6. Türkiye'de Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı, 1984-2006

Tablo 4.2.8'de Türkiye'de TSH'nin finansman kaynaklarına göre % dağılımı görülmektedir. Yıllar içinde genel vergilerle finansmandan; sosyal sigortayla finansmana geçiş olduğu görülmektedir. 1992 yılında genel vergilerle finansman sigorta fonlarının iki katıyken (% 46'ya % 23) 2006 yılına gelindiğinde vergilerle finansmanın TSH'daki oranı % 31 ile sigorta fonuyla finansman oranının (% 41) gerisinde kalmıştır.[18,135]

Tablo 4.2.8. Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamasının Finansman Kaynaklarına Göre % Dağılımı, 1992 – 2006.

Finansman Kaynakları	YILLAR														
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Genel Vergiler + Fonlar	46	47	46	43	43	43	40	31	30	34	33	32	33	34	31
Sosyal Sigorta	23	22	24	27	25	28	31	31	34	34	37	39	39	38	41
Özel – Cepten Ödemeler	31	31	30	30	32	29	28	28	27	23	21	20	19	20	19
Özel - Başka	-	-	-	-	-	-	-	10	9	9	9	9	9	8	9

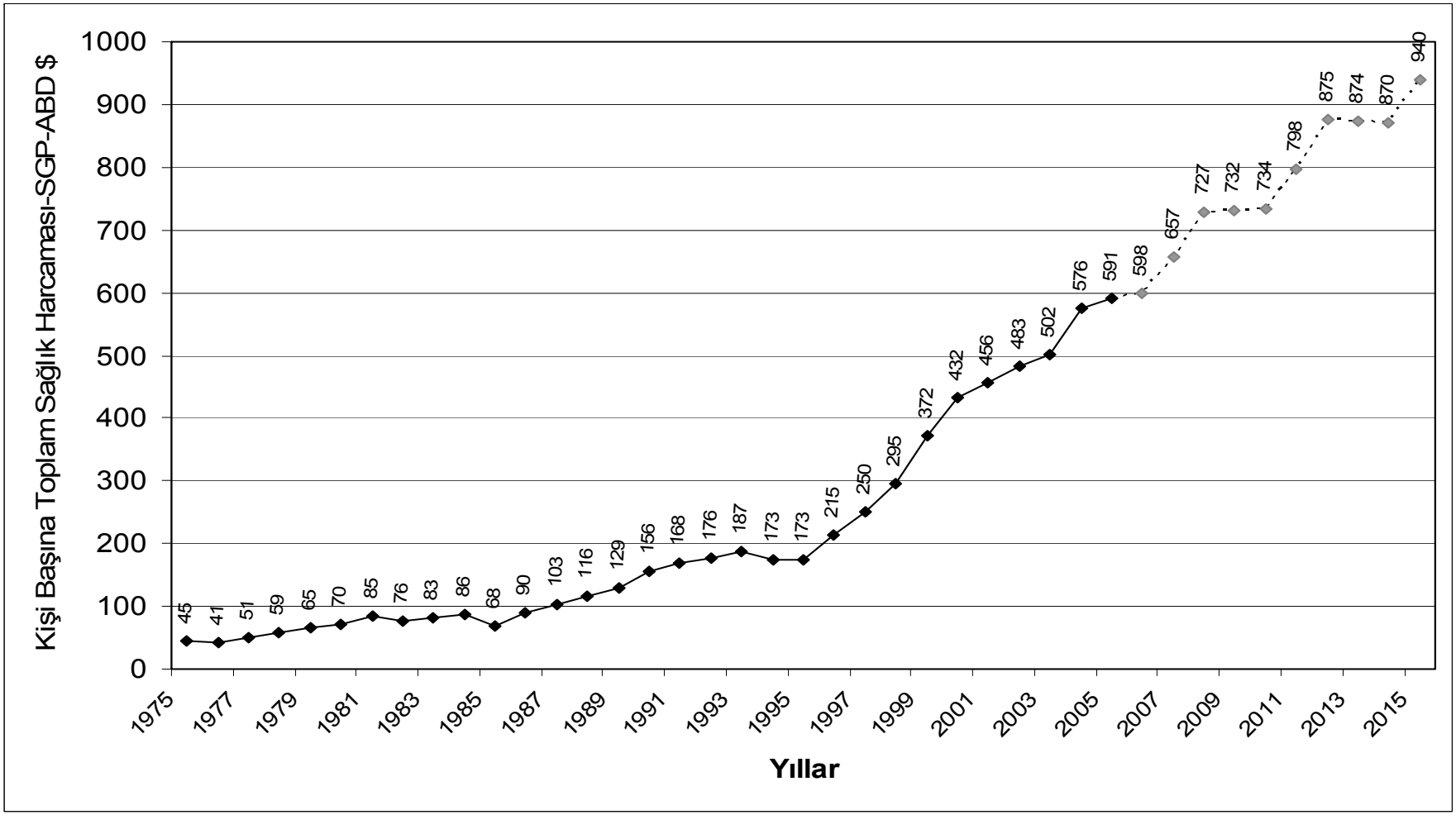
Tablo 4.2.9'da Türkiye'de 1995–2006 arasında kişi başına toplam nominal sağlık harcamalarına bakıldığında, harcamaların artan bir gidiş izlediği, bununla birlikte OECD ülkeleri ortalamasına göre Türkiye'deki sağlık harcamalarının -doğalıkla- nominal olarak düşük olduğu görülmektedir.[135]

Tablo 4.2.9. OECD Ülkeleri Ortalaması ve Türkiye'de Satın Alma Gücü Paritesine Göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması, 1975 – 2005

YILLAR	KİŞİ BAŞINA TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI	
	OECD ORTALAMASI	TÜRKİYE
	SGP ABD $	SGP ABD $
1975	387,0	45
1976	425,0	41
1977	468,4	51
1978	524,4	59
1979	582,7	65
1980	631,2	70
1981	709,9	85
1982	771,6	76
1983	822,5	83
1984	861,6	86
1985	922,9	68
1986	978,0	90
1987	1034,6	103
1988	1111,4	116
1989	1184,5	129
1990	1188,8	156
1991	1226,9	168
1992	1323,4	176
1993	1379,3	187
1994	1441,4	173
1995	1526,1	173
1996	1600,5	215
1997	1633,5	250
1998	1727,6	295
1999	1828,1	372*
2000	1950,4	432
2001	2097,9	456
2002	2261,4	483
2003	2413,9	502
2004	2572,8	576
2005	2701,1	591

* Seride kopma

Şekil.4.2.7'de Türkiye'de 1975-2005 arasında SGP'ye göre kişi başına TSH ile bunun 2006-2015 arasındaki kestirimi görülmektedir. 2006-2015 arasında Eviews 5.1 paket istatistik programında Holt-Winter üstel düzeltme yöntemi kullanılarak yapılan zaman serisi analizine göre, kişi başına TSHnın artış hızını sürdürerek 2015'te 940 Uluslararası Dolar olması (2005 yılının %60 fazlası) öngörülebilmektedir.[135]



Şekil 4.2.7. Türkiye'de Satın Alma Gücü Paritesine göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması; 1975-2005 ve 2006-2015 Kestirimi

4.2.2 Hizmet sunucuları

Tablo 4.2.19'da Ulusal Sağlık Hesaplarında sağlık hizmet sunucularının sınıflandırılması görülmektedir.[7]

Tablo 4.2.10. Ulusal Sağlık Hesaplarında Hizmet sunucuları

1. Hastaneler
    - I. Genel Hastaneler
        - Sağlık Merkezleri
        - Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri
        - Kamu Üniversite Hastaneleri
        - Özel Hastaneler
        - Vakıf Üniversite Hastaneleri
    - II. Ruh Sağlığı ve Madde Bağımlılığı Hastaneleri
    - III. Özel Dal Hastaneleri
    - IV. Kamu İktisadi Teşekkülleri, Belediye ve Öbür Bakanlıkların Hastaneleri
2. Ayakta Sağlık Hizmeti Sunucuları
    - I. Hekim muayenehaneleri
    - II. Diş Hekimi Muayenehaneleri
    - III. Öbür Sağlık Hizmeti Sunucuları
    - IV. Ayakta Hasta Bakım Merkezleri
        - Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri
        - Diyaliz Merkezleri
        - Öbür Tüm Ayakta Çok Uzmanlı ve Ortak Hizmet Merkezleri
        - Tıbbi Ve Tanı Amaçlı Laboratuvarlar
3. Perakende Satış ve Öbür Tıbbi Malzeme Sunucuları
4. Halk Sağlığı Programları Sunumu ve Yönetimi
5. Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta
6. Sağlıkla İlgili Hizmet Sunan Kurumlar

4.2.2.1. Hastaneler

Bu grup, yatan ve ayakta hastalara hekimlik, hemşirelik bakımı ve öbür sağlık hizmetlerini içeren tıbbi, tanı ve sağaltım hizmetlerini ve yatan hastalara uzmanlaşmış hastane hizmetlerini veren kurumlardan oluşur. Hastaneler, ikinci bir etkinlik olarak, ayakta hasta bakımı hizmetlerini de sunabilirler.[7]

4.2.2.1.1 Genel Hastaneler

Genel hastaneler çok çeşitli tıbbi koşullara sahip yatan hastalara tanı ve sağaltım hizmetlerini veren kurumlardan oluşur. [7]

Sağlık Merkezleri

Sağlık Merkezleri; ivedi (acil) olgular, doğumlar, ateşli hastalıklar, küçük müdahaleler, kısa zamanda iyileşmesi olanaklı görülen hastalarla, görev yapan uzmanların dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği sağaltım hizmeti aldığı ve Hükümet Tabipliği, Sağlık Ocağı Tabipliği veya öbür koruyucu sağlık hizmetleri ile acil tedavi hizmetlerini bünyesinde bütünleştiren kurumlardır. Sağlık Merkezlerinin, yatak sayıları ve kapasitelerine göre bir bölümü ilçe devlet hastanelerine dönüştürülmüş, bir bölümü ise Sağlık Ocağı'na dönüştürülerek Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlanmıştır.[7]

Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri

Bu hastaneler genel bütçeden, döner sermayeden ve bünyelerindeki vakıf ve derneklerden elde ettikleri gelirlerle harcama yaparlar. İkinci ve Üçüncü Basamak sağlık hizmetleri, tıpta uzmanlık eğitimi veren ve vermeyen genel SB devlet hastanelerince sunulmaktadır. 2007 yılında S.B.'ye bağlı genel hastane sayısı 708'dir.[137]

Kamu Üniversite Hastaneleri

Katma bütçeden, döner sermayelerinden ve bünyelerindeki vakıf ve derneklerden elde ettikleri gelirlerle harcama yaparlar. Türk sağlık sisteminde hizmet sunumu bakımından önemli role sahip katma bütçeli kamu kurumlarıdır. Üçüncü Basamak sağlık hizmet sunucusu olmalarına karşın, 1. ve 2. Basamak sağlık hizmetlerini de sunmaktadırlar. 2007 yılında 56 üniversite hastanesi bulunmaktadır.[137]

Özel Hastaneler

Etkin, verimli ve nitelikli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere, bütün özel hastanelerin kuruluş, hizmet ve personel standartlarının saptanmasına, sınıflandırılmasına, sınıflarının değiştirilmesine, amaca uygun olarak yapılandırılmasına ve bunların açılmalarına, faaliyetlerine, kapanmalarına ve denetlenmelerine ilişkin ilke ve yöntemleri düzenlemek amacıyla 27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazete'de "Özel Hastaneler Yönetmeliği" yayımlanmıştır. Ayrıca derneklerin, yabancı ve azınlıkların sahip oldukları hastaneler de bu kümede yer almaktadır. 2007 yılında 365 özel hastane bulunmaktadır.[137]

Vakıf Üniversite Hastaneleri

Fatih, Başkent, Ufuk, Acıbadem, Bilgi, Maltepe, Yeditepe vakıf üniversite hastaneleri de genel hastaneler kapsamındadır.[7]

4.2.2.1.2 Ruh Sağlığı ve Madde Bağımlılığı Hastaneleri

Ayrı bir kümedir. 2007 yılında ülkemizde bulunan ruh ve sinir hastalıkları hastanesi sayısı 8'dir.[137]

4.2.2.1.3 Özel Dal Hastaneleri

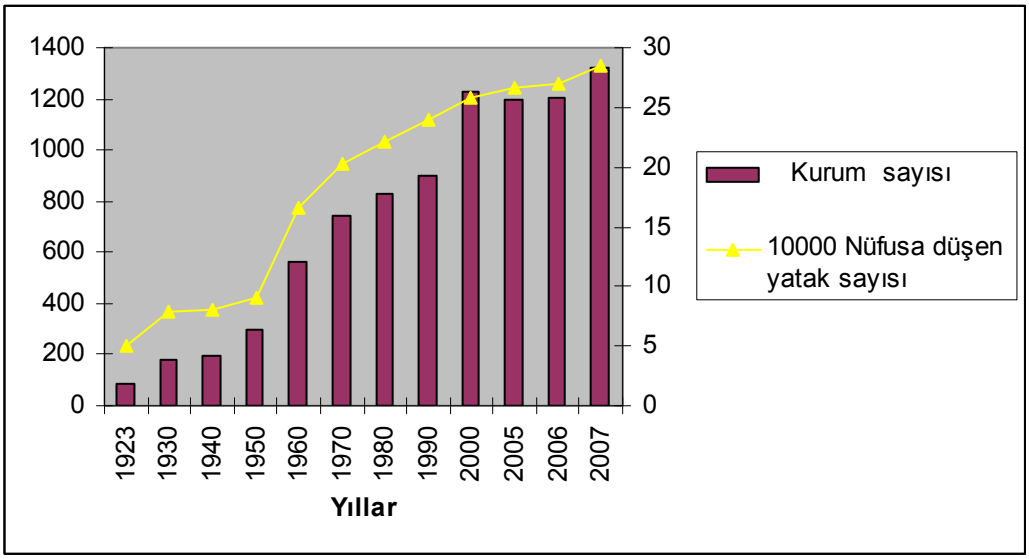
2007 yılında sayıları 67 olan doğumevi ve çocuk hastanesi, 21 göğüs hastalıkları hastanesi, 6 göğüs kalp ve damar cerrahisi hastanesi, 11 fizik

tedavi ve rehabilitasyon hastanesi, 9 çocuk hastanesi, 2 onkoloji hastanesi, 2 meslek hastalıkları hastanesi, 4 acil yardım ve travmatoloji hastanesi, 2 lepra hastanesi, 3 kemik hastalıkları hastanesi, 3 diş hastanesi, 2 göz hastalıkları hastanesi ve 1 zührevi hastalıklar hastanesi bu kapsam içindedir.[137]

4.2.2.1.4. Kamu İktisadi Teşekkülleri (KİT), Belediye ve Öbür Bakanlıkların Hastaneleri

Bu grup KİT, belediye (2007 yılında sayıları 6) ve öbür bakanlıkların hastanelerini içermektedir. Ayrıca milli savunma bakanlığı (2007 yılında sayıları 42), milli eğitim bakanlığı gibi bakanlıkların hastaneleri de bu kapsamdadır.[137]

Şekil 4.2.8'de Türkiye'de 1923 – 2007 yılları arasında hastane ve 10 000 kişiye düşen yatak sayısındaki artış görülmektedir.[137]



Şekil 4.2.8. Türkiye'deki Hastanelerin Yıllara Göre Kurum ve Yatak Sayısı, 1923-2007.

4.2.2.2. Ayakta Sağlık Hizmeti Sunucuları

Bu grup, yataklı tedavi hizmetine gereksinimi olmayan ayakta bakılan hastalara doğrudan hizmet veren kurumları içerir. Gündüz olgularının, günlük cerrahi hizmetlerinin ve evde bakım hizmetlerinin sunumunda uzmanlaşan kurumlar da bu kapsam içindedir. Sonuç olarak, bu kurumlar yatan hasta hizmeti vermezler. Bu başlık altında yer alan hizmet sunucuları şunlardır:

Hekim ve dişhekimi muayenehaneleri, optisyen, odyolog, psikolog gibi bağımsız sağlık hizmeti uygulayıcıları, ayakta hasta bakım merkezleri (SB Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Diyaliz Merkezleri, Sağlık Ocakları, Sağlık Evleri, Verem Savaş Dispanserleri, Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserleri, Cüzzam Dispanserleri, Ruh Sağlığı Dispanserleri, Türk Silahlı Kuvvetleri Dispanserleri, KİT'lere ve özel firma ve işletmelere bağlı kurumsal ayakta bakım merkezleri, kurum hekimlikleri, revirler, fabrikaların iş- yeri hekimleri ve tıbbi ve tanı amaçlı laboratuvarlar bu kapsamdadır.[7]

Türkiye'de 1967 - 2007 arasında yataklı ve yataksız sağlık kurumları sayıları Tablo 4.2.11'de verilmiştir. Özel hastane sayılarında, -siyasal tercihlerin ürünü teşvik politikalarının türevi olarak- doksanlı yıllardan başlayan belirgin bir artış göze çarpmaktadır.[138]

Tablo 4.2.11. Türkiye'de Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları Sayıları, 1967-2007

Yıl	Genel Toplam	Yataklı Sağlık Kurumu							Yataksız Sağlık Kurumu*
		Toplam (1)	SB'na Bağlı	Öbür Bakanlık ve Resmi Kuruluş-lara Bağlı	Üniversite	Belediye	Sosyal Sigorta Kurumu (2)	Özel (3)	
1967	3 291	664	510	26	5	9	38	76	2 627
1968	4 893	681	527	24	5	8	43	74	4 212
1969	7 962	725	562	26	4	8	50	75	4 543
1970	5 507	743	570	26	4	8	56	79	4 764
1971	5 721	759	579	26	4	8	58	84	4 962
1972	5 750	778	592	26	4	8	60	88	4 972
1973	6 130	790	599	25	6	8	60	92	5 340
1974	6 422	796	600	24	7	8	63	94	5 626
1975	6 959	798	593	34	5	6	68	92	6 161
1976	8 175	790	601	28	7	6	67	81	7 385
1977	7 944	772	581	32	7	6	65	81	7 172
1978	8 257	776	586	31	8	6	68	77	7 481
1979	10 401	822	603	35	15	8	71	90	9 579
1980	10 471	827	604	33	17	10	73	90	9 644
1981	10 588	831	601	31	17	10	76	96	9 757
1982	10 987	648	411	32	20	6	78	101	10 339
1983	11 001	646	412	27	20	9	78	100	10 355
1984	12 101	687	451	20	20	8	78	110	11 414
1985	12 355	722	481	19	23	7	77	115	11 633
1986	13 328	736	499	19	23	5	77	113	12 592
1987	14 421	756	508	20	24	5	83	116	13 665
1988	15 008	777	527	19	24	5	87	115	14 231
1989	15 544	812	549	18	24	5	91	125	14 732
1990	16 110	857	593	18	23	5	93	125	15 253
1991	16 573	899	616	17	25	5	103	133	15 674
1992	17 089	928	634	16	25	5	105	143	16 161
1993	17 612	962	654	15	27	5	110	151	16 650
1994	18 265	982	666	13	29	5	115	154	17 283
1995	18 677	1 009	677	13	33	5	115	166	17 668
1996	18 942	1 034	682	12	35	6	115	184	17 908
1997	19 240	1 078	698	12	37	6	115	210	18 162
1998	19 441	1 138	727	12	40	7	115	237	18 303
1999	19 474	1 171	734	12	42	8	115	260	18 303
2000	19 522	1 184	744	10	42	9	118	261	18 338
2001	19 630	1 198	751	10	43	9	118	267	18 432
2002	19 578	1 114	654	10	50	10	120	270	18 464
2003	19 737	1 130	664	10	50	9	121	272	18 607
2004	15 803	1 175	683	8	52	8	146	278	14 628
2005	14 446	1 156	795	30	53	9	-	269	13 290
2006	16 999	1 163	769	27	56	6	-	305	14 673
2007	15 904	1 276	849	1	56	5	-	365	13 352

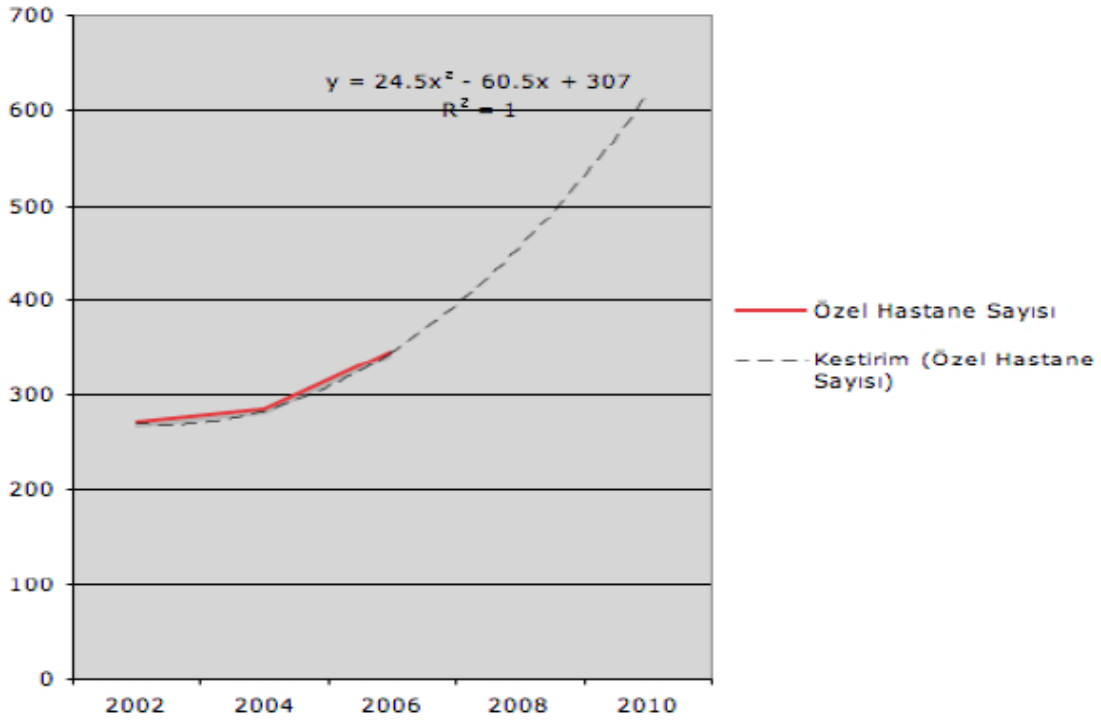
(*) Sağlık Merkezlerinin tümü Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne devredildiği için, yataksız sağlık kurumları içinde gösterilmiştir

(1) Her türlü tedavi hizmetini yapmakla yükümlü olan hastaneler doğum ve çocuk bakımevleri, ruh ve sinir hastaneleri, göğüs hastaneleri onkoloji hastaneleri ve sağlık merkezlerini kapsar.

(2) Sosyal Sigortalar Kurumu 19 Ocak 2005 tarihli 25705 sayılı Mükerrer RG'de yayınlanan 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Yasa ile Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. [82,]

(3) Kişilere, derneklere, yabancılara ait hastaneleri kapsar.

Şekil 4.2.9'da da görüldüğü gibi Özel hastane sayılarında ileriye dönük bir kestirimde bulunulacak olunursa, 2007 yılında 365 olan özel hastane sayısının 2010 yılında 600'ü aşacağı öngörülmektedir.[139]



Şekil 4.2.9. Türkiye'de Özel Hastane Sayılarının Yıllara Göre Kestirimi - TTB raporlarından alınmıştır.[139]

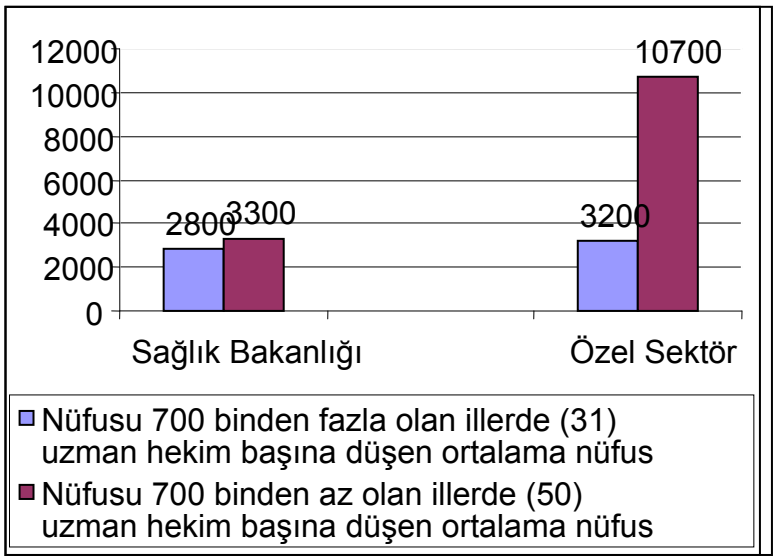
Tablo 4.2.12'de Türkiye'de 1961 - 2006 yılları arasında sağlık personeli başına düşen nüfus gösterilmektedir. Buna göre 1981 yılı dışında hemşire sayısı hekim sayısından hep daha az olmuştur.[138]

Tablo 4.2.12. Türkiye'de Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus,1961 - 2006.

Yıl	Hekim[1]	Diş Hekimi	Eczacı[2]	Hemşire[3]	S.Memuru[4]	Ebe[5]
1961	3.436	20.649	20.307	17.025	7.951	8.769
1962	3.215	18.605	19.198	18.498	8.403	7.758
1963	2.666	16.257	16.838	6.261	5.168	7.268
1964	3.024	17.180	18.419	7.264	5.232	7.921
1965	2.859	16.123	17.588	6.783	6.661	7.179
1966	2.817	14.923	16.521	6.338	6.165	6.450
1967	2.758	14.581	14.866	5.316	5.554	5.826
1968	2.711	14.106	14.558	4.523	5.172	5.031
1969	2.266	11.386	13.528	4.247	3.641	3.360
1970	2.228	10.885	11.731	4.016	3.548	3.120
1971	2.193	10.297	10.416	3.838	3.521	2.974
1972	2.279	9.800	9.328	3.269	3.562	2.844
1973	2.057	8.898	7.963	2.841	3.453	2.806
1974	1.871	9.144	8.279	3.088	4.604	3.192
1975	1.843	7.932	5.716	2.703	3.632	3.085
1976	1.749	7.607	5.227	2.470	3.553	2.949
1977	1.746	7.015	3.951	2.103	3.735	2.488
1978	1.690	6.247	3.780	2.034	3.827	2.629
1979	1.655	6.200	3.669	1.829	3.751	2.737
1980	1.631	6.279	3.685	1.653	3.810	2.798
1981	1.603	6.707	3.922	1.546	3.725	3.279
1982	1.508	6.123	4.085	1.597	3.947	3.470
1983	1.484	6.166	4.152	1.633	4.472	3.285
1984	1.435	6.033	4.235	1.622	4.693	3.158
1985	1.381	6.057	4.336	1.630	4.780	2.797
1986	1.385	6.116	3.998	1.588	4.402	2.689
1987	1.354	6.120	3.846	1.508	4.255	2.391
1988	1.264	5.573	3.687	1.381	2.852	2.093
1989	1.175	5.418	3.611	1.266	2.909	1.974
1990	1.109	5.341	3.556	1.248	2.606	1.846
1991	1.075	5.390	3.578	1.205	2.405	1.698
1992	1.024	5.454	3.518	1.157	2.416	1.663
1993	974	5.375	3.362	1.096	2.067	1.641
1994	921	5.290	3.300	1.077	1.967	1.702
1995	890	5.269	3.234	961	1.569	1.561
1996	886	5.068	3.195	974	1.609	1.614
1997	869	5.026	3.114	952	1.614	1.591
1998	842	4.855	3.039	941	1.572	1.587
1999	809	4.660	3.004	943	1.541	1.606
2000	792	4.213	2.898	942	1.449	1.621
2001	753	4.309	2.983	901	1.501	1.661
2002	728	4.051	3.105	877	1.405	1.669
2003	718	3.886	2.956	854	1.393	1.702
2004	683	3.875	2.891	861	1.233	1.668
2005	675	3.839	3.376	864	1.230	1.659
2006	637	4.007	2.965	836	1.079	1.685

Not. Devlet hesabına ve serbest çalışan tüm sağlık personelini kapsar.
Milli Savunma Bakanlığı'nda görevli sağlık personeli kapsanmıştır.
[1] Uzman, pratisyen ve asistan hekimlerin toplamıdır.
[2] 1988 yılından başlayarak Milli Savunma Bakanlığı'nda görevli eczacılar da dahil edilmiştir.
[3] Hemşirelik yüksekokulu mezunu hemşire ve hemşire yardımcılarını da kapsar.
[4] Sağlık memuru; sağlık koleji, sağlık meslek lisesi ve Köy Enstitüleri sağlık bölümünü de kapsar.
[5] Köy ebesini de kapsar.

Şekil 4.2.10, nüfus yoğunluğuna göre Sağlık Bakanlığı ve özel sektörde uzman hekim başına düşen nüfusa bakıldığında; özel sektör sağlık yatırımları, doğası gereği belirli yörelerde toplanmaktadır. Uygun insan gücü ve sağlık kuruluşu dağılım planlaması yapılmaması durumunda dağılımdaki dengesizlik derinleşecektir. İleride, özel sektör içinden çıkılması olanaklı olmayan rekabet koşullarına düşebileceği gibi; kamu sektörü dahil sağlık insan gücü ve sağlık kuruluşu dağılımı da bozulacak ve vatandaşların sağlık hizmetine erişiminde ciddi eşitsizlikler oluşacaktır.[140]



Şekil 4.2.10. Nüfus Yoğunluğuna Göre Sağlık Bakanlığı ve Özel Sektörde Uzman Hekim Başına Düşen Nüfus- Sağlık Bakanlığı 2008 Yılı Özel Sağlık Kurum Ve Kuruluş Yatırımları Hakkında Karar'dan alınmıştır.[140]

4.2.2.3. Perakende Satış ve Öbür Tıbbi Malzeme Sunucuları

Bu grup, temel faaliyeti topluma kişisel ya da hane halkı tüketimi için perakende tıbbi malzeme sağlamak olan kurumları içermektedir. Eczaneler, tıbbi cihaz, gözlük ve öbür görme ve işitme araçlarının perakende satıcıları ve sunucularını içerir.

4.2.2.4. Halk Sağlığı Programları Sunumu ve Yönetimi

Hem kamu sektörü hem de özel sektörde sağlığın korunması ve geliştirilmesi gibi halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimini içermektedir.[7]

4.2.2.5. Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta

Bu kategori, temel faaliyeti sağlık hizmeti sunan kurumların çalışmalarını düzenlemek, sağlık politikası ve sağlık sigortasının genel yönetimi olan kurumları içermektedir.[7]

4.2.2.6. Sağlıkla İlgili Hizmet Sunan Kurumlar

Bu grup sağlık hizmetleri araştırması yapan kurumları, sağlık hizmetleri sunacak personeli yetiştirmek üzere eğitim ve öğretim veren kurumları, tıp ve tıp dışı öbür sağlık profesyonellerinin eğitim hizmetlerini veren kurumları ve sağlıkla ilgili hizmet sunup yukarıda kapsanmayan kurumları içermektedir.[7]

Tablo 4.2.13'te Türkiye'de 1999 - 2004 yılları arasındaki finansman kurumlarının sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre dağılımı verilmiştir.[138]

Tablo 4.2.13. Türkiye'de Finansman Kurumlarının Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı, 1999 - 2004.

Hizmet Sunucuları	Finansman Kurumlarının Sağlık Harcamaları (Milyon YTL)							
	Toplam	Genel Devlet	Merkezi Devlet	Yerel Yönetim	Sosyal Güvenlik Fonları	Özel Sektör	Hane Halkı	Özel Öbür
1999								
Hastaneler	**2.015**	*1672*	709	8	955	*343*	253	90
Evde Hemşirelik Bakımı								
Ayakta Bakım Sunanlar	**1.183**	*322*	287		35	*861*	696	165
Perakende Satış ve Öbür Tıbbi Malzeme Sunanlar	**1.309**	*784*	211	10	563	*525*	494	31
Halk Sağlığı Programla-rının Sunumu ve Yönetimi	**6**	*5*	5			*1*		1
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta	**94**	*43*	11		32	*51*		51
Öbür Endüstriler	**439**	*300*	176	92	32	*139*		139
TOPLAM	**5.046**	***3.126***	**1.399**	**110**	**1.617**	***1.920***	**1.443**	**477**
Yatırım	**195**	*167*	79	48	40	*28*	16	12
Cari + Yatırım	**5.241**	***3.293***	**1.478**	**158**	**1.657**	***1.948***	**1.459**	**489**
2000								
Hastaneler	**3.207**	*2.679*	1.009	42	1.628	*528*	391	137
Evde Hemşirelik Bakımı								
Ayakta Bakım Sunanlar	**1.876**	*448*	395		53	*1.428*	1.121	307
Perakende Satış ve Öbür Tıbbi Malzeme Sunanlar	**2.236**	*1.419*	328	16	1.075	*817*	755	62
Halk Sağlığı Programla-rının Sunumu ve Yönetimi	**30**	*22*	22			*8*		8
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta	**169**	*84*	15		69	*85*		85
Öbür Endüstriler	**780**	*595*	233	268	94	*185*	5	180
TOPLAM	**8.298**	***5.247***	**2.002**	**326**	**2.919**	***3.051***	**2.272**	**779**
Yatırım	**355**	*317*	128	139	50	*38*	24	14
Cari + Yatırım	**8.653**	***5.564***	**2.130**	**465**	**2.969**	***3.089***	**2.296**	**793**

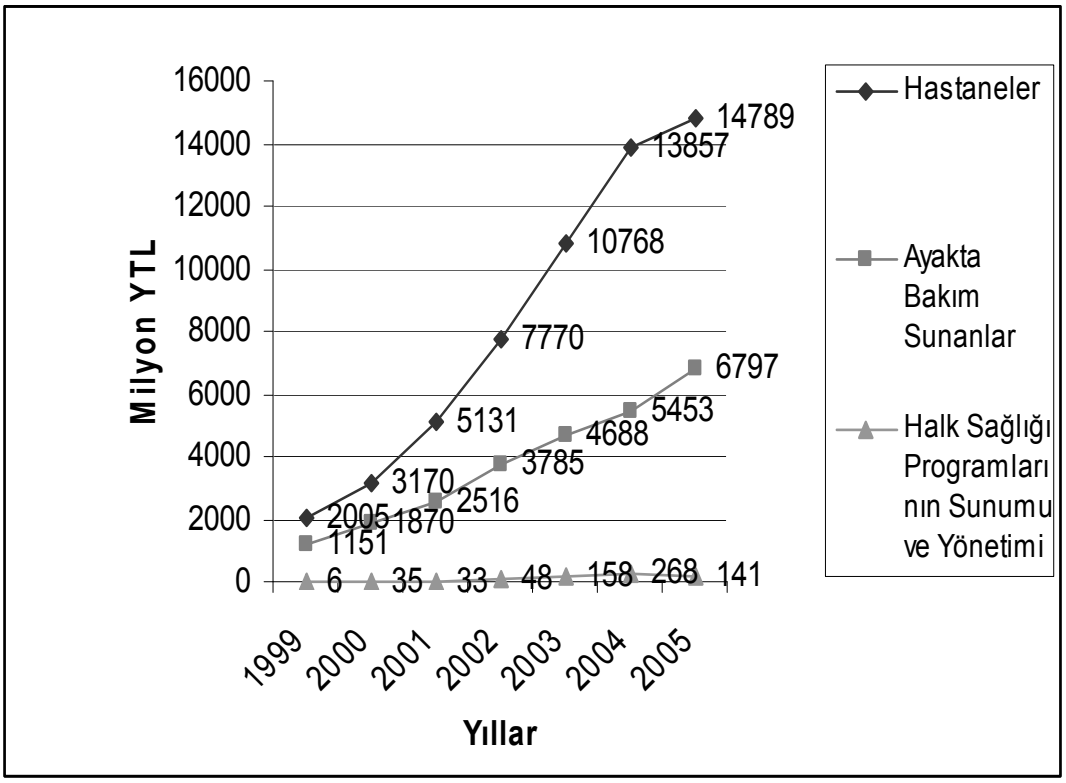
Tablo 4.2.13. Türkiye'de Finansman Kurumlarının Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı, 1999 - 2004 (Devamı).

Hizmet Sunucuları	Finansman Kurumlarının Sağlık Harcamaları (Milyon YTL)							
	Toplam	Genel Devlet	Merkezi Devlet	Yerel Yönetim	Sosyal Güvenlik Fonları	Özel Sektör	Hane Halkı	Özel Öbür
2001								
Hastaneler	**5.131**	*4.577*	1.961	146	2.470	*554*	349	205
Evde Hemşirelik Bakımı	**51**					*51*	51	
Ayakta Bakım Sunanlar	**2.516**	*781*	701		80	*1.735*	1.318	417
Perakende Satış ve Öbür Tıbbi Malzeme Sunanlar	**3.787**	*2.310*	551	23	1.736	*1.477*	1.396	81
Halk Sağlığı Programla-rının Sunumu ve Yönetimi	**33**	*26*	26			*7*		7
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta	**248**	*126*	31		95	*122*		122
Öbür Endüstriler	**1.058**	*764*	182	455	127	*294*		294
TOPLAM	**12.824**	***8.584***	**3.452**	**624**	**4.508**	***4.240***	**3.114**	**1.126**
Yatırım	**513**	*513*	160	266	87			
Cari + Yatırım	**13.337**	***9.097***	**3.612**	**890**	**4.595**	***4.240***	**3.114**	**1.126**
2002								
Hastaneler	**7.770**	*6.961*	2.720	216	4.025	*809*	485	324
Evde Hemşirelik Bakımı	**72**					*72*	72	
Ayakta Bakım Sunanlar	**3.785**	*1.270*	1.138		132	*2.515*	1.857	658
Perakende Satış ve Öbür Tıbbi Malzeme Sunanlar	**5.855**	*3.840*	842	36	2.962	*2.015*	1.886	129
Halk Sağlığı Programla-rının Sunumu ve Yönetimi	**48**	*37*	37			*11*		11
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta	**398**	*206*	51		155	*192*		192
Öbür Endüstriler	**1.599**	*1.134*	298	622	214	*465*		465
TOPLAM	**19.527**	***13.448***	**5.086**	**874**	**7.488**	***6.079***	**4.300**	**1.779**
Yatırım	**997**	*997*	197	657	143			
Cari + Yatırım	**20.524**	***14.445***	**5.283**	**1.531**	**7.631**	***6.079***	**4.300**	**1.779**

Tablo 4.2.13. Türkiye'de Finansman Kurumlarının Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı, 1999 - 2004 (Devamı)

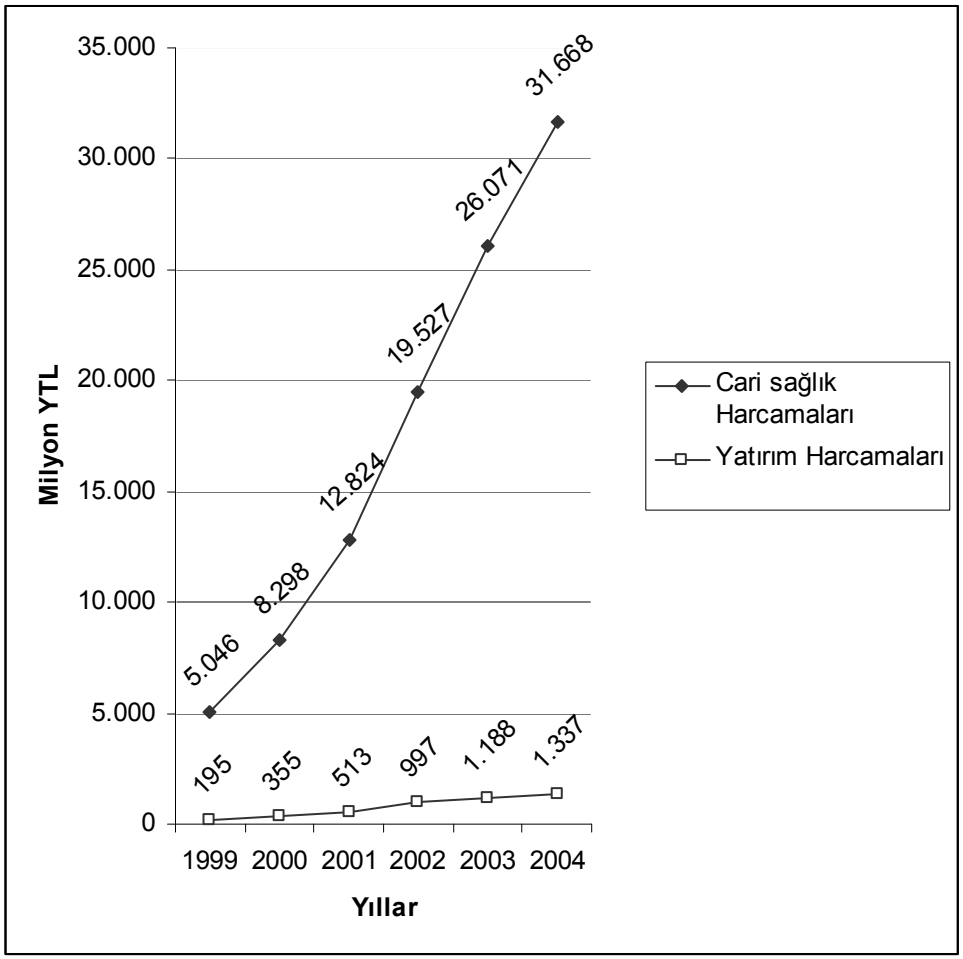
Hizmet Sunucuları	Finansman Kurumlarının Sağlık Harcamaları (Milyon YTL)							
	Toplam	Genel Devlet	Merkezi Devlet	Yerel Yönetim	Sosyal Güvenlik Fonları	Özel Sektör	Hane Halkı	Özel Öbür
2003								
Hastaneler	**10.768**	*9.620*	3.685	333	5.602	*1.148*	722	426
Evde Hemşirelik Bakımı	**94**					*94*	94	
Ayakta Bakım Sunanlar	**4.688**	*1.416*	1.234		182	*3.272*	2.408	864
Perakende Satış ve Öbür Tıbbi Malzeme Sunanlar	**7.851**	*5.492*	1.275	55	4.162	*2.359*	2.190	169
Halk Sağlığı Programla-rının Sunumu ve Yönetimi	**158**	*144*	144			*14*		14
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta	**506**	*254*	40		214	*252*		252
Öbür Endüstriler	**2.006**	*1.396*	180	914	302	*610*		610
TOPLAM	**26.071**	***18.322***	**6.558**	**1302**	**10.462**	***7.749***	**5.414**	**2.335**
Yatırım	**1.188**	*1.188*	301	687	200			
Cari + Yatırım	**27.259**	***19.510***	**6.859**	**1989**	**10.662**	***7.770***	6.961	2.720
2004								
Hastaneler	**13.674**	*12.306*	4.992	359	6.955	*1.368*	849	519
Evde Hemşirelik Bakımı	**111**					*111*	111	
Ayakta Bakım Sunanlar	**5.446**	*1.559*	1.330		229	*3.887*	2.834	1.053
Perakende Satış ve Öbür Tıbbi Malzeme Sunanlar	**9.416**	*6.632*	1.720	61	4.851	*2.784*	2.578	206
Halk Sağlığı Programla-rının Sunumu ve Yönetimi	**268**	*250*	250			*18*		18
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta	**604**	*297*	28		269	*307*		307
Öbür Endüstriler	**2.149**	*1.406*	62	975	369	*743*		743
TOPLAM	**31.668**	***22.450***	**8.382**	**1.395**	**12.673**	***9.218***	**6.372**	**2.846**
Yatırım	**1.337**	*1.337*	402	688	247			
Cari + Yatırım	**33.005**	***23.787***	**8.784**	**2.083**	**12.920**	***9.218***	**6.372**	**2.846**

Şekil 4.2.11, Türkiye'de 1999 - 2005 yılları arasında cari sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre dağılımını göstermektedir. Burada Halk Sağlığı Programlarının sunumu ve yönetimi için yapılan harcamaların, sağaltım hizmetleri sunumu için yapılanlardan belirgin olarak düşük olduğu dikkati çekmektedir.[135]



Şekil 4.2.11. Türkiye'de Cari Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı, 1999 - 2005.

Şekil 4.2.12'de Türkiye'de cari sağlık harcamaları ile sağlık yatırım harcamalarının yıllara göre dağılımı görülmektedir. 2002 yılından başlayan cari sağlık harcamalarındaki artışın sağlık yatırım harcamalarında gösterilemediği açıkça bellidir. 2002 - 2004 yılları arasında cari sağlık harcamalarındaki artış % 62,2 iken yatırım harcamalarındaki artış % 34,1 olmuştur.[138]

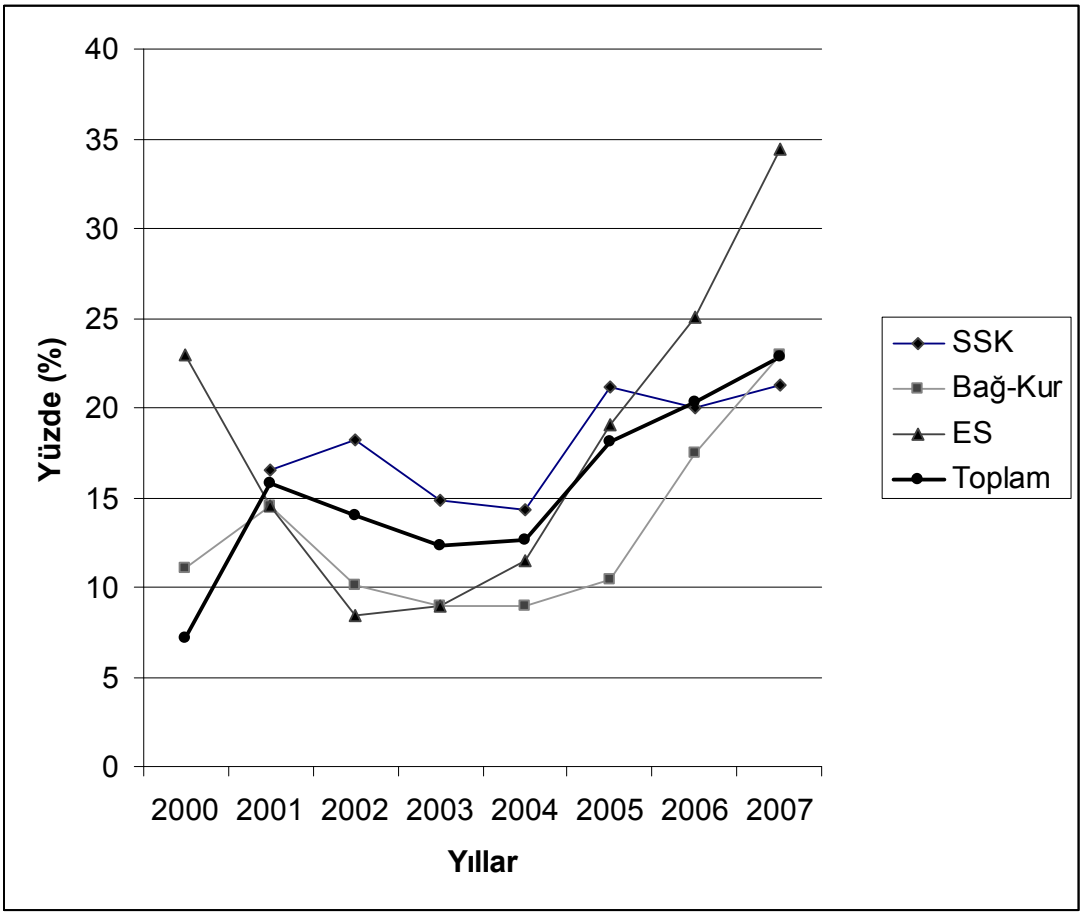


Şekil 4.2.12. Türkiye'de Cari Sağlık Harcamaları ile Sağlık Yatırım Harcamalarının Yıllara Göre Dağılımı, 1999 - 2004.

Şekil 4.2.13'te 2000 yılından başlayarak sosyal güvenlik kurumlarının sağaltım (tedavi) harcamaları içinde özel hastanelerin payına baktığımızda 2002-04 arasında düşüş olmakla birlikte, 2004'ten sonra sürekli bir artış görülmektedir. Bu artış Haziran 2003'te devlet memurlarından başlayarak ve Haziran 2004'te sosyal güvenlik kurumlarına bağlı sigortalı ve hak sahiplerinin özel sağlık kurum ve kuruluşlarında muayene ve tedavi edilmelerini sağlayan protokolün imzalanması sonrasıdır.[64,65,71,137,141]

2007'de sosyal güvenlik kurumlarının toplamda sağaltım harcamalarının % 22,8'i özel hastanelere giderken, Emekli Sandığı'nda 2002'den başlayan

2007'de % 34,4'e varan söz konusu orandaki artış, sağaltım giderleri olarak bu parasal kaynağın 1/3'ünün özel sektöre aktarıldığını göstermek açısından çarpıcıdır. [125]



Şekil 4.2.13. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağaltım Harcamalarının İçinde Özel Hastane Harcamalarının Payı, 2000 - 2007

4.2.3. Sağlık Hizmetleri

Ulusal Sağlık Hesaplarında kullanılan sağlık hizmetleri sınıflandırması Tablo 4.2.14'te gösterilmiştir.[7]

Tablo 4.2.14. Ulusal Sağlık Hesaplarında Sağlık hizmetleri

1. Sağaltıcı (Tedavi Edici) Hizmetler
I. Yatan Hastalara Verilen Sağaltıcı Hizmetler
II. Ayakta Bakım Gören Hastalara Verilen Sağaltıcı Hizmetler
Temel Tıbbi Bakım ve Tanı Hizmetleri
Ayakta Verilen Ağız ve Diş sağlığı Hizmetleri
Öbür Tüm Uzmanlaşmış Tıbbi Hizmetler
Öbür Tüm Ayakta Tedavi Edici Hizmetler
2. Esenlendirici (Rehabilite Edici) Hizmetler
3. Yardımcı sağlık Hizmetleri
I. Klinik Laboratuarlar
II. Tanı ve Görüntüleme
III. Hasta Taşıma Ve Acil Kurtarma
IV. Öbür Tüm Yardımcı Sağlık Hizmetleri
4. Ayakta Bakım Hastalarına Verilen Tıbbi Gereçler
I. İlaçlar ve Öbür Tıbbi Tüketim Gereçleri,
II. Sağaltım Araçları ve Öbür Tıbbi Gereçleri
5. Koruma ve Halk Sağlığı Hizmetleri
I. Ana-Çocuk Sağlığı, Aile Planlaması Ve Danışmanlık Hizmetleri
II. Okul Sağlığı Hizmetleri
III. Bulaşıcı Olan Ve Olmayan Hastalıkları Önleme
IV. Mesleksel Sağlık Hizmetleri
6. Sağlık Yönetimi ve Sağlık Sigortası

4.2.3.1. Sağaltıcı (Tedavi Edici) Hizmetler

Bu grup, bir tedavi edici bakım olayı süresince verilen tıbbi ve yardımcı tıbbi hizmetlerden oluşmaktadır. Tedavi edici bakım, temel tıbbi amacın hastalık ya da yaralanmanın şiddetini azaltma veya yaşamı ya da normal işlevleri tehdit edebilecek hastalık ve/veya yaralanmaların komplikasyon ve/veya kötüye gitmesine karşı korumak amacıyla verilen hizmetlerdir. Bu

hizmetler kadın-doğum hizmetlerini, hastalık ya da yaralanmaların sağaltımı, cerrahi işlemler, tanı ve sağaltıma ilişkin işlemleri de kapsar.[7]

4.2.3.1.1 Yatan Hastalara Verilen Sağaltıcı Hizmetler

Yatan hastalar, hastanede ya da öbür yataksız sağlık kurumlarında, kuruma kabul edildikten sonra, 12 saatten az olmamak üzere kalan hastalardır. Yatan hastalara verilen sağaltıcı hizmetler, kabul edilmiş bir hastaya bir tedavi edici bakım olayı esnasında verilen tıbbi ve yardımcı tıbbi hizmetleri içerir.[7]

4.2.3.1.2 Ayakta Bakım Gören Hastalara Verilen Sağaltıcı Hizmetler

Ayakta sağlık hizmeti veren kurum ve birimlerde verilen hizmetleri içerir. Ayakta sağaltıcı hizmetler bir sağaltıcı bakım olayı süresince ayakta hastalara sunulan tıbbi ve yardımcı tıbbi hizmetlerden oluşur. Bu hizmetler genellikle, ayakta sağlık hizmet sunan yerlerdeki doktorlar tarafından verilen hizmetlerden oluşur. Ayakta bakım alan hastalar, ayrıca hastanelerde örneğin uzmanlaşmış ayakta bakım servislerinde, toplumda veya öbür bütüncül (entegre) bakım kurumlarında tedavi edilebilir. Ayakta sağlık bakımı alan hastalara verilen sağaltıcı hizmetler, aşağıda yer alan 4 alt sınıfta değerlendirilir:

Temel Tıbbi Bakım ve Tanı Hizmetleri

Birçok tıbbi olayın ortak öğesi olan ve doktorlar tarafından ayakta bakım gören hastalara verilen tıbbi tanı ve sağaltım hizmetlerini içerir. Bu hizmetler rutin muayeneler, tıbbi değerlendirmeler, reçete yazma, rutin hasta danışmanlık hizmetleri, diyet, enjeksiyon ve aşılamayı (eğer Halk Sağlığı Koruma Programları içinde kapsanmıyorsa) içerir. Hasta kayıtlarını doldurma ya da yenileme gibi rutin yönetsel işlemler genellikle temel tıbbi bakımın bütünleyici bir parçasıdır.[7]

Ayakta Verilen Ağız ve Diş sağlığı Hizmetleri

Diş hekimleri tarafından ayakta bakım verilen hastalara sunulan diş sağaltım hizmetlerini içerir. Diş protezleri, diş çekimi, dolgu örnek olarak gösterilebilir. Bir ayakta sağlık bakımı kurumunda, ağız-diş bakımı uzmanlarınca verilen diş çekimi, protez takılması, dental implantlar gibi hizmetleri kapsar.[7]

Öbür Tüm Uzmanlaşmış Tıbbi Hizmetler

Temel tıbbi bakım ve tanı testleri ile ayakta ağız ve diş sağlığı hizmetleri dışında hekimlerce ayakta bakım sunulan hastalara verilen tüm uzmanlaşmış tıbbi hizmetlerden oluşur. Örnek olarak ruh sağlığı ve madde bağımlılığı sağaltımı gösterilebilir.[7]

Öbür Tüm Ayakta Tedavi Edici Hizmetler

Hekimler ve yardımcı sağlık çalışanlarınca ayakta bakım alan hastalara verilen öbür tüm hizmetler bu kapsamda ele alınmıştır. Kaplıca sağaltımı ve odyologların verdiği hizmetler örnek olarak gösterilebilir.[7]

Tablo 4.2.15'te 1999 - 2007 yılları arasında Türkiye'deki hastanelere başvuran hastaların, kurumlara göre poliklinik ve yatan hasta durumuna bakıldığında, Haziran 2003'te devlet memurlarından başlayarak ve haziran 2004'te sosyal güvenlik kurumlarına bağlı sigortalı ve hak sahiplerinin özel sağlık kurum ve kuruluşlarında muayene ve tedavi edilmelerini sağlayan protokol sonrasında özel hastanelerinin poliklinik ve yatan hasta sayılarında belirgin bir artış görülmektedir.[64,65,71,137,141]

Tablo 4.2.15. Türkiye'de Hastanelere Başvuran Hastaların, Kurumlara Göre Poliklinik ve Yatan Hasta Durumu, 2002 - 2007.

KURULUŞLAR	YILLAR	POLİKLİNİK		YATAN HASTA		
		Sayı	% Artış	Sayı	% Artış	Yatan Hasta oranı (%) *
Sağlık Bakanlığı	1999	57.161.341		2.586.129		4,5
	2000	59.389.441	3,9	2.673.533	3,4	4,5
	2001	64.738.234	9,0	2.763.150	3,4	4,3
	2002	66.231.841	2,3	2.806.588	1,6	4,2
	2003	68.957.525	4,1	2.896.540	3,2	4,2
	2004	91.257.412	32,3	3.522.173	21,6	3,9
	2005	164.758.149	80,5	5.081.539	44,3	3,1
	2006	189.422.137	15,0	5.379.198	5,9	2,8
	2007	209.630.370	10,7	5.674.935	5,5	2,7
Üniversite	1999	7.731.013		634.803		8,2
	2000	8.135.393	5,2	681.826	7,4	8,4
	2001	8.385.900	3,1	727.015	6,6	8,7
	2002	8.823.361	5,2	781.990	7,6	8,9
	2003	9.637.840	9,2	838.486	7,2	8,7
	2004	10.685.275	10,9	921.735	9,9	8,6
	2005	11.493.879	7,6	1.025.614	11,3	8,9
	2006	12.588.872	9,5	1.165.277	13,6	9,3
	2007	15.025.079	19,4	1.262.973	8,4	8,4
Özel**	1999	3.936.886		437.280		11,1
	2000	4.245.388	7,8	478.719	9,5	11,3
	2001	3.917.791	-7,7	473.283	-1,1	12,1
	2002	4.407.122	12,5	529.511	11,9	12,0
	2003	5.033.572	14,2	586.961	10,8	11,7
	2004	6.187.371	22,9	637.731	8,6	10,3
	2005	10.804.981	74,6	871.329	36,6	8,1
	2006	15.277.331	41,4	1.215.520	39,5	8,0
	2007	23.080.654	51,1	1.746.138	43,7	7,6
SSK***	1999	32.364.362		1.162.176		3,6
	2000	32.864.494	1,5	1.208.201	4,0	3,7
	2001	41.683.636	26,8	1.293.853	7,1	3,1
	2002	43.561.287	4,5	1.363.191	5,4	3,1
	2003	44.977.045	3,3	1.382.636	1,4	3,1
	2004	43.911.817	-2,4	1.338.260	-3,2	3,0
Öbür Kamu	1999	1.474.122		43.746		3,0
	2000	1.159.403	-21,3	32.891	-24,8	2,8
	2001	1.543.126	33,1	32.723	-0,5	2,1
	2002	1.293.748	-16,2	26.983	-17,5	2,1
	2003	1.127.136	-12,9	31.894	18,2	2,8
	2004	809.366	-28,2	20.901	-34,5	2,6
	2005	243.265	-69,9	33.032	58,0	13,6
	2006	252.085	3,6	4.656	-85,9	1,8
	2007	1.404.996	457,4	36.243	678,4	2,6
TOPLAM	**1999**	**102667724**		**4.864.134**		**4,7**
	2000	**105794119**	**3,0**	**5.075.170**	**4,3**	**4,8**
	2001	**120268687**	**13,7**	**5.290.024**	**4,2**	**4,4**
	2002	**124317359**	**3,4**	**5.508.263**	**4,1**	**4,4**
	2003	**129733118**	**4,4**	**5.736.517**	**4,1**	**4,4**
	2004	**152851241**	**17,8**	**6.440.800**	**12,3**	**4,2**
	2005	**187300274**	**22,5**	**7.011.514**	**8,9**	**3,7**
	2006	**217540425**	**16,1**	**7.764.651**	**10,7**	**3,6**
	2007	**249141099**	**14,5**	**8.720.289**	**12,3**	**3,5**

* Yatan hasta oranı, polikliniğe başvuran hasta sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

** Özel bölümü, Dernek-Vakıf, Yabancı, Azınlık ve Şahıslara ait hastaneleri de kapsar.

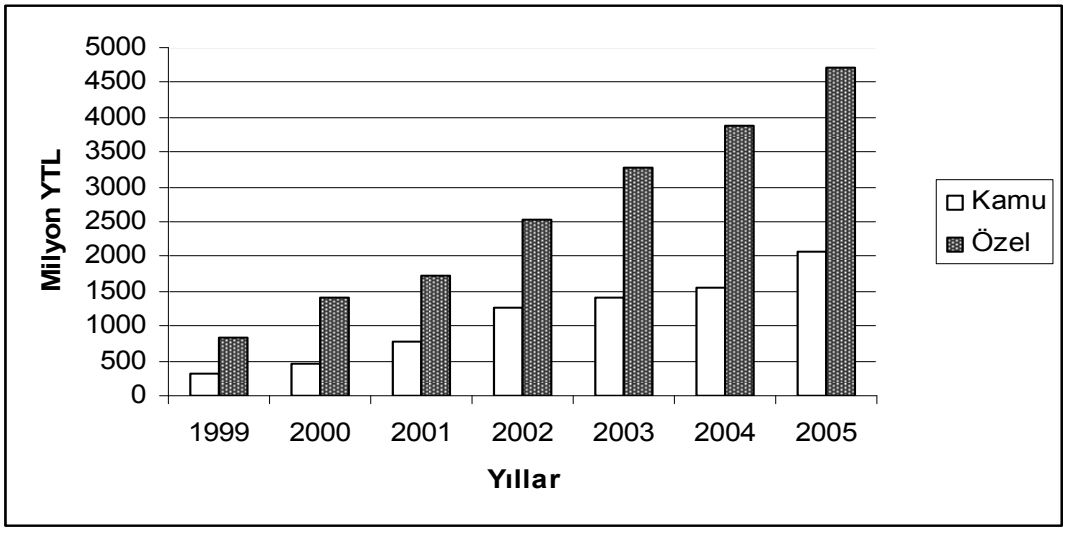
*** Sosyal Sigortalar Kurumu 19 Ocak 2005 tarihli 25705 sayılı Mükerrer RG'de yayınlanan 5283 Sayılı Yasa ile Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

1999 – 2007 yılları arasında özel ile üniversite hastanelerine yapılan polikliniğe başvuru ve yatan hasta sayıları EpiInfo 3.5.1 Statcalc'da Eğimde Ki – Kare çözümlemesi ile değerlendirildiğinde özel ve üniversite hastanesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($X^2_{eğim}$: 7267,947 p < 0,0000, . $X^2_{eğim}$: 208,141 p < 0,0000). Özel hastane polikliniğe başvuru ve yatan hasta sayıları üniversite hastanelerinden özellikle sosyal güvenlik kurumlarıyla Haziran 2004'te imzalanan protokol sonrasında 2005'ten itibaren yıllara göre artış belirgindir (2007 yılında poliklinik sayılarında 3,02 kat, yatan hastada 2,01 kat artış).[64,65,71,137,141]

Tablo 4.2.16. Türkiye'de Özel ve Üniversite Hastanelere Başvuran Hastaların 2002 – 2007 Yılları Arasında Karşılaştırılması.

Yıllar	Polikliniğe Başvuru Sayısı			Yatan Hasta Sayısı		
	Özel	Üniversite	Odds Oranı	Özel	Üniversite	Odds Oranı
1999	3.936.886	7.731.013	1,00	437.280	634.803	1,00
2000	4.245.388	8.135.393	1,02	478.719	681.826	1,02
2001	3.917.791	8.385.900	0,92	473.283	727.015	0,95
2002	4.407.122	8.823.361	0,98	529.511	781.990	0,98
2003	5.033.572	9.637.840	1,03	586.961	838.486	1,02
2004	6.187.371	10.685.275	1,14	637.731	921.735	1,01
2005	10.804.981	11.493.879	1,85	871.329	1.025.614	1,23
2006	15.277.331	12.588.872	2,38	1.215.520	1.165.277	1,52
2007	23.080.654	15.025.079	3,02	1.746.138	1.262.973	2,01
	$X^2_{eğim}$: 7267,947 p < 0,0000			$X^2_{eğim}$: 208,141 p < 0,0000		

Şekil 4.2.14'te, Türkiye'de 1999-2005 arasında kamu ve özel ayakta sağlık hizmeti sunucularının cari sağlık harcamalarına bakıldığında, özel sektörün harcamalarının kamunun iki katı büyüklüğünde olduğu dikkati çekmektedir.[135]



Şekil 4.2.14. Türkiye'de Kamu ve Özel Cari Sağlık Harcamalarının Ayakta Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Dağılımı, 1999 - 2005.

Tablo 4.2.17'de Türkiye'de 1997 - 2007 yılları arasında başlangıç ödeneklerine göre genel bütçenin Sağlık Bakanlığı, Tedavi ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçeleri ile karşılaştırılmasına bakıldığında, 1997 yılında Tedavi Hizmetleri'nin SB bütçesine oranı % 39,2 ile Temel Sağlık Hizmetleri'nin oranına (% 38,8) yakın iken 2006 yılında bu oran 2,74'e (% 66,7'e karşın %24,3) yükselmiştir.[137,142,143]

2006 mali yılında Sağlık Bakanlığı bütçe payının % 3,5'ten 4,3'e belirgin yükselişi gerçek bir artışı değil, öbür kamu kurumlarının Sağlık Bakanlığı'na devrinden kaynaklanan bir bütçe birleşmesi kökenli olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Nitekim bu yönde -genel bütçeden daha çok sağlık ödeneği ayırma-, izleyen yıl 2007'de % 3,3 ile 2005'in de altına düşen oranlardan izlenmektedir. Yine dikkat çekilmesi gerekir ki, SSK'ya ait sağlık kuruluşlarının SB'ce devir alınmasına karşın, 2006 ödeneği olan % 4,3 oranından 2007'de % 3,3'e gerileme, % 4,3 - %3,3 = %1 puan olup, gerçekte 2006 ödeneğine göre bu yaklaşık ¼ oranında azalma demektir. SB sağlık hizmeti sunumundan harcamalarını azaltarak çekilmektedir.[137,142,143]

Tablo 4.2.17. Türkiye'de Genel Bütçenin Sağlık Bakanlığı ile Tedavi ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçeleri ile Karşılaştırılması, 1997-2007.*

Yıllar	Genel Bütçe	Sağlık Bakanlığı Bütçesi	Genel Bütçeye Oranı	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi	Bakanlık Bütçesine Oranı	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi	Bakanlık Bütçesine Oranı
	1000 YTL.	1000 YTL	%	1000 YTL.	%	1000 YTL	%
1997	6.344.686	204.499	3.2	80.157	39,2	79.396	38,8
1998	14.749.475	390.962	2.6	160.057	40,1	133.758	34,2
1999	27.186.600	683.124	2.5	274.057	40,1	199.833	29,3
2000	46.702.436	1.059.855	2,3	427.068	40,3	308.382	29,1
2001	48.219.490	1.280.660	2,3	499.213	40,0	475.861	37,2
2002	97.831.000	2.345.448	2,4	944.980	40,3	734.102	31,2
2003	146.805.170	3.570.054	2,4	1.355.420	38,0	947.898	26,6
2004	149.858.129	4.787.751	3,2	2.728.671	57,0	1.515.444	31,7
2005	153.928.793	5.462.975	3,5	3.245.298	59,4	1.645.146	30,1
2006	170.156.782	7.477.471	4,3	4.991.154	66,7	1.820.444	24,3
2007	200.902.066	6.581.455	3,3	3.940.005	59,8		

* Bütçe, mali yıl başlangıç ödenekleri esas alınmıştır.

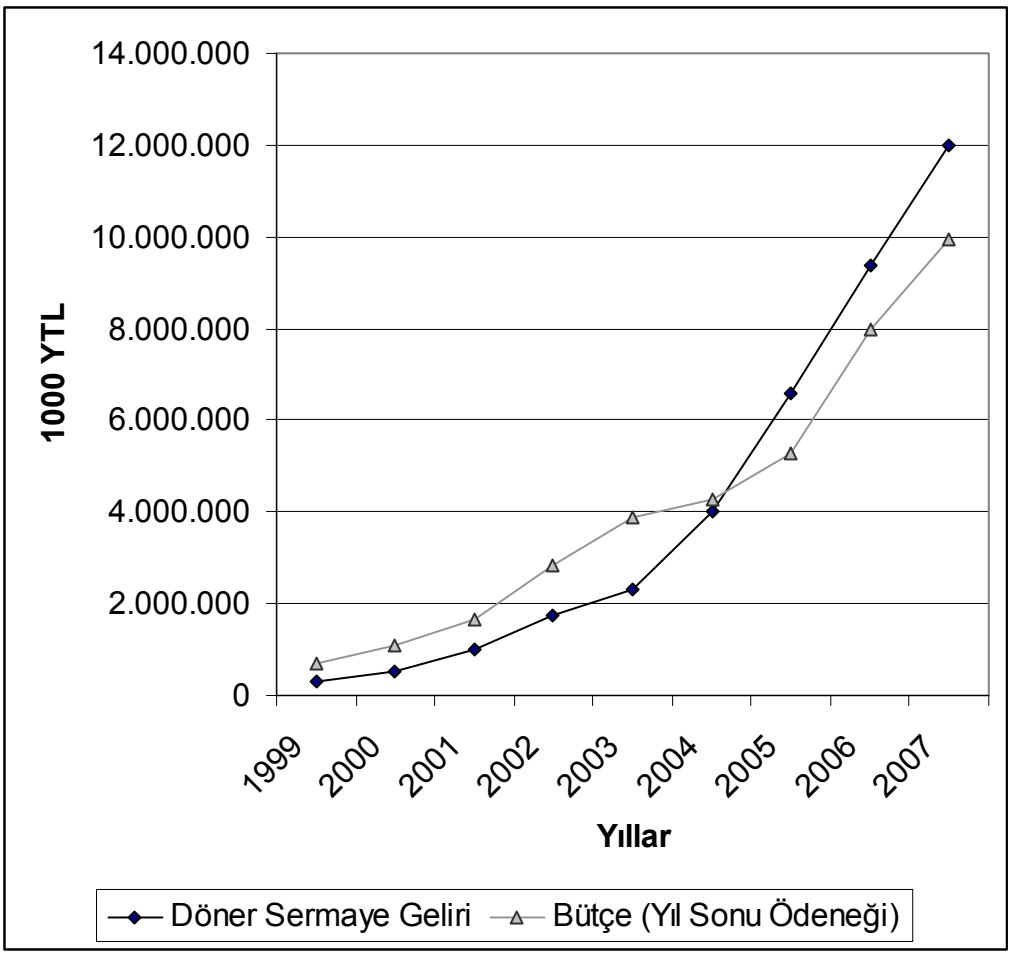
Tablo 4.2.18'de Sağlık Bakanlığı döner sermaye işletmesinin gelir-gider ve bütçe durumu gösterilmektedir. 2004 Mali Yılı Bütçe Yasası ile tüm yurtta "Performansa dayalı döner sermaye uygulaması"na geçilmesiyle SB'nin döner sermaye gelirlerindeki artış dikkat çekicidir. 2007 yılında 2003 yılındaki döner sermaye gelirleri 5,18 kat artmıştır.[25,66,144-152,205]

Tablo 4.2.18. Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye İşletmesinin Gelir Gider ve Bütçe Durumu, 1999 - 2008 Ekim (1000 YTL).

Yıllar	Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye İşletmesi Gelir Gider Durumu (1000 YTL)		Sağlık Bakanlığı Bütçesi (1000 YTL)		
	Gelir	Gider	Başlangıç Ödeneği	Yıl Sonu Ödeneği	Harcama
1999	300.096	345.126	658.639	684.703	805.246
2000	542.720	595.895	1.057.786	1.109.014	1.139.512
2001	986.986	1.037.295	1.276.201	1.654.363	1.821.581
2002	1.764.382	2.010.941	2.345.447	2.832.671	3.038.945
2003	2.313.284	2.948.923	3.570.054	3.864.712	3.674.262
2004	4.002.056	4.915.407	4.554.490	4.259.601	4.461.251
2005	6.581.864	8.090.748	5.447.962	5.290.386	6.769.153
2006	9.394.708	9.916.072	7.477.471	7.966.724	8.535.954
2007	11.973.220	11.091.863	6.581.455	9.937.426	10.390.278
2008*			10.828.070	11.349.837	10.874.263
2009			12.720.313		

* İlk on bir ay

Şekil 4.2.15'te yıllar içinde Sağlık Bakanlığı'nın döner sermaye gelirleri bütçesini aştığı daha net olarak gözükmektedir.[25,66,144-152]



Şekil 4.2.15. Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye İşletmesinin Gelir Gider ve Bütçe Durumu, 1999 – 2007.

Görüldüğü gibi, özellikle SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM Programı'nın başlatıldığı 2003 başından bu yana, Sağlık Bakanlığı merkezi yönetim bütçesinin aktardığından daha çok kaynak, Kamu Sağlık Kurumlarının Döner Sermeye İşletmelerince yaratılmıştır! Bunun anlamı şudur: Kamu, sağlık hizmetinin üretiminden de finansmanından da büyük bir hızla çekilmektedir. Kamu ve vatandaş özel sağlık sektörüne kaynak akıtmaktadır.

Tablo 4.2.19'da 1995-2007 yılları arasında sosyal güvencesi olmayan hastalardan sağaltım görenlerin sayısı ve gönderilen ödenek durumuna bakıldığında, Yeşil Kart ayakta tedavi ve ilaç giderlerinin ödenmeye başlandığı 2005 yılından başlayarak belirgin bir artış görülmektedir (2005'te

2004'ün 3 katı artış). Sağaltım gören Yeşil Kartlılarda 1995 – 2007 yılları SPSS 15.0'da Tek Değişkenli Düzenlerde Ki – Kare analizi ile değerlendirildiğinde yıllar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (X^2: 449.325, p < 0,000).[137,141,153]

Tablo 4.2.19. Yıllara Göre Sosyal Güvencesi Olmayan Hastalardan Sağaltım Görenlerin Sayısı ve Gönderilen Ödenek Durumu, 1995 – 2007.

YILLAR	Sağaltım Gören Hasta Sayısı	Gönderilen Ödenek (YTL)
1995	311.455	478.530
1996	403.662	1.156.366
1997	645.070	4.020.689
1998	867.907	10.378.608
1999	1.212.489	24.869.214
2000	1.656.727	42.216.879
2001	3.295.380	118.657.829
2002	3.437.482	211.041.766
2003	4.310.730	291.630.553
2004	5.051.312	319.295.220
2005	25.037.347	973.230.078
2006	64.438.776	1.343.000.000
2007	54.198.612	2.400.755.617

4.2.3.2. Esenlendirici (Rehabilite Edici) Hizmetler

Bu kategori bir rehabilite edici bakım olayı süresince hastalara verilen tıbbi ve yardımcı tıbbi hizmetleri içerir.[7]

4.2.3.3. Yardımcı sağlık Hizmetleri

Bu kategori, yardımcı sağlık personelince verilen çok çeşitli hizmetleri içerir. Hizmetler, bir hekimin gözetiminde ya da gözetiminde olmaksızın verilebilir. Klinik laboratuvarlar, tanı ve görüntüleme, hasta taşıma ve acil kurtarma gibi yardımcı tıbbi hizmetleri içerir.[7]

4.2.3.4. Ayakta Bakım Hastalarına Verilen Tıbbi Gereçler

Ayakta bakım alan hastalara sunulan tıbbi gereçler ve bunların dağıtımı ile ilgili uygulama, koruma ve kiralama gibi hizmetlerden oluşur. Bu küme, genellikle bir sağlık kurumunun dışında birey ya da ev halkı tarafından tüketilmesi ya da kullanılması amacıyla bireylere reçeteli / reçetesiz olarak eczanelerden ya da tıbbi gereç (malzeme) satıcılarından sağlanan protezler, ortezler, tıbbi araçlar ve öbür donanımdan oluşmaktadır. İlaçlar ve başkaca tıbbi tüketim gereçleri, sağaltım araçları ve öbür tıbbi gereçleri içerir.[7]

4.2.3.5. Koruma ve Halk Sağlığı Hizmetleri

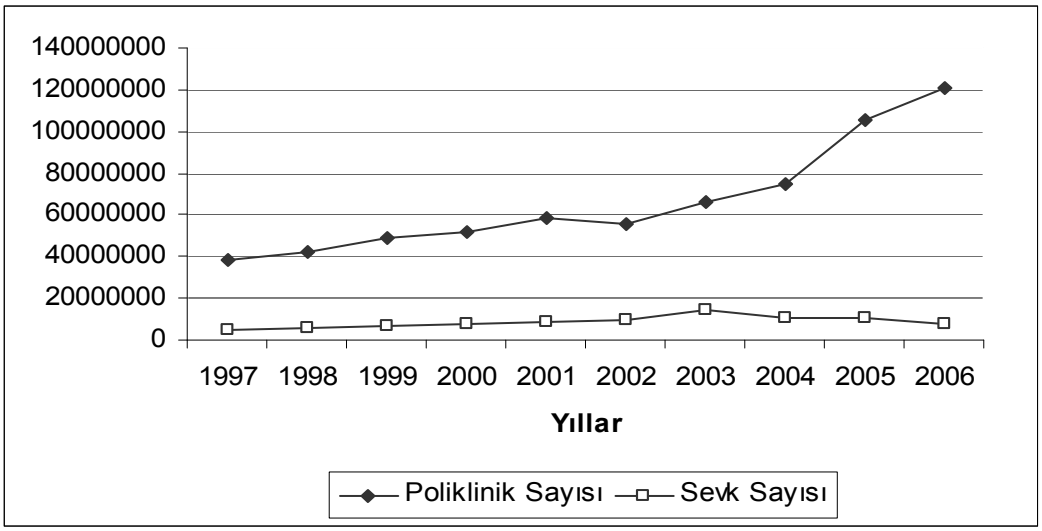
Koruma ve Halk Sağlığı Hizmetleri, bir sağlık işlevsizliğini düzelten sağaltıcı hizmetlerden ayrı olarak nüfusun sağlık düzeyini geliştirmek için tasarlanan hizmetlerden oluşur. Bu kapsamda tipik sağlık hizmetleri örneğin bağışıklama kampanya ve programlarıdır. Ana-çocuk sağlığı, aile planlaması ve danışmanlık, okul sağlığı, bulaşıcı olan ve olmayan hastalıkları önleme ile mesleksel sağlık hizmetlerinden oluşur. [7]

Tablo 4.2.20'de Sağlık Ocaklarında 1997 - 2006 arasında yapılan bazı çalışmaların yıllara göre dağılımı ve Tek Değişkenli Düzenlerde Ki – Kare analizi gözükmektedir.[142,143]

Tablo 4.2.20. Sağlık Ocaklarında Yapılan Bazı Çalışmaların Yıllara Göre Dağılımı, 1997-2006

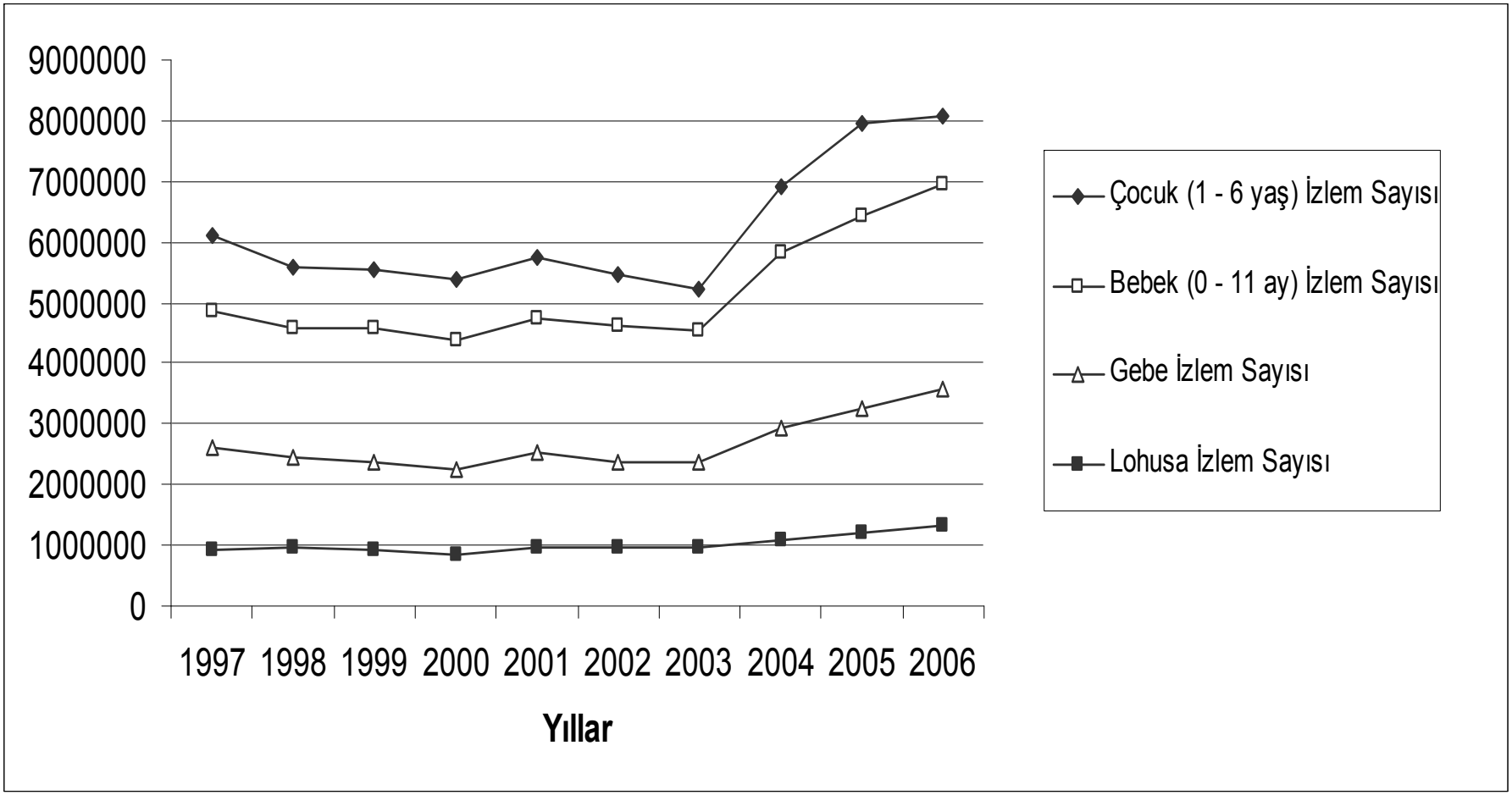
Yapılan Hizmetler	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	Tek Değişkenli Düzenlerde Ki – Kare Analizi
Poliklinik Sayısı	37954081	41924994	48781284	51436891	58142436	55844883	66505376	74487182	105482440	121101156	X^2:10136,665 p <0,000
Sevk Sayısı	5153129	5719152	6729800	7213586	8396362	9319456	14388986	10841930	10791818	7724023	X^2:814,758 p <0,000
Gebe İzlem Sayısı	2618022	2440528	2376280	2261896	2535632	2352620	2388555	2923203	3237797	3569297	X^2:63,813 p <0,000
Lohusa İzlem Sayısı	910883	975665	926918	844960	969833	957658	976830	1091688	1219790	1308965	X^2:81,521 p <0,000
Bebek (0-11 ay) İzlem Sayısı	4862392	4583062	4573632	4363537	4726729	4626884	4549579	5817352	6438785	6932004	X^2:144,892 p <0,000
Çocuk (1-6 yaş) İzlem Sayısı	6121725	5602226	5550351	5368475	5726902	5472707	5233022	6907229	7944913	8078928	X^2:165,139 p <0,000

Şekil 4.2.16'da Sağlık Ocaklarında yapılan poliklinik hizmetlerinin 1997 – 2006 yılları arasındaki değişimi görülmektedir. 2004 yılında başlayan performansa dayalı döner sermaye uygulaması ile birlikte poliklinik sayılarında artış dikkat çekicidir. Tek Değişkenli Düzenlerde Ki – Kare analizi ile yıllar arasındaki fark istatiksel olarak anlamlıdır (X^2: 10136,665, p < 0,000)[25,66,142,143]



Şekil 4.2.16. Sağlık Ocaklarında Yapılan Bazı Çalışmaların Yıllara Göre Dağılımı, 1997-2006

Şekil 4.2.17'de sağlık ocaklarında yapılan gebe, loğusa, bebek ve çocuk izlemlerinde de benzer şekilde 2004 sonrası performansa dayalı artış gözükmektedir. Artışlar Tek Değişkenli Düzenlerde Ki – Kare analizi ile de istatiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla X^2: 63,813, p <0,000; X^2:81,521, p <0,000; X^2:144,892, p <0,000; X^2:165,139, p <0,000)[25,66,142,143]



Şekil 4.2.17. Sağlık Ocaklarında Yapılan Kimi Koruyucu Sağlık Hizmeti Çalışmaların Yıllara Göre Dağılımı, 1997-2006

4.2.3.6. Sağlık Yönetimi ve Sağlık Sigortası

Sağlık yönetimi ve sağlık sigortası, özel sigortacılar, merkezi-yerel yetkeler (otoriteler) ve sosyal güvenlik fonlarının etkinlikleridir. Bu kapsam; hizmet sunum sisteminin planlama, yönetim, düzenleme, fonların toplanması ve sunum sisteminde hasarların yönetilmesi gibi hizmetler içermektedir.[7]

4.2.4. Sağlıkla İlgili İşlevler

Sağlık hizmeti sunan kurumların sermaye yatırımı, sağlık çalışanının eğitimi ve öğretimi, sağlıkta araştırma-geliştirme, gıda hijyeni ve içme suyu denetimi ve çevre sağlığı ile ilgili çabaları içerir.[7]

Tablo 4.2.21'de Türkiye'de 2000-2008 Kasım arasında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun toplam sağlık giderleri görülmektedir. Burada ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranının % 42-56 arasında değişmesi göze çarpmaktadır.[121]

Tablo 4.2.21. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Sağlık Harcamaları 2000- 2008 Kasım.

Sağlık Harcamaları (Milyon YTL)									
Kurumlar	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008***
SSK	**1.280**	**2.258**	**3.594**	**4.981**	**6.636**	**7.065**	**11.106**	**14.738**	
Tedavi	**623**	**1.124**	**1.493**	**2.530**	**3.502**	**3.088**	**5.486**	**7.880**	
Devlet Hastanesi		820	1.026	1.875	2.618	1.960	3.684	5.196	
Üniversite Hastanesi		118	195	281	383	473	707	1.002	
Özel Hastane		185	272	374	500	655	1.095	1.682	
İlaç	**572**	**993**	**1.879**	**2.101**	**2.687**	**3.553**	**5.266**	**6.379**	
Öbür**	**85**	**141**	**222**	**350**	**447**	**424**	**354**	**480**	
Öbür(Tıbbi Cihaz Malzeme, Şahıs,vb.)		122	199	308	390	387	285	347	
Optik -		19	23	42	57	37	69	133	
Bağ-Kur	**730**	**1.229**	**2.195**	**3.183**	**3.719**	**3.626**	**3.816**	**3.052**	
Tedavi	**216**	**330**	**693**	**966**	**1.269**	**1.363**	**1.667**	**1.385**	
Devlet Hastanesi	150	250	562	798	1.028	1.125	1.269	997	
Üniversite Hastanesi	42	31	61	82	127	96	107	69	
Özel Hastane	24	48	70	87	113	142	291	318	
İlaç	**458**	**780**	**1.322**	**1.997**	**2.188**	**1.841**	**1.841**	**1.407**	
Öbür	**56**	**118**	**181**	**220**	**262**	**422**	**308**	**260**	
Öbür(Tıbbi Cihaz Malzeme, Şahıs,vb.)	52	112	168	194	234	396	275	227	
Optik -	4	7	13	26	28	26	33	34	
Emekli Sandığı	**623**	**1.089**	**1.840**	**2.498**	**2.796**	**2.917**	**2.744**	**2.193**	
Tedavi	**222**	**345**	**645**	**867**	**1.135**	**1.175**	**1.337**	**1.003**	
Devlet Hastanesi	58	114	227	325	436	437	490	206	
Üniversite Hastanesi	113	181	364	464	569	515	511	452	
Özel Hastane	51	50	54	78	130	224	336	345	
İlaç	**358**	**660**	**1.100**	**1.517**	**1.524**	**1.607**	**1.265**	**1.072**	
Öbür	**43**	**84**	**95**	**115**	**136**	**135**	**143**	**118**	
Öbür(Tıbbi Cihaz Malzeme, Şahıs,vb.)	31	65	65	70	89	87	99	82	
Optik -	12	19	30	44	48	47	44	36	
TOPLAM SAĞLIK	**2.634**	**4.576**	**7.629**	**10.662**	**13.150**	**13.608**	**17.667**	**19.984**	**23.318**
Tedavi	**1.061**	**1.799**	**2.831**	**4.362**	**5.906**	**5.626**	**8.489**	**10.267**	**12.972**
Devlet Hastanesi	208	1.185	1.815	2.998	4.083	3.521	5.442	6.399	6.835
Üniversite Hastanesi	154	330	620	827	1.079	1.083	1.325	1.523	2.068
Özel Hastane	76	284	396	538	743	1.021	1.723	2.345	4.070
İlaç	**1.389**	**2.434**	**4.300**	**5.615**	**6.399**	**7.001**	**8.372**	**8.858**	**9.746**
Öbür	**184**	**343**	**498**	**685**	**845**	**980**	**805**	**859**	**600**
Öbür(Tıbbi Cihaz Malzeme, Şahıs,vb.)		299	433	573	712	871	659	655	364
Optik -			66	112	133	110	146	203	236

* İlk onbir ay

** Hizmet Sözleşmesi ile Çalışanlar, Sağlık Harcamalarında Öbür kalemine geçici işgöremezlik (maluliyet), yolluk ve sağlık personel-idame giderleri yer almamaktadır.

Not 1: Devredilen 3 Kurumun Sağlık Ödemeleri 2008 yılı Ocak ayından bşlayarak SGK adına tek bir yerden ödenmektedir.

Not 2: 2007 yılı Kasım ve Aralık aylarına ait (Devredilen) Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın Sağlık Ödemeleri SSK adına yapılmıştır.

Tablo 4.2.22'de, 1981-2006 arasında aralıklı olarak OECD ülkelerinde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki yüzde oranı görülmektedir. Burada gelişmiş ülkelerdeki oranın düşüklüğü, gelişmekte olan ülkelerde oranın yüksekliği göze çarpmaktadır. Türkiye'de son veri 2000 yılına ait olup %24,8 ile bu rakam %17,2 olan OECD ortalamasının üstündedir.[135]

Tablo 4.2.22. OECD Ülkelerinde İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%),1981-2006.

OECD Ülkeleri	1981	1986	1990	1994	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Avustralya	8,9	8,9	9,8	11,8	14,7	15,1	14,5	14,8	14,7	14,2	
Avusturya			9,0*	9,2	11,9	11,6	12,2	12,6	12,2	12,0	12,4
Belçika	16,0	15,7	15,5	17,5						16,9	16,8
Kanada	9,0	10,3	11,5	13,1	15,9	16,2	16,7	17,0	17,3	17,2	17,4
Çek Cumh.			21,0	24,7	23,4*	24,0	23,9	24,2	24,8	25,1	23,4
Danimarka	5,9	7,0	7,5	8,8	8,8	9,2	9,8	9,1*	8,5	8,6	8,5
Finlandiya	10,3	9,6	9,4	13,4	15,2	15,4	15,6	15,6	15,8	15,8	14,6
Fransa			16,9	17,4	18,2	18,8	18,7	16,7*	16,8	16,7	16,4
Almanya	13,5	13,9	14,3	13,0	13,6	14,2	14,4	14,5	13,9	15,1	14,8
Yunanistan			14,3	16,1	17,8*	16,3	16,8	17,8	19,7	18,5	17,6
Macaristan				28,0		28,5	27,6	27,1	28,3	30,5	31,0
İzlanda	14,7	15,8	13,5	13,1	14,5	14,1	14,0	14,5	14,6	13,4	13,1
İtalya			20,3	19,8	22,0	22,5	22,5	21,8	21,2	20,3	20,0
Japonya		18,9	21,4	21,1	18,7	18,8	18,4	19,2	19,0	19,8	
Kore	36,6	34,1	31,7	29,2	27,1	26,0	26,5	27,2	27,3	26,2	25,8
Lüksemburg	14,4	15,2	14,9	12,2*	11,0	11,5	10,3	9,7*	8,9	8,4	
Meksika					19,4♦	19,6*	21,2*	21,5	20,9	21,3	22,9
Hollanda	8,0	9,6	9,6	10,9	11,7	11,7	11,5				
Y. Zelanda	10,8	14,5	13,8	15,8					12,0	12,5	12,4‡
Norveç	8,9	9,0	7,2	8,8	9,5	9,3	9,4	9,2	9,4	9,1	8,5
Polonya							28,4	30,3	29,6	28,0	27,2
Portekiz	18,2	22,5	24,9	25,2	22,4*	23,0	23,3	21,4	21,8	21,6	21,3
Slovak C.					34,0	34,0	37,3	38,5	31,4*	31,9	
İspanya	20,6	19,0	17,8		21,3	21,1	21,8	23,2 *	22,7	22,4	21,7
İsveç	6,5	7,2	8,0	11,8	13,8	13,9*	14,0	13,7	13,8	13,7	13,3
İsviçre		11,8	10,2	9,8	10,7	10,6	10,3	10,5	10,4	10,5	
Türkiye	**10,7**	**11,6**	**20,4**	**31,6**	**24,8**						
İngiltere	12,7	14,1	13,5	15,1							
ABD	8,8	9,2	9,2	8,6	11,7	12,0	12,3	12,5	12,6	12,4	12,6
OECD Ort.	13,0	13,9	14,6	16,2	17,2	17,4	18,1	18,4	17,9	17,8	17,7

* Seride kopma, ♦ farklı metodoloji, ‡ kestirim

Tablo 4.2.23'te görüldüğü gibi Türkiye'de kamu kurumlarının sağlık harcamalarının içinde ilaç harcamalarının payı 2000 - 2007 arasında izlendiğinde, bu oranın 2005 ve 2006'da az da olsa azalmışken, 2007'de yeniden artmaya başlayarak sağlık harcamalarının yarısına yaklaşmıştır.[18,125,154]

Tablo 4.2.23. Türkiye'de Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamalarının İçinde İlaç Harcamalarının Payı, 2000 - 2007.

Kamu Kurumları	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
SSK	48,8	47,9	47,9	48,8	47,7	48,1	47,4	43,2
Bağ-Kur	62,8	63,5	60,3	62,7	58,8	56,4	48,8	46,1
ES	57,5	60,6	59,8	60,7	58,8	54,9	46,0	48,9
Memur	51,6	52,6	49,0	47,8	49,6	38,7	33,0	35,9
Yeşil Kart	15,3	19,2	13,9	18,2	12,0	42,1	31,8	33,4
Sosyal Güvenlik TSH içinde İlaç Harcaması Payı	51,9	52,0	50,1	51,5	50,2	49,2	43,9	44,3
TKSH içinde İlacın" Payı	40,2	41,4	40,5	42,2	40,9	38,5	36,6	38,1

Tablo 4.2.24'te 1995-2005 arasında Türkiye'nin toplam ilaç pazarı büyüklüğüne balkıdığında, 2002'de başlayan çok belirgin artış göze çarpmaktadır.[155]

Tablo 4.2.24. Türkiye'nin Toplam İlaç Pazarı, 1995 - 2005.

Yıllar	İlaç Pazarı Boyutu	
	(Milyar ABD $)	Önceki Yıla Göre Artış Yüzdesi (%)
1995	1.230	
1996	1.434	16,6
1997	1.687	17,6
1998	1.896	12,4
1999	2.043	7,8
2000	2.278	11,5
2001	1.999	-12,2
2002	2.503	25,2
2003	3.468	38,6
2004	4.246	22,5
2005	6.600	55,4

Tablo 4.2.25, ülkemizde 1999-2005 arasında beşeri ilaç dışalımı (ithalatı) ve dışsatımındaki (ihracatındaki) değişimi göstermektedir. Beşeri (insan ile ilgili) ilaç dışalımında 2002 yılında % 115,8'lik artış göze çarpmaktadır.[156]

Türkiye'de 2006-2013 arasında beşeri ilaç dıaşalımı ve dışsatımı kestirimi (projeksiyonu) Tablo 4.2.26'da gösterilmiştir. Dışalım ve dışsatımda da artış göze çarpmaktadır.[156]

Tablo 4.2.25. Türkiye'de Beşeri İlaç Dışalımı ve Dışsatımının Yıllara Göre Değişimi (1000 $), 1999-2005.

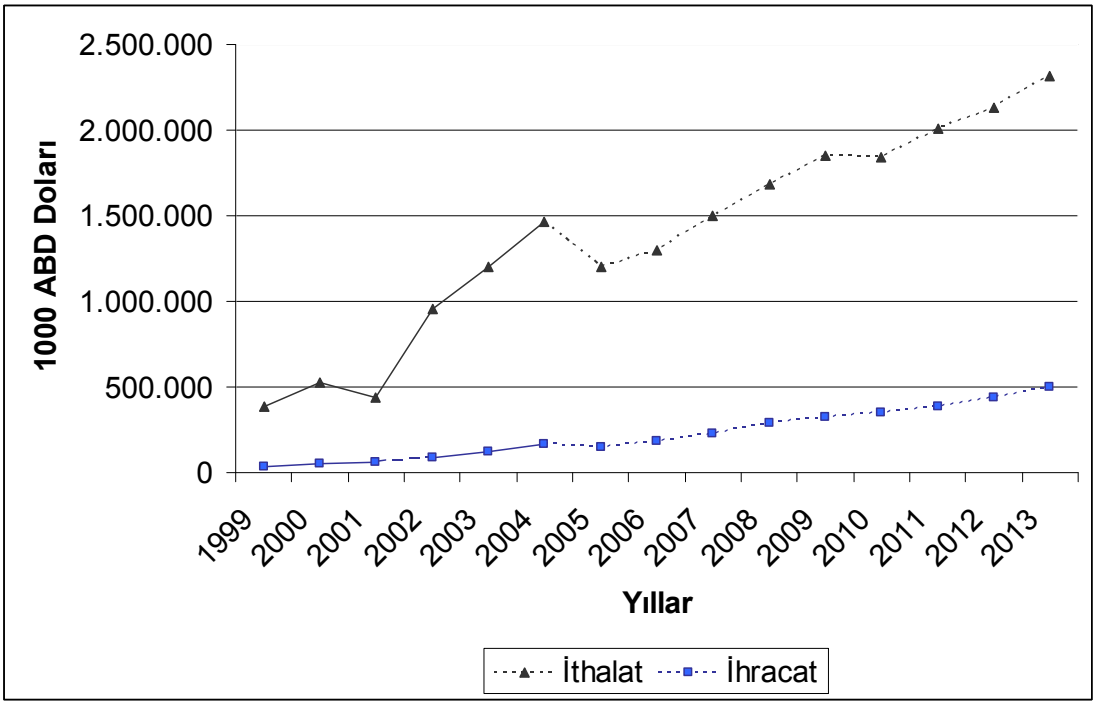
BEŞERİ İLAÇ	YILLAR							YILLIK ARTIŞLAR (%)					
	1999 (2)	2000 (3)	2001 (4)	2002 (5)	2003 (6)	2004 (7)	2005 Tah. (8)	2000 (3/2)	2001 (4/3)	2002 (5/4)	2003 (6/5)	2004 (7/6)	2005 Tah. (7/8)
Dışalım	383.888	526.386	441.230	952.145	1.204.168	1.463.359	1.202.553	37,1	-16,2	115,8	26,5	21,5	-17,8
Dışsatım	36.928	56.131	64.669	83.595	119.443	167.563	152.289	52,0	15,2	29,3	42,9	40,3	-9,1

Tablo 4.2.26. Türkiye'de Beşeri İlaç Dışalımı ve Dışsatım Kestirimi 2006-2013 (2005 Yılı Fiyatlarıyla 1000 $).

BEŞERİ İLAÇ	YILLAR								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2007-2013 Ort. Artış (%)
Dışalım	1.302.400	1.503.000	1.681.900	1.846.700	1.843.000	2.008.900	2.135.500	2.319.200	8,7
Dışsatım	179.960	224.849	290.250	321.836	351.918	387.054	435.536	497.098	15,8

Not :Bu Tablo 43 firmanın 2006-2013 arasında artış oranı kestirimleri ve 2005 gerçekleşmesi temel alınarak oluşturulmuştur.

2007-2013 9. Kalkınma Planı İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyonu Raporu'na göre, Şekil 4.2.18'de de görüldüğü gibi beşeri ilaç dışsatımı (ihracatı) ve dışalımı (ithalatı) arasındaki farkın ilerideki yıllarda da artarak süreceği öngörülmektedir.[156]



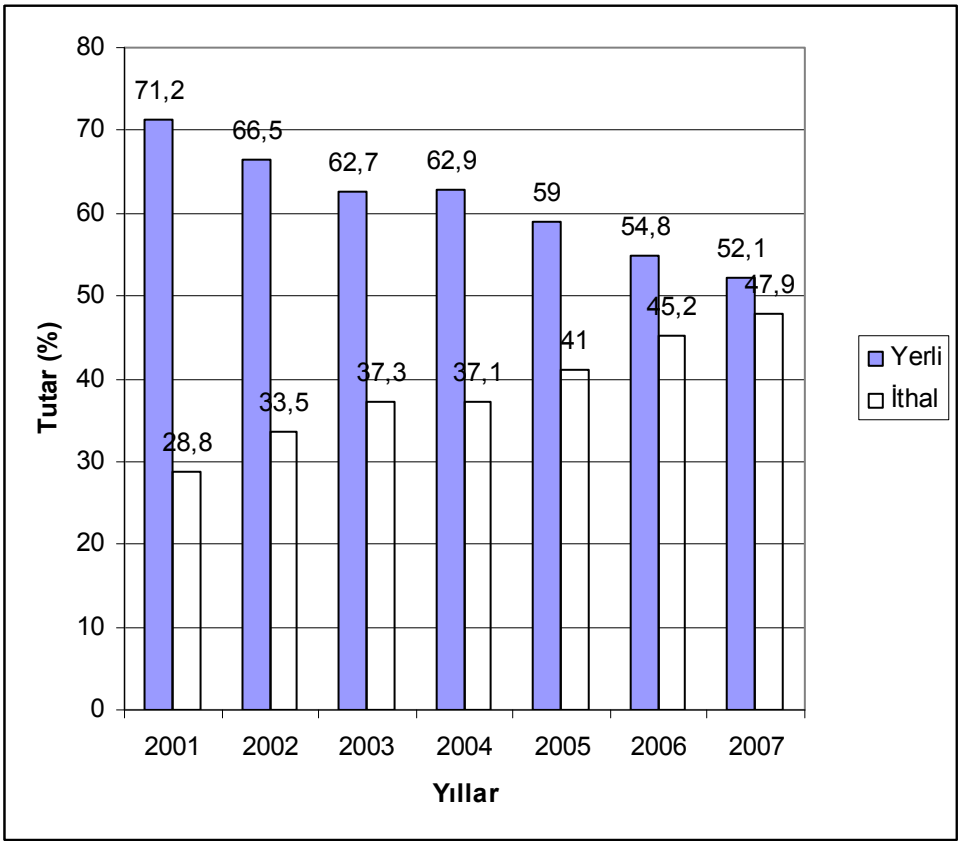
Şekil 4.2.18. Türkiye'de Beşeri İlaç Dışalımı ve Dışsatımının 1999-2005 Arası Değişimi (1000 ABD $) ve 2006-13 Projeksiyonu (2005 Yılı Fiyatlarıyla)

2007 yılında Türkiye'de ilaç pazarı 14,035 milyar Dolar'dır. 2006 yılına göre Türkiye, Avrupa'da 2007 yılında ilaç pazarında %17,2 büyüme hızıyla Rusya Federasyonu'ndan (%20,2) sonra 2. en çok büyüyen "Pazar"dır. İlaç pazarının boyutuyla karşılaştırılacak gerçek ölçüt, GSYİH'ye oranıdır. Tablo 4.2.27'de de görüldüğü gibi, Dünyanın en büyük ilaç pazarına sahip ABD'de ilaç tüketiminin GSYİH'ye oranı %1,3 iken bu oran Türkiye'de %2,1'dir.[157,158]

Tablo 4.2.27. Türkiye ve Kimi Ülkelerde İlaç Pazarının GSYİH'ye Oranı, 2007

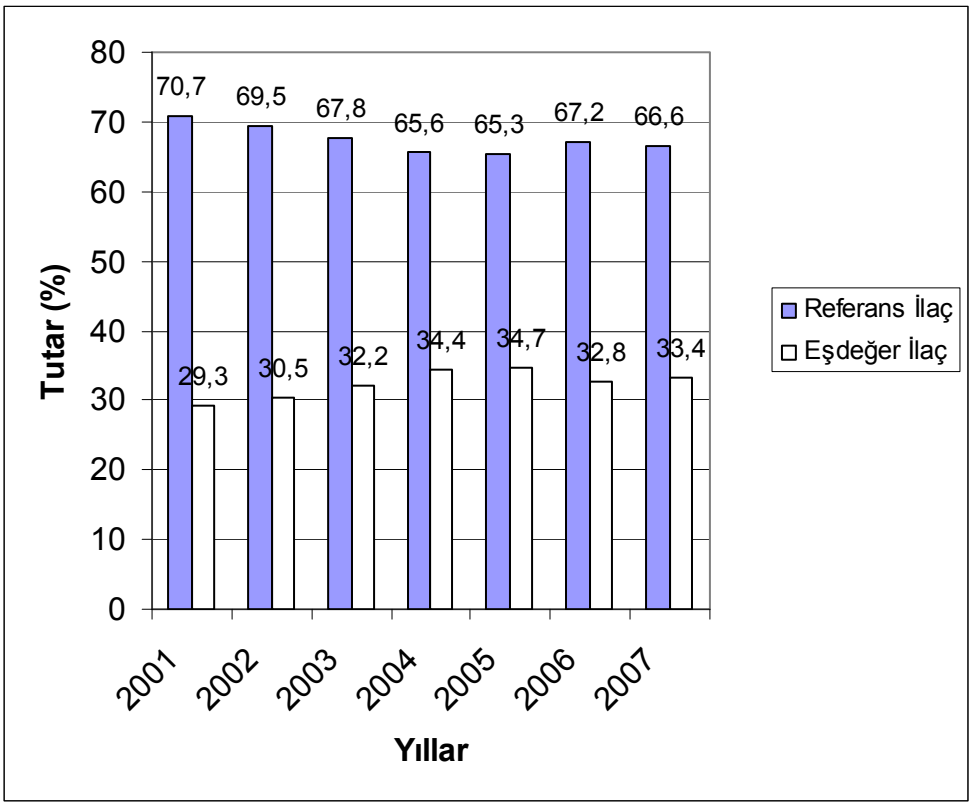
Ü l k e l e r...	**İlaç Tüketimi Milyon ABD $**	**GSYİH Milyon ABD $**	**İlaç Tüketiminin GSYİH'ye Oranı %**
Türkiye	***14.035***	***657.091***	***2,1***
Japonya	65.200	4.376.705	1,5
ABD	181.560	13.811.200	1,3
Rusya Federasyonu	16.483	1.291.011	1,2
Brezilya	15.700	1.314.170	1,2
Meksika	11.100	893.364	1,2

Şekil 4.2.19'da belirtildiği gibi ülkemizde dışalım (ithal) ilaç pazar oranı her geçen yıl artmaktadır.[159] 2007 sonunda açıklanan Kıtalararası Pazar Hizmetleri (Intercontinental Marketing Services - IMS)'nin Yıllık Öngörüsü'ne göre, Türkiye'nin de aralarında bulunduğu gelişen ilaç pazarının 2008 yılında % 12-13 oranında büyümesi beklenmektedir. Pazardaki bu büyüme; sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle ilaca erişimin artması, bunun kırsal alanlarda daha çok geçerli olması ve özel sağlık sigortası kapsamının genişlemesiyle açıklanmaktadır.[160]



Şekil 4.2.19. Türkiye'de Yerli ve Dışalım (İthal) İlaç Pazar Oranları, 2001-2007 (Tutar %).

Şekil 4.2.20'de belirtildiği gibi, Türkiye'de 2001'den 2007'ye dek eşdeğer (jenerik) ilaç pazarı tutar olarak %30 düzeylerinde kalmış olup; belirgin artış görülmemiştir. Eşdeğer ilaç kullanımıyla 2007 yılında 808 milyon YTL tasarruf sağlandığı ileri sürülmektedir.[161]



Şekil 4.2.20. Türkiye'de Referans ve Eşdeğer İlaç Pazar Oranları, 2001-2007 (Tutar %).

UNDP (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı) tarafından 1990'dan beri her yıl İnsansal Gelişme (HDI) Raporu yayınlanmaktadır. Bu raporlarda insansal gelişme; kişilerin yaşam seçeneklerini artırma süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu seçenekler sonsuz ve değişken olabilir, ancak bütün gelişme aşamalarında 3 temel seçenek ön plana çıkmaktadır:

1. Uzun ve sağlıklı bir yaşam,
2. Bilgi edinme ve
3. Yeterli bir yaşam sürmeyi sağlayacak kaynaklara ulaşmak.

Dolayısıyla kişi başına yıllık sağlık harcamasının büyüklüğü yüksek İnsansal Gelişme Endeksi (İGE) ve iyi sağlık düzey göstergeleri için yeterli değildir. [162] Tablo 4.2.28'de 2007 / 2008 İnsansal Gelişme Raporu'nda görüldüğü gibi, Küba sağlık harcamalarını büyük bir bölümünü kamudan

karşılayıp 229 SGP ABD $ yıllık kişi başına sağlık harcamasıyla iyi sağlık düzeyi göstergelerine sahiptir.[163]

Tablo 4.2.28. Kimi Ülkelerin Sağlık Düzey Göstergeleri 2004, 2005.

Ülkeler (İGE Sıralaması)	**İnsansal Gelişme Endeksi (2005)**	**Doğumda Beklenen Yaşam Yılı (E_0, 2005)**	**Bebek Ölüm Hızı (1000'de) (2005)**	**Anne Ölüm Hızı (100 000'de) (2005)**	**KSH / TSH (2004)**	**ÖSH / TSH (2004)**	**Kişi Başına Yıllık TSH (SGP ABD $) (2004)**
İzlanda (1)	0,968	81,5	2	4	8,3	1,6	3.294
ABD (12)	0,951	77,9	6	11	6,9	8,5	6.096
İngiltere (16)	0,946	79,0	5	8	7,0	1,1	2.560
Şili (40)	0,866	78,3	8	16	2,9	3,2	720
Küba (51)	0,838	77,7	6	45	5,5	0,8	229
Bulgaristan (53)	0,824	72,7	12	11	4,6	3,4	671
Çin (81)	0,777	72,5	23	45	1,8 *	2,9 *	277
Türkiye (84)	0,775	71,4	26	44	5,2 *	2,1 *	557
Sri Lanka (99)	0,743	71,6	12	58	2,0	2,3	163
Suriye (108)	0,724	73,6	14	130	2,2	2,5	109

* Veri standart tanımlanmadan farklı ya da ülkenin bir bölümünü içeriyor.

Tezin Bulgular-Sağlık Harcamaları bölümünü bağlarken :

Özellikle 2003 sonrası sağlık giderlerinde artış hızı OECD ülkeleri ortalamasının üzerindedir ve öbür sektörler aleyhine bir ulusal kaynak kullanımı sorun olmaya, eleştiri almaya başlamıştır. Gelişmekte olan ve çok ciddi düzeyde borçlu olan, yüksek cari açık veren bir ülkede önemli boyutlara varan ve hızla artmaya devam eden sağlık giderleri sürecinin sürdürülebilirliği kalmamıştır. Üstelik koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan pay reel olarak artmamakta, harcamalar çok ağırlıklı olarak sağaltıcı hizmetlere yönlendirilmekte maliyet-etkin olamamaktadır. IMF (International Monetary Fund) -DB-DTÖ aracılığıyla dış kökenli olarak Türkiye'ye dayatılan önceleri Sağlıkta Reform, 2003 sonrasında ise Sağlıkta Dönüşüm adı verilen sağlık mal ve hizmetlerini piyasalaştırma sürecinin daha fazla finanse edilmesi olanağı kalmamış gözükmektedir.

Türkiye 1961'de 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yönünde halktan yana yaptığı kamucu temel sağlık politikası seçiminden (tercihten), kökten yanlış "Batılılaşma" serüveninde Batılılardan da hızlı biçimde değişip-dönüşerek, yozlaşarak, de-regüle bir zeminde vahşi Pazar ekonomisine savrulmuştur.

"Regülasyon" sözcüğü genel bağlamda "düzenleme" anlamını yüklenen teknik bir teimdir. Hukuksal zeminde, "mevzuat üretimi" sürecini tanımlamaktadır. Türkiye, Tez kapsamında ayrıntılı irdelendiğine göre, oldukça kapsamlı bir "sağlıkta regülasyon" süreci yaşamıştır. Ancak ulusal çıkarlarını koruma-kollama amaçlı kritik düzenlemelere-regülasyonlara sahip değildir. Gerçekte, sağlık regülasyonları (mevzuat) bolluğu içinde korunaksızdır hatta ciddi biçimde sömürülmekte, kaynaklarını dışarıya akıtmaktadır. Gereksinim duyulan ise; ulusal kaynakları kollayan, halkın sağlık düzeyini iyileştiren, hakçalığı artıran. regülasyonlardır.

Acı bir ironidir : Sağlık mevzuatı üretimi ile (regülasyon!) sağlık giderleri verimsiz biçimde artmakta; bu istenmeyen (??!!) sonucu denetleme amaçlı harcama kısıtlamaları zorunluluğu yeni düzenlemeleri gerektirmektedir. Sistem, pozitif feed-back temposunda kısır döngüye girmiştir ne yazık ki.

Bir an önce, derin stratejik politika çıkamazının yüreklilikle adlandırılarak çıkmaz sokaktan geri dönülmesi zorunluk olmuştur.

Unutulmasın : Hatalı sağlık politikaları sosyo-ekonomik kalkınmayı da ketlemekte ve ödenen toplam maliyet sanıldığından makro-ekonomik ölçekte, öngörülebilenden çok daha büyük olmaktadır.

5. TARTIŞMA

5.1. Sağlık Alanında Küresel Dönüşümler

Sağlık hakkı, vazgeçilemez ve devredilemez, kişiye sıkı sıkıya bağlı temel insan haklarının başında gelir.[1]

DSÖ'nün 2000 Yılı Dünya Sağlık Raporu'nda; Sağlık sistemlerinin ulaşılabilir, sürdürülebilir, hakça (hakkaniyetli) ve iyi nitelikte olmalarının gereği belirtilmektedir.[164]

Bununla birlikte sağlık sektöründe de, öbür sektörlerde olduğu gibi, ulusal amaçları gerçekleştirmek için gerekli kaynaklar genellikle sınırlıdır. [1]

DSÖ ölçütlerine göre; bir ülkede en az, olmaz ise olmaz sağlık hizmetlerinin varlığından söz edebilmek için, o ülkedeki toplam sağlık harcamalarının GSYİH'nin en az % 5'i veya daha yüksek olması gerekmektedir. Türkiye'de bu oran 2006 yılında % 5,7'dir; sağlığa ayrılan pay yetersiz değildir (Tablo 4.2.6).[15,25]

Sağlık hizmetlerinin harcama düzeyi hemen her ülkede genel enflasyon hızından çok daha yüksek bir artış göstermektedir. [17]

Dolayısıyla Dünyadaki çoğu ülke; sağlık sektöründeki harcamaların gelir artışına göre daha hızlı yükselmesine yönelik ortak bir kaygıyı paylaşmaktadır.[2]

Ülkemizde de özellikle 2002 ve sonrasında TSH artış hızı GSYİH artış hızını geçmiştir (Şekil 4.2.4). 2000'li yıllardan 2006'ya dek OECD ülkeleri ortalamasının GSYİH temelinde yıllık gerçek büyüme hızına bakıldığında, sürekli bir artış göze çarpmaktadır. GSYİH'deki artışa karşın, TSH belirgin olarak azalmaktadır (Şekil 4.2.3).

OECD Sağlık Verileri 2006'da Türkiye'nin 1999 – 2004 yılları arasında kişi başına yıllık sağlık harcamasında yılda ortalama % 8,0 artış oranı ile OECD ülkeleri içinde en hızlı büyüme gösteren ülkelerden biri olarak oranın yıllık OECD ortalaması olan % 5,2'den belirgin olarak büyük olduğunu göstermektedir.[165]

Sağlık harcamalarında bu artış hızının nedenleri şöyle sıralanabilir:

1. Demografik: Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresi (E_0) uzamaktadır. Ülkemizde 2006'da beklenen yaşam süresi 73 yıldır.[166]
2. Epidemiyolojik: Ülkelerin ölüm ve hastalık ile ilgili görüntüleri değişmiştir. Gelişmekte olan ülkemizde de 2004'te yapılan "Hastalık Yükü" çalışmasına göre; hastalık yükünün % 63,9'unu bulaşıcı olmayan hastalıklar oluştururken, bu oran öbür AB Ülkelerinde % 76,2; gelişmiş ülkelerde 78,2 ve gelişmekte olan ülkelerde %40,1'dir.[167]
3. Teknolojik: İleri teknoloji ürünü aygıtların girişim olanaklarını çok genişletmesiyle birlikte bu işlemlerin maliyetleri hizmetlerin genel finansmanında önemli bir yükselişle sonuçlanmaktadır.
4. İletişim ve ulaşım olanakları: Dünyanın herhangi bir ülkesinde gerçekleştirilen yeni bir buluş kısa sürede bütün ülkelere yayılmakta ve bununla ilgili istemleri yeniden biçimlendirmektedir.
5. Felsefi: Sağlığın ve hastalığın kavram olarak algılanışında farklılaşma yaşanmaktadır. Sağlıkta gözlenen her türlü kısıtlanma ve aşınmanın yok edilmesi veya en aza indirilmesi için hizmet arayışları doğmaktadır. Bu durum hizmetlerin kullanımını artıran bir öğedir.
6. Sigorta uygulamasının özellikle gelişmiş ülkelerde yaygınlaşması: Sağlık sigortası sistemlerinin yaygınlaşması, kişileri fiyat - esnek hizmet kullanım anlayışından uzaklaştırmaktadır. Sağlık mal ve hizmetlerinin fiyatları belirli olduğunda sağlık hizmeti istemleri bundan fazla etkilenmeyebilecektir.[168]
7. Üretkenlik (verimlilik - productivity) ile ilgili değişim: Ekonominin öbür alanlarına göre tıbbi hizmetlerin üretkenlik kazanımları daha düşüktür. Bu durum, zamanla tıp-sağlık hizmetlerinin fiyatının giderek yükselmesine yol açar. Sistem, "istem esnek" olmadığı için, harcamalar artmaktadır.
8. Savunmacı tıp: Hukuksal ve adli işlemlerle olası (potansiyel) malpraktise karşı sağlık görevlilerinin kendisini ödence (tazminat)

açısından korumaya alması ve bu giderlerini hizmet tutarlarına eklemesi, hizmetleri daha pahalı kılmaktadır.

9. Gelir artışı: Sağlık hizmetleri kullanımı, kişilerin yeterince gelir elde ettiği durumlarda, her zaman bedelini ödemeye hazır olduğu hizmetler arasında sayılmaktadır.[16]

Bu durum karşısında hükümetler ve konunun uzmanları, sağlık sisteminde reformlar yapmak istemişlerdir. Küresel reform paketi olarak adlandırılabilecek bu düzenlemeler şu politikaları içermektedir:

Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, kamu sektörü dışında kalan kurum ve kişilerin teşvik edilmesi, piyasa mekanizmalarının daha çok kullanılmaya başlanması ve yerinden yönetime dayalı bir sistemin kurulması (desantralizasyon). Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde 1990'ların başından beri süren "Reform" tartışmalarına baktığımızda bu politikalardan en az birkaçının önerilmiş olduğunu gözlemliyoruz. Örneğin birçok gelişmekte olan ülke, ulusal sağlık sistemi modeli yerine, sosyal sigorta sistemini benimsediğini açıklamış ve bu yönde adımlar atmaya başlamıştır. Bu seçimlerine temel gerekçe olarak ek kaynak sağlamaktaki sıkıntıları göstermiş, bu koşullar altında sağlık hizmetleri için toplanan primlerin (= ek vergilerin), sistemin finansmanını karşılayacağını savlamışlardır.[169]

Yine birçok ülkede finansman ve hizmet sunumu birbirinden ayrılarak kamu sektöründe etkinlik gösteren finansman (geri ödeme) kurumlarının hem kamu hem de özel sektörde yer alan sağlık hizmet sunucularından hizmet satın alması yoluna gidilmesi önerilmiştir. İlk örneklerinden biri İngiltere'de görülen ve devlet hastanelerinin birbiriyle rekabet ettiği bir iç pazar kurulmasıyla sonuçlanan bu politika, birçok gelişmekte olan ülkenin reform programlarında yer almıştır. Bu çalışmanın popüler olmasını ülkelerin birbirinden öğrenme süreci olarak açıklayanlar olduğu gibi, DB'nin etkisine de dikkat çekilmiştir. Finansman alanında başka bir uygulama, yine hükümetlerin ek kaynak yaratmak ve hizmetin gereksiz kullanımını önleyebilmek düşüncesiyle uyguladıkları katkı payı (co-payement) alma politikasıdır. Birçok

Avrupa, Afrika ve Latin Amerika ülkesinde katkı payları değişik düzeylerde uygulanmış ve tartışma konularından birini oluşturmuştur.[169]

Bir başka yaklaşım ise sağlık sistemlerine olan istemi denetim altına almaya yönelik Halk Sağlığı ve 1. Basamak sağlık hizmetlerinin yeniden tanımlanarak hastalığı önleyici düzenlemelerin yaygınlaştırılması ve bu yolla çok daha pahalı olan 2. ve 3. Basamak sağlık hizmetlerine olan istemin azaltılmasını amaçlamaktadır. Bu girişimin en çok görülen örneği, sevk işleyişinin güçlendirilmesi ve 1. Basamak sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesidir (Doğu Avrupa ülkelerinde önerilen pratisyen hekimlik modelleri gibi)[169]

Son grup politika, hizmet sunumunun gözden geçirilmesi ile ilgilidir. Bunlar genellikle hizmet sunucularıyla finansman kurumları arasında ilişkinin sözleşme yöntemine göre yeniden düzenlenmesi ve özellikle başarıma (performansa) dayalı yeni ödeme yöntemlerinin benimsenmesi gibi politikalardır. Fakat daha da önemli bir gelişme, bu çerçevede doktorların ilaç yazımı, inceleme (tetkik) istemi ve sevk etme gibi klinik özerklik alanlarının temelini oluşturan yetkilerinin daha yakından izlenmesi ve hatta gerektiğinde kısıtlanmasıdır. Bu durum, doktorların giderleri gittikçe artıran ve kaynakları ziyan eden aktörler gibi algılandığı bir dönemin habercisidir.[169]

Tüm bu politikaların uygulanması, kamunun sağlık sistemindeki rolünün yeniden tanımlandığını gösterir. Bu süreç bağlamında Devletin finansman ve düzenleme alanındaki görev ve sorumlulukları gözetilirken ve hatta artarken, hizmet sunumundaki rolü ciddi anlamda daraltılır. Finansman sağlama ve hizmet sunumunun birbirinden ayrılması; hastanelerin özerk bir yapıya kavuşturulması ve üst yönetimlerinin profesyonel yöneticilere devredilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın görevlerinin yeniden tanımlanması ve kimi sorumluluklarının yerel yönetimlere bırakılması gibi birçok politika bu çerçevede değerlendirilebilir.[169]

5.2. Sağlıkta Alanında Ülkemizdeki Dönüşümler

5.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

27 Mayıs 1960 Devrimi sonrasında yürürlüğe giren (12 Ocak 1961) "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa" ile halkın İHEB'de bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden sosyal adalete uygun ve hakça yararlanmasını sağlamak amaçlanmıştır.[2]

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin (HASUDER) 2007 yılındaki "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu"nda 224 Sayılı Yasa'da yer alan; herkese - her yerde ve her zaman sağlık hizmeti, koruyucu ve iyileştirici bütün hizmetlerin aynı birim tarafından verilmesi (holistik anlayış), koruyucu sağlık hizmetlerine ve halk sağlığı açısından önemli sağlık sorunlarına öncelik verilmesi, başvurmayanlara da hizmet verilmesi, sevk zinciri, halkın sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulması kararlarına katılımı, takım (ekip) hizmeti, planlı ve değerlendirilen hizmet ve esnek model (hizmet kapsamındaki nüfusun özelliklerine göre uyarlanmış hizmet sunumu) ilkelerine değinilmiş; bu ilkelerin eskimediği ve hala çağdaş oldukları belirtilmiştir. Ayrıca, önceleri başarıyla uygulanan Yasa'nın işletilmesinde zamanla yönetsel nedenlerden kaynaklanan çok ciddi sorunlarla karşılaşıldığı; bu sorunlar nedeniyle, Yasa'nın ülkemize uygun olmadığı ve uygulanamaz olduğu yanlış kanısının ortaya çıktığına da değinilmiştir.[170]

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasının ilk 10–15 yıllık dönemde çok başarılı olduğu; özellikle, Doğu ve Güney Doğu Anadolu illeri ile üniversitelere bağlı "Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgeleri"ndeki uygulamalarda önemli başarılar elde edildiği belirtilmiştir. Raporda örnek olarak; Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 1967'de hizmete başlandığında ‰142 olan bebek ölüm hızının 1989'da ‰ 29'a düşürülmesi ile aynı süre içinde E_0'ın erkeklerde 56 yıldan 72 yıla, kadınlarda 57 yıldan 76 yıla yükselmesi ve Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'ni daha

sonra aynı başarıyı yineleyen ülkedeki öbür Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgeleri'nin izlemesi verilmiştir.[170]

Sağlık hizmetleri ile ilgili bugün karşı karşıya olduğumuz sorunların tam olarak anlaşılabilmesi için bu hizmetlerin sosyalleştirilmesi uygulamasında karşılaşılan sorunların bilinmesi gerektiğine değinilen HASUDER Raporu'nda başlıca aşağıdaki sorunlar sıralanmıştır:

1. Yeterli ve sürekli politik kararlılığın olmaması
2. Tam süre çalışma ilkesinden vazgeçilmesi
3. İl içinde coğrafi bütünlük ilkesinin getirilmesi
4. Öbür kurumların sağlık kuruluşlarının Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na devredilememesi: Yasa'da sosyalleştirilen illerdeki bütün kamu kurumlarına ait hastane ve öbür sağlık kuruluşlarının Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na devredileceği kuralı vardır. Bu Yasa çıktıktan 44 yıl sonra 2005'te SSK ve öbür kamu kurumlarına ait sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu devir işleminin 224 Sayılı Yasa'da öngörülen mantık içinde olduğu söylenemese de, söz konusu devir işlemi tek elden yönetim ilkesi açısından olumlu yönler içermektedir.[13]
5. Sevk zincirinin işletilememesi:
6. Sosyalleştirme terimine yüklenmek istenen politik anlam
7. Ülkeye yayılmasının gecikmesi
8. Kent tipi sağlık ocakları: Kentlerdeki sağlık ocaklarının tanı ve sağaltım olanakları kentte yaşayanların beklentilerine yanıt verebilecek biçimde geliştirilememiştir.
9. Sağaltım hizmetlerine verilen ağırlık
10. Sağlık çalışanlarının eğitiminin uygunsuzluğu ve yetersizliği
11. Sağlık çalışanı, bina ve donanım yetersizliği
12. Politik baskılar

[13]2007'de hazırlanan "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Yasa Tasarısı" ile bu durum değişecektir. Yönetim Kurulu'nun görevlerinden biri; Birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınırları ve tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiralamak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek, tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işlettirmektir (md. 3/d). [95]

13. Yönetim kapasitesinin yetersizliği: Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan en önemli sorun, belki de, yönetim kapasitesindeki yetersizlik olmuştur. Özellikle il ve ilçe düzeyinde çoğunlukla yönetim bilgi ve becerilerinden yoksun olan yöneticilere görev verilmiş; bu alanda yetiştirilmiş insan - gücüne (Halk sağlığı Uzmanları gibi) görev verilmemiştir.
14. Toplum katılımının sağlanamaması[170]

5.2.2. Dünya Bankası ve 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası

Dünya Bankası (DB) 1987 yılında "Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı" adlı reformlar için bir gündem (ajanda) yayınlamıştır. Bu gündemde sağlık sektörünün sorunları olarak; kamu programlarının yetersizliği, sağlık hizmetlerinin yararlarının adaletsiz dağılımı ve maliyet-etkili sağlık hizmetlerinde yetersiz ödeme yapılması gösterilmiştir. Reform olarak da kamu sağlık kurumlarından yararlananlardan kullanıcı ücreti istemek, sigorta veya öbür risk kapsamlarını sağlama (finansmanın kaydırılması), hükümet dışı kaynakların (kar amacı gütmeyen kurumlar, özel hekim, eczacı gibi) etkili kullanımı, hükümetin sağlık hizmetlerini yerinden yönetime (desantralizasyon) kaydırması ve ödenmeyen maliyetler için yeni vergiler konulması önerilmektedir. Ayrıca özel sektörün teknik ve finansman açıdan desteklenmesi, kredi sağlanması ve hükümet sağlık kurumlarının özel sektöre devredilmesi de (satış, kiralama ve benzeri yollarla) reform önerileri içindedir.[171]

İlginç bir zamanlama ile aynı yıl Mayıs 1987'de yayımlanan "3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası"nda ise; koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek üzere kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde gereksiz kaynak kullanımına yol açılmaksızın, gerektiğinde hizmet satın alınarak nitelikli hizmet sunumu ve verimliliğinin temel alınacağı belirtilmiştir. Yasanın "Sağlık İşletmesi" başlıklı maddesi ile Milli Savunma Bakanlığı dışında kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesine olanak

tanınarak, hastanelerin kendi gelirleri ile giderlerini karşılamasını, piyasa koşullarında rekabet eden kurumlar durumuna getirilmesini amaçlamıştır.[45]

Bu yasa, sağlığın ticarileştirilmesi amaçlı en net belge niteliğindedir ve Anayasa Mahkemesi'nce yukarıda belirtilen fıkra dahil birçok maddesi iptal edildiğinden, sistematik bir bütünlük içinde yürürlüğe sokulamamıştır.[39]

Dünya Bankası 1989'da "Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sektör Aracılığı ile Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi" tartışma metnini yayınlanmıştır. Bu metinde; gelişmekte olan ülkelerin ulusal gelirlerinin %5,5'ini sağlığa harcadıklarını, bu ülkelerde kişi başına ulusal gelirin artması ve yaşam süresinin uzamasıyla sağlık hizmetlerine istemin artacağı, sağlık bakanlığı bütçelerinin yetersiz olduğu ve harcamaların yatan hastalara kaydığı belirtilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde merkezi hükümetin toplam harcamaları içinde sağlık harcamalarının oranı düşerken; gelişmiş ülkelerde arttığı, gelişmiş ülkelerde hükümetler toplam sağlık harcamalarının %70'ini karşılarken gelişmekte olan ülkelerde bu oranın %50'den az olduğu gösterilmiştir. Ayrıca söz konusu DB metninde, gelişmekte olan ülkelerde hükümetlerin yersiz olarak bütçelerinin çoğunu hastanelere harcadığı, bunun kırsal kesimde yaşayanların sağlık sorunlarının büyük bir bölümü için uygun olmadığı, kentlerde yaşayanların hastanelere yakın oturdukları ve buraları kullandıkları için hükümetin sağlık yardımlarından yararlanmada eşitsizlik oluşturduğu belirtilmiştir. Hükümetlerin bu sorunu hastane hizmetlerinde kullanıcı ücretini yükselterek azaltabileceği, fakat bunu sağlamanın birçok ülkede yavaş ve politik açıdan zor olduğu; daha kalıcı ve uygulanabilir çözüm önerisinin hastanelerin yönetsel ve finansal olarak hükümet vesayetinden ayrılarak -özelleştirilmesi- olduğu; böylece Sağlık Bakanlığı'nın kırsal kesime yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok kaynak aktarabileceği belirtilmiştir.[172]

5.2.3. Dünya Bankası ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

Dünya Bankası'nın 2003 yılında yayınladığı "Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik için Sağlık Sektörü Reformu"nda kimi sağlık reformu yöntemleri önerilmiştir. Başlıca öneriler şöyledir:

1. Tercihe bağlı özel ek sigorta, zorunlu genel sosyal sağlık sigortası: Burada SSK, Bağ-Kur, ES, aktif memurlar ve Yeşil Kart'ın tek bir finansman kaynağıyla birleştirilmesi önerilmektedir.
2. Temel hizmetler paketi geliştirilmesi ve kamu harcaması hedeflemesi: Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik belli bir hizmet paketi geliştirilmesi önerilmektedir. Temel hizmetler paketini yoksullara ulaştırmak için, teşvik edilebilir yöntemler geliştirilerek, sağlık çalışanlarının yoksul kesimlerde çalışması sağlanmalıdır. Bu teşvikler ek ücret, daha kısa görev süresi, bir yoksunluk (mahrumiyet) bölgesinde hizmet verdikten sonra seçilen yere atanma ve uzmanlık programlarına avantajlı kabul edilme olabilir.
3. Kamu hastanelerinin yeniden düzenlenmesi ve daha çok serbestlik tanınması: Hastane verimliliğinin artırılması için, tüm hastanelere, özellikle devlet ve SSK hastanelerine, yönetsel (idari) ve akçalı (mali) özerklikle sağlık hizmetlerinin üretimi ve yönetimi için gerekli girdilerin alımında özerklik tanınması önerilmektedir.
4. Kurumsal sorumlulukların birleştirilmesi ve yeniden tanımlanması: Sağlık Bakanlığı'nın öncelikli görev ve sorumluluğu politika belirleme, düzenleyici ve denetimi sağlama olmadır.
5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri arzının güçlendirilmesi: Bunu gerçekleştirmek için "Aile Hekimliği" kavramının benimsenmesi ve yaşama geçirilmesi önerilmektedir.[173]

3359 sayılı yasada 1987'de olduğu gibi, yine çok ilginç bir zamanlama örtüşmesi ile "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın bileşenlerinden; planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, herkesi tek çatı altında toplayan bir GSS, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği ile yönetsel ve akçalı özerkliğe sahip sağlık işletmeleri IMF / DB patentli programların da

öngördüğü düzenlemeler olarak yaşama geçirilmeye çalışılmaktadır. Bütün bunlar, aslında ulusal sağlık sistemimizdeki "Reform" adı altında köklü değişimlerin, uluslararası güçler tarafından yönlendirildiğini açıkça göstermektedir.[174,175]

5.2.4. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik

Dünya'da ilk olarak 1947'de ABD'nde Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi kurulmuştur.[176,] Ardından İngiltere'de 1950 yılında Kraliyet Tıp Koleji'nde "General Practitioner" bölümü oluşturulurken, 1952'de Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji kurulmuştur. [177] ABD'de ise Aile Hekimliği 1969 yılında 20. tıp uzmanlık alanı olarak kabul edilmiş, öncüleri tarafından sağlık reformlarının habercisi olarak tanımlanmıştır. [178] Avrupa Konseyi, 1986'da Avrupa Topluluğu üyesi ülkelerin Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alacak hekimlerin tıp fakültesi mezuniyeti sonrası enaz 2 yıl Aile Hekimliği eğitimi almış olması gerektiğini karara bağlamış ve bu uygulamaya başlanması için 1 Ocak 1995'i hedeflemiştir.[177] Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, günümüzde birçok ülkede farklı sağlık sistemleri içinde uygulanmaktadır.

Bu ülkelerden biri olan Küba'da 1983'te uygulanmaya başlanan Aile Hekimliği sistemiyle her mahalleye, okula ve fabrikaya bir aile hekimi verilmiştir. Aile hekimleri yanlarında çalışan bir hemşireyle 120 aileye (Kırsal alanlarda aile sayısı 75'e düşebilmektedir) hizmet vermektedirler. Aile hekimleri ve hemşireleri genellikle üç katlı evlerde yaşamaktadırlar. Alt kat klinik olup, öbür katlarda doktor ve hemşire oturmaktadır. Böylece aile hekimliği birimleri toplumun bir ailesi durumuna gelmekte ve ivedi (acil) durumlar için erişilebilir, hazır bulunmaktadır. Aile hekimleri sabahlarını klinikte sağaltıcı hizmetlere, öğleden sonralarını ise ev ziyaretlerine ayırmaktadır. Aile hekimlerinin görevleri; sağlık eğitimi, tanısal testler, doğum öncesi bakım, bağışıklama, beslenmenin izlenmesi, servikal yayma, mamografi hizmetlerini verme; hipertansiyon, tütün alışkanlığı ve stresle savaşım ile sağlığın geliştirilmesi çalışmalarıdır. Hekim ve hemşireler

zamanlarının büyük bir bölümünü su sanitasyonu, beslenme, gebelik bakımı ve doğum kontrolü gibi koruyucu hizmetlere ayırmaktadırlar. Açıkça görülmektedir ki, kişiye-ailesine dönük sağaltıcı hizmetler ve hem kişiye-ailesine hem de çevrelerine dönük koruyucu sağlık hizmetleri bütüncül olarak sunulmaktadır. Türkiye'deki modelde, çevreye dönük koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimleri yükümünde olmayıp, Toplum Sağlığı Merkezlerine bırakılarak "bütüncüllük" ilkesi bozulmuştur.[179]

Küba'da her 15-20 aile hekimliği birimi bir çalışma kümesi oluşturmaktadır. Bu kümenin sürekli eğitimi, soruna (probleme) dayalı olarak en yakın poliklinik ya da kırsal hastanede çalışan iç hastalıkları, pediatri, kadın hastalıkları ve doğum, psikiyatri uzmanlarından ve denetleyici bir hemşireden oluşan takımca gerçekleştirilmektedir. Aile hekimliği sisteminde toplum katılımı, önemli bir boyut olarak ortaya çıkmıştır. Toplum birlikleri sağlık hizmetlerinin denetlenmesine katılmaktadır. Ülkemizdeki modelde toplum katılmı da öngörülmemiştir. Sözleşmeli 1 aile hekimi ve onun sözleşmeli hemşiresinden oluşan 2 kişilik ekipçiğe 1000 - 4000 kişi kaydedilmektedir ve sistem kamusal olmaktan çok, özel niteliklidir.[179]

Ülkemizde Aile Hekimliği sistemine geçilirken, Toplum Katlımı gündeme getirilmemiştir. 224 sayılı yasaya dayalı olarak öngörülen **Sağlık Ocakları Kurulları**, **İl ve İlçe Sağlık Meclisleri** söz konusu edilmemiştir.

Türkiye'ye getirilmek istenen ve toplum katılımını, hizmetin bütüncüllük ilkesini dışlayan çağdışı-ilkel-piyasacı Aile Hekimliği modeli üzerinden 1. Basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilerek piyasaya açılmak istendiği açıktır.

Eylül 2005'te Düzce'de pilot uygulamasına başlanan (yasayla belirlenen hükümler tam olarak uygulanmadığından "Düzce modeli" olarak da adlandırılan) Aile Hekimliği'nde; pratisyen hekimlerin "Aile Doktoru" olmasının kısa süreli[14] kurslarla sağlanacağı belirtilirken; kişilere aile doktorunu seçme hakkı tanınmakta, doktorların da 2 ay üst üste kayıtlı kişi sayısının 1000'in

[14] Aile Hekimliğine geçiş dönemi eğitimi, disiplinin temel özelliklerini içeren bir uyum eğitiminden oluşan yalnızca 10 (on!) günlük bir birinci aşama eğitimi ve ardından esas olarak görev yerinde eğitim ve koçluk yöntemlerinin kullanılacağı 1 yıllık bir eğitim sürecinden oluşmaktadır. [77]

altına inmesi (kayıtlı olması öngörülen kişi sayısı 1000 - 4000) gibi kimi koşullarda sözleşmesinin feshedileceği, sevk sayıları belli bir oranın üzerine çıktığında maaş kesinti yapılacağı belirtilmektedir.[74,75,88]

Keyder'e göre burada insanların hem seçimi yapmasının rekabet doğurarak etkinlik yaratacağı, doktorların ve sağlık kurumlarının üzerinde bir disiplin oluşturacağı ve bu yolla hizmet niteliğinin yükseleceği varsayılmaktadır. Bu alanda piyasa türü bir mekanizmanın işleyeceğini varsaymak, yanlış sonuç verecektir. Onun yerine, iyi kurulmuş güvenilir bir denetim mekanizması ile kamusal hizmet sunumu, istenen sonucu daha etkili ortaya çıkaracaktır.[2]

Ayrıca Küba'daki Aile Hekimliği sistemiyle karşılaştırıldığında; orada aile bütün olarak aile hekimine kayıtlı iken; Türkiye'de adı aile hekimi olsa da, bireylerin kayıtlı olması öngörülmektedir. [75, 179] Daha açıkçası, aynı aile bireyleri farklı aile hekimleri seçebileceklerdir. Ayrıca bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısında da belirgin farklılık vardır.[75,179] Küba'da bir aile hekimi 75 - 120 aileden sorunlu iken, bizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003'e göre ortalama hanehalkı büyüklüğünün 4 oluşu göz önüne alınarak, bir aile hekimi 250 - 1000 aileden sorumludur.[179,180]

Türkiye'de aile hekiminin ilgili yönetmelikle belirtilen görevleri oldukça kapsamlıdır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler için belli bir zaman ayırması da söz konusu değildir. 1 Ekim 2008'de Aile Hekimliği uygulamasına geçilen 4 ilden (Bayburt, Isparta, Gümüşhane ve Denizli) Isparta'da 05.12.2008 tarihinde, Isparta Valiliği tarafından Isparta ilinde sözleşmeli çalışan 117 Aile Hekiminin 107'sine koruyucu hekimlik görevleri arasında olan gebelik saptama ve izlemlerini yapmadıkları savı ile "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Çalıştırılacak Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik"in sözleşmenin uyarıyla (ihtaren) sona erdirilmesi kapsamında yazılı savunmaları istenmiştir (daha önceden uyarılmaları ve eksikliklerini tamamlamalarının istenmesi gerekirken). [89,181] Isparta İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan yazılı bilgiye göre istenen savunma sonucunda çoğunluğunun savunması yeterli görülmüş, bir kısmı ise ilgili yönetmelik hükümlerine göre ihtaren uyarılmıştır.[182] Sistem daha başında,

koruyucu sağlık hizmetleri bakımından aksamaktadır. Sonrasında 1 Ocak 2009'da sevk uygulamasına geçilecek olan Aile Hekimliği uygulanan öbür illerde bu tarih 1 Temmuz 2009'a ertelenmiş, sevk uygulamasına geçilen 4 il de bu ertelenmeye eklenmiştir.[109,110,116]

Savaş ve arkadaşlarının yaptığı "Sevk Zinciri İptalinin Üçüncü Basamakta Konulan Tanılar ve Sosyal Güvenlik Kurumuna Maliyeti Üzerine Etkileri" adlı çalışmada Hatay MKÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin 1 Ocak 2006–30 Kasım 2007 elektronik kayıtları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda SGK'nın 15 Haziran 2007'de yürürlüğe girmesiyle, vatandaşların istedikleri hastaneye serbest olarak gidebilmesinin önü açılması sonrası öncesine göre bu tanılar için üniversite hastanesine 10.67 kat fazla ödeme yaptığı bulunmuştur[97,98,183]

Sağlıkta Dönüşüm'ün temel bileşenlerinden olan ve sağlık harcamalarını azalması beklenen "Etkili, kademeli sevk zinciri" uygulamasının Türkiye "Aile Hekimliği" modelinde uygulanamayacağı görülmüştür. Oysa Aile hekimliğinin belkemiği sevk zinciridir ve Türkiye'de sistem maalesef omurgasızdır. Böylelikle, sevk zincirine dayanmayan bir aile hekimliği modeli, Dünyada ilk ve tek olmak üzere Türkiye'de kurulmuştur.

5.2.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Temelde bütün ülkelerin yüzleştiği sorun, sağlık finansman sistemlerinin herkesi kapsayan sağlık hizmetlerini nasıl geçekleştireceği veya sürdüreceğidir. Herkesi kapsama, bütün uygun destekleyici, koruyucu, sağaltıcı ve esenlendirici hizmetlere finanse edilebilir bir bedelle ulaşmayı sağlamak olarak tanımlanabilir. Böylece herkesi kapsama; finansal riskten korumaya ek olarak 2 tamamlayıcı boyutu birleştirir: Toplumu kapsayıcılık boyutu (örneğin kimler kapsanır?) ve sağlık hizmetlerinin içeriği (örneğin, hangi hizmetler sunulacak?).[184]

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin 1997'de yayınladığı "Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi"nde Sağlık hizmetlerinde; vergilendirme,

sosyal sigorta sistemlerine olan katkılar, isteğe bağlı özel sigortalar ve cepten ödemeler olmak üzere 4 ana kaynak bulunduğu belirtilmiştir.[185]

Analizde; sigortaya dayalı finansmanın iyi kurulmuş sistemlerde niteliksiz (vasıfsız!) işçileri de kapsayacak biçimde geliştirilebilmesi için 4 mekanizmanın kullanılmasının gereği belirtilmiştir:

1. Sosyal sigortayı zorunlu kılarak riskin yayılması,
2. Üye katkılarının bir bölümünü karşılayacak işveren gereksinimi,
3. Kamu veya yan kamu, kar amacı gütmeyen kuruluşlar aracılığı ile sigorta sağlanması,
4. Düşük ve yüksek gelirli kişiler arasında dengeli gelir dağılımını sağlamak için bir mekanizmanın geliştirmesi.[185]

Tüm koşullarda sosyal sigortanın gelişimi, daha çok nüfusun sigorta sistemlerine katılmasını ve böylece kapsam altına alınan toplumun sayıca artırılmasını içermektedir.[185]

Sosyal sigorta sistemini sübvanse etmek için, bir ölçüde devlet bütçesinden sağlanan fonlar kullanılır. Buna ek olarak, devlet fonları, genellikle halk sağlığı, tıp eğitimi ve araştırmalar konularında da kullanılmaktadır. Buna karşın, genel vergilendirme ile devlet bütçesinden yapılan finansman, toplam sağlık finansmanının büyük bir bölümünü oluşturmaktadır.[185]

Geçiş dönemindeki sistemlere örnek verilen Türkiye'de; sağlık finansmanı reformunun temel amacının, sosyal sigorta kapsamını tüm nüfusa yaymak olduğu belirtilmiştir. Reformlar bir "temel güvence" paketinin oluşturulmasını, kişilerin ödeme gücüne göre saptanan katkı paylarını, (çok yoksullar için sıfır olmak koşulu ile) genel bütçe ile desteklenecek sosyal sigortayı ve bunun yeni bir yan kamusal kuruluş tarafından yönetilmesini önermektedir. Reformların yeni uygulanmaya başlandığı da belirtilmiştir.[185]

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin 1997'de yayınladığı "Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi"ne göre; sigortaya dayalı sistemlerin aksine, vergiye dayalı sağlık hizmeti finansmanı uygulayan ülkelerin vatandaşları, kamu sistemi kapsamındadırlar ve sağlanan hizmetlerin dağılımı geniş kapsamlıdır. Buna ek, sosyal sigorta sistemi

uygulamalarından farklı olarak tüm vatandaşlar için hizmet dağılımı aynı olacaktır. Vergilendirme ile finanse edilen sağlık sistemleri, tüm vatandaşlarını eşit koşullarda ulusal kapsama almışlardır, tersi durumda, dayanışma konusunda güçlükler ortaya çıkacaktır.[185]

Söz konusu DB Analizi'ne göre merkezi denetimden sigortaya dayalı sisteme geçişte genel kanı, sosyal sigorta katkılarının, sağlık hizmeti için kullanılacak olan toplam fonları büyüteceği yönündedir. 2000'li yılların başlarında Orta ve Doğu Avrupa (Estonya, Letonya, ve Litvanya) ve Bağımsız Devletler Topluluğu Ülkeleri (Çek Cumhuriyeti, Bulgaristan, Hırvatistan, Macaristan ve Slovakya gibi) sağlık sistemlerini bu yönde değiştirmeye başlamışlardır.[185]

Bu ülkelerin yeni kurulan sistemlerdeki birçok özellik, sağlık sigortası sistemini yeni oturtmaya çalışan ülkelerin deneyimlerinde belirgin olarak görülmektedir. Bunlar:

1. Ayrılmış (Tahsisli) Fonlar: Sağlık sigortası fonlarında biriken tüm kaynaklar, planlanma veya kamu sigortası uygulaması yapan ülkelerde sağlık hizmetleri amacı doğrultusunda ayrılmıştır.
2. Vergiye Dayalı Finansmanın Süregelen Rolü: Tüm sağlık sigortası sistemlerinde (var olan veya planlanan) ek bütçe finansmanı için, nüfusun herhangi bir geliri olmayan kesimlerinde katkı biçiminde ya da kamusal sağlık faaliyetlerini finanse ederek, tıbbi eğitim ve araştırma ve ulusal araştırma enstitüleri olarak sağlanmaktadır.
3. Sağlık Sigortası Fonlarının Bağımsızlığı: Devlet bütçesine olan bağımlılık sürerken, sağlık sigortasından sorumlu yönetsel organlar değişen oranlarda devlet bütçesinden ve maliye bakanlığından mali olarak bağımsız olma eğilimindedirler.
4. Hükümet Denetimi: Sigorta şirketleri ve hastalık fonları, değişik düzeylerdeki bağımsızlıklarıyla birlikte, genellikle bir çeşit hükümet denetim altındadır.
5. Kurumsal Yapı ve Sigorta Fonlarının Sayıları: Kimi ülkeler 1'den çok sigorta fonu oluşturma sürecindedirler.

6. Zorunlu Sigorta: Geliştirilmekte olan sigorta sistemi, yeni sistem kapsamına alınması amaçlanan kesimler için sigortayı koşul kılmaktadır.
7. Hak Kazandırma: Sigortaya hak kazanmanın sigorta katkı paylarına dayalı yapıldığı durumlarda, herkesin kapsam altına alınması, ulaşılması daha zor bir hedeftir.
8. Güvence (Teminat) Paketi: Sağlık sigortası sistemini benimseyen ülkeler, uygun yönetmelikle düzenlenen bütün sigorta fonlarına ve kapsam altına alınmış kişilere eşit olarak uygulanan sağlık yardım paketi tasarlamaktadırlar.
9. Katkı Payları: Katkı payları gelirlere göre ayarlanıp sabit oranda tutulmaktadır. Birçok durumda ise işçi ve işveren arasında bölüştürülmektedir. Ülkeler arasında farklılıklar vardır. Katkı payları: % 3,5 - 13,5; işçi / işveren oranı: 100 / 1 - 50 / 50 arasında değişmektedir. Nüfusun ödeme yapamayan kesimi, bütçe gelirleri ile sübvansiyon sağlayan Devletin sorumluluğu altındadır.
10. Sigorta Fonu Seçimi: Çoğu ülkeler, fonlar arası rekabeti artırmak için sigortalıya, sigorta fonu seçim hakkı sunmuştur veya sunmayı hedeflemektedir.
11. Dayanışma ve Risk Ayarlaması: Ülkeler genellikle eşit bir biçimde dağılmamış olan sağlık risklerini ayarlamak için çaba göstermektedir.
12. Sağlık Hizmeti İçin Fonların Kullanılması: Sağlık hizmeti için, sağlık sigortasının temel kaynak durumuna geldiği ülkelerde, devlet bütçesi fonu net bir düşüş göstermiş olsa bile, sağlık hizmeti gelirlerinde bir artış kaydedilmektedir. Artan işsizlik oranının, yoksul kesimin gelir düzeyinin aşınmasına neden olduğu düşünülürse, bu durum ciddi bir çelişki ve risktir. Bu ülkelerde sağlık sigortasına geçiş yapmaları ile birlikte sağlık hizmetine harcanan GSYİH oranı yükselmiştir ve bu oranlar sağlık hizmetleri devlet bütçesinden finanse edilen ülkelerden daha yüksektir.[185]

DB Analizi'nde bu ülkelerin sigortaya dayalı finansmana kısa bir zamanda geçmek istedikleri; birçoğu da zayıf ekonomik durum, geçici

hükümetler, uygunsuz kurumsal altyapılar gibi hızlı bir değişime el vermeyecek koşullarda sistemi oturtmaya çalıştıkları belirtilmiştir.[185]

Sigortaya dayalı finansmana geçişteki zorluklar şöyle özetlenmektedir:

1. Harcama Denetiminin Eksikliği: Sigorta sisteminin uygulanması, sağlık hizmeti için daha çok kaynağın kullanılması anlamına gelse de, kaynakların etkili biçimde değerlendirilip değerlendirilmediği tartışılmaktadır.
2. Yapısal Açıkların Ortaya Çıkışı: Bu ülkelerindeki sağlık sigorta sistemleri, değişik düzeylerde olmak üzere hemen hemen herkesi kapsam altına almayı amaçlamaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi, hükümet bunu, nüfusun ödeme yapamayan kesimi için vergilerden katkı payını ödeyerek ya da emekliler için olan dolaylı katkı paylarından ve işsizlik fonlarından sağlayabilmektedir. Nüfusun yukarıda sözü edilen kesimleri için sağlanan sağlık hizmeti maliyetinin, sağlık sigortası fonları aracılığı ile yapılan aktarımlardan (transferlerden) daha çok olduğu ve bu fonların birçoğunun sürekli açık verdiği saptanmıştır. Çek Cumhuriyeti, Hırvatistan, Estonya, Macaristan ve Slovakya, yukarıdaki duruma örnek oluşturan ülkelerdir.
3. Artan İşçi Maliyetleri: Bütçe kaynağından, sağlık sigortasına yapılan geçiş, işçi maliyetlerinde yükselmeye neden olmuştur. Bu durum kayıt dışı ekonomik faaliyetler ile hem işçi hem de işverenlerin mali yükten kaçmalarını teşvik ettiği gibi ulusal rekabette olumsuz karışıklıklar yaratmıştır.
4. Katkı Paylarının Artan Yükü: Sağlık hizmeti, sosyal sigorta aracılığı ile sağlanan tek hizmet değildir. Emekli aylıkları ve işsizlik katkıları sağlık katkı paylarına eklenir ve bunlar kimi kez ciddi oranlara erişebilirler. Örneğin Macaristan'daki birleşik katkı payı, Batı Avrupa ülkelerindeki %31'lik ortalama ile karşılaştırıldığında net aylığın %60,8'idir (emekli aylıkları, sağlık hizmeti ve işsizlik dahil olmak üzere). Doğal olarak, bu yüksek katkı payı bile, devlet bütçesinden sağlık sigortası fonuna kaynak aktarmadan sağlık hizmeti maliyetlerini karşılamaya yeterli değildir. Macaristan, bu nedenle sağlık finansmanının tekrar dağıtılabilir

ögelerini (emekli ve işsizlik aylığı) yeniden devlet bütçesine geçirmenin yollarını aramaktadır.

5. Uyum Sorunları: Katkı paylarının artan yükünün bir sonucu olarak, birçok devlete ait işletmeler ve özel kuruluşlar, sağlık sigortası ve öbür sosyal sigorta sorumluluklarında zamanında ödenmemiş büyük borçlar altına girmektedirler.[185]

Ülkemizde de benzer bir tablo, SGK'ya prim akışının yetersizliği yüzünden eczanelere ilaç bedellerinin zamanında ödenemeyerek aylarca sarkması yüzünden yaşanmıştır. 14 Ocak 2007 Ankara ve 21 Aralık 2008 İstanbul mitinglerine sırasıyla 8 bin ve 32 bin katılım olmuştur.[186]

Sur'a göre hükümetler, görevleri ve sorumlulukları gereği sağlık alanından hiçbir zaman çekilemezler. Sağlıkla ilgili politikaları ortaya koymak, hizmetlerin sunumuyla ilgili ilke ve kuralları belirlemek, hedeflenen hizmet düzeyi için kaynakları öngörmek ve karşılamak, hedeflenenler doğrultusunda hizmetlerin sunulduğundan ve finansmanın doğru akışından sorumlu olarak izleme ve değerlendirme yapmak her zaman hükümetlerin görevidir. Sağlık hizmetlerinin tümüyle pazar ekonomisi dinamiklerine bırakılmasının hiçbir zaman olanaklı olmadığı, birçok yazar tarafından vurgulanmaktadır.[17]

Sağlık mal ve hizmetleri kimi temel özellikleri yüzünden **piyasa ekonomisine uyarsız**dır, onun insafına bırakılamaz :

1. Rastlantısaldır, istem esnekliği yok gibidir. Boyutunun, kapsamının, zamanının, öznesinin, süresinin, yerinin kestirilmesi güçtür.
2. Ertelenemez; hatta süregen (kronik) hastalıklar için bile bu olgu geçerlidir, çünkü hem mikro hem makro ölçekte ekonomiye yükü, ertelenmeksizin karşılanmasından fazladır.
3. Hizmetin sunumunu, kullanılacak sağlık mallarını (ilaç, gözlük, ortez-protez) başvuran değil hekim belirler; kullanıcının yönlendirici bir seçimi (inisiyatifi) yoktur.
4. Yerine başka bir mal ya da hizmet konulamaz, biriciktir, son derece özgüldür.
5. Kişiye sıkı sıkıya bağlıdır, başkasına devredilemez, değiştirilemez ve vazgeçilemez.

6. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde doğuştan kazanılan bir TEMEL insanlık hak sayılmıştır (1948).
7. Çıktısı doğrudan paraya çevrilemez, elde edilen ürün, **toplumsal yarar** olmak durumundadır.[187]

Sur'a göre bir ülkede sağlık hizmetleri harcamaları ülkenin gelirleri ile sınırlıdır. Bundan başka, bir ülkede var olan kaynakları harekete geçirip kullanabilmekle ilgili sorunlar da kısıtlılığı artırmış olabilir. Ülkelerin finansmanını kuramsal olarak karşılayabileceği sağlık hizmet düzeyi ile gerçekte finanse edebildiği düzey birbirinden farklı olabilir. Normand ve Weber bunun vergi toplamak ve özel sağlık sigortasıyla ilgili iki ana nedene bağlı olabileceğini yazmaktadır:

1. Vergi koymak ve toplamakla ilgili politik kısıtlılıklar hükümetin sağlıkla ilgili bütçesinde kaynak kısıtlılığı oluşturur. [17] Ülkemizde 2007'de vergi gelirleri içinde dolaylı vergilerin oranı % 66 olup bir önceki yıla göre % 2'lik bir düşüş vardır.[15]

Burada IMF'ye değinmekte yarar vardır. Uluslararası Para Fonu'na sunulan ilk Niyet Mektubu'nun tarihi (1958 sayılmazsa) 1979 olup, yapılacak son antlaşmanın (20. Stand by) görüşmeleri halen sürmektedir.[16]

Akayın'a göre IMF istikrar programı diye adlandırılan şeyin özünde; hemen hemen bütün gelişmekte olan ve ödeme güçlüğüyle karşılaşan ülkelere yıllardır verilen reçetenin **bütçe açıklarını azaltmak için kamu harcamalarını kısıp, kamu gelirlerini artırmak** olduğu görülecektir. Ancak IMF'e yapılabilecek iki önemli eleştiriden birinin çıkış noktası da tam da burasıdır. Elbette basiretsiz siyasetçilerin küçümsenmemesi gereken rolü göz önünde tutulsa da, yapılan kısıtlamalar hep toplumsal alandaki harcamalara denk gelmektedir. Hele hele bu da yeterli değilse, istikrar programlarındaki kısıtlamaların bir sonraki hedefi, altyapı yatırımları olmaktadır. Madalyonun öbür yüzünde -kamu gelirlerinin artırılmasında- , tavsiye edilen en etkin yol vergilerin yükseltilmesidir. Bu dolaylı vergilendirme, başta KDV olmak üzere en çok toplumun yoksul kesimini zora sokmaktadır. Ne yazık ki, "istikrar" (!?)

[15] 2009 Bütçesinde dolaylı-dolaysız vergi dengesizliği % 34-66 düzeyine ulaşmış ve daha önemlisi dolaylı vergiler doğrudan vergileri %72 gibi çok yüksek bir düzeyde aşmıştır. [188]
[16] Anlaşılan, 29 Mart 2009 yerel seçimlerine dek oyalama süreci yaşanacaktır. [189]

programlarını yapanların ya da bürokratların aklına vergilendirilmeyen kayıt dışı ekonomiyi kayıt altına almak düşüncesi, ücretlerden alınan vergilerin ve KDV'nin artırılmasından önce gelememektedir.[52]

2. Özel sağlık sigortası nüfusun tümünü kapsamaktan çok uzak kalır. Özellikle yoksullar ve süregen (kronik) sağlık bakım hizmeti gereksiniminde olanlar, kar amaçlı özel sigortacılık mantığında sistem dışına itilme eğilimindedir.[17]

Sur'a göre sosyal sigorta yaklaşımı bu iki duruma çözüm olabilecek seçenektir, ancak sosyal sigorta modelinin de dezavantajları bulunmaktadır. Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi'nde bu dezavantajlara değinilmiştir.[17,185]

5.2.5.1. Sosyal Sağlık Sigortası Prim oranları

Ülkemizde sosyal sağlık sigortacılığı geçmişte sosyal sigorta kurumları arasında farklılıklar göstermekteydi. GSS (Genel Sağlık Sigortası) öncesindeki sosyal sağlık sigortası primi oranları şöyleydi:

SSK'da hastalık sigortası prim oranı % 11'i olup, % 5'i sigortalı ve % 6'sı işveren payı olarak ödenmekteydi. SSK'da çırakların hastalık sigortası prim oranı % 4 olup bunun % 2'si sigortalı payı, % 2'si de işveren payıdır. İsteğe bağlı sigorta primi oranı tüm riskler için % 25 oranında tek bir prim öngörmüştü. Alınacak prim hesabına esas tutulan günlük kazancın alt sınırı 16 yaşından büyükler için belirlenen günlük en az (asgari) ücrettir; üst sınırı ise günlük asgari ücretin 6,5 katıydı.[23]

Bağ-Kur sigortalısının hastalık sigortası prim oranı, ilk 8 basamakta bulunanların, 8. gelir basamağından, 9 ve daha yukarı basamaklarda bulunan sigortalıların ise bulundukları gelir basamağı tutarının % 20'siydi. Aylık almakta olanların aylıklarından 10 yıl süre ile kesilecek prim oranı % 10'du.[27]

Emekli Sandığı'nın gelirleri içinde katılımcıların emeklilik keseneğine esas aylık tutarları üzerinden her ay kesilecek % 16 emeklilik keseneğine

karşılık % 20, kurumlarınca verilecek karşılıkları bulunuyordu. Belli bir sağlık sigortası primi ödenmiyordu.[37]

Genel Sağlık Sigortası primi, kısa ve uzun erimli sigorta kollarında prime esas kazancın % 12,5'idir. Bu primin % 5'i sigortalı, % 7,5'i ise işveren payıdır.[92]

GSS prim oranı gelirin % 12,5 kadarı olarak belirlenmekle birlikte, alt ve üst sınır söz konusudur. En az ücretin 1 / 3'ünden asgari ücrete dek aylık geliri olduğu saptanan kişiler için asgari ücretin 1/3'ü, asgari ücretten asgari ücretin 2 katına dek aylık geliri olduğu belirlenen kişiler için asgari ücret, asgari ücretin 2 katından çok aylık geliri olduğu saptanan kişiler için asgari ücretin 2 katı prime esas asgari kazanç tutarı olarak alınır. Günlük kazanç sınırları olarak; gereğince alınacak prim ve verilecek ödeneklerin hesabına esas tutulan günlük kazancın alt sınırı, asgarî ücretin 1/30'u, üst sınırı ise günlük kazanç alt sınırının 6,5 katıdır. Devlet, GSS priminin ¼'ü oranında SGK'ya katkı yapar.[92]

Yıldırım'a göre herkesi kapsamayı amaçladığı için, hakçalığın (hakkaniyetin) bir tutam (nebze) da olsa GSS ile sağlanması beklenmektedir. Gelir ilişkili bir prim sistemi olduğu için, yatay anlamda bir eşitlik sağlayabilir. Ancak prim katkısında gelir tavanlaması getirildiği için dikey anlamda bir eşitsizliğin yaşanması olasıdır.[190]

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'na göre aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı en az ücretin 1/3'ünden az olan vatandaşlar (Yeşil Kartlılar), 18 yaşından küçük olanlar, prim ödeyenler (son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS prim ödeme gün sayısının olması, Bağ - Kur'a bağlı olanların ayrıca sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 60 günden çok prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması, isteğe bağlı sigortalı olanların prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması koşuluyla) ile belli -koşulları taşıyanlar (65 yaşını doldurmuş gereksinimli, güçsüz ve kimsesizler, İstiklal Madalyası, Şeref Aylığı alanlar gibi) genel sağlık sigortalı sayılacaklardır.[92]

Yıldırım'a göre kuramsal olarak GSS; herkesi kapsama, dayanışma ve hakçalık (hakkaniyet) ilkelerini sağlamaya dönük olarak kurgulandığından,

hizmetlere erişim ve kullanımdaki farklılıkları elimine etmeyi hedeflemektedir. Her ne kadar GSS herkesi kapsamayı kağıt üzerinde kuramsal olarak yükümleniyor ise de, uygulamada bunun sağlanması özellikle de serbest çalışanlar, kayıt dışı sektör çalışanları ve tarım kesimi gibi kimi nüfus kesimlerinin sisteme katılması ve primlerinin toplanmasında sürdürülebilirliğin sağlanmasının zorluğundan dolayı, sistem dışında kalan kimi kesimler olacaktır. Dolayısıyla % 100'lük bir kapsama alanına ulaşmak oldukça zordur.[190]

2008 Kasım'ında sosyal sigorta kapsamındaki 57.264.509 kişi ile aktif Yeşil Kartlı 9.316.661 kişi toplamı olan 66.581.170 sağlık sigortası kapsamında olan kişi sayısının 2008 Türkiye nüfusu olarak açıklanan 71.517.100'e oranı % 93,1'dir.[121,191]

Bu arada dikkat edilmesi gereken nokta; 2003'te DB'nin yaptığı hane halkı anketlerine dayanan bir çalışmada Türkiye nüfusunun %30'unun hiçbir sağlık güvencesinin olmadığıdır. Aynı dönemde resmi rakamlar nüfusun tümünün sigorta kapsamında olduğunu gösteriyordu. Aradaki fark SSK rakamlarının abartılı olmasından ve kağıt üzerinde Bağ-Kur'lu olup prim borcunu öde(ye)meyenlerden kaynaklanıyordu.[2]

2007 Yoksulluk Çalışması sonuçlarına göre; 4 kişilik hanenin aylık açlık sınırı 237 YTL, aylık yoksulluk sınırı ise 619 YTL (kişi başına 154,75 YTL) olarak öngörülmüştür. 2007 yılında Türkiye'de kişilerin yaklaşık % 0.54'ü (381.166 kişi) yalnızca gıda harcamalarını içeren açlık sınırının, % 18.56'sı (13.100.809 kişi) ise gıda ve gıda dışı harcamaları içeren yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. En yüksek yoksulluk riskine sahip olan tarım sektöründe çalışanlarda yoksulluk oranı 2006'da % 33.86 iken, 2007'de % 30.22 olarak kestirilmiştir.[192,193]

Asgari Ücret Tespit Komisyonu Kararına göre 2007 yılının ilk 6 ayında brüt asgari ücret 562,5 YTL iken, ikinci 6 ayda 585 YTL (1/3'ü 195 YTL) olarak belirlenmiştir. Bu durumun benzer şekilde sürdüğü varsayımıyla yoksulluk sınırının altında yaşayan 13.100.809 kişi Devlet tarafından GSS kapsamına alınmalıdır. Kasım 2008'de aktif Yeşil Kartlı sayısı ise 9.316.661

kişidir. Yoksulluk sınırının altında yaşayan kişi sayısının aynı kaldığı varsayılırsa, 3.784.148 kişinin daha Yeşil Kartlı olması gerekmektedir.[121,194]

Ayrıca 2008 yılı Nüfus Sayımı Sonuçları'na göre 18 yaşını doldurmamış çocuk sayısı yaklaşık 20.000.000'dur. Bunların bir bölümü anababalarından dolayı GSS kapsamında iken bir bölümü de Devlet güvencesiyle GSS kapsamında olacaktır.[195]

Pala'ya göre GSS ile sağlık hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmaktadır. Dünyadaki uygulamaların sonuçlarına göre sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılmasının ilk 2 sonucu şunlar olacaktır:

1. "Hizmetin pahalılaşması" ve
2. "Hizmetteki kötü kullanımın artması". [196]

Keyder'e göre de bu yasanın en zayıf noktası burasıdır. Finansman ve hizmetin birbirinden ayrıldığı bir modelde sigortanın kapsamı ya evrensel olacaktır ya da primin ödenip ödenmediğine bağlı olarak bir hizmet sınırlaması gündeme gelecektir. GSS, hizmet sunumunu prim ödenmesine bağlı olarak sınırlandırmayı öngörüyor. Bu da Türkiye'de uygulanmaya başlanan sağlık sistemini dünyada benimsenen modellerden farklı kılmaktadır. Dünyadaki eğilimin, yoksulluğa karşı önlemler çerçevesiyle de tutarlı olarak, evrensel bir kapsam amaçladığını, reformların getirdiği modellerin sağlık hizmetlerini tüm yurttaşlara sunmayı öngördüğünü söylenebilir. Tüm Avrupa ülkelerinde kapsam evrensel olarak düşünülmektedir. İngiltere'de ve İskandinav ülkelerinde tümü vergi gelirlerinden karşılanan sağlık harcamaları; Almanya'nın örnek olduğu kimi ülkelerde primlerden kaynaklanan bir finansman; buna karşılık Güney Avrupa'da fonların, vergi oranı giderek yükselen karma bir yapıya dönüştürülmesi söz konusudur. Fakat bütün bu ülkelerde ana ilke, sağlık güvencesi olmayan kimsenin kalmamasıdır. Ülkemizde GSS prim vermeyenlerin cepten ödeme dışında sağlık hizmetine ulaşamayacağını öngörüyor (acil sağlık hizmetleri dışında). Türkiye gibi insanların yaklaşık yarısının istihdam kapsamında olmadığı bir yapıda herkesten prim toplamak epey zor olacaktır.[2]

Kayıt dışı istihdamla savaşım yönelik SS-GSS Yasası'nda; kamu yönetimleri ile bankaların, SGK'ca sağlanacak elektronik altyapıdan yararlanarak, SGK'ca belirlenecek işlemlerde, işlem yaptığı kişilerin sigortalılık bakımından tescilli olup olmadığını kontrol etmek ve sigortasız olduğunu saptadığı kişileri, SGK'ya bildirmekle yükümlü oldukları belirtilip, yükümlülükleri yerine getirmeyen kamu yönetimleri ile bankalara, sigortalı başına aylık asgari ücretin 1/10'u tutarında yönetsel para cezası uygulanacağı belirtilmiştir.[92]

Hane Halkı İşgücü Araştırması 2008 Ekim Dönemi (Eylül, Ekim, Kasım 2008) sonuçlarına göre Türkiye genelinde işsiz sayısı geçen yılın aynı dönemine göre 385 bin kişi artarak 2 milyon 687 bin kişiye yükselmiştir. İşsizlik oranı ise 1,2 puanlık artış ile % 10,9 düzeyinde gerçekleşmiştir. 2008 yılı Ekim döneminde istihdam edilenlerin sayısı, geçen yılın aynı dönemine göre 635 bin kişi artarak, 21 milyon 945 bin kişiye yükselmiştir. Yaptığı işten ötürü herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı olmadan çalışanların oranı, önceki yılın aynı dönemine göre 1,4 puanlık azalışla % 45,5 olarak gerçekleşmiştir. Bu dönemde, geçen yılın aynı dönemine göre tarım sektöründe sosyal güvenlikten yoksun çalışanların oranı % 87,6'dan % 86,9'a, tarım dışı sektörlerde % 32,7'den % 30,3'e düşmüştür.[197]

Keyder'e göre fonu, primden değil, vergilerden sağlanan bir sağlık bütçesi finansman ile hizmet arasındaki ilişkiyi koparacak, kimsenin sağlık hizmeti isteminin reddedilmemesi anlamına gelecektir. İlke olarak ülkede yaşayan herkes aynı hizmeti alabilecektir. Fonu toplanan primlerle karşılanan bir sağlık sigortasının başka bir sıkıntısı ise işini yitirdiğinde ya da geliri azaldığında primini yatıramayan insanların oranından kaynaklanır. Böyle bir durumda sağlık sigortası fonu kaynakları azalacak ve bütçe sorunları ortaya çıkacaktır. Oysa vergilerin ne denlisinin sağlığa ayrılacağı siyasal bir karardır. TBMM'nin bütçe yasasını oluştururken dönemin eğilimlerine göre sağlığa ayrılacak pay öngörülerek buna bağlı kurallar ve denetim mekanizmaları bütçenin elverdiği hizmet büyüklüğüne uygun olarak saptanır. Böyle bir yaklaşım sigorta fonunun açıklarının sürekli tartışıldığı bir duruma yeğlenecektir.

"Sağlık sistemi vergilerden finanse edilemez; çünkü devlet vergi toplayamıyor" diyenlerin, devletin primlerini nasıl toplayacağını düşünmeleri gerekir. Dünyanın her yerinde ekonominin ve emek piyasasının giderek kayıt dışı alana çekildiği görülmektedir. Ayrıca hiçbir zaman doğru dürüst kayıtlı istihdama kavuşamayacak nüfusun oranı, dünyanın her yerinde yükselmektedir.[2]

5.2.5.2. Katılım Payları (Cepten Ödemeler)

Ülkemizde 1980'lerden sonra, ilaç alanında devletin kimi denetim ve gereksiz tüketimi kısıtlama girişimleri gündeme gelmiştir.[35]

1981 yılında SSK çalışanlarından (ayrıca poliklinik muayenesi için de 20 TL'den az olmamak üzere muayene ücreti), 1982'de Emekli Sandığı'na bağlı aylığı alanlar ile aktif çalışan memurlardan, 1983'te SSK emeklilerinden ve 1999'da Bağ-Kur çalışan ve emeklilerinden; çalışanlardan % 20 ve emeklilerden % 10 oranında ayakta sağaltımda ilaç bedellerinin kişiler tarafından ödenmesine başlanmıştır. Ayrıca 2005'te Yeşil Kart'lıların ayakta sağaltımında % 20 ilaç katılım payı alınmasına başlanmıştır.[23,27,37,47,72]

1999'da SSK ve Bağ-Kur çalışan ve emeklilerinden ve 2000 yılında Emekli Sandığı'na bağlı sigortalılardan çalışanlardan % 20 ve emeklilerden % 10 protez, araç ve gereç bedellerinin de kişiler tarafından ödenmesine başlanmıştır.[23,27,37,47]

Sosyal Sigortalar ve GSS Yasası kapsamında ilaç, protez, araç ve gereç bedellerinden katkı payı alınması aynı biçimde sürdürülmektedir. [109, 111]

Protezlerin pahalı ve yaşamsal sağlık araçları olması ve yüksek katkı paylarının sosyal sigorta hakkını kullanılamaz duruma getirebileceği gerekçesiyle, protez araç ve gereçleri için katkı payı alınması eleştirilmektedir.[14]

Dünya Bankası'nın 2006'da yayınladığı "Türkiye Kamu Harcamaları Gözden Geçirimi" raporunda maliyetleri denetleme ve sağlık hizmetlerinin gelişigüzel kullanılmasını önlemek için temel ölçünün ayakta muayene ve ilaçlar için katkı payının alınması olduğu belirtilmiştir.[198]

Ayrıca Uluslararası Para Fonu 2008 Ağustos'unda Türkiye raporunda belirtildiği gibi sağlık sistemlerini iyileştirmek, zamanla etkililiğini artırmak ve sistemin yeterince finansmanı sağlamak için kişilerden 0–2 YTL Birinci Basamak, 5–10 YTL 2. Basmak için ve 8–10 YTL 3. Basamak muayeneleri için alınması sözü verilmiştir.[199]

Böylece 1 Ekim 2008'den başlayarak SGK'ya bağlı olanlardan, 1 Ocak 2009'da aktif memur ve Yeşil Kart'lı olanlardan 2. ve 3. Basamak sağlık hizmet sunucularında muayene olanlardan katılım payı alınmasına başlanmıştır.[109,114]

Bütün bu kullanıcıya artan maliyet yükleyici uygulamalar, ülkemizde aslında sağlık hizmetine daha çok gereksinim duyan ve hastalık açısından daha riskli olan alt katmanların sağlık hizmetine ulaşımını azaltacaktır.

Yapılan araştırmalar, sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının kullanıcı tarafından yapılan ödemelerle bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çerçevede katkı payı oranı arttıkça, sağlık hizmetlerinden yararlanma azalmaktadır. Dolayısıyla, katkı payları bağlamında korunması gereken duyarlı bir denge vardır. Makul bir hasta katkısının temel amacı, kendi kendine sağaltımla atlatılabilecek hastalık durumlarında hastanın doktora başvurusunu kısıtlı tutmak, hatta hastalık öncesinde gerekli koruyucu önlemlerin alınmasını teşvik etmektir. Bu sayede hem hastanelerin ve doktorların işgücü ciddi hastalıkların sağaltımına ayrılabilecek, hem de hastanın kendi işinden ayrılarak işgücü yitiği yaratmasının önü alınacaktır. Ancak katkı payının toplumsal ödeme gücünü aşması ters sonuçlar doğurabilecektir. Böyle bir durumda doktor kontrolü gereksinen hasta, katkı payının yüksekliği nedeniyle hekime gitmekten kaçınabilecek, o durumda ise hastalığın sağaltımı uzayacak ve daha giderli duruma gelebilecektir.[200]

Türkiye'de hem ağır ve adaletsiz bir vergi rejimi yürürlüktedir, hem de bu vergilerin yeniden dağıtımını sağlayarak gelir dağılımını iyileştirici işlev yüklenebilecek olan sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinde ek vergi (=prim!) istenmektedir. Bununla da yetinilmeyerek "katkı payları" vb. maliyet kaydırıcı yöntemlerle hem sosyal adalet ve sosyal devlet ilkeleri ağır biçimde

çiğnenmekte hem de büyük kitlelerin hizmetten yararlanmaları ciddi biçimde zora sokulmaktadır.

İngiltere, Kanada ve İskandinav ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerin büyük bir bölümünde sağlık hizmetlerinin çoğu doğrudan devlet tarafından karşılanır. Sağlık çalışanlarının çoğu da devletin sağlık örgütü tarafından istihdam edilir. Sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin cebinden ayrıca para çıkmaz; sağlık çalışanları da verdiği hizmet karşılığı ücret almaz, ücretlendirilmesi aylık maaş biçiminde yapılır.[2]

ABD'deki sistemde her yurttaşın sigortalı olmasını sağlayan bir mekanizma olmadığından, nüfusun önemli bir bölümünün (45,7 milyon) herhangi bir sağlık güvencesi yoktur.[2,201]

Bunun yanında sigorta şirketlerinin verdikleri sağlık hizmetleri arasında da farklar vardır. Ayrıca denetim en alt düzeyde olduğundan, kar amaçlı sigorta şirketleri hizmet kapsamını değiştirip hastalardan daha çok katkı payı istemektedirler. Özel sigorta şirketlerinin politik lobi gücü tek - ödeyicili sisteme geçmeyi veya etkin denetlemeyi engelleyen en önemli etmendir. Bu olgu ABD'de sağlık harcamalarının öbür ülkelerden yüksek olmasının nedenlerindendir. Hem sigorta şirketlerinin elde ettikleri kar, hem de bu denli parçalı bir yapıda ilaç şirketleri ile tek elden, tek alıcı niteliğiyle pazarlık edilememesi maliyetleri artırmaktadır.[2]

Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi'ne göre; özel sektör ve sermaye buradaki mali getirinin, yatırım yapılabilecek öbür özel sektör alanlarından elde edilebilecek getirinin altında kalmayacağı beklentisini taşır. Bu getirinin sağlanmasına yönelik baskılar sağlık hizmetlerinin toplumsal içeriğinin arka plana itilmesi ve hizmete gereksinim duyan ama yeterli ekonomik olanakları bulunmayan hastalara karşı ayırımcılık yapılması sonucunu doğurabilir. Özelleştirmenin yararı; karar almada yeteneksiz olan ve rollerini tam olarak bilmeyen politikacıların etkisinden kurtulmak olarak tanımlanırken; riski olarak da güçleri kötüye kullanabilecek özel sektör tekelleri doğması gösterilmiştir.[185]

Özel sağlık kuruluşlarının rekabet etmesi ne yazık ki bir ütopyadır. Tersine, sağlık piyasaları, aşağıdaki örnekte olduğu üzere oligopolistik eğilimlidirler:

ABD sağlık piyasasında hastane birleşmelerinin maliyet ve fiyatlara etkileri üzerine yapılan en son çalışmalardan birinde, 3500 hastane verilerini kapsayan bu araştırmada, 1986-94 arasındaki, 122 hastane birleşmesinin etkileri incelenmiştir: Birleşen hastanelerde, birleşmemiş hastanelere göre, maliyetler düşüyor -hastane birleşmeleri etkinliği güçlendiriyor- bununla birlikte, yoğunluğun olduğu piyasalarda, hastane birleşmelerinin pazar gücünü artırmasına bağlı olarak, birleşmiş hastaneler daha yüksek fiyatlara sahiptirler!![202]

5.2.6. Kamu Hastane Birlikleri

Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi'ne göre; kamu hastanelerinin yetkilerinin bölge ve belediyelere dağıtılması çabası, 1990'larda Avrupa'da en başarılı politik girişimlerden biri olmuştur. Buna ek olarak desantralizasyon, hastanelerin yönetimsel yetkilerinin özerk kurum ve kuruluşlara dönüştürülmesini içermektedir. Öbür yandan, Güney Avrupa, Orta Doğu Avrupa ve Bağımsız Devletler Topluluğu ülkelerinin birçoğunda hala görüldüğü gibi, sağlık bakanlıklarının hastaneleri doğrudan yönetmemesi gerektiği de ortaya çıkmıştır. Devletin sağlık sektöründeki rolü, stratejik planlama, izleme, sonuca bağlı düzenleme ve uygun olduğu zamanlarda da hizmet sunanlara yönelik özel sektör piyasaları oluşturma olarak kendini göstermektedir. Aynı biçimde istemle ilgili olarak, gelir elde etme konusunda devlet etkin bir rol almayı sürdürmelidir.[185]

Analize göre sektörde dayanışmanın sağlanması isteniyorsa, herkesin sigorta kapsamına alınması konusunda devletin güvence verici ve düzenleyici işlevinin azaltılmaması gerekmektedir. Gerçekten de, Avrupa'nın batısında, sistemden kaynaklanan maliyetlerin karşılanması konusunda ulusal politika belirleyicilerinin uzun erimde başarıları, bu ülkelerin sağlık

hizmetleri sistemine gelir akışını denetleyecek gerekli politika araçlarından çoğunu uygulamalarına bağlıdır.[185]

Ülkemizde "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Yasa Tasarısı" Mart 2007'de TBMM Başkanlığı'na gönderilmiştir. Tasarının gerekçesinde hastane hizmetleri sunumunda karar verme, gelir elde etme ve harcama yapma yetki ve sorumluluklarının yönetsel ve akçalı açıdan özerk kamu hastanelerine aktarılmasının zamanın geldiği belirtilmiştir. Bu tasarı halen TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'ndadır. Ancak bu tasarı, kamu hastanelerini devralacak il ve ilçe özel yönetimlerine mülkiyet devri de dahil olmak üzere çok geniş yetki tanımaktadır (Yönetim Kurullarının görevleri, md. 3).[95] Buradan çıkan net sonuç, asıl muradın kamu hastanelerini yerel yönetimlere bırakarak özerkleştirmek olmayıp, özel sektöre satmaktır.

5.2.7. Döner Sermaye ve Başarım (Performans)

Sur'a göre sunuculara ödeme modeli, sağlık hizmetlerinin ne düzeyde ve ne biçimde kullanılacağını belirleyen, bu konuda hastasının yetkisini devralan kişilerin ve kuruluşların davranışlarını belirlemek açısından birinci derecede önemlidir. Ödeme mekanizmalarının verimlilik, nitelik, harcamalar ve hizmete erişim üzerine büyük etkisi vardır.[16]

Harvard School of Public Health Profesörlerinden Marc Roberts'ın sözü gerçeği yalın ama net olarak ortaya koymaktadır:

"Neyin ödemesini yaparsanız onu alırsınız".

Sur'a göre ekonomistler ve hekimler ödeme yönteminin sağlık hizmetinin sunuluşunu ve kullanılışını ne ölçüde etkilediği konusunda büyük bir anlaşmazlık içindedir. Ekonomistler ödeme mekanizmalarının hastaları adına hizmetin ne ölçüde kullanılacağı kararını verme yetkisini elinde bulunduran hekimlerin tutum ve davranışları üzerinde çok etkisi olduğunu savunur. Aynı biçimde hastane işletmecileri de geri ödeme sistemlerine göre gelirini en üst düzeye çıkaracak yöntemlerin yollarını arar. Kısaca sağlık hizmeti sunucuları da akılcı işletmeciler gibi iktisadi davranır. Tıbbi taraf buna karşı çıkarken; Hipokrat yemini, tıbbi etik öğretisi, vicdani tutum vb. ilke ve

öğretilerin mesleksel uygulamalarda iktisadi yaklaşımın önüne geçtiğini savunmaktadır.[16]

Sur'a göre bir ülkede sağlık hizmetleri ister kamu ister özel sektör ağırlıklı veriliyor olsun, sunuculara ödeme modellerinin etki dinamikleri benzer biçimde işlemektedir. Bu nedenle sağlık sistemi yaklaşımıyla konuyu ele alırken ödeme modellerini incelemek yaşamsal önem taşır.[16]

Uz'a göre sağlık personeli ücretini ödemede belli başlı 4 yöntem vardır: Maaş, kişi başına, hizmet başına ve olgu başına ödeme. **Aylık** (Maaş) olarak ödemede hekimlerin motivasyonlarının düşük olması, kişi başına ödemede gerekenden daha az hizmet üretilmesi ve aşırı sevk, hizmet başına ödemede ise maliyet sınırlamasındaki sorunlar modellerin önemli birer dezavantajı olarak hemen göze çarpmaktadır. Kişi başına ve hizmet başına ödemelerde 2 ortak sorun vardır: Birincisi, daha nitelikli bir hizmet sunumu için herhangi bir akçalı ödüllendirme bulunmamaktadır. İkincisi ise yaşı ilerlemiş hekimler, gelirlerini artırmak amacıyla gençlere göre çok çalışma başarımını (performansını) (kişi başına ödemede uzun hasta listesi, hizmet başına ödemede uzun çalışma saatleri) gösteremeyecekleri için daha az kazanma durumunda olacaklardır.[17]

Uz'a göre ayrıca; kayıt, izleme ve denetim, geri bildirim, gibi yönetsel işlerin daha yoğun olmasından dolayı yönetsel maliyetler hizmet başına ödemede öbürlerine göre daha yüksektir. Kişi başına ödemede hekimler çok sayıda hastaya hizmet vermekten yakınırlarken, hizmet başına ödemede sağlık hizmetlerinin finansmanından sorumlu kurum ve kuruluşlar gereksiz ür ve miktarlarda üretilen hizmetlerden yakınmacıdır. Bununla birlikte, hizmet sunumundan topluma karşı sorumlu olan ve verilen hizmetleri denetleyici konumundaki kurum ve kuruluşlara göre aylıklı ve kişi başına ücretlendirmelerde hekimler gereken düzeylerin altında hizmet vermektedirler. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamasına karşın, hekimlerin hizmet başına ödeme modellerinde, kişi başına ödemeye göre hastalarını daha az sıklıkla 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarına sevk ettikleri bulunmuştur. Hekim ödemelerinde benimsenen 4 temel modelin sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin denetimi, verilen hizmetin

niteliği, ödeme modelinin yönetimi, hekimlerin işlerinden ve hastaların da aldıkları hizmetten hoşnutluklarına göre birbiri ile karşılaştırılması Tablo 1'de özetlenmiştir.[17]

Tablo 5.1. Hekimlere yapılan Ödeme Modellerinin Karşılaştırılması.

Ödeme Modeli	Maliyet Denetimi	Hizmet Niteliği	Modelin Yönetimi	Hekim Doyumu	Hasta Doyumu
Aylık	Zayıf	Zayıf	Kolay	Zayıf	Zayıf
Kişi Başına	Çok Iyi	Fena Değil	Çok Kolay	İyi	Çok Iyi
Hizmet Başına	Çok Zayıf	Çok Iyi	Çok Zor	Çok Iyi	Iyi
Olgu Başına	Iyi	İyi	Zor	İyi	İyi

Ocak 1961'de yürürlüğe giren "209 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Kuruluşlarına Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa" ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurum ve kuruluşları ile bağlı kuruluşlarda; kurumların karları ile bağışlardan ve Devlet yardımlarından elde edilecek döner sermaye ile kurumun giderlerinin karşılanması kararlaştırılmıştır. [19]

Burada amaç; kar etme değil, sağaltım kurumlarının satın alma ve kiralandırmalarla yetkilendirerek, bürokrasinin azaltılmasıdır.[42]

1983'e gelindiğinde 209 Sayılı Yasa'ya yapılan ekleme ile döner sermaye gelirleri kurumlardaki işlerin yürütülmesi konusunda her türlü araç-gereç, aygıt alımı ile gelir getirici biçimde kullanılmasının önü açılmış ve ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma yetkisi verilmiştir. Döner sermayenin kar amaçlı kullanımı, bu yasa ile gerçekleştirilmiştir. Böylece bu kurumlar bağımsız ve kar amaçlı işletmeler durumuna getirilmişlerdir.[39,42]

1989'da 209 Sayılı Yasada yapılan değişiklikle döner sermayeden karşılanmak koşuluyla yataklı sağaltım kurumlarında dışardan personel çalıştırılmasına olanak sağlanmış, ayrıca döner sermaye gelirlerinin % 50'sinin kendi personeline ek ödeme olarak dağıtılabileceği kabul

edilmiştir. Böylelikle hastanelerde kamu çalışanı dışında iş güvencesi olmayan, düşük ücretlerle çalışan emekçiler yer almaya başlamıştır.[42,46,47]

Ocak 2001'de 1. Basamak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda döner sermaye uygulamasına başlanmış döner sermaye gelirlerinden, o birimde görevli yardımcı hizmetler ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına giren çalışanlara, bir yılda alacakları aylık, yan ödeme ve her türlü ödence tutarının %80'ini, öbür çalışanlara ise %100'ünü aşmamak üzere ek ödeme yapılabileceği belirtilmiştir.[61]

"2004 Mali Yılı Bütçe Yasası" ile başarıma (performansa) dayalı döner sermaye (hizmet başı ödeme) uygulaması 01.01.2004 tarihinden başlayarak bütün Türkiye'de yürürlüğe konulmuştur. Ek ödemenin tutarının, ilgili çalışanın 1 ayda alacağı aylık, yan ödeme ve her türlü ödence toplamının; pratisyen hekim ve diş hekimlerinden serbest çalışanlara % 300'ünü, serbest çalışmayanlara % 500'ünü, uzman hekim, Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde belirtilen dallarda bu tüzük kurallarına göre uzman olanlar ve uzman diş hekimlerinden serbest çalışanlara % 500'ünü, serbest çalışmayanlara %700' ünü, serbest çalışmayan klinik şef ve şef yardımcılarına %800'ünü, işin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yenidoğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği aktarım birimi ve acil servis gibi özellikli hizmetlerde çalışan sağlık çalışanı için (hekimler dışında) % 200'ünü, öbür çalışanlara ise % l50'sini geçemeyeceği belirtilmiştir. Ancak, pek çok uzman, zaman içinde aktüaryal dengenin bu ödeme rejimine sürdürülebilirlik olanağı verip vermeyeceğini merak etmektedir.[25,66]

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi 2 Temmuz 2008 tarih ve 2011 sayılı Sağlık Bakanlığı onayı ile 1 Eylül 2008'den geçerli olmak üzere yürürlüğe konmuştur. Muayeneye erişim, hizmet niteliği (0 – 1 arasında), hoşnutluk (memnuniyet) (0–1 arasında) ve kurum verimlilik katsayısı kurumları değerlendirme katsayıları olarak belirlenmiştir. Böylelikle sağlık çalışanlarının başarımı da kurumların başarımı üzerinden değerlendirileceği için, alınan performans gelirlerinde düşme beklenmektedir.[106,107]

Ülkemizde en son biçimiyle Birinci Basamak Sağlık Ocağı hekimler ile 2. ve 3. Basamak hekimlerine maaş + hizmet başı ödeme (performans),

1. Basamak Aile Merkezi hekimlerine maaş + hizmet başı ödeme + kişi başına ödeme yapılmaktadır.

Sağlık Ocaklarında yapılan poliklinik hizmetlerinin 1997 – 2006 yılları arasındaki değişimine bakıldığında 2004 yılında başlayan performansa dayalı döner sermaye uygulaması ile birlikte poliklinik sayılarında artış dikkat çekicidir (Şekil 4.2.16). Tek Değişkenli Düzenlerde Ki – Kare analizi ile de bu değişim istatiksel olarak anlamlıdır (X^2: 10136,665, p <0,000)[25,66,142,143]

Aydın'a göre Performansa göre ödemeden söz edilince ilk bakışta hizmet veren sağlık kuruluşuna veya doktorlar başta olmak üzere sağlık personeline "üretkenlikleri" oranında ücret ödenmesi akla gelmektedir. Bu yüzden de girişimler, hemen eleştirel yaklaşımlara muhatap olmaktadır. Burada üretkenlikten anlaşılan, verilen sağlık hizmetinin kalitesi değil, hacmidir. Üretkenlik olarak yalnızca niceliğin anlaşıldığı böyle bir sistem, sağlık hizmetine yönelik talep artışının doktorlar tarafından teşvik edilmesini sağlayacaktır. Daha çok hizmetin ödüllendirilmesi, doktorların ve hastanelerin gelir getirici hastaları kabul etme yönünde rekabete girmelerine yol açacaktır. Bu yüzden ekonomik öncelikli hasta profili oluşturmamak, sistemin öncelikleri arasında olmak zorundadır.[203]

5.3. Sağlık Harcamaları

Hipotezlerin değerlendirilmesi;

- Türkiye'de 1961-2008 yılları arasında yapılan sağlık harcamaları, sabit fiyatlarla **reel bir artış** göstermektedir.

  Zaman seri analizine göre önümüzdeki 10 yılda da sağlık harcamalarındaki artışın sürmesi beklenmektedir (Şekil 4.2.2).

- Türkiye'de 1961-2008 arasında yapılan sağlık harcamaları, sağlık mevzuat düzenlemelerinden etkilenmiştir.

  1995-2007 arasında sosyal güvencesi olmayan hastalardan sağaltım görenlerin sayısı ve gönderilen ödenek durumuna bakıldığında; Yeşil Kart ayakta sağaltım ve ilaç giderlerinin ödenmeye başlandığı 2005'ten sonra belirgin artış görülmektedir (Tablo 4.2.19). Sağaltım

gören Yeşil Kartlılarda yıllara göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. *(X2: 449,325, p < 0,000)* [137,141,153]

SSK'nın Ocak 2005'te Sağlık Bakanlığı'na devri sonrasında yapılan bütçe aktarımlarındaki artış dikkat çekicidir (Tablo 4.2.5).

2004 Mali Yılı Bütçe Yasası ile tüm yurtta "Performansa dayalı döner sermaye uygulaması"na geçilmesiyle SB'nin döner sermaye gelirlerindeki artış dikkat çekicidir. 2007'de 2003'e göre döner sermaye gelirleri 5,18 kat artmıştır (Tablo 4.2.18).

1999–2007 arasında özel hastane polikliniğe başvuru ve yatan hasta sayıları üniversite hastanelerinden özellikle sosyal güvenlik kurumlarıyla Haziran 2004'te imzalanan protokol sonrasında 2005'ten başlayarak *yıllara göre artış belirgin*dir. 2007'de poliklinik sayılarında 3,02 kat, yatan hastada 2,01 kat artış vardır *(sırasıyla $X^2_{eğim}$: 7267,947, p < 0,0000; $X^2_{eğim}$: 208,141, p < 0,0000)*

Sağlık Ocaklarında yapılan poliklinik hizmetlerinin 1997–2006 arasındaki değişimine bakıldığında; 2004'te başlayan performansa dayalı döner sermaye uygulaması ile birlikte poliklinik sayılarında artış dikkat çekicidir *(X^2: 10136,665, p < 0,000-* Şekil 4.2.16*).*

- Türkiye'de 1961-2008 arasında yapılan sağlık harcamaları, finansman kaynakları bakımından önemli değişim göstermiştir.

  Ülkemizde sağlık harcamalarının 1992'de genel vergilerle finansmanı sigorta fonlarının 2 katıyken (% 46'ya % 23); 2006'ya gelindiğinde vergiyle finansmanın TSH'daki oranı % 31 ile sigorta fonuyla finansman oranının (% 41) gerisinde kalmıştır (Tablo 4.2.8).

- Türkiye'de 1961-2008 arasında yapılan sağlık harcamaları, işlevsel dağılım bakımından önemli değişim göstermemiştir.

  Türkiye'de 1999-2005 arasında cari sağlık harcamalarının işlevsel dağılımına bakıldığında; Halk Sağlığı Programlarının sunumu ve yönetimi için yapılan harcamaların, sağaltım hizmetleri (ayakta ve yatarak) sunumu için yapılanlardan belirgin olarak düşük olduğu dikkati çekmektedir (Şekil 4.2.11).

Ülkemizde Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı DSÖ'nün önerdiği orandan yüksek ama OECD ülkeleri ortalamasından düşüktür (Tablo 4.2.6). Kişi başına sağlık harcamaları da OECD ülkeleri ortalamasından düşüktür (Tablo 4.2.9). Ancak Türkiye'de 1999 – 2004 yılları arasında kişi başına yıllık sağlık harcamasında yılda ortalama % 8,0 artış belirgin olarak yıllık OECD ortalaması olan % 5,2'den büyüktür.[166]

TSH içinde Sosyal Sigortalar Fonu dışında Genel Devletin payına bakıldığında; Ülkemizin % 33,7 ile OECD Ülkeleri ortalaması olan % 39,2'den az bir paya sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.7)

2000 yılından başlayarak sosyal güvenlik kurumlarının sağaltım (tedavi) harcamaları içinde özel hastanelerin payına baktığımızda 2002-04 arasında düşüş olmakla birlikte, 2004'ten sonra sürekli bir artış görülmektedir. Bu artış Haziran 2003'te devlet memurlarından başlayarak ve haziran 2004'te sosyal güvenlik kurumlarına bağlı sigortalı ve hak sahiplerinin özel sağlık kurum ve kuruluşlarında muayene ve tedavi edilmelerini sağlayan protokol sonrasına denk gelmektedir.[64,65,71,137,141] 2007'de sosyal güvenlik kurumlarının toplamda sağaltım harcamalarının % 22,8'i özel hastanelere giderken, Emekli Sandığı'nda 2002'den başlayan 2007'de % 34,4'e varan söz konusu orandaki artış, sağaltım giderleri olarak bu parasal kaynağın 1/3'ünün özel sektöre aktarıldığını göstermek açısından çarpıcıdır. (Şekil 4.2.13)[125]

Burahalı'nın "Türkiye ve Dünya'da Sağlık Ekonomisi 2008" raporuna göre de Türkiye'de sağlık harcamalarının önümüzdeki yıllarda giderek artması kaçınılmaz olacaktır. Dünya Bankası'nın beklentisi yıllık ortalama %15'lik bir artıştır. Bu artıştaki en temel etken, sağlığa erişimin artmasıdır. Örneğin, Yeşil Kart uygulamasının yaygınlaştırılmasının bu yönde bir etkisi olmuştur.[200]

Burahalı'ya göre GSS'ye geçiş ile birlikte 18 yaş altındakilerin sağlık sigortasına ücretsiz erişimi de bu yönde olacaktır. Türkiye'nin gelişmesine koşut olarak sağlık harcamalarının artmasının ve oransal olarak OECD ortalamasına yaklaşmasının beklenmesi doğaldır. Türkiye'nin demografik yapısı da sağlık harcamalarındaki artışı destekler yöndedir. Ülkede verili durumda genç nüfus fazladır, sağlık gereksinimli yaşlı nüfus görece azdır.

Kayıtlı ve sigortalı olmaları durumunda bu genç nüfusun sağlık ekonomisi bakımından katkı sağlamaları beklenir. Ancak kayıt dışılığın yüksekliği bu dinamiği henüz olanaklı kılmamaktadır. Öte yandan, var olan nüfus giderek yaşlanacak ve sağlık hizmeti gereksinim artacaktır. Sosyal Güvenlik Kurumu Türkiye'de 65 yaş üstü nüfusun 65 yaşın altındaki nüfusa oranının 2012 - 2037 yılları arasında 2'ye katlanarak %7'den %14'e ulaşacağını öngörmektedir. Sağlık harcamaları bu nedenle de artış gösterecektir. Zamanla SGK'ya kayıtlı kişi sayısında, dolayısıyla toplanan primlerde de bir artış beklenmelidir. Bu artış hem yaratılacak yeni istihdamla, hem de zamanla kayıt dışı olanların kayıt içine alınmasıyla sağlanabilir. Sorun aslında Türkiye'nin artacak sağlık harcamalarının nasıl karşılanacağı ve eldeki kısıtlı kaynakların insan sağlığına yararlı biçimde en etkin nasıl kullanılacağı sorunudur.[200]

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumlarının yarattığı açık 2007 yılında GSMH'nın % 5'ine ulaşmıştır. Açığı kapatmak için 2007 yılında SGK'ya yapılan bütçe aktarımı 33 milyar YTL'dir (Tablo 4.2.5). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, herhangi bir düzenleme yapılmaması durumunda sosyal güvenlik açıklarının GSMH içindeki payının 2020 yılında GSMH'nın %8,3'üne, 2050 yılında ise %16,2'sine ulaşacağını kestirmektedir. Burahalı'ya göre açık, büyük ölçüde emeklilik ödemelerinden kaynaklanmaktadır. Sağlık Reformu ile onun bir parçası olarak gerçekleştirilen Sosyal Güvenlik Reformu'nun bu açıkları azaltması beklenmektedir.[200] Ancak finansal yük, adaletsiz biçimde bütçeden halka kaydırılarak, eşitsizlikleri daha da derinleştirecektir.

2008 mali yılı bütçesinde gerçekleşmesi 225.967.471 TL, faiz gideri 50.661.305 TL olup toplam bütçenin % 22,4'üne eşittir. Bütçe açığı ise -17.069.289 TL'dir.[204]

2009 yılında ise belirlenen Genel Bütçe başlangıç ödeneği toplamı 257.742 milyon TL olup 57.500 milyon TL faiz gideri (genel bütçenin % 22,3'ü) öngörülmektedir. 2009 Bütçesi Faiz Dışı Fazla, borçlara karşılık 2009 sonunda ne olursa olsun gider olarak ayrılması öngörülen tutar 41.202 milyon TL'dir. Faiz gideri ile birlikte 98.702 milyon TL olup genel

bütçenin % 38,3'üdür. 2009 bütçesindeki her 100 TL'nin 38 TL'si doğrudan borçlara ayrılmıştır. Bütçe açığı kestirimi ise 15,920 milyon TL'dir.[205,206]

TC Hazine Müsteşarlığının Ocak 2009 Hazine Kamu Borç Yönetimi Raporu'na göre Türkiye'nin IMF'ye olan borcu 2008 Sonu İtibariyle 8 Milyar 524 Milyon ABD Doları -Türkiye, 2009 yılında 11 milyar 461 milyon ABD Doları dış borç ödeyecek.[207]

DB'ye 1 Aralık 2008 tarihi itibariyle ödememiz gereken kredi borcu 8.099.954.118 ABD Doları'dır.[208]

2007 yılı Genel Bütçe başlangıç ödeneği toplamı: 200.902.067 Bin TL, Sağlık Bakanlığı bütçesi 6.581.455 bin TL (genel bütçenin % 3,3'ü), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bütçesi: 15.542.140 bin TL (genel bütçenin % 7,7'si)'dir.[209]

2008 yılı Genel Bütçe başlangıç ödeneği toplamı 218.284.732 bin TL Sağlık Bakanlığı bütçesi 10.828.070 bin TL (genel bütçenin % 4,9'u), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bütçesi 28.804.000 bin TL (genel bütçenin % 13,2'si)'dir.[210]

2009 yılı Genel Bütçe toplamı 257.742.143.488 TL, Sağlık Bakanlığı bütçesi 12.720.313.000 TL (genel bütçenin % 4,9'u), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bütçesi 26.401.009.000 TL (genel bütçenin % 10,2'si)'dir. [205] 2009 yılı Sağlık Bakanlığı bütçesi nominal olarak artmış görünmekle birlikte genel bütçeye oranı aynı kalmıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bütçesi ise 2008'de % 13,2 oranında iken 3 puan azaltılarak % 10,2'ye çekilmiştir. SGK'nın bu Bakanlığın ilgili-bağlı kuruluşu olduğu bilinmektedir. SGK'na aktarımlar (cari transferler) bu Bakanlık bütçesinden yapılmaktadır. Dolayısıyla, sağlık içinde (dahil), SGK harcamalarına kamusal desteğin 2008 ve 2009 ardışık bütçelerinde oransal olarak 3 puan (%) azaltılarak % 10,3'e çekilmesi, nominal büyümelere karşın 3/13.3 =% 22,6 gibi ¼'e yaklaşan tutarda kaynak daraltılması demektir. [205] Bu veri, 1982 Anayasası'nın 56. maddesi ile sağlık hizmetlerinin düzenlenmesine ve denetlenmesine indirgenen kamusal sorumluluğun bile gereklerinin yerine getirilmesinin akçalı temellerinin giderek zayıfladığını ortaya koymaktadır.

Dolayısıyla, özellikle 1980'den sonra hız kazanan Türkiye'nin küreselleştirilmesi sürecinde, borç faizleri ve anaparalarının geri ödenmesi yükümü, giderek daralan kamusal kaynaklar anlamındadır ve bu ara sonuç, bu Tezde ayrıntılı irdelenen bir dizi finansal düzenlemenin ana nedenidir. Sağlık hizmetleri finansmanına dönük getirilen hemen tüm mevzuat düzenlemeleri, kamusal finansman yükünü doğrudan-dolaylı azaltma amaçlıdır. Siyasal iktidarlar, bu acı reçeteleri politik manevralarla yaşama geçirmenin altından kalkılması kolay olmayan yükü altındadırlar.

Nitekim SGK, 2009 harcamalarını azaltmak üzere, ağız-diş sağlığı hizmetleri için özel sektöre sevk ve bu sektörden hizmet satın alınması süreçlerini daraltan yeni bir Tebliğ yayınlamıştır. "2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ" ile "2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği"nin 8.2 numaralı "Özel sağlık kurum ve kuruluşları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında diş tedavisi" maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.[116]

5.3.1. İlaç Politikaları

DSÖ, temel bir insanlık hakkı olarak sağlık ve sağlığa erişmekte eşitlik ilkesinden hareketle, ilaca erişebilirliğin uzun erimli ilaç politikasının ayrılmaz bir parçası olarak görülmesi gerektiği sonucuna varmıştır. Konu daha geniş bir çerçeveden bakıldığında sağlık politikalarının bir parçası, daha da genişletildiğinde bir ülkenin ekonomik ve sosyal politikalarının bir bileşeni olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenlerle dünyada çeşitli çözüm yolları üretilmeye, denenmeye çalışılmıştır. Alınan doğrudan önlemler yanında dolaylı önlemlerden biri olan, "Akılcı İlaç Kullanımı" uygulamaları devreye sokulmuştur.

1985'te Nairobi'de yapılan DSÖ toplantısı akılcı ilaç kullanımı çalışmaları için başlangıç sayılmaktadır. DSÖ'nün tanımlamasına göre akılcı ilaç kullanımı; "kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri" dir.

Tüm Dünyada olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir sorun olan etkisiz, yanlış ve gereksiz ilaç kullanımının giderek artması, bu konuda yaşanan sorunlara daha özenli yaklaşılmasını bir zorunluluk kılmaktadır.[35]

Amaç ucuz ve nitelikli sağlık mal ve hizmeti satın almak olunca, sigorta kurumunun ülkede tek alıcı olarak daha iyi sonuçlara ulaşacağını düşünebiliriz.[2]

OECD ülkelerinde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranına bakıldığında gelişmiş ülkelerde payın düşüklüğü, gelişmekte olan ülkelerde ise bu oranın yüksekliği göze çarpmaktadır. Türkiye'de son veri 2000 yılına ait olup % 24,8 ile bu rakam % 17,2 olan OECD ortalamasını aşkındır (Tablo 4.2.22).

Ülkemizde Toplam Kamu Sağlık Harcamaları içinde ilacın payı 2007'de % 38,1'dir (Tablo 4.2.23). Benzer biçimde Türkiye'de ilaç pazarı da hızla büyümektedir (Tablo 4.2.24). Ancak 2007 - 2013 Dokuzuncu Kalkınma Planı İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyonu Raporu'na göre, bu durum büyük bir çoğunlukla beşeri ilaç dışalımından (ithalatı) olup dışsatım (ihracat) ile arasındaki farkın ilerideki yıllarda da artarak süreceği öngörülmektedir (Şekil 4.2.18).

2006 verisine göre Türkiye, Avrupa'da 2007 yılında ilaç pazarında %17,2 büyüme hızıyla Rusya Federasyonu'ndan (%20,2) sonra 2. en çok büyüyen "Pazar"dır. İlaç pazarının boyutuyla karşılaştırılacak gerçek ölçüt GSYİH'ye oranıdır. Dünyanın en büyük ilaç pazarına sahip ABD'de ilaç tüketiminin GSYİH'ye oranı %1,3 iken bu oran Türkiye'de % 2,1'dir (Tablo 4.2.27).

2007 sonunda açıklanan Kıtalararası Pazar Hizmetleri'nin (Intercontinental Marketing Services - IMS) yıllık öngörüsü'ne göre, Türkiye'nin de aralarında bulunduğu gelişen ilaç pazarının 2008'de % 12 - 13 büyümesi beklenmektedir. Pazardaki bu hızlı büyüme; sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle ilaca erişimin artması, bunun kırsal alanlarda daha çok geçerli olması ve özel sağlık sigortasının kapsamının genişlemesiyle açıklanmaktadır. Tabii bir de, sağlık mal ve hizmetlerinin klasik iktisadın istem esnekliğ yasası dışında kalışı akılda tutulmalıdır.[160]

5.3.1.1. Eşdeğer (Jenerik) ilaç uygulaması

Dünyada eşdeğer ilaç kullanımındaki önemli bir artış AB ülkelerinde de yaşanmaktadır. Özgün (Orijinal) ilaç Ar-Ge'si gerçekleştiren ülkelerde de jenerik ilaçların payı önemli boyuttadır ve gelişme göstermektedir. Sağlık yetkeleri (otoriteleri) ve sağlık sigortaları yönetimleri jenerik ilaç kullanımının artmasına yönelik çeşitli uygulamalar gerçekleştirilmektedir. [156]

Avusturya'da jenerik ilaçların "hasta katkı payları" orijinal ürünlere göre daha düşük olarak belirlenmiştir. Japonya'da jenerik ilaç kullanımının yaygınlaşması için televizyonlarda reklamlar yayımlanmaktadır.[156]

Ülkemizde 2004 yılında çıkarılan "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ" ile referans fiyat uygulamasına geçilmiş, ürünün referans ülkeler içinde en ucuz olduğu 5 ülkenin fabrika satış fiyatlarının ortalamasının özgün ürünler için %90'ı, jenerik ürünler için %70'i olmak üzere ürünlerin alabileceği en yüksek fiyat olarak belirlenmiştir.[68]

Sonrasında 2007'de yayımlanan "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ'de referans fiyat; ürünün referans ülke sayısının 5 – 10 olması kararlaştırılmıştır. Firmaların, özgün (orijinal) ürünler için referans fiyatın en çok %100'ünü ve Türkiye'de orijinali bulunmayanlar da dahil olmak üzere jenerik ürünler için ise İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nce ilan edilmiş olan özgün ürüne ilişkin referans fiyatın en çok %80'ini isteyebilecekleri belirtilmiştir. Üç yıl sonrasında hem orijinal hem de jenerik ürünlerde % 10'luk bir artışa gidilmiştir.[107]

"2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği"ne göre jenerik ilaç bedellerinin ödenmesinde, aynı endikasyon için kullanılabilecek aynı etken maddeyi içeren en ucuz ilaç bedelinin % 22 fazlasına dek dikkate alınacaktır.[109]

Türkiye'de 2001 - 2007 yılları arasında eşdeğer ilaç pazarı tutar olarak %30 düzeylerinde kalmış olup; belirgin bir artış görülmemiştir. Eşdeğer ilaç kullanımıyla 2007 yılında 808 milyon YTL tasarruf sağlanmıştır (Şekil 4.2.20).[161]

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

" Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı,
her zaman üzerinde durulacak ulusal sorunumuzdur.
Çünkü Cumhuriyet; düşünsel, bilimsel ve bedensel bakımdan
güçlü ve yüksek düzeyli koruyucular ister. "

Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK
(1 Mart 1935, TBMM açış konuşmasından)

1961 Anayasası'nda toplumun temel insan haklarından biri olan "Sağlık Hakkı"nı koruyup gözetmek Devletin görevi iken 1982 Anayasası'nda Devlet bu görevinden el çekerek yalnızca düzenleme ve denetleme görevine indirgenmiş ancak "Sosyal bir Devlet" olma ilkesini en azından kağıt üstünde, 2. maddesinde sürdürmüştür. Bu maddede, 4. madde uyarınca Devletin değiştirilemez ve değiştirilmesi teklif bile edilemez 6 temel niteliği bağlamında SOSYAL DEVLET ilkesi de yer almaktadır.[17]

Böylece Türkiye Cumhuriyeti Devleti; 1982 Anayasası'nın değiştirilemez temel buyurucu kuralı gereği sosyal bir hukuk devleti olmasından dolayı; herkesin ulaşılabilir, sürdürülebilir, hakça (hakkaniyetli) ve iyi nitelikte sağlık hizmeti alma hakkını sağlama yükümlüğünden aslında kaçınamamıştır. [15, 164]

"224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa" ile halkın İHEB'de temel bir insanlık hakkı olarak tanınan sağlık hizmetlerinden sosyal adalete uygun olarak yararlanmaları sağlamak amaçlanmıştır.[20]

Önceleri başarıyla uygulanan Yasa'nın yürütülmesinde zamanla yönetsel nedenlerden kaynaklanan çok ciddi sorunlarla karşılaşılmış; bu sorunlar nedeniyle, Yasa'nın ülkemize uygun olmadığı ve uygulanamaz olduğu yanlış kanısının ortaya çıkması sağlanmıştır.[170]

Dünya'da 1990'larda başlayan sağlık harcamalarındaki yüksek artışa karşılık yapılmaya çalışılan reformların benzerleri Ülkemizde de yapılmaya

[17] Değiştirilmesi teklif bile edilemeyecek Cumhuriyet'imizin söz konusu 6 temel niteliği şunlardır: Madde 2. – Türkiye Cumhuriyeti, toplumun huzuru, millî dayanışma ve adalet anlayışı içinde, insan haklarına saygılı, Atatürk milliyetçiliğine bağlı, başlangıçta belirtilen temel ilkelere dayanan, demokratik, laik ve **sosyal** bir hukuk Devletidir. [5,6]

çalışılmıştır. Sağlıkta Reform/Dönüşüm sürdürülmektedir. Sağlık Ocağı sistemi yerine aile hekimliğinin getirilmesi (= 1. Basamağın özelleştirilmesi), hastanelerin birleştirilip özerkleştirilmesi ve özel sektöre mülkiyet devri için hazırlanması, genel sağlık sigortası sisteminin kurulmasıyla finansmanın giderek artan biçimde kullanıcılara yüklenmesi, sağlık hizmetlerinde özel sektörün teşvik edilmesi ve sınırlı kamusal kaynakların verimsiz biçimde yerli ve yabancı sermaye ortaklıklarına aktarılması ve yoksullara göstermelik yardım götürülmesi gibi IMF/DB patentli programların dayattığı düzenlemeler, hızlanan bir ivmelenmeyle yaşama geçirilmeye çalışılmaktadır.[175]

Küresel mali sistemin Yeni Dünya Düzeni'ni kurmak üzere 1944'te yapılandırdığı ve yazında (literatürde) "İkiz Kız Kardeşler" (Tween Sisters) olarak adlandırılan "2 kardeş" DB ve IMF son derece uyumlu çalışmaktadır. DB projeler sunmakta, dayatmakta, IMF mali boyutta "kredi bulmakta" (!) ve ülkeler borçlandırılarak dönüştürülmekte, -tezimiz örneğinde sağlıkta dönüşüm!- her bakımdan küresel mali sisteme bağımlı kılınmaktadırlar.[211]

Dünya Bankası'nın 2003 yılında yayınladığı "Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik için Sağlık Sektörü Reformu" Raporu tipik ve açık bir belgedir ve bu Belgede öngörülen / istenen tüm "reformlar", ülkemizde adım adım yaşama geçirilmiştir. Süreç özellikle 2003'te başlatılan Sağlıkta Dönüşüm politikaları ile hız kazanmıştır.

Dünya Bankası 2002 Türkiye Raporu'nda istemler :

"SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın sunduğu çeşitli sağlık sigortaları ile Devlet memurlarına sunulan hizmetler ve **Yeşil Kart** gibi refah programları (?!) birleştirilerek **tek bir zorunlu sağlık sigortası** sistemi ya da Sağlık Fonu haline getirilmelidir. Sağlık Fonu yüksek oranda özerk olmalı ve profesyonelce yönetilmelidir."

Görüldüğü üzere günümüz hükümetlerinin sağlık politikaları tümü **ile Dünya Bankası'nın dayattığı** politikalar doğrultusundadır. Bu politikaların yaşama geçmesi için, ülke nüfusunun yarısına hizmet veren **SSK'nın dağıtılması** gerekmektedir; yapılmıştır.

Dolayısıyla, seçilen vahşi finansman rejimini uygulamanın aracı olarak bir dizi mevzuat düzenlemesi yapılmıştır, yapılmaktadır ve yapılacaktır.

⋆ Sözleşmeli çalışan sağlık insangücü,

⋆ Sağlık Bakanlığı'nın "Hizmet sunmayı" bırakması,

⋆ Aile hekimliği / doktorluğu sistemine geçiş

⋆ Kamu hastanelerinin özelleştirilmesi

Genel Sağlık Sigortası.. bu düzenlemelerdendir. [173]

1980 sonrası izlenen yeni-liberal politikaların sonuçları, sağlık alanında genel bütçe ağırlıklı sistemler yerine;

⋆ GSS Primi / Temel Güvence Paketi

⋆ Aile hekimliği, bireysel hizmet

⋆ Sağaltım ağırlıklı hizmet

⋆ İşlem başına ücret

⋆ İşletme / Ticarileştirme

⋆ Aşırı teknoloji kullanımı

⋆ Hizmetlerin pahalılaşması ve ulusal kaynakların yerli-yabancı sermayeye aktarılması ve

⋆ Başta ilaç, yüksek tıbbi teknolojide dış bağımlılığın artması olmuştur.

Model küreseldir ve neredeyse tek tiptir. Arjantin, Şili, dağılan SSCB ve Doğu Avrupa ülkeleri, Bulgaristan. "Reform" süreçleri ile sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında "dönüşüm" yaşatılan ülkelerden bir bölümüdür.

Bir başka çok çarpıcı ve tipik belge, Çok Taraflı Yatırım Anlaşması(MAI)'dır 13 Ağustos 1999'da Dünya Ticaret Örgütü'ne üye kabul edilebilmenin koşulu olarak benimsenen ve RG'de yayımlanan bu uluslararası anlaşmada, son derece ağır ve bırakalım "sosyal" devlet olma gereğini, temel insan haklarını çiğneyen çok çarpıcı düzenlemeler yer almaktadır:

• *Emeğin mal oluşunun düşürülmesi için her türlü sosyal güvenlik ve yardımın yanı sıra örgütlenmesinin önüne geçilmesi;*

Üretimde kullanılacak ham madde ve ara malda birincil önceliğin üretimin yapıldığı ülke olması ya da belli bir oranın bu ülkeden karşılanması ilkesinin yerine, fiyatının düşük olduğu yerden dışalımına bıraktırması gibi temel konuları içerir.[54]

Nobel Ekonomi ödüllü (2001) ve DB'nın 3,5 yıl Başekonomistliğini yapan (1997-2000) Stiglitz'e göre "SERBEST PİYASA, Vaşington Oydaşması'nın (Konsensüs) yansımasıdır. Sürdürülebilir büyüme ve uzun dönemli verimlilik için izlenmesi gereken en iyi yol, devlet ve piyasa arasında doğru dengeyi sağlamaktır. Hem şirketler hem de ekonomiler, öbürlerinin hakları göz önüne alınarak belli bir oranda denetlenmelidir. Bu yalnız etik açıdan değil, ekonomik açıdan da doğru olduğu içindir. Dünya ekonomilerinin daha adil ve istikrarlı bir rotaya kavuşturulabilmeleri için yapılabilecekler vardır."[212]

Stiglitz "90'ların Yükselişi" kitabında "IMF ve ABD Hazinesi'nin yurtdışında, yurtiçindekinin tam tersini dayattığını belirterek **içeride sosyal güvenliğin özelleştirilmemesi için savaşırken dışarıda özelleştirilmesini aşıladıklarını** gözler önüne sermiştir**.**[212]

Dolayısıyla, Türkiye'de halktan yana, sosyal bir sağlık-sosyal güvenlik düzeni kurulamayışının 1961'den bu yana son yarım yüzyılık tarihsel dinamiğinin tarihsel ve sosyo-politik arkaplanı, bu Tezde finasman-mevzuat ilişkisi irdelenerek açıklanmaya çalışılmıştır.

Eylül 2005'te Düzce'de "pilot" (?) uygulamasına başlanan ve Ocak 2009'da 33 ilde "pilot"[18] olarak uygulanan ve 2010 yılında tüm yurda yayılması planlanan Aile Hekimliği sisteminde; 1 Ekim 2008'de Aile Hekimliği uygulamasına geçilen 4 ilden biri olan Isparta'da 2008 Aralık'ında 117 Aile Hekiminin 107'sinden koruyucu hekimlik görevleri arasında olan gebelik saptama ve izlemlerini yapmadıkları savı ile yazılı savunmalarının istenmiştir. [89,181,213] Isparta İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan yazılı bilgiye göre istenen savunma sonucunda çoğunluğunun savunması yeterli görülmüş, bir kısmı ise ilgili yönetmelik hükümlerine göre ihtaren uyarılmıştır. [182] Sonrasında 1 Ocak 2009'da sevk uygulamasına geçilecek olan Aile Hekimliği uygulanan öbür illerde bu tarih 1 Temmuz 2009'a ertelenmiş, sevk uygulamasına geçilen 4 il

[18] AKP hükümetince "pilot" uygulama denilmekle birlikte, aslında aşamalı yaygınlaştırmadır. Çünkü "pilot" uygulama bu denli yaygın (33 ilde!?) olamaz. Ayrıca "pilot" uygulamadan murat, terslikler görüldüğünde geri dönme ve vazgeçmenin de tasarım içinde oluşudur. Ancak izlenen süreçte böylesi bir seçenek söz konusu değildir. Hedef 2010'dur ve tüm Türkiye'de Sağlık Ocakları kapatılarak "Bir Devir", "1961 Sosyalleştirme Süreci ve 224 Sayılı Yasa" kökten kapatılmış olacak ve 1. Basamak sağlık hizmetleri de tümiyle özelleştirilmiş olacaktır.

de bu ertelenmeye eklenmiş, böylece de Sağlıkta Dönüşüm'ün temel bileşenlerinden olan ve sağlık harcamalarını azaltması beklenen "Etkili, kademeli sevk zinciri" uygulamasının Türkiye "Aile Hekimliği" modelinde uygulanamayacağı görülmüştür.[109,110,116]

1 Ekim 2008'de "tam" olarak uygulamaya giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası[19] ile ailede kişi başına düşen aylık geliri, net olmayan (brüt) en az ücretin 1/3'ünden az olan vatandaşlar (Yeşil Kartlılar), 18 yaşını doldurmamış olanlar, prim ödeyenler (son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS prim ödeme gün sayısının olması, Bağ - Kur'a bağlı olanların ayrıca sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 60 günden çok prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması, isteğe bağlı sigortalı olanların prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması koşuluyla) ile belli koşulları taşıyanlar (65 yaşını doldurmuş gereksinimli, güçsüz ve kimsesizler, İstiklal Madalyası, Şeref Aylığı alanlar gibi) genel sağlık sigortalı sayılacaktır.[92]

Kasım 2008'de aktif Yeşil Kartlı sayısı ise 9.316.661 kişidir. Yoksulluk sınırının altında yaşayan kişi sayısının (2007 Yoksulluk Çalışması sonuçlarına göre 13.100.809 kişi) aynı kaldığı varsayılırsa, 3.784.148 kişinin daha Yeşil Kartlı olması gerekmektedir.[121,194]

Ayakta sağaltım ve ilaç giderlerinin Yeşil Kart ile ödenmeye başlandığı 2004 ortalarından başlayarak sağaltım giderlerinde belirgin bir artış görülmektedir (2005'te 2004'ün 3 katı artış). Sağaltım gören Yeşil Kartlılarda yıllara göre istatistiksel olarak anlamlı tırmanma vardır (Tablo 4.2.19). 2005'te 2004'ün 5 katıdır.[72]

Ayrıca 2008 Yılı Nüfus Sayımı Sonuçları'na göre 18 yaşını doldurmamış çocuk sayısı yaklaşık 20 milyondur. Bunların bir bölümü anababalarından dolayı GSS kapsamında iken bir bölümü Devlet güvencesiyle GSS kapsamında olacaktır. Bu durum ek bir maliyet yükü getirmektedir.[195]

Hane Halkı İşgücü Araştırması 2008 Ekim Dönemi (Eylül-Ekim-Kasım 2008) sonuçlarına göre Türkiye genelinde işsizlik oranı 1,2 puanlık artış ile % 10,9 düzeyindedir. Tarım sektöründe kayıt dışı çalışanların oranı % 87,6'dan

[19] Kimi maddelerinin Anayasa'ya aykırılığı savı ile Ana Muhalefet Partisi tarafından açılan 2. dava, halen Anayasa Mahlemesi'nde karara bağlanmayı beklemektedir.

% 86,9'a, tarım dışı sektörlerde % 32,7'den % 30,3'e düşmüştür (toplam kayıt dışı çalışan oranı % 45,5).[197]

Bu veriler, olağanüstü bozul gelir dağılımı ile birlikte Türkiye'de GSS sisteminin halk tarafından başlıca primlerle (=ek vergilerle) finansmanının pek olanaklı olamayacağını düşündürmektedir. Sistem, büyük ölçüde genel bütçeden sübvanse edilmek durumunda olacaktır.

Ayrıca 2009 bütçesindeki her 100 TL'nin 38 TL'si doğrudan borçlara ayrılmıştır. Bütçe açığı kestirimi ise 15,920 milyon TL'dir.[205,206]

2009 yılı Sağlık Bakanlığı bütçesi nominal olarak artmış görünmekle birlikte genel bütçeye oranı aynı kalmıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bütçesi ise 2008'de % 13,2 oranında iken 3 puan azaltılarak % 10,2'ye çekilmiştir. SGK'nın bu Bakanlığın ilgili-bağlı kuruluşu olduğu bilinmektedir. SGK'na aktarımlar (cari transferler) bu Bakanlık bütçesinden yapılmaktadır. Dolayısıyla, sağlık içinde (dahil), SGK harcamalarına kamusal desteğin 2008 ve 2009 ardışık bütçelerinde oransal olarak 3 puan (%) azaltılarak % 10,3'e çekilmesi, nominal büyümelere karşın 3/13.3 =% 22,6 gibi ¼'e yaklaşan tutarda kaynak daraltılması demektir.[205,210]

Saltık'a göre böylesi bir demografik ve sosyo-ekonomik yapıda sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini özelleştirerek serbest piysaya açmak, olağanüstü adaletsiz gelir dağılımını görmezden gelmek kesinlikle irrasyonel bir politikadır. [214] Tez boyunca salt bu olgunun sergilenmesi ile yetinilmeyip; akıl dışı süreçlerin ulusal olmayıp, dış kökenli olduğunun kanıtları konmuştur.

Her ne kadar GSS herkesi kapsamayı kağıt üzerinde kuramsal olarak yükümleniyor ise de, uygulamada bunun sağlanması özellikle de serbest çalışanlar, kayıt dışı sektör çalışanları ve tarım kesimi gibi kimi nüfus kesimlerinin sisteme katılması ve primlerinin toplanmasında sürdürülebilirliğin sağlanmasının zorluğundan dolayı, sistem dışında kalan kimi kesimler olacaktır. Dolayısıyla % 100'lük bir kapsama alanına ulaşmak oldukça zordur.

Ayrıca aile içinde kişi başına düşen aylık geliri en az ücretin 1/3'ünden az olan vatandaşlar ile 18 yaşını doldurmamış olanların GSS kapsamındaki sağlık giderleri ile prim toplamadaki zorluklarda göz önüne alındığında sistemin aktüaryal sürdürülebilirliği oldukça zordur.

Geçmiş dönemlerde kezlerce Bağ-Kur prim bağışlama yasaları çıkarılmış, faizleri silinmiş, ödeme kolaylıkları sağlanmıştır. SKK üyeleri için de aynı derecede olmamakla birlikte, işveren tarafından kaynakta kesilen primlerin Kuruma (SSK) aktarılmaması ya da geç aktarılarak özel kesimce nemalandırılması yüzünden, aktüaryal denge bozuklukları her 2 kurumu da tıkanma noktasına sürüklemiştir. Emekli Sandığı'nda ise çalışan ve çalıştırandan (Kamu işvereni) kaynakta kesilen kesenekler Sandık kaynaklarına aktarılmış ancak giderler gelirleri aştığından, burada da ciddi Maliye Bakanlığı / Hazine aktarımları (transferleri) yapılması kaçınılmaz olmuştur. Ancak bunları "kara delik" olarak nitelendirmek yersizdir. OECD ülkeleri dahil, yeryüzündeki hemen her ülkede kamu, sosyal güvenlik fonlarına sosyal devlet olmanın kaçınılmaz gereği katkı koymaktadır.[190]

Yeni düzenlemede SGK alacakları olan primler, 27 Eylül 2008 tarih ve 27010 sayılı RG'de yayınlanan ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 88 inci maddesi hükmüne dayanan "Sosyal Güvenlik Kurumunca 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanuna Göre Kullanılacak Yetkilere İlişkin Yönetmelik" ile 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsili Hakkında Yasa kapsamına alınmıştır. Böylece hizmet özelleştirilirken bedelinin toplanması görevi, kamuya bırakılmıştır. Sermayenin tahsildarlıkla yükümlediği kamu, deyim yerinde ise "eli sopalı" dır; çünkü 6183 sayılı yasa bu kapsamdaki alacakları için yükümlüsüne hapis cezası ile baskı yapma, yurtdşına çıkma yasağı koyma, banka hesaplarından otomatik tahsilat gibi son derece etkili ve katı yasal olanaklar sağlamaktadır.[108]

1981'de ilaçta, sonrasında ortez - protez, öbür tıbbi araç ve gereçler için giderek artırılan katılım payı alınması ile başlatılan cepten ödemler sürecine en son olarak 1 Ekim 2008'den başlayarak SGK'ya bağlı olanlardan, 1 Ocak 2009'da aktif memur ve Yeşil Kart'lı olanlardan 2. ve 3. Basamak sağlık hizmet sunucularında muayene olanlardan katılım payı alınmasına başlanmıştır.[109,114]

Türkiye'de 1999 - 2005 arasında kamu ve özel ayakta sağlık hizmeti sunucularının cari sağlık harcamalarına bakıldığında, özel sektörün

harcamaları kamunun iki katıdır. Cepten ödemelerdeki "kayıt içi" tırmanma dikkat çekicidir (Şekil 4.2.14).

Katılım payı oranı ve nominal tutarı arttıkça, sağlık hizmetlerinden yararlanma azalmaktadır. Dolayısıyla, katılım payları bağlamında korunması gereken duyarlı bir denge vardır. Bu "caydırıcı" yaklaşım gereksiz kullanımı dolayısıyla sağlık harcamalarını azaltmaya çalışırken, sağlık hizmetlerine özellikle gereksinimi olan kesimlerin ulaşımını da azaltacaktır.[200]

Bilindiği gibi 5510 sayılı yasa, özel sağlık kuruluşlarından ne oranda fazlasıyla katılım payı istenebileceğinin belirlenmesini Bakanlar Kurulu'nun yetkisine bırakmıştır (Md. 73- Değişik: 17.04.2008 – 5754 / 45 md.) [92] Bu oran önceleri % 20 olarak başlamıştır, ancak özel sağlık sektörünün baskısı ile "şimdilik" % 30 olarak uygulanmaktadır. Dünya pratiğine bakıldığında bu katkı paylarının sürekli artış gösterdiği ve alt sosyo-ekonomik katmanlar aleyhine eşitisizlikleri derinleştirdiği izlenmektedir.

Küresel toplum bunca deneyim edinmiş ve bunalarak tıkanmışken, verimli kaynak kullanamaz, sağlık giderlerine kaynak yetiştiremez / bulamazken, Halk Sağlığı, akıllı stratejilerle 20. yy. başında olduğu gibi, bir kez daha altın altın çağını yakalayabilir.

Beaglehole ve Bonita'ya göre; bu amaçla, kapsamlı Halk Sağlığı projelerini, "toplumsal gündemin kalbine yerleştirmek" ve ısrarla uygulamak gerekecektir. Yazarların şu değerlendirmelerini buraya aktarmak çok yerinde olacaktır:

"Sağlığın kötü oluşunda altta yatan en önemli nedenler toplumun sosyal ve ekonomik karakteristikleridir ki, bunlar sağlıkta dönüşümün yönlendirici güçleridir." [215]

" Küresel Halk Sağlığı hareketi için, kamu politikalarında merkezcil bir konum edinmek için, çok sayıda eylem yapılmalıdır. Halk Sağlığı'nın kuramsal destek eşitsizliği ile etik ve moral temelleri bağlamında geniş kapsamı bakımından bir uzlaşmaya varmak üzere, uluslararası bir tartışma açmak uygun olur. Epidemiyoloji ve öbür Halk Sağlığı bilimleri, Halk Sağlığı politikaları ve uygulamaları ile yakın ilişkilerini yeniden bildirmelidirler.[215]

Tüm Halk Sağlığı çalışanları, kanıta dayalı danışmanlığın yasal / meşru etkinlik olduğunu düşünmeli ve uygulamasını benimsemelidir. Güçlü bir Halk Sağlığı hareketi için, Halk Sağlığı gündemini oluşturmada toplum katılımı gereklidir. Hepsinin ötesinde, küresel politik ve sosyo-ekonomik hareketlerin karşılıklı bağımlılığı temelinde güçlü bir Halk Sağlığı (önderliği) gereklidir." [215]

European Public Health Association, editoriyal bir yazısında "Öncelikli 10 Alan" ı aşağıdaki gibi önermektedir:

1. Sağlıkta hakkaniyeti (equity) geliştirmek ve herkesin sağlık hakkına erişimini güvencelemek.
2. Bireysel ve küresel sağlık güvencesini oluşturmak.
3. Cinsiyet (gender) eşitliğini ve sağlıkla ilgili insan haklarını geliştirmek.
4. Yoksulluğu ve sağlık üzerindeki etkisini azaltmak.
5. Sağlıkta sosyal belirleyicileri belirlemek ve çözmek.
6. Daha sağlıklı bir çevreyi geliştirmek.
7. Eşitlikçi ve tümüyle işlevsel sağlık sistemleri kurmak.
8. Uygun sağlık insangücü sağlamak.
9. Bilgi, teknoloji ve bilimi buluşturmak ve birleştirmek.
10. Önderlik ve yönetişimi güçlendirmek.

Değinilen yazıda ayrıca şu öneriye yer verilmektedir:

Gelecekte Halk Sağlığı hastalık üzerine değil; "sağlık" üzerine yoğunlaşmalıdır. Toplumlar eksiklerine dayanarak ender olarak gelişirler, daha çok sağlık esenlik durumunda gelişirler. Bu süreçte en önemli etmenlerden biri, kişiler için olumlu bir çevre yaratma olmalıdır (spor, yeşil alan gibi).[216]

Türkiye'de 2005'te TSH'nın (toplam sağlık harcamaları) GSYİH içindeki payı OECD ortalamasının altında olmakla birlikte, 2002'den beri TSH artış hızımız GSYİH artış hızını geçmiştir (Şekil 4.2.4 ve Tablo 4.2.6).

Kaynakların sağlık hizmetleri arasındaki dağılımı, maliyet-etkililiği en yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın çok düşük olduğunu göstermektedir (Şekil 4.2.11).

Oysa 2007'de Avrupa İlaç Pazarında Türkiye 2. en hızlı büyüyen pazardır. Dünyanın en büyük ilaç pazarına sahip ABD'de ilaç pazarının GSYİH'ye oranı %1,3 iken, bu oran Türkiye'de %2,1'dir (Tablo 4.2.27).

Ülkemizde Toplam Kamu Sağlık Harcamaları içinde ilaç harcamalarının payı 2007 yılında % 38,1'dir (Tablo 4.2.23).

Türkiye'de 2001'den 2007'ye dek eşdeğer ilaç pazarı tutar olarak %30 düzeylerinde kalmış olup; belirgin bir artış görülmemiştir. Eşdeğer ilaç kullanımıyla 2007 yılında 808 milyon YTL tasarruf sağlandığı ileri sürülmektedir. (Şekil 4.2.20). [161] Ancak Türkiye'de eşdeğer ilaçlarda oluşan ortalama fiyat, özgün ilaç fiyatlarının % 80'i düzeyinde kalarak OECD ve AB ortalamasının 10 puan kadar üstünde gerçekleşmiştir.

Ayrıca, 1999'da çıkarılan 551 sayılı Yasa Gücünde Kararname ile ilaçta patent uygulamasına geçişin, 2004'e dek erteleme olanağı varken 5 yıl öne çekilmesinin de ilaç harcamalarında önemli artışlara yol açtığı tartışma dışıdır (Patent Haklarının Korunması Hakkında Yasa Hükmünde Kararname).[56]

2004 Mali Yılı Bütçe Yasası ile tüm yurtta "Performansa dayalı döner sermaye uygulaması"na geçilmesiyle Sağlık Bakanlığı'nın döner sermaye gelirlerindeki artış dikkat çekicidir. 2007'de 2003'e göre döner sermaye gelirleri 5,18 kat artmıştır (Tablo 4.2.18).[25,66]

SSK sağlık kurum-kuruluşlarının 19 Ocak 2005'te Sağlık Bakanlığı'na devri sonrasında yapılan bütçe aktarımlarındaki artış dikkat çekicidir (Şekil 4.2.1).[82]

"Aile Hekimliği" adı ile "pilot" olarak 33 ilde uygulanan, aslında "pilot" uygulama tanımına uymayıp aşamalı yaygınlaştırma olan fakat sistemin evrensel omurgası olan sevk zincirini bile işler duruma getiremeyen popülist politikalar, finansal olarak hızla tıkanmaya gitmektedir. GSS-AH sistemi, piyasa mantığıyla kazanç amaçlı olduğundan, koruyucu sağlık hizmetlerini doğası gereği önceleyememekte; hatta içselleştiremeyip dışlamaktadır. Etkin, yaygın koruyucu sağlık hizmetleri "piyasanın müşterilerini azaltacağından", sistem kurgusal olarak sakattır. Bu derin ve onmaz çelişkiden arınması, doğası gereği olanaklı değildir. Bu yüzden, Türkiye hiç olmazsa 1. Basamağı özelleştirmemeli, "Sağlık Ocağı Sistemi"ne dönmelidir.

Ülkemizde herkesi kapsamak için adil ve etkin genel vergilerle finansman yöntemine geçilmesi önerilmektedir. Ancak vergi toplama sistemindeki uçurum boyutlu eşitsizlikler nedeniyle genel vergilerle finansman yöntemi kısa erimde "zor" görünmektedir. Bu nedenle genel vergilerle finansman, orta-uzun erimde ulusal stratejik hedef olarak konmalıdır. Dolayısıyla GSS rejiminde ısrar edilecekse, herkesi kapsama, sağlık hizmetlerine ulaşımda hakçalık finansal portreyi ödenebilir tutma ve bunu sürdürmeyi sağlayıcı sosyal düzenlemeler zorunlu gözükmektedir.

Sağlık harcamalarını azaltmak için maliyet-yararı kanıtlanmış koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmeli ve sağlık hizmetleri yaygın bir bilgisayar ağı sistemiyle izlenmelidir. İlaç harcamalarını azaltmak içinse akılcı ilaç kullanımı artırılmalıdır. Bu bağlamda eşdeğer (jenerik) ilaç kullanımı teşvik edilmelidir. Sağlık çalışanlarında başarıma (performansa) dayalı ödeme yerine aylıklarda emekliliğe de yansıyan genel bir iyileştirmeye gidilmelidir. Kalkınmakta olan bir ülkenin gerçekten sınırlı Ulusal kaynaklarının, optimal verimlilikle kullanılması yükümü, ekonominin tartışma götürmez bir gerekliliğidir. Daha az maliyetli, daha bilimsel, daha sosyal ve daha ulusal yöntemler hep olmuştur ve olacaktır. Neo-liberal düzenin retorik tuzaklarla zihinleri kuşatmasına izin verilmemelidir. Türkiye, ulusal ve gerçekçi modelini 1961'de 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile Prof. Dr. Nusret H. Fişek öncülüğünde kurmuş, başarılı olarak uygulamaya geçirmişti. Değişen Dünya dinamiklerinin ulusal kaynakları haksız biçimde yerli-yabancı sermayeye aktarmasına izin verilmemelidir. Türkiye stratejik tercihlerini gözden geçirmeli ve Anayasası'nın 2. maddesinin, giriş bölümünün ve bir bütün olarak özünün gereği olarak piyasacı değil, sosyal sağlık-sosyal güvenlik hizmetleri rejimini yeğlemelidir.

Türkiye, çöküş sürecine sokulan sağlık hizmetlerini, Halk Sağlığı ve Halk(ın) Sağlığını akılcı olarak sürdürmek istiyorsa, ulusal yapı, olanak ve gereksinimlerine uygun sağlık politikaları izlemek zorundadır. Bu yapı, 1961'de, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile çatılmıştır. Temel esprisi, felsefesi, hedefleri korunarak güncellenebilir. Sağlık hizmetleri kamu eliyle verilmeli, genel bütçeden finanse edilmelidir.

Halk Sağlığı ve Halkın Sağlığını geliştirmenin en ussal yolunun bu strateji olduğu giderek daha çok görülmekte ve yanlıştan dönülerek yıkımın onarımına çalışılmaktadır. Türkiye de geç kalmamalıdır. Çünkü Türkiye, geçtiğimiz yüzyıl başında anti-emperyalist görkemli bir Devrim ile kurulmuştur. Devrim'i koruyup yaşatacak olan kuşaklar sağlıklı ve eğitimli olmalıdır.

"Küresel sisteme entegre olma" retorik tuzak söylemi ile gelinen çıkmazda Türkiye, sağlık ve sosyal güvenlik rejimi temel alanlarında giderek daha fazla ulusal kaynağını verimsiz biçimde tüketerek yerli-yabancı sermayeye aktarmakta ve sistemin finansmanını sürdüremediği gibi, hizmetlerin kapsam ve niteliği ile erişilebilirliğinden de kabul edilemez ödünler vermek zorunda kalmaktadır. Dolayısıyla, makro plandaki temel politika tercihlerinin köktenci biçimde ivedilikle gözden geçirilerek yeniden ulusalcı bir doğrultuya oturtulmasının kritik bir seçenek(sizlik) olduğu son derece nettir.

Türkiye'de çağdaş Halk Sağlığı hizmetleri ve bilimlerinin yaşama geçmesini sağlayan, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa'nın fikir babası ve mimarı, uygulayıcısı Prof. Fişek'in uyarısı çok öğreticidir:

"Ülkemizde politikacılar ve hükümetler sağlık hizmetlerinin genel bütçeden finansmanını, 1. Basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncülük verilmesini ve nitelikli sağlık yöneticileri kadrosu oluşturulmasını kabul etmeden ve inançla uygulamadan sağlık hizmetlerinde beklenen ve gereken gelişme sağlanamaz."

Fişek, "224 Sayılı Yasa, Atatürk'ün izinde bir Devrim Yasasıdır." sözlerinin de sahibidir. Dolayısıyla; Tezimizi,

Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK'ün şu sözleriyle bağlamak isteriz:

"*Ulusun tüm bireylerinin sağlıklı olmaları için sağlık koşullarını gerçekleştirmek, Devlet durumunda bulunan siyasal kuruluşların en BİRİNCİ görevidir."*

ÖZET

Türkiye'de Sosyalleştirme'den "Sağlıkta Dönüşüm"e Sağlık Harcamaları ve Mevzuatı

Sağlık Hakkı, en temel insan haklarının başında gelir (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi-1948, md. 25). Sağlık hizmetleri herkesçe ulaşılabilir, sürekli, hakça ve nitelikli olmalıdır. Ancak "Yeni Dünya Düzeni" nde sağlık hizmetlerine erişim piyasa kurallarına bırakılmakta, eşitsizlikler büyümektedir. Ülkemizde mevzuat düzenlemeleri evrensel sağlık hakkını pekiştirip yaygınlaştıracağına, özelleştirerek kamuyu dışlamaya, uluslararası pazara açmaya dönük işleve araçtır ve ne yazık ki sağlık harcamaları verimsiz biçimde artmaktadır.

Bu, Halk Sağlığı dalında tıpta uzmanlık tezi çalışmasında amaç; 1961'den günümüze Türkiye'de sağlık harcamalarını ve ilgili sağlık mevzuatını incelemektir.

1961 Anayasası 49. maddesiyle sağlık hizmetini yurttaşa hak, Devlete ise ödev olarak tanımlamıştır. Üstün hukuk normu gereği 224 sayılı yasa çıkarılarak sağlık hizmetleri Sosyalleştirilmiş ve ilke olarak bütçeden finansmanı öngörülmüştür. Sistem 20 yıl içinde tüm ülkeye yayılmış ancak zaman içinde, pek çok nedenle bu finansman ve sağlık hizmeti sunma rejiminden uzaklaşılmıştır. 1978'de çıkarılan Tam Gün Yasası çok kısa ömürlü (2 yıl!) olmuştur.

12 Eylül 1980 sonrasında 1982 Anayasası çıkarılarak temel politik seçimler değiştirilmiştir. 56. madde Devleti sağlık hizmetlerini düzenleyen ve denetleyen bir işleve indirgemiş, özelleştirmenin önünü açmıştır. 3359 sayılı yasa ile sağlıkta özelleştirme başlatılmış ve DB / IMF / AB / DTÖ güdümünde sağlık hizmetleri hızla serbest piyasaya açılarak ticarileştirilmiştir.

1990'lar, Küresel kapitalist sistemin güçlenerek yoğun baskısı ile Türkiye'de Sağlıkta Reform denilen sürecin hızlanmasını doğurmuştur. Pek çok mevzuat değişikliği yapılmıştır. 2000-2001 ekonomik bunalımının ardından iktidar olan AKP, 2003'te Sağlıkta Dönüşüm sürecini başlatarak ivme kazandırmıştır.

Finansman büyük ölçüde Genel Sağlık Sigortası'na, sosyal güvenlik tek bir Kuruma (SGK) ve kamusal sağlık kurumları tek ele, şimdilik Sağlık Bakanlığı'na bırakılmış, il-ilçe özel yönetimlerine mülkiyet devri yetkisiyle satılmasına ilişkin yasa teklifi TBMM'ye sunulmuştur. 224 sayılı yasanın sosyalleştirme rejimi tümü ile terk edilerek 6200 Sağlık Ocağı kapatılmaya başlanmış ve 1. Basamak da özelleştirilerek 33 ilde Aile Hekimliğine geçilmiştir. 2010'da tüm ülkeye yayılma hedeflenmiştir.

Süreç içinde sağlık giderleri sürekli ve GSMH büyüme hızını aşarak büyümüş ve % 7,6'lara ulaşarak OECD ortalamasına yaklaşmıştır. 2007'de 50 milyar $'ı bulan sağlık harcaması yapılmıştır (%38'i ilaç!). Dışa açılma ile ulusal ilaç sanayisi tasfiye edilmiş, dışa bağımlılık büyümüş; ilaç harcamaları SGK tarafından ödenemez boyutlara varmış, on binlerce eczacı protesto mitingleri düzenlemiştir.

Sağlık personeli için sözleşme rejimi ve başarım (performans) getirilmiş, kamu hastaneleri döner sermaye işletmelerine dönüştürülmüştür. Sağaltıcı hizmetlere harcamalar abartılı artmış, ancak sağlık düzeyi göstergeleri beklenen ölçüde iyileşmemiştir. Sağlık harcamalarının işlevsel alt dağılımı dengesizleşmiş, bağımsız uzmanlık kuruluşları sağlık giderlerinin maliyet-etkin olmadığı ve başka sektörler aleyhine gereksiz şiştiği eleştirisini getirmişlerdir.

Ayakta sağaltım hizmetlerinde özel sektör cari sağlık harcamaları, kamunun 2 katıdır. Harcamaları dizginlemek zorunlu olmuş, SGK ve Maliye Bakanlığı sırasıyla SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) ve TUT (Tedavi Uygulama Tebliği) yayınlayarak, zorunlu tasarruf adına hizmete erişimi çok güçleştirici katı kurallar getirmiştir. Bu

düzenlemelerin oldukça sık değiştirilmesi sektörde güvensizlik, belirsizlik ve istikrarsızlık doğurmuştur.

Kapsamı ve tutarı zamanla genişletilen katılım payları, GSS'ye karşın hizmete ulaşımı giderek daha çok engeller olmuştur. Prim = ek sağlık vergisi eşitsizlikleri artırmaktadır. Ayrıca prim toplamada zorluklar GSS gelirlerini azaltacaktır.

Türkiye; herkesi kapsayacak, genel vergilerle finanse edilen, sosyal devlete uygun, kamusal ağrlıklı bir ulusal sağlık sistemi benimsemelidir. Gelişmekte olan bir ülke için kıt kaynakları olası en yüksek verimli yöntemlerle değerlendirmek, stratejik bir politika aracı olarak büyük önem taşımaktadır.

Gereksiz şişirilen ve kamu eliyle yerli-yabancı sermayeye aktarılan sağlık harcamalarını azaltmak için etkin ve yaygın koruyucu sağlık hizmetlerine kesin bir öncelik verilmelidir. İlaç harcamalarını azaltmak için eşdeğer (jenerik) ilaçların yazımı, akılcı ilaç kullanımı sağlanmalı ve ulusal ilaç-aşı üretimi yeniden artırılmalıdır.

Son çözümlemede Türkiye, kökü dışarıda, Küreselleşmeci ve halktan yana olmayan politika dayatmalarını bir bütün olarak köktenci biçimde gözden geçirmeli ve ulusalcı sağlık politikalarına yeniden ve bir an önce dönüş yapmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Sağlıkta Dönüşüm, Sağlık Harcamaları,
Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Sağlık Mevzuatı,
Sağlıkta Reform, Sosyalleştirme

SUMMARY

Health Expenditures and Related Legislation in Türkiye from Socialization to Transformation in Health

Right of Health is one of the pioneering basic human rights. Health care must be accessible, sustainable, equitable and at good quality. But accessing to health services has been left to market rules; inequalities were grown in “New World Order”

Aim of this Medical Specialty thesis at Public Health Department of Ankara University Medical School is analyzing the health expenditures in Türkiye from 1961 up-to-date with related health legislation considering various aspects.

1961 Constitutional Law Article 49 defined health care as a right to citizens, but a duty to the State. Health services were Socialized and in principle, it was assessed to be financed by the general budget funds with Law No. 224 dated on 1961. This system was diffused to whole county within 20 years but in time, with a lot of obstacles, it was thrown away from this finance and health services presentation policy. The Full Time Law Act was put into force in 1978 but unfortunately lived very shortly as 2 years, roughly.

Principle health policy choices were differentiated very deeply by 1982 Constitutional Law. Article 56 reduced function of the State as of regulation and inspection rather than fulfillment a comprehensive health services. Privatization in health sector was launched by a peculiarly dedicated Law No. 3359 and The WB / IMF / EU / WTO guided health services were opened free market.

In early *1990*’s with intensive press of global capitalist system, so called “Health Reform” process was initiated in Türkiye. A substantial amount of regulatory amendments were made at a rapid pace.. Then, so called “Transformation in Health” period was fired in 2003. It has been implemented and continued very rapidly as an ongoing foreign-originating policy cluster.

The finance was mostly left to General Health Insurance system, and 3 social security bodies were integrated as of new National Social Security Institution.

Also, entire public hospitals were handed over to The Ministry of Health with a very near future project of leaving these health establishments to local governmental authorities with the power of selling them to the private sector. The related legislative proposal in connection with the last issue was submitted to the Turkish Grand National Assembly.

Primary Health Care services were also privatized in 33 cities by transforming the system into Family Physician Practice from State Primary Health Care Units so called “Saglik Ocagi” in Turkish. And new primary health services regimen was planned to cover entire country by the year 2010

Health expenditures have increased continuously and rapidly in time and drawn a trend faster than growing rate of the GDP. Functional sub-allocation of health expenditures became crucially unbalanced with unfavour of preventive care but favour of treatment services and total figures reached very high with a very disproportioning share of (38,1 %) drug expenditures mainly imported..National drug industry was abolished for the sake of integrating with so called global system through holly free trade by coming to an end of severe dependence to imperialism. Furthermore, brand new Social Security Institution (SGK with Turkish abbr.) fell into a full incapability as unique national re-imbursement body then pharmacists as tens of thousands rallied for protesting unbearable delay of re-imbursement of their bills.

For family physicians, a contract regimen was accepted for employment policy instead of full public staff. As to income regimen, a performance based co-payment

was added up to regular per-capita earnings by paying another bill of climbing health expenditures..

The state hospitals were made autonomous in terms of budgetary and administrative manners and main financial source was defined as revolving fund. The higher health expenditures the higher co-payment, cost containment etc. measures were loaded to the pockets of health services users to such extent that demanding health care was interfered with despite having a huge, General Health Insurance (GHI) system with its broad spectrum coverage on paper. Due to high premium levels and widespread poverty, unemployment, unfair income distribution, gigantic informal sector etc. .GHI could not cover entire population in contrast with its initial targets. Inequalities and disgust became to be spread over while total health expenditures accounted a 50 billion $ bill in 2007 as of 7.6 per cent of GNP as critical threshold of obstruction, dead end.

So, Türkiye must adopt back her national health system that will be inclusive for all citizens and to be financed via a fair-effective general taxation regimen which suits to be a social state in compliance with her Constitution art. no 2.. As a developing country she should act extensively meticulous on the scare national sources in order to utilize them most efficiently for socio-economic development.

For decreasing the artificially bloomed health expenditures, preventive health services should be given top priority. For normalizing the unnecessary drug expenditures generic drugs prescribing, rational use of essential drugs must be provided and national drug–vaccine-biological molecules production must be increased again.

At the final analysis, Türkiye must review the global policies which make her a postmodern type of “neo-colony”, so not line up with historical heritage of full independence of the nation and the country; she must turn back the national health policies as soon as possible.

Key Words : Health Expenditures, Health Legislation, Health Reform
Financing Health Services, Socialization, Transformation in Health

KAYNAKLAR

1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. www.belgenet.com/arsiv/sozlesme/iheb.html (erişim: 07.03.2008)
2. Keyder Ç. Giriş. Keyder Ç, Üstündağ N, Ağartan T, Yoltar Ç. Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları. İstanbul: İletişim Yayınları, 2007: 15-35
3. How well do Health systems perform? Chapter Two. The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: The World Health Organization Publications, 2000: 24
4. Carin G, Mathauer I, Xu K, Evans DB. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. Bulletin of the World Health Organization. 2008; 86(11):857-63
5. Türkiye Cumhuriyeti 1961 Anayasası. www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm (erişim: 07.11.2008)
6. Türkiye Cumhuriyeti 1982 http://www.tbmm.gov.tr/Anayasa.htm (erişim: 07.03.2008)
7. Kartal M, Mollahaliloğlu S. OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000. Ankara: RSHMB Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004: x-7
8. Güriz A. Hukuk Başlangıcı. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2003.
9. Ceyhan MS. Faiz Dışı Fazla Nedir? Türkiye'de Mevcut Faiz Dışı Fazla ve Reel Faizler ile Kamu Borçlar Eritilebilir mi? (Muhtemel Senaryolara Göre Üç Projeksiyon). C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi.2004; 5(2): 31-46.
10. Tosun E. *Bütçe Terimleri Sözlüğü*. Ankara: Devlet Bütçe Uzmanları Derneği, 2004.
11. Sözlük. Güler Ç, Akın L editörler. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi yayınları, 2006: 1304
12. DSÖ Anayasası, 1948. http://195.142.135.65/who/index.html (erişim: 03.07.2008)
13. Yenimahalleli - Yaşar GY. Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalıma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara, 2007 sf 1-55
14. Makas, R (2003), Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Norm ve Standart Birliği. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hukuk Anabilim Dalı Özel Hukuk Bilim Dalı, Yayımlanmamış Doktora Tezi. Yenimahalleli - Yaşar G. Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi içinde. T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi. 2007: 1 - 2
15. Akdur R. Temel Kavramlar,Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu (Güncellenmiş ve Genişletilmiş 2. Baskı). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2006.
16. Sur H. Sağlık Sisteminde Ödeme Mekanizmaları. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2007; 3: 10 - 15
17. Uz MH. Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri. İçinde: Hayran O, Sur H, editörler. Hastane Yöneticiliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1997:
18. Özbay H, Öncül HG, Gökçimen M, Arı HO, Mollahaliloğlu S. Sağlık Sektörü Finansmanı. İçinde: Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan AK, Ünüvar N, Aydın S editör. Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007. Ankara: RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007: 178 - 209

19. 209 Sayılı Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa www.saglik.gov.tr/TR/MevzuatGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF9DB0AA138C133A8F (erişim 10.03.2008)
20. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa www.saglik.gov.tr/TR/MevzuatGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF199F0C581E769F43 (erişim 10.03.2008)
21. Akdur R. Sosyalizasyon Nedir? Niçin Başarısızdır? Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni. 1976;1(9-10): 62-77
22. T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl) 1963 - 1967, Ankara 1963: 413 - 4
23. 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Yasası http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/c91a240049539697ad64fd6f1b6c0386/ssk506.doc?MOD=AJPERES (erişim: 23.11.2008)
24. 657 sayılı Devlet Memurları Yasası http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/388.html (erişim 01.12.2008)
25. Akdağ R, Aydın S, Demirel H. İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008: 17
26. T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Kalkınma Planı (2. Beş Yıl) 1968 - 1972, Ankara 1968: 223-5
27. 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/88159e004909bdb8b09efbda1d582049/bagkur1479.doc?MOD=AJPERES (erişim 01.12.2008)
28. T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Kalkınma Planı (3. Beş Yıl) 1973 - 1977, Ankara 1973: 818 - 25
29. 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasa http://www.emekli.gov.tr/2022Kanun.html (erişim: 01.10.2008)
30. 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasa http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/ozurlu/2022_Sayili_Kanun.asp+2022+say%C4%B1l%C4%B1+muhta%C3%A7+hastane+tedavi&hl=tr&ct=clnk&cd=39&gl=tr (erişim 03.02.2009)
31. T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Kalkınma Planı (4. Beş Yıl) 1978 - 1982, Ankara 1979: 460
32. 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa www.anayasa.gov.tr/eskisite/KARARLAR/IPTALITIRAZ/K1979/K197913.htm+29/6/1978+tarih+ve+2162+say%C4%B1l%C4%B1+Kanun&hl=tr&ct=clnk&cd=15&gl=tr (erişim 10.03.2008)
33. Köse S. 24 Ocak 1980 ve 5 Nisan 1994 İstikrar Programlarının Karşılaştırılması. Planlama Dergisi Özel Sayı. DPT'nin Kuruluşunun 42. Yılı. 2002: 119 - 128
34. 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Yasa www.saglik.gov.tr/TR/MevzuatGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF7798F3C9FED8DC6A (erişim 01.02.2009)
35. Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı Sonuç Raporu 2006. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara: RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007: 10-15
36. Sosyal Sigortalar Yasası (Mülga). T.C. Adalet Bakanlığı www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/377.html+1981+2422+15+md&hl=tr&ct=clnk&cd=7&gl=tr (erişim 01.12.2008)

37. 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasası www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/c4464c00495394aead2dfd6f1b6c0386/emekli5434.doc?MOD=AJPERES (erişim 01.12.2008)
38. Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/20095.html (erişim 01.12.2008)
39. Soyer A. Darbe, Liberalizasyon ve Sağlık Türkiye Fotoğrafı (1980-1995) Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Darbeden AK Partiye Sağlığın Öyküsü içinde. İstanbul: Sorun yayınları, 2004: 137-166
40. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Yasası http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/680.html (erişim: 02.02.2009)
41. 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Yasa Hükmünde Kararname http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/10009.html (erişim: 02.02.2009)
42. Zincir M. Sağlıkta Dönüşüm: Sağlıkta Deformasyon. Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı içinde. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2006: 31-34
43. T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Kalkınma Planı (5. Beş Yıl) 1985-1989: 152
44. 3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Yasası http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/739.html
45. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF71BE64510F6C8BC9C663EB3BA2011BDE (erişim 03.04.2008)
46. Temyiz Kurulu Kararı. Sayıştay Kararları. Sayıştay Dergileri 2003; 50-51: 193-4, www.sayistay.gov.tr/yayin/dergi/icerik/der50m11.pdf (erişim 30.11.08)
47. 657 Sayılı Devlet Memurları Yasası, 926 Sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Yasası, 2802 Sayılı Hakimler ve Savcılar Yasası, 2914 Sayılı Yükseköğretim Personel Yasası, 5434 Sayılı T.C. Emekli Sandığı Yasası ile Diğer Bazı Yasa ve Yasa Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması, Devlet Memurları ve Diğer Kamu Görevlilerine Memuriyet Taban Aylığı ve Kıdem Aylığı ve Ek Tazminat Ödenmesi Hakkında Yasa Hükmünde Kararname http://www.hukuki.net/yasa/375.45.frameset.asp (erişim 30.11.2008)
48. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Kalkınma Planı (6. Beş Yıl) 1990 - 1994: 291
49. Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasa www.saglik.gov.tr/TR/MevzuatGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF19B190F8AB49BC8D (erişim 01.10.2008)
50. Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/20081.html (erişim 01.03.2008)
51. Turhan A. Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) ≠ GATT. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. Yıllık Programlar ve Konjonktür Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Mart 1997: 2-4
52. Akayın MK. Küreselleşmenin Kentsel Politika Üzerine Etkileri. T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi (Kent ve Çevre Bilimleri) Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2004: 68 -78
53. Türk Patent Enstitüsü Stratejik Planı 2007- 11. www.turkpatent.gov.tr/portal/duyurular/TPE_SP.pdf (erişim 01.11.2008)
54. Varol Saraçoğlu G. Küreselleşme Süreçlerinin Türk Sağlık Sistemine Etkileri. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. 2004: 17-57

55. Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları DTÖ Anlaşmaları: (TRIPS). T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı www.dtm.gov.tr/dtmweb/yaziciDostu.cfm?dokuman=pdf&action=detay&yayinID=191&icerikID=290&dil=TR (erişim 01.12.2008)
56. Patent Haklarının Korunması Hakkında 551 Sayılı Yasa Gücünde Kararname www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/10057.html+PATENT+HAKLARININ+KORUNMASI+HAKKINDA+resmi+gazete&hl=tr&ct=clnk&cd=2&gl=tr (erişim 01.12.2008)
57. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Kalkınma Planı (7. Beş Yıl) 1996-2000: 40-48
58. 4375 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Yasası, Devlet Memurları Yasası ve Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasasında Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa www.saglik.gov.tr/TR/MevzuatGoster.aspx?F6E10F8892433CFF6407999D5EC50F898D40DBAF123EC275 (erişim 01.12.2008)
59. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hwww.sanayi.gov.tr/webedit/gozlem.aspx%3FsayfaNo%3D3510+Ayakta+Te%C5%9Fhis+ve+Tedavi+Yap%C4%B1lan+%C3%96zel+Sa%C4%9Fl%C4%B1k+2000&hl=tr&ct=clnk&cd=9&gl=tr (erişim: 03.03.2008)
60. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Kalkınma Planı (Sekizinci Beş Yıl) 2001-2005: 85-88
61. 4618 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasanın Bazı Md.leri ile 190 Sayılı Yasa Hükmünde Kararnamenin Eki Cetvellerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Yasa http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2001/01/20010123.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2001/01/20010123.htm (erişim 01.12.2008)
62. Özel Hastaneler Yönetmeliği rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2002/03/20020327.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2002/03/20020327.htm (erişim: 10.12.2008)
63. Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ (TU) http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2003/05/20030530.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2003/05/20030530.htm (erişim: 03.03.2008)
64. 4905 Sayılı Devlet Memurları Yasası ile Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasasında Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2003/07/20030701.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2003/07/20030701.htm (erişim: 03.03.2008)
65. 5018 Sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Yasası http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2003/12/20031224.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2003/12/20031224.htm (erişim: 03.03.2008)
66. 2004 Mali Yılı Bütçe Yasası http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2003/12/20031228m1.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2003/12/20031228m1.htm (erişim: 03.03.2008)

67. 26/2/2004 Tarihli ve 2004/6887 Sayılı Kararnamenin Eki Karar http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/02/20040229.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/02/20040229.htm (erişim: 02.01.2009)
68. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/03/20040303.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/03/20040303.htm (erişim: 02.01.2009)
69. Özel Hastaneler Yönetmeliği http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2002/03/20020327.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2002/03/20020327.htm (erişim: 10.12.2008)
70. Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/05/20040528.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/05/20040528.htm (erişim: 10.12.2008)
71. Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ile Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarını Temsil Eden Dernekler Arasında İmzalanan 1 Haziran 2004 Tarihli Protokol
72. 5222 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/07/20040721.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/07/20040721.htm (erişim: 03.03.2008)
73. 5234 sayılı Bazı Yasa ve Yasa Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/09/20040921.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/09/20040921.htm (erişim: 03.03.2008)
74. Paycı SÖ, Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği. Aile Doktorları İçin Kurs Notları içinde. Birinci Aşama. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2004: 23-30
75. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkına Yasa. TBMM; 2004. www.tbmm.gov.tr/yasalar/k5258.html (erişim: 10.11.2007)
76. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Ankara, 2004
77. Görpelioğlu S. Geçiş Dönemi Eğitim Programı Gerekliliği, Amacı ve Yapısı. Aile Doktorları İçin Kurs Notları içinde. Birinci Aşama. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2004: 7-8
78. Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller" hakkında tebliğ. http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/05/20040505.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2004/05/20040505.htm (erişim: 17.02.2008)
79. T.C. Danıştay Beşinci Daire Esas No: 2004/4439 İtiraz Yoluyla Anayasa Mahkemesi'ne Başvurulması Kararı www.ttb.org.tr/guncel/karar_36.php (erişim: 03.03.2008)
80. Özel Hastaneler Protokolü - 2004
81. Kamu Kurumlarının Serbest Eczanelerden İlaç Alımı Konusunda Yapılacak Protokole İlişkin Genel Esaslar. Türk Eczacıları Birliği, 2004

82. 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Yasa http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/01/20050119m1.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/01/20050119m1.htm (erişim 30.12.2008)
83. 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı (Sıra No: 4) (Tedavi Yardımı) http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/02/20050209m1.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/02/20050209m1.htm (erişim: 03.03.2008)
84. Maliye Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0060.pdf (erişim: 03.03.2008)
85. Tedavi Yardımlarına İlişkin Genelge. T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü http://www.bumko.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx%3FDIL%3D1%26BELGEANAH%3D1914%26DOSYAISIM%3DTedaviGdr.htm+Maliye+Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1+B%C3%BCt%C3%A7e+ve+Mali+Kontrol+Genel+M%C3%BCd%C3%BCrl%C3%BC%C4%9F%C3%BC+24.02.2005+tarih+ve+2951+say%C4%B1l%C4%B1+yaz%C4%B1&hl=tr&ct=clnk&cd=3&gl=tr (erişim: 03.03.2008)
86. 5335 Sayılı Bazı Yasa ve Yasa Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/04/20050427.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/04/20050427.htm (erişim: 03.03.2008)
87. 178 sayılı Maliye Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Yasa Hükmünde Kararname http://www.muhasebat.gov.tr/mevzuat/khk/docs/178.doc (erişim: 03.03.2008)
88. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/07/20050706.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/07/20050706.htm (erişim: 10.11.2007)
89. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/08/20050812.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/08/20050812.htm (erişim: 10.11.2007)
90. 5471 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa ile 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2006/03/20060311.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2006/03/20060311.htm (erişim: 27.12.2008)
91. 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası. http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2006/05/20060520.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2006/05/20060520.htm (erişim: 10.08.2007)
92. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616.htm (erişim: 10.08.2007)

93. Anayasa Mahkemesi 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası Karar Tutanağı www.anayasa.gov.tr/images/loaded/pdf_dosyalari/2006-111karar1.doc (erişim: 10.08.2007)
94. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Kalkınma Planı (9. Kalkınma Planı) 2007-2013: 57-65 http://ekutup.dpt.gov.tn/plan9.pdf (erişim 01.12.08)
95. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Yasa Tasarısı. TBMM; 2007. http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf (erişim: 26.12.2008)
96. Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme. 1. Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2007
97. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/05/20070525m1.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/05/20070525m1.htm (erişim: 03.09.2007)
98. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 8) http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/05/20070525m1.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/05/20070525m1.htm (erişim: 03.09.2007)
99. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Doğrudan Hizmet Alımı Yoluyla Sunulması ve Ücretsiz Olması Hakkında Genelge www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=19036&DOSYAISIM=genelge1basamak.doc (erişim: 05.09.2007)
100. 60. Hükümet Programı. TBMM; 2007. www.akparti.org.tr/haber.asp?haber_id=18660&kategori=1, (erişim: 10.09.2007)
101. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/09/20070922-7.htm (erişim: 02.01.2009)
102. Sağlık Bakanlığı ile Tam Gün Yasa Taslağı Hakkında Görüşme. Türk Tabipleri Birliği http://www.ttb.org.tr/en/index.php/tuem-haberler-blog/179-ttb/1037-1037 (erişim 01.02.2009)
103. 5754 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ve Bazı Yasa ve Yasa Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2008/05/20080508.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2008/05/20080508.htm (erişim: 10.08.2008)
104. Aile Hekimliği Uygulanan İllerde Merkez Payı Alınmaması ile ilgili Genelge http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF1A9547B61DAFFE2A555D02D61282AD49 (erişim: 01.09.2008)
105. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile İlgili Başbakanlık Genelgesi http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2008/06/20080626.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2008/06/20080626.htm (erişim: 01.01.2009)
106. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi Genel yazı. http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/haberler/genel/genel_yazi.doc (erişim: 01.01.2009)
107. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi www.performans.saglik.gov.tr/index.php%3Fpid%3D46%26mNewsDetail%3D43+Sa%C4%9Fl%C4%B1kta+Performans+ve+Kalite+Y%C3%B6nergesinde&hl=tr&ct=clnk&cd=3&gl=tr (erişim: 01.01.2009)

108. Sosyal Güvenlik Kurumunca 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanuna Göre Kullanılacak Yetkilere İlişkin Yönetmelik http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2008/09/20080927.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2008/09/20080927.htm (erişim: 01.01.2009)
109. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği http://rega.basbakanlik.gov.tr/# (erişim 02.12.2008)
110. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/mukerrer/mukerrer.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/mukerrer/mukerrer.htm (erişim: 01.01.2009)
111. 2008 Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği. T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü http://www.bumko.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF74FDC3CFBB4EF21A (erişim 02.12.2008)
112. Türk Tabipleri Birliği'nin Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'nin Bazı Hükümlerinin İptali İçin Açtığı Dava Dilekçesi www.ttb.org.tr//images/stories/TUT_dava_dilekce.doc (erişim 28.12.2008)
113. 5828 sayılı 2009 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/mukerrer/mukerrer.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/mukerrer/mukerrer.htm (erişim 01.01.2009)
114. Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ (Sıra No: 7) http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/mukerrer/mukerrer.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/mukerrer/mukerrer.htm (erişim 01.01.2009)
115. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 8) http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/mukerrer/mukerrer.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/mukerrer/mukerrer.htm (erişim 01.01.2009)
116. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2009/01/20090131.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2009/01/20090131.htm
117. Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol – 2009 http://www.teb.org.tr/images/upld2/haberler/qSW20090203175347MLP.doc
118. Dorn S. Medicaid Coverage for Poor Adults: A Potential Building Block for Bipartisan Health Reform. Washington; Economic and Social Research Institute, 2004:1-2.
119. Card D, Dobkin C, Maestas N. The Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on Health Care Utilization: Evidence from Medicare. The American economic review. 2008; 98(5): 2242-2258.
120. Tedavi Giderlerine Yönelik Destekler. T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Genel Müdürlüğü http://www.sydgm.gov.tr/sydtf/web/gozlem.aspx?sayfano=175 (erişim 10.01.2009)
121. Sosyal Güvenlik Kurumu 2008 Kasım bülteni http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/c96105804c83e319ac8bafd2a69077f2/kasim_2008.xls?MOD=AJPERES (erişim: 04.01.2009)

122. Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Yasası, Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Yasası, Gülhane Askerî Tıp Akademisi Yasası ve Millî Savunma Bakanlığı ile Kara, Deniz ve Hava Kuvvetleri Komutanlıklarına Bağlı Kurumlarda Döner Sermaye Teşkili ve İşletilmesine İlişkin Yasada Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/06/20050621.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/06/20050621.htm (erişim: 04.12.2008)
123. Tedavi Giderlerine Yönelik Destekler. T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Genel Müdürlüğü http://www.sydgm.gov.tr/sydtf/web/gozlem.aspx?sayfano=175 (erişim 10.01.2009)
124. Şartlı Nakit Transferleri Sağlık Yardımları. T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Genel Müdürlüğü http://www.sydgm.gov.tr/sydtf/web/gozlem.aspx?sayfano=176 (erişim 10.01.2009)
125. Sosyal Güvenlik Kurumu 2008 Eylül bülteni http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/280552804bb73f54b199b7c31cd955d8/2008_eylul.xls?MOD=AJPERES (erişim: 16.11.2008)
126. Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği. Türk Sigorta Sektörü 2008 III. Dönem Verileri. http://www.tsrsb.org.tr/NR/rdonlyres/BA305AE0-B382-4234-A533-8050FA1C8B5F/4359/4PoliceAdetleri1.xls (erişim: 04.12.2008)
127. Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği. Türk Sigorta Sektörü 2007 III. Dönem Verileri. http://www.tsrsb.org.tr/NR/rdonlyres/784CD242-AB6F-4B73-99C0-D37E9251B757/3288/PolieAdetleri.xls (erişim: 04.12.2008)
128. 2762 sayılı Vakıflar Yasası www.vgm.gov.tr/001_Menu/02_Mevzuat/01_Kanun/2762.cfm (erişim: 04.12.08)
129. 5737 sayılı Vakıflar Yasası http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2008/02/20080227.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2008/02/20080227.htm (erişim: 04.12.2008)
130. Sosyal Yardımlaşma Ve Dayanışma Vakıflarının Yapısı. T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü www.sydgm.gov.tr/sydtf/web/gozlem.aspx?sayfano=106 (erişim: 04.12.08)
131. Türkiye Kızılay Derneği Tüzüğü www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/5172.html (erişim: 04.12.2008)
132. Üniversitelerin Web Siteleri. Yükseköğretim Kurumu. http://74.125.77.132/u/TCYuksekOgretimKurulu?q=cache:L13iNHLAYc8J:www.yok.gov.tr/universiteler/uni_web.htm+Vak%C4%B1f+%C3%9Cniversiteleri&hl=tr&ct=clnk&cd=1&ie=UTF-8 (erişim: 15.12.2008)
133. Özelleştirme Kapsamına Alınan Kuruluşlar. T.C. Başbakanlık Özelleştirme İdaresi Başkanlığı. http://www.oib.gov.tr/program/uygulamalar/1985-2003_1.htm (erişim: 15.12.2008)
134. 2006 Özelleştirme Uygulamaları. Satış/Devir İşlemi Tamamlanan Uygulamalar. T.C. Başbakanlık Özelleştirme İdaresi Başkanlığı. http://www.oib.gov.tr/program/uygulamalar/2006_uygulamalar/2006_uygulamalar11.htm (erişim: 15.12.2008)
135. OECD Health Data 2008, June 2008
136. Growth in health spending slows in many OECD countries, according to OECD Health Data 2008. http://www.oecd.org/dataoecd/42/9/40902483.xls (erişim: 15.12.2008)

137. T. C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2007
138. Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık İstatistikleri http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1 (erişim 10.09.2008)
139. Türkiye'de Sağlık Sektörünün Durumu. Füsun Sayek TTB Raporları 2008 Sağlık Emek-Gücü: Sayılar Ve Gerçekler içinde. Birinci Baskı, Ekim 2008, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları
140. Sağlık Bakanlığı 2008 Yılı Özel Sağlık Kurum ve Kuruluş Yatırımları Hakkında Karar. http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF6407999D5EC50F89E95D38C8CE556D43 (erişim 14.11.2008)
141. T. C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2002
142. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2001 Yılı İstatistik Yıllığı http://www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=9413&DOSYAISIM=t2_3.htm (erişim 14.11.2008)
143. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006 www.saglik.gov.tr/TR/istatistik/2006/Tablo2-3-4.htm (erişim 14.11.2008)
144. 2008 Yılı Genel Bütçeli İdareler Bütçe Performansı Kuruluş Bazında Ödenek ve Harcamalar Tablosu. T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü.http://www.muhasebat.gov.tr/mbulten/T4-1-18.xls (erişim 09.01.2009)
145. 2007 Yılı Genel Bütçeli İdareler Bütçe Performansı Kuruluş Bazında Ödenek ve Harcamalar Tablosu. T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü.www.muhasebat.gov.tr/mbulten/T4-1-16.xls (erişim 23.11.2008)
146. 2006 Yılı Genel Bütçeli İdareler Bütçe Performansı Kuruluş Bazında Ödenek ve Harcamalar Tablosu. T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü.www.muhasebat.gov.tr/mbulten/T4-1-15.xls (erişim 23.11.2008)
147. 2005 Genel Bütçeye Dahil Kuruluşların Aylık Ödenek ve Harcamaları. T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü. http://www.muhasebat.gov.tr/mbulten/T4-1-1.htm (erişim 23.11.2008)
148. 2004 Genel Bütçeye Dahil Kuruluşların Aylık Ödenek ve Harcamaları. T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü. www.Muhasebat.Gov.Tr/Mbulten/T4-1-12.Htm (erişim 23.11.2008)
149. 1995 - 2003 Genel Bütçeye Dahil Kuruluşların Aylık Ödenek ve Harcamaları. T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü. www.muhasebat.gov.tr/mbulten/T4-1-3.htm (erişim 23.11.2008)
150. Döner Sermayeli İşletmelerin 2006 ve 2007 Yılları Gider ve Gelir Tutarları T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü. www.muhasebat.gov.tr/dose/t3-2.xls (erişim 23.11.2008)
151. Döner Sermayeli İşletmelerin 2005 Yılı Gider ve Gelirleri. T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü. www.Muhasebat.Gov.Tr/Dose/T3-1.Xls (erişim 23.11.2008)
152. Döner Sermayeli İşletmelerin 1999 - 2004 Yılları Gider ve Gelirleri. T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü. www.muhasebat.gov.tr/dose/t3.htm (erişim 23.11.2008)
153. T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2001 http://www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=9414&DOSYAISIM=21.htm (erişim: 15.12.2008)
154. 2007 Yılı Genel Bütçe Giderleri. T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü www.muhasebat.gov.tr/mbulten/T10-2-10.xls (erişim: 28.11.2008)

155. Intercontinental Marketing Services (IMS) verileri.
156. Beşeri İlaç Sanayi Çalışma Grubu Raporu. 2007-2013 9. Kalkınma Planı (2007-13) İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyonu Raporu içinde. Ankara: T.C. Başbakanlık DPT yayınları, 2007: 32-76
157. World Bank, Gross Domestic Product (GDP) 2007 http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GDP.pdf (erişim 24.11.2008)
158. IMS Health Reports Global Prescription Sales Grew 6.4 Percent in 2007, to $712 Billion. News Releases www.imshealthcanada.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6025_3665_83763126,00.html (erişim 24.11.2008)
159. İlaç Pazarı / Tüketim. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası. www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12 (erişim 29.11.2008)
160. IMS Health Predicts 5 to 6 Percent Growth for Global Pharmaceutical Market in 2008, According to Annual Forecast www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem.a46c6d4df3db4b3d88f611019418c22a/?vgnextoid=2ddb1d3be7a29110VgnVCM10000071812ca2RCRD&vgnextfmt=default (erişim 29.11.2008)
161. Eşdeğer İlaç. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası. http://www.esdegerilac.com/asp_sayfalar/index.asp?menuk=16&sayfa=705#1 (erişim 29.11.2008)
162. Demir .S. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı İnsani Gelişme Endeksi ve Türkiye Açısından Değerlendirme. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, 2006: 6-7 http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/demirs/insanige.pdf
163. Human Development Report 2007/2008 http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_EN_Complete.pdf
164. How well do Health systems perform? Chapter Two. The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: The World Health Organization Publications, 2000: 24
165. OECD Health Data 2006. How Does Turkey Compare www.oecd.org/dataoecd/29/54/36959956.pdf
166. Dünya Sağlık Örgütü İstatiksel Bilgi Sistemi http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp?countries=[Location].Members (erişim 31.01.2009)
167. Hastalık Yükü Final Rapor. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet - Etkililik Projesi. Ankara: RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004: 301 - 315
168. Uz MH. Sağlık Ekonomisi ve Hastanedeki Uygulamaları. İçinde: Hayran O, Sur H, editörler. Hastane Yöneticiliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1997:
169. Ağartan T. Sağlıkta Reform Salgını. Keyder Ç, Üstündağ N, Ağartan T, Yoltar Ç. Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları. İstanbul: İletişim Yayınları, 2007: 37 - 54
170. Öztek Z Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu, 2007. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. http://www.hasuder.org/doc/turkiyede.saglikhizmetleri.raporu2007.son.pdf (erişim 03.04.2008)
171. Akin J, Birdsall N, Ferranti D. Financing Health Services in Developing Countries An Agenda for Reform. Washington: The World Bank Press, 1987: 1 - 45
172. Griffin CC. Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector. Washington: The World Bank Press, 1989: 8 - 14

173. Chawla M. Türkiye: Daha iyi Erişim ve Etkinlik için Sağlık Sektörü Reformu. Cilt II: Çalışma Raporlan. Dünya Bankası İnsani Kalkınma Sektörü Birimi Avrupa ve Orta Asya Bölgesi. Dünya Bankası Yayınları, 2003: iii - vi
174. Sağlıkta Dönüşüm. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2003
175. Konukman A. AKP'nin Acil Eylem Planı (AEP) Üzerine Bir Değerlendirme. TMMOB Maden Mühendisleri Odası Madencilik Bülteni. 2003; 25: 18-19
176. Full Chronology of The Royal College of General Practitioners http://www.rcgp.org.uk/services__contacts/history_heritage__archives/history__chronology/chronology/history_of_general_practice_be.aspx, (erişim: 07.03.2008)
177. Mendis K, Solangaarachchi I. PubMed perspective of family medicine research: Where does it stand? Family Practice 2005; 22: 570–575. http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/22/5/570.pdf, (erişim: 02.03.2008)
178. Stevens RA. The Americanization of Family Medicine: Contradictions, Challenges, and Change, 1969–2000. Family Medicine 2001;33(4):232 - 43.
179. Erkoç M, Çağlayan Ç. Küba Sağlık Sistemi Paradoks mu, Sosyalizm mi? Toplum ve Hekim. 2006; 21 (5 - 6): 459 – 469
180. Koç İ, Hancıoğlu A. Hanehalkı Nüfusu ve Konut Özellikleri. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Yayınları, 2004: 19
181. Hekimler Sıkıntılı. Türk Tabipleri Birliği Isparta - Burdur Tabip Odası Başkanlığı (erişim 31.01.2009)
182. Isparta İl Sağlık Müdürlüğü Bilgi İsteme Yazısı Sonucu Açıklama
183. Savaş N, Özer C, İnandı T. Sevk Zinciri İptalinin Üçüncü Basamakta Konulan Tanılar Ve Sosyal Güvenlik Kurumuna Maliyeti Üzerine Etkileri. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. 2008: 354
184. Carin G, Mathauer I, Xu K, Evans DB. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. Bulletin of the World Health Organization. 2008; 86(11):857-63
185. Saltman BR, Figueras J. Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 1997. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998.
186. Türk Eczacıları Birliği http://www.mitinge.com/ (erişim: 09.02.09).
187. Saltık A, Varol G. Küreselleş(tiril)en Dünyada Sağlık ve Halk Sağlığı Disiplinin Yeri. Küreselleşme ve Psikiyatri. 1. Baskı. Ankara: TTB; 2003.s.146
188. Gelir Dairesi Başkanlığı www.gib.gov.tr/fileadmin/user_upload/VI/GBG/Tablo_3.xls.htm. (erişim 31.01.2009)
189. Statement by the IMF Mission to Turkey. Press Release No. 09/14. January 26, 2009 http://www.imf.org/external/np/sec/pr/2009/pr0914.htm (erişim: 03.02.2009)
190. Yıldırım HH. Dünyada ve Türkiye'de Sağlığa Erişim ve Sağlık Sektörünün Durumu. Dinç K, editör. Sağlığa Erişimde Sivil Toplum ve Harcama Politikaları Toplantı Kitabı içinde. Ankara: Sağlığa Erişim Derneği Yayınları, 2007: 61 - 72
191. 2008 Türkiye Nüfusu. Türkiye İstatistik Kurumu. www.tuik.gov.tr/PreTablo.do%3Ftb_id%3D39%26tb_adi%3DN%25FCfus%2520%25DDstatistikleri%2520ve%2520Projeksiyonlar%26ust_id%3D11+31+aral%C4%B1k+2008+t%C3%BCrkiye+n%C3%BCfusu+t%C3%BCik&hl=tr&ct=clnk&cd=3&gl=tr (erişim 31.01.2009)

192. 2007 Yoksulluk Çalışması Sonuçları. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. 2008;192 www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=2080 (erişim 31.01.2009)
193. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2007 Nüfus Sayımı Sonuçları. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. 2008; 9 www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=3894 (erişim 31.01.2009)
194. Asgari Ücret Tespit Komisyonu Kararı http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2006/12/20061228.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2006/12/20061228.htm (erişim 31.01.2009)
195. Yaş grubu ve cinsiyete göre Türkiye nüfusu – 2008. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2008 Nüfus Sayımı Sonuçları. Türkiye İstatistik Kurumu http://report.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2=&report=turkiye_yasgr.RDF&p_yil=2008&desformat=pdf&ENVID=adnksdb2Env (erişim: 03.02.2009)
196. Pala K. Dünya Bankası'nın Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık . Sigortası, Toplum ve Hekim.2003; 18(2): 115 - 119
197. Hane halkı İşgücü Araştırması 2008 Ekim Dönemi Sonuçları (Eylül, Ekim, Kasım 2008). T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. 2009; 8
198. Varoudakis A, Agar M, Chawla M, Horn R, Lundell M, Mustafaoglu Z, Ozdemir K, Reid G; Schwarz A, Vani S.Turkey Public Expenditure Review Report No. 36764-TR.2006: World Bank Press: vii.
199. IMF Country Report No. 08/272 Turkey: Seventh Review and Inflation Consultation Under the Stand-By Arrangement and Request for Waiver of Nonobservance of Performance Criteria—Staff Report; Staff Supplement; Press Release on the Executive Board Discussion; and Statement by the Executive Director for Turkey. August 2008: 65 - 66
200. Burahalı C. Türkiye ve Dünya'da Sağlık Ekonomisi 2008. İstanbul: Deloitte Sağlık ve İlaç Endüstrisi Yayınları, 2008: 19
201. Household Income Rises, Poverty Rate Unchanged, Number of Uninsured Down. U.S. Census Bureau Press. August 2008. www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/income_wealth/012528.html (erişim: 03.02.09)
202. Connor RA, Feldman RD, Dowd BE, Radcliff TA. Which types of hospital mergers save consumers money? Health Affairs. 1997 ; 16(6): 62-74.
203. Aydın S, Demir M. Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2006: 35-36
204. Aralık 2008 Bütçe Gerçekleşmeleri http://www.bumko.gov.tr/TR/Default.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF4376734BED947CDE (erişim: 03.02.2009)
205. 2009 Yılı Bütçesi Genel Bütçeli İdareler (A) Cetveli İcmali (Ekonomik Sınıflandırma). T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe Ve Kontrol Genel Müdürlüğü http://www.bumko.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E14E35FDD7960B0895 (erişim: 03.02.2009)
206. 2009 Bütçe Gerekçesi. www.bumko.gov.tr/TR//Tempdosyalar/2009YiliButceGerekcesi.pdf (erişim: 03.02.2009)
207. Hazine Kamu Borç Yönetimi Raporu – Ocak 2009 www.alomaliye.com/goster.php?id=6419

208. The World Bank. Projects and Operations. Country Lending Summaries – Turkey
http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/PROJECTS/0,,countrycode:TR~cntry:82578~menuPK:64819306~pagePK:64392398~piPK:64392037~theSitePK:40941,00.html
209. 2007 Yılı Genel Bütçeli Kurumların Aralık Sonu İtibariyle Ekonomik Sınıflandırmaya Göre Harcamaları Ve Başlangıç Ödeneğine Göre Kullanım Oranları (%)
http://www.bumko.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFA79D6F5E6C1B43FFC934BA763A1BD62D (erişim: 03.02.2009)
210. Genel Bütçe Kapsamındaki İdarelerin Fonksiyonel Sınıflandırmaya Göre Harcamaları ve Ödenek Kullanım Oranları (%)
http://www.bumko.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFA79D6F5E6C1B43FFC934BA763A1BD62D
211. Saltık A. Sağlık Ekonomisi. Cumh. Üniv. Tıp Fakültesi Dergisi 2003 Özel Eki; 25 (4): 22-24
212. Stiglitz JE. 90'ların Yükselişi. 2003: CSA Global Yayınları.
213. Dilaver A. Aile Hekimliği Uygulaması. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı, 2009. http://www.adiyaman.saglik.gov.tr/sunular/PPSSON/adilaver.pps#558,1, Slayt 1 (erişim: 01.02.2009)
214. Saltık, A. AKP'nin Kökü Dışarıda Uydu Sağlık Politikaları, Temel Yurttaşlık Hakkının Gasbı. www.hekimsaltik.com/modules.php?name=News&new_topic=3, (erişim: 03.02.2009)
215. Beaglehole R, Bonita R. Public Health at the Cross Road. Achievements and Prospects. Cambridge University Pres, 2004: 278)
216. The Future of Public Health in Europa: Towords a More Active Partnership with WHO/EURO. European Journal of Public Health. 2006; 16(2): 226-228)