

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN  
EKONOMİK ETKİNLİĞİ  
(Yüksek Lisans Tezi)  
Gönül GÜNAYDIN  
ESKİŞEHİR 1994**

**T.C. ANADOLU ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ.**

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN EKONOMİK  
ETKİNLİĞİ**

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Gönül GÜNAYDIN**

Anadolu Üniversitesi  
Merkez Kütüphane

**Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sevgi GEREK**

**ESKİŞEHİR**

**1994**

## ÖZET

Çağdaş toplumlarda kişinin gelirine bağlı olmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanması, kişinin yaşama hakkının bir parçası sayılmaktadır. Sağlıklı olmanın kişisel yararının yanısıra toplumsal yararı da vardır. Kişinin sağlık düzeyinin iyi olması onun üretken olmasını ve kalkınmada etkin rol oynamasını sağlar.

Türkiye'de nüfusun %30'u sosyal güvenlik sisteminin dışındadır. Yapılan sağlık harcamaları Gayri Safi Milli Hasılanın %3'ü dolayındadır. Bu durum, gelişmiş ülkelerin ortalamasının oldukça gerisindedir. Yapılan toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı kamu kesimince gerçekleştirilmektedir.

Benzer ekonomik ve sosyal yapıya sahip olan ülkelerle karşılaştırıldığında Türk insanının sağlık durumu, tatminkar değildir. Başarısızlıklarda rol oynayan faktörler politika üretmede, organizasyonda, yönetimde, planlamada, kaynaklarda, personelde ve fiziki donanımda ki eksikliklerdir.

## **SUMMARY**

In civilized societies, a person's benefiting from health services - his income is out of question-is considered to be a part of his living right. His having a good health provides social advantages alongwith personal advantages. For instance, he becomes productive and plays an effective role in the development of the country.

In Turkey 30 % of the population is out the social security system and the health consumptions are around 3 % of the gross national product. This is less than the average of developed countries. Today, in Turkey, half of the total health consumptions is paid by the state.

When compared with the people of other countries which have similar economic and social status, it can be found that Turkish people's health level is dissatisfactory. The factors which have been effective in these dissatisfactions are the shortcomings in producing politics, organization, administration, planning, finance, personnel and equipment.

## İÇİNDEKİLER

TABLolar.....	VIII
KISALTMALAR.....	X
GİRİŞ.....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ KAVRAM VE SINIFLANDIRMA

1. SAĞLIK ve SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMLARI.....	4
1.1. Sağlık Kavramı.....	4 ✓
1.2. Sağlık Hizmetleri.....	5
2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	6
2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	6
2.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler.....	7
2.1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Hizmetler.....	7
2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
2.3. Rehabitasyon Hizmetleri.....	8
2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon.....	8
2.3.2. Sosyal Rehabilitasyon.....	8

<b>3. SAĞLIK HİZMETLERİ</b> .....	9
3.1. Kamu Yardımı Sistemi.....	9
3.2. Hastalık (Sağlık) Sigortası Sistemi.....	9
3.3. Ulusal Sağlık Hizmeti (Sosyalleştirme) Sistemi.....	10
3.4. Türkiye’de Sağlık Sistemi.....	10 ✓
<b>4. SAĞLIK ve KALKINMA ARASINDAKİ İLİŞKİLER</b> .....	11 ✓
<b>5. SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASI</b> .....	13
5.1. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri.....	13
5.2. Sağlık Hizmetleri Talebi.....	15
5.2.1. Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler.....	18
5.3. Sağlık Hizmetleri Arzı.....	21

## İKİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM VE TEMEL SORUNLAR

<b>1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TARİHSEL GELİŞME</b> .....	26
1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem.....	26
1.2. Cumhuriyet Sonrası Dönem.....	30
1.2.1. Kalkınma Planlarında Sağlık Hizmetleri (1963-1994).....	34
1.2.1.1. I. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967).....	34
1.2.1.2. II. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972).....	34
1.2.1.3. III. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977).....	35

1.2.1.4. IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983).....	35
1.2.1.5. V. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989).....	36
1.2.1.6. VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994).....	37
<b>2. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YÖNETİM ve ORGANİZASYON YAPISI.....</b>	<b>40</b>
<b>3. SAĞLIK PERSONELİ.....</b>	<b>42</b>
<b>4. SAĞLIK HİZMET BİRİMLERİ.....</b>	<b>49</b>
4.1. Hastanelerde Verimlilik.....	51
4.2. Sağlık Bakanlığı Hastane ve Sağlık Ocağı Gelişimi.....	54
4.3. Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesisleri Gelişimi.....	57
<b>5. SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME.....</b>	<b>58</b>
<b>6. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE SORUNLAR.....</b>	<b>65</b>
6.1. Hastaneler.....	66
6.2. Diğer Sorunlar.....	69

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

<b>1. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN FİNANS YAPISI.....</b>	<b>74</b>
<b>2. SAĞLIK HARCAMALARI.....</b>	<b>77</b>
2.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları.....	78
2.1.1. Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Sınıflandırılması.....	78
2.1.2. Sağlık Bakanlığı Başlangıç Ödeneklerinin Ekonomik Ayrımı.....	79

2.1.3. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSMH ve Devlet Bütçesi İçindeki Payı.....	81
2.2. Toplam Kamu Sağlık Harcamaları.....	83 ✓
2.2.1. Kamu Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Oranı.....	84
2.3. Özel Sağlık Tüketim Harcamaları.....	85
2.4. Toplam Sağlık Harcamalarının Gelişimi ve GSMH İçindeki Oranı.....	90
2.5. Bazı Ülkelerde Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Oranı.....	92 ✓
<b>3. SAĞLIK SEKTÖRÜ YATIRIMLARI.....</b>	<b>94 ✓</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>99</b>
<b>YARARLANILAN KAYNAKLAR.....</b>	<b>108</b>



## TABLOLAR

<b>No</b>	<b>Tablonun Adı</b>	<b>Sayfa no</b>
2.1.	Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum ve Hedefler.....	39
2.2.	Türkiye Sağlık Sektöründe Rol Alan Teşkilatların.....	41
2.3.	Sağlık Personelinin Kuruluşlara Göre Dağılımı (1992).....	43
2.4.	Sağlık Personeli (1987-1992).....	44
2.5.	Türkiye'de Sağlık Personeli/Nüfus İlişkisi (1927-1991).....	46
2.6.	Bazı Sağlık Personelinin Yıllara Göre Net Maaşı (ANKARA, 1983-1993).....	48
2.7.	Bazı Sağlık Personelinin Yıllara Göre Net Maaşı (HAKKARİ, 1983-1993).....	48
2.8.	Sağlık Hizmeti Veren Kurumların Dağılımı (1992).....	49
2.9.	Türkiye Yataklı Tedavi Kurumları (1 Aralık 1993).....	50
2.10.	Türkiye Yataklı Tedavi Kurumlarının İllere ve Bölgelere Göre Dağılımı (1 Aralık 1993).....	51
2.11.	Seçilmiş Ülkelerde Nüfus, Hastane ve Hasta Hareketleri.....	53
2.12.	Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Gelişimi.....	54
2.13.	Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumlarının Dallara Dağılımı (1 Aralık 1993).....	55
2.14.	Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Sağlık Evi Sayıları.....	56
2.15.	Sağlık Ocaklarının Bölgelere Dağılımı (Ekim 1993).....	57
2.16.	SSK Sağlık Tesisleri Gelişimi.....	58

<b><u>No</u></b>	<b><u>Tablonun Adı</u></b>	<b><u>Sayfa no</u></b>
3.1.	1993 Yılı İtibariyle Sosyal Güvenlik Kapsamında Bulunan Nüfus Gruplarının Sosyal Güvenlik Kuruluşlarına Göre Dağılımı.....	75
3.2.	Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Sınıflandırılması (milyar TL.).....	79
3.3.	Sağlık Bakanlığı Genel Toplam Harcamaları.....	79
3.4.	Sağlık Bakanlığı Başlangıç Ödeneklerinin Ekonomik Ayrıma Göre Dağılımı (milyon TL.).....	80
3.5.	Sağlık Bakanlığı Bütçesi'nin GSMH İçindeki Payı (milyon TL.).....	82
3.6.	Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı (BİN TL.).....	83
3.7.	Türkiye'de Toplam Kamu Sağlık Harcamaları (milyar TL.).....	85
3.8.	Özel Sağlık Tüketim Harcamalarının Harcama Gruplarına Göre Dağılımı (1992).....	87
3.9.	Özel Sağlık Tüketimi Harcamaları (1980-1992).....	88
3.10.	Sağlık Tüketim Harcamalarının Kullanılabilir Aylık Gelir Gruplarına Göre Dağılımı (1987).....	89
3.11.	Yıllara Göre Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamaları (Cari Fiyatlarla Milyar TL.).....	92
3.12.	Bazı Ülkelerde Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı.....	94
3.13.	1994 Yılı Yatırımlarının Sektörlere Dağılımı.....	96
3.14.	1994 Yılı Yatırımlarının Sektörlere Dağılımı (Fonlar Dahil).....	97
3.15.	1994 Yılı Sağlık Sektörü Yatırımlarının Kuruluşlara Dağılımı.....	98

## KISALTMALAR

WHO	:Dünya Sağlık Örgütü
SSK	:Sosyal Sigortalar Kurumu
GSMH	:Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	:Genel Sağlık Sigortası
TKSH	:Toplam Kamu Sağlık Harcamaları
DPT	:Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
GSYİH	:Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
KİT	:Kamu İktisadi Teşekkülü
MSB	:Milli Savunma Bakanlığı
OECD	:Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
UNICEF	:Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu
TCDD	:Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları
UN	:Birleşmiş Milletler
MPM	:Milli Prodüktivite Merkezi
TBMM	:Türkiye Büyük Millet Meclisi
TTB	:Türk Tabipler Birliği
ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
DİE	:Devlet İstatistik Enstitüsü
SSYB	:Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
SB	:Sağlık Bakanlığı

## GİRİŞ

Sağlık hizmeti verilmesi zorunlu, sağlanması kaçınılmaz bir hizmet türüdür. Sağlık hizmeti en pahalı hizmetlerden birisi olup giderek daha da pahalılaşmaktadır. Tüm siyasi görüşlerce bir amaç olarak belirlenmiş olan, dışa bağımlılıktan kurtulma ve kalkınmanın temel ögesi sağlıklı insangücüdür.

Sağlık, toplumların sosyal ve ekonomik faaliyetlerinde, bir başka deyişle varlıkların sürdürülmesinde öteden beri önde gelen bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de de sağlığın korunması, fert ve toplum sağlığının iyileştirilmesi Devletin Anayasası ile belirlenmiş görevleri arasındadır.

Bugün, Türkiye’nin sağlık harcamalarına ayırdığı payı artırması için büyük bir baskı varken aktarılabilen kaynakların yeterli olmadığı yönünde tartışmalar sürmektedir. Bir sektöre sağlanan kaynakların arttırılmasının üç yolu vardır. Birincisi, sektör dışındaki çeşitli fonlardan buraya kaynak aktarmak; ikincisi, sektörün kaynak üretir, para kazanır hale getirilmesi; üçüncüsü ise eldeki kaynakların azami verimle kullanılmasıdır. Kamu kaynaklarının artırılmasının gerekli esnekliğe sahip olmadığı bir ortamda, kaynakların etkili ve verimli kullanımının önemi ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de sağlık sektörünün kaynak kullanımındaki etkinliğini inceleyen çalışmalar yeterli düzeyde

değildir. Bu çalışmaların hızla ve sektörün her faaliyeti için yapılmasına ihtiyaç vardır.

Sağlıklı insangücüne sahip olmak için yapılan uygulamaların gerektirdiği giderler aslında bir yatırımdır. Sağlık harcamalarının sistemli ve belirli bir hedefe uygun olarak, bilimsel esaslar çerçevesinde kullanılması gerekir. Bu toplumların her kademesinde görev alanların işbirliğini, görüş birliğini gerektirir.

Bir ülkenin sağlık durumu o ülkenin ekonomik, sosyal ve kültürel gelişmesine, o ülkenin gelişme derecesine sıkı sıkıya bağlıdır. Aynı zamanda sağlık durumu da ekonomik, sosyal ve kültürel gelişmeyi etkileyen en önemli etkidir.

Sihhati iyi olmayan bir insanın iktisadi faaliyetlerde bulunması veya gereği gibi çalışması mümkün değildir. Gerek genel, gerekse çalışma yerlerinde sağlık şartlarının iyi olmaması, bu hizmetin yeterli miktarda verilememesi ve bulaşıcı hastalıkların etkisiyle nüfus güç olarak kuvvetini kaybeder. Bunun bir sonucu olarakta gereği gibi çalışamaz.

Bugün Türkiye’de işgücü kayıpları dolayısıyla katma değer maliyetlerinin milli ekonomi içindeki boyutları oldukça önem taşımaktadır.

1985 Yılında tüm Petrol-iş Sendikası üyelerinin iş kazaları ve meslek hastalığı dolayısıyla ülke ekonomisine olan katma değer maliyeti 55 milyar 51 milyon TL olarak bulunmuştur. Bu yaklaşımla Türkiye’deki tüm sigortalılar için bir hesaplama yapıldığında, meslek hastalığı ve iş kazaları nedeniyle kaybolan işgücünün “katma değer” içindeki payı 7 trilyon TL’dir.

1991 yılında hastane ve polikliniklerde yatılan gün sayısı 21.503.897.'dir. Bu miktar o kadar gün çalışılmadı demektir. Çalışılmayan günlerin bizim gibi gelişmekte olan ülkeler için önemi ve kaybı büyüktür.

Türkiye'de son yıllarda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülke genelindeki dağılımı ve nitelikleri konusunda tartışmalar yapılmakta, bu konudaki sorunlara çözüm getirecek yeni sistem arayışlarına gidilmektedir. Konunun, sağlık hizmetlerinin çağdaş insanı yaratan temel hizmetlerden biri olması nedeniyle önemi ile mevcut sorunlar bu çalışmayı yönlendiren etkenler olmuştur. Yalnız yeterli istatistiki bilgilerin olmayışı, sektörde sağlıklı bir bilgi oluşumuna engeldir.

Üç bölümden oluşan bu çalışmanın birinci bölümünde; çalışmanın daha anlaşılır olması amacıyla sağlık hizmetleri ile ilgili tanımlar verilmiş ve sağlık hizmetleri piyasasının nitelikleri açıklanmıştır.

İkinci bölümde Türkiye'de sağlık hizmetlerinde mevcut durum genel çerçeve içinde verilmiştir. Bunun için Sağlık Bakanlığı'nda ve ilgili birimlerde araştırmalar yapılmış, mevcut istatistiki bilgiler kullanılmıştır. Ayrıca kalkınma planlarından yararlanılmıştır. Bölüm sonunda Türk sağlık sektöründe önemli sorunlar ortaya konulmuştur.

Üçüncü bölümde ise Türkiye'deki sağlık sektörünün finans yapısı ve harcamalar incelenmiş ve sağlık sektörü yatırımlarına yer verilmiştir.

Sonuç ve öneriler kısmında genel bir değerlendirme yapıлып, sektöre ait sorunları giderici öneriler getirilmiştir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ

#### KAVRAM VE SINIFLANDIRMA

#### 1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMLARI

##### 1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı, genellikle hastalığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Tanımın böyle yapılması hastalık kavramını ön plana çıkarmış ve sağlık, bu kavrama bağlı olarak tanımlanmaya çalışılmıştır. Hastalık kavramı ise tarihi dönemlerde ve değişik kültürlerde farklı farklı algılanmıştır. Örneğin; yakın dönemlere kadar diyare (diarrhea) bir hastalık olarak kabul edilmemiştir. Aynı şekilde şark çıbanı ve trahom yaygın olduğu toplumlar tarafından hastalık olarak kabul edilmemiştir. Genel gelişim, zamanla hastalık kabul edilen durumların gittikçe artması yönündedir. Hastalık kavramındaki bu görecelliğe rağmen, sağlığın tanımını yine de hastalık kavramı ile tanımlamak zorunluluğu vardır<sup>1</sup>.

Günümüzde en çok kabul görmüş olan sağlık tanımı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılmış olan tanımdır. Bu tanıma

---

<sup>1</sup>Recep AKDUR, **Sağlık Hizmetleri Türkiye ve AET'da Durum**, Ankara, Aralık 1988, s.3-4.

göre, sağlık; “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.”<sup>2</sup>

## 1.2 Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” sağlık hizmetidir<sup>3</sup>.

Görüldüğü gibi, sağlık hizmetleri insan sağlığını iyileştirme ve geliştirme ile ilgili yaklaşımlardan sadece biridir. Gerçekte, etkili bir sağlık hizmeti çok-sektörlü bir boyutta olup, bu durum sektörlerarası işbirliğini kaçınılmaz kılmaktadır.

Bugünkü modern anlayışa göre barış, yeterli besin ve gelir, gerekli niteliklere sahip konut, temiz içme ve kullanma suyu, hıfzıssıhha ve toplum içinde kişinin tatmin edici bir rolünün bulunması sağlık için temel unsurlardır<sup>4</sup>. Bir toplumda bunlar olmadan ekonomik gelişme ve sosyal kalkınma da olmaz<sup>5</sup>. Ancak burada belirtilmesi gereken en önemli husus, adı geçen temel sağlık unsurlarıyla ilgili faaliyetlerin tamamen sağlık sektörü dışında kalmasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün “2000 Yılında Herkese Sağlık” programı çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastalıklar ve

<sup>2</sup>Nevres BAYKAN, Celal SUNGUR ve Yaşar BİLGİN, **Toplum Hekimliği (Ders Kitabı)**, Ankara Üniv. Yay. , s:379, Ankara, 1979, s.7-8.

<sup>3</sup>BAYKAN, SUNGUR ve BİLGİN, s.425.

<sup>4</sup>WHO, **Health for All 2000**, Geneva,s.5.

<sup>5</sup>WHO, s.11.



hastalıkların olumsuz sonuçlarının azaltılması için mümkün gördüğü iyileştirme önerileri dört başlık altında toplanmaktadır. Bunlar; 1) Sağlıkta eşitlik (ülkelerarası ve aynı ülkedeki nüfus grupları arasında sağlık göstergelerindeki farklılıkların ortadan kaldırılması), 2) Sağlıklı bir hayat için insanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarını sağlayarak “yaşama anlam kazandırılması”, 3) İnsanların önemli hastalık ve sakatlıklar olmadan yaşadıkları yılların sayısını arttırarak “yaşama sağlık kazandırılması”, 4) Doğuşta beklenen yaşam süresinin yükseltilerek “hayatın uzatılması”dır<sup>6</sup>.

## **2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI**

Gerçekte sağlık hizmetleri bir bütün olmakla birlikte anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak amacıyla üç ana bölümde incelenmekte ve tanımlanmaktadır.

### **2.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Kişiler hastalanmadan önce, çevresindeki olumsuzlukları gidermeye veya bu olumsuzluklara karşı kişinin bedenini güçlü kılmaya yönelik çalışmaların hepsi koruyucu sağlık hizmetlerini oluşturur.

Bu hizmetleri, maliyeti düşük, etkisi yüksek olup tipik birer kamu hizmeti olarak kabul edilirler. Toplumda hastalık ihtimali azatılırsa, bütün toplum üyeleri bundan birbirine rakip olmaksızın yararlanır<sup>7</sup>. Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye ve insana yönelik olmak üzere iki alt grupta incelenmektedir.

<sup>6</sup>Savaş YILDIRIM, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT Sosyal Sektörler ve koordinasyon Genel Müd., Yayın No: 2350, Temmuz 1994, s.10-11.

<sup>7</sup>K.BULUTOĞLU, **Kamu Ekonomisine Giriş**, Üçüncü Basılış, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1981, s.297.

### **2.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler**

İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çalışmalarının tümü bu başlık altında toplanır. Bu başlık altındaki başlıca hizmetler; yeteri kadar ve temiz su sağlanması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, konut sağlığı, vektör (haşere) kontrolü, besin sağlığı, endüstri sağlığı ve hava kirliliği ile savaştır<sup>8</sup>.

### **2.1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Hizmetler**

Kişileri dolayısı ile de toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde teşhis konularak, hasarsız veya en az hasarla tedavi etmeyi sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Bu gruptaki hizmetlerin başlıcaları; erken teşhis ve tedavi, beslenmenin iyileştirilmesi, aşılama, ilaçla koruma, sağlık eğitimi ve aile planlamasıdır<sup>9</sup>.

## **2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tamamı bu başlık altında toplanır. Kendi içinde<sup>10</sup>;

<sup>8</sup>AKDUR, s.4.

<sup>9</sup>AKDUR, s.4.

<sup>10</sup>Uygulanması gereken sağlık müracaat zinciri daha açık olarak: 1.Basamak (Sağlık Evi,Sağlık Ocağı, Kamu Sağlık Merkezi, AÇSAP Merkezi, Dispanserler); 2. Basamak (Sağlık Merkezleri,İlçe-İl Devlet Hastaneleri, Özel Dal Hastaneleri); 3. Basamak (Eğitim Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri) şeklindedir. Müracaat zinciri birbirini destekleyecek ve tamamlayacak şekilde örgütlenmelidir.

Ayrıntılı bilgi için bkz. S.B., Sağlık Hizmetleri, Kasım 1989; S.B., Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, Şubat 1992; DPT, ÖİK Raporu.

birinci basamak tedavi hizmetleri (ilk başvuru ve evde ayakta tedavi), ikinci basamak tedavi hizmetleri (yataklı tedavi hizmetleri) ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri (üst düzeyde uzmanlaşmış ve yüksek teknoloji kullanılan merkezler) olmak üzere üç kademeye ayrılır<sup>11</sup>.

Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi hizmetlerinde kişisel fayda ön plandadır.

### **2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri**

Hastalık sonrası sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle işgücünü kaybedenlere verilen hizmetler bu başlık altında toplanır. Kendi içinde tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki alt grup şeklinde incelenmektedir.

#### **2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon**

Hastalık veya kaza sonucu kaybedilen organ yerine protez takılması veya güçsüzleşen organa yeniden güç kazandırılması suretiyle kişinin günlük işlerini devam ettirme yeteneğini kazandırma çalışmaları bu türden çalışmalardır.

#### **2.3.2. Sosyal Rehabilitasyon**

Fizik veya psikolojik hasarlı kişilerin yapılarına uygun iş bulma veya bakımlarını temin gibi çalışmalara da sosyal rehabilitasyon çalışmaları denir<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup>AKDUR, s.4.

<sup>12</sup>AKDUR, s.4-5.

### 3. SAĞLIK HİZMETLERİ

Dünyada uygulanmakta olan sağlık sistemlerini üç ana grupta toplamak mümkündür. Bunlar, Kamu Yardımı Sistemi, Hastalık Sigorta Sistemi ve Ulusal Sağlık Hizmeti Sistemi'dir. Bu üç sağlık sistemi uygulamada, ülkelerin şartlarına göre farklılık gösterebilmektedir. Hatta bir ülkede, bu sistemlerden ikisi veya üçü bir arada uygulanabilmektedir<sup>13</sup>.

#### 3.1. Kamu Yardımı Sistemi

Bu sistemin temelinde, yeterli maliye gücü olmayanlar (fakirler) için sağlık hizmetlerinden faydalanma karşılığında ücret alınmaz iken, belirli bir mali gücü olanlar sigortalanabilirler ya da hizmeti doğrudan satın alabilirler<sup>14</sup>. Bu sistem, daha ziyade ekonomileri tarıma bağlı ve kırsal nüfusun yoğunlukta olduğu ülkelerde uygulanmaktadır.

#### 3.2. Hastalık (Sağlık) Sigortası Sistemi

Bu sistem genellikle sanayileşmiş kapitalist ülkelerin uyguladığı bir sistemdir. Bunun yanısıra, dünyada çok sayıda ülke kısmen de olsa hastalık sistemini kurmaya yönelmektedir. Sağlık sigortasının esası riskin sigortalılar tarafından paylaşılmasıdır. Sigorta kapsamındaki kişiler ödeme güçlerine göre prim öderler ve hastalığın sözkonu olması durumunda da ödenen prime bakılmaksızın hizmetten ücretsiz veya kısmi ödeme ile faydalanırlar. Başka bir

<sup>13</sup>İ. KÖKSAL, *Türk Sosyal Güvenlik Sistemi İçinde Genel Sağlık Sigortasının Kurulması ve Bir Model denemesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1992, s.31.

<sup>14</sup>YILDIRIM, s.15.

deyişle, bu sistemde, sağlıklı olma şansına sahip olanlar hasta olanlar için ödeme yaparlar. Kamu ve özel kesim sağlık hizmetleri üretim faktörlerini birlikte kontrol ederler.

### **3.3. Ulusal Sağlık Hizmeti (Sosyalleştirme) Sistemi**

Bu sistem “Beveridge Modeli” olarak da bilinmektedir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, vergi vb. kaynaklardan finanse edilen genel kamu gelirlerinden oluşan bütçeden finanse edilmek suretiyle, kamu yetkilileri tarafından planlanır ve nüfusun tamamına ücretsiz olarak sunulur. Sağlık hizmetlerinin üretim faktörleri tamamen kamunun kontrolündedir. Reform hareketlerinden önce İngiltere’de ve Doğu Bloku ülkelerinde uygulanan sistem bu modelin tipik birer örneğidir<sup>15</sup>.

### **3.4. Türkiye’de Sağlık Sistemi**

Türkiye’deki sistem, bu üç sistemden herhangi birinin tam olarak özelliklerini taşımamakta olup karma bir yapıya sahiptir. Bir taraftan belirli bir kesim için sigorta modeli uygulanırken (SSK ve Bağ-Kur), diğer taraftan kamu yardımı modeli (devlet memurları ve yeterli mali gücü olmayanlar için) uygulanmaktadır. Diğer taraftan koruyucu sağlık hizmetleri tamamen sosyalleştirmeye tabi tutulmuş bulunmaktadır.

Toplumun tamamını kapsayan genel bir sağlık sigortası henüz mevcut olmamakla birlikte sağlık hizmetlerinin desteklemeli fiyatlarla kamu sağlık kuruluşlarından alınması mümkündür. Bunun dışında halk bu hizmetleri serbest piyasadan da satın alabilmektedir. Kamu

---

<sup>15</sup>YILDIRIM, s.16.

sağlık kurumlarında desteklemeli fiyatların cari olmasına karşılık, yeterince kaynak tahsis edilememekte olması ortaya çıkan aşırı talebin fiziki tayinleme ile (kuyruk) ortadan kaldırılmasını gerektirdiği gibi, kalitenin de düşmesine yol açmaktadır. Fiziki tayinlamanın sebebi sadece kaynak yetersizliği değil, mevcut kaynakların verimli kullanılabildiği etkili bir yapının bulunmayışıdır<sup>16</sup>.

#### **4. SAĞLIK VE KALKINMA ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

Kalkınma; ülkenin ekonomik, toplumsal, siyasal yapılarının değişerek insan yaşamının maddi ve manevi alanda ilerlemesi ve giderek toplumun refahının artmasıdır. Bu bakımdan kalkınma sadece genel sayılarla belirlenen ekonomik büyümeyi içermekle birlikte bunu aşmakta, başka bir deyişle GSMH'daki hızlı artışla belirlenen ekonomik büyüme yanında aşağıda sıralanan ekonomik ve sosyal değişimleri de kapsamaktadır.

Bu gelişmeler şöyle sıralanabilir; Ulusal gelir dağılımının daha dengeli bir biçime doğru yönelmesi, ülke kaynaklarının toplumsal yapının koşullarına uygun bir biçimde kullanılmasını sağlayacak gerçek bir sanayi toplumuna geçilmesi, üretim artarken her kesimde üretim biçimi ve ilişkilerinin köklü bir değişim geçirerek verimliliğin yükselmeye başlaması, altyapı ve sosyal yatırımların sadece ülkenin belirli yörelerine değil, özellikle geri kalmış yörelerine doğru yönlendirilmesi, beslenme sorununun sağlıklı beslenme koşullarına uygun olarak gerçekleştirilmesi, eğitim sorununda geleneksel eğitim düzeyinden ülkenin uzun dönemli insangücü gereksinmesine yanıt verecek biçimde, çağdaş teknolojik bilgiyi de kapsayan bir düzeye yönelmesi, ülkenin maddi varlığı artarken, halkın yaşamının manevi

<sup>16</sup>YILDIRIM, s.14-17.

yönden de zenginleşip kültürün yaygınlaşması, vb.<sup>17</sup>.

Görüldüğü gibi, kalkınma kavramı sadece sosyal büyümeyi değil, aynı zamanda nicel değişimin yanında nitel dönüşümleri de içermektedir.

Ekonomik ve sosyal kalkınma arasında herhangi bir ayırım yapmak artık olanaksızdır. Pek çok sosyal amacın gerçekleşmesi için ekonomik kalkınma ve pek çok ekonomik amacın gerçekleşmesi için de sosyal kalkınma gereklidir<sup>18</sup>.

Ekonomik kalkınma ile sağlık hizmetleri arasında iki yönlü bir ilişki vardır Şöyle ki; sağlık hizmetleri ekonomik kalkınmanın hem aracı hem de amacı olduğundan insanlara daha yüksek bir yaşam düzeyi sağlamak olan kalkınma olayında amaçlarından biri olmaktadır. Sağlıklı insanlar çevreleri üzerinde daha iyi kontrol kurarlar ve geleceklerini planlama konusunda daha istekli davranırlar<sup>19</sup>.

Bugün gelişmiş ve belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insan unsuruna yapılan yatırım olması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik yönünden iyileştirilmesi için artan oranda kaynak tahsis etmektedirler. İktisadi kalkınmanın da temel unsuru olan insanın sağlığının korunup-geliştirilmesi ve hastalıklarının tedavi edilmesi için, kalkınmış ülkeler GSMH'dan daha fazla pay ayırabilmektedir. Bir anlamda, sağlığa yapılan yatırım "üretken yatırım" olarak kabul edilmektedir. Esasen, belirli bir fiziki

<sup>17</sup>Akın İLKİN, Kalkınma, **Büyük Ekonomi Ansiklopedisi**, Paymaş Yayınları, 1988, s.319. Ayrıntılı Bilgi için bkz. Ergül HAN, **Az gelişmişlik ve Kalkınma Ekonomisi**, Birlik Ofset Yayıncılık, Eskişehir, 1994.

<sup>18</sup>UNICEF-TETM (Alman Teknik İşbirliği-GTZ), **Temel Sağlık Hizmetleri (Primary Health Care)**, ALMA-ATA 1978, Ankara, 1980, s.40.

<sup>19</sup>Pınar ÖNERTÜRK, **Refah Devletinde Sağlık Hizmetleri**, Maliye ve Gümrük Bakanlığı APK Yayın No: 262, 1984, s.20-21.

ve insangücü altyapısı kapasitesine ulaşmış olan bu ülkeler sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayırma imkanı bulabilmektedirler. Sağlıklı ve eğitilmiş insanların oluşturduğu toplumlarda, her alandaki üretimde yüksek verimlilik sağlanabilmektedir. Başka bir deyişle, kalkınma sonucunda eğitim ve sağlığa daha fazla kaynak ayrılabilirken eğitim ve sağlık seviyesi yükselmiş insanlar da kalkınma için önemli girdiyi oluşturmaktadırlar<sup>20</sup>.

Herbison ve Myers'in belirttiği gibi, "beşeri kaynağın geliştirilmesi, bir toplumda yer alan herkesin bilgi, maharet ve kapasitesinin artırılması olayıdır. İktisadi kavramlarla ifade edecek olursak, bu olay, beşeri sermaye yığılımı ve bir ekonominin gelişmesinde onun etkili bir şekilde yatırımı olarak tanımlanabilir. Siyasi anlamda, insan kaynağının geliştirilmesi, özellikle demokratik bir toplumda vatandaş olarak insanların siyasi faaliyetlerine olgun bir vatandaş olarak iştirake hazırlar. Kültürel ve toplumsal açıdan insan kaynağının geliştirilmesi insanların daha ileri, daha zengin bir hayata yönelmesine, geleneklere daha az bağlı kalmasına yardım eder. Kısacası, insan kaynağının geliştirilmesi olayı çağdaş uygarlığa uzanan yolları açar. Çünkü, "nüfusun miktarı, karışımı ve sosyo-kültürel özellikleri iktisadi kalkınma hızının ve gelişme seviyesinin belirleyici temel unsurlarıdır<sup>21</sup>.

## **5. SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASI**

### **5.1. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri**

Sağlık hizmetleri piyasası yapı ve işleyiş yönünden diğer mal ve

<sup>20</sup>YILDIRIM, s.14.

<sup>21</sup>Necdet SERİN ve Latif ÇAKICI, **Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği**. Ankara, 1990, s.2.



hizmet piyasalarından büyük çapta farklıdır. “Bu piyasada hastalıklara karşı veya hastalandığında iyileşme amacıyla kişinin kendi eğilimine ve ihtiyacına göre bağımsız olarak mal ve hizmet satın alma özgürlüğü sınırlıdır. Kendisi adına bir hekimin karar vermesini sağlamak zorundadır. Hekim kendine göre bilimsel saydığı veriler ışığında, hastanın başvurması gereken sağlık hizmetleri çeşitlerini belirlemektedir. Hekim hasta için yararlı olacak mal ve hizmet çeşitlerini kararlaştırırken maliyet, fiyat, gelir gibi ekonomik ögelere değil, tıp biliminin olanakları ve kullanılabilir araçları dikkate almaktadır. Hekimler hastalarını tedavi ederlerken hastanın mali olanaklarına bakmazlar, hastayı nesnel gerçeklere göre tedavi ederler. Bu piyasada tüketiciler (hastalar) vazgeçme, pazarlık etme, erteleme ve ikame etme gibi özgürlüklere sahip değildir. Burada hasta, hekime tam olarak bağımlıdır. Oysa diğer piyasalarda her türlü reklam ve tanıtıma karşın, alıcının bağımlılığı sınırlıdır<sup>22</sup>.

“Sağlık hizmetleri piyasasında kişi yararı” yanında toplumsal yarar ölçütü de “sosyal devlet” görüşüyle birlikte önem kazanmıştır. Özellikle bulaşıcı hastalıklara yol açan etkenlerin bulaşma sürecinin belirlenmesi konusunda çok başarılı sonuçların alınmasıyla kişinin sağlığıyla toplumun sağlığı arasındaki yakın ilişki açığa kavuşmuştur. Sağlıklarını koruyan kişiler topluma dış yararlar sağlarlar. “Bu dışsal faydalar özellikle salgın hastalıklardan korunmak için gösterilen çaba ve bunun gerektirdiği harcamalarda somutlaşmaktadır.” Hasta kişilere sunulan sağlık hizmeti sayesinde, çevrenin maruz kalabileceği bulaşma riski önlenerek, bir potansiyel eksi-fayda önlenmiş olur. “Çağdaş toplumlarda, kişinin gelirine bağlı olmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanması kişinin yaşama hakkının bir parçası

<sup>22</sup>Brian Abel SMITH, “Genel Sağlık Sigortası Uluslararası Deneyimden Çıkarılan Dersler”  
Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: II , 1993,s.9.

sayılmaktadır. Günümüzde “kamu sağlığı” kavramı geniş bir içerik kazanmıştır. Bu kavram, önceleri her ÷lkede, çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklara karşı korunmayı kapsarken, bugün toplumun belli kesimlerinin ücretsiz tedavilerini de içine almaktadır.”

Sağlık hizmetleri piyasası ile ilgili çizdiğimiz bu genel çerçeve dahilinde bu piyasada ortaya çıkan sağlık hizmeti talebi ve sağlık hizmetleri arzının özelliklerini inceleyelim.

## **5.2. Sağlık Hizmetleri Talebi**

Sağlık hizmetleri talep eden bilinçli bir tüketicinin amacı, hastalanmasını önlemek veya hastalandığında en kısa zamanda iyileşerek yaşam süresini uzatmaktır. Kişi sağlık hizmetlerini doğal gereksinmelerini karşılamak amacıyla da talep eder.

Sağlık hizmeti taleplerindeki geleceğe yönelik gelir sağlama amacının mevcudiyeti, özellikle serbest meslek sahiplerinin sağlık taleplerinde, doğal nedenlerin yanısıra, gelir sağlamaya elverişli sağlık statüsüne kavuşma amaçlarıda ağır basar. Kişilerin sağlık hizmet taleplerinde bazı özel durumlarda etkendir. Örneğin profesyonel sporcuların vücut geliştirmeye yönelik sağlık hizmeti talepleri, fiziki yeteneklerini artırmak için yaptıkları harcamalar, bazı sanatçıların mesleki yaşamlarını daha iyi koşullarda sürderebilmek ve daha yüksek gelir seviyelerine ulaşmak için yaptıkları belirli sağlık talepleri bu türden sağlık hizmetleri talepleridir<sup>23</sup>.

Sağlık hizmetleri piyasasındaki talep, klasik mallardaki gibi düzenli ve kesiksiz olmaktan çok uzaktır. Düzensiz ve hesaplanamayacak niteliktedir. Hizmete talep ancak hastalık halinde

<sup>23</sup>Melih KARAIBIŞ, **Sağlık Hizmetlerin Önemi ve Türkiye’de Sağlık Sektörü**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniv. Sos. Bil. Ens., İstanbul, 1990,s.28-29.

(kesikli olarak) ortaya çıkar. İnsanların ne zaman, hangi düzeyde hastalanacağını önceden kestirmek olanağı yoktur<sup>24</sup>.

Sağlık hizmetlerine olan talep hizmetin türüne göre değişmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine olan talep, sağlık bilincinin tam olarak gelişmediği ve okuma-yazma oranının oldukça düşük olduğu ülkelerde çok azdır. Ancak bazı özel durumlarda halkın bu tür hizmetlerden yararlanması zorla gerçekleştirilebilir. Türkiye’de sıtma, verem mücadelerinde zaman zaman kamu oteritelerinin zor kullandığı hatta cezai müeyyideler uygulamak zorunda kaldığı görülmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde ise hizmetten elde edilen fayda ikinci halde daha belirgin olduğundan, talebi de açıkca belirlenebilmektedir.

Ancak tedavi edici sağlık hizmetlerinde de, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az olmakla beraber, halkın genel kültür seviyesi ve zaman içinde kazandığı alışkanlıkları talebin ortaya çıkmasında önemli faktörler olarak görülmektedir.

Sağlık hizmetlerini talep eden kişi, bu hizmet yerine başka bir hizmet ikame edemez. Klasik piyasada örneğin bulgur talep eden kişi bulgurun fiyatının artması veya bulunmaması durumunda onun yerine pirinci ikame edebilir. Oysa sağlık hizmetine ihtiyacı olan bir kişi onun yerine başka bir hizmet talep edemez. Çünkü sağlık hizmeti yerine ikame edilmesi mümkün yakın bir hizmet yoktur.

Sağlık hizmetleri talebi bağımlı ve bağlıdır. Tüketici (hasta) hizmet talep ettiği hekim veya hastaneye bağlanarak istenilenleri yerine getirmek durumundadır. Bu bağımlılık sonucunda hastanın

<sup>24</sup>Kenan MORTAN ve Tandoğan TOKGÖZ . **Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi**, Ankara, 1984,s.11.

hizmetlerine bağlı olarak laboratuvar hizmetleri, sağlık personeli hizmetleri ve ilaç talep etmesi gerekli olabilmektedir. Hasta ile hekim arasında kurulacak s¼rekli ilişkilerin hizmetin yararını artıracaağı kanısı yaygındır. Ancak son yıllarda ABD'de yapılan araştırmalar, her yıl çok sayıda ameliyatın gereksiz yere yapıldığını ve ulusal kaynakların israf edilęini g¼stermektedir. Bu nedenle, araştırmacılar tek hekimle yetinmenin her zaman olumlu sonuç vermediğini ileri s¼rmektedirler.

Sağlık ekonomisi uzmanları sağlık hizmetleri taleplerinin kısmen t¼ketim kısmen yatırım olduğunu ifade etmektedirler. Sağlık harcamalarının bir kısmına t¼ketim niteliği atfedilmesini nedeni de, kişinin yaşamdan zevk alabilmek için sağlıklı bir stat¼ye sahip olma gerek ve niyetine bağlanmaktadır. Ancak aynı sağlık harcamaları, gelecekte sağlanacak gelirle de kavramsal açıdan ilişkili olduklarından beşeri sermayeye yapılan yatırım harcamaları niteliğini korumaktadırlar. Bu nedenle yapılan harcamalardan ne kadarının yatırım olduğunun saptanmasına dair g¼l¼klerin çıktığı ileri s¼r¼lmektedir.

Daha sağlıklı olmak için yapılan harcamanın ne kadarı yatırım, ne kadarı t¼ketim etkisi taşır? G¼zellięini korumak için plastik cerrahi uzmanına başvuran bir hanımın yaptığı harcamanın niteliği nedir? Eğer bu hanım herhangi bir ekonomik faaliyetin içinde değilse, yapılan harcamalar tamamen t¼ketim ¼zellięi taşır. Ancak bu kişi, ameliyat geçirdikten sonra dikkati çeker ve fotomodel olarak gelir sağlamaya başlarsa yapılan harcama b¼y¼k ¼lde yatırım niteliği kazanır. B¼yle bir ameliyatın, iş hayatındaki etkinliğini aynı d¼zeyde s¼rd¼rmek isteyen bir manken veya fotomodel geçirirse, yapılan harcama yatırım ¼zellięi taşır<sup>25</sup>.

<sup>25</sup>SERİN ve ÇAKICI, s.10.

Piyasada mevcut toplam sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesinde, genellikle ya hasta sayısı ya da hasta gün sayısı kullanılmaktadır. Uygulamada her iki göstergenin birlikte kullanılma zorunluluğu vardır. Fakat yinede sağlık hizmetleri talebini yzeyssel demografik değerlendirmelerle belirleyebilmek zordur. Çünkü piyasada, geliri olup hastalığını bilmeyenlerin yarattığı potansiyel bir talep mevcuttur<sup>26</sup>.

Bir başka görüşten hareketle, sağlık talebinin, ülkenin ihtiyaı olan doktor miktarını tayin edeceği, belli bir bölgede hastane ihtiyaçlarının ve ihtiyaç duyulan yatak sayısını (her bin kişiye sekiz yatak gibi) belirliyeceği ileri sürülmüş ve çeşitli araştırmalarla tesbit edilmiştir. Kuşkusuz sağlık ihtiyaı sağlık talebini belirleyen unsurlardan biridir. En önemli unsur bu olmasına rağmen, sağlık talebini karşılamak için gerekli hizmetlerin tahmini miktarı, insanların talebini aşarsa kaynakların yanlış dağılımı ve imkanların yetersiz kullanımı söz konusu olacaktır.

Eğer talebe uygun bir arz planlaması yapılabilirse kaynak ve hasta zamanının israf edilmesi önlenebilecektir. Kuşkusuz ülkede izlenen sosyal politakaya, gelir dağılımının ne kadar iyi olduğuna, koruyucu sağlık hizmetlerinin, genişliğine göre talebin artacağını yoksa azalacağını tahmin edilebilecektir<sup>27</sup>.

### **5.2.1. Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler**

Sağlık hizmetleri etkileyen faktörler şunlardır<sup>28</sup>:

<sup>26</sup>MORTAN ve TOKGÖZ, s.11.

<sup>27</sup>SERİN ve ÇAKICI, s.13-15.

<sup>28</sup>Dilaver TENGİLİMOğLU, "Sağlık Hizmetleri Piyasa Araştırması" **Toplum ve Hekim Dergisi**, s:56, Ağustos 1993, s.27-28.

Bölgenin Genişliği ve Coğrafik Yapısı: Bölgenin coğrafik yapısı gerek yöresel hastalıkların oluşumunu, gerekse hastalarının sağlık kuruluşlarına ulaşımını etkilemektedir. coğrafik yapı talep üzerinde etkili olmaktadır. Sağlık merkezinin uzak veya yakın oluşu yanında ulaşım faktörleri de potansiyel talebin gerçek talebe dönüşümünü etkilemektedir.

Nüfus Yapısı: Sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörlerin başında bölgenin nüfusu gelmektedir. Nüfus artış hızı, nüfusun yaş ve cinsiyete göre dağılımı, iç ve dış göç hareketleri talebi etkileyen unsurlardır.

Demografik ve Epidemiyolojik Özellikler: Bölgenin hastalık yapısı, kaba ölüm hızı, bebek ölüm hızı, neonatal bebek ölüm hızı, postneonatal ölüm hızı, ölü doğum hızı, genel doğurganlık hızı, kaba doğum hızı, beklenen yaşam süresi (kadın ve erkekler için ayrı), beş yaşında beklenen yaşam (yıl) gibi demografikler de talebi etkilemektedir. Örneğin yaşam koşullarının ağırlaşması sonucu kronik hastalıklarda görülen artışlar talebi etkiler<sup>29</sup>.

<sup>29</sup>Kaba Ölüm Hızı: Bütün yaş gruplarında, bütün sebeplerden meydana gelen ölümleri kapsar. Kaba Ölüm Hızı = (1 Takvim Yılında Görülen Ölüm Adedi / O Memleketin Yıl Ortası Nüfusu) x 1000 formülünden hesaplanır.

Kaba Doğum Hızı: Canlı doğum hızı demekte mümkündür. Kaba doğum hızı nüfus artış hızının iki değişkeninden biridir. Kaba Doğum Hızı = (1 Takvim Yılındaki Toplam Canlı Doğum Adedi / Toplumun Yıl Ortası Nüfusu) x 1000 formülünden hesaplanır.

Neonatal Bebek Ölüm Hızı: Bu hız, memlekette gebelik hijyenik tedbirlerinin etkili olarak uygulanıp uygulanmadığını ve doğum hizmetlerinin yeterli olup olmadığını gösterir. Buhızın büyümesi, gebe izlenmesinin ve doğum işleminin sağlık koşullarına uygun olarak yapılmadığını gösterir. NBÖH = (1 Yılda 4 Haftadan Daha Az Yaşayan Bebek Adedi / Aynı Yılda O Toplumdaki Canlı Doğum Adedi) x 1000 formülünden hesaplanır.

Postneonatal Ölüm Hızı: Bu hız, çocukların dengeli bir beslenme durumunda olup olmadıklarını, bakım ve enfeksiyonlardan korunmaları için etkili bir izlemeye alınıp alınmadıklarını gösterir. PNÖH = (4 Haftadan Fazla Bir Yılda Az Yaşayan Bebek Adedi/Bir Yıl İçindeki Canlı Doğum Adedi) x 1000 formülünden hesaplanır.

Ayrıntılı bilgi için bkz. BAYKAN, SUNGUR ve BİLGİN, s449-453.

Sosyal Güvenlik Kapsamı Altındaki Nüfus: Türkiye’de yataklı tedavi kurumlarına olan talebin büyük bir bölümünü sosyal güvencesi olanlar oluşturmaktadır. Sağlık açısından sigorta kapsamındaki nüfusta meydana gelecek artışlar sağlık hizmetlerine olan talebi de artıracaktır. Örneğin Genel Sağlık Sigortası uygulamasına başlanması ile sigortalı sayısı artacağından bu da talebi etkileyecektir.

Gelir Düzeyi: Diğer mal ve hizmetler kadar olmasa da, talebin gelir esnekliği, özellikle diş sağlığı, check-up ve plastik cerrahi hizmetlerinde kısmen esnektir. Gelir düzeyinde meydana gelecek artışlar sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır.

Sağlık kuruluşunun tedavi ücretleri de o kuruluşa olan talebi etkilemektedir (özellikle sosyal güvencesi olmayan hastalar açısından önemli bir faktördür) .

Hastalıklara Karşı Tutum ve Davranışlar: Kişilerin sağlığa bakış açıları önemli bir faktördür. Çünkü bazıları ancak ileri hastalık durumunda sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Gelişmiş ülkelerde kişilerin en küçük bir rahatsızlık halinde kontrol için sağlık kuruluşuna başvurulurken, gelişmekte olan ülkelerde bazen acil durumlarda dahi sağlık kuruluşuna başvurulmadığı görülmektedir. Bu toplumun yaşam tarzı ile yakından ilgilidir. Kişilerin hastalık ve normal durumları algılamalarındaki farklılıklar da sağlık kuruluşlarına başvuruyu dolayısıyla talebi etkilemektedir.

Ayrıca, yaşam koşulları, sigara kullanma ve alkol alışkanlığı gibi zararlı alışkanlıklar da sağlık hizmetlerine olan talebi etkilemektedir.

Eğitim ve Öğretim Düzeyi: Eğitim ve öğretim düzeyi de sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörlerin başında gelmektedir.

Eğitilmiş insanların sağlığa verdiği 3nem ve hastalığı algılamaları daha farklı olduğundan hastaneleri kullanma sıklığı daha fazladır.

Yatak, Hekim Arzı ve Tıbbi Hizmetin Niteliği: Sağlık kurumları kuruldukları yerde talep yaratmaktadır. Ayrıca hizmetin niteliği de etkili olmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinin 3rgütlenmesi: Talebi belirleyen bir diğer fakt3r de sağlık hizmetlerinin 3rgütlenmesidir. Sağlık hizmetlerinin sevk zincirine bağlandığı durumlarda hastanelere olan talep de etkilenmektedir<sup>30</sup>. 3zellikle sosyal g3vencesi olan hastaların kurumları dışındaki herhangi bir sağlık kuruluşunu tercihleri sınırlı olmaktadır.

Sağlık talebini ulusal ekonomi düzeyinde, b3t3n boyutları ile d3zenleme “sosyal devlet” in gereği sayılmaktadır. Devlet doğrudan talep yaratıcısı olabildiği gibi talep yaratılmasına yardımcı da olabilmektedir. Devletin talep yaratmasına, yardımcı olmasına sigortasız ve yoksul kişilerin 3cretsiz tedavisi, d3řk3nler i3in bakımevi a3ılması, bulaşıcı hastalıklara yakalananların ve ruh hastalarının zorunlu ve kontroll3 tedaviye alınması 3rnek g3sterilebilir. Devlet kişisel talebin doğmasına yardımcı olmak i3in, kişilere, g3n3ll3 kuruluşlara, hayır kurumlarına, kamu kesimi dışında sağlık alanında 3alışan kurum ve kuruluşlara doğrudan ve dolaylı yollardan olanaklar sağlar<sup>31</sup>.

### **5.3. Sağlık Hizmetleri Arzı**

Rekabet3i piyasada arz bir hizmetin getirisinin, başka bir

<sup>30</sup>TENGİLİMOğLU, s.28.

<sup>31</sup>Melih KARAİBİŞ, s.28-32.



hizmetin getirisi ile kıyaslanması şeklinde ölçülür. Oysa, tedavi hizmetlerinde net getiriye etkileyen başka öğelerde vardır. Bunlardan ilki mesleğin yapılabilmesi için lisans diploması dışında meslek odasının üyelik durumunun gerekli olmasıdır. Lisanslı çalışma hakkı sonuçta arzı etkilemekte ve tedavi hizmetlerinin arzını azaltmaktadır. Parası olan bir kişi eğitim düzeyi ne olursa olsun, bir halı fabrikası kurabilir. Eczaneyi ise ancak eczacılar açabilir. Hekim olmayanlar hasta bakamazlar. Ebelik ve hemşirelik yapabilmek için ebelik ve hemşirelik okullarını bitirmek gereklidir. Bu da yeterli olmaz. Bu okullardan alınan diplomaları Sağlık Bakanlığına onaylatmakta gereklidir. İkincisi tıp eğitim maliyetinin diğer dallara göre yüksek olmasıdır<sup>32</sup>. Bu alanda eğitimin pahalı olması, yeterli personelin yetişmesini engellemekte bu da arzın genişlemesine engel olmaktadır.

Eğer bir öğrenci uzun, yorucu ve maliyeti yüksek olan bu eğitimi görmek istiyorsa, bu özel kazancın maliyetin üzerinde olacağını göstermektedir. Şu da belirtilmelidir ki; tıp eğitiminin gerektirdiği maliyetin veya harcamaların büyük bir bölümü kamu kesimi, araştırma kuruluşları veya kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından karşılanmakta ise, öğrencilerin karşılamak durumunda oldukları kısım son derece küçüktür. Buna rağmen bu kısım, diğer alanlarda eğitim için yapılması gereken harcamaların çok üzerindedir.

Tıp eğitimine sağlanan bu desteğin diğer alanlarda eğitime sağlanan destekten niçin çok daha büyük olduğunu açıklamak oldukça zordur. Ancak, sosyal faydanın sağlık alanında çok daha yüksek olduğu ileri sürülebilir ve doğrudur. Diğer bir hususta, insan sağlığının ve hayatının söz konusu olduğu bu alanda eğitimin

<sup>32</sup>MORTAN ve TOKGÖZ, s.12.

kalitesinin çok yüksek olmasının gerekliliğidir<sup>33</sup>.

Bir ülkenin sahip olduğu hekimlerin sayısıyla o ülkenin sağlık düzeyi arasında işlevsel bir ilişki vardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre bir bölgede veya ülkede hekim sayısı arttıkça, ortalama yaşam süresi uzamaktadır.

Sağlık piyasasında hizmet arz edenler kar amacı gütmeyenler. Bu piyasada klasik piyasa yapısına en çok yaklaşan, kar amacı güden özel hastanelerdir. Piyasada tedavi hizmeti satan özel hastane modeli, kapitalist ülkelerde bile toplam sağlık hizmetleri içinde büyük yer tutmaz. Yaygın hastane türü, kar amacı gütmeyen vakıf ve dernek hastanesi, üniversite ve devlet hastanesidir.

Sağlık hizmeti sunulurken kar amacının ön planda tutulmadığı, kar amacı olmayan hastane sayısının özel hastane sayısından çok fazla oluşuyla açıklanmaktadır. Klasik piyasa yapısında hiç bir işletme kar amacı olmadan hizmet arz etmez, bu kural sağlık hizmetleri piyasasında geçerli değildir. Çünkü çoğu kar amacı gütmeyen kamu sağlık tesisleri öz gelirleri dışında, kamu yardımları başta olmak üzere sağladıkları diğer yardımlarla faaliyetlerini sürdürdüklerinden hizmetin fiyatını maliyetin altında tutabilmektedirler.

Sağlık kesiminde arz yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar. Fiyat sağlık hizmetleri piyasasında, dengeleme görevini yapamaz. Çünkü kamu, yasa ve yönetmeliklerle, piyasada oluşacak fiyatı denetim altında tutar. Ayrıca, düşük gelir sahibi kişilere hizmet sunmak için kamu, doğrudan piyasaya girer. Büyük kentler dışına çıkamayan özel girişimin yerine, kamu, ülkenin her yerine sağlık hizmetlerini götürmeyi toplumun çıkarları açısından görev

<sup>33</sup>SERİN ve ÇAKICI, s.17.

saymaktadır. Günümüzde ilaç, tıbbi araç ve teknoloji bazında birçok ülke, hekim ve hemşire ithal etmektedir. Buna rağmen sağlık hizmetleri arzı hemen her ülkede yetersiz görünmektedir. Bu arz yetersizliğinin, geri kalmış ülkelerden gelişmişlere gidildikçe, boyutları küçülmektedir.

Sağlık hizmetleri arzını oluşturan öğeler birbirlerini tamamlayıcı özellik göstermekte ve sağlık kesiminde üst düzeyde hizmet üretmek kendi alanlarında uzmanlaşmış kişilerin bir araya gelmesiyle, ekip çalışmasıyla mümkün olmaktadır. Sağlık hizmeti sunan her üretim biriminde görev alanların kişisel bilgi ve becerileri yanında, belli bir yönetim düzeni ve ayrıca tam bir bütünleşme içinde olmaları gerekmektedir<sup>34</sup>.

Sağlık kesiminde özel girişimle kamu kuruluşları arasında rekabet yoktur. Çünkü toplam arz zaten yetersizdir. Hem ayrıca yüksek gelirli aileler özel girişimin sunduğu yüksek fiyatlı sağlık hizmetlerini talep etmektedirler. Özel sağlık kuruluşları yüksek gelir grubuna, kamu sağlık kuruluşları da geniş halk kitlelerine hizmet sundukları için rekabet söz konusu olmamaktadır.

Sağlık hizmetleri piyasası, yukarıda belirtilen kendine has özelliklerinden dolayı klasik piyasa yapısından çok farklı bir yapı arz etmektedir. Onun için karma ekono mi kuralları içinde başta ilaç sanayi olmak üzere sağlık hizmetlerinin üretim ve yönetiminin kamulaştırılması zorunlu görülmektedir. Bu kamulaştırmayla, sağlık hizmetlerine öncelikle şu niteliklerin kazandırılması önerilmektedir:

- 1) Sağlık hizmetleri tüm vatandaşlara eşit düzeyde açık olmalı,
- 2) Yer ve zaman yönünden hizmet süreklilik göstermeli,

---

<sup>34</sup>TENGİLİNOĞLU,s.28.

3) Tüm yenilikleri izleyen, vurgulayan ve yayan bir örgüt yapısına sahip olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin üretim ve yönetiminin kamulaştırılmasıyla, sağlık alanında araştırma, üretim ve pazarlama ulusal düzeyde planlanıp ve her türlü aracıyı devreden çıkaracak biçimde yürütülebilecektir.

Özellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde kısa sürede, sağlık alanında yapılması gereken yatırımların kamu denetiminde yürütülmesi zorunlu olmaktadır. Bu ülkelerden karma ekonomi modeli içinde kalkınmayı amaçlamış olanların, öncelikle sağlık kesiminde kamulaştırmaya gitmesi, gerekli olmaktadır. Dengeli ve hızlı bir kalkınma, öncelikle, sağlıklı bir insangücü yaratmayı hedef almalıdır. Bu da ancak kamunun genel kalkınma planları içinde konuyu ele almasıyla mümkün olur. Bu yaklaşımla sağlık harcamalarının ekonomik büyüme sürecine olumlu katkısı en yüksek düzeyde sağlanmış olabilecektir<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup>KARAIBIŞ,s.28-32.

## İKİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM

#### VE

#### TEMEL SORUNLAR

#### 1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TARİHSEL GELİŞME

Türk sağlık hizmetlerinin bugünkü durumunu daha net değerlendirebilmek, sağlık kurum ve kuruluşlarımızın ve bunların görevlerindeki etkinliklerinin değerlendirmesini yapabilmek için, bunları oluşturan tarihsel gelişimi hatırlamakta yarar vardır. Çünkü insanların değişen şartlara göre hergün artan gereksinimleri sağlık olaylarını ve sorunlarını beraberinde getirmiştir. Bu gelişme sağlığı bugünkü dönemine ve başlı başına bir sektör haline gelmesini sağlamıştır.

Sağlık kuruluşları, tarih boyunca toplumların politik ve ekonomik koşullarına, toplumsal yapılarına, değer sistemlerine, sağlık koşullarındaki toplumsal değişim ve gereksinimlere göre şekil almışlardır. En sonunda da günümüzün “çağdaş” sağlık kuruluşları haline gelmişlerdir<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>Nezhat EREN, **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1987, s.131.

Türk sağlık kuruluşları ise sosyal devlet anlayışının bir unsuru olarak doğup gelişmişlerdir. Bilim, eğitim, sağlık, bayındırlık ve sosyal yardım vb. konularda vakıflar kurarak bu alanlarda önemli gelişmeler elde etmişlerdir.

Türk sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi “Cumhuriyet Öncesi Dönem” ve “Cumhuriyet Sonrası Dönem” olmak üzere iki alt başlıkta incelenebilir.

### **1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem**

Türkler, tarih boyunca sağlık hizmetlerine ve sağlık kuruluşlarına büyük önem vermişlerdir. Özellikle Selçuklular ve Osmanlılar bimarhane, şifaiye, maristan, darüşşifa adı altında hastaneler kurmuşlar ve bunları desteklemişlerdir. Hastaneler genellikle bir külliye içinde cami, medrese, hamam ve aşevi ile birlikte inşa edilmişlerdir<sup>2</sup>.

Cumhuriyet öncesi kurulan hastanelerin birçoğu diğer eserlerimiz gibi o ülkenin ulusal tarihlerine karışmışlardır. Sözgeşi Kahire Dolunoğlu Hastanesi (874), şam Nurettin şehit Hastanesi (1154), Musul Erbil’deki Gökbörü Hastanesi ve Sosyal Hizmet Kuruluşları (1154-1232), İsfehan Kerman’daki Kutluk Türkan Hastanesi (1271), Kahire Seyfettin Kalavun Hastanesi (1284), Tebriz Reşidüddin Darüşşifası (1310), Halep’te kurulan Ergun Kamili Hastanesi (1354), günümüzde Arap Ülkelerinde sağlık hizmetleri vermektelerirler<sup>3</sup>.

<sup>2</sup>Muzafer SOYSAL, Aynur EMRE vd. , **Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı**, MPM Yayın No: 486, Ankara, 1993, s.15.

<sup>3</sup>SSYB, **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistiksel Yıllığı (1989)**, SSYB Yayını, Ankara,1990, s.12.

Musul'da Ebu Sait Gökbörü (1159-1232) nün yaptırdığı sıhhi tesisler, çeşitleri bakımından ilgiyi çekmektedir.

Gökbörü, hasta ve körler için dört bina yaptırmıştır. Bundan başka, dul kadınlar için bir bina, küçük yetimler için bir yetimhane ve sokaktan toplanan yavrulara bakmak için bakım yurtları açtırmıştır. Bu kimsesiz çocuklara sütanneler tayin ettirmiştir.

Bu suretle görülüyor ki "Gökbörü" Çocuk Esirgeme Kurumumuzun XII ve XIII yy.'larda yaşamış bir öncüsüdür<sup>4</sup>.

Sultan Melihşah ve Sultan Mahmut zamanında ise (1092-1094) Selçuk ordusunda develerle taşınan gezici hastanelerin bulunduğu belirtilmektedir.

Artuklular döneminde (1108-1122) Mardin, Silvan ve Harput'da hastaneler kurulmuştur. Selçuklular devrinde bu alandaki gelişmeler sürdürülmüştür. 1206 yılında Kayseri'de Gevher Nesibe Sultan'ın bağışladığı darüşşifa ile onun yanındaki Gıyaseddin Tıp Medrese'si kurulmuştur. Bu eserlerin tıp tarihimizde önemli bir yeri bulunmaktadır.

1308 yılında Selçuklu Devleti'nin sona ermesinden sonra Osmanlılar, hastane bulunmayan kentlerde sağlık tesisleri kurmuşlardır.

13 yy'da bu kurumlarda bir yandan hasta bakım ve tedavisi yapılırken, bir yandan da içinde bulunulan çağın yüksek düzeyde teorik ve pratik tıp eğitimi yapılmaktadır.

15 yy'da Osmanlılar tarafından "Hekimbaşı Kurumu" kurulmuştur. Hekimbaşı, bugünkü sağlık bakanı yetkilerine sahip

<sup>4</sup>SSYB, **Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl**, SSYB Yayın No: 422, Ankara, 1973,s.14.

olan kişidir. Saray halkı da dahil olmak üzere bütün sağlık ünitelerini resmi ve özel sağlık personelini atamak ve denetlemekle yükümlüdür.

17 yy'da Sultan II Beyazıt tarafından Edirne'de 50 yataklı Selimiye Vakfiyesi kurulmuştur. Bu hastanede; bir başhekim, iki doktor, iki cerrah, iki göz doktoru, bir eczacı, beş hastabakıcıdan oluşan 21 kişilik sağlık ekibi ile hizmet verilmiştir<sup>5</sup>.

19 yy'da Osmanlılar tarafından ele alınan yenilik hareketleri ve gelişmelerden dolayı yeni hastaneler açılmıştır. 1827 yılında ise modern tıp eğitimin de başlaması ile batılı anlamda doktor yetiştirilmeye başlanmıştır. Bu tedavi kurumlarının yanısıra, 20 yy. başlarında ülkenin birçok yerinde il özel idareleri tarafından hastaneler açılmıştır. Yabancı ve azınlıklara ait hastaneler de sağlık hizmeti vermişlerdir<sup>6</sup>.

Cumhuriyet öncesi kurulan yataklı tedavi kurumlarının birçoğu günümüzde de hizmet vermektedir.

1892 yılında kimsesizleri barındırmak amacıyla Darülaceze Hastanesi'nin temeli atılmış, 1895'de hizmete girmiştir.

Cumhuriyet öncesi dönemde ilk defa kurulan Sağlık İşleri Meclisi (1869), askeri doktorların atanması ve sağlık işlerinin yürütülmesi ile görevlendirilmiştir. İlk Belediye Sağlık Örgütü 1861 yılında çıkarılan "Tababet-i Belediye Nizamnamesi" ile kurulmuştur. 1870 yılında ise "İdare-i Umumiye Tıbbi Nizamnamesi" ile Memleket Hekimlikleri kurulmuştur.

Osmanlı İmparatorluğu zamanında kurulan hastaneler ve tıp

<sup>5</sup>SOYSAL, EMRE v.d. , s.16.

<sup>6</sup>SOYSAL, EMRE v.d. , s.17.



okullarının yanısıra eczane, kütüphane ve sosyal hizmet kuruluşları da açılmıştır. Çok kaliteli hizmet veren bu hastaneler, imparatorluğun duraklama ve gerileme dönemlerinde bir gelişme gösterememişlerdir<sup>7</sup>.

Cumhuriyet öncesi dönem sağlık sorunlarına kısaca bakacak olursak; Cumhuriyet öncesinde insanımız salgın hastalıkların etkisi altında olup, sürekli savaşlar yanında bu hastalıklar da nüfusu azaltan, özellikle gelişmiş ve kalifiye işgücü üzerinde oldukça olumsuz etkide bulunan önemli bir faktördür.

Bu salgın hastalıklardan tifo, tifüs gibi bazıları Osmanlı Devletinin son dönemlerinde ordunun birçok cephede yenilmesinin en önemli nedenlerini oluşturmuşlardır. Örneğin Kafkas cephesinde Türk ordusunu, Rusların askeri yeteneklerinden çok tifüsün yendiği bilinmektedir.

## **1.2. Cumhuriyet Sonrası Dönem**

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınması Cumhuriyet döneminde gerçekleşmiştir<sup>8</sup>. Cumhuriyet, hastalıkların etkisinde çaresiz olan insanımızı gerek hastalıklarla mücadele yöntemlerini etkinleştirerek gerekse yasal düzenleme çalışmaları sonucunda kurumsal yapılanmaları oluşturarak modern hekimliğin imkanlarına kavuşmuştur<sup>9</sup>.

Milli Mücadele Dönemi'nde Ankara'da kurulan ilk hükümet, 2 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanunla TBMM Hükümeti Sağlık

<sup>7</sup>SOYSAL, EMRE v.d. , s.16-17.

<sup>8</sup>Maliye ve Gümrük Bakanlığı, **Sağlık Hizmetleri (1980-1993)**, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müd., s: 1993/7, Ankara, Ocak 1993, s.16.

<sup>9</sup>SOYSAL, EMRE v.d. , s.18.

Örgütü'nü İçişleri Bakanlığı bünyesinden ayırarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nı kurmuştur. Bakanlık görevini ise ilk olarak Adnan Adıvar üstlenmiştir.

Merkezde ilk bakanlık kadrosu, Hıfzıssıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Kalemi'nden oluşmuştur. Taşra Örgütü'nde ise eski sağlık müdürlükleri, hükümet, belediye ve karantina hekimlikleri ile küçük sıhhiye memurlukları bulunmaktadır.

Bu dönemde Kuduz Tedavi Müessesesi, aşihane ve bakteriyolojihane kurulması kabul edilmiştir. İlk olarak Kastamonu ve Zonguldak bölgesinde kurulmuş ve bu hastaneler daha sonra belediyeye devredilmiştir. Burgaz Adası'nda bir sanatoryum açılmıştır.

1923 yılına kadar zamanın koşulları içinde sürdürülen bakanlık çalışmaları Cumhuriyet kurulduktan sonra yeni bir statü kazanmıştır. Merkez ve taşra örgütleri geliştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 1925 yılında ilk çalışma raporu hazırlanmıştır. Bu programda, sağlık sorunları olarak şunlar belirlenmiştir:

- Devlet sağlık örgütünü genişletmek,
- Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek,
- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak,
- Sıtma, verem, trahom, frengi gibi önemli hastalıklarla savaşmak,
- Sağlıkla ilgili kanunları hazırlamak,
- Sağlık ve Sosyal Yardım Örgütü'nü köye kadar götürmek,
- Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu açmak.

Bu tarihten sonraki en önemli gelişme 1928 yılında "Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü" nün kurulması olmuştur.

20 yy. başlarında koruyucu hekimlik ve tedavi hekimliği birbirinden ayrılarak gelişmiş ve örgütsel gelişim de buna paralel bir gelişim göstermiştir. Cumhuriyet döneminde sağlık örgütü düzenlenirken, tedavi hekimliği; özel idare ve belediyelere, koruyucu hekimlik hizmetlerinin yürütülmesini de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na ana görev olarak verilmiştir. Fakat yoksul hastaların ücretsiz tedavilerinin, hükümet doktorları ve diğer kuruluşlarca yapılması öngörülmüştür.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurun Kanunu" ve buna ek olarak çıkarılan kanunlarla bugünkü merkez ve taşra örgütünü kurmuştur.

1946-1948 yıllarında sağlık yönetiminde büyük değişiklikler olmuştur. Sağlık hizmetlerinin planlı bir şekilde yürütülebilmesi için 1946 yılında Yüksek Sağlık Şurası'nın onayıyla "Birinci On Yıllık Sağlık Planı" yürürlüğe girmiştir. Hazırlanan bu plana göre her kırk köy için bir sağlık merkezi kurulması öngörülmüştür. Ancak bu plan gereği gibi uygulanamamıştır. Planda ön görülen merkezlerin bir kısmı gerçekleştirilmesine rağmen, bunlar etkin olmayan küçük hastaneler olarak hizmet vermişlerdir.

1952 yılında sağlık ve sosyal güvenlik alanındaki önemli gelişmelerden biri, işçi Sosyal Sigortalar Kurumu'nun tedavi hizmetleri için hastane ve dispanser açarak bu alanda hizmet vermesi olmuştur. 1953 yılında da özel idareler tarafından yönetilen hastaneler devletleştirilmiştir<sup>10</sup>.

27 Mayıs 1960 devriminden sonra 9.7.1961 tarih ve 334 sayılı "Türkiye Cumhuriyeti Anayasası" nda sağlık hizmeti ile ilgili maddelere yer verilmiştir. 48 ve 49. maddelerde "sosyal güvenlik" ve "sağlık hakkı" konu edilmiştir.

<sup>10</sup>SOYSAL,EMRE v.d. , s.18-19.

Madde 48: “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için Sosyal Sigortalar ve Sosyal Yardım Teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir.”

Madde 49: “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir<sup>11</sup>.”

1982 Anayasamızın 56’ncı maddesine göre ise; “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

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

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak 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 kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” şeklinde belirtilmiştir.

Ayrıca 1982 Anayasasının 41’nci maddesinde de, Aile, Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı konusunda genel hükümler bulunmaktadır.

1961 ve 1982 Anayasasının arasındaki en belirgin fark, 1982 Anayasasının “Sağlıklı Çevre ve Sağlık Hizmetleri” ni birlikte alması ve “Sağlık Sigortası” nın kurulabilmesine açıkça izin vermesidir<sup>12</sup>.

Bakanlık gerek Anayasa ve gerekse çeşitli kanunlarla kendisine verilen görevleri yerine getirmek amacıyla planlı döneme girilen 1960

<sup>11</sup>SOYSAL, EMRE v.d., s.19-20.

<sup>12</sup>SSYB, **Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum**, Ankara, Şubat 1992, s.14.

yılından itibaren sağlık politikalarının ana ilke ve amaçlarını belirlemiştir.

Bu hedeflere ulaşabilmek için 5.1.1961 tarih ve 224 Sayılı Kanun'la sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiştir. Temel ilkeleri aşağıda sıralanmıştır<sup>13</sup>:

- Eşit hizmet,                      -Öncelikli hizmet,                      -Denetlenen hizmet,
- Sürekli hizmet,                      -Katılımlı hizmet,                      -Uygun hizmet,
- Entegre hizmet,                      -Ekip hizmet,                      -Kademeli hizmet,
- Nüfusa göre hizmet.

### **1.2.1. Kalkınma Planlarında Sağlık Hizmetleri (1963-1994)**

#### **1.2.1.1. I. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)**

Birinci beş yıllık kalkınma planında; hastanecilik yerine evde ve ayakta bakım yapılması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, kamu sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi, toplum hekimliği eğitime önem verilmesi, sağlık personelinin dengeli dağılımın sağlanması, özel sektörün hastane kurum teşebbüslerinin teşvik edilmesi, hastanelerin döner sermayeli kuruluşlar haline getirilmesinin araştırılması, yerli ilaç sanayinin teşviki ve sağlık sigortasının kurulması için gerekli olan çalışmalara öncelik verilmesi politika esasları olarak belirlenmiştir.

7 bin nüfusa sağlık ocağı, 50 bin nüfusa sağlık merkezi hedeflenmiştir.

#### **1.2.1.2. II. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)**

İkinci beş yıllık kalkınma planında; toplumun ruh ve beden sağlığının korunması, hastalara eşit tıbbi bakım, halkın sağlık

<sup>13</sup>SSYB, **Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum**, s.14.

hizmetlerinden daha fazla faydalanması, sağlık personeli eğitim ve istihdamında kuruluşlar bazında standardizasyonun sağlanması, tedavi ve koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, evre sağlık Şartlarının iyileştirilmesi, halkın sağlık eğitimi, çocuklar, yaşlılar ve zrller için özel programların geliştirilmesi, tedavi hizmetlerinin gelişiminde özel sektörün teşvik edilmesi, ilaç üretiminde yerli sermayenin teşviki ve genel sağlık sigortasının kurulması, kademeli olarak bu sisteme geçilmesi öngörülmüştür.

### **1.2.1.3. III. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)**

nc beş yıllık kalkınma planında tedavi edici sağlık hizmetlerinin rasyonel, koruyucu hizmetlerin etkin kullanımı ile sağlık hizmetlerinin herkesin yararlanacağı bir yayınlığa kavuşturulması, sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi, kademeli bir sağlık sigortası gerçekleştirilmesi, hedeflere uygun sayı ve nitelikte sağlık personelinin yetiştirilmesi ve dengeli dağılımının sağlanması, ilaç sanayinin kamunun denetiminde olması ve ilaç hammaddesi üretiminin yurtiçinde olması öngörülmüştür.

10 bin nüfusa bir sağlık ocağı, 3 bin nüfusa bir sağlık evi, sosyalizasyon programının ülkenin 2/3'sine yaygınlaştırılması ve 10 bin kişiye 26 yatak hedeflenmiştir.

### **1.2.1.4. IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)**

Amaç; sağlık hizmetlerini, herkesin eşitçe yararlanabileceği biçimde tüm ülkeye yaymak ve etkinleştirmektir.

Tam süre çalışma yasasına etkinlik kazandırılması ve bu suretle dengeli personel dağılımının sağlanması, sosyalizasyon ile sağlık sigortası arasında uyum sağlanması, sigorta kapsamı dışındakilerin sağlık ihtiyaçlarının devletçe karşılanması koruyucu hekimlik ve

salgın hastalıklarla mücadelenin etkinleştirilmesi, yerli ilaç ve ilaç hammaddesi sanayisinin geliştirilmesi, ana-çocuk sağlığı ve aile planlamasının etkinleştirilmesi, yeterli ve dengeli beslenme için zorunlu olan temel besin maddeleri üretiminin özendirilmesi ve toplum sağlığı konusunda eleman yetiştirilmesi diğer amaçlardır.

Sosyalleştirilmenin bu plan döneminde bütün yurttan uygulanabilmesi, yataklı tedavi kurumlarında yatak kullanım oranının artırılması ve 10 bin kişiye 185 yatak ölçütünü tutturmak, genel amaçlı ve doğum evi yatak sayılarını artırmak, bölgelerarası dengeyi sağlamak, yatak niteliklerinin artırılması ve mevcudun verimli çalışmasının sağlanması hedeflenmiştir<sup>14</sup>.

#### **1.2.1.5. V. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)**

Halkın genel sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ve her yere ulaştırarak, halkın beden ve ruh sağlığını korumak ve tıbbi bakım görmesini sağlamak temel ilkedir.

Beşinci beş yıllık kalkınma planında; etkili ve yaygın bir koruyucu sağlık hizmeti verilmesi, tedavi edici sağlık hizmetleriyle koruyucu sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmesi, büyük şehirlerdeki yığılmaların önlenmesi ve yurt düzeyindeki hasta sirkülasyonunun asgari seviyede tutulması için sağlık müracaat zincirinin kurulması, yeterli sayı ve kaliteli sağlık insangücü yetiştirilerek etkili bir istihdam planlamanın yapılması, sağlık ekonomisi ve modern sağlık işletmeciliğinin hizmet üretiminde esas alınması, hizmet veren kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanması, sağlık alanında özel teşebbüsün geliştirilmesi, halkın sağlık açısından sosyal güvenlik kapsamına alınması, temel strateji ve politikalar olarak belirlenmiştir.

<sup>14</sup>SSYB, **Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum**, s.16.

### 1.2.1.6. VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)

Politika esasları olarak şunlar belirlenmiştir; daha sağlıklı bir topluma ulaşılması ve hastalıklara karşı korunması amacıyla, aşı kampanyaları dahil, koruyucu sağlık hizmetlerine yaygınlık, süreklilik ve etkinlik kazandırılmasına öncelik verilecek; temel sağlık hizmetleri güçlendirilecektir.

Fiziksel, ekonomik ve sosyal çevredeki risk faktörlerinin insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak ve fertlere sağlık bilinci kazandırmak için çalışmalar sürdürülecektir.

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında etkin bir işbirliği ve koordinasyon sağlanarak yatak kullanımı dahil sağlık hizmetlerinde rasyonellik artırılabilecektir.

Birinci kademe sağlık hizmetlerinden başlanarak üniversite hastanelerine kadar uzanan hasta sevk sistemi kurulacak; yataklı tedavi kurumlarındaki yığılma önlenecektir.

Sağlık hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi, modernizasyonuna, etkin iletişim ve bilgi-kayıt sistemleri kurulmasına imkan veren düzenlemeler yapılacaktır.

Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi esas alınacak ve hizmet talebinin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanmasına devam edilecektir. Genel Sağlık Sigortasına geçiş konusunda çalışmalara devam edilecektir<sup>15</sup>

Plan dönemi sonunda; doğuşta hayatta kalma ümidinin 68 yıla yükseltilmesi, bebek ölüm oranının binde 50.0'ın altına düşürülmesi, sağlık hizmeti talebi için başvuruların çoğunluğunun ilk basamak

<sup>15</sup>Muharem VARLIK, Günşen TANTEKİN, Savaş YILDIRIM, **Sağlık Sektörü ile İlgili Temel Esaslar**, DPT Sosyal Planlama Başkanlığı, Eylül 1989,s.5-11.



sağlık ünitelerince karşılanması ve 1011 kişiye bir hekim, 4845 kişiye bir dişhekimisi, 3655 kişiye bir eczacı, 736 kişiye bir hemşire ve ebe, 2838 kişiye bir sağlık memuru ve teknisyeni düşmesi hedeflenmiştir.

**TABLO: 2.1.****Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum ve Hedefler**

	1992 (1)	VI. Plan 1994 Hed.(2)
<b>Sağlık Altyapısı</b>		
Yatak Sayısı	144.280	153.000
Yatak Başına Düşen Nüfus	409	401
Yatak Kullanım Oranı (%)	58	65
Sağlık Ocağı (2827'si kendi binasında)	3.829	4.000
Sağlık Evi (2717'si kendi binasında)	11.427	10.450
<b>Sağlık İnsangücü</b>		
Hekim Sayısı	57.400	60.604
Bir Hekime Düşen Nüfus	1.027	1.011
Dişhekimii Sayısı	11.500	11.800
Bir Dişhekime Düşen Nüfus	5.127	4.845
Eczacı Sayısı	17.200	16.000
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	3.428	3.655
Sağlık Mem. ve Tek. Sayısı	31.500	21.200
Bir Sağ. Mem. ve Tek. Düşen Nüfus	1.872	2.838
Hemşire ve Ebe Sayısı	84.800	83.276
Bir Hemşire ve Ebeye Düşen Nüfus	695	736

Kaynak : DPT, Sağlık Bakanlığı

(1) Gerçekleşme Tahmini

(2) 1994 Yıl Ortası Tahmini Nüfus: 61.394.000.-

## 2. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YÖNETİM VE ORGANİZASYON YAPISI

Günümüzde emek, sermaye, tabii kaynak ve müteşebbüsten sonra beşinci üretim faktörü olarak kabul edilen organizasyon, sağlık sisteminin en önemli sorun boyutunu oluşturmaktadır. Kaynak ve insangücü kullanımındaki verimsizliğin sebeplerinden biri etkili bir organizasyon yapısının bulunmamasıdır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri birbirinden ayrı ve bağımsız çalışan kuruluşlar tarafından temin edilmektedir. Tablo: 2.2.'de Türkiye'de sağlık sektöründe doğrudan yada dolaylı olarak hizmet veren kuruluşlar, politika oluşturma, sağlık hizmetleri götürme, sağlık hizmetlerinin finansmanı, ya da sağlık hizmetlerinin götürülmesinde idari yetkilere göre gruplandırılarak sunulmuştur. Sağlık hizmetleri sunan kuruluşların birbirinden bağımsız yapıları, bu hizmetlerin götürülmesinde etkili bir koordinasyonu zorlaştırmaktadır<sup>16</sup>.

Yapılan incelemelerden Türk Sağlık Sektörünün yönetim yapısından ziyade idari yapıya sahip olduğu görülmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri, çok başlı, aşırı derecede merkeziyetçi, yetkilerin daima üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgüt yapısına sahiptir. Koordinasyon eksikliğinin yol açtığı dublikasyonların yanısıra yetki kargaşası vardır. Sağlık Bakanlığı sağlıkla ilgili diğer kurumlar üzerinde etkili olmayıp mevcut mevzuatla kendisine verilen yetkileri de tam anlamıyla kullanamamaktadır<sup>17</sup>.

<sup>16</sup>Türkiye Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü Mevcut Durum Raporu, Aralık 1989, s.71.

<sup>17</sup>Sağlık Bakanlığı, TBMM'ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı, Ankara, Mayıs 1992, s.43.

TABLO: 2.2.

**Türkiye Sağlık Sektöründe Rol Alan Teşkilatların Fonksiyonları  
İtibariyle Sınıflandırılması**

<u>POLİTİKA OLUŞTURMA</u>	<u>SAĞLIK HİZMETİ SAĞLAMA</u>	<u>SAĞLIK HİZMETİNİN</u>
	<u>KAMU</u>	<u>FİNANSMANI</u>
Devlet Planlama Teşkilatı	Sağlık Bakanlığı	Maliye Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı	SSK	Sağlık Bakanlığı
Yüksek Öğrenim Kurumu	Üniversite Hastaneleri	Hazine ve Dış Tic.Müs.
Anayasa Mahkemesi	Belediyeler	SSK.
Yüksek Planlama Kurulu	Kamu İktisadi Teşebbüsleri	Bağ-Kur
TBMM Sağlık Karma Kom.	Diğer Bakanlıklar	Sağ-Kur
		Vakıflar
<u>İDARİ YETKİ</u>	<u>ÖZEL</u>	Özel Sigorta Şirketleri
Sağlık Bakanlığı	Vakıflar	Uluslararası Krlş.
İl Sağlık Müdürlükleri	Türk ve Uluslararası Has.	(Dünya Bankası,UN)
Vilayet		Özel
Pratisyenler/Uzmanlar		
(Vali ve Kaymakamlar)	Eczacılar	<u>SAĞLIK KONUSUNDA</u>
	Özel Klinik ve Lab.	<u>İNDİREKT</u>
		İmar İskan Bakanlığı
		Belediyeler
	<u>SOSYAL AMAÇLI</u>	İçişleri Bakanlığı
	Kızılay	Gıda Tarım ve Orman
	Türk Aile Planlama Vakfı	Bakanlığı
	Diğerleri	Diğerleri

Kaynak: Masterplan, 1989, s.71.

Sağlık Bakanlığı makro planları yapan ve sektörü yönlendiren bir yapıdan ziyade günlük işlerle uğraşan bir uygulama Bakanlığı şeklinde çalışmakta, üst düzey yöneticileri zamanının çok önemli bir kısmını personel tayinleri ile geçirmektedir. Bakanlık yönetiminde en üst düzey yöneticiden taşradaki en uç birime kadar profesyonel sağlık yöneticilerine pek rastlanmamaktadır. Bakanlığın merkez ve taşra teşkilat yapısı modern yönetim anlayışı ile bağdaşmamaktadır<sup>18</sup>.

### 3. SAĞLIK PERSONELİ

Her alanda olduğu gibi, sağlık sektöründe de etkili hizmet sunmanın en önemli şartı gerekli özelliklere sahip yeterli sağlık personelinin bulunmasıdır. Üretim konusunun hizmet olması ve sağlık hizmetleri talebinin özelliği itibariyle ertelenemez, ikame edilemez bir yapıya sahip olması nedeniyle sağlık hizmeti sunulmasında sağlık personelinin temini, bütün politikaların ağırlık noktasını oluşturmaktadır.

Halen Türkiye’de, eczacı ve sağlık memuru dışında diğer bütün sağlık personeline sayısal bir yetersizlik sözkonusudur.

1992 yılı sonu itibariyle 56.985 hekim, 11.500 dişhekimisi, 16.593 eczacı, 24.110 sağlık memuru ve teknisyeni, 50.456 hemşire ve 35.265 ebe bulunmaktadır ( Bkz. Tablo 2.3.).

<sup>18</sup>Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, Mart 1993, s.47.

**TABLO:2.3.****Sağlık Personelinin Kuruluşlara Göre Dağılımı (1992)**

	Sağlık Bak.	SSK	Üniversite	Diğer Kamu	Özel	Toplam
Hekim	29.233	6.656	9.032	3.577	8.487	56.985
Pratisyen	20.255	2.954	4.500	2.260	1.429	31.398
Uzman	8.978	3.702	4.532	1.317	7.058	25.587
Diş Hekimi	1.844	415	633	508	8.100	11.500
Eczacı	1.041	868	287	287	14.110	16.593
Sağlık Mem. ve Tek.	18.480	1.032	2.145	1.513	940	24.110
Hemşire	32.631	5.804	7.092	3.864	1.065	50.456
Ebe	33.732	623	23	66	821	35.265

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, DPT.

Sağlık personelinin ülke düzeyinde ve kıır-kent bazında dağılımları dengesizdir. Halen hekimlerin %48.5'i 3 büyük il'de bulunmaktadır. Üç büyük il'deki nüfus/hekim oranı 539 kişi iken diğer illerde 1.657 dir. Uzman hekim dağılımı daha da dengesiz olup, üç büyük il'de toplam uzman hekimlerin % 56.1'i bulunmaktadır<sup>19</sup>.

Üç büyük il'de hekim yoğunlaşması bir ölçüde hizmetlerin buralarda yoğunlaşmasıyla da ilgili bulunmakla birlikte, sağlık tesislerinin bu illerdeki yoğunlaşması hekim yoğunlaşmasının ulaştığı boyutta değildir.

Mevcut hekimlerin % 85'i, uzman hekimlerin % 72'si, dişhekimlerinin % 29'u, eczacıların % 15'i, sağlık memuru ve teknisyenlerin % 96'sı, Hemşire ve ebelerin % 97'si kamu kesiminde istihdam edilmektedir.

1987 yılında 38.829 olan hekim sayısı 1992 yılında 56.985, dişhekimisi sayısı 8.589 iken 10.703, eczacı sayısı 13.668 iken 16.593, sağlık memuru sayısı 12.352 iken 24.110, hemşire-ebe sayısı 56.837

<sup>19</sup>YILDIRIM, s.33.

iken 85.721 olmuştur. Sırasıyla; hekim sayısı % 68'lik, dişhekimisi % 80'lik, eczacılar % 82'lik, sağlık memuru % 51'lik, hemşire-ebe % 66'lık bir artış göstermiştir (Bkz. Tablo: 2.4.)

Sağlık personeline son yıllardaki gelişmelere rağmen sayı ve nitelik bakımından yeterli duruma gelinebilmiştir.

**TABLO: 2.4.**

**Sağlık Personeli (1987-1992)**

Personelin Ünvanı	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Hekim	38.829	42.502	46.708	50.639	53.264	56.985
Uzman	24.411	22.318	23.750	24.900	25.110	25.587
Pratisyen	17.418	20.184	22.958	25.739	28.154	31.398
Diş Hekimi	8.589	9.639	10.132	10.514	10.623	10.703
Eczacı	13.668	14.567	15.201	15.792	16.002	16.593
Sağlık Memuru	12.352	18.831	18.869	21.547	28.813	24.110
Hemşire	34.855	38.903	43.374	44.984	47.540	50.456
Ebe	21.982	25.665	27.805	30.415	33.724	35.265

Kaynak: S.B., Sağlık İstatistikleri Yılığ, 1993.

Salt sayısal durumun, değerlendirme ve kıyaslamada yeterli olmaması nedeniyle, nüfus/sağlık personeli ilişkisinin incelenmesi daha anlamlıdır. Bu çerçevede iki ölçüt kullanılabilir. Sağlık personeli başına düşen nüfus, yüzbin nüfusa düşen sağlık personeli<sup>20</sup>.

1927'de bir sağlık personeline 6.210, bir hekime 19.860, bir eczacıya 113.864, bir sağlık memuruna 12.199, bir ebeye 50.234 kişi düşerken, bu sayılar günümüzde sağlık personeline 320, hekime 1104 dişhekimine 5.592, eczacıya 3.744, sağlık memuruna 2.482, hemşireye 1.265, ebeye 1.728 kişi olmuştur (Bkz. Tablo: 2.5.). Bunun anlamı-nüfus artış hızında hesaba katıldığı gözönünde

<sup>20</sup>Ata SOYER, *Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Temel Sorunları*, TTB,1994, s.32.

bulundurulurak - sağlık personelinde 19.4, hekimde 18.0, eczacıda 30.4, sağlık memurunda 4.9, ebelerde 29.1 misli bir artış olmuştur.

Tablo: 2.5. değerlendirildiğinde, Cumhuriyet döneminde sağlık personelinin nüfusa göre genellikle daha fazla artış gösterdiği; nüfus 1923-90 döneminde 8.3 misli artarken, sağlık personelinin 158.5 misli arttığı; bu çerçevede sağlık personelinin gerçek artışının 19 misli olduğu görölür. Bu genel görünümüne tek istisna, 1955-60 dönemidir. Bu dönemde nüfus artışı, sağlık personeli artışının üzerinde olmuştur. Sözkonusu dönemde hekim artışı da nüfus artışının altında kalmış, 1960-65 döneminde de benzer bir olgu görölmüştür.

Eczacı sayısı artışı 1955-60 ve 1980-85; sağlık memuru artışı 1935-40, 1950-55, 1955-60, 1970-75, 1975-80 ve 1980-85; hemşire sayısı artışı 1940-45, ebe sayısı artışı ise 1970-75 ve 1980-85 döneminde nüfus artışının gerisinde kalmıştır.

Yüzbin kişiye düşen sağlık personeli, özellikle uluslararası kıyislamalarda daha geçerli ve kullanışlı bir ölçüt durumundadır<sup>21</sup>. 1927'de yüzbin kişiye 1.61 sağlık personeli düşerken, bugün 312 personel düşmektedir. Bu sayılar hekimler için 89.9, dişhekimleri için 17.9, eczacılar için 26.7, sağlık memurları için 40.3, hemşireler için 79.1 ve ebeler için 57.9 dur.

Türkiye'de sağlık personeli politikaları günü gününe belirlenmekte; ilgili kurumlararası koordinasyon eksikliği yüzünden uzun vadeli hedefler belirlenmemiş ve politikalar saptanmamıştır.

Eğitim kurumlarında yetiştirilen sağlık personeli nitelik ve nicelik açısından hizmetin ihtiyaçlarıyla uyumsuzdur. Etkin bir

<sup>21</sup>SOYER, s.32-35.



**TABLO: 2.5.**  
**Türkiye'de Sağlık Personeli/Nüfus İlişkisi (1923-1991)**

Yıllar	Hekim Toplam		Uzman		Pratisyen		Diş Hekimi		Eczacı		Sağlık Memuru		Hemşire		Ebe		Toplam Sağlık Personeli	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1927	19860	0.5	-	-	-	-	-	-	113864	0.09	12199	0.82	-	-	50234	0.20	640	1.61
1930	1220	8.18	-	-	-	-	-	-	113732	0.88	11391	8.73	71505	1.40	36110	2.77	4543	22.01
1935	9270	10.79	-	-	-	-	-	-	111583	0.90	11035	9.06	46350	2.16	33400	2.99	3861	25.90
1940	7420	13.48	-	-	-	-	-	-	51896	1.93	11818	8.46	43567	2.30	28644	3.49	3372	25.65
1945	4878	20.53	-	-	-	-	-	-	26103	3.83	11596	8.62	46271	2.16	23480	4.26	2537	39.41
1950	3020	33.11	5709	1751	6411	15.60	22882	4.37	21248	4.71	5182	19.30	28253	3.54	16204	6.17	1404	71.15
1955	2480	20.24	4940	1016	4978	10.08	20344	2.47	19032	2.64	6087	80.25	17075	2.54	11946	4.20	1232	40.74
1960	2800	35.71	5274	1896	5969	16.75	19722	5.07	19568	5.11	7073	14.14	11369	8.75	8801	11.36	1247	80.19
1965	2860	34.97	4681	2136	7352	13.60	16128	6.20	17594	5.68	6664	15.01	10384	14.7	7181	13.93	1105	90.52
1970	2220	45.04	3437	2909	6269	15.95	10847	9.22	11690	8.55	3536	28.28	4013	25	3109	32.16	674	148.25
1975	1885	53.05	3226	3100	4540	22.03	8111	12.3	9720	10.3	3714	26.93	2707	36.2	3154	31.70	587	170.47
1980	1632	61.27	2660	3759	4221	23.69	6278	15.9	3837	26.1	3809	26.25	1653	60.50	2798	35.74	443	225.76
1985	1391	71.89	2427	4120	3259	30.69	6101	16.4	4367	22.90	4814	20.77	1642	60.9	2817	35.50	438	228.34
1990	1112	89.93	2242	4460	2206	45.74	5397	18.5	3614	27.7	2570	38.91	1252	79.9	1857	53.85	324	308.74
1991	1104	90.60	2349	4257	2028	48.03	5592	17.9	3744	26.7	2482	40.29	1265	79.1	1728	57.88	320	312.44

Kaynak: Ata, SOYER, Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Temel Sorunları, TTB, 1994.

1: Sağlık personeli başına düşen nüfus.  
2: 100.000 kişiye düşen sağlık personeli.

hizmet-içi eğitimden söz etmek olanaksızdır. Eldeki personelin bilgi ve becerilerinin artırılmasının, yeni personel yetiştirmekten daha maliyet-etkili olduğu düşünülünce bu konu daha da önem kazanmaktadır<sup>22</sup>.

İstihdamda sağlık kurumların istihdam kapasitesi ve kısıtlılıkları gözönüne alınmamaktadır. Türkiye’de istihdam politikası ihtiyaca değil arza yöneliktir. Sağlık Bakanlığı her yıl tıp fakültelerinden ve sağlık meslek liselerinden mezun olanları istihdam etmektedir. Personelin coğrafi ve kurumsal dağılımı dengesizdir. Sağlık personeli ülkenin batısında ve kentsel alanlarda yoğunlaşmıştır<sup>23</sup>.

Tüm bunların yanında ek olarak maaş yapısı çok karmaşık ve birbirinden farklı olup ek ödemeler (tazminat) teşvik özelliğini kaybeden bir seviyeye inmektedir. Kamu-özel ve coğrafi bölgelere göre değerlendirme yapıldığında ücret farklılıkları çok daha belirgindir. Özel sektörde çalışan bir hekim kamu kuruluşunda çalışan meslekdaşına göre daha yüksek ücret almaktadır. Aynı şekilde daha gelişmiş bölgelerde kazanılan ücret daha fazladır.

Bazı sağlık personeli net maaşlarından örnek vermek amacıyla Ankara ve Hakkari’de (batı-doğu) görev yapan sağlık personeli maaşları Tablo: 2.6. ve Tablo: 2.7’de verilmiştir.

<sup>22</sup>MASTERPLAN, s.310.

<sup>23</sup>Sağlık Bakanlığı, “Türkiye’de Sağlık İnsangücü Planlaması” **Sağlıkta Strateji Dergisi**, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayın Organı, s:1, 1994, s.43.

TABLO: 2.6.

**Bazı Sağlık Personelinin Yıllara Göre Net Maaşı**  
**(ANKARA, 1983-1993)**

YILLAR	Uzman Hekim		Pratisyen Hekim		Eczacı		Ebe-Hem. S. Mem.	
	(4/1) MAAŞ	ARTIŞ %	(8/3) MAAŞ	ARTIŞ %	(8/1) MAAŞ	ARTIŞ %	(12/3) MAAŞ	ARTIŞ %
1983	69.233	-	42.971	-	29.542	-	24.487	-
1984	100.142	45	64.971	51	41.753	41	36.381	49
1985	147.532	47	92.090	42	62.469	50	51.822	42
1986	228.116	55	128.399	39	90.097	44	71.276	38
1987	305.930	34	195.496	52	144.923	61	110.311	55
1998	477.802	56	315.357	61	231.827	60	177.414	61
1989	1.326.693	178	862.240	173	600.246	159	454.247	156
1990	1.949.329	47	1.342.113	56	988.859	65	709.183	56
1991	3.444.900	77	2.413.900	80	1.811.800	83	1.303.200	84
1992	5.955.000	73	4.183.000	73	3.278.000	81	2.522.000	94
1993*	8.908.000	50	7.121.000	70	5.555.000	69	4.162.000	65

Kaynak: S.B.,Sağlık İstatistikleri 1993.

\* 15.10.1993 tarihi itibariyle

TABLO: 2.7.

**Bazı Sağlık Personelinin Yıllara Göre Net Maaşı**  
**(HAKKARİ, 1983-1993)**

YILLAR	Uzman Hekim		Pratisyen Hekim		Eczacı		Ebe-Hem. S. Mem.	
	(4/1) MAAŞ	ARTIŞ %	(8/3) MAAŞ	ARTIŞ %	(8/1) MAAŞ	ARTIŞ %	(12/3) MAAŞ	ARTIŞ %
1983	77.780	-	60.255	-	42.953	-	25.179	---
1984	126.150	62	98.768	64	49.644	16	40.384	60
1985	176.760	40	135.450	37	66.150	33	57.400	42
1986	271.600	54	176.100	30	93.960	42	81.800	43
1987	337.979	24	249.638	42	146.407	56	114.050	39
1988	601.900	78	419.190	68	256.095	75	194.865	71
1989	1.558.550	159	1.114.049	166	706.849	176	550.635	183
1990	2.420.913	55	1.762.692	58	1.199.879	70	896.401	63
1991	4.378.800	81	3.351.800	90	2.191.500	83	1.624.300	81
1992	7.300.000	67	5.529.000	65	3.917.000	79	3.069.000	89
1993 *	10.631.000	46	8.988.000	63	6.674.000	70	5.058.000	65

Kaynak: S.B.,Sağlık İstatistikleri 1993.

\* 15.10.1993 tarihi itibariyle

#### 4. SAĞLIK HİZMET BİRİMLERİ

Sağlık hizmetleri, birbirinden ayrı faaliyet gösteren muhtelif kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Hizmet kapasitesi açısından, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Milli Savunma Bakanlığı ve Üniversiteler hizmetin esas üreticileri olup, bunlara ilave olarak KİT, Belediyeler, Diğer Bakanlıklar, Dernekler, Yabancılar, Azınlıklar ve özel kesim az da olsa hizmet üretmektedirler.

1992 yılı itibariyle sağlık hizmeti veren kurumların sayısı 17.257 dir (Bkz. Tablo: 2.8.).

**TABLO: 2.8.**

#### **Sağlık Hizmeti Veren Kurumların Dağılımı (1992)**

Hastane	956
Sağlık Evi	11427
Sağlık Ocağı	3.829
Ana Çoc. Sağ. ve Aile Pl. Merkezi	234
Verem Savaş Dispanseri	255
Kamu Sağlığı Merkezi	28
Halk Sağlığı Laboratuvarı	84
SSK Dispanseri	141
SSK Sağlık İstasyonu	162
MEB Sağlık Eğitim Merkezi	84
Hızır Acil Merkezi	57

Kaynak: DPT

Günümüzde toplumlara çeşitli sağlık hizmetleri sunan hastaneler, en büyük sağlık hizmet birimidir. Tıp bilimindeki ve teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak hastaneler hızla değişmiş; önemleri gittikçe artmış ve devletlerin sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen sosyo-ekonomik kurumlar haline

gelmişlerdir<sup>24</sup>.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri; “Müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır<sup>25</sup>.

Türkiye’de 1993 yılı itibariyle toplam hastane sayısının % 65’i Sağlık Bakanlığı, % 10’u SSK, % 4’ü Milli Savunma Bakanlığı ve % 2’si ise Üniversiteler bünyesinde yer almaktadır. Olaya yatak sayısı olarak baktığımızda; toplam yatak sayısının % 52.2’si Sağlık Bakanlığına, % 16.0’ı SSK’ya, % 12.8’i Üniversitelere ve % 11.0’ı Milli Savunma Bakanlığına aittir (Bkz. Tablo: 2.9.)

**TABLO: 2.9.**

**Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları  
(1 Aralık 1993)**

KURUMU	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Yatak % Dağılımı
TOPLAM	994	145.016	100
Sağlık Bakanlığı	653	75.738	52.2
Milli Savunma Bak.	42	15.900	11.0
SSK	105	23.186	16.0
Üniversite	26	18.498	12.8
Diğer Bakanlıklar	2	680	0.5
Belediyeler	5	1.160	0.8
İktisadi Devlet Teş.	13	2.197	1.5
Dernek	11	771	0.5
Yabancı	6	560	0.4
Azınlık	5	934	0.6
Özel	126	5.392	3.7

Kaynak: S.B.,Sağlık İstatistikleri 1993.

<sup>24</sup>Münevver MENDERES, Yusuf ÇELİK, “Hastanelerde Malzeme Yönetiminin Önemi” **Verimlilik Dergisi**, MPM Yayını, Cilt: 23, s: 1, 1984, s.43.

<sup>25</sup>Serpil ÇORUM, **Hastanelerde Tıbbi Teknolojik Verimliliği Etkileyen Faktörlerin Analizi (Radyoloji Cihazlar Örneği)**, Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniv., Sos. Bil. Ens., Eskişehir, 1990, s.25.

Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarının %41'i; Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarının %30'u üç büyük il'de toplanmıştır. (Bkz. Tablo: 2.10.)

**TABLO: 2.10.**

**Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının İllere ve Bölgelere Göre Dağılımı (1 Aralık 1993)**

İLLER/BÖLGELER	TOPLAM			SAĞLIK BAKANLIĞI			DİĞER		
	KURUM YATAK	%		KURUM YATAK	%		KURUM YATAK	%	
TOPLAM	952	129.1	100	653	75.74	59	299	53.378	41
3Büyük İl Toplamı (Ankara, İstanbul, İzmir)	198	52.46	41	76	22.44	30	122	30.014	56
I.Önc. İller Top. (23 İl)	132	10.65	8	117	7.820	10	15	2.834	5
II.Önc. İller Top. (12 İl)	146	14.66	11	115	10.390	14	31	4.274	8
I.+II. Önc.İller Toplamı	278	25.32	20	232	18.210	24	46	7.108	13
Diğer İller Top. (38 il)	476	51.34	40	345	35.09	46	131	16.256	30

Kaynak: S.B. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 1993.

Not: MSB'na ait 42 kurum, 15900 yatak hariçtir. Bu sayıların dahil edilmesi halinde kurum 994, yatak 145016'dır.

#### 4.1. Hastanelerde Verimlilik

Günümüzde sağlık ekonomistleri, tıbbi yönetim uzmanları gibi araştırmacıların ortaya koydukları çok önemli bulgu şöyledir: Yataklı tedavi kurumları için verimlilik, YİO (Yatak işgal oranı, yüzde olarak) ile doğru orantılı, OKS (bir hastanın hastanede ortalama kalış süresi, gün olarak) ile de ters orantılıdır. Başka bir ifadeyle; hastanelerde YİO'nun artırılmasıyla ve/veya OKS'nin azaltılmasıyla verimde artış sağlanabilecektir. Görülüyorki, YİO'nun azalması ve OKS'nin artması yataklı tedavi kurumlarında verimsizliği beraberinde getirecektir<sup>26</sup>.

<sup>26</sup>Sencer Ozan TOKER, "Yataklı Tedavi Kurumlarında Verimliliğin Sağlanması Açısından İhmal Edilmemesi Gereken İki Önemli Faktör" **Toplum ve Hekim Dergisi**, TTB, s: 56, Ağustos 1993, s.6.

Türkiye’de tüm yataklı tedavi kurumlarının yıllık bazda YİO değerlerinin ortalaması (yani tüm Türkiye’nin YİO’nı), % 50-60 arasında değişmektedir. Bu değer diğer birçok ülkeye göre oldukça azdır. Kanada da % 100’den fazla, Japonya’da % 90’lara yakın, İsrail’de % 90’dan fazla, Yunanistan’da % 70’lerde YİO’larına rastlanırken, Türkiye’de 1990’daki YİO % 56.9 dur (Bkz. Tablo: 2.11.).

Ortalama kalış süresi açısından ise Türkiye’deki değerler daha olumlu bir tablo çizmektedirler. OKS Kanada’da 18 gün civarında, İsrail’de 7.13 gün, Yunanistan’da 13-14 gün civarında iken, Türkiye’de 1990 yılında 6.9 gün olarak tesbit edilmiştir<sup>27</sup>.

Türkiye’de hastanelerin verimli ve etkin olamamalarında çeşitli etmenlerin rolü bulunmaktadır. Bunun içinde, bölgesel hastane planlarının olmayışı, uzun vadeli sağlık personeli planlarının hazırlanmayışı, hastane hizmetlerinde çalışan personelin temel ve hizmet-içi eğitimlerindeki problemler yine bu personele verilen ücretlerin yetersiz ve kendi içinde dengesiz oluşu, kamu kesimine ait hastanelerin mülkiyetlerinin, dolayısıyla yönetimlerinin farklı kurum ve kuruluşlarda olması, kısmen buna bağlı olan yönetim-organizasyon sorunları ve nihayet toplumsal eğitim düzeyinin ve kültürel yapının “kurumlaşma süreci” üzerindeki olumsuz etkileri belirtilebilir<sup>28</sup>.

<sup>27</sup>OKS= Yatılan Gün Sayısı / Yatan Hasta Sayısı formülünden hesaplanmıştır.

<sup>28</sup>Hikmet SEÇİM, “Çeşitli Ülkelerde Hastane Organizasyonu ve Türkiye’de Hastane Organizasyonunun Temel Sorunları” **Anadolu Üniv. İİBF Dergisi**, Cilt: III, s: 2, Anadolu Üniv. Basımevi, Eskişehir, 1985, s.73-74.

**TABLO: 2.11.**  
**Seçilmiş Ülkelerde Nüfus, Hastane ve Hasta Hareketleri**

ÜLKELER	YIL	NÜFUS (BİN)	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	10.000 Nüf. Düşen Yatak Say.	Yatan Hasta Say.	10.000 Nüf. Hastaneye Yatan	Yatılan Gün Sayısı	Yatak İşgal Oranı (%)
Kanada	1978	23.490	1.226	182.791	77.8	3.938.532	1676.7	73.639.940	110.4
Japonya	1981	117.65	9.224	1.362.161	115.8	7.276.766	618.5	408.633.489	82.2
İsrail	1981	3.954	52	13.221	33.4	619.833	1567.6	4.421.353	91.6
Yunanistan	1981	9.707	688	59.914	61.7	1.144.473	1179.0	15.087.254	69.0
Türkiye	1989	55.541	854	131.961	23.8	3.107.448	559.4	21.163.834	56.1
Türkiye	1990	56.169	899	136.638	24.0	3.186.336	559.3	21.944.970	56.9
Türkiye	1991	57.712	941	139.606	24.2	1.135.505	543.3	21.503.897	53.8
Türkiye	1992	58.584	970	142.511	24.3	3.378.324	576.6	23.346.757	57.5

Kaynak: S.B., Yatılı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1992, s: 81-83'den tarafımdan derlenmiştir.



#### 4.2. Sağlık Bakanlığı Hastane ve Sağlık Ocağı Gelişimi

Yaygın sağlık hizmeti sunumuyla ilgili en önemli rolü Sağlık Bakanlığı üstlenmektedir. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri 1985 yılında sayı olarak 481 iken yaklaşık % 70'lik bir artışla günümüzde 653'e; yatak sayısı 1985 yılında 62.603 iken % 80'lik bir artışla günümüzde 75.738'e ulaşmıştır (Bkz. Tablo: 2.12.).

**TABLO: 2.12.**

#### Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Gelişimi

	1985	1990	1992	(Aralık) 1993
HASTANE				
TOPLAM	481	591	634	653
İL	145	163	175	178
İLÇE	336	428	459	475
YATAK				
TOPLAM	62.603	71.258	74.078	75.738
İL	46.518	50.533	51.863	52.528
İLÇE	16.085	20.725	22.215	23.210

Kaynak: S.B., Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1993.

Bakanlık yataklı tedavi kurumlarının % 65.4'ünü genel hastaneler, % 8.0'ını ruh ve ruh hastalıkları hastaneleri, % 7.9'unu göğüs hastalıkları hastaneleri oluşturmaktadır. % 0.05 ile diş hastaneleri en düşük düzeyde yer almaktadır (Bkz. Tablo: 2.13.).

**TABLO: 2.13.**

**Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumlarının Dallara Dağılımı  
(1 Aralık 1993)**

DALLAR	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Yatak %'de Dağılımı
TOPLAM	653	75.738	100
Genel Hastane	415	49.531	65.4
Sağlık Merkezi	152	2.180	2.9
Doğum ve Çocuk Bakımevi	34	5.615	7.4
Göğüs Hastalıkları Hast.	20	5.985	7.9
Göğ. Kalp ve Damar Cer. Mrk.	5	1.667	2.2
Ruh Sağ.ve Hast.Hastanesi	5	6.040	8.0
Kemik Hast. Hastanesi	3	1.450	1.9
Çocuk Hastalıkları Hast.	6	1.095	1.4
Fizik Ted. ve Rehab. Hast.	4	700	0.9
Onkoloji Hastanesi	2	800	1.1
Zührevi Hastalıklar Hast.	1	70	0.1
Lepre Hastanesi	2	315	0.4
Acil Yardım ve Trav. Hast.	1	250	0.3
Diş Hastanesi	3	40	0.05

Not: Göğ. Kalp ve Dam. Cerb Mrk.leri; Türkiye yük. iht. Hst., Bursa Yük. İht. Hst.,İst. Dr. S. Ersek Göğ. Kalp ve Dam. Cer. Mrk., Koşuyolu Kalp ve Araştırma Hst. ve Van Yük. İhs. Hastanelerini kapsar.

Mevcut sağlık ocakları nüfusun tamamını kapsıyor gibi görünüyorsa da, kırsal bölgede araç, gereç ve personel yetersizlikleri, kentsel ve özellikle metropol bölgelerde ise sayı ve nitelikçe yetersizlikler nedeniyle hizmet açığı ortaya çıkmaktadır. Bu eksiklikleri giderilmiş olan kır ve kent sağlık ocakları ise halk tarafından kullanılmakta ve başarılı hizmetler vermektedir.

Tablo: 2.14. ve Tablo: 2.15 incelendiğinde 1993 yılı Ekim ayı itibariyle Türkiye'de 11.621 sağlık evi, 4.138 sağlık ocağı mevcuttur. Sağlık ocaklarının 519'u üç büyük il'de, 1.357'si I ve II. öncelikli

il'lerde, 2.606'sı ise geriye kalan diğer il'lerde hizmet vermektedir.

**TABLO: 2.14.**

**Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Sağlık Evi Sayıları**

Yıllar	Sosy. İl Sayısı	Eğitim Bölgesi Sayısı	Sağlık Ocağı Sayısı	Sağlık Evi Sayısı
1963	1	0	19	37
1965	12	1	416	970
1070	25	3	851	2.231
1975	26	4	995	3.243
1976	32	4	1.128	4.214
1977	36	5	1.395	5.309
1978	40	5	1.467	5.776
1979	44	8	1.467	5.776
1980	45	12	1.467	5.776
1981	45	16	1.890	6.262
1982	47	18	1.967	6.749
1983	62	18	2.525	7.055
1984	67	18	2.793	8.086
1985	67	18	2.887	8.464
1986	67	18	3.019	9.040
1987	67	18	3.084	10.045
1988	67	18	3.170	10.531
1989	71	17	3.304	10.731
1990	73	17	3.454	11.075
1991	74	17	3.672	11.262
1992	76	17	3.901	11.490
1993(*)	76	17	4.138	11.621

Kaynak: S.B., Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1993.

\* Ekim Ayı İtibariyledir.

**TABLO: 2.15.****Sağlık Ocaklarının Bölgelere Dağılımı (Ekim 1993)**

BÖLGELER	PLANLANAN	MEVCUT	Gerçekleşme Yüzdesi
TOPLAM	4.651	4.138	88.97
3 Büyük İl	519	421	81.12
I. Önc. İller	632	533	84.34
II. Önc. İller	894	824	92.17
I+II. Önc. İller	1.526	1.357	88.93
Diğer İller	2.606	2.360	90.56

Kaynak: S.B., Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1993.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin en temel unsuru olan sevk sistemine işlerlik kazandırılmamıştır. Bu nedenle, bir tedavinin sağlık ocaklarında yapılması gerekirken 2'nci ve 3'ncü basamaklarda (muayene ve hastaneler) yığılma olmuştur. diğer taraftan 2'nci basamak kuruluşunun 1'nci basamağa yapması gereken eğitim ve destek hizmetleri gerçekleştirilememiştir<sup>29</sup>.

#### **4.3. Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesisleri Gelişimi**

Türkiye'de ikinci en büyük yataklı sağlık tesislerine sahip olan SSK günümüzde 427 sağlık tesisi ve 28.157 yatak sayısı ile hizmet vermektedir. Aşağıdaki Tablo'da SSK'nın 1991-1992 ve 1993 yıllarına ait sağlık tesisleri dağılımları verilmiştir.

<sup>29</sup>"Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu Raporu" Toplum ve Hekim Dergisi, TTB Yayın Organı, s:50, Mayıs 1992, s.8.

**TABLO: 2.16.****SSK Sağlık Tesisleri Gelişimi**

Sağlık Tesisleri	1991		1992		1993	
	Sayı	Yat. Say.	Sayı	Yat. Say.	Sayı	Yat. Say.
Hastane	86	20.497	89	20.965	93	23.220
Doğumevi	6	1.823	6	1.823	7	1.907
Sanatoryum	3	1.912	3	1.912	3	2.337
Mesleki Hast. Has.	3	330	3	260	2	83
Ruh Sağ. ve Hast. Ha	2	450	2	490	2	490
Fizik Tedavi Merk.	2	120	2	120	2	120
Dispanser	128	-	134	-	138	-
Sağlık İstasyonu	160	-	164	-	172	-
Diş Ted. ve Protez M.	8	-	8	-	8	-
TOPLAM	401	25.253	413	25.570	427	28.157

Kaynak: Veriler SSK'nın ilgili yıllara ait Faaliyet Raporlarından derlenmiştir.

**5. SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME**

Benzer ekonomik ve sosyal statüya sahip olan ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiyenin sağlık durumu tatminkar değildir. Başarısızlıklara rol oynayan faktörler politika üretmede, organizasyonda, yönetimde, planlamada, kaynaklarda, personelde ve altyapıda zayıflıktır<sup>30</sup>.

Bu sebebiyetlerden ötürü çözüm önerisi olarak sağlıkta özelleştirme Türk Sağlık Sektörünün gündemini oluşturmaktadır.

Türkiye'de 1980 sonrası kamu sağlık harcamalarının ve yatırımlarının iyice kısıldığı, özel sağlık kuruluşlarının teşvik edildiği, kamu sağlık hizmetlerinin aşama aşama özelleştirildiği, kamuda çalışan sağlık personelinin özelde çalışmaya itildiği bir dönem

<sup>30</sup>Swede Health, Sopha Conceil Sante, **Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılandırılması ve Yönetiminin Geliştirilmesi**, Nihai Rapor, Mart 1994, s.6.

yaşandı.

Sağlıkta özelleştirme; görüntü olarak özel hastanelerin yaygınlaşması, özel sağlık kuruluşlarının genişlemesi şeklinde bir profil sergilese de, öz olarak bir hizmet alanının alabildiğince kar amaçlı kılınması, ticarileşmesidir. Toplumun sosyal güvenlik şemsiyesinin daraltılmasıdır<sup>31</sup>.

Özel hastaneler ile kamusal hizmet veren hastaneler, diğer ülkelerin deneyimleri ışığında kıyaslandığında bazı noktalar ortaya çıkmaktadır.

1) Kamu sağlık kuruluşları, kar güdüsü olmaksızın değişik alanlarda, ödeme gücüne bakmaksızın tüm vatandaşlara hizmet verirken; özel sağlık kuruluşları sadece karlı buldukları alanlarda ve ödeme gücü olan kesimlere hizmet verirler.

2) Kamu sağlık kuruluşları, genellikle nüfusa orantılı yerleşimi benimserken, özel sağlık kuruluşları pazarın karlı bölgelerini tercih etmektedirler. Özel hastane şirketleri gerek kendi ülkelerinde gerekse yatırım yaptıkları ülkelerde vergi kolaylığı, gelir düzeyi yüksekliği, hükümet desteği, gümrük muafiyeti vb. gibi kriterleri temel almışlardır.

3) Özel sağlık kuruluşlarının, kamu sağlık kuruluşlarından daha verimli olacağı özelleştirmelerin en temel noktası olmuşken, yaşanan deneyimler bunun hiç de böyle olmadığını göstermiştir. Özellikle yönetim maliyetlerinin daha yüksek oluşu ve kar amacı, özel kuruluşların daha pahalı hizmet vermesi sonucunu doğurmuştur. Hizmetin nispeten ucuz olduğu durumlarda ise, özel sağlık kuruluşlarının ya daha düşük kaliteli hizmet sundukları ya da daha

<sup>31</sup>Ata SOYER, "Sağlıkta Özelleştirme" **Toplum ve Hekim Dergisi**, s:57, Ekim 1993, s.65.

az kapsamlı hizmet sundukları gerçeği söz konusu olmuştur. Yapılan bazı çalışmalar özel hastanelerin %15-20 daha fazla maliyetle çalıştığını göstermiştir.

4) Yine özelleştirme konusunda en çok öne sürülen kavramlardan biri, rekabet'tir. Oysa, giderek tekelleşen ve yoğunlaşan bu sektörde, rekabet oldukça sınırlıdır. Özel şirketler, bu durumda genellikle "uzmanlaşmış hastaneler" uygulamasına yönelmektedirler. Kamu kuruluşlarının tüm hastalara bakacak, asgari sayıda klinikleri barındırması söz konusuysen; "uzmanlaşmış hastaneler" örneğinin sadece parkinson, el cerrahisi, fizik tedavi, radyoloji vb. gibi alanlarda hizmet vermek suretiyle kendi alanında tekel haline gelir ve böylece alanın en vasıflı personelini istihdam edebilme ve istediği fiyatı belirleyebilme olanağını ele geçirir.

5) Özel sağlık kurumlarının daha vasıflı personel çalıştırdığı ve çalışan personele iyi ücret olanağı tanıdığı, özel sağlık kurumlarının çalışkan-vasıflı sağlık personeli için daha yaşanabilir standartlara sahip olduğu bir başka iddiadır. Oysa, değerlendirirken deneyimler oldukça farklı sonuçlar vermektedir. Herşeyden önce, özel sağlık kuruluşlarında personel hareketliliği çok fazladır ve bu durum, hizmetin sürekliliği ve kalitesini olumsuz etkilemektedir. Özel hastanelerde sağlık personeline daha fazla ücret verilmesi, genellikle doğru olmakla birlikte, kişi başına iş hacmi kamuya kıyasla daha fazladır. Bunun anlamı, "daha az kişiyle daha çok iş" pahasına fazla ücrettir. Ayrıca, fazla ücret genellikle sınırlı sayıda uzmana ödenme eğilimindedir, tüm personel için geçerli değildir.

6) Özel sağlık kuruluşları, eğitim ve araştırmayla ancak karlı bulduğu ölçüde ve bazende prestij getirici işlevi nedeniyle ilgilenmektedirler. Eğitim ve araştırma için geçen sürenin, hizmet süresinden kayıp olarak algılanması genel bir eğilimdir. Buna kaşılık,

özel sağlık kuruluşlarının ortak olduğu teknoloji şirketlerinin ve büyük sermaye gruplarının, kendi ürünlerinin denendiği laboratuvarlar olarak gördüğü tıp fakülteleri ve eğitim hastanelerine ilgileri giderek artmaktadır. Ayrıca, kamu fonlarına dayanan üniversitelerin pahalı bulduğu bazı çalışmaları üstlenerek, "prestij" elde etmek girişimleri de görülmektedir.

7) Hastalar açısından daha kaliteli hizmet anlamına geldiği ileri sürülen özel hastanelerin, maliyetleri düşürüp, karları arttırmak durumuyla karşı karşıya geldiklerinde, bazı hizmetleri kestikleri, daha kalitesiz hizmet sundukları görülmüştür.

17.3.1994 tarih ve 2983 sayılı Tasarrufların Teşviki ve Kamu Yatırımlarının Hızlandırılması Hakkında Kanun, "Kapsam" başlıklı 2. maddesinde Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait hernevi altyapı tesisini içine almakta ve "Tarifler" başlıklı 3. maddesinde, Altyapı Tesisleri, Tesis, Müessese, İşletme ve Bağlı Ortaklık kavramlarını tanımlamaktadır.

Tanımlar doğrultusunda Devlet Hastanelerinin ya da 3359 sayılı yasaya dayanarak Sağlık İşletmesine dönüştürülecek Hastanelerin, İktisadi Devlet Teşekkülü ya da Kamu İktisadi Kuruluşu ya da bu kuruluşlara ait müessese yada işletme olarak kabul edilmedikleri sürece ya da bu kanun kapsamına dahil edilmedikçe, bu kanun kapsamında değerlendirilemeyecekleri düşünülmektedir.

Kamu İktisadi Teşebbüslerinin özelleştirilmesi ile ilgili hükümler; 3.6.1988 tarih ve 3291 sayılı kanun: Kanunun beşinci bölümü özelleştirme ile ilgili hükümler içermektedir. Kanunun 13. maddesi; Kamu İktisadi Teşekkülleri'nin özelleştirilmesi yetkisini Bakanlar Kurulu'na, müessese, işletme ve işletme birimlerini özelleştirme yetkisini ise Toplu Konut ve Kamu Ortaklığı Kurulu'na vermektedir.



Bu maddede özelleştirme Kamu İktisadi Teşekkülleri ile sınırlandırılmıştır. Devlet Hastaneleri veya Sağlık İşletmeleri bu sınırlandırmanın dışında kalmaktadır.

Bu nedenlerle Devlet Hastanelerinin ya da Sağlık İşletmelerinin özelleştirilmesi mevcut mevzuatla mümkün görülmemekte ve bir mevzuat düzenlemesine ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Özelleştirme programının amaçları sağlık hizmetleri açısından incelendiğinde temel amaç; "Devletin ekonomideki sınai ve ticari aktivitesinin en aza indirilmesi, rekabete dayalı piyasa ekonomisinin oluşturulması, devlet bütçesi üzerindeki finansman yükünün azaltılması, sermaye piyasasının geliştirilmesi ve atıl tasarrufların ekonomiye kazandırılması, bu yolla elde edilecek kaynakların altyapı yatırımlarına kanalize edilmesi"nden daha önemli olarak, sağlık hizmetlerinde kalite ve verimli hizmet sunumunu sağlamak olmalıdır. Devlet bütçesi üzerindeki finansman yükünün azaltılması daha kaliteli ve verimli sağlık hizmet sunumunun bir çıktısı olmalıdır<sup>32</sup>.

Temel amaç kaynak yaratmaktan ziyade, kalite ve verimliliğe ulaşmak olduğuna göre ve sağlık sektöründeki özelleştirmeler ile kamu finansman açığını kapatacak yeterlilikte kaynak yaratılamayacağı da düşünülürse, değişik yöntemler tartışılabilir.

Özelleştirme: Hastanelerin mülkiyetlerinin özel ve tüzel kişilere devri ile kamu mülkiyetinden çıkarılmaları ve özel hastane statüsü edinmeleridir.

Olumlu Yönleri: Rekabet ortamında daha kaliteli ve verimli hizmet sunma eğilimi, yönetimde süratli manevra, kabiliyetli ve esnek karar alma yapısı, artan karlılık nedeniyle makro ekonomik açıdan

<sup>32</sup>AZIZ ÜSTÜNEL, **Devlet Hastanelerinde Özelleştirme**, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 16 Mart 1994, s.1-6.

GSMH üzerindeki olumlu etkisi, artan verimlilik ve atıl kalmış kaynakların (geçmiş yıllarda yapılan cari giderlerin) yatırımlara dönüştürülmesiyle büyüme hızının artması.

Olumsuz Yönleri: Tüm nüfusu kapsamına alan bir sağlık güvencesi sisteminin olmadığı bir ortamda gerçek maliyetleri yansıtan fiyat politikaları nedeniyle ulaşılabilirliğin azalması, hizmet standartlarının tanımlanmadığı bir ortamda özel hastaneler üzerinde yeterli denetim imkanının olmaması karlılık için kaliteden ödün verilebilme ihtimali, maliyetlerin kontrolünün zorlaşması (cost containment).

Yönetim sözleşmesi: Bu model Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da uygulanmakta ve hastane yönetimi bir sözleşme ile bir yönetim danışmanlık firmasına süre ve koşullar belirlenerek devredilmektedir. Mülkiyet hastanede kalmakta, personel hastane tüzel kişiliğine ait olmakta ve yönetim danışmanlık firması hastane yönetim kurulunun veya hastanenin bağlı olduğu organizasyonun politikaları doğrultusunda günlük yönetim ve otorite ve sorumluluğuna sahip olmaktadır<sup>33</sup>.

Genel bilgiler ışığında sağlık sektörü, aynı zamanda önemli bir işgücü barındıran büyük bir iş koludur. Var olan iş olanaklarının daraltılması ve personelin daha rekabetçi koşullarda çalışmaya zorlanması demek olan özelleştirme girişimlerine karşı, kamu sağlık kuruluşlarının elden çıkarılmasına karşı çıkmanın yanısıra, yeni iş olanakları demek olan yeni sağlık kuruluşları yapılmasını savunmak gerekir. Kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinin bir toplumsal kazanım olduğunu, sağlık hizmetinin toplumsal ücretin bir bileşeni olduğu anlayışına sahip olmalıdır. Bu çerçevede, toplumsal kazanımların korunması, toplumsal ücretlerin arttırılması talebi öne

<sup>33</sup>Azız ÜSTÜNEL,s.4-6.

çıkarılmalıdır. Bunun anlamı kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinin niteliğinin arttırılarak genişletilmesidir<sup>34</sup>.

Tüm bu bilgiler ışığında; özelleştirme sağlık sektörü için can simidi olarak görülmemelidir. Çünkü, sağlık hizmeti ve bu hizmetin büyük bir bölümünü üreten hastanelerin diğer sektör ve işletmelerden farklılıkları bulunmaktadır. Sağlık hizmeti üretiminin ekonomik ve sosyal yönünün yanında, psikolojik ve ahlaki yönüde vardır.

Kaynak tasarufu, maliyet muhasebesi, verimlilik vb endişelerle gündeme gelen sağlık kurumlarının özelleştirmesinin temelinde, serbest piyasa ekonomisinin rekabetçi anlayışı yatmaktadır. Bunun ise sağlıkta eşitsizlikleri derinleştireceği ileri sürülmektedir. Aynı şekilde "rekabet" vb türünden ilkeler sağlık alanında uygulandıklarında "sağlık" ında bir meta gibi algılanması sonucunu doğurur ki<sup>35</sup> bu ne ahlak ne de Sosyal Devlet İlkeleri açısından açıklanamaz bir durumdur. Ancak, buradan rekabet olgusunun sağlık sektöründe hiç olamayacağı sonucu çıkarılmamalıdır. Bilakis esas amaç olan, sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde yararlanmasının temininde, devlet ve özel sektör birlikte faaliyet göstereceklerdir. Ancak burada hizmetlerin; eşit, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırılması temel ilke olmalıdır<sup>36</sup>.

Türkiye'de sağlık hizmetlerin özelleştirilmesiyle, devletin tamamiyle bu sektörden elini eteğini çekeceği veya çekmesi gerektiği kanısı hakimdir. Sağlık gibi sosyal hizmet alanına giren konularda, özelleştirme farklı bir uygulama gerektirir; çünkü burada devletin rolü

<sup>34</sup>SOYER, s.65-68.

<sup>35</sup>TTB, **Sağlıkta Gündem: Herkese Eşit Fırsat mı ? Serbest Piyasa Egemenliği mi ?**, TTB Merkez Konseyi, Ankara, 1992, s.34.

<sup>36</sup>Azım ÖZTÜRK, "Sağlık Sektöründe Özelleştirme: Devlet Hastaneleri Açısından Bir Değerlendirme" **Verimlilik dergisi**, MPM Yayını, s: 1993/3, s.54-56.

çok daha geniş kapsamlıdır.

Uygulamada, özelleştirmenin sağlık sektöründe en fazla uygulamaya konduğu alan hizmetlerin teminidir. Genellikle devletin hizmet teminine devam etmesi, ancak hizmetler için doğrudan memurlara ödeme yapmak yerine, bu hizmetleri özel bir kuruluştan satın alması şeklinde tezahür eder. Böylece örneğin, bir hastanenin temizlenmesi işi, hastanenin çalıştırdığı işçiler ya da hastaneyle özel bir kontrat yapan bir kuruluş tarafından yürütülebilir. Temizlik, motorlu araçlar, yiyecek vb içinde aynı düzenlemeler yapılabilir. Öyleyse bu tür özelleştirme devletin sosyal sorumluluğunu azaltmaz- bu sorumluluğu yerine getirmek için daha fazla olanak sağlar<sup>37</sup>.

## 6. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE SORUNLAR

Son yirmi yıl içinde Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde olumlu gelişmeler olmasına rağmen, toplumun genel sağlık düzeyi, ülkenin ekonomik gelişmesine uymayacak derecede düşüktür. Esasen toplumun sağlık düzeyinin değerlendirici göstergeleri gerçek bir değerlendirmeyi yapmaya yetersizdir.

Türkiye'nin demografik (nüfus) karakteristikleri üç ana noktada toplanabilir<sup>38</sup>:

- 1) Türkiye, nüfusu hızla artan bir ülkedir,
- 2) Nüfus artışı kentlerde olmakta ve projeksiyonlar gelecek otuz yıl içinde kırsal nüfusun sabit kalacağını göstermektedir.
- 3) Nüfusun bugünkü yapısı genç olmasına rağmen (0-14 yaş grubu kesim toplam nüfusun % 35'ini, 65 yaş üstü ise % 4'ünü oluşturmaktadır) gelecek 30 yılda nüfus yaşlanmaya başlayacaktır.

<sup>37</sup>MASTERPLAN, s.377.

<sup>38</sup>Serdar SAVAŞ, "Sağlık Reformu" **Görüş Dergisi**, Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği Yayın Organı, s:8, Mart 1993, s.70.

2025 yılına gelindiğinde nüfusun % 22'si 14 yaş altı, % 10'u ise 65 yaş üstü gruplardan oluşacaktır.

Nüfus yapısı itibariyle Türkiye sağlık sorunlarına acil çözüm önerileri beklemektedir.

### 6.1. Hastaneler

Türkiye'de sağlık hizmeti, üretim sistemlerinin en büyük alt sistemleri olan devlet hastanelerindeki sorunların etkilerine ve uzantılarına ayrıntılı olarak incelersek;

Yönetim: Yapılan bir araştırmada; başhekimlere “bir uzman hekimin hastane işletmelerinin en üst yönetim birimi olan başhekimlik görevine getirilmesinin, o hekime çeşitli bakımlardan nasıl etkilendiği” sorulduğunda başhekimler % 70.5 oranında, “mesleki yönden olumsuz etkilendiklerini ve bütün gün meslekle ilgisiz işlerle uğraştıkları” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. Burada iki önemli nokta dikkat çekmektedir. Birincisi, Türkiye'de yetiştirilmesi maliyeti çok yüksek ve sayıca yetersiz olan hekimlerin, uzmanlık alanları dışında istihdam edilerek, kaynak israfına neden olunması, ikincisi ise, hastanedeki beşeri ve maddi kaynakların planlanması, organizasyonu, koordinasyonu ve denetimi gibi, profesyonelce icra edilmesi gereken faaliyetlerin gereğince yerine getirilmemesidir<sup>39</sup>.

ABD, İngiltere, Almanya ve Fransa gibi gelişmiş ülkelere baktığımızda, hastanelerin çağdaş yönetim anlayışı çerçevesinde bir ekip anlayışı ile ve profesyonelce yönetildiği görülmektedir<sup>40</sup>.

<sup>39</sup>ÖZTÜRK, s.45-46.

<sup>40</sup>Hikmet SEÇİM, **Hastane Yönetim ve Organizasyonu-Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi**, Anadolu Üniv. Yayın No: 130, AÖF Yayın No: 53, Eskişehir, 1985, s.33-51.

Türkiye’de özellikle son yıllarda profesyonel sağlık yöneticiliği konusuna, kalkınma planı ve hükümet programlarında yer verilmesi sevindirici gelişmeler sayılabilir<sup>41</sup>.

İnsangücü: Hastane işletmelerinin en önemli üretim unsuru insangücüdür<sup>42</sup>. Hastanelerde, işgücü verimliliğini maksimum yapacak değişkenlerin en önemlileri personel sayısı ve personelin niteliğidir. Türkiye’de hastanelerin ihtiyacı olan insangücü unsurunda nitelik yönünden büyük eksiklikler vardır<sup>43</sup>. Bunun yanında, nicelik yönünden de kadrolaşmanın objektif yöntemlere göre yapılmadığından söz edilmektedir. Kadro dağıtımında yatak sayısı yerine iş yükünün esas alınması daha objektif olacaktır. Hiç şüphesiz, yatak sayısı az ve insanların daha yoğun yaşadığı bir bölgedeki hastanenin iş yükü, yatak sayısı fazla ancak insanların daha az yoğun yaşadığı bölgedeki hastanenin iş yükünden daha fazladır<sup>44</sup>. Dolayısıyla Türkiye’de akılcı bir insangücü planlaması yoktur<sup>45</sup> ve doğal olarak sağlık hizmeti sunan personelin niceliği ile elde edilen performans arasında rasyonel bir ilişki bulunmamaktadır.

Sermaye: Sermaye, hastanelerde hizmet üretiminin sağlanması için önemli bir unsur olarak karşımıza çıkan insangücünün sağlanması; teşhis, tedavi, hasta bakım hizmetlerinin verilmesi için gerekli araç-

<sup>41</sup>DPT, **VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994**, DPT Yayın No: 2174, Ankara, s.289-291.Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı**, Ankara, Mayıs 1992, s.44.

<sup>42</sup>Zafer ÖZTEK, “Temel Sağlık Hizmetleri ve Türkiye” **Toplum ve Hekim Dergisi**, TTB Yayın Organı, s: 38, Odak Ofset, Ankara, 1985, s.12.

<sup>43</sup>Bilal AK, **Hastane Yöneticiliği**, Hacettepe Üniv. Sağlık İdaresi YO, Özkan Matbaacılık AŞ, Ankara, 1990, s.79.

<sup>44</sup>Hikmet SEÇİM, “Hastanelerde Verimliliği Artırma Yöntemleri” **Verimlilik Dergisi**, Cilt: 17, s: 1, Ankara, 1988, s.8.

<sup>45</sup>Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı**, s.45.

gereç ve malzemenin edinilmesi; fiziki koşulların meydana getirilmesi vb için araç niteliğindeki kaynaklardır. Hastane yönetiminde sermayenin miktarı, diğer üretim unsurlarının sağlanması için önemli ve yapılacak sağlıkla ilgili planların kapsamının tesbitinde etken bir unsur olmaktadır<sup>46</sup>. Hastane hizmetleri bir bütün olarak düşünüldüğünde, hizmetlerin verimli bir şekilde sürdürülmesinde sermayenin niceliği ve yönetiminin önemi daha da ortaya çıkmaktadır.

Tıbbi Cihaz ve Malzeme: Hastanelerde hizmetlerin, günümüz çağdaş şartlarına ulaşabilmesi ve gelişen teknolojiye faydalanabilmesi için çok değişik özelliği olan çeşitli tıbbi cihazların kullanılması gerekmektedir<sup>47</sup>.

Ancak bugün Türkiye'deki hastanelerde uygun teknolojinin kullanılmadığı ve mevcut tıbbi cihazların da, koruyucu bakım ve kalibrasyonları yapılmadığından verimli kullanılamamaktadır. Ayrıca, onarım ihtiyacı olan cihazların, mevcudun % 25'i olduğu tahmin edilmektedir<sup>48</sup>.

Hukuki Düzenlemeler: Sağlık hizmetlerinin üretimine ilişkin hukuki düzenlemeler, hizmetlerin verimliliğini çeşitli şekillerde etkileyen önemli bir faktördür. Bugün devlet hastanelerinde kaynakların, verimli, kaliteli, sürekli ve ekonomik şekilde sürdürülebilecek bir anlayışta yürütülemediği Sağlık Bakanlığının ilgili yayınlarında da vurgulanmaktadır. Bunun en önemli nedeni ise, devlet hastanelerinin iç organizasyonuna esas teşkil eden "yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği" nde, hastane içinde faaliyetlerin sistematik ve fonksiyonel olmayan bir biçimde gruplandırılmış olmasıdır<sup>49</sup>. Yapılan araştırmalarda da başhekimler Yasa'da tanınan yetkilerinin açık olmadığını belirtmişlerdir<sup>50</sup>.

<sup>46</sup>AK, s.79.

<sup>47</sup>Sağlık Bakanlığı, **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı**, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 539, Ankara, 1991, s.18.

<sup>48</sup>Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı**, s.10.

<sup>49</sup>SEÇİM, s.240.

Fiziki Tesisler: Türkiye’de sağlıkla ilgili binaların yapılmasında Bayındırlık ve İskan Bakanlığınca hazırlanmakta ve ihaleleri birim fiyat esasına göre Devlet İhale Komisyonu çerçevesinde yapılmaktadır. Bina hedefleri sadece kantitatif gerçekleşme oranlarına dayanmakta, hizmete uygunluk anlamında kalitatif gerçekleşme dikkate alınmamaktadır. Sağlık mimarisine yönelik stratejik ve taktik kararlar alacak planlayıcıdan kullanıcıya kadar olan grupları içeren bir organizasyon bulunmamaktadır<sup>51</sup>.

## 6.2. Diğer Sorunlar

-Türkiye’de sağlık düzeyleri ve sağlık hizmetlerinin sunumu bakımından coğrafi bölgeler ve çeşitli gruplar arasında farklılıklar vardır. Toplumların sağlık düzeylerini göstermede iyi bir entikatör olan “bebek ölüm hızı” alındığında doğuda ve kırsal alanda bebek ölümlerinin batıdan ve kentsel alandan 2.5-3 misli daha yüksek olduğu görünmektedir<sup>52</sup>. Sağlıkta eşitsizlikler özellikle son 10 yılda kırların, gecekonducuların ve Doğu Bölgesinin aleyhine artmıştır.

-Sağlık personeli ülke ihtiyacı doğrultusunda bir eğitim almamakta, mezuniyet sonrası eğitimleri yok denecek kadar azdır. İstihdam, ücret ve özlük hakları bakımından problemleri vardır; ülke geneline dengeli dağılmamışlardır; mesleki ve fonksiyonel dağılım bozukluğu da vardır. Mesleki örgütlenmeleri tam değildir ve Türkiye’de akılcı bir sağlık insangücü planlaması yoktur<sup>53</sup>.

Sağlık hizmetlerinde ara kadrolar hiçbir yerde eğitim görmedikleri

<sup>50</sup>Azım ÖZTÜRK, **Hastane İşletmelerinde Yönetim ve Organizasyon: Devlet Hastanelerinde Bir İnceleme**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Ün., Adana, 1991, s.84.

<sup>51</sup>Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı**, s.12.

<sup>52</sup>SAVAŞ, s.70.

<sup>53</sup>Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, s.53.



için son derece yetersiz durumdadırlar. Hasta bakıcılar, Türkiye’de bazen hemşirelerin yapması gereken işlemleri yerine getirmekte, fakat hiçbir eğitim görmemektedirler. Sağlık kuruluşlarında istihdam edilen özellikle idari ve teknik eleman ile hastabakıcıları yetiştiren bir kurumun olmayışı önemli sorunlarından birini teşkil etmektedir<sup>54</sup>.

Hemşirelik/ebelik yöneticileri, doğrudan hemşireyi ilgilendirmeyen işlevlerin (hizmetlerin) yönetiminden sorumlu tutulmaktadır. Hemşirelikle ilgili kadrolar gerek tedavi kurumlarında, gerekse temel sağlık hizmeti veren kurumlarda yetersiz sayıdadır<sup>55</sup>.

-Sağlık hizmetleri çok başlı aşırı derecede merkeziyetçi, yetkilerin daima üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgüt yapısına sahiptir. Koordinasyon eksikliğinin yol açtığı dublikasyonların yanısıra yetki kargaşası vardır. Sağlık Bakanlığı sağlıkla ilgili diğer kurumlar üzerinde etkili olmayıp mevcut mevzuatla kendisine verilen yetkileri tam anlamıyla kullanamamaktadır<sup>56</sup>.

Sağlık Bakanlığı makro planları yapan ve sektörü yönlendiren bir yapıdan ziyade günlük işlerle uğraşan bir uygulama Bakanlığı şeklinde çalışmakta, üst düzey yöneticilerinin zamanının çok önemli bir kısmı personel tayinleri ile geçmektedir. Bakanlık yönetiminde en üst düzey yöneticiden taşradaki en uç birimi kadar profesyonel sağlık yöneticilerine pek rastlanmamaktadır. Bakanlığın merkez ve taşra teşkilat yapısı modern yönetim anlayışı ile bağdaşmamaktadır.

-Sağlık hizmetinin büyük bir bölümünü sunan hastanelerde maliyet kavramı gelişmemiştir. Dolayısıyla maliyet muhasebesi sistemleri olmadığından malzemenin etkin kullanımı da

<sup>54</sup>Akif AKÇA, “Özel Sağlık Kuruluşlarının Bugünkü Durumu ve Sorunları”, **Ülkemizde Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi-Seminer -18 Kasım 1994**, ITO Yayın No: 1993-9, s.40.

<sup>55</sup>Sağlık Bakanlığı, **1. Ulusal Sağlık Kongresi (23-27 Mart 1992) Çalışma Grupları Raporları**, Ankara, Mayıs 1992, s.163.

<sup>56</sup>Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**, s.47.

sağlanmamaktadır. Ayrıca, yönetim performansını değerlendirecek veri/bilgi sistemleri de bulunmamaktadır<sup>57</sup>.

Türkiye’de sağlık için yapılan harcamalar yeterli olmamakla birlikte, mevcut kaynağın dağılımında verimsizlik ve kurumlar bazında maliyet/etkililik prensipleri doğrultusunda çalışmadığından, kaynak israfı büyük boyutlara varmaktadır.

GSMH içerisindeki toplam sağlık harcamalarının payı yıllar itibariyle % 3.0-4.3 arasında gerçekleşmiştir. Gelişmiş ülkelerde GSMH’nin % 6.0-10.0’unun sağlık harcamalarına ayrılması göstermektedir ki, Türkiye’de sağlık sektörüne ayrılan kaynak istenilen düzeyde değildir. Diğer taraftan, sağlık sektörüne ayrılabilen kamu tahsislerinin yıllar itibariyle ortalama % 20.0’sinin koruyucu, % 80.0’inin tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine harcandığı gözlenmektedir. Bu durum bir taraftan planlı dönemde koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi benimsendiği halde, uygulamaların çok daha pahalı olan tedavi edici hizmetlere yöneldiğini gösterirken, diğer taraftan sektöre ayrılabilen kısıtlı ölçüdeki kaynağın etkili bir şekilde kullanılmadığını da göstermektedir<sup>58</sup>.

-Genel eğitim düzeyi düşük olan toplumlarda halka sağlık eğitimi vermenin gereği ve önemi açıktır. Kişiler kaşılaştıkları birçok sağlık sorununun bilgi ve davranış yetersizliğinden doğduğu bilincine varamamakta, yanlış inançlarına dayalı olarak başına gelenlerin kaderinin gereği olarak kabul etmektedir. Gelişmekte olan ve genel eğitim düzeyi düşük olan Türkiye’de de bilgi yetersizliği nedeniyle birey ve ailelerin hem koruyucu hemde tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanmadığı, dolayısıyla sağlık düzeyinin düşük olduğu gelişmiş

<sup>57</sup>Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı**, s.49.

<sup>58</sup>DPT, VI. **Beş Yıllık Kalkınma Planı Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Yayın No: DPT: 2274-ÖİK: 391, Eylül 1991, s.165-166.

ülke rakamlarıyla karşılaştırıldığında anlaşılmaktadır<sup>59</sup>.

-Mevcut sağlık mevzuatı genel olarak eski ve çağın gereksinimlerine yanıt vermemekte olup dili bakımından da anlaşılması güç ve dağınıktır<sup>60</sup>. Kimi konularda dublikasyonlar mevcutken, kimi konular hiç düzenlenmemiştir.

-Ülkenin aşı, serum ve kan ürünlerindeki dışa bağımlılığı devam etmektedir. Tıbbi cihazların standardizasyonu, bakım, onarım ve ikmal hizmetleri arzu edilen düzeyde değildir. Bakanlığın finansman kaynakları sınırlı olup geliştirilememiştir<sup>61</sup>.

-Hükümet programında da yer aldığı gibi, genel sağlık sigortasına geçişte ilk aşama olarak ödeme gücünü içindekilere yataklı tedavi kurumlarından ayakta ve yatarak ücretsiz olarak kullanma olanağı sağlamak amacıyla, "Yeşil Kart" uygulamasına bazı pilot bölgelerde başlanmış ve bu konudaki yasa önerisi TBMM, Plan ve Bütçe Komisyonundan geçirilmiştir (25.5.1992). Ancak, kanun tasarisına ilişkin olarak dikkat edilmesi gerekli bazı noktalar vardır<sup>62</sup>:

1- Gelirini düzenli ücret ödemesi olan istihdam alanlarının dışındaki alanlardan elde eden nüfusun tesbitinin nasıl olacağı yeterince açık değildir.

2- Sevk zincirinin eksiksiz işlemlerini sağlayan ve zorunlu kılan ifadelere yer verilmemiştir.

3- Uygulama sağlık hizmetlerine olan talebi artırabilecektir. Bu

<sup>59</sup>Fevziye ÇETİNKAYA, Yusuf ÖZTÜRK, Osman GÜNAY, "Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Yararlanmada Aile Reisi Eğitiminin Rolü" **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: II , 1993, s.81-83.

<sup>60</sup>Sağlık Bakanlığı, **1. Ulusal Sağlık Kongresi**, s.21.

<sup>61</sup>DPT, **ÖİK Raporu**, s.139.

<sup>62</sup>Nesrin ÇİLİNGİROĞLU vd., **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sağlık Sigortasının Temel İlkeleri ve Maliyet Tahmini-Yeşil Kart Uygulaması**, DPT Sosyal planlama Genel Müdürlüğü, Ankara, 1992, s.8-9.

da hizmetlerin kalitesini kaynakların sınırlılığı nedeniyle bozan bir unsur olabilir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin bazı yönleriyle dengesiz dağılımı gözönüne alındığında (örneğin hekimlerin ve hastane yataklarının yarıya yakını üç büyük il'de toplanmıştır) artan talebin karşılanması ve lojistik destek sağlanması sorun olabilecektir.

4- Sürekli ve yeterli kontroller, özellikle mali alanda sağlanmalıdır.

5- Bu uygulamada risk kapsamında tavanın ne olacağı açıkça belirtilmeli, kapsama giren hizmetlerin nitelik ve nicelikleri açıkça belirtilmelidir. Örneğin, ilaç, diş hekimliği türünden harcamaların nasıl karşılanacağı belirsizdir.

-Sosyal güvenlik kapsamında olmayan nüfusun, sağlık hizmetlerinden yararlandırılmasına ilişkin sorunları devam etmekte, ekonomik nedenlerle ihtiyacı olan sağlık hizmetine ulaşamamaktadır. Sosyal güvenlik kapsamında olan nüfusa da nitelikli hizmet sunulamamaktadır.

Özellikle son 10 yılda gelişmiş olan sağlık ekonomisi, sağlık finansmanı ve sağlık planlaması bilimlerinin ışığında, diğer ülkelerin geçirdikleri tecrübelerden yararlanarak, hiçbir şeyi yeniden icat etmeden ama hiçbir sistemi taklit etmeden Türkiye koşullarına özgü çözüm modelleri geliştirilerek tüm bu olumsuzluklar düzeltilebilir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

#### 1. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN FİNANS YAPISI

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu gelirlerinden vergiler, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin satın aldıkları hizmete karşılık yapmış oldukları direkt ödemelerden sağlanmaktadır. Sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun bir kısmı SSK, Bağ-Kur ve Özel Sigorta örneğinde olduğu gibi, çalışan ve işverenler tarafından ödenen primler karşılığı hizmetlerden yararlanırken, diğer bir kısmının sağlık giderleri emekliler ve aktif devlet memurları örneğinde olduğu gibi devletçe karşılanmaktadır<sup>1</sup>.

Türkiye nüfusunun yaklaşık % 72'si sağlık güvencesi altında bulunmaktadır. Bu grupta SSK, devlet memurları ve emekliler, Bağ-Kur ve özel Sandıklar yer almaktadır. Türkiye nüfusunun yaklaşık % 30'u ise herhangi bir sağlık güvencesi altında değildir. Bu grupta işsizler, tarımda çalışanlar ve mevsimlik işçiler, herhangi bir güvenlik kuruluşuna bağlı olmaksızın çalışanlar, ödeme gücü olmayan insanlar, sağlık hizmetini kendi gücüyle karşılayanlar bulunmaktadır.

---

<sup>1</sup>Mehmet TOKAT, *Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı*, Ankara, Nisan 1993, s.12.

TABLO: 3.1.

**1993 Yılı İtibariyle Sosyal Güvenlik Kapsamında Bulunan Nüfus  
Gruplarının Sosyal Güvenlik Kuruluşlarına Göre Dağılımı**

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	SİG.SAY.	AYL.ALAN	AİLE FERDİ	TOPLAM	GENEL NÜFUSA ORANI %
<b>SSK Toplam</b>	<b>4.592.190</b>	<b>1.999.007</b>	<b>16.288.700</b>	<b>22.879.897</b>	<b>38.10</b>
a)506 S.K'na Tabi	3.976.202	1.999.007	15.579.700	21.554.909	35.89
b)İsteğe Bağlı Sig.	438.843	-	-	438.843	0.73
c)Tarım Sigortalısı	177.145	-	709.000	886.145	1.48
<b>T.C. Emekli San.</b>	<b>1.601.000</b>	<b>999.783</b>	<b>6.215.465</b>	<b>8.816.248</b>	<b>14.68</b>
Madalya Ayl. Vat. Hiz.					
Ter. Ayl. Alanlar	-	50.035	-	50.035	0.09
2022 S.K'na Göre Ayl.	-	782.802	-	782.802	1.30
<b>Bağ-Kur Toplam</b>	<b>2.870.968</b>	<b>777.968</b>	<b>7.103.700</b>	<b>10.752.636</b>	<b>17.90</b>
a)1479 S.K'na Tabi	2.094.334	719.374	7.103.700	9.917.408	16.51
b)2926 S.K'na Tabi(Tarım)	776.634	58.594	-	835.228	1.39
506 SK. Gec. 20. Md. Kaps.	72.336	45.909	140.339	258.584	0.43
<b>TOPLAM</b>	<b>9.136.494</b>	<b>4.655.504</b>	<b>29.748.204</b>	<b>43.540.202</b>	<b>72.50</b>

Kaynak: SSK, İstatistik Yılığ 1993.

Sosyal güvenlik kurumları arasında yapısal farklılıklar vardır<sup>2</sup>. Şöyle ki: SSK kapsamında prim vardır (işçi + işveren). Kendi hizmetini kendi üretir, bir kısım hizmeti satın alır. Devlet memurları ve Silahlı Kuvvetler Personeli için sağlık prim kesintisi yoktur, harcamalar satın alınmaktadır. sosyal güvenlik şemsiyesi altında olanlar için primde eşitsizlik, hizmet alanında farklılıklar vardır.

Sunulan hizmetlerdeki yetersizlikler nedeniyle sağlık güvencesi

<sup>2</sup>Sağlık Bakanlığı, **Türkiye'de Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje**, Ankara, 1992, s.15-16.

altında bulunan önemli bir kesim hizmetleri kendi imkanlarıyla almaktadır. Kimi gruplar sahip oldukları kamu sosyal güvenliğine rağmen özel sigortalara ekstra prim ödeyerek hizmet satın almaktadır<sup>3</sup>.

Hizmetlerin finansmanı ile ilgili olarak belirtilmesi gereken bir diğer önemli nokta, kamu kuruluşlarında üretilen sağlık hizmetlerinin gerçek maliyetlerin çok altında bir fiyatla sunulmasıdır. Yapılan çalışmalar gerçek maliyetlerin hemen hemen 2/3'sinin Devlet tarafından sübvansiyon edildiğini göstermektedir. Şu halde bu hizmetleri kullananlar kamusal kaynaklarca desteklenmektedir. Öte yandan yapılan araştırmalar sağlık açısından dezavantajlı durumda olup risklere maruz kalan toplum kesiminin sağlık hizmetlerinden yararlanmadığını ortaya koymuştur. Demek ki Devlet Sübvansiyonu toplumun daha iyi durumda bulunan kesimini desteklemektedir. Yani kamu kaynakları daha çok ihtiyacı olan yerine daha iyi durumda olana kaymaktadır ki bu sosyal devlet ilkeleri açısından olumlu bir sonuç değildir<sup>4</sup>.

Nüfusun tamamının genel bir sağlık sigortası kapsamına alınmamış olması, hizmetin finansmanında ve hizmetten yararlanmada farklı uygulamalara sebep olmaktadır. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersizliği bir yana, örgütlenmedeki çok başlılık ve hizmetlerin sağlık ekonomisi disiplininin uzak bir şekilde verilmesi mevcut kaynakların kullanımındaki etkinliği azaltmaktadır.

Sonuç olarak; Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminden bu

<sup>3</sup>Sağlık Bakanlığı, **1. Ulusal Sağlık Kongresi**, s.45.

<sup>4</sup>Sağlık Bakanlığı, **Türkiye'de Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje**, s.15-16.

yana sağlık hizmetlerinin oluşumunu destekleyecek ve finansman yetersizliğini giderecek ek kaynak konusu haklı ve gerçeği bir biçimde ele alınmış ve bu kaynağın "Genel Sağlık Sigortası (GSS)<sup>5</sup> " adı altında devlet katkılarıyla beslenecek sosyal sigorta yöntemi olması benimsenmiş ve zorunlu bulunmuştur<sup>6</sup>.

## 2. SAĞLIK HARCAMALARI

Türkiye'de sağlık sektörüne ayrılan kaynak istenilen düzeyde değildir. iktisaden belli kalkınmışlık seviyesine ulaşmış ölkeler, ekonomik sektörlerden ziyade sosyal sektörlere ve özellikle sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayırabilmektedir. Halbuki, Türkiye'de kalkınmanın devamlılığı açısından zorunlu olarak kaynakların büyük

<sup>5</sup>GSS sağlık hizmeti için bir finansman modelidir. GSS sistemi prime dayalıdır. Prim ödeme gücü olmayan vatandaşların primleri devlet bütçesinden karşılanacaktır. Devlet her vatandaşa değişen oranlarda katkıda bulunacak ve bu katkı gelir arttıkça azalıp yok olacaktır. Zaman içinde diğer sağlık güvencesi sistemlerine dahil vatandaşların da GSS şemsiyesi (veya sistemi yürütecek GSS Kurumu) altında toplanması planlanmaktadır. Türkiye'de yaşayan bütün vatandaşlar 6 yıl içinde kademeli olarak GSS şemsiyesi altına alınacaktır. Ancak şu da belirtilmelidir ki ; Türkiye'nin sağlık sorunları karşısında GSS modelinin başarıya ulaşabilmesi için 2 ana koşulun varlığı mutlaka zorunludur. 60 milyon kişiye sağlık hizmetlerini aksaksız bir şekilde sunabilecek sağlık hizmeti arzının, yani yeterli hekim ve diğer sağlık personelinin, hasta yatağının, laboratuvarın, ilacın vb. mevcut olması ve bu hizmetlerin sunumunun ortaya çıkartabileceği finansman kaynağının sağlanmasıdır. Aksi durumda, sistemin çalışması aksayabileceği gibi, mevcut durumu aratan bir yapı ortaya çıkabilecektir. GSS ile ilgili olarak yapılması gereken bir diğer önemli tesbit; oluşturulacak fonun ne şekilde denetleneceğinin belirlenmiş olma gereğidir, bu nokta son derece önemlidir. Türkiye'de bütçe dahil olmak üzere, çeşitli finans fonlarının hiçbirisi çalışanların doğrudan iradesi tarafından denetlenememiştir. Çalışan sınıfların taban ve kitle örgütlerinin denetimine kapalı bir fonun, kullanılış amaçları açısından halk sağlığı yönündeki harcamalara ayrılmasından emin olabilmek zordur. Ayrıntılı bilgi için bkz. S.B., Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı. TTB, Sağlık Bakanlığı "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı" Değerlendirme Raporu, Ekim 1992.

<sup>6</sup>DPT, **ÖİK Raporu**, s.166.



bir bölümü iktisadi sektörlere tahsis edildiğinden sosyal sektörlere daha sınırlı kaynak ayırmak durumunda kalınmaktadır.

İlk olarak sağlık sektöründe en büyük kuruluş olan Sağlık Bakanlığının bütçe ödenek ve harcamaları ayrıntılı olarak incelenecektir.

## **2.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları**

Türkiye Cumhuriyetinin sağlık politikasını da yürütmekle görevli olan Sağlık Bakanlığı, koruyucu sağlık hizmetleri yanında, birinci ve genellikle de ikinci basamak sağlık hizmetini sunan en önemli kuruluştur. Özellikle Türkiye'nin toplam hasta yatağının yarısından fazlasının Sağlık Bakanlığına ait oluşu, bu konudaki önemini açık bir şekilde göstermektedir.

Başta devlet memurları, emekliler ve sosyal güvence altında olmayan tüm halka hizmet veren Sağlık Bakanlığının yaptığı harcamaların kaynağını, genel bütçe ödemeleri, döner sermaye gelirleri, 3418 Sayılı Yasa'ya göre alınan sağlık hizmetleri fon gelirleridir<sup>7</sup>.

### **2.1.1. Sağlık Bakanlığının Harcamalarının Sınıflandırılması**

Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının yaklaşık % 25-32'si ayakta tedavi hizmetleri; % 55'i hastane hizmetleri; % 12-20'si de diğer hizmetler için kullanılmaktadır (Bkz. Tablo: 3.2.).

---

<sup>7</sup>TOKAT, s.15.

**TABLO: 3.2.**

**Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Sınıflandırılması**  
(Milyar TL.)

	1988		1989		1990		1991	
	Tutarı	%	Tutarı	%	Tutarı	%	Tutarı	%
Ayakta Tedavi Hiz.	218.8	26.6	447.0	25.0	1.252.8	32.9	2.041.6	32.6
Hastane Harcamaları	483.4	58.7	984.7	55.2	2.100.9	54.9	3.459.5	55.3
Diğer Harcamalar	121.6	14.7	352.8	19.8	465.5	12.2	756.9	12.1
<b>TOPLAM</b>	<b>823.8</b>	<b>100.0</b>	<b>1.784.5</b>	<b>100.0</b>	<b>3.826.2</b>	<b>100.0</b>	<b>6.258.0</b>	<b>100.0</b>

Kaynak: S.B. aynı birimleri kayıtları.

Sağlık Bakanlığı Genel Toplam Harcamaları kesin hesap sonuçlarına göre 1990 yılından % 16'lık bir artışla 1993 yılında 19 trilyon 47 milyar 507 milyon 803 bin TL'sine ulaşmıştır (Bkz. Tablo: 3.3.).

**TABLO: 3.3.**

**Sağlık Bakanlığı Genel Toplam Harcamaları**

YILLAR	GENEL TOPLAM HARCAMALAR (TL)
1991	3.192.511.271.008
1991	5.183.601.981.700
1992	10.443.436.484.000
1993	19.047.507.803.000

Kaynak: Veriler S.B. Muhasebe ve Mali İşler Şube  
Müd.'nden temin edilmiştir.

**2.1.2. Sağlık Bakanlığı Başlangıç Ödeneklerinin Ekonomik Ayrımı**

Sağlık Bakanlığı başlangıç ödeneklerinin ekonomik ayrıma göre

dağılımı incelendiğinde; personel giderlerine 1994 yılında 24.050.000 milyon TL, yatırım harcamaları olarak 2.670.000 milyon TL ve transfer ödenekleri için 1.343.326 milyon TL'si ayrılmış olduğu görülecektir (Bkz. Tablo: 3.4.).

Personel harcamaları bakanlık harcamalarının 1993 yılında % 77'sini oluştururken bu oran artarak 1994 yılında % 79'a yükselmiştir. İlaç ve diğer tıbbi tüketim malzemelerini de içine alan cari harcamaların oranı 1993 yılında % 85 iken az da olsa artma eğilimi göstererek % 86 olmuştur. Yatırım harcamaları ise sırasıyla % 7.8 ve % 8.7 oranlarında seyretmektedir. 1980 öncesi dönemde personel ve personel dışı cari harcamalar ağırlıklı iken, 1980'li yıllarda personel harcamalarının payı azalmış ve yatırım harcamalarının payı artmıştır. Son yıllarda ise, personel harcamalarının payı % 70'lerin üzerine çıkmış<sup>8</sup> ve yatırım ve diğer cari harcamaların payı % 9'lara kadar gerilemiştir.

**TABLO: 3.4.**

**Bağlık Bakanlığı Başlangıç Ödeneklerinin Ekonomik Ayrıma Göre Dağılımı  
(Milyon TL.)**

	1993	1994
TOPLAM BÜTÇE	18.073.981	30.463.327
Personel	14.000.000	24.050.000
Diğer Cari	1.350.000	2.250.000
Cari Toplamı	15.350.000	26.300.000
Dış Proje Kredisi	190.000	284.000
Yatırım	1.233.380	2.386.000
Yatırım Toplamı	1.423.980	2.670.000
Transfer	1.300.000	1.343.326
Fon Dahil Transfer	1.300.001	1.493.327

Kaynak: S.B. Muhasebe ve Mali İşler Şube Müd.

Not: Mecliste Kabul Edilen Bütçe Kanunu

<sup>8</sup>YILDIRIM, s.55.

### **2.1.3. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSMH ve Devlet Bütçesi İçindeki Payı**

Sağlık Bakanlığı bütçeleri yıllar itibariyle bir artış gösterebilir bu artış nicelikseldir. Sağlık alanında hedeflerin sayı olarak belirlenmesi, sorunların bu hedeflere ulaşılmasıyla çözümleneceği anlamına gelmemelidir. Sağlık finans kaynağı yaratılırken önemli olan sadece miktarın büyütülmesi değil, toplanan bu miktarın eşit ve verimli olarak toplum sağlığına dönüşecek şekilde kullanılmasıdır.

Sağlık Bakanlığı bütçelerinin yeterliliğini anlayabilmek için, bütçelerin GSMH ve Genel Bütçe içerisindeki paylarına bakmak gerekir. Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSMH içindeki payları da yetersizdir. Yıllar itibariyle artma eğilimleri göstererek 1994 yılında % 1.43'lük orana ulaşmıştır (Bkz. Tablo: 3.5). Oysa gelişmiş ülkelerde bu oran en az % 6 dolaylarındadır.

1980 yılı Sağlık Bakanlığı bütçesinin devlet bütçesine oranı % 4.21 iken 1990 yılında % 4.12 dir. Aradan geçen 10 yıl içinde sağlık hizmetlerinin sunumu ve harcama miktarlarının artırılması konusunda hiçbir şey yapılmamıştır. 1994 yılına gelindiğinde ise bu oran daha da düşerek % 3.73 olmuştur (Bkz. Tablo: 3.6).

**TABLO: 3.5.**

**Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSMH İçindeki Payı  
(Milyon TL.)**

YIL	GSMH	SB BÜTÇESİ	%
1980	4.435.153	31.823	0.72
1981	6.553.596	55.432	0.85
1982	8.735.010	50.098	0.57
1983	11.551.860	75.227	0.65
1984	18.374.840	100.107	0.54
1985	27.796.757	137.462	0.49
1986	39.369.505	193.763	0.49
1987	58.564.782	304.420	0.52
1988	100.582.185	564.990	0.56
1989	170.633.211	898.995	0.53
1990	286.305.756	2.633.217	0.92
1991	453.206.000	4.433.762	0.98
1992	774.319.000	9.783.005	1.26
1993*	1.227.682.000	18.184.911	1.48
1994*	2.135.712.000	30.463.327	1.43

Kaynak DPT

\* GSMH: DPT tahminidir. Sağlık Bakanlığında 3418 S.Kanun geliri hariçtir.

**TABLO: 3.6.****Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı****(BİN TL.)**

YILLAR	DEVLET BÜTÇESİ	BAKANLIK BÜTÇESİ	BAK. BÜTÇ. DEV. BÜTÇ. ORANI (%)
1923	137.333	3.038	2.21
1925	183.932	4.860	2.64
1930	222.646	4.502	2.02
1935	190.011	4.820	2.54
1940	268.476	8.185	3.05
1945	603.404	18.809	3.12
1950	1.487.208	60.615	4.08
1955	2.940.727	152.463	5.18
1960	7.266.965	382.762	5.27
1965	14.421.419	590.950	4.10
1970	28.860.265	888.080	3.08
1975	107.680.514	3.815.161	3.54
1980	756.687.182	31.822.605	4.21
1985	5.412.082.049	137.462.333	2.54
1990	63.925.354.000	2.633.217.000	4.12
1991	105.207.150.000	4.433.762.000	4.21
1992	207.545.328.000	9.783.005.000	4.71
1993	398.710.000.000	18.184.911.000	4.56
1994	816.000.000.000	30.463.327.000	3.73

Kaynak: S.B., Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1993.  
Sağlık Bakanlığında 3418 S. Kanun geliri hariçtir.

**2.2. Toplam Kamu Sağlık Harcamaları**

1988'de cari fiyatlarla 2 trilyon TL dolayında olan toplam kamu sağlık harcamaları, 1991 yılında yaklaşık 7.5 kat artarak 15.2 trilyon TL'sına yükselmiştir.

Yıllık artış oranları zincirleme olarak, yani bir önceki yıla göre 1989'da % 119, 1990'da % 96.8, 1991'de de % 74.5 olmuştur.

Ancak nominal olarak bu kadar yüksek olan artış nedeninin

yüksek enflasyon olduğu, yoksa bu ölçüde reel bir artışın söz konusu olmadığı zaten de olamayacağı vurgulanmalıdır. Nitekim GSMH deflatörünün 1989'da 63.9, 1990'da 54.9 ve 1991'de de 57.3 olduğu gözönüne alınır, bu harcamalarının 1988 fiyatlarıyla 1988'de 2.021 milyar TL., 1989'da 2.700.9 milyar TL., 1990'da 3.431.1 milyar TL., 1991'de de 3.800 milyar TL. dolayına eşdeğer olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır ki, buna göre sabit fiyatlarla yıllık artış hızı da sırasıyla % 33.6, % 27.0 ve % 11.1 olmaktadır<sup>9</sup>.

### 2.2.1. Kamu Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Oranı

Toplam kamu sağlık harcamalarının GSMH'ya <sup>10</sup> oranları sırasıyla 1988'de % 1.5, 1989'da % 1.9, 1990'da % 2.2, 1991'de % 2.4 düzeyindedir.

Ancak burada dikkate alınması gereken bir konu toplam harcamaların hesaplanmasında "dublikasyonların" olmaması, yani çift sayımların önlenmesidir. Örneğin bakanlıkların memurlarına yataklı tedavi hizmeti için yapmış oldukları ödemeler, aynı zamanda Üniversite veya Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin döner sermaye gelirleri ve dolayısıyla da bu kurumların giderleri içinde yer almaktadır. Dolayısıyla, bu giderin hem Bakanlıklar hemde döner sermayenin ait olduğu kurumlarda iki kez sayılması toplam harcamayı bu miktara eşdeğer düzeyde yüksek gösterecektir. Bu arada, SSK'nın diğer resmi kurumlara yapmış olduğu sağlık ödemeleri, Bağ-Kur, KİT, fon ve Bakanlıkların yapmış oldukları yataklı tedavi yani hastane harcamaları çift sayıma konu olabilecek harcamalardır.

<sup>9</sup>TOKAT, s.29.

<sup>10</sup>Türkiye'de cari üretici fiyatlarıyla (GSMH) düzeni: 1988 = 134.061,1 - 1989 = 235.305,5 - 1990 = 399.838,8 - 1991 = 630.785,5 milyar TL.

Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile Üniversite hastanelerinin toplam döner sermaye gelirlerinin yaklaşık % 60'ını oluşturan bu tip harcamaların toplam sağlık harcamalarından düşülmesi durumunda TKSH/GSMH oranları şöyle olmaktadır: 1988 yılında 1.4, 1989 yılında 1.8, 1990 yılında 2.1, 1991 yılında ise 2.2 dir.

Tablo 3.7 de gösterilen toplam kamu sağlık harcamaları ve bu harcamaların GSMH'a oranları toplam döner sermaye gelirlerinin % 60'ının düşülmemesi durumundaki rakamlardır.

**TABLO: 3.7.**

**Türkiye'de Toplam Kamu Sağlık Harcamaları  
(Milyar TL.)**

	1988	1989	1990	1991
Sağlık Bakanlığı	823.8	1784.5	3826.2	6258.0
SSK	470.5	1111.3	2128.0	3925.5
Üniversiteler	160.8	278.3	697.7	1416.9
Bakanlıklar	213.0	446.0	762.0	1300.0
Emekli Sandığı	85.8	200.6	308.9	630.2
Milli Savunma Bakanlığı	168.6	316.4	510.7	899.2
BAĞ-KUR	31.6	159.6	277.5	421.7
KİT	48.3	96.7	136.0	233.8
Belediyeler	16.8	29.6	50.3	86.0
Fonlar	1.9	3.7	13.7	25.1
TOPLAM	2021.1	4426.7	8711.0	15196.4
ARTIŞ İNDEKSİ 1988=100	100.0	219.0	431.0	751.9
Zincirleme Artış İndeksi	100.0	219.0	196.8	174.5
TKSH / GSMH (%)	1.5	1.9	2.2	2.4

Kaynak: M. TOKAT, Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı, Ankara, 1993.  
Not: Toplam döner sermaye gelirlerinin %60'ının düşülmesi durumunda, Türkiye'de gerçekleştirilmiş olan toplam kamu sağlık harcamalarının düzeyi: 1988=1.800,4 - 1989=4.065,3 - 1990=8.017,0 - 1991=13.913,8 milyar TL.

### 2.3. Özel Sağlık Tüketim Harcamaları

Hizmet kullanıcısı kategorisinde yer alan ve kullandığı hizmetin karşılığı üçüncü taraf ödeyicileri tarafından değil de bizzat kullanıcısı



tarafından ödenen, sigortasız kişilerin yapmış olduğu sağlık harcamaları, sigortalı olmakla birlikte kullanılan hizmet ve tüketilen ilaç vs için katılımcı pay ödemek durumunda olanların yapmış olduğu sağlık harcamaları, özel tüketim harcamaları olarak değerlendirilmektedir<sup>11</sup>.

Bu husustaki kullanılabilir en önemli veri kaynağı Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi sonuçlarıdır.

En son, DİE tarafından 1987 yılında, 139 yerleşim biriminde, 1202 kentsel kesim hanehalkı ve 998 kırsal kesim hanehalkı üzerinde anket uygulamak suretiyle araştırma yapılmış bulunmaktadır<sup>12</sup>.

Kişisel sağlık tüketim harcamalarının harcama gruplarına dağılımında en büyük payı ilaç harcamaları (% 41.5) almaktadır (Bkz. Tablo: 3.8.) . Daha sonra ise özel hastanelere yapılan ödemeler (% 13.5) ve kamu hastanelerine yapılan ödemeler (% 12.7) gelmektedir. 1992 yılı itibariyle bu çerçevede yapılan kişisel tüketim harcamalarına göre kişi başına ilaç harcaması 85.600 TL., hastanede, muayenehanelerde ve polikliniklerde kişi başına ödenen doktor ücreti 47.100 TL., hastanede doktor muayene ücreti dışında kişi başına ödenen ücret 39.763 TL. dir.

1980-86 ve 1988-92 dönemlerinde toplumun tüketim alışkanlıklarınının 1987 yılındakiyle aynı olduğu varsayımından hareket edilerek 1980-92 dönemi özel sağlık tüketim harcamaları hesaplanmış olup Tablo: 3.9 de yer alan rakamlar elde edilmiştir.

Özel sağlık tüketim harcamalarının toplam özel tüketim harcamalarına oranı Türkiye geneli için % 2.56 iken, bu oran bölgelere göre farklılıklar oluşturmakta olup; araştırmanın yapıldığı ikinci bölgede % 3.16'ya çıkmakta üçüncü bölgede % 2.18'e kadar düşmektedir.

<sup>11</sup>YILDIRIM, s.82-83.

<sup>12</sup>DİE, "1987 Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi Sonuçları", DİE Yayın No: 1439, Ankara, 1990, s.10.

1992 rakamlarına göre, özel sağlık tüketim harcaması olan 12.173.000 milyon TL'nin yaklaşık % 86'sı (10.468.780 milyon TL.) özel kesim tarafından üretilen mal ve hizmetlerin satın alımı için kullanılmaktadır<sup>13</sup>.

**TABLO: 3.8.**

**Özel Sağlık Tüketim Harcamalarının Harcama Gruplarına Göre Dağılımı (1992)**

	Harcama	Oran (%)
<b>Özel Hastaneler</b>		
Ameliyat Ücreti	147848.4	1.2
Yatak Ücreti	256098.0	2.1
Hast. Röntgen Ücreti	211502.6	1.7
Lab. Tahlilleri	181254.8	1.5
Doğum Hizmetleri	147277.3	1.2
Göz Muayene Ücreti	81410.3	0.7
Doktor Vizite Ücreti	467243.8	3.8
Diğer Hizmetler	150650.1	1.2
<b>TOPLAM</b>	<b>1643285.4</b>	<b>13.5</b>
<b>Kamu Hastaneleri</b>		
Ameliyat Ücreti	425021.8	3.5
Yatak Ücreti	294215.6	2.4
Hast. Röntgen Ücreti	173884.7	1.4
Lab. Tahlilleri	84800.9	0.7
Doğum Hizmetleri	72791.0	0.6
Göz Muayene Ücreti	18684.0	0.2
Doktor Vizite Ücreti	271320.1	2.2
Diğer Hizmetler	208129.9	1.7
<b>TOPLAM</b>	<b>1548848.0</b>	<b>12.7</b>
<b>Özel Dişçilik Hizm.</b>	<b>845510.8</b>	<b>6.9</b>
<b>Kamu Dişçilik Hizm.</b>	<b>150560.9</b>	<b>1.2</b>
<b>Özel Hekimlik Hizmeti</b>		
Poliklinik Ücreti	1019074.3	8.4
Muayenehane Ücreti	919301.2	7.6
<b>TOPLAM</b>	<b>1938375.5</b>	<b>15.9</b>
<b>İlaç Harcamaları</b>	<b>5047189.1</b>	<b>41.5</b>
<b>Gözlük ve Lens</b>	<b>292270.5</b>	<b>2.4</b>
<b>Sağlık Malzemeleri</b>	<b>172742.6</b>	<b>1.4</b>
<b>Diğer Hizmetler</b>	<b>534217.2</b>	<b>4.4</b>
<b>GENEL TOPLAM</b>	<b>12173000.0</b>	<b>100.0</b>

Kaynak: DİE, 1987 Yılı Hanehalkı Gelir ve Tüketim Araştırması'ndan yararlanılmıştır.

<sup>13</sup>YILDIRIM, s.82-85.

**TABLO: 3.9**  
**Özel Sağlık Tüketimi Harcamaları (1980-1992)**  
(Cari Fiyatlarla, Milyon TL.)

Yıllar	Nüfus (Bin Kişi)	GSMH	Özel Tüketim Harcaması	Özel Tüketim Harcamasının GSMH'ya Oranı (%)	Özel Sağlık Tüketim Harcaması	Fert Başına Özel Sağlık Tükt. Harc. (Bin TL)	1980 Fiyatlarıyla Fert Başına Özel Sağ. Tük. Harc. (Bin TL)
1980	44438	4435200	3187300	71.9	81805	1.84	1.84
1981	45540	6553600	4675500	71.3	120001	2.64	1.86
1982	46688	8735100	6208800	71.1	159355	3.41	1.89
1983	47864	11485200	8428100	73.4	216316	4.52	1.96
1984	49070	18374800	13686400	74.5	351275	7.16	2.06
1985	50306	27789400	20157300	72.5	517357	10.28	2.06
1986	51433	39309600	27237700	69.3	699083	13.59	2.08
1987	52561	58390000	39097800	67.0	1003484	19.09	2.11
1988	53715	100154300	65164000	65.1	1672499	31.14	2.08
1989	54893	170633200	111051700	65.1	2850253	51.92	2.08
1990	56203	287254200	179219200	62.4	4599840	81.84	2.13
1991	57305	453206000	279430000	61.7	7171850	125.15	2.07
1992	58401	779462000	474285000	60.8	12172999	208.44	2.12

Kaynak: DİE, Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi'nden hesaplanmıştır.

**TABLO: 3.10**  
**Sağlık Tüketim Harcamalarının**  
**Kullanılabilir Aylık Gelir Gruplarına Göre Dağılımı (1987)**

Kullanılabilir Gelire Göre Aylık Gelir Grupları	Hanehalkı Sayısı	Hanehalkı Fertleri Sayısı	Toplam Tüketim Harcaması (1)	Sağlık Tüketim Harcaması (2)	(2) / (1)	Fert Başına Sağlık Tüketim Harcaması	Fert Başına Sağlık Tüketim Harcamasının Gelir Esnekliği
0-49999	321746	1083650	19802814	820337	0.0414	757	
50000-99999	1254863	5011536	120800611	4248722	0.0352	848	0.16
100000-199999	3494199	16256171	534764344	13103516	0.0245	806	-0.10
200000-299999	2318538	11347231	499329954	11432778	0.0229	1008	0.50
300000-499999	2082514	10904462	591766725	14910298	0.0252	1367	0.70
500000-999999	1243379	6559127	560962987	15247100	0.0272	2325	0.88
1000000-1999999	260714	1305114	203054270	5550632	0.0273	4253	0.91
2000000-4999999	62535	335796	114237982	2332110	0.0204	6945	0.68
5000000-9999999	9072	48851	12950053	568534	0.0439	11638	0.76
<b>TOPLAM</b>	<b>11047560</b>	<b>52851938</b>	<b>2657669740</b>	<b>68214027</b>	<b>0.0257</b>	<b>1291</b>	

Kaynak: DİE, 1987 Yılı Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi Çalışmasından Hesaplanmıştır.

## **2.4. Toplam Sağlık Harcamalarının Gelişimi ve GSMH içindeki Oranı**

Türk sağlık sektöründe özellikle altmışlı yıllardan itibaren devletin sektör üzerindeki etkisi fazlalaşmış ve devlet, tüm ülke genelinde herkesin yararlanabileceği temel sağlık hizmetleri ağı oluşturmuştur. Diğer yandan devlet hastaneleri genel bütçe kaynakları ile finanse edilmiş ve kaynak aktarımı Bakanlık merkez teşkilatınca yürütülmüştür. Devletin sağlık alanında diğer bir rolü de sosyal sigorta fonları kanalıyla ortaya çıkmıştır. Devletin bu fonlara katılımı memurlarının sağlık harcamalarını karşılaması, Emekli Sandığını sübvanses etmesi ve kamu işçilerinin sağlık primi işveren paylarını ödemesiyle gerçekleşmektedir. Sonuç olarak devlet, GSMH'ın % 2 kadar ya da bütçesinin % 8-9'u değerinde kaynağı yukarıda sayılan kamu finansmanı oluşumlarıyla sağlık sektörüne aktarmaktadır. Gelişmiş ülkelerden farklı olarak Türkiye'de sağlığın kamu yoluyla finansmanı karmaşık ve kontrolsüz bir şekilde olduğundan, bütçe üzerindeki yükü de farkedilmeden ve dolaylı olarak fazlalaşmıştır. Diğer taraftan sağlık harcamalarının GSMH'dan gerektiği ölçüde pay almasında sağlanamamıştır. Bir başka deyişle Türkiye'de sağlığı ağırlıklı bir şekilde devlet yüklenmiştir.

Devlet dolaylı olarak tahmin edilenin çok üstünde kaynağı bu sektöre aktarmaktadır. Sektörün karmaşık yapısı ve yönetiminden dolayı devlet bu kaynakların kullanımını kontrol edememekte ve kaynak ihtiyacı sürekli artmaktadır. Artan ihtiyaçlarda sürekli açık veren bütçeden karşılanmaya çalışılmaktadır. Tablo: 3.11 de sağlık sektöründe devletin rolü ve kaynak aktarımı açıkça görülmektedir.

Oysa Türkiye'de, gelişmiş ülkelerdeki modern devlet anlayışının

sağlık konusunda uygulamaları sayesinde, devlet sağlık alanında kaynaklarının verimsiz ve hakkaniyetsiz kullanılması durumundan kurtarılabilir. Sağlık sektöründe devlet; düzenleyici, teşvik edici ve kontrol edici konuma getirilebilir. Bu konumda da finansmanı yapılacak konuları öncelikli olarak belirlemek suretiyle devletin sağlık sektöründe rolü kesin hatlarıyla çizilebilir. Günümüzde kamu finansmanlı toplam sağlık harcamalarının ancak % 23'ü temel sağlık hizmetlerine gitmekte, kalan miktar da ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerde kullanılmak üzere Fonlara, Bakanlık Bütçelerine ve Emekli Sandığı ve YÖK gibi kurumların desteklenmesine aktarılmaktadır. Devletin sağlık harcamalarından % 23'lük pay alan temel sağlık hizmetlerine ülkede yaşayan tüm insanların ulaşabilirliği teoride doğru olarak kabul edilebilir olmasına rağmen, geri kalan % 77'lik kaynaktan ancak sınırlı kesimlerin yararlanabildikleri de kabul edilmelidir. Örneğin hastanelere aktarılan devlet kaynakları sadece hastanelerden yararlanabilen kişilerce kullanılabilen ve sosyal güvenceye sahip olmayanlar devletin bu desteğinden mahrum kalmaktadırlar.

Devlet sınırlı kaynaklarını nüfusun bir kısmı için destek amaçlı kullanırken, diğer kısmına gerekli sağlık yardımı yapamamıştır<sup>14</sup>.

Gelişmiş ülkelerde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı % 10 dolayında iken, Türkiye'de % 4.2-7.0 düzeyindedir. Sağlık sektörüne ayrılabilen kamu tahsislerinin yıllar itibariyle ortalama % 20.0'sini koruyucu, % 80.0'inin tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine harcandığı gözlenmektedir<sup>15</sup>. Bu durum bir taraftan planlı dönemde koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi benimsendiği halde,

<sup>14</sup>Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Strateji**, s: 2 . s.15-16.

<sup>15</sup>DPT, **ÖİK Raporu**, s.166.

uygulamaları çok daha pahalı olan tedavi edici hizmetlere yöneldiğini gösterirken, diğer taraftan sektöre ayrılabilen kısıtlı ölçüdeki kaynağın etkili bir şekilde kullanılmadığını da göstermektedir.

**TABLO: 3.11.**

**Yıllara Göre Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamaları  
(Cari Fiyatlarla Milyar TL.)**

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Sağlık Bakanlığı	623.8	1,466.3	3,192.5	5,183.5	10,443.4	18,081.3	30,463.3
S.B. Özel Fonlar	83.0	140.0	251.0	325.0	500.8	968.4	1,752.5
*YÖK	175.3	367.1	627.2	1,070.0	2,387.0	4,057.9	8,115.8
Savunma Bakanlığı	168.6	316.4	510.7	899.2	1,960.0	3,724.0	7,075.6
Diğer Kamu	65.1	126.3	186.3	319.8	664.0	1,320.0	2,640.0
KİT'ler	48.3	96.7	136.0	233.8	518.0	1,073.0	2,146.0
Belediyeler	16.8	29.6	50.3	86.0	146.0	247.0	494.0
Aktif Devlet Memuru	213.0	446.0	762.0	1,300.0	2,900.0	6,000.0	12,000.0
**Emekli San. Sûbvan.	60.1	140.6	216.5	444.9	1,062.7	2,125.4	4,250.8
Sosyal Fonlar	1.9	3.7	13.7	25.1	250.0	500.0	1,000.0
***SSK (Kamu İşçi Prim)	131.2	249.5	476.9	915.7	1,757.9	3,374.7	6,478.7
<b>KAMU TOPLAMI</b>	<b>1,522.0</b>	<b>3,255.9</b>	<b>6,236.9</b>	<b>10,483.3</b>	<b>21,925.8</b>	<b>40,151.7</b>	<b>73,776.7</b>
GENEL BUTÇE'deki %'si	7.5	8.6	9.5	8.1	8.6	8.2	9.4
****Sigorta Fonları Top.	1,004.5	1,949.4	3,571.8	6,730.8	11,594.1	21,217.2	38,827.5
*****Özel Harcamalar Top.	1,723.3	2,948.0	4,779.7	7,517.4	12,854.8	21,981.6	37,588.6
Toplam Sağlık Harcaması	4,249.8	8,153.3	14,588.4	24,731.5	46,374.6	83,350.5	150,192.7
GSMH içindeki %'si	4.2	4.8	5.1	5.5	6.0	6.8	7.0

\* Üniversitelerde yapılan GB kaynaklı hastane, eğitim ve medikososyal harcamaları da dahildir.

\*\* Emekli Sandığına yapılan transferlerin belli kısmının sağlığa harcandığı varsayılmıştır.

\*\*\* Kamuda çalışan işçiler için Devletin SSK'ya ödediği işveren primleri.

\*\*\*\* SSK'da sağlık için toplanan ancak sağlık için harcanmayan prim gelirleri de dahil edilmiştir.

\*\*\*\*\* Özel harcamalar yurtiçi özel nihai harcamalar içinde sağlık payını yansıtmaktadır. 1993 rakamlarının bir kısmı, 1994 rakamlarının büyük bir kısmı istatistiki hesaplamalarla bulunmuş olup tahmini değerleri yansıtmaktadırlar.

**2.5. Bazı Ülkelerde Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH  
İçindeki Oranı**

Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı genel olarak vergiler, sigortalar, ikisinin karışımı uygulamalardan elde edilen ödemelerden karşılanmaktadır. Hastalar ile hekim veya hastane arasında para alış-verişi bulunmamakta sigortalar aracılığıyla

ödemeler yapılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanına vatandaş katkısı da sağlanmaktadır.

Giderek artan maliyetleri ve yükü azaltmak amacıyla her ülkede hem sağlık hem de sigorta sistemlerinde yeni düzenlemelere gidilmektedir<sup>16</sup>.

1900'lü yılların ikinci yarısı kamu yönetimlerinin sağlığa verdiği önemin ve bu konudaki yükümlülüklerinin arttığı bir dönem olmuştur. Tıbbi faaliyetler artmış ve aynı zamanda bu faaliyetlerin fiyatları diğer mal ve hizmetlerin fiyatlarına göre daha hızlı bir şekilde yükselmiştir.

Örneğin, OECD ülkelerinde sağlık harcamaları GSYİH'ya göre % 1.5-2 defa daha fazla artmıştır. Harcamalardaki bu artış analizcilerin dikkatini başından beri çekmiştir. Öyle ki birçok yorumcuya göre bu eğilim devam ederse, 21 y.y'ın başlarında tıbbi ve tıp dışı tedavi harcamaları ulusal gelirin tamamını aşacaktır. Ancak bu senaryonun gerçekliliği 80'li yıllara gelindiğinde eşit kalitede sağlık hizmeti sunumuna, GSYİH içinde harcanan paylarının artırılmadan ulaşılmasıyla inanılmaz hale gelmiştir<sup>17</sup>.

Diğer sayfada bazı ülkelerde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki yüzde payları Tablo halinde gösterilerek Türkiye ve diğer ülkeleri karşılaştırma olanağı sağlanmıştır.

<sup>16</sup>Muharrem VARLIK, **Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetleri**, DPT Sosyal Planlama Genel Müdürlüğü, Ocak 1992, s.14.

<sup>17</sup>Zühra YILDIZ, **Kamu Kesiminde Sağlık Hizmetlerini Gelişimi ve Kamu Harcamaları Açısından Analizi. Türkiye: 1973-1990**, Anadolu Üniv. Sos. Bil. Ens., Yayınlanmamış Doktora Tezi, Eskişehir, 1993, s.82-83.



Tablo incelendiğinde Türkiye toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payının dünya standartlarının çok altında olduğu görülecektir.

**TABLO: 3.12.**

**Bazı Ülkelerde Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı**

ÜLKELER	1980	1985	1989	1990
Avusturya	7.4	7.8	7.6	7.5
Avusturya	7.9	7.6	8.4	8.4
Belçika	6.7	7.4	7.4	7.4
Kanada	7.4	8.5	8.7	9.0
Danimarka	6.8	6.3	6.4	6.2
Finlandiya	6.5	7.2	7.2	7.4
Fransa	7.6	8.5	8.8	8.9
Almanya	8.4	8.7	8.2	8.1
Yunanistan	4.3	4.9	5.3	5.3
İrlanda	9.0	8.3	7.3	7.1
İtalya	6.9	7.0	7.6	7.7
Japonya	6.4	6.5	6.7	6.5
Lüksemburg	6.8	6.8	7.4	7.2
Hollanda	8.0	8.0	8.1	8.0
Norveç	6.6	6.4	7.6	7.2
Portekiz	5.9	7.0	7.2	6.7
İspanya	5.6	5.7	6.3	6.6
İsveç	9.2	8.8	8.7	8.7
İsviçre	7.3	7.6	7.6	7.4
<b>TÜRKİYE</b>	<b>4.0</b>	<b>2.8</b>	<b>4.8</b>	<b>5.1</b>
İngiltere	5.6	5.8	5.8	6.1
Amerika	9.3	10.7	11.7	12.4
<b>OECD TOPLAMI</b>	<b>7.0</b>	<b>7.2</b>	<b>7.5</b>	<b>7.5</b>

Kaynak: DPT. OECD.

### 3. SAĞLIK SEKTÖRÜ YATIRIMLARI

Türkiye'de bugüne kadar yapılan sağlık harcamaları politize edilmiş, yerinde ve ekonomik yatırımlar yapılamamıştır. Örneğin; bir il veya ilçede önceden bir ön araştırma yapılmadan yatırımların yapılması yoluna gidilmiştir. Oysa yeni bir hastane açmadan önce mevcut hastanelerin tamamlanması yoluna gidilmesi daha rasyonel bir yoldur. Eksik bir birim varken, başka eksik bir birimin kurulması

çözüm değil, yetersiz hizmet sektörünü daha da yokuşa sürmektir.

1983 yılında toplam sağlık yatırımlarının içerisinde kamu kesiminin payı % 90.5 iken bundan sonraki yıllarda bu pay küçülmeye başlamıştır. Kamu kesimi tarafından sağlık sektörüne yapılan yatırımlar 1992 yılında artış eğilimine girmiştir. Son üç yılda sağlık sektörüne yapılan yatırımlarda kamu kesimi daha büyük artışlar öngörmüş ve bunun neticesinde toplam yatırımlar içerisindeki nispi payını yükseltmiştir.

1984 de % 11.0 düzeyinde olan özel kesim yatırımlarının sağlık kesimine yönelmekte ve bugün toplam sağlık yatırımlarının % 30-40 oranındaki bir büyüklükte özel kesim tarafından gerçekleştirilmektedir<sup>18</sup>.

Fon ve mahalli idare yatırımları hariç 1994 yılı sağlık sektörü yatırımlarının toplam yatırımlar içindeki payı yaklaşık olarak % 41 dir (Bkz. Tablo: 3.13.).

Sağlık sektöründe 1993 sonu yatırımlar itibariyle yapılan harcama toplamı 13.442.039 milyon TL. dir. 1993 yılı toplam yatırım harcamaları içindeki payı yaklaşık olarak % 29 dur.

1994 yılı yatırımları (fonlar dahil) içinde sağlık sektörü toplam yatırım miktarı 8.274.500 milyon TL. dir (Bkz. Tablo: 3.14). Toplam yatırımlar içindeki oranı ise % 45 dir.

Türkiye 1994 yılı sağlık sektörü yatırımlarının kuruluşlara dağılımı incelendiğinde, sektörde en büyük kuruluş olan Sağlık Bakanlığının, yatırımlarda da en yüksek payı aldığı görülecektir. Sağlık Bakanlığını SSK Genel Müdürlüğü izlemektedir (Bkz. Tablo: 3.15).

<sup>18</sup>Maliye ve Gümrük Bakanlığı, **Sağlık Hizmetleri (1980-1993)**, s.27.

**TABLO: 3.13**  
**1994 YILI YATIRIMLARININ SEKTÖRLERE DAĞILIMI**

SEKTÖRLER	PRJ. SAY.	PROJE TUTARI		1993 SONU HARCAMA			ETÜT-PROJE			Devam Eden Projeler			Yeni Projeler			1994 Yatırımı		
		Dış	Toplam	DIŞ		TOPLAM	DIŞ		TOPLAM	Dış		Toplam	Dış		Toplam	Dış		Toplam
				KREDİ	Ö.K.		Kredi	Ö.K.		Kredi	Ö.K.		Kredi	Ö.K.		Kredi	Ö.K.	
Tarım	368	36138136	303780133	18609484	1520754	93924460	10000	7000	202500	2196700	190300	12386306	278000	39950	9224394	2484700	237250	21813200
Madencilik	131	8881112	17661238	350342	318123	1994018	12900	13000	67136	25450	68650	298280	204550	930461	5182584	242900	1012111	5548000
İmalat	317	17056555	42328399	413390	2498098	14483112	1600	19120	39778	154328	647278	2165995	444692	256964	954627	8640081	923362	3160400
Enerji	84	140184284	333283324	43292416	15195414	155804147	-	10000	268400	8195389	1110614	19465652	354692	98946	9299048	8550081	1219560	29033100
Ulaştırma	398	52897584	293111253	11963755	3641964	7207791	-	62750	328050	2858000	1497696	13282621	520300	774601	15145329	3378300	2335047	28756000
Haberleşme	28	14855980	47345450	2701200	3181000	23685050	-	-	-	3229500	405150	4333200	285500	1529050	7976100	3515000	1934200	12309300
Turizm	127	173000	24707359	38000	64000	4773131	-	-	12500	17000	26000	1068913	-	-	222587	1700	26000	1304000
Konut	47	-	13528700	-	-	7813600	-	-	10000	-	-	531500	-	-	173500	-	-	715000
Eğitim	959	8439000	61025640	2872200	17300	16446578	-	-	279320	1107600	12500	7669840	171650	51000	6042840	1279250	63500	13992000
Sağlık	363	7811200	44673737	1975710	69500	13442039	-	-	75000	539000	308200	4308742	-	408500	1535758	539000	716700	5919500
Diğer Kamu Hiz.	1104	12579708	191367179	211716	1250184	65104862	4438	-	298366	405639	595200	14900563	29600	578850	5788571	439677	1174050	20987500
İktisadi	202	7756748	37290235	-	1250184	8235361	-	-	26800	-	595200	5579425	14400	568850	3268775	14400	1164050	8875000
Sosyal	902	4822960	15407944	2117165	-	56869501	4438	-	271566	405639	-	9321138	15200	10000	2519796	425277	10000	12112500
TOPLAM	3926	299016559	1372812412	84333662	27756337	469548488	28938	111870	1581050	18728606	4861588	80411612	2288984	4668322	61545338	29085989	9641780	143538000

(1) Fon ve Mahalli İdare yatırımları dahil değildir.

Ö.K.=Özkaynaklar

**TABLO: 3.14**  
**1994 YILI YATIRIMLARININ SEKTÖRLERE DAĞILIMI (FONLAR DAHİL)**

SEKTÖRLER	PROJE TUTARI			1993 SONU HARCAMA			ETÜT-PROJE			Devam Eden Projeler			Yeni Projeler			1994 Yatırımı		
	PRJ.	Dış	Toplam	DİŞ		Toplam	DİŞ		Toplam	DİŞ		Toplam	DİŞ		Toplam	DİŞ		Toplam
	SAY.			KREDİ	Ö.K.		Kredi	Ö.K.		Kredi	Ö.K.		Kredi	Ö.K.		Kredi	Ö.K.	
Tarım	368	36138136	303780133	18609484	1520754	93924460	10000	7000	202500	2196700	190300	12386306	278000	39950	9224394	2484700	237250	21813200
Madencilik	131	8881112	17661238	350342	318123	1994018	12900	13000	67136	25450	68650	298280	204550	930461	5182584	242900	1012111	5548000
İmalat	427	28180951	61850083	929863	4689398	4689398	1600	44620	83610	4702151	992728	1373948	444692	449222	1278639	9859701	1486570	6064400
Enerji	84	140184284	333283324	43292416	15195414	155804147	-	10000	268400	8195389	1110614	19465652	354692	98946	9299048	8550081	1219560	29033100
Ulaştırma	472	135158734	613934543	62904489	7931904	237605277	-	62760	738635	6967980	4799368	29788226	520300	1142971	16696139	16696139	7488280	6005099
Haberleşme	28	14855980	47345450	2701200	3181000	23685050	-	-	-	3229500	405150	4333200	285500	1529050	7976100	3515000	1934200	12309300
Turizm	128	173000	24707359	38000	64000	4773131	-	-	12500	17000	26000	1688913	-	-	307587	1700	26000	2009000
Konut	49	5058000	42914700	913000	-	11455600	-	-	10000	1230420	-	3716300	-	-	173500	1230420	-	3899800
Eğitim (2)	1008	8439000	66146740	2872200	17300	17503328	-	-	279320	1107600	12500	8329140	171650	51000	6125340	1279250	63500	17732600
Sağlık (2)	363	7811200	45673737	1975710	69500	13442039	-	-	75000	539000	308200	4308742	-	408500	1535758	539000	716700	7672000
Diğer Kamu Hiz.	1109	22976708	225429174	2117165	1300184	66825082	4438	-	298366	3075639	600200	19705988	29600	578850	5794146	3109677	1179050	25798500
İktisadi	205	7858748	38786230	-	1300184	8604581	-	-	26800	-	600200	6184850	14400	568850	3274350	14400	1169050	9486000
Sosyal	904	15117960	186642944	2117165	-	58220501	4438	-	271566	3075639	-	13521138	15200	10000	2519796	3095277	10000	16312500
<b>TOPLAM</b>	<b>4167</b>	<b>407857105</b>	<b>1782731481</b>	<b>136703869</b>	<b>34287577</b>	<b>647355296</b>	<b>28938</b>	<b>137380</b>	<b>2035467</b>	<b>27958626</b>	<b>8513710</b>	<b>112472898</b>	<b>2288984</b>	<b>5228950</b>	<b>64593235</b>	<b>38316009</b>	<b>13880040</b>	<b>182702900</b>

Kaynak: DPT, 1994 Yılı Yatırım Programı.

(1) Mahallî İdare yatırımları dahil değildir.

(2) Parantez içindeki fon miktarları "1994 Yatırımı" sütunu rakamlarına ilave edilmiş olup etüt-proje, devam eden ve yeni proje ayırımı yapılmamıştır.

Ö.K.=Özkaynaklar

KURULUŞLAR	PRJ. SAY.	PROJE TUTARI		1993 SONU HARCAMA		ETÜT-PROJE		Devam Eden Projeler		Yeni Projeler		1994 Yatırımı							
		Dış	Toplam	DIŞ		Kredi	Ö.K.	Dış	Ö.K.	Dış	Ö.K.	Dış	Toplam						
				KREDİ	Ö.K.									Kredi	Ö.K.	Kredi	Ö.K.	Kredi	Ö.K.
Sağlık Bakanlığı (1)	92	1688900	14767400	151900	-	2367250	-	-	15000	284000	-	2049400	-	-	1000000	445800	284000	100000	2510000
Refik Saydam Hıfz. Mer. Bşk.	6	15000	65000	-	-	-	-	-	5000	-	-	-	-	-	15000	60000	-	15000	65000
Hudut ve Sahiller Sağ. Gen.M.	17	-	347600	-	-	48700	-	-	4500	-	-	26500	-	-	19000	-	-	-	50000
Üniversiteler	135	5931300	21887378	1823810	69500	9373148	-	-	44500	255000	308200	1589242	-	-	163500	479258	255000	471700	2113000
Abant İzzet Baysal Ün.	4	-	15000	-	-	-	-	-	3000	-	-	-	-	-	-	12000	-	-	15000
Adnan Menderes Ün.	4	-	19000	-	-	-	-	-	3000	-	-	-	-	-	-	16000	-	-	19000
Akdeniz Ün.	4	729000	2216900	192500	-	551500	-	-	-	80000	39000	132100	-	-	900	80000	39000	133000	
Anadolu Ün.	4	-	31500	-	-	7500	-	-	-	-	-	7000	-	-	3000	-	-	-	10000
Ankara Ün.	8	125000	782638	-	-	360138	-	-	-	-	20000	103142	-	5000	11858	-	-	25000	115000
Atatürk Ün.	5	100000	408500	-	-	148500	-	-	-	-	30000	63000	-	-	6000	-	-	30000	69000
Celal Bayar Ün.	3	-	13000	-	-	-	-	-	3000	-	-	-	-	-	10000	-	-	-	13000
Cumhuriyet Ün.	3	90000	847300	-	-	624500	-	-	-	-	-	25000	-	30000	40000	-	-	30000	65000
Çukurova Ün.	3	25000	864000	-	-	751000	-	-	-	-	-	15000	-	25000	45000	-	-	25000	60000
Dicle Ün.	4	300000	517500	-	-	45000	-	-	-	-	30000	45000	-	-	20000	-	-	30000	65000
Dokuz Eylül Ün.	3	337660	1453700	183660	-	533300	-	-	-	-	40000	134000	-	-	1000	-	-	40000	135000
Ege Ün.	7	50000	479160	-	-	80100	-	-	-	-	-	52000	-	20000	33000	-	-	20000	85000
Erciyes Ün.	3	50000	793000	-	-	550000	-	-	-	-	-	24000	-	20000	43000	-	-	20000	67000
Fırat Ün.	3	10000	721000	-	-	138400	-	-	-	-	-	62000	-	10000	22000	-	-	10000	84000
Gazi Ün.	6	461900	1338500	231900	-	717320	-	-	500	-	15000	125500	-	-	2000	-	-	15000	128000
Gaziantep Ün.	3	250000	677000	47080	-	100500	-	-	-	-	-	47000	-	10000	20000	-	-	10000	67000
Hacettepe Ün.	12	300840	971180	262650	-	570240	-	-	-	15000	2500	64000	-	-	16000	15000	2500	15000	80000
Harran Ün.	4	-	20500	-	-	-	-	-	3000	-	-	-	-	-	22000	-	-	-	25000
İnönü Ün. (2)	5	1781000	3868800	663140	-	1536000	-	-	15000	160000	50000	175000	-	-	-	160000	5000	190000	(150000)
İstanbul Ün.	8	542000	1028900	-	-	132970	-	-	-	-	30000	114000	-	500	1000	-	-	30500	115000
Karadeniz Teknik Ün.	4	754400	150000	-	69500	324600	-	-	-	-	35000	60000	-	-	5000	-	-	35000	65000
Marmara Ün.	5	18000	520500	-	-	65400	-	-	5000	-	-	33000	-	18000	30000	-	-	18000	68000
Mersin Ün.	1	-	3000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3000	-	-	-	3000
Ondokuz Mayıs Ün.	3	150000	280400	-	-	138500	-	-	-	20000	-	44000	-	-	16000	-	-	20000	60000
Osmangazi Ün.	3	149000	585000	119000	-	-	-	-	-	13000	-	58000	-	-	3000	-	-	13000	61000
Pamukkale Ün.	4	-	12000	-	-	-	-	-	3000	-	-	-	-	-	9000	-	-	-	12000
Selçuk Ün.	4	70000	707400	-	-	258900	-	-	-	-	13700	94000	-	-	2000	-	-	13700	96000
Süleyman Demirel Ün.	4	-	20000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17000	-	-	-	20000
Trakya Ün.	3	25000	775300	-	-	603900	-	-	-	-	-	42500	-	25000	32500	-	-	25000	75000
Uludağ Ün.	3	216900	1124800	123900	-	829800	-	-	-	15000	-	70000	-	-	10000	-	-	15000	80000
Yüzüncü Yıl Ün.	4	-	30000	-	-	-	-	-	3000	-	-	-	-	-	27000	-	-	-	30000
Zonguldak Karaelmas Ün.	1	-	3000	-	-	-	-	-	3000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3000
Millî Eğitim Bakanlığı	3	-	20000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20000	-	-	-	-	20000
SHÇEK GN. MÜD.	31	-	836859	-	-	90841	-	-	1000	-	-	86600	-	-	62400	-	-	-	150000
Vakıflar Genel Müd.	3	46000	399000	-	-	46400	-	-	-	-	-	50000	-	-	-	-	-	-	50000
TC Emekli Sandığı Gn. Müd.	2	-	633000	-	-	335700	-	-	-	-	-	47000	-	-	-	-	-	-	47000
SSK Gen. Müd.	70	100000	5663000	-	-	1180000	-	-	5000	-	-	460000	-	100000	395000	-	-	100000	860000
TCDD Gen. Müd.	3	-	9000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9000	-	-	-	9000
PTT Gen. Müd.	1	30000	45500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30000	45500	-	-	30000	35500
TOPLAM (1)	363	7811200	44673737	1975710	69500	1342039	-	-	75000	539000	308200	4308742	-	-	408500	1535758	539000	716700	5919500 (1752500)

(1) Parantez içindeki miktar 3418 Sayılı Kanun gelirlerinden öngörülen tahsis olup toplama dahil değildir.

(2) Parantez içindeki miktar 3418 Sayılı Kanun'un 39/A maddesi çerçevesinde sağlık harcamaları için öngörülen tahsis olup toplama dahil değildir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplum kalkınması ancak sağlıklı insangücü ile mümkündür. Düşünecek, fikir üretecek, uygulayacak, karar verecek, makinaları kullanacak, kaynak kullanımını yönlendirecek olan insandır. Bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali içerisinde olmayan insanların bu katılımı etkin ve yeterli olarak sağlayabilmeleri mümkün değildir.

Erken ölümü önleyerek yaşam süresinin uzatılması, sağlık için psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaların, hastalığın ve sakatlığın azaltılması, yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişilmesi, direncin artırılarak sağlığın korunması, çevre ile ilişkilerde yüksek bir tatmine ulaşılabilmesi, kaynakların etkin dağıtılması sağlık hizmetlerinin gereği ve amaçlarıdır. Bu tanımlardaki sağlık; doğal kaynaklar, nüfus özellikleri, kişilik, kültür sistemleri, çevre davranış, katılım ve sağlık bakım servisleri ile ilişkili ve etkileşim halinde olan psiko-sosyal bir sistemdir.

Sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talebin oluşumu, çoğu zaman, serbest rekabet piyasasındakine benzer biçimde kendini göstermemektedir. Tüketicilerin, talep ettikleri hizmetin türünü ve miktarını kendi kendilerine belirleyebilme güçlüğü, sağlık hizmeti gereksinmelerinin uygun talebe dönüşmesini engelleyebilmektedir. Kişilerin eğitim düzeyi başta olmak üzere, hizmetlerin karşılanma

düzeyi, yeri, biçimi gibi değişik etkenler, diğer hizmetlerle ikame edilemez ve fiyat esnekliği oldukça sert olan bu hizmetin talebini etkilemektedir. Sağlık hizmetleri, diğer birçok hizmetle karşılaştırıldığında, son derece hızlı bilimsel ve teknik ilerlemelerin etkisi altındadır ve her zaman nitelikli personel kullanımını gerektirmektedir.

Türkiye'de, 1961 Anayasasında, herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu, kişilerin beden ve ruh sağlığı içinde yaşaması ve tıbbi bakım görmesi açısından devlete ödevler düştüğü belirtilmiştir. 1982 Anayasasında ise, sağlık hizmetlerinde özel sektörden söz edilmiş, devlet ve birey çevre sağlığını korumakla görevlendirilmiştir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri, çok sektörlü bir yönetim ve yapılanmaya sahiptir. Bu yapılanma aşırı derecede merkeziyetçi ve katı bir yönetim tarzını da beraberinde getirdiğinden, koordinasyon sağlanamamaktadır. Sağlık sektörünün bu koordinasyonsuzluğu hizmet boşluğu yarattığında, her kurum ve kuruluş sağlık alanında kendi organizasyonunu kurmuş, böylelikle de ülke genelinde hizmet dublikasyonları ile yetki kargaşasına yol açmıştır.

Sağlık Bakanlığı, hizmeti sunan diğer kurumlar üzerinde fazla etkin olamadığı gibi; kendisine mevcut mevzuatla verilen yetkileri bile tam anlamıyla kullanamamaktadır. Mevcut sağlık sistemi yönetilmemekte, idare edilmektedir. Başka bir anlatımla hedefleri belirlemek ve sistemi buna doğru sürüklemek yerine mevcut sistemlerin üzerinde çok fazla durulduğundan Sağlık Bakanlığı merkezi ve ufak işlevsel kararlarla doğrudan ilgilenmektedir. Bu durum ise esnekliği ve verimliliği önlemektedir.

Halen Türkiye'de, eczacı ve sağlık memuru dışında diğer bütün sağlık personelinde sayısal bir yetersizlik mevcuttur. Sağlık

personelinin ülke genelinde ve kıır-kent bazında dağılımları dengesizdir. Türkiye'de sağlık personel piramidi en üstte hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru şekline dönüşmüştür ki, bu olması gereken piramidin tam tersidir.

Ülke genelinde sağlık personeli planlaması fazla globaldir ve ülke hizmetlerin götürülmesinden sorumlu bir kuruluş tarafından yürütülmemektedir. Sağlık Bakanlığının fonksiyonu yalnızca kadro tahsisi ve işe yerleştirmedir.

Mesleklerin görev, yetki ve sorumluluklarını düzenleyen mevzuat çok eskidir, bazı meslekler için hiç bir hukuki düzenleme yoktur.

Sağlık hizmetleri, birbirinden ayrı faaliyet gösteren muhtelif kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Günümüzde toplumlara çeşitli sağlık hizmetleri sunan hastaneler, en büyük sağlık hizmet birimidir. Hastanelerin katı merkeziyetçi ve bürokratik yönetim yapısı, yönetimin profesyonel hastane yöneticiliği esaslarına dayanmaması ve verimlilik prensiplerinin uygulanmaması başlıca sorunlardır. Hastanelerde maliyet kavramı gelişmemiştir. Dolayısıyla maliyet muhasebesi sistemleri de yoktur. Yönetim performansını değerlendirecek veri/bilgi sistemleri de bulunmamaktadır.

Bugün Türkiye'de sağlıklı bir sağlık müracaat zinciri oluşturulamamıştır. Sağlık müracaat zincirinin kurulmasında iki önemli amaç vardır. Birincisi halkın sağlık hizmeti almasında kolaylık sağlanması ve gecikmelerin önlenmesi yani erken tanı, diğeri ise ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti veren kurumlardaki gereksiz yığılımların önlenerek daha nitelikli rasyonel hizmet sunulmasıdır.

Bakanlık bünyesinde halen toplanmakta olan verilerin kalitesinin düşük olduğu, daha doğrusu bu konuda hiç bir özel çabanın gösterilmediği saptanmıştır. Buna ek olarak toplanan



bilgilerin doğruluğunun ve güvenilirliğinin irdelenmediği de gözlenmiştir.

Sadece Sağlık Bakanlığı değil, üniversiteler, belediyeler, PTT, TCDD, SSK gibi çeşitli kurumların sağlık hizmeti sunduğu Türkiye’de karar verme, değerlendirme ve politika üretme için kullanılan veri ve bilgilerin kalitesi belirsiz, güvenilirliği ise yok denecek kadar azdır. Veri yokluğu veya eksikliği yetersiz gelişmenin göstergesidir.

Günümüz toplumlarında Sosyal Güvenlik; tartışmasız bir şekilde gerekli ancak bedeli o nisbette yüksek bir himaye sistemidir. Bu kapsam içinde sağlık sektörünün finansman ihtiyacı, bütün ülkeler için, bir sorun olma niteliğini giderek artan bir önemde korumaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman biçiminde siyasal tercihler ve sosyal hedefler rol oynamaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu kaynakları, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin hizmet karşılığı yapmış oldukları ödemelerden sağlanmaktadır. Halen, sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusun bir kısmı prim karşılığı olarak hizmetlerden faydalanırken diğer bir kısmının sağlık giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Bunun dışındaki nüfusun önemli bir kısmı ise hizmet karşılığında doğrudan doğruya kendileri ödemede bulunurken, ödeme gücü olmayanların bakımları da devletçe karşılanmaktadır.

Nüfusun tamamının genel bir sağlık sigortası kapsamına alınmamış olması, hizmetin finansmanında ve hizmetten yararlanmada farklı uygulamalara sebep olmaktadır. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersizliği bir yana, örgütlenmedeki çok başlılık ve hizmetlerin sağlık ekonomisi disiplininin uzak bir şekilde verilmesi mevcut kaynakların kullanımındaki etkinliği azaltmaktadır.

Türkiye’de sağlık harcamalarının ortalama yarısı kamu harcamalarından karşılanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde özel sektör katkısının önemli bir miktar olduğu inkar edilemez.

2000’li yıllara geldiğimizde, önceden beri esas itibariyle “Sosyal Devlet” anlayışı çerçevesinde sürdürülen sağlık hizmetleri Türkiye’de istenilen düzeyde gerçekleşmemiş ve bu sektörle ilgili bütün kesimlerin memnuniyetsizliğine neden olmuştur. Zira, sorun bütün boyutuyla devam etmektedir. Dolayısıyla bugün, sağlık hizmetleriyle ilgili bir “reform ihtiyacı”, Türkiye’de önemli ve ciddi bir sorun olarak makro hedefler arasında yerini almıştır. Türkiye’de sağlık amaçlı kullanılan toplam kaynak ve insangücü ile elde edilen sağlık hizmetinin kullanım değeri arasında rasyonel ilişki bulunmamaktadır. Çünkü, sağlık kurum ve kuruluşlarında mevcut üretim faktörleri etkin olarak kullanılmadığından, ciddi boyutlara varan kaynak israfına neden olunmaktadır. Bu çerçevede devlet hastaneleri başta olmak üzere sağlık sektöründe faaliyet gösteren mevcut tesislerin rasyonel bir şekilde işletilmesinin sağlanması hedefine bağlı olarak “Özelleştirme” gündeme gelmiştir.

Sağlık Bakanlığı özelleştirmeye henüz hazır değildir. Özelleştirmeye gitmek için; tesisleri, bankaları, neyin beklendiğini, vakalara göre neyin nasıl yapılması gerektiğini tanımlamak gerekir. Sağlıklı bir özelleştirme için herkese sosyal güvenlik sağlanmalı ki, bu güce sahip olmayanda hizmetten hakça yararlanabilsin.

Tam bir özelleştirmeye gitmeden önce yine hizmetin sahibi devlet olur, bazı hizmetler (malzeme temini, boya, badana temizlik vs.) özel sektör tarafından gerçekleştirilebilir. Yani başlangıç olarak kısmi özelleştirme uygulanabilir.

Bugün, ödeme gücü olmayan vatandaşlar Yeşil Kart uygulaması

hakkındaki 13 Ağustos 1992 tarihli yönetmelik gereği hizmetlerden yararlanmak istiyorlar. Yönetmelikte belirtildiği üzere bağlı buldukları sağlık ocağına ardından ilçe ve il devlet hastanelerine gidiyorlar. Sonuçta tedavi edilmek üzere çeşitli üniversite hastanelerine sevk ediliyorlar. Buraya kadar bir sorun çıkmıyor. Ancak; uygulamada bazen üniversite hastanelerinin, yönetmelikte gayet açık olarak belirtilen kurallara uymadıkları görülmektedir. İlgili madde şöyledir; "Hastaneler, Yeşil Kart sahiplerine verecekleri yataklı tedavi hizmetleri için gerekli olan tetkik, tedavi ve ameliyatlarda kullanılan her türlü sarf malzemelerini (kalp pili, sun'i damar, kalp kapağı, çivi, kanül, plastik maddeler, plaklar, her çeşit şant, greft, ortez, protez vd. gibi) ve ilaçları, döner sermaye uzmanlarınca karşılanır ve bütün giderlerini faturaya dahil ederler. Bu türden malzeme ve ilaçların alımı ile ilgili reçete ve benzeri belgeler, Yeşil Kart sahibine ve yakınlarına verilemez." Oysa bugün hastanelerce bu maddeye tam uyulmadığı görülmektedir. Hükümet daha etkin ve net bir politika oluşturmalıdır. Yeşil Kart olayında yaşanan sorunlar bir an önce açıklığa kavuşturulmalı, ödeme gücü olmayan bu vatandaşların hakları korunmalıdır.

Genel olarak sorunlara çözüm önerileri şu şekilde konabilir.

-Sağlık Bakanlıkları ve konuyla ilgili diğer sağlık kuruluşları, en yüksek karar düzeyi için bir işlev planlaması yapmalıdır. Bu, yetki ve sorumluluğun en uygun şekilde dağıtılmasını, kaynakların öncelikle temel sağlık hizmeti ve onu destekleyecek servislere tahsisini, bu destekleyici servislerin hizmet verecekleri toplumca ulaşabilecek şekilde yerleşimini sağlamak için temel gereksinmedir. Her düzeyde planlama ve yönetim konularında eğitim, planlama işlemi için zorunludur. Temel sağlık hizmeti planlaması politik, sosyal ve ekonomik faktörleri içerdiğine göre, özellikle merkezi düzeyde,

ekonomi, politika ve diğ er sosyal bilim dallarında bilgi sahibi kişilerden oluşan karma planlama ekiplerine gereksinme vardır.

-Sağlık hizmetleri ÷lke genelinde dengeli bir şekilde yaygınlaştırılmalıdır. Sağlık alanında hizmet veren tüm kurumlar arasında işbölümü ve işbirliğı sağlanmalıdır. Gerek kamu gerekse özel sağlık kuruluşlarının belli bölgelerde toplanmaları organizasyon boşluğundan kaynaklanmaktadır. Bir yanda bakanlık ve SSK hastanelerinde kuyruklara fazla doktor yetiştirilemezken, diğ er tarafta özel bir sağlık kuruluşunda doktor gününü 4-5 hasta ile geçirmektedir.

-Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi tabandan tavana doğru olmalıdır. Taban (sağlık ocağı, iş yeri hekimliğı) güçlendirilmelidir. Vatandaşlar örgütlü hizmet zinciri içinde hekimlerin gerek gördüğü yer ve durumlarda ileri merkezlere gönderilmeli, inceleme ve tedavileri yapılmalıdır. Yeterli sağlık hizmeti, iyi örgütlenmiş, nitelikli hekim ve yardımcı sağlık görevlilerinin başarılı bir takım çalışması ile verilebilir. Hizmet zorunlu değil, özendirici olmalıdır.

-Sağlık amacına sadece sağlık sektörü ile erişilmesi olanaksızdır. Özellikle kalkınmakta olan ÷lkelerde, ekonomik gelişme, kıtlığa karşı önlemler, gıda üretimi, su, konut, çevre korunması ve öğretim etkinlikleri sağlığa katkıda bulunur ve amaç aynıdır. İnsanoğlunun kalkınması, sağlık hizmetlerinin gerek sağlık sisteminin gerekse tüm sosyal ve ekonomik kalkınmanın bir parçası olarak, sağlık sektörü ile ilgili diğ er sektörlerin bütün kademelerinde sağlam bir eşgüdümeye dayanması gerekmektedir.

-Sağlık hizmetlerini geliştirme ve engelleri aşmada en önemli başlıca faktör, ulusal bir politika oluşturularak sağlanacak olan toplumsal destektir.

-Hekim sayısı arttırılmalıdır. Bunun için tıp fakültelerini iyi bir şekilde organize etmek gerekir. Plan hedeflerine titizlikle uyularak öğrenci sayısı arttırılmalıdır. Ayrıca tıp fakültelerindeki öğretim üyelerinin sadece eğitimle ilgilenmeleri gerekmektedir. Nicelikten çok niteliğe önem verilmelidir.

-Sağlık personeli tanımları yeniden gözden geçirilmelidir. Günün şartlarına uygun ve sağlık hizmetlerinin gerektirdiği prensip ve ilkeler doğrultusunda tanımları geliştirilmelidir. Örneğin Türkiye’de sağlık memuru+teknisyeni aynı kategori içinde irdelenmektedir. Halbuki teknisyende daha çok analiz, laborantlık gibi yeteneklerin geliştirilmiş olması gerekir. Sağlık memurunda ise daha çok hemşireliğe yakın bazı tanımlara uygun yeteneklerin geliştirilmiş olması gerekir.

-Toplumun sağlık düzeyinin ölçülmesi, mevcut hizmet sunumunun belirlenmesi, geçmişle karşılaştırılması, gelecekte yapılacak hizmetlerin planlanması, hangi toplum ya da bölgede ne tür bir hizmetin verileceğinin belirlenmesi, sağlık sorunlarına pratik çözüm yollarının bulunması için, bir kayıt sisteminin kurulması gerekir. Bu kayıtlardan uygun yöntemlerle bilgi toplanması, toplanan bilgilerin değerlendirilerek yönetici, planlayıcı, uygulayıcı ve araştırmacılara sorulması önemli ve yerine getirilmesi gereken bir görevdir.

-Genel bütçeden sağlığa ayrılan pay arttırılmalıdır. Genel Sağlık Sigortası için aceleci olmamalı, önce temel sağlık sorunları çözüme kavuşturulmalı, hizmetin niteliği yükseltilmeli, halkın güveni kazanılmalıdır. Daha sonra aşamalı olarak GSS uygulamasına geçilebilir.

Türkiye’de sağlık sorunları, bu alanda devletin kendisini birinci derecede sorumlu sayması ve sorunların kapsamını belirleyen ve

kapsamın ciddiyeti ile bağdaşır çözümler ve kaynakların sunulmasıyla çözülebilecek niteliktedir.

Türkiye, halkının daha sağlıklı ve uzun bir ömür sürmesi için gereken sağlık hizmetlerini sunacak imkanlara sahiptir. Bu imkanları kullanacak gerekli kaynakların harekete geçirilmesi akılcı politikaların uygulanmasına bağlıdır. Akılcı bir politikanın ön şartları: bulunulan noktayı doğru tesbit etmek; amaçları doğru tesbit etmek; bulunulan noktadan amaca yönelik en kısa, en ucuz ve en etkili yolu bulmak; katedilecek mesafe için gereken kaynak ihtiyacını (zaman, insangücü, para, malzeme vb.) gerçekçi olarak hesaplamak; ihtiyacın sonsuz, kaynakların sınırlı olduğu gözönünde bulundurularak öncelikli ülke koşullarına göre en doğru şekilde tesbit etmek ve aksiyon planlarını gerçekçi olarak hazırlamaktır.

## **YARARLANILAN KAYNAKLAR**

### **Kitaplar**

- AKDUR, Recep :**Sağlık Hizmetleri Türkiye ve AET'de Durum**, Ankara, Aralık 1988.
- BAYKAN, Nevres vd. :**Toplum Hekimliği (ders Kitabı)**, Ankara Üniv. Yay., s: 379, Ankara, 1979.
- YILDIRIM, Savaş :**Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müd.,Yayın No: 2350, Temmuz 1994.
- BULUTOĞLU, K. :**Kamu Ekonomisine Giriş**, Üçüncü Basılış, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1981.
- KÖKSAL, İ. :**Türk Sosyal Güvenlik Sistemi İçinde Genel Sağlık Sigortasının Kurulması ve Bir Model Denemesi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1992.
- İLKİN, Akın :**Kalkınma, Büyük Ekonomisi Ansiklopedisi**, Paymaş Yayınları, 1988

- HAN, Ergül :**Az gelişmişlik ve Kalkınma Ekonomisi**, Birlik Ofset Yayıncılık, Eskişehir, 1994.
- UNICEF, TETM :**Temel Sağlık Hizmetleri (Primary (Alman Teknik İşbirliği-GTZ) Health Care)**, ALMA-ATA1978, Ankara 1980.
- ÖNERTÜRK, Pınar :**Refah Devletinde Sağlık Hizmetleri**, Maliye ve Gümrük Bakanlığı APK Yay. No: 262, 1984.
- SERİN, Necdet :**Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği**, ÇAKICI, Latif Ankara, 1980.
- KARAİBİŞ, Melih :**Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Sağlık Sektörü**, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniv. Sos. Bil. Ens., İstanbul, 1990.
- MORTAN, Kenan :**Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi**, Ankara, 1984.
- TOKGÖZ, Tandoğan
- EREN, Nevzat :**Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1987.
- SOYSAL, Muzaffer :**Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı**, MPM Yay. No: 486, Ankara, 1993.
- EMRE, Aynur vd.
- VARLIK, Muharrem vd. :**Sağlık Sektörü ile İlgili Temel Esaslar**, DPT Sosyal Planlama Bşk., Eylül 1989.
- SOYER, Ata :**Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Temel Sorunları**, TTB, 1994.



ÇORUM, Serpil

**:Hastanelerde Tıbbi Teknolojik Verimliliği Etkileyen Faktörlerin Analizi (Radyoloji Cihazlar Örneği).**  
Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Ünv., Sos. Bil. Ens., Eskişehir, 1990

Swede Healt,  
Sopha Conceil Sante

**:Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılandırılması ve Yönetiminin Geliştirilmesi,** Nihai Rapor, Mart 1994.

ÜSTÜNEL, Aziz

**:Devlet Hastanelerinde Özelleştirme,** Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 16 Mart 1994.

SEÇİM, Hikmet

**:Hastane Yönetim ve Organizasyonu- Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi,** Anadolu Ünv. Yay. No: 130, AÖF Yay. No: 53, Eskişehir, 1985.

AK, Bilal

**:Hastane Yöneticiliği,** Hacettepe Ünv., Sağlık İdaresi YO., Özkan Matbaacılık AŞ., Ankara, 1990.

ÖZTÜRK, Azim

**:Hastane İşletmelerinde Yönetim ve Organizasyon: Devlet Hastanelerinde Bir İnceleme,** Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Ünv., Adana, 1991.

- İstanbul Ticaret Odası :**Ülkemizde Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi-Seminer-18 Kasım 1994, İTO Yay. No: 1993-9.**
- ÇİLİNGİROĞLU, Nesrin vd. :**Türkiyede Sağlık Hizmetleri Sağlık Sigortasının Temel İlkeleri ve Maliyet Tahmini-Yeşil Kart Uygulaması, DPT Sosyal Planlama Genel Müd., Ankara, 1992.**
- TOKAT, Mehmet :**Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı, Ankara, Nisan 1993.**
- VARLIK, Muharrem :**Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetleri, DPT Sosyal Planlama Genel Müd., Ocak 1992.**
- YILDIZ, Zühra :**Kamu Kesiminde Sağlık Hizmetlerinin Kamu Harcamaları Açısından Analizi Türkiye: 1973-1990, Anadolu Üniv., Sos Bil. Ens., Yayınlanmamış Doktora Tezi, Eskişehir, 1993.**
- AKIN, Ülgen :**Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, MPM Yayınları: 332, Ankara, 1985.**
- SÖZBİLİR, Halim :**Hastanelerde Etkinliği Artırmada Yönetime Yardımcı Bir Araç Olarak Maliyet Bilgilerinin Kullanılması ve Afyon'da Bir Örnek Olay Çalışması,**

Anadolu Ünv. Yay. No: 135, İİBF Yay. No: 33, Eskişehir, 1986.

GÜLER, Çağatay

:**Sağlık Eğitimi**, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1987.

DUMON, W.

:**Avrupa Topluluğu Ülkelerinde Aile Politikası**, Aile Araştırma Kurumu Bşk., Ankara, 1991.

YALÇIN, Mehmet  
BARDAK, Murat

:**Sağlık İstatistikleri 1993**, S.B. APK Bşk. Yay. No: 558, Aralık 1993.

YILMAZ, Tuna

:**Kabul Gören Rasyoların Işığında Türkiye'de Sağlık Personeli ile Yardımcı Sağlık Personeli Arasındaki Uyum ve Uyumsuzluğun İstatistikî Test Edilmesi**, DPT Sosyal Planlama Teşkilatı, Haziran 1990.

### **Makaleler**

SMİTH, Brian Abel

:“Genel Sağlık Sigortası Uluslararası Deneyimden Çıkarılan Dersler” **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: II, 1993.

TENGİLİMOĞLU, Dilaver

:“Sağlık Hizmetleri Piyasa Araştırması” **Toplum ve Hekim Dergisi**, s: 56, Ağustos 1993.

MENDERES, Münevver  
ÇELİK, YUSUF

:“Hastanelerde Malzeme Yönetiminin Önemi” **Verimlilik Dergisi**, MPM Yay.,

Cilt: 23, s: 1, 1984.

TOKER, Sencer Ozan

:“Yataklı Tedavi Kurumlarında Verimliliğin Sağlanması Açısından İhmal Edilmemesi Gereken İki Önemli Faktör” **Toplum ve Hekim Dergisi**, TTB, s: 56, Ağustos 1993.

SEÇİM, Hikmet

:“Çeşitli Ülkelerde Hastane Organizasyonu ve Türkiye’de Hastane Organizasyonunun Temel Sorunları” **Anadolu Üniv. İİBF Dergisi**, Cilt: III, s: 2, Eskişehir, 1985.

---

:“Hastanelerde Verimliliği Artırma Yöntemleri” **Verimlilik Dergisi**, Cilt: 17, s: 1, Ankara, 1988.

SOYER, Ata

:“Sağlıkta Özelleştirme” **Toplum ve Hekim Dergisi**, s: 57, Ekim 1993.

ÖZTÜRK, Azim

:“Sağlık Sektöründe Özelleştirme-Devlet Hastaneleri Açısından Bir Değerlendirme” **Verimlilik Dergisi**, MPM Yay., s: 1993/3.

SAVAŞ, Serdar

:“Sağlık Reformu” **Görüş Dergisi**, Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği Yayın Organı, s: 8, Mart 1993.

ÖZTEK, Zafer

:“Temel Sağlık Hizmetleri ve Türkiye” **Toplum ve Hekim Dergisi**, TTB Yayın Organı, s: 38, Odak Ofset, Ankara, 1985.

- ÇETİNKAYA, Fevziye vd. : "Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Yararlanmada Aile Reisi Eğitiminin Rolü" **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: II, 1993.
- Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu : "Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu Raporu" **Toplum ve Hekim Dergisi**, TTB Yayın Organı, s: 50, Mayıs 1992.
- ÇİLİNGİROĞLU, N. : "Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Ekonomisi" **Nüfus Bilim Dergisi**, s:10, 1988.
- ÖZGEN, Hüseyin  
ÖZTÜRK, Azim : "Devlet Hastanelerinde Karşılaşılan Yönetim Sorunları ve Bir Model Önerisi" **Verimlilik Dergisi**, MPM Yay., Cilt: 23, s: 1, 1994.

### **Diğer Kaynaklar**

- Sağlık Bakanlığı : **TBMM'ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı**, Ankara, Mayıs 1992.
- \_\_\_\_\_ : **Ulusal Sağlık Politikası**, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, Mart 1993.
- \_\_\_\_\_ : **Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı**, Ankara, Mayıs 1992.

---

**:Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı**, S.B. Yay. No: 539, Ankara, 1991.

---

**:I. Ulusal Sağlık Kongresi (23-27 Mart 1992) Çalışma Grupları Raporları**, Ankara, Mayıs 1992.

---

**:Türkiye'de Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje**, Ankara, 1992.

SSYB

---

**:Yataklı Tedavi Kurumları İstatistiksel Yıllığı (1989)**, SSYB Yay., Ankara, 1990.

---

**:Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl**, SSYB Yay. No: 422, Ankara, 1973.

---

**:Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum**, Ankara, Şubat 1992.

---

**:Türk Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü Mevcut Durum Raporu**, Aralık 1989.

---

**:Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı Üzerine Dünya Sağlık Teşkilatının Görüş ve Önerileri (İngilizce Orjinal Döküman)**, Ankara, Aralık 1992.

---

**:Genel Sağlık Sigortası Kılavuzu**, Eylül 1990.

---

**:Sağlık Reformu ile İlgili Kanun Tasarı Taslakları ve Gerekçeleri**, 31 Mart 1993.

---

**:Çalışma Grupları Tartışma Soruları,**  
Ankara, Şubat 1992.

---

**:Türkiye'de Sağlık İnsangücü,** S.B.  
Personel Genel Müd. Yay. No: 540, 1990.

---

**:Basında Sağlık Projesi,** S.B. Sağlık  
Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara,  
Nisan 1993.

---

**:Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı,** Ankara,  
Şubat 1992.

---

**:Sağlıkta Strateji Dergisi,** Sağlık Projesi  
Genel Koordinatörlüğü Yayın Organı,s: 1  
(Nisan 1994), s: 2 (Haziran 1994), s: 3  
(Eylül 1994).

DPT

**:VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sosyal  
Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin  
Rasyonalizasyonu Özel İhtisas  
Komisyonu Raporu,** Yay. No: DPT: 2274-  
ÖİK: 391, Eylül 1991.

---

**:VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Kadın-  
Çocuk ve Gençlik Özel İhtisas  
Komisyonu,** Ankara, Kasım 1993.

---

**:I.-II.-III.-IV.-V. ve VI. Beş Yıllık  
Kalkınma Planları.**

- 
- :VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1994 Yılı Yatırım Programı**
- TTB **:Sağlıkta Gündem: Herkese Eşit Fırsat mı? Serbest Piyasa Egemenliği mi?**, TTB Merkez Konseyi, Ankara 1992.
- DİE **:1987 Yılı Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi Sonuçları**, DİE Yay. No: 1439, Ankara, 1990.
- 
- :Türkiye İstatistik Yıllığı**, DİE Yay. No: 1510, Ankara, 1991.
- SSK **:1991-1992 ve 1993 Faaliyet Raporları**
- 
- :1993 Yılı İstatistik Yıllığı**.
- Maliye ve Gümrük Bak. **:Sağlık Hizmetleri (1980-1993)**, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müd., s: 1993/7, Ankara, Ocak 1993.
- UNICEF **:Ulusların Gelişmesi 1993**.
- WHO **:Herkes İçin Sağlık Hedefleri, Avrupa Bölgesi "Herkes İçin Sağlık" Strateji Hedefleri**, WHO Avrupa Bölgesi Ofisi, Kopenhag.
- 
- :Healt For All 2000**, Geneva.