

PAPER DETAILS

TITLE: Türkiye'de saglik sisteminin sorunlari ve çözüm önerileri

AUTHORS: Arzu BULUT, Halil SENGÜL

PAGES: 45-54

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1100173>



Türkiye’de Sağlık Sisteminin Sorunları ve Çözüm Önerileri

Arzu BULUT ¹, Halil ŞENGÜL ²

¹Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü

²Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Arzu BULUT

e-mail: arzublt80@gmail.com Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi / Received: 23.06.2019, **Kabul Tarihi / Accepted:** 10.09.2019

Copyright holder Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ÖZ

Gelişmekte olan ülkelerde nüfus yapısındaki değişiklikler, ortak kamu sağlığı problemleri ve sağlık göstergeleri gibi nedenlerle her geçen yıl artan sağlık harcamaları, sağlık sistemlerinin yeniden planlanmasına yol açmıştır. Ülkeler kamu kaynaklarının önemli bir kısmını sağlık harcamalarına ayırmaktadırlar. Sağlık harcamalarının tüm dünya da hızla artmaya devam etmesi nedeniyle hem kamu hem de özel sektörde sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili tartışmalar ve kaynak bulma çabaları devam etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de hakkaniyetli ve adil bir şekilde vatandaşlarına daha kaliteli ve çağdaş sağlık hizmeti sunmak amacıyla yapısal reformlar gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızda Türkiye’de sağlık sisteminde yaşanan dönüşümü ve bu dönüşümün yansımalarını ele alarak, 1980’lerde izlenen neo-liberal dönüşüm politikalarının sağlık hizmetlerine yansımaları tanımlanarak, dönüşüm sürecini etkileriyle analiz etmek amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Türk Sağlık Sistemi, Sağlık Reformları, Sağlıkta Dönüşüm Programı.

Problems and Solutions of the Health System in Turkey

ABSTRACT

Increasing health expenditures each year due to changes in population structure, common public health problems and health indicators in developing countries have led to the re-planning of health systems. Countries devote a significant portion of their public resources to health expenditures. As health expenditures continue to increase rapidly all over the world, discussions and funding efforts regarding the financing of health services in both public and private sectors are continuing. As in developing countries, structural reforms have been implemented in Turkey in order to provide better quality and contemporary health care to its citizens in a fair and equitable manner. In our study, it is aimed to analyze the effects of the transformation process by addressing the transformation in the health system in Turkey and the reflections of the neoliberal transformation policies pursued in the 1980s by defining the reflections on health services.

Keywords: Turkish Health System, Health Reforms, Health Transformation Program.

1. GİRİŞ

Sağlık evrensel bir insan hakkı ve temel insan ihtiyacıdır. Güvenli ve etkili sağlık hizmetlerine erişim sağlığın temel bir belirleyicisidir. Sağlıkta eşitsizliği azaltmayı hedefleyen birçok hükümet, sağlık sistemine ve sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmeyi ve sağlık hizmetlerini toplumun tüm kesimlerine eşit bir şekilde dağıtmayı hedeflemiştir (Yardım ve Üner, 2018). Türkiye’de 1961 Anayasası, herkesin tıbbi bakım görmesini ve sosyal güvenlik hakkının karşılanmasını devletin ödevi olarak görmektedir. 1982 Anayasası ise sağlığın

korunmasını devlet ve bireyin birer ödevi olarak tanımlanmakta, devleti kamu ile özel sağlık kuruluşlarını denetlemesi suretiyle ödevini yerine getiren bir konuma indirmektedir (Elbek ve Adaş, 2009). Aynı zamanda günümüzde çoğu ülke, sağlığın bir kamu hakkı ve sürdürülebilir kalkınma için de en önemli faktör olduğunu kabul etmiştir (Qolipour, Faraji Khiavi ve Saadati, 2017).

Sağlık sektörü, sosyal devlet ilkesini esas alan ülkeler başta olmak üzere, birçok ülkede halen kamu payının yüksek olduğu sektörler arasındadır. Ülkeler kamu kaynaklarının önemli bir kısmını her geçen yıl

artan sağlık harcamalarına ayırmaktadırlar (Ünal ve Tagiyev, 2016).

Sağlık harcamalarının tüm dünyada hızla artmaya devam etmesi ve kamuya artan yükü nedeniyle, kamunun sağlık alanındaki rolü, izlediği politikalar ve sağlık harcamalarını kontrol çabaları da tartışılmaya başlanmıştır. Sağlık sektörü, ekonomik gelişme sürecinde bir ülkenin ekonomisinin önemli altyapısını oluşturur. Sağlık hizmetleri, hekim ve hasta arasındaki asimetrik bilgiler, sınırlı rekabet, yıkıcı sağlık harcamaları ve erişimdeki eşitsizlikler nedeni ile hükümetlerin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)'dan sağlık sektörüne önemli oranda pay ayırmalarına yol açmıştır (Qolipour ve ark., 2017). Ülkeler daha iyi bir sağlık seviyesine ulaşmak, artan beklentiler ve demografik değişimlere ayak uydurmak, teknolojik gelişmelerin gerisinde kalmamak gibi çeşitli faktörlerin kaynaklık ettiği “reform” olarak adlandırılan söz konusu sağlık politikaları geliştirerek, sağlık piyasasının arz ve talep olmak üzere en önemli iki ayağına odaklanmaktadır (Bostan ve Çiftçi, 2016).

Bu çalışmanın temel amacı genel hatları ile Türkiye’de sağlıkta yaşanan dönüşümü ve bu dönüşümün yansımalarını ele almaktadır. Çalışmamızda Türkiye’de 1980’lerde izlenen neo-liberal dönüşüm politikalarının sağlık hizmetlerine yansımaları ve dönüşümün gerekçeleri ile birlikte siyasal bileşenlerini tanımlayarak, dönüşümün sağlık alanını nasıl şekillendirdiğini ve yaşanan sürecinin gerek toplum gerekse de sağlık çalışanlarına etkilerini analiz etmek amaçlanmıştır.

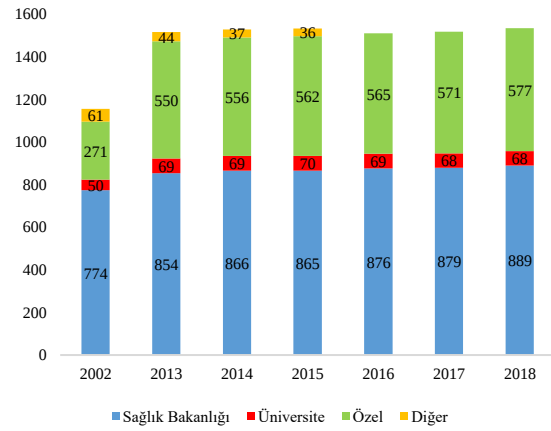
2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ

2.1. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Yapısı

Türk sağlık sistemi yapısal olarak karmaşık olmasının yanında, parçalanmış tedarik ve finansman sistemleri ile sağlık hizmetlerine erişim sorunlarıyla da karakterize edilmektedir (Alazawi, Aljunid, Sulku ve Nur, 2014). Türkiye’de sağlık sistemi yetkilerin ve karar mekanizmasının merkezde toplandığı bir yapıya sahiptir (Ünal ve Tagiyev, 2016). Türkiye’de bu yapı kamu, özel ve gönüllü örgütlerden oluşmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumu çoğunlukla kamu tarafından sunulmaktadır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı (SB) birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini yerine getirmektedir. Bunun yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri diğer kamu kuruluşları, dernek, vakıf ve özel kişiler tarafından da sunulmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak dışında bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarının da yıllar içerisinde artması ile birlikte günümüzde SB halen tüm sektörler arasında en büyük paya sahip konumdadır (Erençin ve Yolcu, 2008).

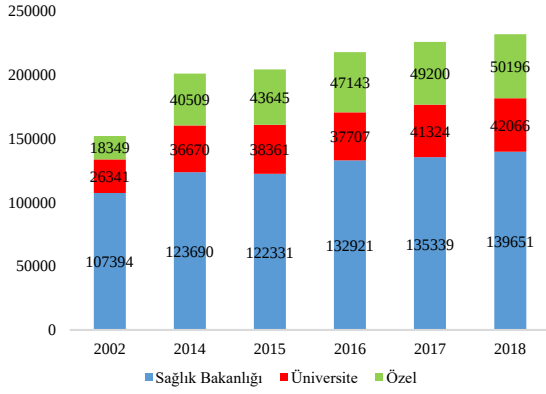
Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 yılı verilerine göre Türkiye’de toplam 34,559 sağlık kurumu bulunmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2018; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2018). Bunların 1534’ü yataklı sağlık kurumu olup, toplam

yatak sayısı 231,913, 1000 kişi başına düşen yatak sayısı ise 2.83’dür. 2018 yılında Türkiye’de bulunan hastanelerin 889’u SB, 68’i üniversite ve 577’si özel hastane niteliğindedir. Yataksız tedavi kurum (aile hekimliği birimi, özel poliklinik, özel tıp merkezleri vs.) sayısı ise 33,025’dir. 2018 yılında birinci basamak sağlık kuruluşlarından 26,252 Aile Hekimliği Birimi, 7979 Aile Sağlığı Merkezi, 776 Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), 5259 Sağlık Evi, 172 Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi, 173 Verem Savaş Dispanseri, 175 Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), 2618 Acil Yardım İstasyonu ve 83 Halk Sağlığı Laboratuvarları bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Türkiye’de yıllara ve sektörlere göre hastane sayıları Şekil 1’de gösterilmiştir.



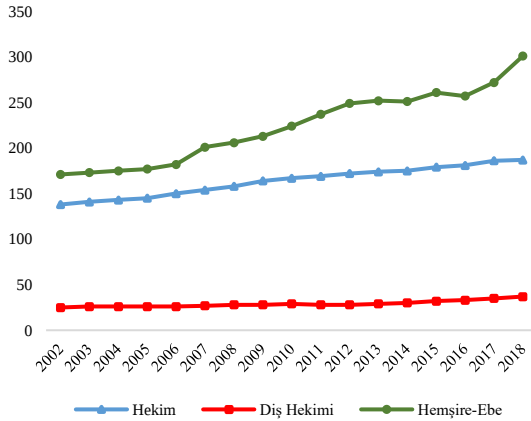
Şekil 1. Yıllara ve sektörlere göre hastane sayıları; Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre Türkiye’de 2018 yılında 10,000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 27.7 olup, 46.9 oranı ile OECD üyesi ülkelerin ortalamasının halen gerisindedir. Yıllara ve sektörlere göre hastane yatağı sayıları Şekil 2’de gösterilmiştir. Özel hastanelerin sayısı 2002 yılında 271 iken, 2018 yılında bu sayı 577’ye yükselmiştir. Özel sektörün toplam hastane sayısındaki payı ise 2002-2018 yılları arasında sırasıyla %23’ten %38’e yükselmiştir. Özel hastanelerin oranı 2010 yılında toplam hastane sayısının yaklaşık 1/3’ü olmasına rağmen, yatak kapasitelerinin büyük olduğu söylenemez. 2018 yılında özel hastane nitelikli yatakların oranı toplam nitelikli hastane yatağının %23.7’sini oluşturuyordu. Sağlık hizmetlerinde özel sektör faaliyetlerinin artmasına paralel olarak, tedavi edilen hasta sayısı 2002 yılında 4.4 milyondan, 2009 yılında 46.2 milyona yükselmiştir; bu durum, özel hastanelerin temel olarak yatılı tedavi ve bakım yerine daha çok ayakta tedaviye odaklandığını göstermektedir (Tatar ve ark., 2011). Öte yandan 2002 yılında 2214 olan yoğun bakım yatağı sayısı, 2018 yılında 38,098’e yükselmesi yoğun bakım yatağı ihtiyacının önemli oranda karşılanması açısından sevindirici bir durumdur (Sağlık Bakanlığı, 2018).



Şekil 2. Yıllara ve sektörlere göre hastane yatağı sayıları; Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018.

Türkiye’de 100,000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı 2018 yılında 301 iken OECD üyesi ülkeleri ortalamasında bu sayı 938’dir. Türkiye’de 2018 yılında 100,000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 187, toplam diş hekimi sayısı 37’dir. 2017 yılı verilerine göre OECD üyesi ülkeleri ortalamasında toplam hekim sayısı 348, toplam diş hekimi sayısı ise 70’dir. Yıllara göre 100,000 kişiye düşen toplam hekim, diş hekimi ve hemşire sayıları Şekil 3’de gösterilmiştir. 2002 yılında tüm sektörlerde toplam hekim sayısı 91,949’dan 2018 yılında 153,128’e yükselirken, hemşire sayısı 72,393’ten 190.499’a yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018). 2002-2018 yılları arasında hekim sayılarındaki artış 1.7 katı gerçekleşirken, hemşirelerin sayısı aynı yıllar arasında yaklaşık 2.6 katı artış göstermiştir.



Şekil 3. Yıllara göre 100,000 kişiye düşen toplam hekim, diş hekimi ve hemşire sayısı; Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018.

2.2. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Finansal Yapısı

Türkiye’de kamu ve özel kesim tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı primler, vergiler, özel sağlık sigortaları ve cepten yapılan harcamalarla karşılanmaktadır. Türkiye sağlık sisteminin karma yapısı bir yandan Bismark Modeli olarak adlandırılan sağlık sigortacılığı modelini

uygularken, öte yandan kamu yardımı modeli olarak adlandırılan Beveridge Modeli uygulanmaktadır. Aynı zamanda sağlık sisteminin finansmanında özel harcamalarda yer almaktadır. Sağlık harcamaları esas olarak, sağlığı koruma ve geliştirme hedefi doğrultusunda tüm bakım, koruma, geliştirme ve acil programlar için yapılan harcamalardır (Ağır ve Tıraş, 2018). Türkiye, cumhuriyetin ilk yıllarından başlamak üzere uzunca yıllar kamusal nitelikte sağlık hizmetlerini sunmuş ve finanse etmiştir. 2003 yılında toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %70’i Türkiye’de kamu tarafından finanse edilmekteydi (Yardım ve Üner, 2018). Ancak ilerleyen dönemlerde daha uzun ve sağlıklı yaşama isteği, bunun getirdiği sağlık hizmetine erişimin artması, sağlığın metalaştırılması, kâr ve sermaye birikimini sağlık üstünden sağlama eğilimleriyle beraber sağlık harcamaları da artış göstermiştir. Bununla birlikte işsizlik oranının 2018 yılında %10.9 seviyesinde olması ve çalışan nüfusun tahmini %50’sinin vergi ödemeye kayıtlı olmaması nedeniyle, sağlık sisteminin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) aracılığıyla finanse edilmesi sorun oluşturmaktadır. Şu anda, toplanan primler SGK harcamalarının sadece yarısından daha azını destekleyebilir. Sonuç olarak da geri ödemeler, tamamlayıcı sağlık sigortası ve cepten harcamalar artmaktadır (Atun ve ark., 2014).

2.3. Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Sisteminin Dönüşümü

Türkiye 1978’de “Herkesin Sağlık Hedefleri ve Stratejileri”nin güncellenmesinde aktif rol almıştır (Bostan ve Çiftçi, 2016). 1990’ların başında Türkiye’nin doğu ve kuzey bölgelerinde ve kırsal alanlarda kentlere göre daha düşük seviyelerde olan sağlık durumlarında yaşanan bölgesel eşitsizlikler endişe kaynağı olmuş ve 1990’ların başında ciddi reform girişimleri planlanmıştır. 1990’lı yılların reformlarının ana odağı, 1980’lerin başında yapısal uyum politikalarından ortaya çıkan piyasa odaklı politikalar aracılığıyla verimliliğin artırılmasıydı (Ökem ve Çakar, 2015). 1998’de Doğu Asya krizi ile başlayan krizler süreçlerini neo-liberal politikalarla yönetmiş, Türkiye ile Uluslararası Para Fonu arasında 1998 yılı sonrasında uzun süreli aralıksız bir ilişki başlamıştır. Dünya Bankası 2001 küresel krizinin ardından “yapısal reform” başlığı altında, birçok ekonomik düzenleme getirmiştir. Bu düzenleme ile sosyal devlet eylemlerinin sınırlandırılması, oluşan mali yükün hizmetten yararlananlarca üstlenilmesi ve işgücü piyasasını etkileyen iktisat politikası argümanlarının ortadan kaldırılmasını amaçlanmıştır (Çetin, 2017). Tüm bunlardan yola çıkarak 2003 yılında uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’nın 1980’lerle birlikte benimsenen neo-liberal yapısal dönüşüm politikalarının bir sonucu olduğu söylenebilir (Elbek ve Adaş, 2009).

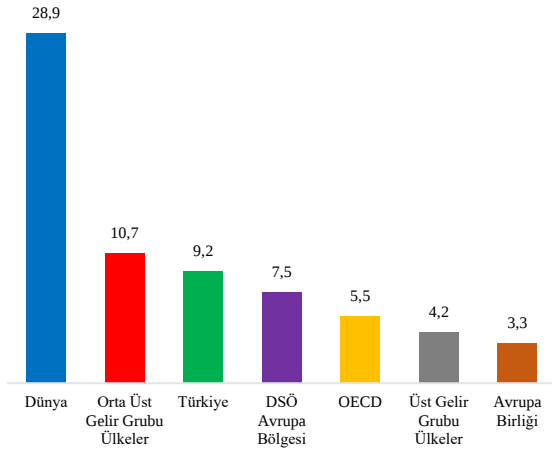
Türkiye 1998’de DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) Avrupa Bölge Komitesi tarafından kabul edilen “21. yüzyılda 21 Hedef”i benimsemiştir. Türkiye benimsediği hedefler doğrultusunda Avrupa Birliği sağlık mevzuatına uyum sağlamayı amaçlayan stratejik planlamasını 2001 yılında gerçekleştirmiştir. Türkiye 2003 yılında ise vatandaşlarına daha kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini hakkaniyetli ve adil bir şekilde sunan, artan sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmak amacı ile SDP uygulanmaya başlanmıştır (Bostan ve Çiftçi, 2016). SDP 1982 Anayasası’nın ruhunu taşıyan bir reform olup, 1996-2000 yıllarını kapsayan yedinci beş yıllık kalkınma planı ile 2001-2005 yıllarını kapsayan sekizinci beş yıllık kalkınma planlarının da temel belirleyeni olmuştur (Elbek ve Adaş, 2009). SDP sadece Türkiye ile sınırlı olmayıp, ülkemizde olduğu gibi birçok ülkede bu politikaların oluşumun da Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ve DSÖ gibi uluslararası organizasyonların etkileri belirleyicidir. 2003 yılı Dünya Bankası raporunda, Türkiye’nin sağlık göstergelerinde ve sağlık personeli sayısında bölgeler arası farklılıkların olduğu, hastalık ve tedaviyle ilgili bilinçsizlik, yoksulların daha az tedavi imkanına sahip olması gibi önemli hakkaniyetsizliklere işaret edilmiştir. Dünya Bankası tüm bu sorunların çözümü için sağlık sisteminde geniş çaplı bir yapılanmaya ve yeni düzenlemeye gidilmesini önermişti (Çetin, 2017). Türkiye’de 1990’lı yıllarda başlayan sağlıkta reform çalışmaları, 2003 yılı SDP ile desteklenmiştir (Ağır ve Tıraş, 2018). SDP ile sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliği, verimliliği, kalitesi ve erişilebilirliğinin artırılması amaçlanarak, sağlık finansmanında, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve organizasyonunda köklü değişiklikler sağlanmıştır (Yardım ve Üner, 2018). SDP’nin temel bileşenleri arasında mevcut sigorta planlarının tek bir kurumda birleştirilmesi ve zorunlu sosyal sağlık sigortası; performansla ilgili ödeme sistemi: aile hekimliği ile sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması, kamu hastanelerine özerklik verilmesi ve SB’nin yönetim rolünün güçlendirilmesi yer almaktadır (Ökem ve Çakar, 2015; Bostan ve Çiftçi, 2016).

2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Yansımaları

SDP ile sağlık hizmetlerinde yapılan reformlarla bir dizi gelişme kaydedilmesine rağmen Türkiye’de sağlık sektörü halen tüm dünya genelinde ki gelişmiş ülkeler ile karşılaştırmalarında olumsuz ekonomik ve sağlık göstergelerine sahiptir. Bu göstergeler sağlık statüsünden, doğumda beklenen yaşam süresine, anne ve bebek ölümlerinden, hekim başına düşen hasta sayısına kadar çok geniş çeşitlilikte göstergeler olup, OECD üyesi ülkelerin ortalamasının oldukça gerisindedir. Türkiye’de sağlık sektöründe yaşanan bu olumsuzluklar elbette ki sağlık sisteminde yaşanan sorunlarında kaynağını oluşturmaktadır. Türkiye’de 2002 yılında toplam

sağlık harcamasının GSYH’ya oranı %5.2 iken bu oran 2018 yılı %4.4’dür (TÜİK, 2018). Bu oran Birleşik Krallık’da %9.6, ABD’de %17.1, Almanya’da %11.2’dir. Türkiye’de kişi başına düşen toplam sağlık harcaması 2017 yılında 1193 ABD \$’ıdır. Bu oran ABD’de 10,209, Birleşik Krallık’da 4245 ABD \$’ı, Almanya’da ise 5728 ABD \$’ıdır (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2018). Türkiye’de 2018 yılı finansman türüne göre cari sağlık harcaması dağılımları değerlendirildiğinde, %77.5 kamu, %17.3 cepten, %5 ise diğer özel harcamalardır. Kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması Satın Alma Gücü Paritesi (SGP)’ne göre 206 ABD \$’ıdır. 2002 yılında %0.43 olan sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hane oranı ise 2017 yılında %0.12’ye gerilemiştir. 1999 yılında 15,902 (milyon \$) olan toplam sağlık harcaması 2018 yılında 31,176’ya (milyon \$) ulaşmış olmasına rağmen Türkiye, gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında toplam sağlık harcamasının GSMH içinde payı ve kişi başına düşen toplam sağlık harcaması oldukça düşüktür (TÜİK, 2018). Türkiye ülke karşılaştırmalarında olumsuz ekonomik ve sağlık göstergelere sahip olmasına rağmen SDP’nin uygulanmaya başladığı 2003 yılından günümüze kadar geçen sürede temel sağlık durumu göstergelerinde yıllar içerisinde kayda değer gelişmeler kaydedilmiştir. Türkiye’de ortalama yaşam beklentisi 2018 yılında erkekler için 75.6, kadınlar için 81 yıl olarak gerçekleşti (Sağlık Bakanlığı, 2018). Doğumda yaşam beklentisi, 1978’den bu yana istikrarlı bir şekilde artmaktadır ve bu nedenle tamamen SDP atfedilmemiştir (Atun, 2014).

Bebek ölüm oranı (BÖÖ) 1000 canlı doğumda 1980’de 117,5’ye 1999’da 42.2’ye 2018’de ise 1000 canlı doğumda 9.2’ye düştü (OECD, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2018). Bu başarılarla rağmen, BÖÖ yıllar içinde azalmakla birlikte kırsal ve kentsel alanlar ile ülkenin farklı bölgeleri arasında hala tutarsızlıklar var. Kırsal alanlarda daha yüksek olan BÖÖ, düşük sosyoekonomik koşullara, kadının düşük eğitim düzeyine ve bebeklik döneminde bulaşıcı hastalıkların yaygınlığına bağlanabilir (Ener ve Yelkikalan, 2003). Türkiye BÖÖ’nda gelişmiş birçok Avrupa ülkesinin oldukça gerisindedir. BÖÖ 1000 canlı doğumda İspanya’da 2.7, Norveç’te 2.2, Almanya’da 3.4’dür (OECD, 2018). 2018 yılı 1000 canlı doğumda BÖH’nın uluslararası karşılaştırması Şekil 4’de gösterilmiştir.



Şekil 4. Bebek ölüm hızının uluslararası karşılaştırması, (1000 canlı doğumda); Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018.

2018 yılında hastanelerde yatan hasta ortalama kalış gün süresi 4.1 gün ile, OECD üyesi ülkelerin ortalaması olan 8.1 günün oldukça altındadır. Bu olumlu durum yıllar içerisinde hastanelerde yatak devir hızının artmasında da kendini göstermektedir. 2002-2018 yılları arasında hastanelerde yatak devir hızı 37.1'den, 58.9'a yükselirken, aynı yıllar arasında yatak devir aralığı 4 günden 2.1 güne gerilemiştir. Uzun hastane yatışlarının, hastane enfeksiyonu riski, maliyet faktörü, hastane yataklarının verimsiz kullanımı ve ameliyat ve tedavi için bekleme sürelerinin uzamasına sebep olabileceği göz önüne alındığında, Türkiye'deki göstergeler yüz güldürücüdür. SDP'nin en dikkat çekici başarısı, genel olarak kapsama alanından daha yüksek erişim taleplerine rağmen, hükümetin sağlık harcamalarını kontrol etme kabiliyetine atfedilebilir. Açıkçası, sağlık hizmetleri için kaynakları seferber edememek, 1990'lardaki eksik reform girişimlerinin arkasındaki ana sebep olabilir. Bu anlamda, SDP'nin başarısı dikkat çekicidir. Adalet ve Kalkınma Partisi döneminde 2009 yılına kadar sürdürülen ekonomik büyüme, hükümetin sağlık harcamalarına tahsis edilen payı artırmaya izin vermiştir (Ökem ve Çakar, 2015).

SDP ile sağlık hizmetlerinde yapılan reformlar hasta memnuniyet oranlarına da yansımıştır. Temel olarak sağlık hizmetlerine ve ilaçlara erişimin artması nedeniyle, hastaların memnuniyeti SDP ile artmıştır (Atun, 2014). TÜİK'nun "Yaşam Memnuniyeti Araştırması"nda, kişisel sağlıktan memnuniyete göre sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2003 yılında %31.9 iken 2019 yılında %66.4 olarak kaydedilmiştir (TÜİK, 2019).

SB hastanelerinin finansal durumu üzerinde SDP'nin etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada ortalama karlılık oranını reform öncesinde %5.7 iken bu oranı reformlar sonrasında %14.5 olarak saptanmıştır (Saraçoğlu, Sülkü ve Açıkgöz, 2012).

Türkiye'deki sağlık sektörü reformları, benzer sağlık sistemi zorlukları olan diğer ülkelerdeki büyük sağlık bakım reformlarının uygulanması için "iyi uygulama" örneği olarak adlandırılmıştır (Atun, 2014).

Öte yandan yöneltilen eleştiriler nedeni ile SDP etkileri itibarı ile hala en tartışmalı reformlar arasındadır. SDP ile alınan bazı önlemler gereksiz tedarik ve talebi kontrol altına alırken, ilaç fiyatlarında ve geri ödeme oranlarında düzensiz ve beklenmedik indirimler ve hastane ödemelerinde gecikmeler sağlık sektöründe belirsizliğe neden olmakta ve hem sağlık hizmeti sunumunu hem de özel sektöre zarar vermektedir. SDP'na yöneltilen en önemli eleştiriler arasında SDP ile sermayenin ekonomik gücü karşısında emekçi sınıfları koruyan düzenleme ve uygulamaların tasfiyesinin hedeflenmesi, sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ve kâr elde etmek amacıyla ticarileştirilmiş olması yer almaktadır (Çetin, 2017). Bunun temel gerekçesi piyasanın varlığının sağlık hizmetini artık bir hak olmaktan çıkarmasıyla birlikte, sağlık artık parası olanın ancak parası kadar satın alabileceği bir hizmete dönüşmüştür.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık çalışanlarının sayısı, özlük hakları ve nitelik sorununun yanında, ülke genelinde ki dağılımında da önemli sorunlar yaşanmaktadır. SDP kapsamında sağlık hizmet talebi artırmasına karşın, sağlık hizmeti arzında önemli verimlilik artışının sağlanması amacı ile SB hastanelerinde 2004 yılında "Performansa Dayalı Ödeme Sistemi"ne geçilmiştir (Sülkü, 2011). Bu amaçtan hareketle tam gün çalışma, performansa dayalı ödeme gibi düzenlemelerle sağlık endüstrisinde doktor-hasta ilişkisinin ticari bir yapıya büründüğü de söylenebilir. SDP'nin önceki yıllardan öne çıkan en önemli farkı, değişik nedenlerle sağlığa ulaşamayan toplum bazı kesimlerinin haklı öfkesini, özelinde hekimlere genelinde ise sağlık çalışanlarına yöneltebilmiş olmasıdır. Bunun temelinde gerek mevcut sağlık yapılanmasının meydana getirdiği sorunlar, gerekse hekimlerin yaptığı etik ihlallerin toplumsal yapıda yarattığı öfke, reformların yasal bir zeminde haklı gerekçesinin temelini oluşturmuştur. SDP'ne yönelik bir diğer görüş ise doktor ile hastayı karşı karşıya getirmesinin bir sonucu olarak, sağlıkta artan şiddet olaylarına zemin hazırlamasıdır. Günümüzde doktor-hasta ilişkisi de kötüleştiği, hekimlerin %66'sının hastalarından bir tür şiddete maruz kaldıkları söylenebilir. SDP uygulama süresinde yaşanan politika hataları, yaşanan sorunların bir bölümünü sağlık çalışanlarına mal etmiş ve onları hedef göstererek, sağlık çalışanlarına karşı şiddet vakalarındaki artışın ana nedenini oluşturduğu söylenebilir. Sağlıkta şiddetin yanında doktorların çoğu çok uzun saatler çalışmaktadır: Aile hekimleri haftada ortalama 59 saat çalıştıklarını, uzman hekimler haftada 68 saat çalıştıklarını açıkladılar. Hekimlerin bağlılığı ve gelecekteki

beklentileri azalmıştır. Çoğu doktor ticari sağlık hizmetlerinin bir parçası olmak istememekte ve güvenli işe ve geleceğe ihtiyaç duymaktadırlar. Doktorlar arasında intihar vakaları da göz ardı edilemeyecek bir diğer konudur (Atun, 2014).

SDP'nın doğal bir sonucu olarak sağlık hizmetlerine kişi başı başvuru oranının arttığı söylenebilir. Türkiye'de 2009 yılında 118,641 olan hekim sayısı, 2018 yılında 153,128'e yükselmiştir. Hekim başına düşen kişi sayısı 2018 yılında 612'den, 536'ya gerilemiş, hekim başına hasta müracaat sayısı ise 4447'den 5110'a yükselmiştir. Türkiye 8.9 kişi başı hekime müracaat sayısı ile OECD üyesi ülkelerin ortalaması olan 6.8'in oldukça üzerindedir. Gelişmiş ülkeler ele alındığında bu oran İsveç'te 2.8, ABD'de 4.0, Norveç'te 4.4 ve Birleşik Krallık'ta ise 5.0'dır (TUİK, 2018). Tüm kurum türlerinde toplam hekime müracaat sayısı, 2002 yılında 208,966,049 iken 2018 yılında bu sayı 782,515,204 olarak gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Yıllar içerisinde hekim başına düşen kişi sayısında önemli oranda azalma kaydedilmemesine rağmen, hekim başına hasta müracaat sayısı her geçen yıl artmaktadır. Bu durum sağlık hizmet talebine ihtiyaç durumunu sorgulamamıza neden olmaktadır. Aynı zamanda mevcut veriler Türkiye'de sağlık sisteminin bazı yapısal sorunlarının devam ettiğini göstermektedir. Türkiye'de 2004'de aile hekimliği uygulanmasına geçilmesiyle birlikte bazı yapısal sorunlar görülmeye başlamıştır. Temel sorunların başında birey ve toplum sağlığının ayrı olarak bölümlendirilmiş olmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinden bireye yönelik hizmetler aile hekimliğince, çevreye ve topluma yönelik hizmetler ise TSM tarafından yürütülmektedir. Ayrıca TSM'nde görev yapan hekim ve sağlık çalışanlarının, aile hekimliğine kıyasla düşük ücret ile çalışmaları, TSM'ni yasal olarak denetlemekle yükümlü olmaları ve aile hekimlerinin yapmayı istemedikleri "angarya" işleri yapma zorunluluğu getirmesi gibi nedenlerle TSM'ndeki kadrolar tercih edilmemektedir. Tüm bunların bir sonucu olarak, çevre ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerde ciddi aksamaların yaşanabilmesi kaçınılmaz olduğu gibi aile hekimliğine geçişi teşvik etme politikaları, TSM'ni ikinci plana ötelemekte ve burada çalışanların motivasyonlarının düşmesine neden olmaktadır (Elbek ve Adaş, 2009). Bunların yanında aile hekimliklerinde yaşanan diğer temel sorunlar ise iş yoğunluğunun artması, aile sağlığı elemanlarının iş tanımlarının yokluğu, ekip çalışması ve ekip ruhunun kaybolması, hekim dışı sağlık çalışanlarının özlük ve ekonomik haklarında gerileme şeklinde özetlenebilir.

SDP'nın bir başka temel bileşeni de Genel Sağlık Sigortası (GSS) reformudur. Bu büyük reform, eşitlik ve verimliliği artırmak için zorunlu sağlık sigortası ve evrensel teminat getirmiştir. Reformun hedefinde tüm sigorta kollarının tek çatı altında toplanarak, harcamaların azaltılarak, kontrol altında

tutulması amaçlanmıştır (Çetin, 2017). 2005 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun sağlık tesislerinin SB'na devredilmesi, kamu sektöründeki parçalanmayı ortadan kaldıran ve sağlık hizmeti satın alma işlevini tedarikten ayıran önemli bir yapısal değişiklik olmuştur (Ökem ve Çakar, 2015; Cural, 2016). Sağlık sigortası kapsamının tüm nüfusa eşit faydalarla genişletilmesi amacıyla 2006 yılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiştir. Düzenli işi olan bireyler sosyal sigorta primlerini öder, devlet ise kişi başına geliri brüt asgari ücretin 1/3'ünden az olanlara öder (Resmi Gazete, 2006).

2009 yılında ayakta tedavi hizmetleri için katkı payları getirilmiştir. Katkı payı devletin belirlemiş olduğu fiyatların üzerinde kalan kısmını, bireyin doğrudan kendi cebinden finanse etmesi anlamına gelmektedir. Örneğin kendi aile hekimlerini ziyaret eden kişilerden herhangi bir geri ödeme yapılması gerekmezken, hastanelere yapılan poliklinik ziyaretleri, SGK tarafından ilan edilen sabit bir oranda geri ödemeye tabi tutulmaktadır. Ayrıca, ilaç reçetesi için yaklaşık %20, emekliler için ise %10'luk bir ödeme vardır (Yardım ve Üner, 2018). Katkı payları toplumun düşük gelire sahip kesimleri için bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine ulaşmasının önünde engel olarak görülebilir (Çetin, 2017).

1992 yılında hiçbir sosyal sigorta sistemine dahil olmayan ve asgari ücretin üçte birinden daha az geliri olanlara sağlık hizmeti vermek amacıyla getirilmiş olan ve 1998 yılında sokak çocuklarını kapsayacak şekilde genişletilen Yeşil Kart programının 2012 yılında SGK'na devredilmesinden sonra sağlık sigortasının birleştirilmesi tam olarak sağlanmış ve ülkedeki tüm vatandaşlar GSS kapsamına alınmıştır (Turkish Laborlaw, 2012). GSS ve bu sigortanın kapsamı genellikle herkes için sağlık hedefine ulaşmanın en kolay yollarından biridir (Şengül ve Bulut, 2019). Yeşil Kart ile ilgili önemli husus, GSS sistemi devreye girinceye kadar "geçici" bir hizmet olarak sunulmuş olmasıdır. Yeşil Kart programının yürürlükte olduğu yıllarda, aylık geliri veya aile içindeki geliri, asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olmak, SGK güvencesi olmamak, Türkiye'de ikamet ediyor olmak ve Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmak şartları aranmaktaydı. Yeşil Kart uygulamasına yönelik en önemli iki eleştiriyi kaynak ve istismar boyutu oluşturmaktadır. Kaynak boyutuna yönelik ilk eleştiri, Yeşil Kart'ın finansmanının SB tarafından karşılanıyor olması nedeniyle, hastanelere ve diğer sağlık kurumlarına sağlık yardımı yapılamaması ortaya çıkarabilmektedir. Bir diğer önemli eleştiri ise, uygulamaya yönelik "istismar" sorunudur. Bu durum Yeşil Kart sahibi olanların, ekonomik durumlarının gerçeği yansıtmadığı yönündedir (Zengin, Şahin ve Özcan, 2018).

2002 yılı ile 2018 yılları arasında yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları değerlendirildiğinde: MR (Manyetik Rezonans) sayısı 58'den 915'e, BT (Bilgisayarlı Tomografi) sayısı 323'den 1211'e, Ultrason sayısı 1005'den 5846'ya, EKO (Ekokardiyografi) cihazı sayısı 259'dan 2520'ye yükselmiştir. 2017 yılı verilerine göre OECD üyesi ülkeleri ortalamasında 1,000,000 kişiye düşen BT sayısı 26.8, MR cihazı sayısı 16.7'dir. Türkiye'de sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları Tablo 1'de gösterilmiştir. Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayılarında yıllara göre yaşanan bu olumlu gelişmeye rağmen, 2018 yılında tüm sektörlerde 11.2 olan 1,000,000 kişiye düşen MR cihazı sayısı, 16.7 oranı ile OECD üyesi ülkelerin ortalamasının altındadır. Ağız ve Diş Sağlığı hizmeti veren kurum ve kuruluş sayısı 2012-2018 yılları arasında 992'den, 24,970'e yükselmiş, diş üniti başına düşen nüfus ise 61,632'den, 7931'e düşmüştür. Sağlık alt yapısının gelişmesine bağlı olarak, 2013 yılında diş hekimine yapılan müracaat sayısı 37,760,696'dan, 2018 yılında 53,115,784'e yükselmiştir. Bu durum son yıllarda kamu eli ile ağız-diş sağlığına verilen önemin önemli bir göstergesi olarak gösterilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

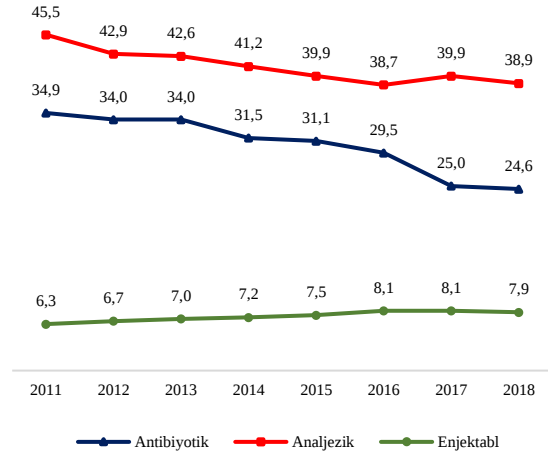
Tablo 1. Sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları.

Cihazlar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
MR	336	120	459	915
BT	539	143	529	1211
Ultrason	2716	755	2375	5846
Dopler Ultrason	3733	491	1333	5557
EKO	1526	267	727	2520
Mamografi	393	73	500	966

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018.

2018 yılında Türkiye 1.000 kişiye düşen günlük antibiyotik tüketim miktarında çoğu Avrupa ülkesinin önündedir. OECD üyesi ülkelerin ortalamasına göre 1000 kişiye düşen günlük antibiyotik tüketim miktarı 18.9 iken, aynı oran Türkiye'de 31'dir. Türkiye'de yıllara göre aile hekimleri tarafından yazılan antibiyotik reçetelerin oranı 2011 yılında %34.9 iken bu oran 2018 yılında %24.6'ya gerilemiştir. Bu olumlu gerileme son yıllarda üzerine önemle durulan antibiyotik tüketim kontrol programlarının bir nebze olumlu etkilerinin olduğunu gösterse de halen yetersiz işlediğinin göstergesi olarak görülebilir. Yıllara göre aile hekimleri tarafından yazılan ve antibiyotik, analjezik, enjektabl ilaç içeren reçetelerin oranı Şekil 5'de gösterilmiştir. Toplam ilaç tüketimi (milyon

kutu), 2014 yılında 1903 kutudan, 2017 yılında 2351 kutuya yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018).



Şekil 5. Yıllara göre aile hekimleri tarafından yazılan ve antibiyotik, analjezik, enjektabl ilaç içeren reçetelerin oranı, (%); Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018.

SB'na bağlı hastanelerde güvenlik, yemek, görüntüleme, laboratuvar hizmetleri ile radyoloji teknisyen/teknikeri, laborant, veri giriş, hastabakıcı gibi kadrolar dışardan hizmet alımı yoluyla istihdam edilmekteydi. Türkiye'de 2 Nisan 2018 tarihinde kamuda çalışan taşeron işçilerinin büyük çoğunluğu, kadroya geçirilse de halen kamu da bazı işlerde taşeron işçiliğine devam edilmektedir. Yapılan düzenleme ile kadroya geçen taşeron işçilere 6 ayda bir yalnızca %4 oranında bir ücret zammı verilecektir. Yıllık enflasyon oranlarının belirlenen zam oranının üzerinde olması durumunda kadroya geçen taşeron işçiler mutlak yoksullaşma ile karşı karşıya kalacaktır. Kamuda taşeron işçiler 696 sayılı KHK'da "geçmiş haklarından feragat eder" hükmü ile kıdem tazminatı gibi özlük haklarından mahrum bırakılıp, bırakılmadığı halen açıklığa kavuşturulmamış tartışmalı konular arasındadır. Özlük haklarında yaşanan bu önemli kayıplar, çalışanların ruh haline yansarak, verimliliğin düşmesini beraberinde getireceği unutulmamalıdır. Kadroya geçen taşeron işçilerde bir diğer ciddi ayrımcılık yaratan konu ise kadroya tüm taşeronların dahil edilmemesidir.

3. SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin sunumunda iktisadi kavramlar ekseninde şekillenen neo-liberal politikalar, sağlığı küresel kapitalist sisteme açık hale getirmektedir. Halbuki sağlık, çevre sorunları, yoksulluk, işsizlik, gelir dağılımı gibi toplumun yapısal sorunlarıyla birlikte ele alınması gereken çok boyutlu ve çok daha geniş sosyoekonomik ve kültürel bileşenleri olan bir kavramdır. Neo-liberal politikalar ve küresel kapitalizmin yarattığı sağlık sorunları zamanla hastalık üretirken, ilerleyen aşamalarda sağlık hizmet

maliyetlerini artıracaktır. Bu nedenledir ki sosyal devlet ilkesi olarak sağlık hizmetleri, tamamen özelleştirilmemelidir. Unutulmaması gereken önemli unsur eşitliği, adaleti ve sağlık hakkını arttırmak adına sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi bir tezat oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri ticarileştiğinde, rekabetin neden olduğu gerginlik hastaların karşısında sağlık çalışanlarını hizmeti satan birer odak haline getirebilir. Bunun bir sonucu olarak bir müşteri niteliğinde olan hastalar, daha kaliteli sağlık hizmetine erişebilmek için bunun karşılığında daha çok para veren birer alıcı konumuna gelmiş olacaktır. Öte yandan sağlıkta özelleştirmeye birlikte yatırımların artmış olması, hizmet alıcılarında memnuniyeti önemli bir unsur haline getirmiştir.

Oluşturulan sağlık reformları ile sağlık emeğinin sömürüldüğü, hastaların zorunlu olarak piyasanın bir parçası haline getirildiği olumsuzluklarla anılmamalıdır. Türkiye’de SDP’nın erken dönemde sağlık hizmeti erişiminde kolaylaşma neden olduğu ancak uzun vadede yapısal bazı sorunları daha da artıracığı göz ardı edilmemelidir. Performans sistemi ve tam gün yasası ile kamudan daha çok özel sektöre çekilen hekimler nedeni ile hastalar sisteme mecburen iştirak etmek zorunda bırakılmaktadır. Sağlık çalışanlarının bölgeler arasındaki eşit olmayan dağılımının önüne geçilmeli, personel sayısındaki yetersizlikler nedeni ile aşırı iş yükü altında ezilen ve motivasyon kaybı yaşayan sağlık çalışanlarının problemlerine acil çözüm bulunmalıdır. Sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik tüm yapılan çalışmaların, aynı zamanda ülkede yaşayan bireylerin kazanımlarını da getirme riski olabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

- Ağır, H. ve Tıraş, H. H. (2018). Türkiye’de sağlık harcama türlerinin değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15, 643-670
- Alazawi, S. A. A. J., Aljunid, S., Sulku, S. N. ve Nur, A. M. (2014). Turkish health system reform from the people perspective. *BMC public health*, 14, S:1.
- Atun, R., Aydın, S., Aran, M., Gürol, I., Chakraborty, S. ve Akdağ, R. (2014). Health-care reform in Turkey: far from perfect—Authors’ reply. *The Lancet*, 383, 9911.
- Bostan, S. ve Çiftçi, F. (2016). Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının hastane hizmetleri üzerindeki değişim etkisi: sağlık çalışanlarının görüşleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Derg*, 2, 1-8.
- Cural, M. (2016). Türk sosyal güvenlik sisteminin mali yapısı ve sisteme yapılan bütçe transferlerinin ekonomik yansımaları. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2, 693-706.
- Çetin, F. G. (2017). Sağlıkta dönüşüm programı ekseninde sağlığın ekonomi politikası. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1, 274.
- Elbek, O. ve Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 1, 33-44.
- Ener, M. ve Yelkikalan, N. (2003). Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin yeniden yapılanması ve finansmanı: Türkiye deneyimi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6, 99-113.
- Erençin, A. ve Yolcu, V. (2008). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü ve yerinden yönetimi. *Siyaset Yönetim*, 3, 118-136
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2018). *Economic Surveys: Turkey*. https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-turkey-2018_eco_surveys-tur-2018-en (Erişim Tarihi: 29 Ocak 2020)
- Ökem, Z. G. ve Çakar, M. (2015). What have health care reforms achieved in Turkey? An appraisal of “Health Transformation Programme”. *Health Policy*, 119(9), 1153-1163.
- Qolipour, M., Faraji Khiavi, F. ve Saadati, M. (2017). An association between change in health expenditures and health indicators; A cross country comparison. *Iranian Journal of Health Sciences*, 5(2), 32-41.
- Resmi Gazete. (2012). *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu* (Erişim Tarihi: 30 Ocak 2020) <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>
- Saraçoğlu, B., Sülkü, S. ve Açıkgöz, Ş. (2012). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Finansal Durumu Üzerinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri. *Ekonomik Yaklaşım*, 23(özel sayı), 269-282.
- Sülkü, S. N. (2011). Performansa dayalı ek ödeme sisteminin kamu hastanelerinin verimliliği üzerine etkileri. *Maliye Dergisi*, 160, 242-268.
- Şengül, H. ve Bulut, A. (2019). Sağlık hizmetlerinde ödeme mekanizmaları ve teşhis ile ilişkili gruplar. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 2, 196-209. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.526516>
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A. ve Hernández-Quevedo, C. (2011). Turkey: Health system review, 13(6), 1-186.
- Turkish Laborlaw (2012). *Social Security and Universal Health Insurance Law*: 5510 Erişim adresi: <http://turkishlaborlaw.com/category/turkish-social-security-law-5510/> (Erişim Tarihi: 30 Ocak 2020).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2017). *Temel İstatistikler*. Erişim adresi: <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (Erişim Tarihi: 30 Ocak 2020).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). *Temel İstatistikler*. Erişim adresi: <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (Erişim Tarihi: 30 Ocak 2020).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2019). *Temel İstatistikler*. Erişim adresi: <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (Erişim Tarihi: 30 Ocak 2020).

- Türkiye İstatistik Kurumu. (2019). *Yaşam Memnuniyeti Araştırması Mikro Veri Seti*. Erişim adresi: https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/yayinGoruntuleme.zul?yayin_no=496 (Erişim Tarihi: 30 Ocak 2020).
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 30 Ocak 2020).
- Ünal, A. ve Tagiyev, R. (2016). Sağlık sisteminde desantralizasyon: Türkiye ve Azerbaycan sağlık sistemleri üzerine bir inceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. (CİEP Özel Sayısı), 479–497
- Yardim, M. S. ve Uner, S. (2018). Equity in access to care in the era of health system reforms in Turkey. *Health Policy*, 122(6), 645-651. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.016>
- Zengin, E., Şahin, A. ve Özcan, S. (2012). Türkiye’de sosyal yardım uygulamaları. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19, 133-142.

