

Sağlıkta Dönüşüm Programı Ekseninde Sağlıkın Ekonomi Politikası

Fatma Gökçen ÇETİN*

Geliş Tarihi (Received): 22.12.2016 – Kabul Tarihi (Accepted): 17.02.2017

Öz

Sağlıkta Dönüşüm Programı(SDP) konu alan bu çalışma, programın ortaya çıkış nedenleri ve programın çıktıları olan sonuçlarıyla kamusal bir hizmet niteliğindeki sağlık piyasalaşması ve metalaşması sürecini anlatması bakımından önem taşımaktadır. SDP, yapısal ekonomik krizlerin yol açtığı ve dahası bu krizlerin yapılaşmasına önemli ölçüde kaynaklık eden sorunlar karşısında bir bütün olarak kamu yönetiminde yaşanan reform sürecinin parçasıdır. Bu süreçte SDP, sosyal güvenlik sistemi ve sağlık alanındaki sorunların çözümünde önemli bir araç olarak karşımıza çıkmakta ancak bu araç uygulamada birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Esasen bu sorunlar, SDP'nin uygulanma gerekçeleri ile sonuçları arasındaki ve toplumsal yansımalarındaki çelişkiden kaynaklanmaktadır. Çalışma, 2003 yılında uygulamaya konulan SDP'nin uygulanma gerekçeleri karşısında sosyal devlet uygulamalarından vazgeçilerek, kamu sağlık harcamalarının düzenlenmesi sürecinde bu çelişkileri ortaya koymayı hedeflemekte ve yaşanan dönüşümü tartışmaktadır. Bu tartışma, 2003 yılında itibaren gerçekleşen toplam sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı, cepten yapılan sağlık harcamaları, kişi başına yapılan sağlık harcamaları, kamu sağlık harcamaları ile özel sağlık harcamaları ve son olarak sağlık yatırım harcamaları analiz edilerek gerçekleştirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ekonomi Politik, Yapısal Reform, Sağlık Harcamaları.

* Öğretim Görevlisi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, fgokcencetin@nevsehir.edu.tr

Economy Politics Of Health In The Line With The Health Transformation Program

Abstract

This work, which is on Health Transformation Program (HTP) is important in terms of describing the reasons for the emergence of the program, the process of marketization and commodification of the health sector as a public service is a part of the reform process in public administration as a whole against the problems caused by the structural economic crises. In this process, HTP emerges as an important tool for solving social security system and health problems, but this tool becomes source of many problems in practice. In fact, these problems are due to the contradiction between the reasons for applying HTP and its consequences. The study discusses the abandonment and transformation process of social state practices against the grounds for the implementation of the HTP, put into practice in 2003, and aims to reveal contradictions in the regulation of public health expenditures. This discussion is carried out by analysing the total health expenditures since 2003, the ratio of total health expenditures to GDP, out-of-pocket health expenditures, per capita health expenditures, public health expenditures, private health expenditures and finally health expenditures.

Keywords: *Health, Health Transformation Program, Political Economy, Structural Reform, Health Expenditures.*

Giriş

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin hayata geçtiği 2003 yılı itibariyle sağlıkta başlayan dönüşüm 2012 yılı sonuna kadar birçok düzenleme ile devam etmiştir. Bu düzenlemelerden önemli bir kısmının hizmet sunucuları ve hizmetten faydalananlar açısından toplumsal yansımalarını ekonomik göstergelerin analizi suretiyle anlaşılır kılmayı amaçlayan çalışma, özellikle Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Sağlık Bakanlığı verilerinin derlenmesi ile oluşturulmuştur. Bu yansımalar birçok harcama oranının değişmesine, azalması ya da artmasına kaynaklık eden yasal düzenlemelerin hayata geçirildiği tarihlere göre ortaya çıkmıştır. Harcama oranlarındaki değişimlere kaynaklık eden düzenlemeler ana hatları ile aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- 2005 yılında SSK sağlık kurumları ile bazı diğer sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. SSK üyeleri ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başlamıştır. Yeşil kart sahiplerinin ayakta yapılan tedavilerindeki sağlık harcamaları ve ilaçları ödenmeye başlanmıştır. Yeşil kart sahiplerinden ilaçta %20 katılım payı alınmaya başlanmıştır.

- 2006 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde global bütçe uygulamasına geçilmiştir.
- 2007 yılında özel sağlık kurumlarının kuruluşları ile ilgili kapsamlı düzenlemeler yapılmıştır.
- 2008 yılında Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmiştir.
- 2009 yılında ayakta tedavi hizmetleri için katkı payları getirilmiştir.
- 2010 yılında ilaçta global bütçe uygulamasına geçilmiştir. Aile hekimliği uygulaması tüm ülkede yaygınlaşmıştır. Özel hastaneler sınıflandırılarak alabilecekleri ilave ücretler belirlenmiştir. Tam gün yasası ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır.
- 2012 yılında yeşil kart programı Sosyal Güvenlik Kurumu ile birleştirilmiş ve birleşik bir sosyal sağlık sigortası tam olarak uygulamaya konulmuştur (Şahin vd, 2013: 28-29).

Bu düzenlemeler 2004 yılında gündeme gelen ve Sosyal Güvenlik Reformu adı altında yaşanan bir dönüşümü de anlatmaktadır. Reformun temel gerekçesi, sosyal güvenliğe ayrılan kaynakların bütçe üzerinde yük oluşturması ve makro ekonomik dengeleri bozmasıdır. Bu bağlamda reformun amacı, sosyal güvenlik sistemine ve sağlığa ayrılan kamusal kaynakları, bütçe katkısını azaltmaktır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından hazırlanan ve “Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi” başlığıyla Temmuz 2004’te kamuoyuna sunulan ve Nisan 2005’te revize edilen ve “Beyaz Kitap” olarak bilinen raporda reformun gerekçesi de şöyle açıklanmaktadır:

“Devlet bütçesinden karşılanan bu açıklar, ülkemizin borçlarını ve faiz oranlarını artırmakta, hayat pahalılığına, yatırımlarda daralma ve işsizliğe yol açmaktadır. Bunun sonucunda işsizlik oranı artmakta ve gelir dağılımı giderek bozulmaktadır. Sosyal güvenlik sistemimizin mevcut yapısı, ülke ekonomisinin geleceğini ve toplumsal barışı tehdit etmektedir” (ÇSGB, 2004).

Sağlık harcamalarının analizini içeren çalışmada öncelikle, sağlıkta neden bir reforma ihtiyaç duyulduğu ve bu ihtiyaca zemin hazırlayan süreçle ilgili bir analiz yapılmıştır. Bu arka plan ışığında SDP’nin uygulamaya konulduğu yıldan itibaren, toplam sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı, cepten yapılan sağlık harcamaları, kişi başı sağlık harcamaları, kamu sağlık harcamaları ile özel sağlık harcamaları ve son olarak sağlık yatırım harcamaları analiz edilmiş, bu analiz Sağlık Bakanlığı istatistik yıllıkları, TÜİK verileri ve OECD verilerininin derlenmesi suretiyle yapılmıştır. Bu analiz ile amaçlanan, sağlıkta yaşanan dönüşümün gerekçelerini SDP’den önce ve sonrası harcama verileri ile kıyaslayarak, sunulan gerekçeleri, programın sonuç verileri ile tartışabilmektir.

1. Sağlıkta Dönüşüm Programı: Arka Plan ve Gerekçeler

1.1. 2000 ve 2001 Yılları Ekonomik Krizler ve Yapısal Reform Süreci

Dünya ekonomisi 1998-2001 yılları arasında Doğu Asya'dan başlayıp, Doğu-Orta Avrupa, Latin Amerika ekonomilerine ulaşan bir dizi finansal kriz içinden geçmiş, Türkiye ekonomisi de bu dalgalanmanın etkisi altına girmiştir. Önceki yıllarda serbestleşmiş olan dış ticaret ve sermaye hareketlerine dünya ekonomisindeki şiddetli iniş çıkışlar eklenince Türkiye'de çalkantılı, krizli bir gelişim sürecine savrulmuştur (Boratav, 2014: 193).

1980'li yıllar itibariyle serbestleşen dış ticaret ve sermaye hareketleri ile neoliberal politika uygulamalarının öngörüldüğü Türkiye ekonomisinde tespit edilen en önemli sorun, kamu kesiminde ortaya çıkan açıklardır. Bu sürecin sonucunda devlet, kamu açıkları büyüdükçe iç borçlanma ile bankalardan borçlanma yoluyla açığı finanse etmeye çalışarak, geçici çözümlerle ve siyasi istikrarsızlığın da etkisiyle 2000'li yıllara yüksek enflasyon oranı, yüksek kamu kesimi borç stoku ve bankacılık sektöründe yaşanan likidite krizleri ile girmiştir.

2000 yılında ekonomi %6 oranında küçülerek %6,1'e gerilemiş, enflasyon çift haneye ulaşmış ve bütçe açıkları büyümüştür. "Enflasyon oranını düşürmek için, döviz kurunun nominal çapa olarak kullanıldığı, para ve kur politikalarının yapısal düzenlemeler ve sıkı maliye politikası ile desteklendiği bir istikrar programı uygulanmaya başlanmıştır" (Akçağlayan: 2008: 8). Bu program ile kamu kesiminde mali disiplini sağlamak, döviz kurlarını kontrol edebilmek, yapısal reformları uygulamak ve özelleştirmeyi hızlandırmak için enflasyon oranını tek haneli bir rakama indirmek ve kaynakların etkin kullanımını sağlamak amaçlanmış fakat program başarı sağlayamayarak 2001 krizinin sebebini oluşturmuştur. "Program uygulanmaya konulduktan kısa bir süre sonra faiz oranlarında hızlı düşüşler ve büyük oranlı sermaye girişleri gerçekleşmiştir. Enflasyon oranı beklendiği oranda düşmediği için yerli para değerlenmeye başlamış, ithalat hızla artmış ve dış açık kaygı verici derecede büyümüştür. Bu da programın güvenilirliğinin azalmasına; dolayısıyla faizlerin artmasına sebep olmuştur" (Akçağlayan, 2008: 9).

2001 yılı dönemin Başbakanı olan Bülent Ecevit'in "devlet yönetiminde kriz var" açıklamasıyla birlikte mali piyasalarda panikle başlayan süreç, yerli parayı savunmak için gecelik faizlerin astronomik oranlara yükseltilmesine rağmen, yerli sermaye sahiplerinin yoğun döviz talebi nedeniyle Merkez Bankası'nın 5 milyar dolarlık döviz satışıyla sonuçlanmıştır. Kamu bankalarının likidite ihtiyacının karşılanamaması ödemeler sistemini kilitleyecek

boyutlara ulaşmıştır. Bankacılık sistemindeki büyük çöküşü önlemek için Türk Lirası'nın yabancı para birimleri karşısındaki değeri dalgalanmaya bırakılmıştır. Bir gün önce 670 bin TL olan dolar 1 milyon TL'yi aşmış, bunun sonucunda yabancı bankalar vadesi gelmemiş kredilerini geri çekmeye başlamış, 21 Şubat 2001'de bankalararası para piyasasında gecelik faiz %6200'e kadar çıkmıştır. Yapılan bu örtülü devalüasyon ile TL %40 değer kaybederken, dış borçlarda 29 katrilyon artış görülmüştür (Celasun, 2002: 15-16).

Kötü seyreden bu ekonomik koşullar nedeniyle 1999 yılında Uluslararası Para Fonu (IMF) ile Stand-By anlaşması imzalanmış, sonrasında 2000 yılı krizi ile yürürlüğe giren Enflasyonu Düşürme Programı da 2001 Şubat krizi ile başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Aynı yıl Nisan ayında *Kemal Derviş Programı* olarak da bilinen *Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı* yürürlüğe konmuştur (Turan, 2011: 75-77). Programın temel amacı döviz kuru rejiminin terk edilmesi sebebiyle bu duruma yol açan bunalımı ve istikrarsızlığı ortadan kaldırmak, bu amaçla eski alışkanlıklara bir daha geri dönülmesine imkân vermeyen yeni ve çağdaş kurumsal yapıları oluşturmak, ekonomik etkinliği sağlayacak yapısal reformları gerçekleştirmek, makro ekonomik politikaları enflasyonla mücadelede etkin bir şekilde kullanmak, sürdürülebilir büyüme ortamını sağlamak ve kişiler ve bölgeler arasındaki gelir dağılımı bozukluklarını gidermektir (TCMB, 2014: 13-17).

Breton Woods kurumları olarak anılan Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası(WB), 1998 yılından itibaren yukarıda da bahsedilen 1998 Doğu Asya Krizi ile başlayan krizler sürecini neoliberal politikalarla yönetmiş, Türkiye ile de IMF arasında 1998'i izleyen yıllardan itibaren kesintisiz bir ilişki başlamıştır (Boratav, 2014: 197). Bu kesintisiz ilişki WB'nin yapısal uyum telakkileriyle 2000 ve 2001 krizinin ardından "yapısal reform" başlığı altında ekonomide bir dizi düzenlemeyi beraberinde getirmiştir. Bu düzenlemelerle; "sosyal devlet uygulamalarının daraltılması, bunlardan kaynaklanan mali yükün artan oranlarda hizmetten yararlananlarca üstlenilmesi, işgücü piyasasını ve tarımı etkileyen iktisat politikası araçlarının tasfiyesi amaçlanmıştır. Öte yandan tasfiye sürecinin marjinalleştirdiği ve yoksullaştırdığı çevrelerin ise ayrı bir *yoksullukla mücadele* programıyla gözlenmesi kararlaştırılmıştır" (Boratav, 2014: 200)

Sosyal devlet uygulamalarının tasfiyesi ve kamu açıklarının daraltılmasıyla Türk Sosyal Güvenlik Sistemi de bu düzenlemeler içinde önemli bir yer teşkil etmeye başlamıştır. Nüfusun neredeyse tamamını kapsayan sistem, kamu açıklarının en önemli nedeni olarak gösterilmiştir. Sosyal Güvelik Kurumu hizmetlerine ayrılan cari harcamaların yatırım harcamalarının bütçedeki

paylarının azaltılarak, sağlık harcamalarının ve sistem çarkının sosyal güvenlik sistemi içindeki yararlanıcılar tarafından döndürülmesi amaçlanmıştır.

2002 yılında iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP)Hükümeti, IMF ve WB'nin yapısal reform reçeteleri sonucunda Sosyal Güvenlik Sisteminde köklü bir dönüşümü başlatmıştır. SDP adı ile hükümet, yeni bir toplumsal proje olarak gündeme gelen, 2003 yılı haziran ayında kamuoyuna sunulan ve belirli aşamalar halinde uygulamaya konulmaya çalışılan bir program ile sağlık sisteminde yaşanan sorunları oluşturarak var olan problemi ortaya koyup, bu sorunları gelişmiş ülkelerle rekabet edebilecek bir sistem ile verimlilik, etkinlik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük gibi esaslara dayandırarak çözmeyi amaçlamıştır.

1.2. Yapısal Bir Reform: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SDP hem sağlık hem sosyal güvenlik sisteminde var olan ciddi sorunlara karşı geliştirilmiş bir reform aracıdır. Sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin sorunlarına işaret eden Buğra, “Türkiye'nin korporatist nitelikli eski sosyal güvenlik sisteminin, sağlık açısından gerçekten çok önemli sakıncalar içerdiğini, bu sistem içinde, memurlar, Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı işçiler ve BAĞ-KUR bünyesindeki kendi hesabına çalışan kesimlerin, prim ödemeleriyle finansmanına katıldıkları sağlık hizmetlerinden eşit bir biçimde yararlanamadıklarını” (2008: 213-218) ifade etmiştir.

2002 yılı öncesinde sağlık hizmetleriyle ilgili temel problemler; sağlık finansmanı ve hizmet sunumunun parçalı bir yapıda olması, sağlık güvencesinden yoksun olan kesimin artması, sağlık hizmetlerine erişimde adaletsizliğin yaşanması, sağlık kaynaklarının verimsiz kullanılması, sağlık sektöründeki idari yapılanmanın parçalı olması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin (koruyucu sağlık hizmetleri gibi sağlık ocaklarında verilen hizmetler) ücretsiz olmasına rağmen hizmet sunumunda ciddi sorunlar yaşanması, bölgeler arasındaki sağlık göstergelerinin farklılaşması ve bu durumun direkt sosyoekonomik düzeylerle olan doğrusal ilişkisi, sosyal güvenlik kapsamında olmayanların sağlık hizmetlerinden yararlanmada yaşadıkları sıkıntılar şeklinde özetlenebilir (Soyer, 2009:179). Bu temel sorunlar Sağlık Bakanlığı'nca da dile getirilmiş ve hizmetin hitap ettiği nüfus SDP'nin temel gerekçesini oluşturmuştur. Hizmetin hitap ettiği bu nüfus sağlık güvencesinden yoksun nüfustur ve bakanlıkça sağlık hizmetinin finansmandaki temel problemin kaynağını da oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004:18).

Programın ortaya çıktığı dönem verilerini de içeren Dokuzuncu Kalkınma Planı (2006-2013)'na göre, hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığı Avrupa Birliği ortalamasının oldukça gerisindedir. Türkiye'de bu rakamın gün geçtikçe arttığı belirtilmiştir. Sadece 2000 yılında hekim başına düşen hasta sayısı 792 iken Avrupa Birliği ortalaması 288 hastadır(9.BYKP). Yine Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda; Sekizinci Kalkınma Planı döneminde sağlık alanında, sağlık personeli sayısı, yatak sayısı ve kullanım oranları, bebek ölüm hızı, aşılama gibi göstergelerde iyileşmeler kaydedilmişse de istenilen düzeye ulaşamadığı da vurgulanmıştır (9.BYKP).

Sağlık hizmetleri ile ilgili yukarıda bahsedilen durum değerlendirmeleri, tespitler ve çözüm önerileri bir sağlık hizmetinin arzı, talebi ve yönetimi noktasında olağan ve günün şartlarının gerektirdiği ihtiyaçlar doğrultusunda gerçekleştirildiği için normal bir süreç olarak ele alınabilir. Fakat bu süreç neden ve sonuçları ile neoliberal politikalar etkisinden bağımsız bir şekilde değerlendirilemez. 2000'li yıllar sadece Türkiye için var olan bir yapısal krizi ve bu krizi çözüme yollarını anlatmamakta, aynı zamanda Hamzaoğlu'nun işaret ettiği gibi "WB ve IMF'nin faaliyetleri ile kapitalizmin yeniden düzenlenmesi sonucu sağlık alanının yeni bir birikim alanı haline geldiğini" (Hamzaoğlu, 2013: 47) de vurgulamaktadır.

Gerekçeler WB Raporu'nda, Türkiye'nin sağlık durumunun orta gelirli ülkelerin çoğunun gerisinde olduğu, sağlık harcamalarının gelişme düzeyine kıyasla düşük olduğu, yaşam beklentisinin düşük ve anne-bebek ölümlerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Yine raporda, sağlık göstergelerinde bölgesel farklılıklar olduğu, hastalık ve tedavi ile ilgili bilinçsizliğin varlığı, yoksul olmayanların yoksullara nazaran daha çok tedavi imkanına sahip olması, sağlık personeli sayısında bölgesel farklılıklar olduğu, genel hastanelerin çoğunun verimsiz işletilmesi ve kaynakların israf edilmesine yol açması, Sağlık Bakanlığı'na bağlı çok sayıda küçük hastane olması nedeniyle de hastane sisteminin işletilmesindeki verimsizliği arttırması; bu hastanelerde özellikle işgücü yetersizliği ve eskimiş ya da düzgün çalışmayan ekipman nedeniyle sıkıntı çekilmesi, kamu harcamalarından sağlığa eşit pay ayrılmaması gibi saptamalar yer almış ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında, sunulmasında, düzenlenmesinde ve yönetiminde temel ve sistemli değişiklikler yapılmasını; parça parça yapılan değişikliklerin sistemi iyileştiremeyeceğini, bu nedenle sağlık sisteminde geniş çaplı bir yeniden yapılanmaya ve düzenlemeye gidilmesini önermiştir(World Bank, 2003). Çözüm önerileri de daha çok yapısal reformların da birer özelliği olan kamu harcamalarının azaltılması, devletin küçültülmesi ve özelleştirmenin yaygınlaştırılması etrafında yoğunlaşmıştır.

Sağlığın finansmanında yaşanan sorunlar devlet bütçesinden ayrılan pay ve sağlık harcamalarına ilişkin verilerle daha anlaşılır kılınabilir. 2000' li yılların başında devlet bütçesinden sağlık harcamalarına ayrılan pay, Tablo 1'de görüldüğü gibi azalma eğilimindedir ve Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSMH içerisinde belirtilen yıllar boyunca %1'in altında kaldığı gözlemlenmektedir.

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSMH İçindeki ve Devlet Bütçesi İçindeki Oranı, (1995-2000)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
GSMH/Sağlık Bakanlığı Bütçesi (%)	0,62	0,65	0,70	0,80	0,80	0,89
Devlet Bütçesi /Sağlık Bakanlığı Bütçesi (%)	3,70	2,76	3,22	2,65	2,81	2,56

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları

SDP uygulanmadan önceki yıllarda Türkiye'de toplam sağlık harcamaları Tablo 2'de gösterilmiştir. Harcamalar ekonomik krizlerle birlikte artmış, harcamaların azaltılmasıyla, GSMH içindeki payının %1'desabitlenerek kontrol edilmesi kararlaştırılmıştır.

Tablo 2. Türkiye'de Toplam Sağlık Harcaması ve GSMH İçindeki Oranı (1999-2002)

	1999	2000	2001	2002
Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	4,985	8,248	12,396	18,774
Toplam Sağlık Harcamasının GSMH'ya Oranı (%)	4,8	4,9	5,2	5,4

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri,2009

Sönmez'in de değindiği ve yukarıda IMF ve Dünya Bankası ile Türkiye ilişkilerinin SDP konusunda vardıkları anlaşmalar niyet mektupları ile meşrulaşmıştır. Bu niyet mektupları kademe kademe direktifler gerçekleştiği aşamada bir sonraki aşama direktifi şeklinde 2009 yılına kadar devam etmiştir. Mektuplarda daha önce Sağlık Bakanlığı ödenekleri, hazine gelirleri ve Sosyal Güvenlik Kurumu primleri ile finanse edilen sağlık hizmetine yapılacak transferlerin azaltılması, harcamaların düşürülmesi ve sağlıkta dönüşüm için ES, SSK ve BAĞ-KUR sigorta kollarının genel sağlık sigortası çatısı altında birleştirilmeleri, sosyal güvenlik sisteminin hitap ettiği kesime etkin hizmet sunulmasını gerçekleştirebilecek maddeler olarak

belirlenmiştir. Sağlık reformunun gerçekleşebilmesi için öncelikle herkesi genel sağlık sigortası kapsamına alarak, emeklilik sistemine ilişkin açıkların GSMH'daki oranını azalan bir seyirle %1 seviyesinde tutulması, hastanelerin idari yapılanmalarının düzenlenmesi, ilaç harcamalarındaki artışın azaltılması bu süreçte ek maliyetlerin ortaya çıkmaması için tedbirler alınması ve en önemlisi de sosyal güvenlik sistemi açıklarının kontrol altında tutulması gerektiği bu kurumlara ayrılan kaynakların bütçede birer yük oluşturduğu üzerinde durulmuştur (Sönmez, 2011: 34).

Tüm bu arka planın ışığında yayınlanan SDP ile tüm sigorta kollarının tek çatı altında toplanarak, harcamaların azaltılıp kontrol altında tutulması, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için hizmete göre katkı payı alınması, özel sektörün sağlık yatırımı yapmasının özendirilmesi gibi hedefler belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kişilere yönelik ve hekim temelli olarak sunulmasını sağlayacak aile hekimliği sisteminin kurulması ve yerinden yönetime dayanan bir sistemin yerleştirilmesi hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerinin bir maliyeti olduğu bu nedenle hizmeti kullanacak olanların bu maliyeti paylaşması gerektiği gerekçe gösterilerek herkesin sağlık primi ödemesi, hizmetin gereksiz kullanımının engellenmesi gerekçe gösterilerek katılım ve katkı payı ödemelerinin düzenlenmesini de kapsamıştır. Bunların yanı sıra, sağlık emek-gücü istihdamında esnek çalışma biçimleri ile özellikle hekim ve hemşirelik hizmetleri sunumunda ara emek-gücü kullanımının yaygınlaştırılması da programda yer almıştır.

Programın amacı, sağlık hizmetlerinde etkililik, verimlilik ve hakkaniyet sağlanmasıdır. Amaç olarak benimsenen kavramlar şu anlamda kullanılmıştır:

- Etkililik, uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesidir.
- Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyetleri düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir.
- Hakkaniyet, insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır (Bostan, 2009: 34; Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, 2003; 58. ve 59. Hükümet Programları).

2. Sağlıkın Ekonomi Politikası

2.1. Sağlık Harcamalarının Analizi ve Dönüşümün Yansımaları

SDP ile sermayenin ekonomik gücü karşısında emekçi sınıfları koruyan düzenleme ve uygulamaların tasfiyesi hedeflenmiştir; bir yandan sağlık hizmetlerinin sunumu

piyasalaştırılmış, sağlık hizmetleri kâr elde etmek amacıyla ticarileştirilmiştir (Boratav, 2011: 155). “Sosyal güvenlik kurumlarının sağladığı erişilebilir sağlık hizmetinin kapsamı daraltılmış ve sağlık bir yurttaşlık hakkı olmaktan çıkarılmıştır” (Hamzaoğlu, 2011: 25-26). Sağlık piyasaya açılması, öncelikle sağlık tanımının değiştirilmesi anlamına gelmektedir. Çünkü piyasanın varlığı sağlık hizmetini bir hak olmaktan çıkarmaktadır. Sağlık, artık parası olanın, ancak parası kadar satın alabileceği bir metaya dönüşmüştür. Piyasa ile sağlık gereksinimlerinin kâr getirebilecek bölümleri değerlendirilir ve fiyatı karşılamaya gücü yetenler için hizmet sunulur bir hal almaktadır. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ve kâr maksimizasyonuna yönelik çabalar kamusal bir malın sunumunda, talebi ve yönetiminde paradokslar ortaya çıkarır.

Sağlık harcamalarının analizini ihtiva eden çalışmanın bu bölümü SDP'nin uygulamaya konulduğu yıldan itibaren, toplam sağlık harcamalarını, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranını, cepten yapılan sağlık harcamalarını, kişi başı sağlık harcamalarını, kamu sağlık harcamaları ile özel sağlık harcamalarını ve son olarak sağlık yatırım harcamalarını analize konu etmektedir.

SDP'nin başladığı yıla kadar hane halkı sağlık harcamaları normal bir seyir izlemiştir. Program uygulamada kurumsallaşmaya başladığında ise cepten yapılan sağlık harcamaları artmıştır. Bu kurumsallaşma ülkemiz sosyal güvenlik sisteminin bir bütün olarak dönüştüğü, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanununun uygulanmaya başladığı 2008 yılı itibariyle yaşanmıştır.

Tablo 3. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve GSYİH İçindeki Payı, (2002-2015), (Milyon TL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Sağlık Harcamaları	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740
GSYİH	350.476	454.781	559.033	648.932	758.391	843.178	950.534
Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015

Sağlık Harcamaları	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	94750	104 568
GSYİH	952.559	1.098.799	1.297.713	1.416.798	1.567.289	1.748.168	1.953.561
Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)	6,1	5,6	5,3	5,2	5,1	5,4	5,4

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2012, TÜİK GSYH ve TÜİK Sağlık Harcamaları 2016 verilerinden derlenmiştir.

2013 yılında Türkiye sağlık harcamaları GSYİH'nin %5,1'ini oluşturmaktadır. Bu değer OECD ortalaması olan %8,9 değerinin oldukça gerisinde ve OECD ülkelerinin en düşük seviyesindedir. 2013 oranı en yüksek seviye olan 2009 yılı değerinin altında kalmıştır. Ekonomik kalkınmayla beraber düşük sağlık harcamaları, GSYİH payında 2010-2013 yılları arasında keskin bir düşüşe sebep olmuştur. Sağlık sigortası kapsamının genişlemesiyle birlikte kamu harcamalarının payı önemli derecede artış göstermiş, 2000 yılında %62 olan kamu harcamaları oranı 2013 yılında %78'e yükselmiştir ki bu yükseliş OECD ortalaması olan %73'ün üstündedir (OECD Sağlık İstatistikleri, 2015).

Tablo 4. Türkiye'de Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları (2002-2015)

Yıl	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	3,725	4,482	5,775	8,049	9,684	11,105	10,036
Yıl	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	8,142	10,062	10,590	11,750	14,156	16,819	17,315

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları 2016 verilerinden derlenmiştir.

Özel sağlık harcamaları grubunda yer alan cepten sağlık yapılan sağlık harcamasını Özgen, “hane halklarının aldıkları sağlıkla ilgili mal ve hizmetler için hizmet sunuculara doğrudan yaptıkları ve herhangi bir kişi veya kurum tarafından kısmen ya da tamamen kendilerine ödenmeyen harcama” (2007: 205) olarak tanımlamaktadır. Cepten yapılan sağlık harcamaları Tablo 4’te gösterildiği gibi 2010 yılı itibariyle hızlı bir artış göstermiştir. Bu değer OECD ülkelerinden bazılarının sağlık harcamalarından oldukça yüksektir. 2013 yılı verileri bakımından Fransa (%7), Almanya (%14) ve Birleşik Krallık (%10) gibi bazı Batı Avrupa ülkelerinden daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır (OECD Sağlık İstatistikleri, 2015).

Ülkelerin sağlık harcamalarının önemli bir göstergesi olan kişi başına düşen sağlık harcaması ise, 2014 yılında 1 232 TL iken, 2015 yılında %9,2 artarak, 1345 TL’ye yükselmiştir. Kişi başı sağlık harcaması ABD Doları (\$) bazında değerlendirildiğinde ise, 2014 yılında 563 \$ iken, 2015 yılında 496 \$ olarak hesaplanmıştır. 2000-2012 yılları arasında Türkiye’de, satın alma gücü paritesine göre, ABD Doları cinsinden kişi başına düşen sağlık harcamaları istikrarlı bir şekilde yükselmiştir. 2000 yılında kişi başı sağlık harcaması 433 ABD Doları iken, 2012 yılında 984 ABD Dolarına yükselmiş ve 12 yılda yaklaşık %130 artış göstermiştir. %20,8 ve %17,5 ile artış oranının en fazla olduğu yıllar 2006 ve 2007, en az olduğu yıllar ise 2009 ve 2001’dir (TÜİK, 2016; Yardan, Demirkıran ve Kiremit, 2016: 170).

SDP’nin gündeme geldiği ilk yıllar ile ondan önceki ekonomik krizler döneminde Sağlık Bakanlığı’nın bütçesi, genel bütçe içinde yine küçük bir paya sahip olmakla birlikte, program döneminde artış göstermiştir. Fakat Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesindeki yatırım payının sürekli olarak düşüş göstermesi, personel ve idari masraflardaki artış dolayısıyla Sağlık Bakanlığı bütçesinin kısmen de olsa büyümüş olmasına karşın, sağlık altyapısında yatırıma yeterli kaynak ayrılmadığı, aksine yatırım oranında nispi gerileme olduğu ve bunun sürekli bir hal aldığı görülmektedir. Dolayısıyla, temel sağlık göstergelerinde anlamlı iyileşme bekleminin olanaklı olmadığı düşünülmektedir.

Tablo 5. Türkiye’de Bütçeden Sağlık Harcamalarına Ayrılan Pay

Yıl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sağlık Harcamalarının Merkezi Bütçe İçindeki Payı	6,6	3,2	3,6	4,1	5,6	5,7	5,2
Yıl	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013

Sağlık Harcamalarının Merkezi Bütçe İçindeki Payı	5,5	5,7	5,8	5,5	4,4	4,1	4,2
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Kaynak:Soyer, 2004;Sönmez, 2011; Vançelik, 2012; TÜİK,2016 verilerinden derlenmiştir.

2013 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı bütçesi parçalanmaya başlamıştır. Sağlık bütçesi, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu olmak üzere üç parçaya ayrılmıştır. Buna göre Sağlık Bakanlığı bütçesi 2013'te 2 milyar 490 milyon TL iken, 2014 yılında sadece 29 milyon TL'lik artışla 2 milyar 519 milyon TL'ye yükselmiştir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na ayrılan pay 8 milyar 119 milyon TL'den 9 milyar 29 milyon TL'ye, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na ayrılan pay 6 milyar 77 milyon TL'den 6 milyar 874 milyon TL'ye yükseltilmiştir. 2013 yılında toplamda 16 milyar 686 TL olan sağlık bütçesi, 2014'te 18 milyar 422 milyon TL'ye yükseltilmiştir (www.evrensel.net, 2014).

Tablo 6. Türkiye'de Merkezi Devlet ve Özel Sektör Tarafından Yapılan Sağlık Yatırımları (2003-2015), (Milyon TL)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Merkezi Devlet	301	567	744	1,012	1,158	2,386	1,287
Özel Sektör (Hanehalkı Hariç)	-	534	634	1,198	1,860	1,294	118
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Merkezi Devlet	1,902	1,856	2,028	2,743	3,069	5,021	

Özel Sektör (Hanehalkı Hariç)	127	185	212	242	398	371

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2016 verilerinden derlenmiştir.

Sönmez, bütçeden ayrılan payın azalma eğiliminin devam edeceğini öngörerek, “Sağlık Bakanlığı’na kullanılan sağlık hizmetleri ödeneklerinin, genel bütçe içindeki payının 2010’dan başlayarak tempo kaybına uğramasını, sağlık hizmetlerindeki ağırlığın biraz daha Sosyal Güvenlik Kurumu’na aktarılması ile ilgili” olduğunu belirtmiştir (2011: 41).

Kalkınma hızlarına ve gelişmişlik düzeylerine erişmeye çalıştığımız Avrupa Birliği ve OECD ülkelerinde bütçelerin önemli bir kısmının bu hizmetlere tahsis edildiği bilinen bir gerçektir. Ülkede izlenen sosyal politika ve buna bağlı olarak da uygulanan sağlık politikası ve siyasal tercihler nedeniyle bütçeden ayrılan pay düşürülmüştür ve buna rağmen Tablo 7’de gösterildiği gibi yatırım oranlarındaki yetersizlikler devam etmektedir. Devlet ve özel sektör yatırım oranlarına bakıldığında yatırım miktarlarında önemli büyümeler görülmemekte ve dahası özel sektör yatırımları kategorisinde cepten yapılan sağlık harcamaları önemli bir yer tutmaktadır.

Yatırım harcamalarının önemli bir kısmında özel yatırım harcamaları hastane sayısı ve ilaç sektöründe görülmektedir. Tablo 8’de özel hastane sayısının SDP’nin başlangıcından hemen önce ve sosyal güvenlik sisteminin kurumsallaştığı 2009 yılından sonra önemli ölçüde arttığı görülmektedir. Gerek dünya ilaç sektörünün ve gerekse gelişmekte olan bir pazar olarak Türkiye ilaç sektörünün, yapısal özelliklerinin oligopol bir karakter sergilediği ve pazarı kontrol altında tutan az sayıda firmanın, büyük ölçüde pazar büyüklüğünü belirlediğinin de altını çizmek gerekmektedir. İlaç meta özelliklere sahip olmakla beraber, insani perspektifi bakımından, iktisadi sistemlerin işleyiş mekanizmalarından bağımsız bir meta görünümünde sayılabilmekte ve fakat gerçekte, kapitalizmde sermayenin yoğunlaşması ve merkezileşmesini sağlamak ve dolaylı olarak da hegemonya stratejilerinin gelişmesini desteklemektedir (Abacıoğulları, 2011:81). Sönmez’in de ifade ettiği gibi SGK, özel sağlık endüstrisine ilaç harcamaları ile önemli bir pazar niteliğindedir (2011: 50). İlaç harcamaları Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu oran 2012 yılı için %19 civarındayken, OECD ülkelerinde %15 civarında gerçekleşmiştir. Bu ülkelerle kıyaslandığında ilaç

harcamalarına ilişkin harcama trendinin düşme eğilimi göstermesine rağmen sağlık harcamaları içindeki payının yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Yardan, Demirkıran ve Kiremit, 2016: 172).

Tablo 7. Türkiye’de Devlet Hastanesi ve Özel Hastane Sayısı (2002-2015)

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Devlet Hastanesi	774	840	832	854	866	865
Özel Hastane	271	503	541	550	556	562

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

Özel hastane sayısındaki artış devam ederken, sayıyı ve dolayısıyla sağlık hizmetini kontrol edebilmek için 2013 yılı sonunda büyük zincir hastanelerinin küçük sağlık kuruluşları bünyelerine katılmaları teşvik edilmiş ve sağlık kuruluşu açılması yoluna bir takım yasal engeller konmuştur. Genel sağlık sigortası kapsamında olduğu halde ödemekle yükümlü tutulan ilk kademe sağlık hizmetleri dahil olmak üzere tedavi ücreti alımında farklılıklar görülmesi bu duruma bir örnek teşkil etmektedir. Gelirine göre katkı ilkesi birçok kez ihlal edilmiştir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren acil servis birimlerine "Acil olarak başvurulsa bile bu halin ortadan kalktığına hükmedilen hallerde ek ücret almasının yasal hale getirildiği" 2012 yılında gündeme gelmiştir. Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT), 'Acil Sağlık Hizmetleri ve İlave Ücret Alınması' ile ilgili düzenlemede sağlık kuruluşlarının acil servise başvuran tüm hastalara bakmak zorunda olduğu ve herhangi bir ek ücret isteyemeyeceği belirtilmiştir. Ancak, sağlık kuruluşu vakanın acil hal kapsamına girmediğini tespit ederse hastaya 'Acil Halin Sona Ermesine İlişkin Taahhütname' imzalatılmasının zorunlu olduğu da ayrıca belirtilmiştir. Belgede hastanın ek ücret ödemeyi ve bu ödenen ücreti SGK'dan talep etmemeyi taahhüt etmesi istendiği yazmaktadır. Bu özel hastaneler için de geçerli olmuştur. (www.radikal.com.tr, 2014).

Hasta ile doktoru karşı karşıya getiren bu uygulama örneği sağlıkta şiddet olgusunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Doktora şiddet vakalarındaki artışın nedenini yeni politikalara bağlamak mümkündür. Zira "hastanın cebinden elinizi çekin" söylemleri ile başlayan SDP, yaşanan sorunların bir kısmını sağlık çalışanlarına mal etmiş ve onları hedef göstermiştir. Etiler'in de belirttiği gibi bir sağlık kurumunda yaşanan sorunun oradaki doktorla çözülmesi gerektiği söylemleri, hasta haklarının çalışanlar aleyhine geliştirildiğinin birer kanıtı niteliği taşımaktadır (http://www.saglikcalisanisagligi.org, 2014).

SDP ile doktor-hasta ilişkisi de düzenlenmiş, sağlık çalışanları ve özellikle doktorlar için birçok düzenleme getirilmiştir. Sağlıkta verimliliği ve etkinliği arttırmak için performansa dayalı ödeme, tam gün çalışma gibi özellikle sağlık çalışanlarının etkin ve verimli çalışmalarını öngören ve bunu kontrol de eden bu düzenlemelerle sağlık endüstrisinde doktor-hasta ilişkisi ticari bir hal almış durumdadır.

SDP, sağlık hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması ve bu hizmetlerin sunuculardan satın alınması ilkesine dayanmaktadır. Sönmez'in taşeronlaşma süreci olarak vurguladığı süreç, benimsenen bu ilkenin sonuçlarının görülmesini kolaylaştırmaktadır. "Güvenlik ve yemek hizmetleriyle başlayan sağlık hizmetlerinde taşeronlaşma Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hemşire, radyoloji teknisyeni, laborant, tıbbi sekreter, hastabakıcı gibi kadroların ilgili kurumlarda istihdam edilmesiyle devam etmektedir. Binlerce sağlık çalışanının, yapılan ihaleler sonucunda taşeron şirketler aracılığı ile çalıştırıldığı gözlenmektedir" (2011: 74-75).

Taşeronlaşma ile özel sermayenin sağlık sistemine dahil edilmesi konusunda Buğra ve Yılmaz, "hastane yönetimlerinde tıp dışı üyelerin ağırlık kazandığı ve yönetimde gelir-gider dengesiyle ilgili kaygıların ön plana çıktığı bir modeli teşkil ettiği, bunun toplum yararını gözetilen bir planlama mantığına ne ölçüde uyulabileceği konusundaki kuşkuları arttırdığını" (2011) belirtmişlerdir.

Sonuç

Bu çalışmada SDP'nin uygulamaya konulduğu yıldan itibaren, toplam sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı, cepten yapılan sağlık harcamaları, kişi başı sağlık harcamaları, kamu sağlık harcamaları ile özel sağlık harcamaları ve sağlık yatırım harcamaları analiz edilmiş ve uygulanan program günümüze kadarki harcama oranları ile kıyaslanarak tartışılmıştır. Harcama verilerinin tartışma konusu olmasının sebebi, SDP'nin ortaya çıkış gerekçelerine dayanmaktadır. Bu gerekçeler özellikle kamu borç stokunun küçültülmesine ve sosyal devlet uygulamalarının daraltılmasına odaklanmıştır. Bu bağlamda da sağlığa ayrılan devlet katkısının azaltılması, bütçeden ayrılan payların kontrol edilebilir bir seviyede tutulması gibi hedefler belirlenmiştir. Bu hedefler uygulama aşamasında sağlıkla ilgili harcama oranlarının değişmesine sebep olmuş, sağlık hizmeti ticarileşmiştir. Cepten yapılan sağlık harcamaları artarken, sağlığa ilişkin yatırımlar artmış ve hizmetten faydalananlarca memnuniyet önemli bir hale gelmiştir.

Türkiye 90'lı yılları ekonomik krizlerle bitirirken, bu krizlere sebep olan ve krizlerle yapısal bir sorun halen gelen Kamu Yönetimi ve yönetimin bir parçası olan Sosyal Güvenlik Sistemi uluslararası kuruluşların müdahalesi ile dönüştürülmüştür. Bu kuruluşların gelişmekte olan birçok ülke için birer reçete niteliğinde olan standart bir sağlık politikası üretme çabaları, sermayenin sağlık alanına yönelmesine neden olmuştur. Hali hazırda var olan sorunlara piyasa odaklı yaklaşım toplumsal sonuçlarıyla tedavi edilmesi zorunlu alanlar ortaya çıkarmıştır. Hayırsever politika söyleminin özel sermayeyi teşvik edip, parası olmayana yardımlarda bulunduğu sosyal güvenlik sistemi tüm nüfusu kapsama vaadiyle, kişi başına düşen sağlık harcamalarının artmasını sağlamıştır. Özel sermaye ile bölüşülen sağlık hizmetleri, sigortalılığın tek çatı altında toplanması ile etkinliği sağlayamamakta özellikle çalışanlar aleyhine birçok olumsuzluğa sebep olmaktadır. Tam gün yasası ve performans uygulaması ile özel sektöre çekilen hekimler ve bu sisteme mecburen iştirak eden hastalar, yine mecburen çarkı döndürmektedirler.

Sağlık ticarileştiğinde, rekabetin neden olduğu gerilim sağlık çalışanlarını hastalar karşısında mal ve hizmet satan ya da satışa imkân veren birer odak haline getirmiştir. Hastalar da birer müşteri niteliğinde, daha kaliteli sağlık hizmetine ulaşabilmek için daha çok para vermeyi göze alan birer alıcı konumuna gelmiş, talepleri, piyasada hizmetlerde çeşitlilik şeklinde kendine yer bulmuştur. Başka bir çalışmanın konusu olabilecek “Sağlıkta Şiddet” tüm bu sürecin ortaya çıkardığı önemli bir sorun olmaktadır. Sağlık çalışanları ve özellikle Türk Tabipler Birliği örgütü altında sistemin herhangi bir yerinde bulunanlar, var olan sorunlara katılmakta fakat sağlık hakkının para ile satın alınmaması gerektiğini, sermaye sahiplerinin böylesine hassas bir konuya dâhil olmamaları gerektiğini süreç boyunca vurgulamışlardır. Birçok sorunun çözümü noktasında olumlu ve kamu yararına faaliyetleri içeren Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık emeğinin sömürüldüğü, hastaların suiistimal edilerek, piyasanın bir parçası haline zorunlu olarak getirilmeleri sürecinde olumsuzluklarla daha çok anılır olmuştur.

Kaynakça

Abacıoğulları, N. (2011). Küresel Kapitalizmde İlaç Endüstrisi, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık.

Uluslararası Sağlık Politikaları Birimi XVI.Konferansı Bildirisi.

Akçağlayan, A. (2008). 2001 Krizinde Uygulanan Faiz Politikasının Döviz Kuru Üzerindeki

Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(16), 1-20.

Boratav, K. (2014). *Türkiye İktisat Tarihi* (19 b.). Ankara: İmge Kitabevi.

- Buğra, A. (2008). *Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye'de Sosyal Politika*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Buğra, A. Y. (2011). *Bianet*. Şubat 3, 2014 tarihinde <http://bianet.org/bianet/siyaset/131980-saglikta-alinan-yol-ve-ortaya-cikan-tehlikeler> adresinden alındı
- Celasun, M. (2002). *2001 Krizi, Öncesi ve Sonrası*. Ocak 31, 2014 tarihinde <http://content.csbs.utah.edu/~ehrbar/erc2002/pdf/i053.pdf> adresinden alındı
- ÇSGB. (2014). *Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi*. Şubat 2, 2014 tarihinde http://www.calisma.gov.tr/projeler/sos_guv_oneri.pdf adresinden alındı
- Etiler, N. (2014). Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 42, 2-11. Şubat 4, 2014 tarihinde <http://www.saglikcalisanisagligi.org/dosyalar/neoliberalpolitikalar.pdf>. adresinden alındı
- Evrensel. (2014). Şubat 2, 2014 tarihinde <http://www.evrensel.net/haber/71039/emekciye-butceden-bol-bol-tasarruf>. adresinden alındı
- Hamzaoğlu, O. (2011). Sağlık Reformu Pandemisi: Neden ve Nasıl? Sağlıkın Ekonomi Polisiği, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık. *Uluslararası Sağlık Politikaları Birimi XVI.Konferansı*. Ankara.
- Hamzaoğlu, O. (2013). Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 28(3), 172-180.
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 201-228.
- Parasız, İ. (2003). *Türkiye Ekonomisi*. Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Radikal. (2014). *Özel Hastaneler 'Acil'den Para Almak İçin Yol Buldu!* Şubat 3, 2014 tarihinde http://www.radikal.com.tr/saglik/ozel_hastaneler_acilden_para_almak_icin_yol_buldu 1081753 adresinden alındı
- Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2016). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*. Ankara: Sistem Ofset Basım Yayın.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu*. Ankara: PYDB.

- Sağlık Bakanlığı. (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). *2015 Yılı TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu Bütçe Sunumu*. Aralık 12, 2014 tarihinde http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf adresinden alındı
- SGK. (2014). *Aylık Temel Göstergeler*. Şubat 3, 2014 tarihinde http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/c5663479-92d3-490e-bc68-042e7bbdcacb/2013_10_temel_gostergeler.pdf?MOD=AJPERES. adresinden alındı
- Soyer, A. (2004). Türkiye'de Sağlık Sektörünün Temel Sorunları. *Özgür Üniversite Forumu*(26-27).
- Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşümün Neresindeyiz? Bundan Sonra Bizi Neler Bekliyor? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 179-182. Şubat 3, 2014 tarihinde http://debis.deu.edu.tr/UploadedFiles//Birimler/18281/179-182_pdf.pdf adresinden alındı
- Sönmez, M. (2011). *Paran Kadar Sağlık*. İstanbul: Yordam Kitap.
- Şahin,B; Tarat, M; Karabulut, E;vd. (2013). *Türkiye’de Hanehalkı Tarafından Yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması Nihai Raporu*. Aralık 9, 2016 tarihinde <http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/cepten.pdf> adresinden alındı
- TBMM. (2014). *58.Hükümet Programı*. Ocak 31, 2014 tarihinde <http://www.tbmm.gov.tr/hukümetler/HP58.htm>. adresinden alındı
- TBMM. (2014). *59.Hükümet Programı*. Ocak 31, 2014 tarihinde <http://www.tbmm.gov.tr/hukümetler/HP59.htm> adresinden alındı
- TCMB. (2014). *Ekonomi Programı*. Ocak 31, 2014 tarihinde http://www.tcmb.gov.tr/yeni/duyuru/eko_program/program.pdf adresinden alındı
- Turan, Z. (2011). Dünyadaki Ve Türkiye’deki Krizlerin Ortaya Çıkış Nedenleri Ve Ekonomik Kalkınmaya Etkisi. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(1), 56-80.
- TÜİK. (2012). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2009-2012*. Şubat 1, 2014 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15871> adresinden alındı

- TÜİK. (2013). *Hanehalkı İşgücü İstatistikleri*. Şubat 1, 2014 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16003> adresinden alındı
- TÜİK. (2016). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. Aralık 10, 2016 tarihinde http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 adresinden alındı
- World Bank. (2013). *Health Data*. Kasım 18, 2016 tarihinde data.worldbank.org/country/TR?locale=tr adresinden alındı
- Yardan-Dikmetaş, E., Demirkıran, M., & Kiremit-Yaban, B. (2016). Türkiye Sağlık Harcamaları Trendi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(1), 157-176.