

TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİN DÖNÜŞÜMÜ (2003-13): COVID-19 PANDEMİSİ İLE MÜCADELE SÜRECİNDE SAĞLIK REFORMLARINA YENİDEN BAKIŞ

İsrafil BOYACI¹

ORCID: 0000-0002-5327-0499

ÖZET

Bu makale, Türkiye sağlık sisteminin Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-13) tecrübesini betimleyici bir şekilde tekrar ele alıyor. Sağlık sisteminin altyapı gelişimi ve kapasite artışıyla neticelenen güncel sağlık reformlarını, regülasyonları ve kısmen planlama faaliyetleri yeniden gözden geçirildi. Bunu yaparken, ülke sağlık sistemlerinin genel niteliklerindeki çeşitlilikler de makalede sunuldu. Türkiye'nin yakın bir tarihte tamamlanmış olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-13), bilinmezliklerden müteşekkil COVID-19 küresel salgını ile mücadeleye hazırlıklı bir sağlık altyapısı ve kapasitesi ile sağlık sistemini donatmıştır. Bu küresel salgın ile mücadelede, ülke yönetimlerinin kararlarına ve vatandaşlarının davranışlarına yön veren önemli bir etmenin kendi sağlık sistemlerinin kapasitesine duydukları güven olduğu, Türkiye tecrübesinde faydalanılarak, makalede tartışıldı. Bu makale ile, Türkiye'de güncel sağlık reformları ve regülasyon uygulamaları, ülkelerin sağlık sistemleri arasındaki çeşitlilikleri de sunularak, kısa kısa ele alındı. Böylece, COVID-19 pandemisi ile mücadele sürecini inceleyen çalışmalara sağlık sistemi ile ilgili gerekli araştırma zeminini de sunulmuş oldu.

Anahtar Kelimeler: *Sağlık sistemleri, Dönüşüm, Reform, Regülasyon, Evrensel sağlık kapsayıcılığı*

HEALTH SYSTEM TRANSFORMATION IN TURKEY (2003-13): REVISITING THE HEALTH REFORMS AMID COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT

This article revisits the Health Transformation Program (2003-13) of health system in Turkey. The most recent health reforms, regulations and planning practices in part, which resulted in a better infrastructure and a higher capacity of the health system, has been examined. While doing this, the article has also presented the variety in the main characteristics of health systems. The Health Transformation Program (2003-13) has equipped the health sytem in Turkey with a sufficient health infrastructure and system capacity in the fight with such an unknown novel coronavirus illness (COVID-19). In the battle with this pandemic, in the light of Turkey's experience, the article discusses that a vital factor that shape their decisions and behaviors has been the trust and confidence that both governors and citizens have in related to the health system of their countries. In this article, the recent health reforms and regulation practices in Turkey, alongside considering differences in main components of a health system, have been reviewed. Thus, the article provides a background on the health system for studies in Turkey which will investigate the national fight with the COVID-19 pandemic.

Keywords: *Health systems, Transformation, Health reform, Regulation, Universal health coverage*

¹ *Araştırma Görevlisi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İktisat Bölümü,
iboyaci@ticaret.edu.tr*

1. GİRİŞ VE ÇERÇEVE

Korona virüs (COVID-19) hastalığının kısa bir sürede tüm dünyayı etkileyen küresel bir salgın haline gelmesi istisnasız bütün dünya ülkelerine beklenmedik bir şekilde yeni yükler/yükümlülükler getirdi. Bilinmezliklerden müteşekkil böyle bir pandemi ile mücadele, ülke yönetimleri ve bilhassa ilgili sağlık kurumları için, çok kısıtlı bilgi ve veri ile tam anlamıyla bir belirsizlik yönetimi tecrübesi oldu. Bu yeni hastalığın bazı ülkelere daha erken vardığını (veya daha erken fark edildiği de tartışılabilir) ve ülke tecrübelerinde bu virüsle baş etmede yaklaşım farklılıklarını hep birlikte gözlemledik; fakat tartışmaya gerek olmayan bir husus var ki bu salgın ile mücadele kısa sürede tüm ülke yönetimlerinin birinci gündeminde yer etti.

Bu bilinmezlikler ile dolu yeni hastalık türünün ilk kez 31 Aralık 2019'da kayıtlara geçmiş olmasına rağmen, 08 Mart 2020 itibariyle Çin'de toplam 3,100 ölüm görülmüş ve bu yeni virüs tipinin görüldüğü diğer 100'ü aşkın farklı ülkede toplam 484 ölüm kayıtlara geçmişti bile. Bu verilere dayanarak DSÖ Risk Değerlendirmesini küresel ölçekte "Çok Yüksek" olarak belirledi. DSÖ, bu tarihte bütün ülkelere, COVID-19 virüsünün olası varışına karşın acil eylem birimlerini hazırlamaları, hastalığın teşhisi ve tedavisi için kapasitelerini artırmaları, hastanelerin yeterli boşlukta olmaları, gerekli personellerin ve tıbbi malzemelerin temini gibi hayat-kurtarıcı önlemleri almaları yönünde ısrarla yönergelerde bulundu (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2020/a).

Bu yeni öngörülemeyen duruma bazı ülke sağlık sistemleri daha hazırlıklı yakalanırken, içlerinde gelişmiş ülkelerin de olduğu diğer ülkelerin hazırlıksız yakalandıklarını ve vatandaşlarının sağlık hizmeti ihtiyaçlarına cevap vermekte sağlık sistemlerinin aciz ve kifayetsiz kaldıklarını gözlemledik. Hiç şüphesiz bunda ülkelerin ekonomik kaynakları, yönetimlerinin bu yeni durumu ele alış tercihleri, buldukları coğrafya ve kültürleri önemli belirleyiciler oldu; fakat ülke yönetimlerinin kararlarına ve vatandaşların davranışlarına şekil veren asıl önemli etmenin kendi sağlık sistemlerinin kapasitesine duydukları güven olduğunu tartışmak yerinde olacaktır. Bu bakımdan, bu çalışma ile, Türkiye sağlık sisteminin son yirmi yılda geçirmiş olduğu dönüşümü tekrar ele aldık; sağlık sistemindeki kapasite artışına zemin oluşturan reformlar, regülasyonlar ve planlama faaliyetlerini yeniden gözden geçirdik. Böylece, COVID-19 pandemi ile mücadele sürecini inceleyen araştırmalara gerekli araştırma zemininin sunulması da amaçladık.

İlk COVID-19 vakasının kayda geçtiği 11 Mart 2020 tarihinden bu yana, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı büyük bir yükü ve sorumluluğu üzerine almış oldu. Bazı gelişmiş ülkelerde gözlemlenen durumun aksine, ilgili devlet kurumları ve uluslararası örgütler ile de dayanışma içerisinde, Sağlık Bakanlığı etkili bir liderlik ve yönetim örneği göstererek, bu virüsün toplum üzerinde ortaya çıkardığı ve çıkarabileceği bütün yükü sağlık sisteminin ve doğrudan hastanelerin üzerine bindirmeyecek şekilde durumu idare etmeyi başardı. Kamuoyunun desteğini alarak hızla uygulamaya konulan toplumsal önlemler ve yapılan yeni düzenlemeler ile yönetim becerisinin etkili olmasında, son 20 yılda ülkemiz sağlık sisteminin geçirdiği dönüşümün hem vatandaşlara hem de ülke yönetimine verdiği öz güvenin payı hiç şüphesiz büyüktür.

Türkiye'nin yakın bir tarihte kapsamlı bir "Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-13)"'ni bu denli kritik bir küresel salgın öncesinde tamamlamış olması sağlık sistemimizin mücadeleye hazır bir altyapı ve kapasite ile donanmış olmasını sağladı. Bu bakımdan, bu makalede, dünyadaki bütün sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldığı bu yeni durumun çözümlenmesine katkıda bulunacak şekilde, Türkiye sağlık sisteminin dönüşümünü ana hatlarıyla sunduk. Şunu burada belirtmekte fayda var ki; bu çalışmada sunulan bilgiler, dönüşüm programının bütün detaylı tarifini kapsamamaktadır. Ayrıca, hem bu programın değerlendirilmesi hem de COVID-19 ile mücadele sürecinin değerlendirilmesi bu makalenin amaçlarının ötesindedir. Fakat, yine de, bu makalede sunulan veriler ve bilgiler okuyucunun kendi değerlendirmesini yapabilmesine olanak tanıyabilecektir.

Bu makalede, ülkelerin sağlık sistemlerindeki farklılıkları da akılda tutarak, son yirmi yıldır Türkiye'de sağlık sisteminin geçirdiği dönüşümü betimleyici bir yaklaşım ile tekrar ele aldık. Makalenin sıradaki bölümünde, yeni korona virüs hastalığının ortaya çıkışı ve kısa sürede bütün dünyayı etkisi altına alan küresel bir pandemiye dönüşme sürecine ait zaman çizelgesini kısaca sunduk. Sonrasında, 3.Bölüm'de ülke sağlık sistemlerinin genel niteliklerini gözler önüne serdik. Bu bölümü, Türkiye'de COVID-19 pandemisi ile mücadeleye hazırlıklı bulunuşa zemin teşkil eden Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003-13 (SDP)'ni ele aldığımız 4.Bölüm takip etti; bu bölümde, bu program kapsamında hayata geçirilen başlıca reformlar ve düzenlemeleri sunduk. Son olarak, gelecek araştırmalara yol gösterici olacağını da düşündüğümüz dolgun bir tartışma bölümü ile makale tamama erdi.

2. KORONAVİRÜSÜN ORTAYA ÇIKIŞI VE KÜRESEL PANDEMİYE DÖNÜŞMESİNİN ZAMAN ÇİZELGESİ

31 Aralık 2019 tarihinde bilinmeyen bir akciğer iltihabı (*pneumonia*) türünün Çin'de ilk kez görüldüğünün Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çin Ülke Ofisi'ne bildirilmesinin üzerinden daha bir ay geçmemişti ki, 30 Ocak 2020'de DSÖ Acil Durum Komitesi basın toplantısında "Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumu (*Public Health Emergency of International Concern*)" ilan ettiğini duyurdu. Bu tarihte, Çin'den başka, aralarında Almanya, Japonya, Vietnam ve A.B.D. nin de yer aldığı, 18 ülkede daha 98 kişide 2019-nCoV vakasının görüldüğü, fakat Çin haricinde bu sebeple henüz bir ölüm tespit edilmediği duyurulmuştu.² Bu toplantı ile, küresel kamuoyu bu virüsle mücadelede dayanışmaya ve koordinasyon içinde iş birliğine davet edildi. Daha önemlisi ise, bu deklarasyon ile, Çin'de yaşananlardan ziyade, bu virüsün zayıf sağlık sistemine sahip başka ülkelere sıçraması durumunda ne türden hasarlar verebileceği hususunda bilgisizliğimize dikkat çekilmesiydi (DSÖ, 2020/b). Ve öyle de oldu, sonraki birkaç ay içerisinde, bu durumun bir yerel salgın baş göstermesinden (*outbreak*) bölgesel bir epidemiyeye dönüşümünü yaşadık ve en nihayetinde küresel bir

² Çinli yetkililer tarafından 3 Ocak 2020'de hafif soğuk algınlığından daha ciddi hastalıklara da sebep olabilen geniş bir virüs ailesi olan koronavirüslerin (CoV) yeni (novel) bir koronavirüs türü 2019-nCoV olarak tanımlandı.

salgın olduğuna bütün dünya olarak kanaat getirdik. Bu toplantıda, DSÖ Genel Direktörü Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, zayıf sağlık sistemine sahip ülkelerin desteklenmesi gerekliliğini küresel kamuoyuna sundu.

30 Ocak 2020 tarihinde 2019-nCoV teyitli vaka sayısı, 7,736'sı Çin'de olmak üzere toplam 7,834 idi, ve hepsi Çin vatandaşı olmak üzere bu virüsten hayatını kaybedenlerin sayısı toplam 170 kişiydi. 11 Şubat 2020'ye gelindiğinde Çin'deki toplam vaka sayısı 42,708'e ve toplam ölüm sayısı 1,017 ye ulaşmıştı; fakat bu tarihe kadar kayıtlara geçen toplam vaka sayısı 395 olan diğer 24 farklı ülkede bu virüs sebebiyle henüz yalnızca 1 ölüm gerçekleşmişti. Bu veriler, DSÖ Risk Değerlendirmesini küresel düzeyde "yüksek risk" durumuna çevirmesine yetti (DSÖ, 2020/c). Bu tarihten itibaren, tüm dünyadan gelen veriler ile yerel salgından bölgesel bir epidemiyeye dönüştüğü anlaşılan "korona virüs hastalığı 2019" (İngilizcesi *coronavirus disease 2019*'dan kısaltılarak), COVID-19 olarak adlandırılmaya başlandı.³

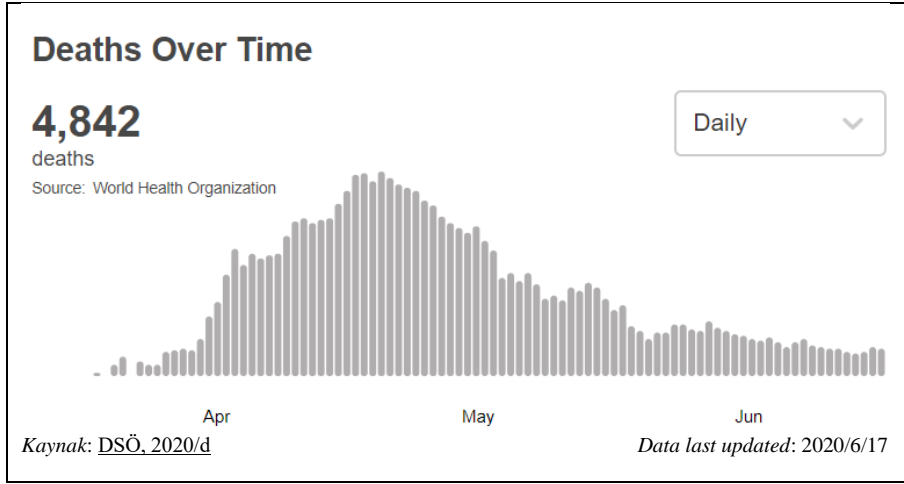
11 Mart 2020'e gelindiğinde, 114 ülkeden 118,000 vaka ve 4,291 bu virüsten ölümü kayıtlara geçti. Çin sınırları dışında tespit edilen vaka sayılarında hızlı bir artış görülmesi, patlak veren bu salgının küresel pandemi olarak nitelendirilmesini beraberinde getirdi. Mart 2020 ortalarına gelindiğinde, dünyadaki vaka sayılarının %40'nın bu bölgede tespit edilmesi ile birlikte, DSÖ Avrupa Bölgesi bölgesel epideminin merkezi olarak (*the epicentre of the epidemic*) nitelendirildi. 28 Nisan 2020 tarihli veriler dünyada bu virüsten ölenlerin %63'ünün Avrupa bölgesinden olduğunu gösterdi (Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa [DSÖ-Avrupa], 2020).

Türkiye'de ise ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde ve bu virüs sebebiyle ilk ölüm 18 Mart 2020'de kayıtlara geçti. 20 Nisan 2020 tarihi, bir günde COVID-19'dan hayatını kaybeden vatandaşlarımızın sayısının 127 kişi olarak, bu süreçte en fazla gözlemlendiği gün oldu. Bu tarihten sonra hem tespit edilen vaka sayıları hem de ölüm oranları ülkemizde gerisin geriye düşmeye başladı (Şekil 1). 13 Haziran 2020'e eriştiğimizde ise, bir günde bu virüsten 15 ölüm gerçekleşti; ve bu virüs sebebiyle kaybettiğimiz vatandaşlarımızın toplam sayısı bu tarihte 4,778'e ulaştı. (DSÖ, 2020/d)

Bu yeni tip korona virüs ile mücadele süreci ve bu mücadelenin etkinliğinin değerlendirilmesi bu makalenin kapsamını aşmaktadır, fakat yine de şu söyleyebilir ki, makalenin ilerleyen bölümlerde sunulan bilgilerden açıkça görüleceği üzere, Türkiye'nin yakın bir tarihte kapsamlı bir "Sağlıkta Dönüşün Programı (2003-13)"'nı bu denli kritik bir küresel salgın öncesinde tamamlamış olması sağlık sistemimizin gerekli altyapı ve kapasiteyle donanmış bir şekilde bu virüsle mücadeleye hazırlıklı olmasını sağladı. Böyle olunca, Türkiye'de sağlık sisteminin kapasitesine duyulan güven hem ülke yönetiminin kararlarına hem de vatandaşların davranışlarına şekil veren önemli bir unsur oldu. Ülkelerin bu yeni korona virüs ile mücadelede tercih ettikleri yaklaşımların sağlık sistemlerinin kapasitelerinin mücadeleye hazır olma

³ Salgın, bölgesel yaygınlaşması bakımından yerel etkiden küresel etkiye doğru "outbreak – epidemic – pandemic" olarak sıralanmaktadır (DSÖ, 2010).

durumlarıyla bağlantılı olduğu da ayrıca tartışılabilir. Sıradaki bölümde, böyle bir tartışmaya bilgi zemini teşkil edebilecek nitelikte, dünyadaki sağlık sistemlerinin genel durumunu, ülkeler arası karşılaştırmalara da müsaade edecek şekilde, belli başlı göstergeler yardımıyla sunduk.



Şekil 1. Türkiye’de COVID-19 Sebebiyle Ölümlerin Seyri (Mart-Haziran 2020)

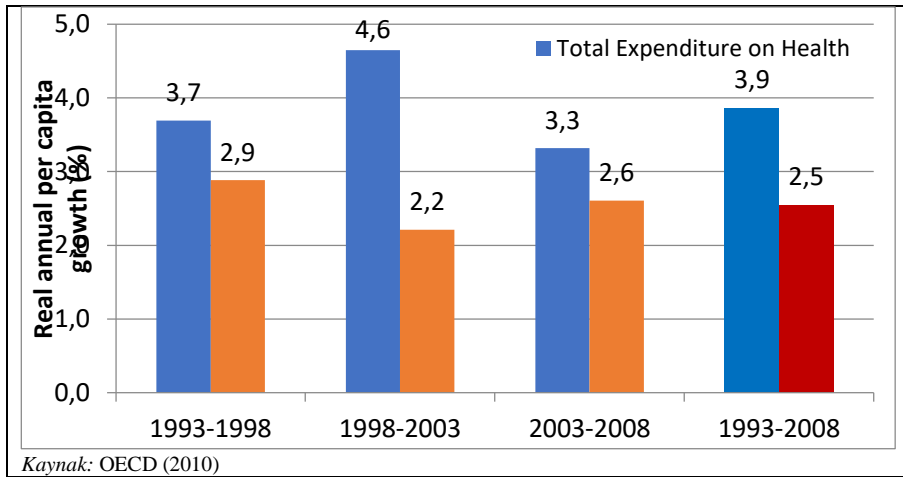
3. ÜLKE SAĞLIK SİSTEMLERİ

Toplumların ekonomik durumu, sağlıklılık geçmişi ve kültürel-davranışsal niteliklerinin çeşitliliği gibi koşulların ötesinde, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu açısından ülkelerin sağlık sistemlerinin tasarımları birbirinden çok farklılıklar göstermektedir. Hem finansmanında hem de sağlık hizmetlerinin sunumunda, özel ve kamu kesimin üstlendiği roller ülkeden ülkeye ayrışmalar gösterir. Ayrıca, sağlık istatistiklerinin hesaplanmasında da ülkeler arasında metodolojik farklılıklar olabilmektedir. Hal böyle olunca, ülkelerin sağlık sistemlerinin bire bir karşılaştırılması, hatalı araştırma yaklaşımlarına sebebiyet verebilir. Bu tür karşılaştırmalı sağlık sistemleri araştırmalarının çözümlenmesinin ve sonuçlarının kamuoyuna sunulmasının pürdikkat yapılması önem arz eder. Bunun yanında, münferit ülke tecrübelerinin enine boyuna incelenmesi ve irdelenmesi, farklı tasarlanmış sağlık sistemleri ülke tecrübelerinden kıymetli dersler çıkarılabilmesi mümkün kılabilir. Sağlık sistemlerinin dünyadaki durumunun bütün boyutlarıyla ele alınması bu makalenin kapsamını aşsa da, sağlık sistemlerinin belli başlı boyutlarından özetle bahsettiğimiz bu bölüm ile okuyucuyu makalenin ilerleyen bölümlerine hazırlamayı amaçladık.

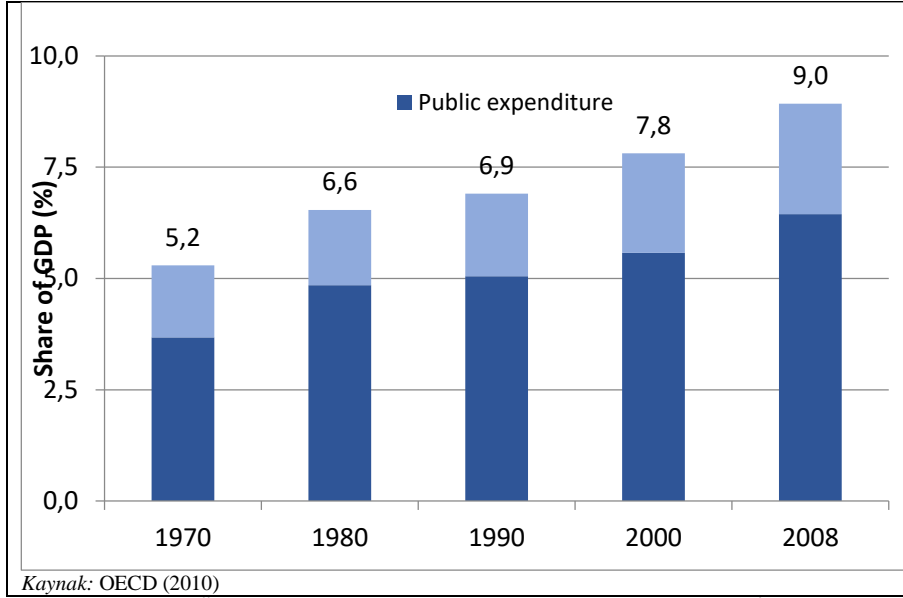
Son birkaç on yıldır dünyada sağlık harcamalarında sürekli bir artış gözlemlendi (Şekil 2-3). Bu artışın, 1993 yılından başlayarak 2008 yılında kadar aralarında hem

gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin olduğu OECD üye ülkelerinin toplam sağlık harcamalarındaki beşer yıllık dönemlerdeki büyümenin GSYİH cinsinden toplam ekonomik büyümelerinin üzerinde gerçekleştiği Şekil 2’de açıkça görülmektedir. Fakat 2008 küresel finansal krizin ardından dünyada kamu kesimi bütçe açıkları ve hızla yükselen kamu kesimi borçları, özellikle gelişmiş ülkelerin, sağlık hizmetlerinin sunulmasına ayrılan bütçede daha az istekli olmalarına sebep oldu. Böylece, Şekil 2, 3 ve 4 de açıkça görülen sağlık harcamalarındaki sürekli artışı kısıtlayabilmek için, bilhassa gelişmiş ülkeler, finansal kriz sonrasında sağlık harcamalarını kısmaya yönelik çeşitli politikalar yürürlüğe koydular (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2010). Evrensel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin daraltılması, hastane bütçelerine üst sınır konulması gibi uygulamalar ve kurumlardaki sağlık personel sayısının düşürülmesine ve teknolojik tıbbi ekipmanlar harcamalarının azaltılmasına yönelik uygulamalar bunlardan ilk akla gelenlerden bazıları. Mesela, Avrupa Birliği vatandaşlar kamu-kesiminin yüklediği “evrensel sağlık” hizmetlerini kendilerinin en tabii ve değerli haklarından biri olarak görse de, yüksek sağlık harcamasına sahip olan ülkeler 2010’lu yıllarda, İtalya’da olduğu gibi, sağlık harcamalarını kısmaya yönelik uygulamaları devreye sokmuşlardı bile (Armocida vd., 2020; Jones, 2015).

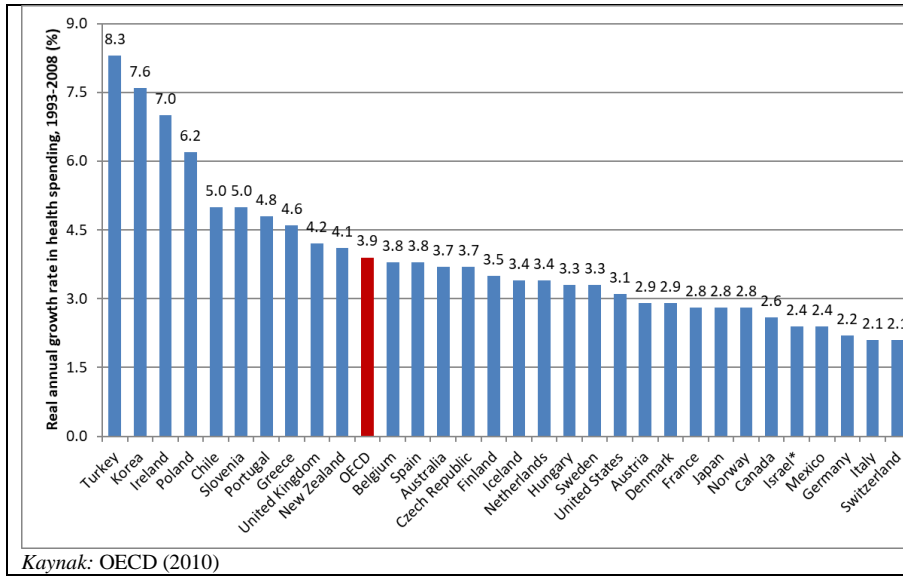
Bir yanda, uzun yıllardır sağlık harcamalarında sürekli bir artış görülen ekseriyetle gelişmiş ülkeler varken (A.B.D., Almanya, Fransa, Japonya, İtalya, İspanya, İngiltere gibi), diğer tarafta ülke sağlık sistemlerinin kapasitesini artırıcı yönde henüz dönüştürmüş/dönüştürmeye devam eden/dönüştürmeyi hedefleyen (Kolombiya, Çin, Hindistan, Endonezya, Meksika, Tayland, Türkiye, Vietnam gibi) ekonomik olarak gelişmekte olan ülkeleri biliyoruz.



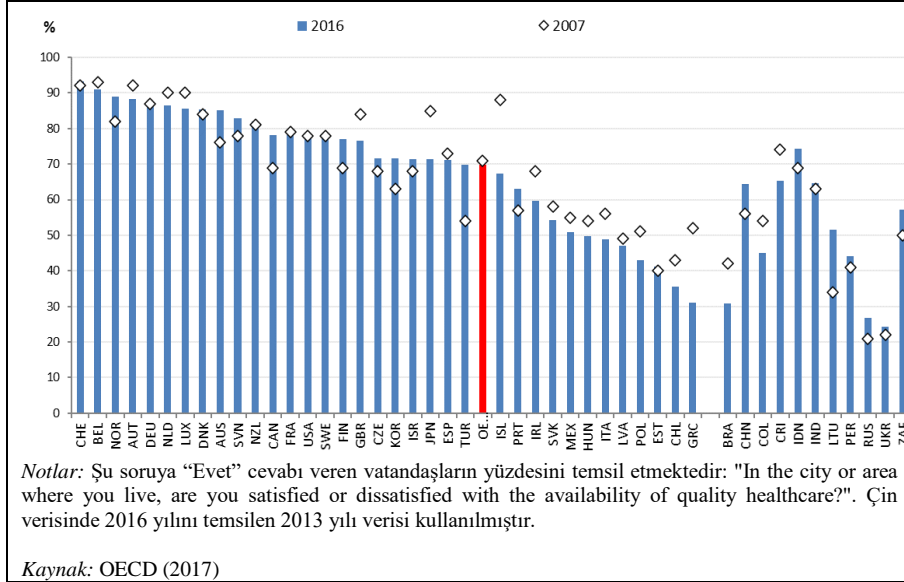
Şekil 2. OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarındaki ve GSYİH’larındaki Büyüme (%), 1993-2008



Şekil 3. OECD Ülkelerinde Ortalama Sağlık Harcamasının GSYİH'ye Oranı (%), Kamu ve Özel Harcamalar Ayrımlı, 2010

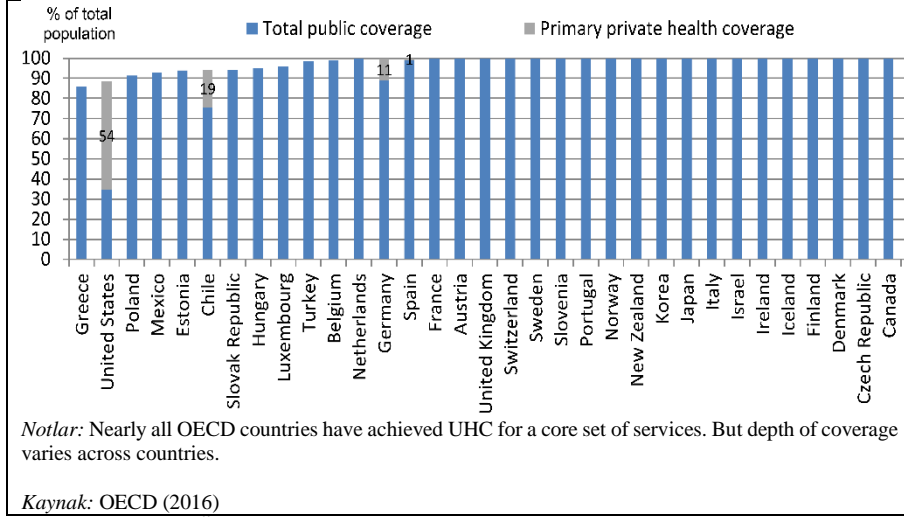


Şekil 4. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Reel Sağlık Harcamasının Yıllık (Ortalama) Büyümesi (%), 1993–2008

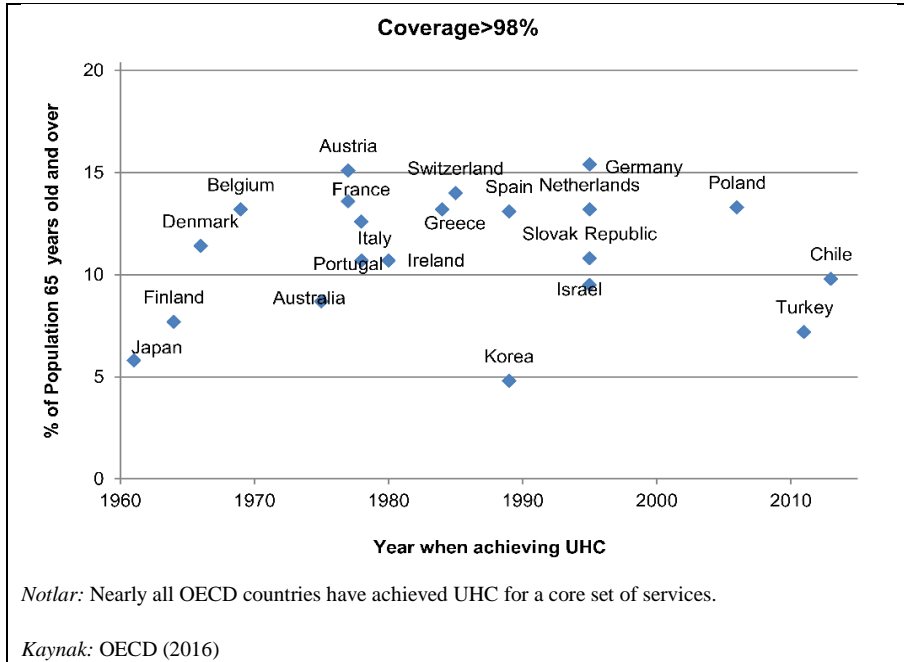


Şekil 5. Sağlık Sisteminden Vatandaş Memnuniyet Oranı (%), 2007 ve 2016

Türkiye'nin bugün ki sağlık sistemi, 2003 yılında başlayan çok-boyutlu ve kapsamlı olarak tasarlanıp uygulamaya konulan sağlık reformları ile şekillendi. Bu sağlık reformları, öncelikli olarak sağlık hizmetlerine finansal ve bölgesel erişimi artırmaya yönelik uygulamalar içerdi. Bunlar, evrensel sağlık sigortası kapsama oranlarını artırıcı ve sağlık sigortası kapsamındaki hizmetler kümesini genişletici oldu. Sonuçta, bir kaç yıl içerisinde Türkiye sağlık sisteminin kapasitesinde hızlı bir bütüncül ilerleme yaşandı ve sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kullanımında hemen fark edilir artışlar gözlemlendik. Haliyle bu da vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyetini ölçen anketlere açık bir şekilde ikiye katlanmış memnuniyet oranları olarak çok hızlı yansıdı. Şekil 4, ülkeler arasında ve farklı dönemler arasında kaba bir karşılaştırma yapmaya elverişli şekilde, sağlık sistemlerinden vatandaş memnuniyet oranlarını sunuyor. 2007 yılında Türkiye'de %54 olan memnuniyet oranı, 2016 yılına gelindiğinde bu on yılda değişmediğini gördüğümüz OECD ülkeleri ortalamasını yakalayarak %70'e yükselmiştir (Şekil 5).

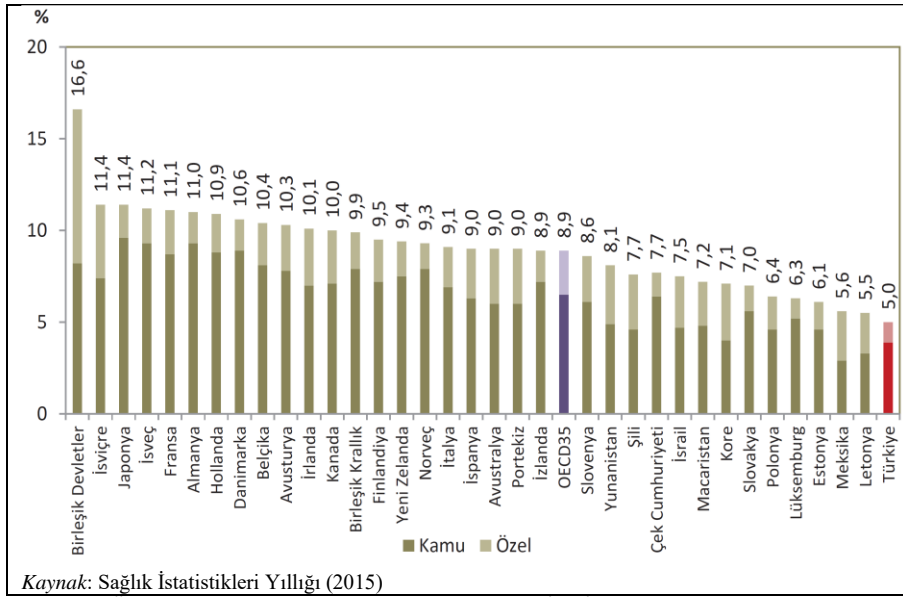


Şekil 6. OECD Ülkelerinde Toplam Nüfusunun Evrensel Sağlık Kapsamında Olma Oranı, 2014 Yılı



Şekil 7. OECD Ülkeleri Evrensel Sağlık Kapsamına (> %98) Erişilen Yıl ve O Yılda Yaşlı Nüfus Oranı

Türkiye'nin de dahil olduğu OECD'ye üye ülkelerin 2014 yılı itibariyle, A.B.D gibi birkaç istisna ülke dışında, bütün vatandaşlarını kamu sağlık hizmetleri kapsamına aldığı görüyoruz (Şekil 6). Fakat, ülkelerin herkes için sağlık politikasını benimsemeleri ve evrensel sağlık kapsamına erişmeleri çeşitli yıllarda oldu (Şekil 7). Belçika, Danimarka ve Japonya daha 1960'larda bu hizmeti vatandaşlarına sunmayı başarmış iken; Fransa, İtalya ve Portekiz 1980'lere doğru; İspanya ve Kore 1990'larda; Almanya ve Hollanda'nın ise 2000'li yıllara evrensel sağlık kapsamına erişmiş olarak girdiğini görüyoruz. Türkiye ise, diğer OECD ülkelerine göre daha geç olarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde 2003 yılında başlattığı reformların neticesinde, 2011 yılına gelindiğinde bütün vatandaşlarını evrensel sağlık kapsamına alabilmeyi başardı. Ek olarak, Şekil 6 ülkelerin bu hedefi başardıkları yıllar itibariyle yaşlı nüfuslarının toplam nüfusa oranını da göstermektedir. Evrensel sağlık kapsamına eriştiği yılda Türkiye yaşlı nüfus oranı daha az olan ülkeler arasında yer aldığı görüyoruz. Bunun da sağlık harcamalarının yaşlı nüfus oranı yüksek olan diğer OECD ülkelerinden daha düşük gerçekleşmiş olmasına yansımış olması muhtemeldir (Şekil 8).



Şekil 8. Ülkelerin Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%), 2014 Yılı

Ülkelerin sağlık sistemlerindeki bütün bu farklılıkları da akılda tutarak, sıradaki bölümde, son yirmi yıldır Türkiye'de sağlık sisteminin geçirdiği dönüşümü betimleyici şekilde, Türkiye sağlık sistemini COVID-19 pandemisi ile etkili mücadele edebilecek kapasiteyle donatmış olan, Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003-13 (SDP) kapsamında hayata geçirilen başlıca sağlık reformları ve düzenlemeleri sunduk.

4. TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (2003-13)

Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü' nün “21. Yüzyılda Herkes için Sağlık (*Health for all in the 21st Century*)” politikasını kararlı bir şekilde benimseyerek, 2003 yılında “Önce İnsan” sloganıyla Sağlıkta Dönüşüm Programını (SDP) başlattı. Bu programın başlatılması ile, 2003-2013 yılları arasında yapılan bütün reformlar bu program çerçevesi içinde yer aldı. Bu sağlık reformları ile; herkesi kapsayan sağlık güvencesinin (*universal health coverage*) sağlanması, sağlığa erişimin artırılması, sağlık hizmeti sunumunun ve hasta memnuniyetinin iyileştirilmesi, sağlığa erişim bakımından ülkenin coğrafi bölgeleri arası farklılıkların ve sosyo-ekonomik eşitsizliklerin seviyesinin azaltılması hedeflendi (Akdağ, 2012).

Bu dönüşüm programının başlamasıyla; sağlık hizmetlerinin sunumu, yönetimi ve finanse edilmesi gibi sağlık sisteminin parçaları bütüncül bir şekilde değişti ve ekseriyetle ilerleme kaydetti. Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırma, herkesi sigorta kapsamına dâhil etme ve kaliteli sağlık hizmeti sunma, bu dönüşüm programı çerçevesinde hayata geçirilen reformların en belirgin hedefleri oldular (Akdağ, 2012). Tablo 1, 2002, 2008 ve 2014 yılları ait, hastane, doktor, hastane yatağı ve muayene sayıları gibi bazı başlıca istatistikler ile sağlık sisteminin bütününde yaşanan genişlemeyi ve bu değişimin vatandaş memnuniyet oranlarına yansımaları kabaca gösteriyor.

Tablo 1. Bazı Sağlık İstatistikleri, 2002-2008-2014 Yılları Karşılaştırması

	2002	2008	2014
Hastane Sayısı, Toplam	1,156	1,350	1,528
Özel Hastane Sayısı ve Toplam Hastane Sayısına Oranı (%)	271 (%23)	400 (%30)	556 (%36)
Hastane Yatağı Sayısı, Toplam	164,471	183,183	206,836
Özel Hastane Yatağı Sayısı ve Toplam Hastane Yatağı Sayısına Oranı (%)	12,387 (%8)	20,938 (%11)	40,509 (%20)
10,000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı, Tüm	24.8		26.6
Nitelikli Yatak Sayısı	18,934	47,298	98,521
Yoğun Bakım Yatak Sayısı, Tüm	2,214	13,965	28,572
Aile Hekimliği Birimi Sayısı	6,076	15,632	21,384
Hekim Sayısı, Toplam, Tüm Sektörler	91,949	113,151	135,616
Sağlık Personeli Sayısı, Toplam, Tüm Sektörler	378,551	564,774	760,322

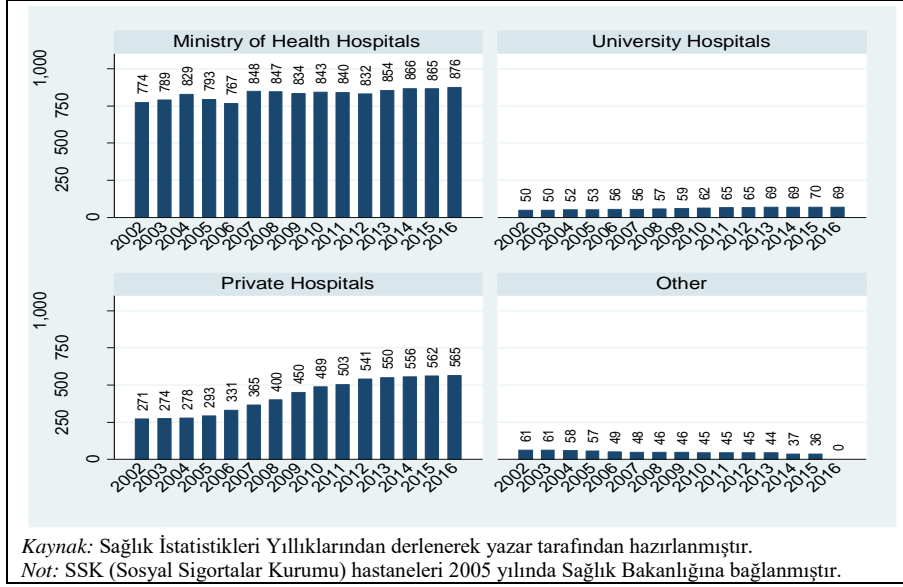
Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı, Tüm	1.9	3.8	5.1
Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Kurumlar	3.1	6.7	8.3
Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı (Memnun Cevabı Verenlerin % si) Memnun – Orta – Memnun Değil	%39.5 (2003 yılı)	%63.4	%71.2
<i>Kaynak: Yazarın hesaplamaları, Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2002, 2008, 2014)</i>			

Bir taraftan, bu reformların başarıya ulaşmaları sağlık kuruluşlarının düzgün bir şekilde işlemesine bağlıyken; öte taraftan, bu reformların sağlık kurumlarının işleyişi üzerinde etkileri oldu. Örneğin, 2003 yılından başlayarak, kamu sağlık sigortası kapsamında olan vatandaşlara, sınırlandırılmış bir ilave ücret ödeyerek, özel sağlık kuruluşlarından hizmet alma imkânı sunuldu. Bu yıllarda yetersiz altyapı ve kapasite ile çalışan devlet hastanelerinin yükünü hafifleten bu ve benzeri uygulamalar sonrasında özel sağlık sektörü hızla serpildi. 2003-2008 yılları arasında özel hastane sayılarında hızlı bir artış oldu (Şekil 9-10). Özel sektörün bu derece hızlı ve kontrolsüz serpilmesini yeni kısıtlayıcı regülasyonlar takip etti. Örneğin, Şubat 2008 yılında Ön İzin Gerekliklik Sertifikası (*Certificate of Need*) uygulamasının yürürlüğe kondu.

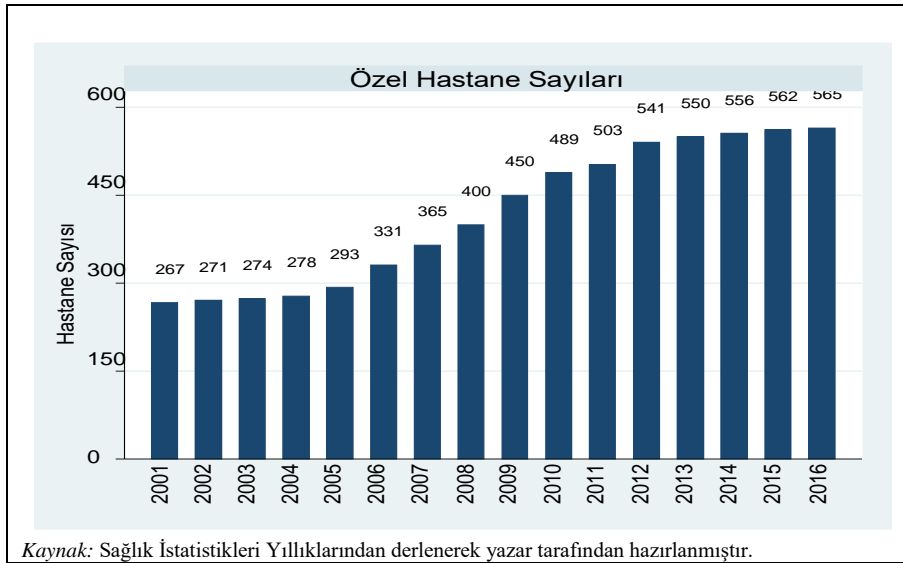
Hastane piyasasında kamu hastanelerinin varlığı ağırlığını sürdürüyor olsa da bilhassa 2003-2008 yılları arasında, özel hastane sayılarında hızlı ve hemen fark edilir bir büyüme gerçekleşti (Şekil 9-10). Özel hastanelerin artan sayıları ile hastane endüstrisindeki rekabetçi davranışlar arttı ve bu durumu yeni düzenlemeler takip etti. 2008 yılından sonra Sağlık Bakanlığı, hastanelerin kurulumu, yatak kapasitelerinin artırımı, insan kaynakları, kalite ve akreditasyon durumları, geri ödeme sistemleri ve sağlık sisteminin kurumsal yapısı üzerinde etkili olan regülasyonlar uygulamaya koydu.

Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci yarısını içine alan 2008-13 yılları arasında, özel sektör hastane sayılarındaki büyümenin yatıştığını gözlemledik, fakat hastaneler yatak kapasiteleri yönünden genişlemeye sonraki yıllarda devam etti. Ayrıca, bu dönemde, mevcut hastanelerin ülkenin diğer bölgelerinde de piyasaya giriş yaptığı, zincir hastane gruplarının sayılarının arttığı gördük. Çok sık olmamakla birlikte satın alma veya birleşme şeklinde piyasa konsolidasyonunun varlığından da söz edilebilmektedir.⁴

⁴ 2015 yılında, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı'nın öngörüsü orta ölçekli hastaneler büyük hastaneler tarafından satın alınacak. Sadece küçük butik belli alanlarda uzmanlaşmış hastanelerle büyük hastaneler varlığını sürdüreceği yönünde olmuştur. (Medimagazin, 2015)



Şekil 9. Hastane Sayılarının Yıllara Göre Seyri

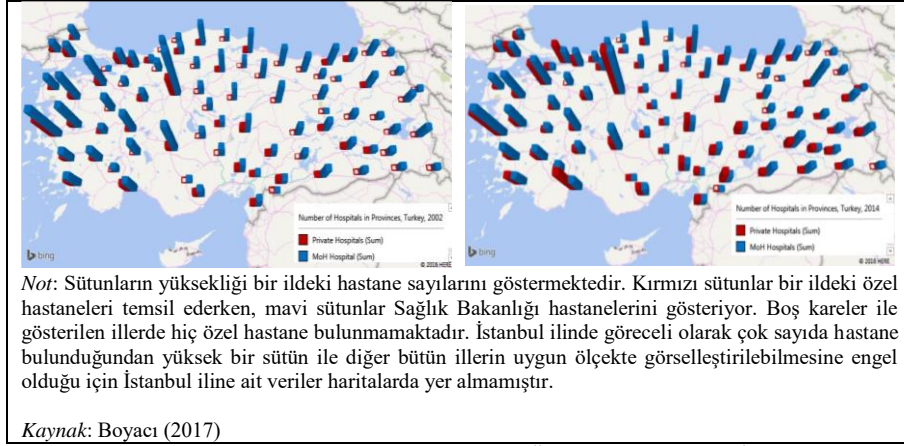


Şekil 10. Özel Hastane Sayıları, Türkiye 2001-2016

Aynı zamanda, sosyal güvenlik kapsamı oranlarının herkesi kapsayan sağlık güvencesine (*universal health coverage*) doğru gelişmesini hedefleyen eşanlı sağlık reformları ile de, bütün vatandaşların başta hastaneler olmak üzere, özel-kamu kesimi

ayırt etmeksizin, sağlık kuruluşlarına erişimleri üzerindeki mali ve coğrafi engeller oldukça zayıfladı.⁵

Reform programının başladığı yıllarda, özel ve kamu hastanelerin çoğunluğu ülkenin batısında yoğunlaşmıştı. Dönüşüm programı sürecinde, ülkenin doğusunda da hastane sayıları arttı (Şekil 11). Örneğin, 2002 yılında toplam 81 ilin 40'ı en az bir özel hastaneye sahip iken ve bunların da 3'ünde 10'dan fazla özel hastane mevcut iken; 2014 yılına ulaşıldığında 81 ilin 69'u en az bir hastaneye sahip olmuş, 28 ilde 5 veya daha fazla özel hastane bulunuyordu. Böylece, bölgeler arası sağlık hizmeti sunumu farklılıkları azalttı. En nihayetinde, 2011 yılında bütün vatandaşların evrensel sağlık kapsamına alınmasının başarılmasıyla birlikte sağlığa erişimdeki coğrafi ve mali eşitsizliklerin kayda değer bir şekilde azaldığı söylenilebilir.



Şekil 11. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin ve Özel Hastanelerin İllere Dağılım Haritaları, 2002 ve 2014 Yılları

2003-2008 yılları arasında özel sektörde yaşanan bu genişlemeyi, 2008 yılında yürürlüğe giren, yeni özel hastane açılışını kısıtlayıcı regülasyon uygulamaları takip etti. Şubat 2008'de sağlık bakanlığı Ön İzin Gereklilik Ruhsatlandırması (*Certificate of Need*) şartını uygulamaya koydu. Bu uygulamayla, yeni hastane açmak için bir ruhsata ihtiyaç duyulmasının yanı sıra, var olan bir hastanenin fiziki veya personel

⁵ Ülkelerin sağlık reformlarının ana amaçlarından ve DSÖ'nün de öncelikli hedeflerinden olan "evrensel sağlık kapsayıcılığı (*universal health coverage*)" DSÖ tarafından aynen şu şekilde tanımlanmaktadır:

"Universal health coverage is defined as ensuring that all people have access to needed health services (including prevention, promotion, treatment, rehabilitation and palliation) of sufficient quality to be effective while also ensuring that the use of these services does not expose the user the financial hardship." (DSÖ, 2020/e)

kapasite artırımı yaparak veya satın alma yoluyla büyüebilmesi için de bu ruhsatlandırma sürecinden geçmesi gerekli oldu. Bu piyasaya girişleri kısıtlayıcı dönemde, yeni hastaneye ihtiyaç duyulan yerlerin Bakanlık tarafından tespit edilip ruhsat verilmesi durumu, piyasaya girebilecek firmalar için bir piyasaya giriş bariyeri gibi işlev gördüğü söylenebilir.⁶ Sağlık çalışanlarının kamu sektöründen özel sektöre geçiş tercihlerini de etkileyen ve bölgeler arası hizmet dağılımını kontrol etmeye yardımcı olması beklenen bu tür regülasyonların uygulamaya girmesiyle birlikte özel sağlık sunumu sektörünün büyümesi yavaşlayarak durağanlaştı (Şekil 9-10).⁷

Bu ruhsatlandırma uygulamasıyla; nüfus ve coğrafya bakımından hastanelerin dağılımının kontrol edilmesi ve yeni hastanelerin ihtiyaç duyulan bölgelerde açılmasının sağlamayı hedeflendi (Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2008). Hastanelerin büyük şehirlerde yoğunlaştığı ve daha yoksul kırsal bölgelerde hizmet sunumunun yetersiz kaldığı göz önünde bulundurularak, sağlık sektöründeki kaynakları daha eşitlikçi bir şekilde yeniden tahsis edebilecek yapıdaki böyle bir devlet müdahalesiyle bölgeler arası eşitsizliğin azalması, sağlığa erişimin yetersiz olduğu bölgelerde iyileşmeler görülmesi beklenmekteydi. Wolper (2010) bu sertifika uygulamasının özel sektör büyümesini kısıtladığını ve kamu hastaneleri ile özel hastanelerin aynı servisi sunmasından kaynaklanabilecek israfın önüne geçildiğini ifade etmektedir.

Reformlardan önce, farklı toplum kesimleri için farklı sağlık sigortası sistemi mevcuttu ve bu durum hizmet alımında eşitsizliklere yol açabiliyordu. Farklı kapsamlarda hizmet sunan beş farklı sigorta türü mevcuttu: kayıtlı çalışan işçiler için Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), serbest meslek çalışanları için BAĞ-KUR, emekli kamu personelleri için Emekli Sandığı, Aktif Kamu Çalışanı Sigorta sistemi ve düşük gelir grubundaki insanlar için Yeşil Kart. 2005'te SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına bağlandı. 2006 yılında BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı hastaneleri de bakanlık hastanelerine dâhil edildi. 2008 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kuruldu ve SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı bu kurumun bünyesine katıldı. 2010 yılında Aktif Kamu Çalışanı Sigorta sistemi de SGK'ya katıldı. Son olarak, Yeşil Kart sisteminin 2012 yılında SGK çatısı altına alınmasıyla beş farklı sigorta sistemi Sosyal Güvenlik Kurumu altında toplanarak birleştirilmiş yekvücut bir sağlık sigortası sistemi kurulmuş oldu. Bütün bu gelişmeler ile sosyal güvenlik kapsamında kayda değer bir artış görülerek sigortalı nüfusun toplam Türkiye nüfusuna oranı 2014 yılında %83,7 ulaşmış; kapsam dışı kalan toplumun %16,3'nü teşkil eden nüfusun ise primleri kendileri tarafından veya devlet tarafından ödenerek Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetlerine erişim sağladıkları görülmektedir. (Sosyal Güvenlik

⁶ Doğası gereği, hastane endüstrisinde bir takım piyasaya giriş bariyerleri mevcuttur. Nitelikli işgücüne ihtiyaç duyulmasının yanı sıra hastane endüstrisi sermaye-yoğun bir endüstri olması sebebiyle yüksek düzeyde inşaat ve teknolojik medikal teçhizat yatırımına ihtiyaç duymaktadır. Hastane endüstrisinde yüksek yatırım maliyetleri giriş ve çıkış bariyeri olarak değerlendirilebilmektedir.

⁷ Bu piyasaya girişi kısıtlayıcı dönemde sektörde iki yeni pratik ortaya çıktı: (i) hastane ruhsat ticareti, (ii) kadro devri.

Kurumu [SGK], b.t.) 2011 yılı itibariyle Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarını sağlık hizmetlerine erişimde evrensel kapsayıcılığına ulaştırmayı başarmıştır (Şekil 5-6).

2007 yılından başlayarak Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) yayınladığı Sağlık Uygulamaları Tebliği (SUT) ile birlikte hastanelere geri ödeme yaparken uygulayacağı yeni bir mekanizma geliştirdi. Her bir sağlık hizmeti için bütün sağlık kuruluşlarında geçerli olmak üzere, sabit önceden belirlenmiş tarifeler konuldu. Bu uygulama ile özel hastanelerin bu tarifeye göre SGK tarafından kendisine ödenen fatura tutarına ek olarak hastadan ilave ücret talep de edebilmesine müsaade edilmiş oldu. Ekim 2008'de, hastaların yüksek ilave ücretlerden mağdur olmasının önüne geçmek amacıyla ilave ücret için fatura tutarının %30'u olacak düzeyde üst limit getirildi. Bu üst sınır, Kasım 2009'da %70 oldu; Ekim 2012'de %90; ve Ekim 2013'e gelindiğinde ilave ücret hastane fatura tutarının en fazla %200'ü olabilecek şekilde değiştirildi. Sonraki yıllarda, SUT fiyat tarifesi özel hastanelerin birincil olarak üzerinde tartıştıkları mesellerden biri oldu.

2010 yılında SGK, hizmet kalitesi, yatak ve personel kapasitesi, hizmet çeşitliliği, hasta ve personel güvenliği gibi kıstasları da gözeterek, özel hastaneleri puanlandırmaya başladı. Hastaneler harf notlarına göre, A-B-C-D-E, sınıflandırıldılar.⁸ İlave ücret tutarları Sağlık Hizmetleri Fiyatlama Komisyonu tarafından gözden geçirildi ve ilave ücretlerin, hastanenin harf notuna bağlı olarak, %30 ile %70 arasında olabileceği kararı alındı. Fakat bu uygulamaya daha sonra devam edilmedi. Bunun yerine, hangi oranda ek faturalandırma yapacağı hizmet alınan özel hastanenin fiyatlama tercihinin bırakıldı.

Ayrıca, 2005, 2007 ve 2008 yıllarındaki erken kalite standartları ile 2009 yılında, özel hastaneler için 388 standart içeren bir kit tasarlandı. 2011 yılında Sağlık Kalite Standartları adı altında kamu, özel ve üniversite hastanelerinin hepsi için geçerli tek bir kit geliştirildi. 2012 yılında kaliteli sağlık hizmeti sunulabilmesi amacıyla Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi kuruldu. 2013 yılında standartlar tekrar yapılandırılarak Sağlıkta Akreditasyon Standartları – Hastane Kiti adı altında nihai şeklini aldı.⁹ Bu tür ulusal sağlık akreditasyon uygulamalarının yanı sıra, bazı özel hastaneler sağlık hizmetlerinde prestij göstergesi olarak kabul edilen Joint Commission International (JCI) gibi uluslararası akreditasyon sistemlerine dahil olabiliyorlar. 2014 yılı sonu itibariyle, Türkiye'de 48 özel hastanenin JCI akreditasyonuna sahipti.

⁸ A: 801-1000 puan - 97 hastane –faturanın maksimum %70 i kadar ilave ödeme; B: 601-800 puan - 146 hastane –maksimum %60 ı; C: 401-600 puan - 124 hastane - maksimum %50; D: 201-400 puan - 46 hastane - maksimum %40; E: 0-200 puan - 3 hastane - maksimum %30. Ayrıca, bu sınıflandırmaya dayanılarak, A notu olan bir hastaneye fatura tutarı 1.1 ile çarpılarak geri ödeme yapılırken, E notlu bir hastaneye fatura tutarı 0.9 ile çarpılarak geri ödeme yapılmaktaydı. (Özel Hastaneler ile Vakıf Üniversite Hastanelerinin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge, 29.01.2010-21.10.2013)

⁹ Detaylı bilgi için: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

Sağlığın sunumunu ve finansmanını değiştiren reformların yanı sıra sağlık insan kaynağına yönelik reformlar da hayata geçirildi. Bu program sürecinde, doktorların yarı-zamanlı çalışma davranışlarını azaltmak amacıyla performansa dayalı ilave ödeme sistemi başlatıldı ve en nihayetinde 2010 yılında yürürlüğe giren *Tam Gün Yasası* ile hekimlerin özel sektörde ve kamuda aynı anda çalışmaları tamamen yasaklandı. Kamu sağlık çalışanlarının verimini artırmak, bölgeler arası ve kamu-özel kesimi arasındaki eşitsizlikleri azaltmak hedeflendi. Reformlardan evvel, doktorların kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında yarı-zamanlı olarak çalışmaları yaygın bir durumdu. Kamu doktorları yarı-zamanlı özel sektörde çalışmayı tercih ediyordu (OECD ve Dünya Bankası, 2008). Buna yönelik, performansa dayalı ödeme sistemi ve tam gün çalışma uygulamalı başlatıldı. Sağlık personelinin düzenli maaşına ek olarak ödenen ilave bir ücret olarak performansa dayalı ödeme sistemi, 2003 yılında 10 Sağlık Bakanlığı hastanesinde pilot olarak uygulanması sonrasında, 2004 yılında bütün kamu hastaneleri için geçerli oldu. Böylece, doktorların maaşları performanslarına bağlı olarak düzenlenmiş oldu. 2010 yılında tam-gün yasaasının yürürlüğe girmesiyle doktorların hem kamuda hem de özel sektörde çalışması tamamen yasaklandı. Sadece kamuda çalışan doktorların oranı, 2002 yılında %11 seviyelerindeyken 2008 yılında %62 seviyelerine yükseldiğini gözlemliyoruz (Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 2008). Bu iki politikaya ilave olarak, zorunlu hizmet uygulamasının ve aile hekimliği programının da uygulanmasıyla, kamuda sağlık personelinin artırılmasında ve sağlığa erişimin az olduğu bölgelerin lehine sağlık kaynaklarını yeniden dağıtmada başarılı olunduğu söylenebilir (Aran ve Roks, 2014).¹⁰

5. SONUÇ YERİNE TARTIŞMA

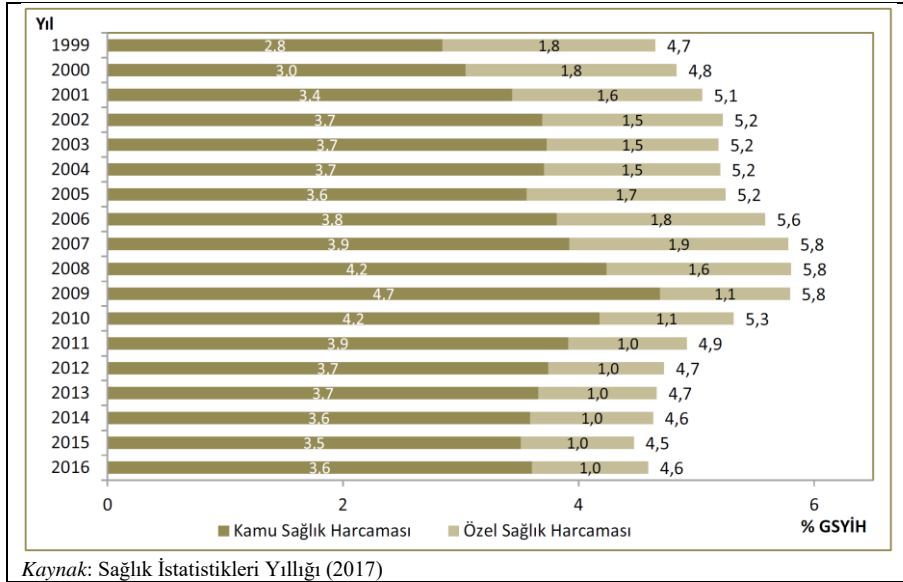
Bütün bu reformlar ile Atun ve arkadaşları (2013)'nın derli toplu ifade ettiği gibi, herkesi kapsayan sağlık güvencesi ile talep tarafında, altyapı, insan kaynakları ve servis sunumundaki gelişmeler ile arz tarafında eşanlı iyileştirmeler amaçlandı. Sağlık sisteminin bütününde çok boyutlu kapasite artışları gerçekleşti. Özellikle, Aile Hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimde ve özel sağlık hizmeti sunan kurumların kapılarının kamu sigortalı vatandaşlara da açılması ile genel olarak sağlık hizmetlerine erişimde, vatandaşlar tarafından hemen fark edilen türden iyileşmeler oldu.¹¹ Reformlardan önce olduğu gibi, Sağlıkta Dönüşüm Programı

¹⁰ Ayrıca, bu dönemde tıp fakültelerinin sayısı ve bu fakültelerdeki öğrenci ve akademik personel sayılarında artış olmuştur: Tıp fakültesi sayısı 2002-2003 akademik yılında 44 iken, 2012-2013 yılında 75'e yükselmiştir. Benzer şekilde, tıp fakültesindeki öğrenci ve akademik personel sayıları, sırasıyla, 31,719 ve 7,172 iken 51,445 ve 11,741 olmuştur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014).

¹¹ Birinci Basamak sağlık hizmetleri sunumu, 2005 yılında pilot uygulama yapıp 2010 yılında ülke çapında uygulamaya konan, Aile Hekimliği Programı ile yeniden yapılandırıldı. Başta anne ve çocuk sağlığı odaklı bu program ile, Aile Hekimliği yeni bir tıbbi uzmanlık alanı oldu.

boyunca ve sonrasında kamu sektörü sağlık hizmetlerinin temel sağlayıcısı/sunucusu ve finansörü olmaya devam etti; fakat reformların öncesinde sağlık hizmetlerinin sunumu tarafında olgunlaşmamış bir özel hastane piyasası mevcut iken, dönüşüm programının daha ilk yıllarından başlayarak, özel sağlık hizmetleri piyasası bir kaç yıl içerisinde büyüyüp gelişti. Sağlık hizmetlerinin finansmanı tarafında ise Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ülkedeki sağlık hizmetlerinin kamu kesimi tarafından “tek ödeyicisi (*single-payer*)” rolünü yükledi.

Bu dönüşüm programının, ülke ekonomisinin istikrarlı büyüme kaydettiği yıllarda gerçekleştiğini akılda tutmamız gerekir. Yine de, bütün bu reformlar gerçekleşirken, sağlık sistemindeki kapasite artışıyla ve hasta ziyaretlerindeki artışlar ile orantılı olarak sağlık harcamalarının pek yükselmeyişi ve kontrol altında tutulabilmesi üzerinde dikkatle düşünülmesi gereken ayrı bir araştırma konusudur (Şekil 12).



Şekil 12. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (%)

Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003-2008 yıllarındaki ilk safhasının belirgin niteliği, özel veya kamu kesimi ayırt etmeksizin vatandaşlara başvuracakları hastaneyi seçmede tam serbestlik sunulması ve özel sağlık kuruluşlarının sayılarının yükselmesine müsaade edilmesi gibi, rekabetçi piyasa mekanizmalarının uygulanmasıydı. Takip eden dönemde, bu piyasa-eksenli (*market oriented*) uygulamaları daha fazla sayıda regülasyonlar takip etti.

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana iki parametresi sayılabilecek ‘rekabet’ ve ‘regülasyon’ durumunu bu makalede ele aldık. Bir diğer parametresinin ise, programın ilerleyen safhasında, 2010 yılından sonra, öne çıkan ‘planlama’ uygulamaları olduğunu söylemek mümkündür. Reformların ilk yıllarında sağlık

hizmetlerine erişimde ve evrensel sağlık kapsayıcılığında hızlı ilerlemeler görülmesinden sonra, Sağlık Bakanlığı sağlıkta erişimi ve kaliteyi temin altına alabilmek amacıyla ‘planlamacı’ yaklaşım ile uzun dönemli politikalar uygulamaya başladı. Mesela, 2010 yılında ülkedeki bütün yataklı tedavi kurumlarını kapsayacak şekilde *bölge-bazlı sağlık hizmetleri planlama* çalışmalarının sonuçlarını yayınladı, ve bütün illeri ve ilçeleri kapsayacak şekilde ülke çapında 30 Sağlık Hizmet Bölgesi oluşturdu. Benzer şekilde, ‘Şehir Hastaneleri’nin de planlama politikasının tamamlayıcı bir ayağı olarak hayata geçirildiğini tartışabiliriz. Bu ve benzeri planlamacı politikalar ile, bölgesel düzeyde kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin sürdürülebilir olarak temin edilmesi amaçlanıyor iken, ulusal ve bölgesel düzeyde gereksiz hizmet sunumunun önüne geçilmesinin de hedeflediğini ifade edebiliriz. Böylece, Dönüşüm Programının ilk yıllarında görülen ülke sağlık sistemindeki ‘rekabetçi piyasa’ ortamının, programın tamamlanmasıyla rekabetçi, düzenlenen ve planlanan bir ortama dönüştüğünü tartışmamız mümkündür. Fakat, bu makalenin amaç ve kapsamını aşması sebebiyle ve layıkıyla yapabilmek için bu yöndeki bir tartışmayı ayrı bir makale araştırması ile ele almaya niyet ediyoruz.

Ekonomik olarak gelişmişlik düzeyi fark etmek sizin, tüm dünya ülkelerinin bir kaç ay içerisinde en önemli meselesi haline gelen bu küresel pandemi ile mücadelede bazı ülkeleri diğerlerinden ayıran önemli unsurlardan biri ülkelerin sağlık sistemi altyapıları ve kapasiteleri oldu. Türkiye’nin yakın bir tarihte kapsamlı bir “Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-13)”nı böyle bir küresel salgın öncesinde tamamlamış olması, hem ülke yönetiminin hem de vatandaşların sağlık sistemindeki dönüşümün sağladığı özgüven içerisinde bu yeni korona virüs hastalığı ile mücadele etmesini mümkün kıldı. Ayrıca, başta hastaneler olmak üzere Türkiye’deki bütün sağlık kaynaklarının yukarıda kısaca bahsettiğimiz açılardan ‘planlamacı’ yaklaşımla ve Sağlık Bakanlığı’nın liderliğinde sağlık sisteminin paydaşları arasında koordineli bir şekilde yönetiliyor olmasının etkisini de ifade etmeliyiz. Bu duruma dikkat çekici bir örnek olarak, bu süreçte sağlık hizmetlerini açısından özel kesimin yükünün fazla olduğu A.B.D kamuoyunda, daha bütüncül planlı ve koordinasyon ile tek-ödeyiciye sahip (*single-payer*) evrensel sağlık kapsayıcılığına geçiş tartışmalarının, daha da ilgi çekici hale gelmesini gösterebiliriz (Gaffney, 2020).

Bu makale ile, sağlık sistemlerinin genel durumunu, Türkiye’de güncel sağlık reformlarını ve regülasyon uygulamalarını, ülkelerin sağlık sistemleri arasındaki çeşitlilikleri de tartışarak, kısa kısa ele aldık. Bütün makale boyunca yaklaşımımız, her bir reform veya regülasyonun etraflıca analizden ziyade okuyucuyu bu yönde araştırmalara sevk edecek nitelikte kaldı. Bu makalede sunulan bilgi ve tartışmaların gelecekte yapılacak araştırmalara zemin teşkil etmesini ve yol göstermesini ümit ediyoruz. Bu vesileyle, şu hususa da dikkat çekerek makaleyi nihayete erdirmemiz yerinde olacaktır. Türkiye sağlık sisteminde yaşanan bütün bu reformların ve regülasyonları çözümleyen; sağlık hizmetleri piyasaları, rekabet biçimleri ve endüstri dinamiklerini inceleyen ve sağlık politikası odaklı yapılan araştırmaların sayısı ve bu araştırmalara ayrılan bütçeler az miktarlarda kalmaktadır. Ülke politikalarına yön verebilecek nitelikte böyle araştırmaların artması temennisiyle.

TEŞEKKÜR

Makale metninin dergi yazım kurallarına hazırlanmasında verdikleri destekleri için Ahmet Alperen Gedik ve Ertuğrul Gedik'e; ve önceki bir versiyonunu okuyarak sunduğu kıymetli değerlendirmeleri için Ali Kürşat Sak'a müteşekkirim. Boğaziçi Üniversitesi ve İstanbul Ticaret Üniversitesi İktisat Bölümleri ile Yale Üniversitesi MacMillan Center Fox Fellowship Programı'nın sağladıkları akademik ve mali imkanlar sayesinde bu araştırma hayat bulmuştur.

KAYNAKÇA

Akdağ, R. (2012). Turkey Health Transformation Program Assessment Report (2003-2011). *T.C. Sağlık Bakanlığı*.

Aran, M. ve Roks, C. (2014). Turkey on the way of universal health coverage through the health transformation program (2003–13). *World Bank health, nutrition and population (HNP) discussion paper*. Washington DC.

Armocida, B., Formenti, B., Ussai, S., Palestra, F. ve Missoni, E. (2020). The Italian health system and the COVID-19 challenge. *Lancet Public Health*, 5(5), e253. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30074-8

Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, İ., ...Akdağ, R. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*, 382(9886), 65-99. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61051-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61051-X)

Boyacı, İ. (2017). Private hospitals and enhancement of geographic equity in health access: the case of Turkey. *Yale Fox International Fellowship Policy Brief Series 2017*. <https://foxfellowship.yale.edu/sites/default/files/files/Boyaci.pdf>

Covid-19 Health System Response Monitor. (2020). Turkey. <https://www.covid19healthsystem.org/countries/turkey/countrypage.aspx>

Dünya Sağlık Örgütü. (2010). What is a pandemic? *Diseases*. https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/

Dünya Sağlık Örgütü. (2020a, 8 Mart). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 48*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200308-sitrep-48-covid-19.pdf?sfvrsn=16f7ccef_4

Dünya Sağlık Örgütü. (2020b). [Internet üzerinden]. Twitter gönderisi 30 Ocak 22:43. <https://twitter.com/WHO/status/1222968678595076096>

Dünya Sağlık Örgütü. (2020c, 11 Şubat). *Novel Coronavirus(2019-nCoV)*

Situation Report – 22. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2

Dünya Sağlık Örgütü. (2020d). Turkey: WHO Coronavirus disease (COVID-19) dashboard. <https://covid19.who.int/region/euro/country/TR>

Dünya Sağlık Örgütü. (2020e). Universal Health Coverage. Health Systems. https://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/

Dünya Sağlık Örgütü – Avrupa. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Health topics.* <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>

Ersoy, İ. (2015, 9 Ocak). Müsteşardan ‘özel’ kehanet: bu hastaneler kapanacak. *Medimagazin.* <https://www.medimagazin.com.tr/ozel-saglik/genel/tr-mustesardan-ozel-kehanet-bu-hastaneler-kapanacak-9-672-63815.html>

Gaffney, A. (2020, 21 Mart). America's extreme neoliberal healthcare system is putting the country at risk. *The Guardian.* <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/mar/21/medicare-for-all-coronavirus-covid-19-single-payer>

Jones, G. (2015, 3 Mart). Indiscriminate cuts threaten Italy's healthcare successes. *Reuters.* <https://www.reuters.com/article/us-italy-health-awakenings-insight/indiscriminate-cuts-threaten-italys-healthcare-successes-idUSKBN0LZ0G320150303>

OECD. (2010). How much is too much? *Value for Money in Health Spending* (1. baskı) içinde (21-42). Paris: OECD Publishing. <https://www.oecd.org/berlin/46201464.pdf>

OECD. (2016, 22 Temmuz). *Universal health coverage and health outcomes.* <https://www.oecd.org/els/health-systems/Universal-Health-Coverage-and-Health-Outcomes-OECD-G7-Health-Ministerial-2016.pdf>

OECD. (2017). Financing of health care. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators* (1. baskı) içinde (136-137). Paris: OECD Publishing. doi: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-46-en

OECD ve Dünya Bankası. (2008). *OECD reviews of health systems: Turkey 2008.* Paris: OECD Publishing. doi: <https://doi.org/10.1787/9789264051096-en>

T.C. Resmi Gazete. (2008, 15 Şubat) *Özel hastaneler yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik.* Sayı: 26778. Ankara: Başbakanlık Basımevi. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/02/20080215-5.htm>

Sosyal Güvenlik Kurumu. (b.t.) SGK 2014. *SGK istatistik yıllıkları*.
http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2009). *Sağlık istatistikleri yılığı 2008* (Yayın no. 806).
Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Sağlık istatistikleri yılığı 2013* (Yayın no. 956).
Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Sağlık istatistikleri yılığı 2014* (Yayın no. 1010).
Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.

TC Sağlık Bakanlığı. (2017). *Sağlık istatistikleri yılığı 2016* (Yayın no. 1083).
Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). *Pandemik influenza ulusal hazırlık planı*. Ankara. https://grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf

Wolper, F.L. (2010). *Health care administration: managing organized delivery systems*. (5. baskı). Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.