

Türkiye



TÜRKİYE

(Uluslararası Öğrenciler İçin)



Editörler

Prof. Dr. Muharrem Es
Dr. Öğr. Üyesi İlyas Fırat Cengiz



Yalova Üniversitesi YÜSEM
2020

Yalova Üniversitesi YÜSEM yayınları No:1

© 2020 Yalova Üniversitesi Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi (YÜSEM)

Bu kitabın basım, yayın, satış hakları Yalova Üniversitesi Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezine (YÜSEM) aittir. Anılan kurumun izni olmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemi ile çoğaltılamaz, özetlenemez, yayınlanamaz, depolanamaz.

"Kitapta yer alan bölümlerin sorumluluğu yazarlara aittir"

ISBN: 978-605-67821-9-0

Sertifika No: 35064

Sayfa Düzeni: Emre AK / Kapak Tasarımı: Hasan İYĞİ

Yazar ve Editör: Prof. Dr. Muharrem Es, Dr. Öğr. Üyesi İlyas Fırat Cengiz

Baskı ve Cilt:

Sakarya Dolunay Matbaa Reklam San.Tic.Ltd.Şti.

Yenigün Mah. Ömer Sk. No:7/A 54100 Adapazarı/SAKARYA

Tel: 0264 777 11 55 • Web: www.sakaryadolunay.com

Baskı Adet: 1000 Adet

Baskı Tarihi: Aralık 2020


Beşköprü
YAYINLARI



9 786056 782190

İÇİNDEKİLER

TÜRKLERİN KISA TARİHİ	5
Dr. Öğr. Üyesi Bekir GÖKPINAR	
TÜRKİYE'NİN SİYASİ YAPISI	43
Dr. Mehmet ÖZYÜREK	
TÜRKİYE JEOPOLİTİĞİ VE DIŞ POLİTİKASI	63
Doç. Dr. Murat ALAKEL, Arş. Gör. Dr. Ahmet Safa YILDIRIM	
TÜRKİYE'NİN HUKUK SİSTEMİ	79
Dr. Öğr. Üyesi Sırrı DÜĞER	
TÜRKİYE'NİN İDARİ YAPISI	95
Dr. Öğr. Üyesi İlyas Fırat CENGİZ	
TÜRKİYE EKONOMİSİ	119
Doç. Dr. Cemil ERARSLAN	
TÜRKİYE'NİN SOSYO KÜLTÜREL YAPISI	141
Doç. Dr. Kemal AYDIN	
TÜRKİYE'NİN DİNİ YAPISI	157
Prof. Dr. Suat CEBECİ	
TÜRK EĞİTİM TARİHİ	183
Prof. Dr. Suat CEBECİ	
TÜRKİYE'NİN EĞİTİM SİSTEMİ	195
Dr. Öğr. Üyesi Sümeyra ARICAN	
TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİK	211
Prof. Dr. Tuncay GÜLOĞLU	
TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SİSTEMİ	233
Dr. Öğretim Üyesi Fatma KAHRAMAN GÜLOĞLU	
TÜRKİYE'DE ÇALIŞMA HAYATI VE YABANCILAR	247
Prof. Dr. Elif YÜKSEL OKTAY	

TÜRKİYE’NİN SAĞLIK SİSTEMİ

Dr. Öğr. Üyesi Fatma KAHRAMAN GÜLOĞLU¹

Giriş

Sağlık insan hayatında belki de en önemli konulardan birisidir. Bir ülkenin gelişmişlik ve refah düzeyini anlamada sağlığa ilişkin kriterler en önemli kriterlerdendir. Fert başına düşen sağlık personeli sayısı, hasta yatak sayısı, hastane sayıları gibi göstergeler bu alanda önemli kriterler olarak kabul edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü sağlık kavramını kişinin fiziki, zihni ve sosyal esenlik hali ve hastalık ile engellilikten uzak olma durumu olarak tanımlamaktadır (WHO, 2020). Dünya Sağlık Örgütü Anayasasının başlangıcında sağlıkla ilgili şu prensipler belirlenmiştir:

- 1) Irk, din, politik düşünce ve ekonomik ve sosyal şartlara bakılmaksızın erişilebilir sağlık standartlarına sahip olmak her insanın temel hakkıdır,
- 2) Barış ve güvenlik için insan sağlığı asıldır,
- 3) Bulaşıcı hastalıkların kontrolünün yetersizliği ortak bir tehlikedir,
- 4) Çocukların sağlıklı gelişimi temel öneme sahiptir,
- 5) Tıbbi, psikolojik ve ilgili bilginin faydalarının tüm insanlara genişletilmesi, sağlığın tam anlamıyla elde edilmesi için gereklidir,
- 6) Halkın bilgilendirilmesi ve aktif iş birliği insan sağlığı açısından son derece önemlidir,
- 7) Devletlerin halkın sağlığını korumak için gerekli önlemleri alma ve uygulama sorumluluğu vardır (WHO, 2020).

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirisin 25. maddesi de “Herkes, yiyecek, giyecek, barınma, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmet-

1 Yalova Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, fkahraman@yalova.edu.tr

ler dahil, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve refahı için yeterli bir yaşam standardına hakkı vardır” diyerek sağlık hakkının bir insan hakkı olduğunu belirtmiştir (UN, 2020).

21. yüzyılda sağlık alanında önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Özellikle 2020 yılının başlarında başlayan COVID-19 salgınının hızla yayılması, güçlü bir sağlık sektörüne olan ihtiyacı ve sağlık sistemlerinin ayrılmaz parçası olan sağlık işgücünün önemini bir kez daha göstermiştir (ILO, 2020, s. 1-12).

Birçok sosyal konuda olduğu gibi sağlık ve esenlik Sanayi Devrimi öncesi dönemlerde kişisel ve ailevi bir mesele olarak görülmüş ve ancak 1800'lü yılların ortalarından sonra dünyada kamu sağlığı politikalarının gelişimi başlamıştır. Daha önceki dönemlerde fakirlere yönelik faaliyetlerde bulunan imaretler veya düşkünlerevlerine ilave olarak hastaneler organize edilmekteydi. Tıbbi tedavi ve bakımın sanayi öncesi toplumlarda yaygın olmadığını, bunun yanında ev tedavilerinin de hastane tedavileri kadar hatta daha fazla yaygın ve etkili olduğu görülmektedir (Segal, 2007, s. 38).

Sanayi devrimi ve onun sonucu endüstrileşme ile 1800'lerde ortaya çıkan göç ve kentleşme sonucu şehirlerin aşırı kalabalıklaştığı ve insanların sağlıksız bir çevrede yaşadıkları görülmektedir. Bu sağlıksız koşullar da hastalıkların kentlerde hızlı yayılımını da beraberinde getirmiştir. Öncelikle bu dönemde tıptaki gelişmelerle de beraber sağlık kurallarının uygulanmasına ilişkin yasal düzenlemeler yapılmış daha sonra da sağlık hizmetlerinin gelişimi sağlanmış ve halk sağlığı uygulamaları başlatılmıştır (Segal, 2007, s. 38-39).

Dünyada her ülkede sağlık hizmetlerinin başlıca üç sektör tarafından verildiği görülmektedir. Bunlar:

1) Folk Sektör: Bu sektör sağlık ve hastalık konusunda resmi eğitim görmemiş ancak toplumda uzman kabul edilen ve sağlık sorunlarına çare için başvurulmuş kişilerden oluşmaktadır. Kırıkçı-çıkıkçılar, üfürükçüler, dişçiler, diplomasız ebeler, bel çekenler vb. bu grubu oluşturmaktadır,

2) Popüler Sektör: Sağlık ve Hastalık konusunda herhangi bir eğitim ve öğretim görmemiş, dolayısıyla uzman olmayan, ancak yaşları ya da hayatla ilgili bilgileri nedeniyle kendilerine danışılan kişiler popüler sektörü oluşturmaktadır. İnsanlar çok ciddi buldukları sağlık sorunları için

hekime müracaat etmekte, basit gördükleri hastalıklar için hekime gitmek yerine önerilen ilacı ya da önlemi uygulamaktadır,

3) Profesyonel Sektör: Özel bir eğitim-öğretim görerek uzman olan ve uzmanlığı resmi makamlarca kabul edilip belgelenen sağlık personelinin oluşturduğu sektördür. Hekim, hemşire, eczacı, diş hekimi vb. sağlık personeli bu gruba dahildir (Yerebakan, 2000, s. 14-18).

Günümüzde çağdaş dünyada sağlık hizmetleri üç grupta toplanmaktadır. Bu üç grup şunlardır:

1) Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Sağlığın korunması ve hastalığın önlenmesine yönelik hizmetler bu gruba girer.

2) Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Hastaları tedavi etmeye yönelik sağlık hizmetleri bu gruba girer.

3) Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri: Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek veya bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleri bu grupta değerlendirilir (Yerebakan, 2000, s. 18-21).

1. Cumhuriyet Öncesi Dönemde Türkiye'de Sağlık Politikaları

Anadolu'da bilimsel anlamda ilk sağlık kuruluşu Selçuklular döneminde 1206 yılında Kayseri'de Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesi olarak kurulmuştur. Aynı dönemde Selçuklular Sivas, Divriği, Kastamonu, Aksaray, Mardin, Konya, Erzincan, Akşehir, Amasya, Çankırı ve Erzurum'da hastaneler kurmuştur. Ayrıca Anadolu Selçukluları cüzam yurtları açarak cüzamlıların bakımını sağlamıştır (Serter, 1994, s. 222).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde devlet tarafından yürütülen sağlık hizmetleri genellikle ordu ve saraya sunulmuştur. O dönemde Hekim Baş (Reissul Etibba) kurumundan başka sağlık hizmetlerini ve sağlık çalışanlarının atamalarını düzenleyen bir kurum yoktu (Akkavak, 2018, s. 28).

1469 yılında Fatih Sultan Mehmet döneminde kurulan hekimbaşılık kurumuna bütün sağlık hizmetlerini yürütme görevi verilmiştir. 1849 yılına kadar 380 yıl süren hekimbaşılık döneminde 46 hekimbaşı görev almıştır. Hekimbaşılardan başlıca görevleri ise şunlardır:

- 1) Hastane hekimlerini atamak,
- 2) Hekim dışı personelin atamalarını onaylamak,
- 3) Hastane açmak,
- 4) Hekimleri sınava tabi tutmak ve ehliyetsiz olanları meslekten men etmek,
- 5) Hekim ve cerrahlara muayenehane açma izni vermek,
- 6) Savaş durumunda ordunun hekimbaşılığını yapmak,
- 7) Ordunun sağlık gereçlerini temin etmek ve korumak,
- 8) Salgın hastalıklarla mücadele etmek (Serter, 1994, s. 222).

Hekimbaşılık uygulaması 1850 yılına kadar devam etmiştir. 1850 yılında ise Mekteb-i Tıbbiye Nezareti kurularak yetkiler bu bakanlığa devredilmiştir. 1914 yılında ise sağlık hizmetlerinin yönetimi Dahiliye Nezaretine bağlı olarak kurulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiye'ye verilmiştir (Serter, 1994, s. 223).

2. Cumhuriyet Döneminde Türkiye'de Sağlık Politikaları

2.1. 1923-1946 Yılları Arasında Türkiye'de Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin ilanı sonrası Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam 1937 yılına kadar kısa aralıklarla süren bakanlığı süresince, ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sağlamıştır. 1923 yılında Türkiye'de 6.437 hastane yatağı ve 86 hastane bulunmaktaydı. Bu hastanelerin sadece üçü merkezi yönetime ait olup diğer hastanelerin mülkiyeti ve işletilmesi yerel yönetimler, özel sektör, yabancılar ve azınlıklara aitti. 1925 yılına gelindiğinde ise Türkiye'de tüm resmi hekim sayısı 1631 idi. Bunun yanında 600 kadar da serbest çalışan hekimin bulunduğu tahmin edilmektedir. 1925 yılında 74 il ve 326 ilçe bulunmakta, il merkezlerinden 61'inde sağlık müdürü görev yapmaktaydı (Kumbasar, 2016, s. 28).

Dr. Refik Saydam'ın bakanlığı döneminde sağlık politikaları 4 ana ilke etrafında şekillenmiştir. Bunlar şunlardır:

- 1) Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi,
- 2) Koruyucu hekimliğin merkezi yönetimin, tedavi edici hekimliğin yerel yönetimlerin sorumluluğunda olması,
- 3) Sağlık insan gücünü arttırmak için tıp fakültelerinin iyileştirilmesi, tıp öğrencileri için yatılı yurtların açılması, tıp fakültesi mezunlarına zorunlu hizmet şartı konulması,

4) Bulaşıcı hastalıklarla (sıtma, verem, cüzam vb.) mücadele için programların başlatılması (Akkavak, 2018, s.29).

Bu dönemde alınan önlemlerle hekim sayısı artırılabilmiştir. 1923 senesinde 554 olan hekim sayısı, 1930 yılında 1182'ye ve 1940 yılında 2387'e ulaşmıştır (Yerebakan, 2000, s. 36).

Bu dönemki önemli bir düzenleme de Umumi Hıfzıssıhha Kanunudur. Bu kanun halk sağlığının korunması amacıyla önemli düzenlemeler içermektedir. Yasada kadınlara doğum öncesi ve sonrası üçer hafta izin verilmesi hükmü bulunmaktadır. Kanunda çocuklarla ilgili de düzenlemeler yapılmıştır. Buna göre 12 yaşından küçük çocukların maden ve sanayide çalıştırılmaları yasaklanmıştır. Ayrıca 12-16 yaş arası çocukların gece çalıştırılmayacakları ve günlük çalışma süresinin 8 saatten fazla olamayacağı kanundaki diğer önemli düzenlemelerdir (Makal, 1999, s. 343).

Kadın ve çocuklar dışında da kanun tüm çalışanları koruma amaçlı bazı düzenlemeler yapmıştır. Buna göre, gece çalışmasının 8 saatten fazla olması yasaklanmış, yeraltı işlerinde çalışan işçilerin de toplam günlük 8 saatten fazla çalıştırılmaları yasaklanmıştır. Kanun 50'den fazla işçi çalıştıran işyerlerinde işverenlerin çalışanların sağlık kontrollerini yaptırmalarını mecburi hale getirmiş, 100-500 arası sürekli işçi çalıştıran işyerlerinin işverenlerine bir revir, 500'den fazla işçi çalıştıran işyerlerinde ise her yüz işçi için bir yatak hesabıyla tıbbi bakım yerleri sağlanmasını zorunlu tutmuştur (Makal, 1999, s. 343-344).

Yine bu dönemde sağlık personeline ilişkin iki önemli kanuni düzenleme gerçekleştirilmiştir. 1928 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve bu hizmetler disiplin altına alınmıştır. Yine 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu ile bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir (Kumbasar, 2016, s. 210).

2.2. 1946-1960 Yılları Arasında Türkiye'de Sağlık Politikaları

1946-1948 yılları arasında "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" hazırlanmıştır. Bu plan Cumhuriyet Dönemi'nde yazılmış ilk sağlık planı olarak bilinmektedir. Sağlık planının en önemli özelliği kırsal alandaki birçok köye koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sunan sağlık merkezlerinin kurulmasının kararlaştırılmasıdır (Akkavak, 2018, s. 32).

Yine bu dönemde 1952 yılında Sağlık Bakanlığında Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) gibi milletlerarası teşekküllerden yardım temin edilerek, Ankara’da 1953 yılında bir Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sağlıkta ihtiyaç duyulan personelin yetiştirilmesi amacıyla İstanbul ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültelerinden sonra 1955 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi faaliyete geçmiştir. 1950 yılıyla 1960 yılı karşılaştırıldığında hekim sayısı 3.020’den 8.214’e, hemşire sayısı 721’den 1658’e, ebe sayısı da 1.285’ten 3.219’a yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

2.3. 1960-1980 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Politikaları

Bu dönemde ortaya çıkan ilk önemli gelişme 1961 Anayasasının kabulüdür. 1961 Anayasasının 49. maddesindeki “Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir” ifadesi ile ilk defa sağlık hizmetleri devlet görevi olarak anayasada yerini almıştır.

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile sağlıkta sosyalizasyon 1963 yılında itibaren başlamıştır. Bu uygulamayla yaygın, sürekli, entegre, kademeli ve il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

224 sayılı Kanunun getirdiği temel ilkeler ise şunlardır:

- 1) Sağlık hizmetlerinden yararlanmada herkesin eşit haklara sahip olması,
- 2) Hekimlerin kamu ya da özel sektörde çalışmasının serbest olması fakat kamuda çalışan hekimin aynı zamanda özel sektörde çalışmaması,
- 3) Hekim ve sağlık kurumu seçme özgürlüğünün tanınması,
- 4) Hekimlerin ve sağlık personellerinin kamuda 3 yıl sözleşmeli çalışması ve bunun sonucunda emeklilik, kıdem ve terfi hakkının bulunması,
- 5) Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin beraber yürütülmesi,
- 6) Kamusal sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi (Akkavak, 2018, s. 33).

2.4. 1980-2000 Yılları Arasında Türkiye'de Sağlık Politikaları

1982 yılında kabul edilerek yürürlüğe giren Türkiye Cumhuriyeti'nin Anayasası'nın 56. maddesi sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması başlığını taşımaktadır, bu maddede: *“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir”* ifadeleri yer almaktadır. 56. maddenin içeriğine bakıldığında 1961 anayasasına göre sağlık konusunun daha detaylı ve kapsamlı olarak ele aldığı görülmektedir. Ayrıca çevre ve sağlık konusu isabetli bir şekilde birlikte açıklanmıştır. 1982 Anayasasının getirdiği bir önemli hususta genel sağlık sigortasının kurulması yönünde bir adım olmasıdır. Refah devletlerinde uygulanan böyle bir sistemin anayasada ifadesini bulması çok önemli bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Ancak anayasada bahsi geçen genel sağlık sigortası uygulamasının başlaması için 25 yılı aşkın bir süre geçecektir.

Bu dönemdeki diğer önemli bir gelişme ise 1992 yılında 3816 sayılı Ödeme Gücü olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun'un kabul edilmesidir. Bu kanun ile genel sağlık sigortası uygulamaya geçinceye kadar hiçbir sosyal güvenlik kurumu kapsamında olmayanların tedavi giderlerinin devlet tarafından karşılanması planlanmıştır. Geliri asgari ücretin 1/3'ünden daha düşük olanlardan T.C. Vatandaşı olan ve Türkiye'de yaşayanlara tespite bağlı olarak yeşil kart ile tedavi hizmeti verilmiş ve ilaç yardımı yapılmıştır (Alper, 2006, s. 30-31).

1990'lı yıllarda sağlık hizmetlerinde reform gerçekleştirmek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Genel sağlık sigortası sisteminin kurulması ve sağlık hizmetlerinin finansmanını da içeren bu çalışmalar sonraki yıllardaki uygulamalar için önemli bir altyapı oluşturmuştur. 1990'lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri özet olarak şunlardan oluşmaktadır:

1) Bütün sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında toplanması ve genel sağlık sigortasının kurulması,

2) Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,

3) Hastanelerin bağımsız sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,

4) Sağlık Bakanlığının öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermesi ve sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması (Sağlık Bakanlığı, 2020).

2.5. 2000 Yılı Sonrası Türkiye’de Sağlık Politikaları

21. yüzyılda Türkiye’de sağlık hizmetlerine ilişkin yaşanan süreçte iki önemli gelişme ortaya çıkmıştır. Bunlardan ilki 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olarak ifade edilen planın ilan edilmesi ve uygulamasının başlaması ile yine çok önemli bir hedef olan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun çıkarılmasıdır.

Hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sekiz ana tema etrafında ilerlemesi hedeflemiştir. Bunlar şu şekildedir:

1) Planlayıcı ve denetleyici olarak Sağlık Bakanlığı,

2) Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası sistemi,

3) Yaygın, erişimi kolay bir sağlık hizmet sistemi,

4) Bilgi ve beceri ile donatılmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,

5) Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,

6) Etkili ve nitelikli sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,

7) Akılcı ilaç uygulaması ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,

8) Sağlık bilgi sisteminin kurulması (İleri vd., 2016, s. 183).

3. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Uygulaması

2006 yılında kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile ülkemizde sağlık alanında yeni bir döneme girilmiştir. Kapsam açısından bakıldığında kapsama alınanların üç gruba ayrılması da mümkündür. Bunlar:

- 1) Çalışan ve çalışma geliri üzerinden prim ödeyerek kapsama alınanlar,
- 2) Çalışmaya bağlı geliri olmayan ancak prim ödeyerek kapsama alınanlar,
- 3) Ödeme gücü olmayan ve primleri devlet tarafından ödenerek kapsama alınanlar (Alper, 2015, s. 340).

Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasının yürütülmesinde önemli bir uygulama da gelir testi (means test) uygulamasıdır. 2012 yılında yürürlüğe giren gelir testi uygulaması özellikle çalışmaya bağlı geliri olmayanlardan prim ödeme gücü olan ve olmayanların tespitinde önemli bir yere sahiptir. Gelir testi uygulamasının yapılmasında il ve ilçelerde ki sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları sorumludur. Yapılan gelir testi sonucunda aile içinde kişi başına düşen gelir asgari ücretin 1/3'ünden düşükse kişinin primleri devlet tarafından ödenir. Gelir testi yaptıran kişinin durum değişikliği halinde veya gelir testi yapılan hanenin doğum, ölüm, evlenme ve boşanma gibi sebeplerle değişmesi durumunda bir ay içinde yeniden gelir testi yapılacaktır Gelir testi yaptırmayan kişilerin kişi başına gelirinin asgari ücretin iki katından yüksek olduğu kabul edilerek bu seviye üzerinden prim tahsil edilecektir (Alper, 2015, s. 340).

Tablo 1: Türkiye'de GSS Kapsamı (2017)

GSS Kapsamı	Kişi	Yüzde (%)
Sosyal Güvenlik Kapsamı	70.363.848	87,1
GSS Primleri Kendileri Tarafından Ödenenler	1.889.260	2,3
GSS Primi Devlet Tarafından Ödenenler	7.936.009	9,8
GSS Kapsamı Toplamı	80.189.117	99,2

Kaynak: (SGK İstatistik Yıllığı, 2017).

Tabloya bakıldığında GSS kapsamındaki nüfusun toplam nüfusa oranının %100'e yaklaştığı görülmektedir. Türkiye Cumhuriyeti devleti Anayasasında belirtilen sosyal devlet olma görevini başarmış olduğu anlamına gelmektedir.

Türkiye’de kesintisiz bir yıllık ikamet süresini dolduran yabancılar, kendi ülkelerinde genel sağlık sigortası uygulaması yönünden sigortalı değilse bu sürenin dolduğu tarihten itibaren genel sağlık sigortasından yararlanmak için müracaatta bulunabilirler. Bu kişilerin genel sağlık sigortası kapsamında tescil işleminin yapılması için kesintisiz bir yıllık ikamet süresinin dolduğu tarihten itibaren bir ay içinde kendilerine en yakın sosyal güvenlik il müdürlüğü/sosyal güvenlik merkezine başvurmaları gerekmektedir.

4.Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine İlişkin Mevcut Durum ve Gelişmeler

Konuya bir bütün olarak bakıldığında sağlıkta hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için en önemli faktör sağlık personelinin nitelik ve nicelik açısından artırılmasıdır. Türkiye’de özellikle son yıllarda açılan sağlık eğitim kurumlarının da etkisi ile sağlık personeli sayısında önemli artışlar gerçekleştirilmiştir.

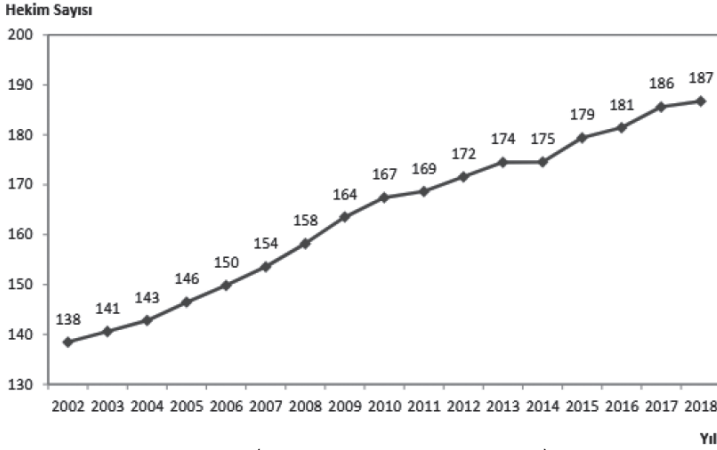
Tablo 2: Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Uzman Hekim	45.457	75.251	77.622	78.620	80.951	82.894
Pratisyen Hekim	30.900	39.045	41.794	43.058	44.649	44.053
Asistan Hekim	15.592	21.320	21.843	23.149	24.397	26.181
Toplam Hekim	91.949	135.616	141.259	144.827	149.997	153.128
Toplam Diş Hekimi	16.371	22.996	24.834	26.674	27.889	30.615
Eczacı	22.289	27.199	27.530	27.864	28.512	32.032
Hemşire	72.393	142.432	152.803	152.952	166.142	190.499
Ebe	41.479	52.838	53.086	52.456	53.741	56.351
Diğer Sağlık Personeli	50.106	138.878	145.943	144.609	155.417	177.409
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	303.110	311.337	321.952	339.241	376.367
Toplam Personel	378.551	823.069	856.792	871.334	920.939	1.016.401

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 225).

2002-2018 döneminde Türkiye’de uzman hekim sayısı %82,35 ve pratisyen hekim sayısı %42,56 artış göstermiştir. Bu dönemde diğer dikkat çekici bir noktada yardımcı personel sayısındaki artıştır. Toplam personel sayısı 2018 yılı itibariyle bir milyonun üstüne çıkmıştır.

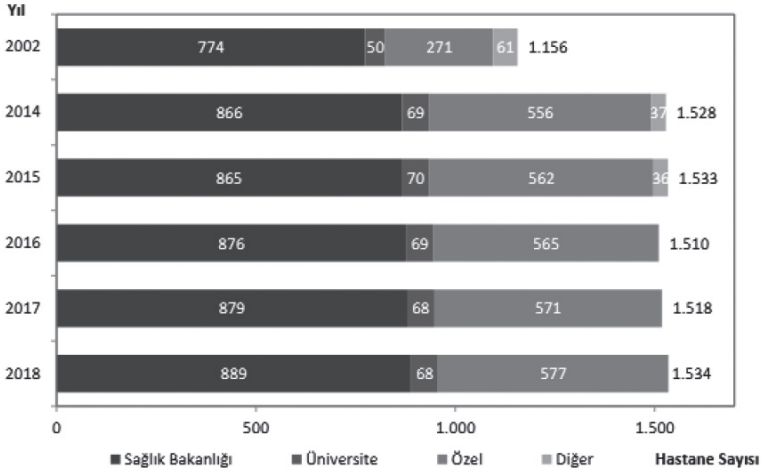
Şekil 1: Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 227).

100.000 kişiye düşen hekim sayısı da bu dönemde %36,49 artış göstermiştir. Hekim sayısındaki artışa rağmen Türkiye OECD ülkeleri içinde 1000 kişiye düşen hekim sayısı açısından 2016 yılı itibariyle 1,83 ile sonuncu sırada yer almaktadır. Norveç ise 5,23 ile ilk sırada yer almıştır (SASAM, 2018, s. 26).

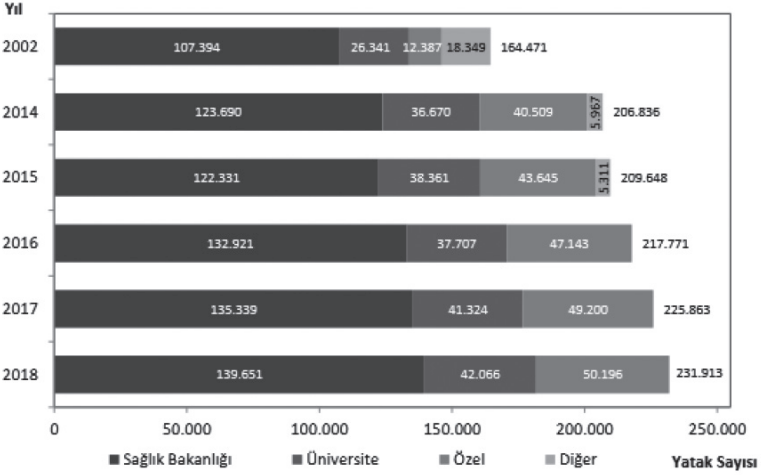
Şekil 2: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 119).

Türkiye’de hastane sayısı 2002-2018 döneminde %32,69 artışla 1534’e ulaşmıştır. Bu dönemde özellikle genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesi ile hekim ve hastane seçme hakkının verilmesi sonucu özel hastaneler büyük artış göstermiştir.

Şekil 3: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayıları



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2019, s.119).

Aynı şekilde hastane yatağı sayıları da dönem içinde artış göstermiş toplam yatak sayısı %40’tan fazla artarak 231.913’e ulaşmıştır. 2018 yılı itibariyle toplam yatak sayısının %60,21’i sağlık bakanlığına bağlı hastaneler, %18,13’ünü üniversite hastaneleri yatakları ve %21,64’ünü de özel sektör hastaneleri yatakları oluşturmaktadır.

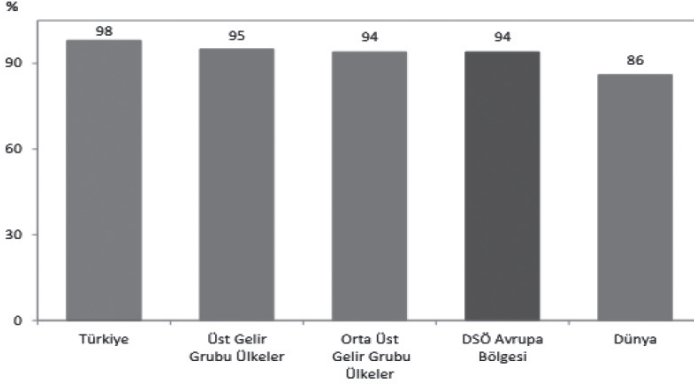
Tablo 3: Yıllara Göre Aşılama Hızları (%)

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
DaBT 3	78	96	97	98	96	98
BCG	77	95	96	96	93	96
HBV 3	72	95	97	98	96	98
KKK	82	94	97	98	96	96
KPA 3	-	96	97	98	96	98

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 83).

Türkiye'de özellikle 2014 yılından itibaren tüm aşı türlerinde aşılama oranı %95'i geçmiştir. Aşılamada en düşük oran BCG ve KKK aşılarında gerçekleşmiştir.

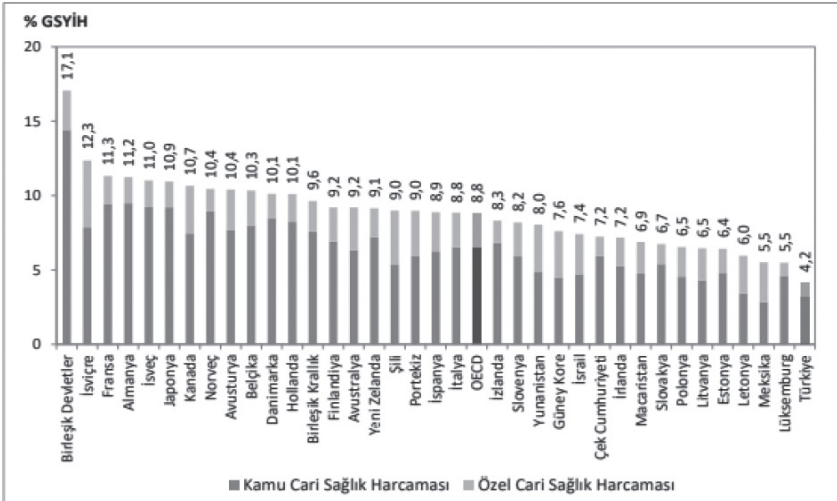
Şekil 4: (DaBT+İPA+Hib) Aşılama Hızlarının Uluslararası Karşılaştırması (2018)



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2019, s.84).

Şekilde görüldüğü gibi aşılamaya faaliyetleri açısından dünya ortalamasından %12 daha yüksek bir orana sahip olduğu ve aşılamaya konusunda üst gelir grubu olarak adlandırılan ülkeleri de geçtiği görülmektedir.

Şekil 5: Cari Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırması



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 260)

OECD ülkelerine bakıldığında ortalama olarak GSYİH'nin %8,8'ini sağlık için kullanıldığı görülmektedir. Bu oran %17,1 ile ABD'de en yüksek ve Türkiye'de ise en düşük orandadır.

Kaynakça

Akkavak, T. (2018). Türkiye'de sağlık sisteminin gelişimi: sağlıkta dönüşüm programı (2003-2011). Tekirdağ: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

Alper, Y. (2006). Türkiye'de sosyal güvenlik 1 ders notları. Bursa: Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi.

Alper, Y. (2015). Türk sosyal güvenlik sistemi ve sosyal sigortalar hukuku. Bursa. Dora Basım Yayın Dağıtım.

ILO. (2020). COVID-19 and the health sector. Geneva: ILO Yayını.

İleri, H., Seçer, B., ve Ertaş, H. (2016). Sağlık politikası kavramı ve Türkiye'de sağlık politikalarının incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi, 12, 176-186

Kumbasar, A. (2016). Sağlık politikaları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayını., Erişim adresi: <http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikkurumlarisletmeciligi.ao/saglikpolitikolari.pdf>.

Makal. (1999). Türkiye'de tek partili dönemde çalışma ilişkileri: 1920-1946. Ankara: İmge Kitabevi.

Sağlık Bakanlığı. (2019). Sağlık istatistikleri yılı 2018. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.

Sağlık Bakanlığı. (2020). Tarihçe. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>.

SASAM. (2018). Türkiye'de sağlık sektöründe insan gücü durumunun analizi. Erişim adresi: http://www.sasam.org.tr/wp-content/uploads/2019/02/insan_g%C3%BC-c%C3%BC.pdf.

Segal, E., A. (2007). Social welfare policy and social programs: a values perspective. Canada: Thomson Brooks/Cole.

Serter, N. (1994). Türkiye'nin sosyal yapısı. İstanbul: Filiz Kitabevi.

SGK. (2017). İstatistik Yıllığı. Erişim adresi: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari.

TBMM. (2020). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Erişim adresi: https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf.

UN. (2020). Universal Declaration of Human Rights. Erişim Tarihi adresi: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf.

WHO. (2020). Constitution. Erişim adresi: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.

Yerebakan. (2000). Özel hastaneler araştırması. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayını.