Sağlık Hizmetleri Reformu ve Hane Halkı Refahı: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı

Health Care Reform and Household Welfare: Health Transformation Programme in Turkey

Dr. Serdal Bahçe (Ankara University, Turkey)

Ph.D. Candidate Altuğ Murat Köktas (Ankara University, Turkey)

Ph.D. Candidate Deniz Abukan (Ankara Üniversitesi, Turkey)

Abstract

We assessed the health care reform and its effects on household’s welfare such as access to health care and household economic burden. We used descriptive analysis on 2002-2011 Ministry of Health and OECD Health Statistics. The main result is about using health care. Access to health care increased after health care reform in Turkey. Number of applications to health care service server and its units rose. On the other hand, financial burden of health care on household’s budget decreased number of applications. The main result percentage of not consulting a specialist even needed to consult a specialist but did not during the past 12 months is %4.9 in 2003 and %19.9 in 2010. To improve health care access, policy makers should improve public sector provision of health care, increase social security benefit packages and protect poor and vulnerable.

1 Giriş

Sağlık harcamalarının son yıllarda ekonomik büyümeden daha hızlı artış göstermesi, bu hizmetlerin finansmanında bütçe baskısını beraberinde getirmektedir. Çeşitli yollarla sağlık harcamaları olması gerekenin üzerinde gerçekleşmekte ve bir bakıma da kaynak israfına neden olmaktadır. Dolayısıyla ülkeler, sağlık harcamalarının artışını kontrol altına almaya çalışmakta ve bu yönde politikalar geliştirmektedirler. Söz konusu politikalar, “reform” olarak nitelendirilmekte ve sağlık piyasasının hem arz hem de talep ayağına odaklanmaktadır. Diğer yandan uygulanmasının kolay olması nedeniyle talep yanlı maliyet paylaşımları ağırlıklı olarak tercih edilmektedir. Sağlık hizmetleri finansmanında talep yanlı maliyet paylaşımının katkı ve katılım payı gibi isimlerle ağırlıklı olarak uygulanması, hane halkı tüketim harcamaları içinde sağlık harcamalarının payını artırmakta ve sonuç olarak hane yaşam memnuniyetini etkilemektedir. Bu bağlamda çalışmanın amacı, sağlık reformu uygulamalarının, yaşam memnuniyeti üzerindeki etkilerinin incelenmesidir. Elde edilen sonuçlar itibarıyla, Türkiye’de sağlık hizmetlerinden duyulan yaşam memnuniyeti, reform ile birlikte artmıştır. Bunun yanında, sağlık hizmetleri kullanımında ise olumsuz göstergeler bulunmaktadır. Uluslar arası karşılaştırmalarda ise Türkiye, hizmet kullanımında son sıralarda yer almaktadır.

Ülkelerin sağlık harcamalarının sürekli olarak artmasıyla birlikte, harcamaların kamu bütçelerinde baskı oluşturması sağlık harcamalarının kontrol edilmesi üzerine politika önerilerinin doğmasına neden olmuştur. Sağlık reformu olarak isimlendirilen söz konusu politika değişiklikleri, temel olarak sağlık harcamalarının mümkünse kısılması veya kontrol altına alınması ile sağlık hizmetlerinden elde edilen gelirlerin artırılmasına odaklanmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde reform çalışmaları birçok ülkenin gündeminde yer almakta ve reform yanlısı uygulamalara gidilmektedir.

Reform kavramının oldukça popüler olmasının yanında, sağlık sektöründe reformu oluşturan unsurların neler olduğuna yönelik evrensel ve tutarlı bir tanım bulunmamaktadır (Saltman ve Figueras, 2004: 2). Buna göre reform, toplum düzeni ve yapısının daha iyi bir konuma getirilebilmesi için gerçekleştirilen köklü değişim ya da düzeltme olarak tanımlanmakta ve hissedilen sorunlar üzerinde meydana gelen pozitif yönlü değişim olarak ifade edilmektedir (Berman ve Bossert, 2000). Bir diğer yaklaşıma göre ise reform, “politika hedeflerine ulaşmak için sürdürülebilir ve yoğun kurumsal ve yapısal değişiklikleri kapsayan bir süreci kapsamaktadır” (Saltman ve Figueras, 2004: 3). Sağlık hizmetlerinde reform ise, “sağlık hizmetleri sisteminin performansını geliştirme yönünde önemli, amaçlı bir çaba” olarak tanımlanmaktadır (Roberts vd., 2009: 9). Bu bağlamda reform, sağlık politikaları ve ilgili kuruluşları bir defaya mahsus olmayıp uzun vadede değiştirmeye yönelik faaliyetlerdir. Dolayısıyla sağlık reformu, önceliklerin belirlenmesi, politikaların geliştirilmesi ve bu politikaların uygulanacağı kurumlarda reform yapılması biçiminde özetlenebilir (Cassels, 1995: 331). Sağlık sektörünün finansman, ödeme sistemi, organizasyon, düzenleme ve tüketici davranışları gibi bir takım “kontrol düğmeleri” yoluyla etkilenmesi ise, reformun odak noktasını oluşturmaktadır (Hsiao, 2000).

Ülkelerin karşı karşıya kaldığı yaşlanma, ileri düzey kronik hastalıklar, yeni tedavi yöntemleri ve ileri teknoloji gibi sorunlar sağlık harcamalarının artması yönünde baskı oluşturarak, reform çalışmalarına zemin hazırlamaktadır (Saltman ve Figueras, 2004: 3). Kıt kaynakların verimsiz kullanımı, bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişememesi ve sağlık hizmetlerinin bireylerin ihtiyaçlarına cevap verememesi ise reform gerekçelerinden bazılarıdır (Cassels, 1995: 330). Bu bağlamda 1980’lerin ikinci yarısından itibaren Batılı

gelişmiş ekonomilerde görülen sağlık endüstrisinde reform politikaları, ülkelerin en önemli girişimleri arasında yer almaktadır (Flood, 2003: 1; Twaddle, 2002: 3). Doğu Avrupa ülkeleri, sosyal sigorta programlarını genişletmekte, Güney Amerika ülkeleri, sağlık sigorta kapsamını kırsal ve kentte yaşayan yoksulları kapsayacak biçimde genişletmekte, Afrika'da mali desantralizasyon hastanelere ek kaynak oluşturmak amacıyla kullanılmakta ve verimliliğin artırılması için birçok ülke, yeni geri ödeme sistemleri ve sağlık hizmet sunumu organizasyonunda yeni yöntemler denemektedir (Saltman ve Figueras, 2004).

2 Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Reform Uygulamaları

3 Mayıs 1920 tarihinde 3 Sayılı Kanun ile kurulan Sağlık Bakanlığı, ülke genelindeki tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile görevlendirilmiştir. Diğer yandan 1921 Anayasasının 11. Maddesinde yer alan "...Medaris, Maarif, Sıhhiye, İktisat, Ziraat, Nafia ve Muaveneti içtimaiye işlerinin tanzim ve idaresi vilâyet şûralarının salâhiyeti dahilindedir" ifadesi ile sağlık hizmetlerinin yönetimine değinilmiştir. Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalar hız kazanmıştır. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam, 1937 yılına kadar süren bakanlığında, sağlık hizmetlerinin kuruluşu ve gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. Bu bağlamda geliştirilen sağlık politikalarının temel amaçları; savaş sonrası problemlerin çözülmesi, sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından desteklenmesi, merkezden başlayarak köylere kadar ulaşan örgütlenmenin oluşturulması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması olarak belirtilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 8). Dolayısıyla tarihsel süreç, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmet sunumunda kalitenin artırılması için reform çalışmaları hayata geçirilmiştir. Bu bağlamda 1946-1960, 1961-1980, 1980-2002 dönemlerinde yoğun olarak reform uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte söz konusu reform çalışmalarının en kapsamlısı 3 Kasım 2002 ile gerçekleşen hükümet değişikliği sonucu uygulamaya konulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"dır. Hükümet programında yer alan "Acil Eylem Planı"nda sağlığa yönelik politika değişikliğinin ipucu verilmiş ve kapsamlı bir reform düşüncesi ortaya çıkmıştır. Bahse konu planda belirtilen politika maddeleri şu şekilde sıralanabilir: *"Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi oluşturma, herkesin temel sağlık ihtiyacını özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirme, ülkemizde sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde dağılımını dengeli hale getirme hedefleri çerçevesinde; Bir yıl içinde; i.) Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımını kaldırılmaya dönük çalışmalar başlatılacak, ii.) Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmaları başlatılacaktır, iii.) Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak, iv.) Aile hekimliği uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak, v.) Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak, vi.) Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir. İnsanların ayırım gözetilmeksizin, ekonomik ve sosyal bakımdan güvencede yaşamaları ilkesi çerçevesinde yine bir yıl içinde; i.) Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanacak, bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacaktır, ii.) Bütünleştirilmiş bir sosyal hizmet ve yardım ağına oluşturulabilmesi için dağıtık durumdaki sosyal hizmet faaliyetleri tek çatı altında toplanacak, iii.) Sosyal Yardımlaşmayı ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'nun kaynakları artırılacak, harcama usul ve esasları yeniden belirlenecek ve yönetim yapısı güçlendirilecektir".* Bu bağlamda Acil Eylem Planında yer verilen politika önerileri ile sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinde kapsamlı bir reform düşüncesinin temelleri atılmıştır.

3 Sağlık Hizmetleri Reformunun, Yaşam Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri

Sağlık hizmetleri reformu, esas itibarıyla sosyal güvenlik reformu olarak ifade edilebilir. Reformun temel mantığının, harcamaları kontrol altına almak, ek gelir sağlamak ve hizmet sunumunun sürdürülebilirliğini sağlamak olduğu dikkate alındığında, sosyal güvenlik kapsamında yer alan garanti paketinin boyutu, hizmet kullanımının katkı payı gibi isimlerle finansmanının özel kesime kaydırılması ve sosyal güvenlik kapsamında yer alan nüfusun artırılması gibi uygulamalar, sosyal güvenlik reformunu desteklemektedir. Bu bağlamda söz konusu reform uygulamalarının ulaşmak istediği çeşitli amaçlar bulunmaktadır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir.

1. Ahlaki tehlike nedeniyle oluşan aşırı talebin önlenmesi,
2. Gereksiz tetkik ve tedaviler nedeniyle artan sağlık harcamalarının azaltılması,
3. Ek gelir elde ederek, mali sürdürülebilirliğin sağlanması,
4. Sağlık hizmet sunumuna erişimde hakkaniyetin sağlanması,
5. Hizmet sunucuları tarafından oluşturulan yapay talebin önlenmesi,
6. Hastanın bilinçlendirilerek, harcamaların kontrol altına alınmasıdır.

Sağlık reformu, yukarıdaki hedeflere odaklanmakla birlikte, özellikle maliyet sınırlama düşüncesi çerçevesinde, talep odaklı maliyet paylaşımı unsurlarının (katkı payı, ek sigorta vb.) yoksul kesimin hizmete erişimi üzerinde olumsuz etkiye neden olduğu, literatürde genel kabul görmüş bir yaklaşımdır. Bu bağlamda hanehalkının, sağlık hizmetine erişiminde yaşadığı güçlüğü yaşam memnuniyetini etkilediği ileri sürülebilir.

4 Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerindeki Etki

Sağlık reformunun temel mantığı, sektördeki aşırı talebi azaltarak sağlık harcamalarını ve bu bağlamda sağlık harcamalarını kontrol altına almak olarak özetlenebilir. Bu bağlamda, reformun etkilemek istediği temel

çıkılardan biri olan, hekime müracaat sayısında azalış beklenmektedir. Şekil 1, Türkiye’de kurum ve kuruluşlar bazında kişi başına hekime müracaat sayısını göstermektedir.

Şekil 1: Sağlık Hizmet Sunucularına Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı **Kaynak:** Sağlık Bakanlığı 2011 İstatistik Yıllığı.

Şekil 1’de görüldüğü üzere, SDP’nin uygulamaya geçtiği 2003 yılı itibariyle hekim başvuru sayısı düzenli olarak artış göstermiştir. Özellikle kamuda sağlık hizmet sunucularının birleştirilmesi ile birlikte, özel hizmet sunucularına erişimin kolaylaşması bu oranı artıran en önemli faktörlerdendir. Bu bağlamda, söz konusu oranda meydana gelen artış, maliyetleri ve harcamaları da artırdığından, 2009 yılında uygulamaya konulan katkı payı ile, bu oran kontrol altına alınmaya çalışılmıştır. Nitekim 2010 yılında, katkı payı uygulaması etkisini göstermiş ve artmamış fakat izleyen yıl yine artmıştır. Şekil 2 ise yıllar itibariyle müracaat sayısını vermekle birlikte yukarıdaki sonucu desteklemektedir.

Şekil 2: Yıllar İtibariyle Sağlık Hizmetlerine Müracaat Sayısı **Kaynak:** Sağlık Bakanlığı 2011 İstatistik Yıllığı.

Kişi başı hekime müracaat sayısının uluslararası karşılaştırmasına ilişkin veriler Şekil 3’te gösterilmektedir.

Şekil 3: Seçilmiş Ülkelerde Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısı **Kaynak:** OECD Sağlık İstatistikleri, 2013.

Şekil 3'te görüldüğü üzere, Türkiye SDP ile birlikte hizmete erişimi kolaylaştırmış ve hekim başvuru sayıları yıllar itibariyle artmıştır. Bu durum kendisini uluslar arası karşılaştırmada da göstermektedir. Buna göre Türkiye 7,3 olan hekime müracaat sayısı ile OECD ortalamasının üzerinde olup, birçok gelişmiş ülkeyi gerisinde bırakmıştır. Dolayısıyla 2009'da uygulamaya geçen maliyet paylaşımı çerçevesinde katkı payının, söz konusu müracaat sayısını azaltma başarısı tartışmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde maliyet paylaşımının bir diğer önemli sonucu, tetkik ve tedavilerin daha kısa zamanlarda yapılarak, hastanede yatış süresinin azalmasıdır. Bu bağlamda Şekil 4, Türkiye'de yıllar itibariyle, hastanede ortalama kalış gününü göstermektedir.

Şekil 4: Yıllar İtibariyle Hastanede Ortalama Kalış Süresi **Kaynak:** Sağlık Bakanlığı 2011 İstatistik Yıllığı.

2002 yılında ortalama kalış günü 5,8 iken bu oran SDP ile birlikte 2011 yılında 3,9'a düşmüştür. Türkiye'de mevcut veri seti ile, söz konusu azalışın, maliyet paylaşımı ile ilişkisi test edilememektedir. Diğer yandan uluslar arası karşılaştırma, bunun üzerinde fikir oluşturabilir. Şekil 5, OECD ülkelerinde hastanede yatan hastaya ilişkin ortalama yatış gün sayısını göstermektedir.

Şekil 5: OECD Ülkelerinde Hastanede Ortalama Kalış Süresi **Kaynak:** OECD Sağlık İstatistikleri, 2013.

Şekil 5'te görüldüğü üzere, Türkiye mevcut hastanede ortalama yatış süresi ile Meksika'nın hemen üzerinde ve sondan ikinci durumdadır. OECD ortalamasının 7,1 ve Avrupa bölgesinin 9,3 olduğu uluslar arası göstergelere göre, Türkiye'nin söz konusu göstergesi oldukça kötüdür.

2009 yılında maliyet paylaşımı kapsamında uygulamaya konulan katkı payı türü cepten harcamaların önemli bir etkisi de, hastalar arasında acil kullanımının artmasıdır. Acil servislerde katkı payının bulunmaması nedeniyle, hastalar acil servisleri poliklinik hizmetleri için kullanmaya başlamakta ve bu da acil servislerin iş yoğunluğunu artırmaktadır. Söz konusu düşünce, 2012'de acil servislerde acil olmayan hastalar için getirilen katkı payı ile de desteklenmektedir. Şekil 6 yıllar itibarıyla acil servis kullanım düzeyini göstermektedir.

Şekil 6: Yıllar İtibarıyla Acil Servis Kullanım Düzeyi **Kaynak:** Sağlık Bakanlığı 2011 İstatistik Yıllığı.

SDP ile birlikte hizmet sunucularına erişimin artması, hastane ve hekim başvuru sayılarını artırmıştır. Diğer yandan 2009 yılında uygulamaya konulan katkı payı ile birlikte Acil servis kullanımında artış görülmektedir. Bu bağlamda 2011 yılı için acil servis istasyonu başına düşen vaka sayısı 1.568 olup, bir önceki yıla göre artış hızı frenlenmiştir. 2012 yılında uygulama konulan acil serviste acil olmayanlara yönelik katkı payı ile bu miktarın düşeceği ileri sürülebilir.

Tablo 1, 2008 ve 2010 yıllarında, son 12 içerisinde bir hekim tarafından yataklı ya da günlük tedavi hizmeti önerilmesine rağmen, bu hizmeti alamayanların oranını ve nedenlerini göstermektedir.

	2008	2010
Hizmet alamayanlar	4.9	19.9
Ödeme gücü (çok pahalı olması ya da sigorta fonu tarafından karşılanmaması)	44.1	44.9
Poliklinikte muayene olma gücü	6.3	6.8
İş, çocuk ya da bakmakla yükümlü olduğu diğer kişilerden dolayı zaman bulamama	17.4	18.3
Hastanenin uzak olması, ulaşım imkanının zorluğu	3.5	4.3
Ameliyat/Tedavi korkusu	10.3	4.1
Kendisini hastaneye götürecek birinin olmaması	2.4	2.7
Ailesinin veya yakınlarının gerek görmemesi	1.9	0.6
Diğer nedenler	12.4	15.7

Tablo 1: Son 12 Ay İçerisinde Bir Hekim Tarafından Yataklı ya da Gününbirlik Tedavi Hizmeti Önerilmesine Rağmen, Bu Hizmeti Alamayanların Oranı (2008, 2010) TÜİK, Sağlık Araştırması, 2008-2010.

Tablo 1’de görüldüğü üzere, 2008 yılında sağlık hizmeti önerilmesine rağmen, bu hizmeti alamayanların oranı %4.9 iken, bu oran 2010 yılında yaklaşık olarak %20’dir. Hizmetten yararlanamama nedeni olarak ise birinci sırada finansal sorunlar belirtilmektedir. Herhangi bir sigorta sahipliğinin bulunmamasıyla birlikte, sigorta kapsamı dışında bulunan hizmetlerin ortaya çıkardığı finansal yük, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanamamasına neden olmaktadır.

5 Sağlık Finansmanı Üzerindeki Etki

Genel olarak herhangi bir sağlık finansman sisteminin üç temel amacı bulunmaktadır. Bunlar, i. Tüketicileri, sağlık harcamalarının finansal riskinden korumak, ii. Sağlık hizmetleri sunumunda etkinlik ve iii. Tüketici ve hizmet sunucu arasında adil olmaktadır (Ellis ve McGuire, 1993: 138). Bu bağlamda, sağlık sisteminin bu hedefler doğrultusunda planlandığı varsayımıyla, hastaları finansal yükten koruyarak, hizmete erişimde hakkaniyetin sağlandığı bir sistem reform çalışmalarının temel dayanağı olarak kabul edilebilir. dolayısıyla, özellikle yoksul, yaşlı ve kronik hastaların sağlık hizmetleri nedeniyle katlanacağı finansal yükün garanti altına alınmasıyla birlikte, sigorta kapsamının genişletilmesi, hizmet çıktılarına hakkaniyeti sağlayabilecektir.

Sağlık harcamalarında meydana gelen olağanüstü artışın, devlet bütçelerinde oluşturduğu finansal baskı ise, ülkeleri iki farklı politikaya yöneltmektedir. Bunlardan birincisi sağlık sistemine ek gelirler sağlamak, ikincisi ise harcamaları kontrol etmektir. Bu bağlamda ek gelir elde etmek adına, sağlık hizmetleri finansmanının daha yoğun olarak özel kesime (hanelere) kaydırılması düşüncesi, söz konusu hedefle uyumluyken, bu kaymanın haneler üzerindeki finansal yükü artırması ise, hizmetten yararlanan kesim üzerinde olumsuz etkiye yol açmakta ve nihayetinde hizmete erişimi engellemektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin finansmanında cepten yapılan harcamaların yüksekliğinin, söz konusu etkiyi daha da şiddetlendireceği ileri sürülebilir. Şekil 7, Türkiye’de yıllar itibariyle sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payını, kaynakları kapsamında göstermektedir.

Şekil 7: Yıllar İtibariyle Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı **Kaynak:** Sağlık Bakanlığı 2011 İstatistik Yıllığı.

Şekil 7’de görüldüğü üzere Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı yıllar itibariyle artış göstermektedir. Diğer yandan söz konusu veriler 2008 yılına kadar gösterilmektedir. Çünkü TÜİK tarafından, 2008 yılından sonraki harcama istatistikleri halen ilan edilmemiştir. Bu bağlamda 2009 yılı sonlarında yürürlüğe giren maliyet paylaşımının, somut etkileri tespit edilememektedir. Diğer yandan Şekil 8, uluslar arası karşılaştırmaya yönelik verileri göstermektedir.

Şekil 8: OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Kamu-Özel Dağılımı, 2008 *Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2013.*

Şekil 8’de görüldüğü üzere, Türkiye mevcut sağlık harcamaları ile 2008 yılı itibariyle tüm OECD ülkeleri arasında son sırada yer almaktadır. OECD ortalamasının %9,5 olduğu bu durumda, Türkiye sağlığa ayırdığı kaynak bakımından oldukça gerilerdedir. Benzer biçimde satın alma gücü paritesi kapsamında, kişi başına yapılan sağlık harcamalarında da Türkiye son sıradadır. Şekil 9, ilgili verileri göstermektedir.

Şekil 9: OECD Ülkelerinde Kişi Başına Sağlık Harcamalarının Dağılımı, 2008 *Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2013*

Sağlık harcamalarında oldukça kötü durumda olan Türkiye, hanelerin cepten sağlığa yaptığı harcamalar bakımından farklı bir durumdadır. Şekil 10, söz konusu verileri göstermektedir.

Şekil 10: OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Dağılımı, 2008 **Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2013.**

6 Sonuç

2003 yılı itibariyle uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, Türkiye’de demografik özellikler itibariyle sağlık göstergelerinde iyileşmeler görülmüş ve OECD ülkelerine yakın sonuçlar elde edilmiştir. Sosyal güvenlik kapsamında yer alan nüfus oranının artması ve güvence kapsamının genişlemesiyle birlikte, sağlık hizmet sunucularına olan erişim kolaylaşmıştır. Bununla birlikte sağlık reformunun temel mantığını oluşturan, sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, gereksiz tetkik ve tedavinin önlenmesi ve bu yolla yapay talebin azaltılması, hizmet sunumuna erişimde adaletin sağlanması, sosyal güvenlik sistemi açıklarının azaltılarak bütçe üzerindeki baskının hafifletilmesi ile sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliğinin garanti altına alınması gibi hedeflenen birçok unsurun gerçekleşmediği görülmektedir. Bu bağlamda sağlık reformu uygulamalarının yakından takibi ve kapsamlı analizi gerekmektedir.

Kaynakça

- **Berman, A., Bossert, T.,** (2000), A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned?
- <http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/closeout.PDF> Erişim: 13.02.2012
- **Cassels, A.** (1995), “Health Sector Reform: Some Key Issues in Less Developed Countries”, Journal of International Development, 7(3): 329-348.
- **DPT** (2003), 58. Hükümet Acil Eylem Planı, Ankara.
- **Ellis, Randall P., McGuire, Thomas G.,** (1993), “Supply-Side and Demand Side Cost Sharing in Health Care”, Journal of Economic Perspectives, Volume 7, Number:4, 135-151.
- **Flood, C.** (2003), International Health Care Reform: A Legal, Economic and Political Analysis, Routledge Chapman & Hall.
- **Hsiao, W.C.** (2000) “Inside the Black Box of Health Systems.” Program on Health Care Financing, Harvard School of Public Health, Boston.
- **OECD,** (2013), Sağlık İstatistikleri.
- **Sağlık Bakanlığı,** (2011), İstatistik Yıllığı.
- **Sağlık Bakanlığı,** (2003), Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara.

- **TBMM** (2002), 58. Hükümet Programı, <http://www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP59.htm> **TÜİK** (2008) Sağlık Araştırması, Ankara.
- **TÜİK** (2010) Sağlık Araştırması, Ankara.
- **Twaddle**, A. (2002), Health Care Reform Around the World, Health Care Reform Around the World.
- **WHO** (1997), *European Health Care Reform Analysis of Current Strategies*,
- B. Saltman and Josep Figueras (Ed), WHO Regional Publications, European Series, No: 72.