

EK 1: Sağlık

Nurdan Z. Atalay-Güneş ile yaptığımız “Sağlıkta Bireysel Sorumluluk ve Rekabet Maliyetleri Neden Düşürmez” adlı çalışmadan alınmadır (*Amme İdaresi Dergisi*, 48(1): 141-171):

Sağlık: Neydi?

- 1) Türkiye ülkeler arası karşılaştırmalarda (doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranı, doğumda anne ölüm oranı) genellikle gelir düzeyine göre kötü performans göstermekteydi.
- 2) Sağlık çıktılarındaki bu sonuçlar beklenilmelidir. Çünkü Türkiye hem OECD hem de orta gelirli ülkeler arasında sağlığa ayrılan toplam kaynak bakımından sonlarda yer almaktaydı. Ayrıca sağlık personelinin dağılımında kırsal ve kentsel alanlar ve ülkenin doğusu ve batısı arasında büyük dengesizlikler vardı.
- 3) Memurlar, işçiler, serbest çalışanlar, köylüler ve yoksullar farklı sosyal güvenlik kurumlarının üyesiydiler ve her kurumun sağladığı sağlık hizmetleri arasında farklılıklar vardı. Esasen devlete olan yakınlığı dolayısıyla memurlar en geniş kapsamlı erişime ve yoksullar ise en sınırlı erişime sahipti.
- 4) Ayrıca kamu hastane yönetimlerinin personel, malzeme, donanım alımında, yatırım yapmada veya atıl kapasiteyi kapatmada hiçbir inisiyatifleri yoktu. Dolayısıyla da küçük hastanelerde yatakların doluluk oranları düşükken diğer yerlerde aşırı yığılmalar oluyordu.
- 5) Uzman hekimler düşük maaşlarını telafi etmek için kamudaki pozisyonlarına ek olarak özel kliniklerde çalışmaktaydı. Dolayısıyla da özellikle uzman hekimler her zaman hastanedeki görev yerlerinde bulunmuyorlardı.

Ne oldu?

Sağlığa erişim sadece daha önce gerçek erişimi olmayanlar için artmadı (Yeşil Kart sahipleri dahil), sistemin içindekiler için de sağlık hizmetlerine erişim ya ucuzladı (Bağ-Kurlular gibi) ya da kolaylaştı (sıra bekleme azaldı: Emekli Sandığı üyeleri gibi). Kamunun kişi başına yaptığı sağlık harcamaları arttı; toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı arttı; sağlık harcamaları dolayısıyla ciddi ekonomik güçlük yaşayanlar azaldı.¹ 2011 itibariyle kamunun sağlık harcamalarındaki payı OECD ortalamasından (% 72) yüksek, cepten yapılan sağlık harcamaları da OECD ortalamasından (% 20) düşük düzeye ulaştı. Kamu hastanelerinde çalışan uzman doktor oranı hiç bugünkü kadar yüksek olmadı (AKP reformlarına kadar

¹ Baris, Enis, - Mollahaliloglu, Salih, - Aydin, Sabahattin (2011). “Healthcare in Turkey: from Laggard to Leader”, *British Medical Journal*, 342(jan211), 579–582.

Sağlık Bakanlığı (SB) (2013). *Health Statistics Yearbook 2012 Turkey*. Ministry of Health, Ankara, Turkey. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/hsy2012.pdf>

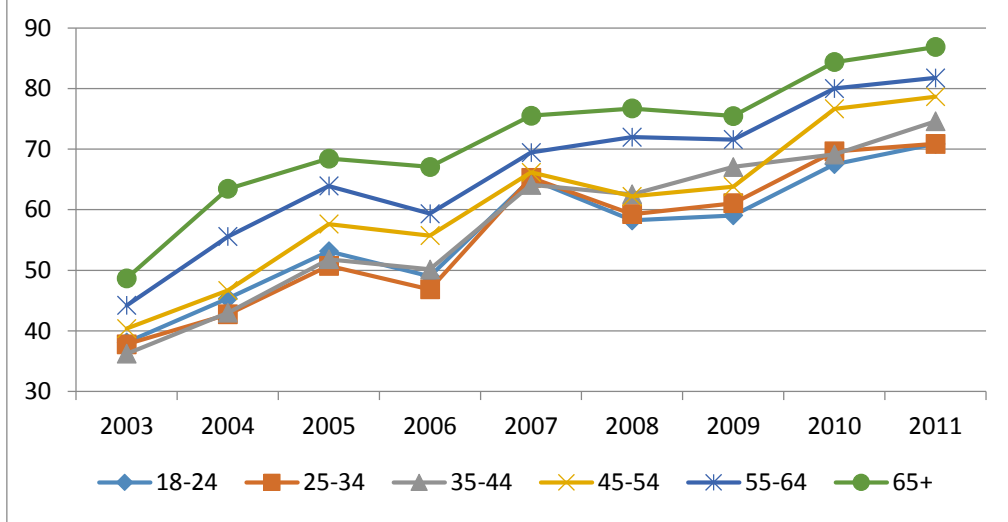
Sülkü, Seher N. (2011). *Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. T.C. Maliye Bakanlığı Yayın No: 2011/414. Ankara. <http://www.sgb.gov.tr/Yaynlar/Kitap%20414.pdf>

OECD (2012). OECD Health Data 2012 - Frequently Requested Data

<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>

kamudaki uzman doktorların büyük çoğunluğu öğlene kadar kamuda mesai yapıyordu). Tüm bu harcamalar sonucunda sağlık hizmetlerine erişimin önemli ölçüde arttı, sağlıkla ilgili göstergeler (bebek ölümleri, doğumda beklenen yaşam süresi vs.) ve sonuçlar TÜİK'in yaptığı memnuniyet anketlerinde görülmektedir.

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet



TUIK, 2012. Yaşam Memnuniyet Araştırması verilerinden yazarlar tarafından hazırlanmıştır.