

TASAV BEYİN FIRTINASI TOPLANTILARI SAĞLIK SEKTÖRÜ ÇALIŞMA GRUBU

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ: GELİŞMELER, SORUNLAR VE POLİTİKA ÖNERİLERİ

Rapor No. 18 // 16 Mayıs 2015

Raportör:
Dr. Bekir TÜRKMEN

İÇİNDEKİLER

SUNUŞ	i
GİRİŞ	1
1. SAĞLIK HAKKI VE YASAL ARKAPLAN	2
1.1. Uluslararası Belgelerde Sağlık Hakkı	2
1.2. Ulusal Düzenlemelerde Sağlık Hakkı.....	3
2. SAĞLIK VE KALKINMA	4
3. KÜRESEL EĞİLİMLER	5
3.1. Nüfus, Yaşlanma ve Hastalık Yüğü	5
3.2. Artan Sağlık Harcamaları	6
3.3. Sağlık Altyapısı.....	6
4. TÜRKİYE'DE YAŞANAN GELİŞMELER	7
4.1. Temel Eğilimler	7
4.2. IX. Plan Dönemi (2007-2013) Değerlendirilmesi	8
5. SAĞLIK ALANINDA TEMEL SORUNLAR VE ÖNERİLER	10
5.1. Temel Sorunlar	10
5.2. Öneriler.....	11
Sağlık Bakanlığının Rolü	12
Sağlık Harcamaları.....	12
Sevk Zinciri.....	12
İlaç Tüketimi.....	13
Koruyucu Sağlık.....	13
Sağlık Endüstrilerinde Yerli Üretimin Teşvik Edilmesi	13
KAYNAKÇA	14

SUNUŞ

Türk Akademisi Siyasi Sosyal Stratejik Araştırmalar Vakfı (TASAV), Türkiye'nin içinde bulunduğu sorunların tespiti ve bunlara yönelik alternatif çözümler oluşturulması amacıyla başlattığı "Beyin Fırtınası" toplantılarına devam etmektedir. Bu kapsamda, TASAV tarafından daha önce yapılan çalıştaylarda ortaya konulan öncelikler de dikkate alınmak suretiyle tüm siyasî, sosyal, ekonomik ve stratejik alan ve konular değerlendirmeye tâbi tutulmaktadır.

Küresel ve bölgesel gelişmelerin Türkiye jeopolitiğini yakından ilgilendirdiği bir süreçte, iç ve dış sorunların doğru teşhis edilmesi kuşkusuz doğru stratejilerin ve politikaların uygulamaya konulabilmesi bakımından önem arz etmektedir.

Siyasi, ekonomik ve sosyal alanlarda gittikçe büyüme, genişleme, yayılma ve bir kısmı da kangren olma istidâdı gösteren kimi sorunlar, aynı bakış açısıyla ve geniş bir vizyonla ele alınmayı beklemekte, bütüncül ve kuşatıcı bir anlayışla değerlendirilmeye ihtiyaç duymaktadır.

Siyasî alanda yürütülecek kuşatıcı reform hamlelerinin yanında, ekonomik ve sosyal alanlarda da önemli reformların yapılması, Türkiye'nin hedeflediği sıçramayı yapabilmesi için elzemdir. Bu düşüncelerden hareketle TASAV tarafından gerçekleştirilecek akademisyen ve uzmanların katılacağı bir dizi beyin fırtınası toplantısı ile Türkiye'nin "iyi yönetilen" bir ülke olabilmesine bilimsel katkı sağlanması hedeflenmektedir.

Çalışmalar; yeni gelişmeleri, konunun evrensel boyutlarını, Türkiye'deki durumu, sorunları, eksiklik ve aksaklıkları değerlendiren; alternatif çözümlerin geliştirilmesini ve yeni politika önerilerini ihtiva eden; tüm meseleleri stratejik bakış açısı ile inceleyen ve diğer konularla bütünleşik olarak ele alan bir çerçevede yürütülmektedir.

Dr. Bekir Türkmen tarafından kaleme alınan bu rapor; sağlık sektörüne ilişkin küresel seviyede ve Türkiye'de yaşanan gelişmeleri inceledikten sonra sağlık alanında Türkiye'nin karşı karşıya olduğu sorunları ortaya koymakta ve bu sorunların çözümüne yönelik politika önerileri sunmaktadır.

Bu vesileyle, sağlık sektörü konulu beyin fırtınası çalıştayımıza katılan bilim insanlarına, araştırmacılara ve uzmanlara teşekkür eder, çalışmaların neticesinde ortaya çıkardığımız objektif veri ve politika önerilerinin ilgililere ve karar alıcılara yararlı olmasını temenni ederim.

Saygılarımla,

İsmail Faruk AKSU
TASAV BAŞKANI

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ: GELİŞMELER, SORUNLAR VE POLİTİKA ÖNERİLERİ

Dr. Bekir TÜRKMEN

GİRİŞ

Sağlık geleneksel olarak herhangi bir hastalık veya sakatlık hâlinin olmaması şeklinde tanımlanmaktadır. Son dönemdeyse, toplumların refah seviyelerinin yükselmesi, artan gelir ve eğitim seviyeleriyle beraber artan sağlıklı yaşam bilinci gibi yaşanan gelişmeler neticesinde günümüzde sağlık kavramı çok daha kapsamlı bir şekilde ele alınmaktadır. Yeni çerçeveye göre sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve diğer pek çok uluslararası sağlık politika tasarımından sorumlu kuruluş tarafından artık “yalnızca hastalığa da sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik durumu” olarak tanımlanmaktadır.¹ Tanım, sağlık politikalarındaki öncelikler setinin yıllar itibarıyla değişim hakkında da açıklayıcıdır. Bu değişimleri kabaca aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür:

- Hastalık ve sakatlık ile gelişen bir tedavi sürecinin yerine, koruyucu, önleyici sağlığın geliştirilmesi,
- Erken teşhis ve tedavi yöntemleri ile kişilerin yaşam sürelerinin ve kalitelerinin artırılması,
- Hastalık odaklı bir yaklaşımdan hasta odaklı bir yaklaşıma geçilmesi,
- Ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâline yapılan vurguyla beraber, sağlık çok sektörlü olarak ele alınması, diğer sektörel politikaların odağında sağlığın giderek daha fazla yer bulması

Sağlığın diğer iktisadî ve sosyal sektörlerle yakın ilişkisinin somutlaşması ekonomik ve sosyal kalkınma ile sağlık arasındaki ilişkinin tahmin edilegelenen daha güçlü olduğunu ortaya koymaktadır.

Önceleri belirli bir ekonomik gelişmişlik seviyesini yakalamanın sağlık üzerindeki olumlu etkileri ön plana çıkarken veya bir başka ifadeyle nedensellik ilişkisinin kalkınmadan sağlığa doğru olduğu düşünülürken artık kalkınma ve daha iyi sağlığın birbirini karşılıklı olarak pozitif etkilediği ortaya konmaktadır.

Konuyu çok dağıtmadan kısa bir örnek vermek gerekirse; refah seviyesini ölçmek için uzunca bir süredir ülkelerin toplam millî gelir ve kişi başına gelir seviyeleri kullanılmaktaydı. Ancak GSYH'nın açıklama gücüne ilişkin eleştirilerin artmasıyla

¹ WHO, *Investing in Health for Economic Development*, 2004. <http://www.who.int/macrohealth/action/sintesis15novingles.pdf?ua=1>

beraber en azından eğitim ve sağlık gibi temel haklarla ilgili kişisel ve toplumsal ilerlemeleri de hesaplama katan ve bunu bir endeks marifetiyle yapmaya çalışan HDI (*Human Development Index* - İGE: İnsani Gelişmişlik Endeksi) giderek artan oranlarda kullanılmaya başlanmıştır.² Bu endeks, insanî gelişmeyi ölçebilmek için eğitim, sağlık ve gelirden oluşan üç temel boyutun olduğunu varsayar. Endeks, bu üç boyutu ölçmek için:

- Sağlığı ölçmek için “doğumda hayatta kalma beklentisi”ni (*Life expectancy at birth*)
- Eğitimi ölçmek için ortalama eğitim yılı ve beklenen okullaşma yıllarını
- Geliri ölçmek için ise “Gayri Safi Milli Hasıla”yı (GSMH) kullanmaktadır.

Sağlığın tanımında, sağlık hizmetinin kapsamında yaşanan gelişmeye uyumlu bir şekilde son yıllarda sağlık hizmeti sunulan veya bu hizmetlerden yararlanan kesimlerin sayısının artırılması da uluslararası ve ulusal sağlık politika dokümanlarında öncelik haline gelmiştir. Bu çerçevede Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (*World Health Organization-WHO*) herkes için sağlık (*health for all*) kavramını ön plana çıkarmıştır.³

Herkes için sağlık; sağlıklı olmanın önündeki tüm engellerin ortadan kaldırılması, sağlıklı hayat biçimleri hakkında farkındalığın artırılması, sağlığın çevresel boyutlarının dikkate alınması, kişilerin hastalık ve sakatlıklardan korunması ve en iyi bakım-tedavi imkânlarının sunumunu içerir. Benzer şekilde 18-25 Mayıs 2014 tarihleri arasında Cenevre’de düzenlenen 67. Dünya Sağlık Asamblesinde de Evrensel Sağlık Kapsamı (*Universal Health Coverage-UHC*) öncelikli olarak ele alınan konulardan birisi olmuştur.

Kapsayıcılıkla beraber ve ilgili olarak sağlıkta eşitlik, hakkaniyet, sosyal adalet dayanışma gibi kavramlar giderek son dönemde sağlıkla ilgili politika tasarım süreçlerinde ön plana çıkmaktadır.

1. SAĞLIK HAKKI VE YASAL ARKAPLAN

1.1. Uluslararası belgelerde sağlık hakkı

1948’de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25. maddesi, en temel hak olan yaşam hakkı çerçevesinde “sağlık hakkı” kavramına 1. ve 2. maddelerinde yer vermiştir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin devamı mahiyetindeki “Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi” de 12. maddesinde sağlık hakkını tanımlamıştır.

1965’te yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartı’nda ise, 11. maddede "Sağlığın Korunması Hakkı" başlığı altında şu şekilde bir düzenleme getirmiştir:

² UNDP, *Human Development Index*, <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>

³ WHO, *World Health Report*, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf

"Akit Taraflar sađlđın korunması hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere, ya doğrudan veya kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde, diğer önlemlerin yanı sıra,

1. Sađlđın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak;
2. Sađlđı geliştirmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluğu artırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamak;
3. Salgın hastalıklarla yerleşik mevzii ve başka hastalıklar olabildiğince önlemek; üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı taahhüt ederler."

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi'nde ise 35. maddede ve "Sağlık Hizmetleri" başlığı altındaki düzenleme ise şöyledir:⁴

Herkes, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir.

Bütün Birlik politikaları ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında yüksek düzeyde bir insan sađlđı koruması sağlanmalıdır.

1.2. Ulusal Düzenlemelerde Sağlık Hakkı

Sağlık hakkı kavramı uluslararası hukuka uyumlu bir şekilde Türk hukukunda da düzenlenmiş, 1961 ve 1982 Anayasaları bu hakka ilişkin düzenlemeler içermiştir. Sağlık hakkı, 1961 Anayasası'nın 49. maddesinde "Devlet, herkesin beden ve ruh sađlđı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir" şeklinde ifade edilmektedir. 1982 Anayasasının 56. maddesinde sağlık:

"Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sađlđını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sađlđı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçeğeştirmek 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."

şeklinde kapsamaktadır.⁵

Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, bir ekonomik ve sosyal haktır. Bu yönüyle kamuya ya da Anayasa'da geçen biçimiyle devlete belli yükümlülükler öngörür.

⁴ İbrahim Kaboğlu, "Anayasada Sosyal Haklar: Alanı ve Sınırları", 2010, <http://www.sosyalhaklar.net/2010/bildiri/kaboglu.pdf>

⁵ Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf

Devlet bu ödevleri altına imza attığı "Ekonomik, Sosyal, Kültürel Haklar Sözleşmesi"nin de bir gereği olarak yerine getirme, herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması için gerekli tedbirleri alma ve kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak durumundadır. Bu Sözleşme'ye Taraf Devletler, herkesin, ulaşılabilecek en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkını kabul ederler.⁶ Bu yaklaşımı başta anayasal denetim organı olan Anayasa Mahkemesi kararları başta olmak üzere çeşitli mevzuatta da ortaya konulmuştur. Anayasa Mahkemesi'nin çeşitli kararlarında sağlık hakkına değinmiştir.

2. SAĞLIK VE KALKINMA

Sürdürülebilir bir ekonomik ve sosyal kalkınmanın en temel gereklerinden birisi toplumların sahip oldukları nitelikli beşerî sermaye seviyeleridir. Sağlık ise eğitim ile beraber beşeri sermaye oluşumunda en önemli unsurlardandır. Ekonomik kalkınma ise kişilerin ve toplumların refah seviyeleri ile yaşam kalitelerinin dolayısıyla bireylerin kaliteli yaşam yıllarını arttırmayı hedefler. Daha uzun hayatta kalma beklentisi ve daha sağlıklı yıllar, işgücünün verimliliğini ve fiziki ve sosyal sermayeye yatırım esnekliklerini artırır.

Sağlık ve ekonomik büyüme arasında farklı yönlü ve derecede nedensellik ilişkilerinden söz edilebilir. Özet olarak daha iyi sağlık seviyesinin ekonomik büyümeyi üç temel kanaldan artırdığını söyleyebiliriz:

- Daha çok kişinin daha uzun süre çalışma hayatına katılımı, geç emeklilik gibi yollarla işgücü arzında artış,
- Daha iyi sağlık durumu beşeri sermayeyi artırır. (Örneğin, sağlıksız çocukların okula devam düşüklüğü) sağlıklı insanlar için, daha uzun yaşam beklentisi ile eğitime yatırım için teşvikleri vardır.
- Sağlıklı kişiler teknolojik ve organizasyonel değişimlere daha kolay adapte olarak verimlilik artışlarına yol açar.

Sağlığın ekonomik kalkınma üzerindeki olumlu etkisini sayısal olarak ifade etmek gerekirse; DSÖ verilerine göre, doğuştan hayatta kalma beklentisinde %10'luk bir artış -diğer faktörler sabit kaldığında- GSYH'de yıllık %0,3-%0,4 arasında bir artışa neden olmaktadır. Bu oran gelişmekte olan ülkeler için, gelişmiş ülkelere kıyasla biraz daha yüksektir.⁷

Sağlık politikalarının ekonomik ve sosyal kalkınma süreçlerinde, bireylerin yaşam kalitelerinde oynadıkları ve oynayabilecekleri rol, sağlık hizmet sunumunun kalitesi ile yakından ilişkilidir. Bir başka ifadeyle sağlığa ayrılan kaynakların verimli kullanımı, ayrılan kaynakların sayısal büyüklüğünden çok daha fazla önem arz etmektedir. Örnek vermek gerekirse; İsveç, 2011 yılı itibarıyla toplam GSYH

⁶ TBMM, "Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'nin Onaylanması Hakkında Karar", <http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/83-93.pdf>

⁷ WHO, 2004.

harcamalarının % 9.3'ünü sağlığa ayırmaktayken ABD GSYH'nın % 17.7'sini sağlığa ayırmaktadır. Diğer İskandinav ülkeleri içinde geçerli olduğu gibi İsveç sağlık sistemi pek çok açıdan Amerikan sağlık sisteminden çok daha etkindir.⁸

3. KÜRESEL EĞİLİMLER

3.1. Nüfus, Yaşlanma ve Hastalık Yükü

2011 yılı itibarıyla, 7 milyar kişiye yükselen dünya nüfusunun, UNFPA tahminlerine göre 2050'de 9,3 milyara yükselmesi beklenmektedir. Dünya nüfusundaki bu 2,3 milyar kişi artışın bir milyarı Asya kıtası, diğer bir milyardının ise Afrika kıtası kaynaklı olacağı tahmin edilmektedir. Küresel nüfus artarken özellikle gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanması daha da belirginleşmektedir. BM nüfus verilerine göre 1950 itibarıyla 23.5 olan medyan yaş 2010'da 28.5'a yükselmiştir. Küresel yaşlı bağımlılık oranı (65 yaş ve üstü nüfusun 15 -64 yaş arası nüfusa oranı) da benzer şekilde 1950'de 8.4 iken 2010'da 11.7'ye yükselmiştir.⁹

OECD ülkelerinde ortalama yaşam beklentisi, 1970 yılına kıyasla on yıl artışla 2011 yılında 80 yaşını aşmıştır. Bu eğilimin önümüzdeki dönemde yavaşlayacağına dair gösterge bulunmamakta olup, İsviçre, Japonya, İtalya'da doğanlar en uzun yaşam beklentisine sahiplerdir. Ülkemizdeki ortalama yaşam beklentisi, 1970'den bu yana düzenli ve hızlı bir artış göstererek, 2011 yılı itibarıyla 74.6'ya ulaşmıştır.¹⁰

Etkili ilaçların üretimi, tanı, teşhis ve tedavi işlemlerinin başarısı artan bilinç düzeyi gibi pek çok faktörlerle geçtiğimiz yıllarda dünya üzerinde insanların yaşam kalitesi ve sürelerinde önemli artış yaşanmıştır. Geliştirilen yeni ilaç ve tedavi yöntemleri ile birçok kronik hastalığın etkileri kontrol altına alınmış böylelikle; 1960'dan bugüne kalp krizi sonucu ölümler %50 azalmış, 1980'den bugüne, yeni ilaç ve tedavilerin sayesinde ABD'de kanser hastalarının yaşam süresi %83 oranında ve yaklaşık 3 sene uzamıştır.¹¹

Diğer bir yandan, yaşlanma ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda yaşanan gelişmelerin de etkisi ile hastalık yükü içerisinde bulaşıcı olmayan hastalıkları oranı artmaktadır. DSÖ tarafından hazırlanmış olan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla Mücadele Eylem Planında yer alan bulgulara göre;¹²

- 2008'deki toplam 57 milyon ölüm vakasının %63'ü, bulaşıcı olmayan hastalıklar kaynaklıdır,

⁸ OECD, *Health at a Glance 2013*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

⁹ UN DESA, <http://www.un.org/en/development/desa/population/>

¹² OECD, 2013.

¹¹ Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD), *Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu*, Ağustos 2012, http://www.aifd.org.tr/yeni-ilac-ve-ar-ge/2023_Vizyon_Raporu.aspx

¹² WHO, *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2030*, 2013, http://www.who.int/nmh/events/2013/revised_draft_ncd_action_plan.pdf

- Bunların %48'i kardiyovasküler hastalıklar, %21'i kanser, %12'si kronik solunum yolu hastalıkları ve %3.5'i diyabet kaynaklıdır.

Eğer bugünkü durum devam ederse 2030'da bulaşıcı olmayan hastalıklar kaynaklı ölüm sayısı 55 milyona çıkacaktır. Yaşlanma dolayısıyla hastalıkların görülme sıklığı, hastanelerde kalış süreleri ve hastalık yükünün değişmesi, verilen sağlık hizmetlerinin yapısı, organizasyonu ve finansmanı hususunda yeniden yapılanma anlamında önemli ihtiyaçları açığa çıkarmaktadır. Bu kronik hastalıklar, eğer tütün kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği, zararlı alkol tüketimi, sağlıksız diyet gibi dört önemli risk faktörü dikkate alınırsa önemli ölçüde önlenbilir ve/veya kontrol altına alınabilir.¹³

3.2. Artan Sağlık Harcamaları

Küresel ekonomide yaşanan büyümeye paralel olarak vatandaşların gelir seviyelerindeki artışlar, hem daha fazla kişinin sağlık hizmeti talep etmesini hem de vatandaşların kullanılabilir gelir artışlarının bir kısmıyla daha nitelikli sağlık hizmeti taleplerini beraberinde getirmektedir.

Bu talep artışı sağlık harcamalarında artışa yol açmaktadır. OECD ülkeleri, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, ortalama olarak GSYH'nın %9.3'ünü sağlık harcamalarına ayırmaktadır. Bu oran ABD'de % 17,7 seviyelerine çıkarken ülkemiz için % 6.1 seviyesindedir.¹⁴

2000-2011 döneminde kamu sağlık harcamaları OECD ülkelerinde yıllık ortalama % 4.1 seviyesinde artmıştır. Ülkemiz için ise artış seviyesi OECD ortalamasının iki katının da üstünde, yıllık % 9.1 seviyesindedir.

OECD ülkelerinde ortalama olarak sağlık harcamalarının dörtte üçü kamu kaynakları tarafından finanse edilmektedir.¹⁵ Kamunun sağlığın finansmanındaki ağırlıklı payı son ekonomik kriz sebebiyle ülkeleri olumsuz etkilemiştir.

Sağlık harcamaları ülkelere göre dikkate değer farklılıklar göstermekle birlikte, 2009-2011 yılları arasında OECD ülkelerinin üçte birinde, özellikle ekonomik krizden en çok etkilenen ülkelerde düşüş göstermiştir. Avrupa dışındaki ülkelerde, özellikle İsrail, Japonya ve Kore'de sağlık harcamaları artmaya devam etmiştir.¹⁶

3.3. Sağlık Altyapısı

2000 yılından bu yana, OECD ülkelerinin çoğundaki doktor sayısı hem sayısal olarak, hem de kişi başı olarak artış göstermiştir. Bununla birlikte, Estonya ve

¹³ WHO, 2013

¹⁴ OECD, 2013.

¹⁵ Morgan, D. and R. Astolfi (2013), "Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?", *OECD Health Working Papers*, No. 60, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k4dd1st95xv-en>

¹⁶ OECD, 2013.

Fransa'da kişi başına düşen doktor sayısı artış kaydetmemiş, İsrail'de ise azalmıştır. Son yıllarda tıp fakülteleri kontenjanlarında yaşanan artışlara rağmen, henüz bu etkinin yeterince görülmemesiyle de birlikte, Türkiye kişi başına hekim oranı en düşük 2. OECD ülkesidir. 2010 yılı itibarıyla 1000 kişi başına 1.7 hekim ile 3.2 olan OECD ortalamasının neredeyse yarısı durumundadır.

Daha da dramatik bir şekilde Türkiye için 1000 kişi başına 1.7 olan hemşire oranı, 8.7 olan OECD ortalamasının %20'si seviyesindedir. Benzer şekilde 2011 itibarıyla 2.5 olan 1000 kişiye düşen hasta yatağı oranı OECD ortalamasının hemen hemen yarısı (4.8) seviyelerindedir.¹⁷

Sağlık sektörünün diğer iktisadi ve sosyal sektörlerden temel bir diğer farkı da, sektörün ihtiyaç duyduğu ve duyacağı insangücünün yetiştirilmesi için sayısal insangücü planlamasının pek çok ülke tarafından benimsenmiş olmasıdır. Sağlık çalışanlarının sektöre kazandırılması için uzun bir eğitim dönemine ihtiyaç duyulması, sağlık alanında eğitimin diğer branşlara kıyasla daha maliyetli olması ve sağlık alanındaki fazla işgücünün diğer sektörlerde kaydırılmasındaki zorluklar gibi sebeplerle bu alanda nüfus başına sağlık çalışanı gibi oranlar kullanılarak tıp fakültelerinin ve sağlık çalışanı yetiştiren eğitim kurumlarının öğretim kontenjanları belirlenebilmektedir.

4. TÜRKİYE'DE YAŞANAN GELİŞMELER

4.1. Temel Eğilimler

Ülkemizde yaşanan hızlı demografik dönüşüm nedeniyle nüfusumuz hızla yaşlanmaktadır. 1950 yılı itibarıyla toplam nüfusun sadece yüzde 3,3'ü olan 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 2011 yılı itibarıyla yüzde 7,0'a yükselmiştir. Bu oran 2023 yılı itibarıyla toplam nüfusun yüzde 9,3'üne yükselecektir. Toplam nüfusun ve toplam nüfus içerisindeki yaşlı nüfusun (yaşlı bağımlılık oranı) artışı ile beraber sağlık ve sosyal güvenlik harcamaları önümüzdeki dönemde artarak devam edecektir.

Ülkemizde son dönemde altyapıda yaşanan gelişmelerle birlikte, temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler kaydedilmiştir. Bebek ölüm oranı, yıllar itibarıyla önemli düzeyde düşüş göstererek 2011 yılında bin canlı doğumda 7,7'ye gerilemiştir. Bebek ölüm oranı 2009 yılında OECD ülkelerinde binde 4,4; AB-27 ülkelerinde ise binde 4,2'dir. Anne ölüm oranında da kayda değer bir düşüş görülmektedir. 2006 yılında 28,5 olan anne ölüm oranı 2011 yılında 15,5'e gerilemiştir.

Eğitimli sağlık personeli tarafından yapılan doğumların oranının ve doğum öncesi bakım oranlarının artması, gelir seviyesinin ve annelerin eğitim düzeyinin

¹⁷ OECD, *Health Systems, Turkey Briefing Note*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-TURKEY-2013.pdf>

yükselmesi, artan sağlık hizmeti bebek ve anne ölüm oranların düşmesinde etkili olmuştur. Kırsaldaki ölüm oranları kentsele göre, doğu ve güney bölgelerdeki ölüm oranları ise diğer bölgelere göre daha yüksektir. Doğuşta beklenen yaşam süresi ise 2006 yılında 73,2 yıl iken 2011 yılında 75,5 yıla yükselmiştir.¹⁸

2007'den itibaren sağlık personeli yetiştiren yükseköğretim kurumlarının kontenjanlarında artış sağlanmakla beraber, başta hemşireler olmak üzere sağlık personeli sayısı henüz yeterli düzeye ulaşmamıştır. 2007 yılında 4.700 olan tıp fakültelerinin kontenjanı 2011 yılında dokuz bine yükseltilmiştir. Aynı dönemde hemşirelik bölümlerinin toplam kontenjanı ise 5.600 seviyelerinden 11.500'e kadar artırılmış olmasına rağmen yukarıda yer alan kıyaslamalardan görüldüğü üzere henüz OECD ortalamalarının oldukça gerisindedir.¹⁹

Sağlık hizmet altyapısında son yıllarda özellikle yatak kapasitesi açısından iyileşmeler görülmekle beraber, kapasitenin bölgeler arası dağılım sorunu devam etmektedir. 2006-2011 döneminde yatak kapasitesinde yüzde 17,7 oranında artış olmuştur. 2011 yılı itibarıyla toplam yatak kapasitesinin yüzde 57,6'sı Sağlık Bakanlığına, yüzde 16,5'i üniversitelere, yüzde 15'i özel sektöre ve yüzde 10,8'i MSB'ye ve diğer kamu kurumlarına aittir.²⁰

Sağlık beşerî ve fizikî altyapısındaki genişleme kamu tarafından sağlık harcamalarında artışı da beraberinde getirmiş ve 2007 yılında yüzde 4 olan kamu sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı 2011 yılında yüzde 4,5 olarak gerçekleşmiştir. Söz konusu oran AB-27 ülkelerinde yüzde 8,5, OECD ülkelerinde yüzde 6,4'tür.

4.2. IX. Plan Dönemi (2007-2013) Değerlendirilmesi

Sağlık sektörü ülkemizde de 1990'lı yıllardan itibaren öncelikli bir sektör olarak ele alınmış ve bu öncelik kamu politika dökümanlarında, hükümet belgelerinde ve partilerin seçim beyannamelerinde kendisine yer bulmuştur. 9. ve 10. Kalkınma Planlarında güçlü beşeri sermayenin güçlendirilmesi vurgusu kapsamınca Sağlık sektörü detaylı ve öncelikli olarak ele alınmıştır. Aşağıdaki bölümde IX. Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık bölümünde yer alan politika öncelikleri sıralanmaktadır.

9. Kalkınma Planında Sağlık Sektörü

Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacı karşılanacak ve ülke genelindeki dağılımları dengelenecektir. Erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortası sistemi hayata geçirilecektir.

Sağlık personeli açığının giderilmesi için eğitim programlarının kontenjanları artırılabacaktır. Sağlık eğitiminin kalitesi, öğrencilerin temel sağlık hizmetlerine yönelik

¹⁸ Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllıkları, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2952/istatistik-yilliklari.html> 2007,2012,2013,2014 Yılı Programları www.kalkinma.gov.tr

¹⁹ Yükseköğrenim İstatistikleri, YÖK resmi web sitesi. www.yok.gov.tr

²⁰ Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllıkları, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2952/istatistik-yilliklari.html>

becerilerini artıracak şekilde geliştirilecek, ülke gereksinimlerine ve uluslararası standartlara uygun bir yapıya kavuşturulacaktır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının niteliğinin iyileştirilmesi amacıyla hizmet içi eğitimler artırılabacaktır.

Hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturulacak, tıptaki kötü uygulamaları önlemeye yönelik hukuki düzenlemeler yapılacaktır. Ayrıca, vatandaşların ve sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilinçlendirilmesi sağlanacak ve sağlık kuruluşlarında hasta haklarına ilişkin birimler kurularak uygulamalar yaygınlaştırılacaktır.

Başta birinci basamak hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesi altyapı ve personelin niteliğinin geliştirilmesi ile artırılabacaktır. 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği hizmet modeli tüm illere yaygınlaştırılacaktır.

Daha verimli işletilmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla, hastaneler idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilecektir.

Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartlar belirlenecek, sağlık birimlerinin akreditasyonu için gerekli sistem oluşturulacaktır.

Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilecektir.

Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımlar teşvik edilecektir.

Önleme tedaviden önce gelir ilkesine uyarak kaynakların tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olmak üzere önlenemez hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecektir.

Sevki zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacak ve sağlık harcamalarının kontrolü sağlanacaktır.

İlacın akılcı kullanımının sağlanması için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacaktır. İlaç ve tıbbi cihazların kalitesini, kullanımını ve bunlara yönelik harcamaların etkinliğini kontrol edecek mekanizmalar oluşturulacaktır.

Uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulacaktır.

9. Plan döneminde sağlık alanında özellikle sağlığa erişim ve sağlık altyapısı alanlarında çeşitli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu çerçevede:

- Tüm yurttaki Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiş,
- Aşı programı kapsamı genişletilmiş,
- Hastane ve yatak sayıları önemli ölçüde arttırılmış,
- Tıp fakültelerinin kontenjanlarında iyileşmeler sağlanmış, hekim ve hemşire sayısında iyileşmeler sağlanmış,
- Tıpta Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası hayata geçirilmiş, hastanelerde hasta hakları birimi kurulmuş,
- 2 Kasım 2011 tarihli ve 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı Teşkilatı yeniden düzenlenmiştir. Bu kapsamda Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur.
- 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur.

- İlaçların her biriminin izlenmesi amacıyla İlaç Takip Sistemi (İTS) kurulmuştur.

Ancak bu gelişmelere rağmen sağlık hizmetlerine dengeli ve hakkaniyetli bir şekilde erişim, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlığa harcanan kaynakların rasyonel kullanımı gibi sağlık hizmeti ile ilgili en önemli alanlarda ilerlemeler kısıtlı kalmıştır.

İlaçta uygulanan bütçe tavanı uygulamasıyla birlikte ilaç harcamaları sabit bir patikaya çekilmiş olmakla birlikte ilaç tüketimi son yıllarda önemli ölçüde artmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu verilerine göre, 2008 yılında 10.7 Milyar TL olan ilaç harcamaları 2012 yılı itibarıyla 14.3 Milyar TL'ye ulaşmıştır. Benzer şekilde tedavi harcamaları da aynı dönemde 13.9 Milyar TL'den 29.2 Milyar TL düzeyine çıkmıştır. SGK tarafından finanse edilen toplam sağlık harcamaları bu dönemde 25.3 Milyar TL'den 44.1 Milyar TL seviyesine ulaşmıştır.²¹

İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) verilerine göre ilaç pazarı 2005 de 1.28 milyar kutu düzeyinde iken 2013 yılında 1.78 milyar kutuya yükselmiştir. 2013 yılında toplam satış miktarı ise 15.4 Milyar TL düzeyindedir.²²

Türkiye ilaç pazarında antibiyotikler; değer bazında en çok harcama yapılan ürün grubudur. Antibiyotik oranında yıllar itibarı ile azalma, gözlemlenirken onkoloji ilaçları ile sahip solunum sistemi ilaçları oranında ise artış eğilimi gözlenmektedir.

Yine İEİS verilerine göre ilaç sektöründe üretim ve tüketim hızla yurt dışına, ithal ürünlere doğru kaymaktadır. 2013 yılı itibarıyla ithal ürünler toplam tüketimin %23'ü iken(kutu bazında), değer bazında toplamın %50,6'sını oluşturmaktadır. Yine 2013 itibarıyla, 818 Milyon \$ seviyesinde ilaç ihracatı olurken, ilaç ithalatı ise bunun beş katından fazla 4.5 Milyar \$ seviyesindedir.

Özet itibarıyla özellikle ilaç ve tedavi harcamaları kaynaklı bir şekilde sağlık harcamaları ülkemizde son yıllarda ciddi biçimde artmaktadır. Bu artışın kişilerin sağlık durumlarına olumlu etkisinin ne kadar olduğunun sayısal çalışmalarla ortaya konması önemli ve gerekli görülmektedir. Sunulan sağlık hizmetinin bu hizmete duyulan ihtiyaç ile ilişkisinin yeterince kurulmamış olması, sağlık alanında ki bilgi asimetrisi kaynaklı problemlerle birleştiğinde, kısıtlı kamu kaynaklarının ne kadar verimli kullanılabildiği sorusunu akıllara getirmektedir.

5. SAĞLIK ALANINDA TEMEL SORUNLAR VE ÖNERİLER

5.1. Temel Sorunlar

Yukarıda yer alan değerlendirmeler ve gelişmeler ışığında sağlık alanındaki temel sorunlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir;

²¹ SGK, *İstatistik Yıllıkları - 2012*, www.sgk.gov.tr

²² İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, "Türkiye İlaç Pazarı-Temel Göstergeler", <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari>

- Sağlık Bakanlığının düzenleme, planlama ve denetlemeye ilişkin rolleri güçlendirilmesi amacıyla çıkarılan 663 sayılı KHK ve yapılan düzenlemeler merkez ve taşrada görev, yetki ve sorumluluk karmaşasını gidermek yerine daha da arttırmıştır. Özellikle taşrada benzer nitelikteki sağlık hizmetlerinin farklı birimler aracılığıyla yürütülmesi merkezi ve mahalli yönetim ilkeleri açısından etkinlik kaybına ve ilave bürokrasiye yol açmaktadır.
- Sağlık insangücü sayısal olarak arttırılmakla birlikte halen 0.93 olan doktor başına hemşire oranı gelişmiş ülkelere kıyasla oldukça düşüktür. Bu ise çok temel sağlık işlemlerinin aksamasına doktor ve hastane altyapısının verimsiz kullanımına neden olmaktadır.
- Aile hekimliği sistemine geçilmiş olmakla birlikte kısmı ve/veya tam bir sevk zinciri sistemine geçilememiş, bu ise hastaların çok basit ayaktan tanı, tedavi işlemleri için de III. Basamak hastanelere (Eğitim –Araştırma 3. Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri) gitmesine neden olmaktadır. Bu ise III. Basamak hastanelerde yığılmalarda acil ve öncelikli hastaların tedavi süreçlerinin aksamasına yol açabilmektedir.
- Hastane ve yatak sayıları artırılmış olmakla birlikte bir veya iki hasta yatağından oluşan odalar olarak adlandırılabilir nitelikli yatak oranı toplam yatakların henüz %50'sine ulaşmamıştır. Ayrıca hasta yataklarının ülke sathında daha dengeli bir dağılımına ihtiyaç duyulmaktadır.
- İlaç tüketimi son on yılda hızla artmış ve kişi başı ilaç tüketiminde Türkiye Avrupanın en önde gelen ülkelerinden birisi haline gelmiştir. Gereksiz ilaç tüketimi sadece ilaç harcamalarını artırmakla kalmayıp, ilaç yan etkileri üzerinden sağlık kaybına da yol açmaktadır. Ayrıca ilaçlara karşı direnç, yoğun kullanım sonucu artmıştır. (Antibiyotik direnci %44'lere kadar çıkmıştır.)²³ DSÖ'nün anti mikrobiyal direncine ilişkin raporunda da belirtildiği üzere, Türkiye, antibiyotiklerin basit hastalıklara karşı etkisiz kaldığı ülkeler arasında dünyada ilk 3'te yer almaktadır.²⁴ Bu eğilim ilaçların tedavi etkisinde hızlı erozyona yol açmaktadır.
- Hemşireler temel olarak halk sağlığında ve klinik hizmetlerde görev alabildiklerinden, hemşire sayısının artırılması uzun vadede sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırıcı ve maliyetleri düşürücü etkiye sahip olacaktır. Halen 0,99 olan doktor başına hemşire oranının artırılması için hemşire kontenjanlarının daha fazla yükseltilmesi önem arz etmektedir.

5.2. Öneriler

Aşağıda yer alan öneriler farklı bileşenlerden oluşmakla birlikte öneriler bir bütün olarak değerlendirildiğinde mevcut yapıdan farklı bir *hizmet sunum modeli* öngörüldüğü belirtilebilir. Bu modelin temel öncelikleri ise şu şekilde sıralanabilir:

²³ WHO, *Antimicrobial Resistance, Global Report on Surveillance*, 2014, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1

²⁴ "Antibiyotik Türkiye'deki bakterilere gazoz gibi", *Vatan*, 02 Mayıs 2014, <http://haber.gazetevatan.com/antibiyotik-turkiyedeki-bakterilere-gazoz-gibi/633268/30/dunya>

- Hizmete erişimin sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı kişi ve bölgelere öncelik verilerek daha dengeli bir hale getirildiği,
- Tedavi odaklı bir yaklaşımdan çok koruyucu, önleyici, sağlıklı yaşam bilincini artırıcı bir yaklaşımın öncelendiği,
- Aile hekimliği sisteminin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilerek kademeli olarak bir sevk zinciri sisteminin kurulduğu,
- Giderek artan ilaç ve tedavi harcamalarının etkinliğinin veri ve kanıta dayalı sağlık politikaları ile geliştirildiği,
- Sağlık alanında ihtiyacı duyulan ilaç ve medikal ekipmanların yurt içinde Ar-Ge ve üretim süreçleri ile tasarlanıp üretildiği entegre bir hizmet sunum modelidir.

Modelin temel bileşenlerinin değerlendirmesi ise şu şekildedir.

Sağlık Bakanlığının rolü

Sağlık hizmet sunumunda paydaşların, özellikle Sağlık Bakanlığının yeri, ağırlığı ve rolü yeniden tanımlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmet sunumunun en önemli aktörü olmaktan çok, temel, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini sunan, sağlığın geliştirilmesi konusunda farkındalığı artıran, tedavi hizmetlerini kısmen sunan ve daha ziyade tedavi hizmetlerinin standartlarının belirleyen bir aktör konumuna bürünmelidir. Sağlık politikalarının belirlenmesi ve uygulanması ile sağlık hizmetinin sunulması, finansmanı, düzenlenmesi ve denetlenmesinden sorumlu yapıların yetki ve sorumlulukları açık bir şekilde tanımlanmalı ve mevcut belirsizlikler ve örtüşen alanlar ortadan kaldırılmalıdır.

Sağlık Harcamaları

Son on yılda Ülkemizde sağlık harcamaları OECD ortalamasındaki artışın iki katından fazla artmıştır. Bunun bir kısmı altyapının ülke sathına yayılması için gerekli olarak değerlendirilebilir ancak bu harcamanın önemli bir kısmının, vatandaşın sağlığı doğrudan olumlu etkilemekten ziyade, gereksiz tedavi ve ilaç kullanımı kaynaklı olduğunu söylemek mümkündür. Bu sebeple, sağlık sigortacılığının, sağlık harcamalarının daha verimli bir çizgiye çekilmesi için daha etkin kullanımı önem arz etmektedir. Gereksiz tetkik, tahlil ve tedavi işlemleri ve bu gereksiz kullanıma yol açan sağlık kuruluşları ve hizmet sunucularının sosyal sigorta kapsam dışına alınması gibi önlemler düşünülebilir. Ayrıca, geri ödeme kapsamında olmayan sağlık hizmetlerinin sağlanması için Tamamlayıcı Sağlık Sigortacılığı teşvik edilmesi, böylelikle tasarrufların artırılması ve gereksiz tüketimin azaltılması önem arz etmektedir.

Sevk Zinciri

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilerek Aile Hekimliği sistemi ve altyapısı geliştirilmeli, geçici bir süre için farklılaştırılmış katkı payı uygulamaları ile gönüllü sevk zinciri daha sonraki yıllar için ise zorunlu sevk zinciri sistemine geçilmesi düşünülmelidir. Sevk zinciri sistemi, hastaneler önündeki gereksiz

yığımları azaltacağı gibi, hekimler tarafından hastalarla daha yakından ilgilenilmesini ve daha sonuç odaklı tedavi süreçlerini beraberinde getirecektir.

İlaç Tüketimi

İlacın akılcı kullanımının sağlanması için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanmalı, ilaç ve tıbbi cihazların kalitesini, kullanımını ve bunlara yönelik harcamaların etkinliğini kontrol edecek mekanizmaların oluşturulması gerekmektedir. Geliştirilmiş olan İlaç Takip Sistemi (İTS) ve Reçete Bilgi Sistemlerinin, hasta, hekim ve sağlık kuruluşlarının ilaç yazma ve ilaç tüketim desenleri hakkında sunacağı sayısal ilişkilere dayalı risk odaklı yaklaşımlar geliştirilmelidir.

Koruyucu Sağlık

Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerin sunulduğu sağlık kuruluşlarının fiziki ve beşeri altyapısı güçlendirilmeli, kaynak tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olmak üzere, önlenabilir hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmelidir. Dünyada ve Türkiye’de ölümlerin en temel sebebi olan bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde düzenli fiziksel aktivite, sigara tüketiminin ve aşırı alkol tüketiminin önlenmesi, düzenli ve dengeli beslenmenin oynadığı merkezi rol düşünüldüğünde başarılı bir koruyucu sağlık uygulamasının toplum sağlığının kalitesinin geliştirilmesinde ve kamu kaynaklarının etkin kullanımındaki önemi daha iyi anlaşılacaktır.

Sağlık Endüstrilerinde Yerli Üretimin Teşvik Edilmesi

Son on yılda ülkemizde sağlık harcamaları OECD ülkelerindeki ortalama artışın iki katından fazla artmıştır. Bu kadar genç nüfus yapısına sahip bir ülkenin sağlık harcamalarında bu denli bir artış eğilimi ilerisi için daha da kaygı vericidir. Sağlık sektörünün en temel girdileri olan ilaç ve tıbbi cihaz çok büyük oranlarda ithal edilmekte ve sağlık sektörü kaynaklı dış ticaret açığı makroekonomik dengeler üzerinde de olumsuz etki bırakmaktadır. Yurt içinde ilaç ve tıbbi cihaz üretimini önceleyen, bunun için uygun Ar-Ge iklimi yaratan, üretim süreçlerinin ihracat, kamu alım politikaları ve üretim teşvikleri ile desteklendiği bütüncül bir ilaç ve tıbbi cihaz stratejisi geliştirilmelidir.

KAYNAKÇA

- “Antibiyotik Türkiye’deki bakterilere gazoz gibi”, *Vatan*, 02 Mayıs 2014, <http://haber.gazetevatan.com/antibiyotik-turkiyedeki-bakterilere-gazoz-gibi/633268/30/dunya>
- Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği, *Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu*, Ağustos 2012, http://www.aifd.org.tr/yeni-ilac-ve-ar-ge/2023_Vizyon_Raporu.aspx
- DPT, 9. Kalkınma Planı, <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/1/plan9.pdf>
- İbrahim Kaboğlu, “Anayasada Sosyal Haklar: Alanı ve Sınırları”, 2010, <http://www.sosyalhaklar.net/2010/bildiri/kaboglu.pdf>
- İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, “Türkiye İlaç Pazarı-Temel Göstergeler”, <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari>
- Morgan, D. and R. Astolfi (2013), “Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?”, *OECD Health Working Papers*, No. 60, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k4dd1st95xv-en>
- OECD, *Health at a Glance 2013*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- OECD, *Health Statistics*, 2013 <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm/>
- OECD, *Health Systems, Turkey briefing note*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-TURKEY-2013.pdf>
- SGK, *İstatistik Yıllıkları*, 2012, www.sgk.gov.tr
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistik Yıllıkları*, http://www.saglik.gov.tr/TR/_belge/1-2952/istatistik-yilliklari.html
- TBMM, *Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'nin Onaylanması Hakkında Karar*, Karar Sayısı: 2003/5923 <http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/83-93.pdf>
- TBMM, *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*, Kanun No.: 2709, Kabul Tarihi: 7.11.1982, http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf
- UN DESA, Population division, <http://www.un.org/en/development/desa/population/>
- WHO, *Antimicrobial Resistance, Global Report on Surveillance*, 2014 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1
- WHO, *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2030*, 2013, http://www.who.int/nmh/events/2013/_revised_draft_ncd_action_plan.pdf
- WHO, *Investing in Health for Economic Development*, 2004. <http://www.who.int/macrohealth/action/sintesis15novingles.pdf?ua=1>
- WHO, *World Health Report*, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf