



T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI

**SAĞLIK İŞLETMECİLİĞİNDE 2002 ÖNCESİ VE SONRASI
YAPILANMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TÜRKİYE
UYGULAMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Aysun TURHAN

DANIŞMAN
PROF. DR. Türkmen DERDİYOK

Ankara, 2015

KABUL VE ONAY

Aysun TURHAN tarafından hazırlanan “Sağlık İşletmeciliğinde 2002 Yılı Öncesi ve Sonrası Yapılanmaların Değerlendirilmesi: Türkiye Uygulaması” başlıklı bu çalışma, 05.02.2015 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

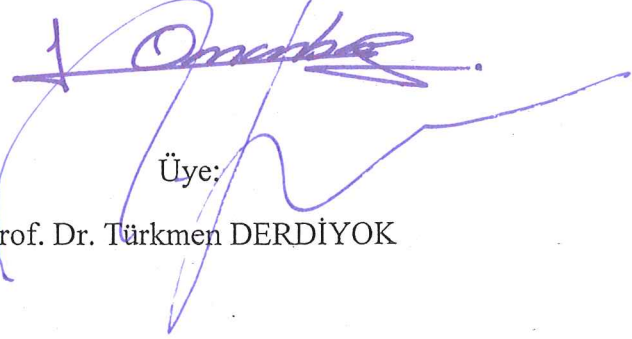
Başkan:

Prof. Dr. Coşkun İKİZLER



Üye:

Prof. Dr. Mehmet TOMANBAY



Üye:

Prof. Dr. Türkmen DERDİYOK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerinin ait olduğunu onaylarım.



Prof. Dr. Mehmet TOMANBAY

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Tezimin sadece Ufuk Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.

05/02/2015

AYSUN TURHAN

TEŞEKKÜR SAYFASI

Tez çalışmam boyunca desteğini eksik etmeyen ve sabır gösteren anne ve babama,

Değerli katkı ve yardımlarını esirgemeyen sevgili Namık Barış İdil'e,

Engin bilgi ve tecrübeleriyle çalışmamın başarı ile sonuçlanmasında bana ışık tutan, değerli katkılarını esirgemeyen, her konuda içtenliği ve samimiyetiyle tezimin sonuçlanması için destek veren, yardım eden saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Türkmen Derdiyok'a,

Yüksek Lisansa başladığım tarihten bu güne kadar çok büyük katkılarını gördüğüm Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde görevli saygıdeğer hocalarıma, niversite sekreterliğine ve yöneticilerine,

En derin teŐekkürlerimi ve Őükranlarımı sunarım.

ÖZET

[TURHAN], AYSUN. [Sağlık İşletmeciliğinde 2002 Öncesi ve Sonrası Yapılanmaların Değerlendirilmesi: Türkiye Uygulaması], [Yüksek Lisans Tezi], [Ankara, 2015].

Sağlık düzeyini iyileştirmek, artan beklentiler, demografik değişimler, teknolojik gelişmeler ve finansal durum gibi çeşitli faktörlerin bileşenlerinden oluşan sağlık reformları, tüm ülkelerde ya tartışılmakta ya da gerçekleştirilmektedir. Türkiye sağlık reformları da bu küresel sağlık reformu eğiliminden izole kalmamıştır. Türkiye’de sağlık reformları 50 yılı aşkın bir süredir, özellikle de son 20 yılda, her yönüyle gündemde olan bir durum arz etmektedir.

Bu anlamda bakıldığında, 1960’ların başlarındaki sağlık reform girişimleri bütünleşmiş bir yapıyı ön plana çıkarırken, Türkiye sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ile ilgili tartışmaların yoğunlaşması ise, ağırlıklı olarak temelde küreselleşme süreci ve liberal politikalarca şekillenen dünya çapındaki sağlık reform rüzgârlarının etkisiyle 1990’lı yılların başlarında olmuştur. 2002 yılından bu yana da reform rüzgârları da etkisini arttırmış Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) şekliyle devam etmektedir.

Bölümler içerisinde ilk olarak sağlık politikalarının tarihsel geçişiyle birlikte yapılanma süreci ortaya konulmaktadır. Daha sonra, SDP’nin Türkiye sağlık sisteminin; yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu, insan kaynakları ve finansman gibi unsurları bağlamındaki yansımaları değerlendirilmekte ve analiz edilmektedir. SDP bütün hatları ile ele alınmış ve Türkiye’de sağlık alanında kaliteli hizmet sunumu, sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması vs. konuları hakkında bilgi verilmiştir.

Yöntem olarak bu çalışma, ikincil kaynaklara ve kaynak taramasına dayalı olarak hazırlanmıştır. Bu anlamda çalışmada kullanılan veriler ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı (SB), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO), Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) istatistiklerine ve OECD istatistiklerine dayanmaktadır.

Türkiye’nin sağlık alanında SDP ile yapılan iyileştirmelerin ve yapılanmaların yeterli olup olmadığını ortaya koyabilmek için mümkün olduğunca Türkiye’nin de üyesi olduğu, OECD ülkeleri ortalamaları ile karşılaştırma yoluna gidilmiştir. Bu karşılaştırma ile Türkiye’deki sağlık işletmeciliğinin, uygulanan sağlık reformlarının sonuçları değerlendirilmiştir. Bu şekilde yapılan iyileştirme ve değişimlerin göreceli karşılaştırması yapılmıştır.

Anahtar Sözcükler:

Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Yapılanmaları, Sağlık Politikaları, Hastane, Sağlık Personeli

ABSTRACT

[TURHAN, Aysun]. [Evaluation of Structuring of Health Management Before and After 2002: Practice in Turkey], [Thesis], Ankara, [2015].

Health reforms that are the composed of various factors such as, improvement of health status, increasing expectations, demographic changes, technological advancements and financial circumstances, are either debated or implemented by all countries. Health reforms in Turkey are also not excluded from this global health reform tendency. Over a 50 years of time period, particularly for the last 20 years, health reforms in Turkey present a situation that remains in agenda with all aspects.

In this sense, although the attempts of health reformations put an integrated structure to forefront during the early 1960's; the concentration of discussions on the restructuring of the healthcare system in Turkey happened during early 1990's, with the winds of health reforms that is shaped mostly by liberal policies and globalization process. Since 2002, the wind of reform has continued its effect increasingly by the name of Health Transformation Program (HTP).

Among chapters, firstly structuring process with the historical developments of healthcare policies are presented. After, the reflections of HTP on Turkey's healthcare system are evaluated and analyzed in the contexts of administration and organization, service presentation, human resources and financing. HTP is considered with all of its aspects; information is given on Turkey's situation in providing quality healthcare service and unification of the healthcare services.

Methodologically, this work is prepared based upon second hand sources and literature search. In this sense, the data in this work is derived from the statistical information gathered from the Ministry of Health, World Health Organization (WHO), Turkish Statistical Institute and OECD.

In order to put forth whether improvements in Turkey's healthcare system with HTP is sufficient or not, comparisons are made with the average statistics of countries of OECD which Turkey is also a member of. With this comparison, the results of the health reforms and the health management in Turkey are evaluated. In this way, improvements and changes have been relatively compared.

Keywords:

Health, Healthcare, HealthInfrastructure, HealthPolitics, Hospital, Healthcare Personnel

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Aysun TURHAN
Doğum Yeri ve Tarihi : Kaman, 19.09.1987

Eğitim Durumu

Lisans Öğretimi : Ufuk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu,
Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans Öğretimi : Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme
Anabilim Dalı, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bilim Dalı
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

İş Deneyimi

Stajlar : -
Çalıştığı Kurumlar : Özel Kurumlar

İletişim Bilgileri

E-Posta adresi : aysunturhan35@gmail.com
GSM : 0555 708 61 54
Tarih : 05.02.2015

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜR SAYFASI

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
ÖZGEÇMİŞ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x

BİRİNCİ BÖLÜM

İŞLETMECİLİK VE SAĞLIK

1.1 İŞLETME VE SAĞLIK İŞLETMECİLİĞİ TANIMI, UYGULAMALARI, YAKLAŞIMLARI VE İŞLETMECİLİK MODELLERİ	1
1.2 İŞLETME, SAĞLIK VE SAĞLIK İŞLETMECİLİĞİNİN TANIMI.....	1
1.2.1 Sağlık Kavramı	1
1.2.2 İşletme Kavramı.....	2
1.2.3 Sağlık İşletmeciliği	4
1.3 SAĞLIĞA İLİŞKİN MODELLER.....	5
1.3.1 Tıbbi Model	6
1.3.2 Holistik Model	7
1.3.3 İyilik Modeli	7
1.3.4 Çevre Modeli	8
1.4 SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ	8

1.4.1	Çevre	9
1.4.2	Davranış (Yaşam Tarzı)	9
1.4.3	Kalıtım (Genetik)	10
1.4.4	Sağlık Bakım Hizmetleri	10
1.5	SAĞLIK HİZMETLERİ	11
1.5.1	Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	13
1.5.2	Sağlık Hizmetlerinin Amacı	13
1.5.3	Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	14
1.5.3.1	Koruyucu Sağlık Hizmetleri	15
1.5.3.2	Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	16
1.5.3.3	Rehabilitasyon Hizmetleri	19
1.5.3.4	Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	19

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE' DE 2002 YILI ÖNCESİ SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1	TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ	21
2.1.1	1920-1938 Dönemi Ve Sağlık Hizmet Yapılanması	21
2.1.2	1938-1960 Dönemi Ve Sağlık Hizmet Yapılanması	24
2.1.3	1961-1980 Dönemi Ve Sağlık Hizmet Yapılanması	26
2.1.4	1980-2002 Dönemi Ve Sağlık Hizmet Yapılanması	27
2.2	SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÜZEYİ	28
2.2.1	Sağlıkta İnsan Gücü Uygulamaları	28
2.2.2	Örgütlenme Ve Fiziki Yapı	32
2.2.3	Finansal Durum Ve Uygulamalar	36
2.2.4	Toplum Sağlığı Düzeyi	38
2.2.5	Genel Değerlendirme	39

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE 2002 YILI SONRASI SAĞLIK HİZMETLERİ

3.1	2002 YILI SONRASI SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	41
3.1.1	Sağlıkta Dönüşüm Programının Oluşmasındaki Temel Göstergeler	42
3.1.2	Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları	45

3.1.3	Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri	46
3.1.4	Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri	47
3.1.5	Sağlıkta Dönüşüm Programı Reformlarının Uygulanması Ve Ortaya Çıkan Sonuçlar	71
3.2	TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMET SİSTEMİ	72
3.2.1	Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi.....	74
3.2.1.1	Sağlık Bakanlığı.....	76
3.2.1.1.1	Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı.....	79
3.2.1.1.2	Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı	81
3.2.2	Sağlıkta Finansal Durum.....	82
3.2.3	Sağlıkta İnsan Gücü	87
3.2.4	Toplum Sağlığı Düzeyi	90
3.2.5	Sağlık Turizmi	93

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA 2002 YILI ÖNCESİ VE SONRASI KARŞILAŞTIRMASI

4.1	2002 YILI ÖNCESİ VE SONRASI SAĞLIKTA İSTATİSTİKSEL DEĞİŞİMLER	94
4.1.1	Sağlıkta İnsan Gücü Durumunda İstatistiksel Değişimler	94
4.1.2	Sağlıkta Finansal Durumda İstatistiksel Değişimler	99
4.1.3	Sağlık Hizmeti Sunan Kurum Ve Kuruluşlardaki İstatistiksel Değişimler	100
4.1.4	Toplum Sağlığı Düzeyindeki İstatistiksel Değişimler	103
4.2	2002 ÖNCESİ VE SONRASI SAĞLIKTA GENEL DURUM DEĞERLENDİRMESİ	106
4.2.1	Türkiye Sağlıkta Genel Durum Değerlendirmesi	106
4.2.2	Türkiye Ve OECD Ülkeleri Sağlık Durum Değerlendirmesi	108
	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	111
	KAYNAKÇA.....	114

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devleti
AÇS	Ana-Çocuk Sağlığı Merkezi
AÇSAP	Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
BAĞ-KUR	Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BİMER	Bakanlık İletişim Merkezi
DBYS	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
KDV	Katma Değer Vergisi
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
MERNİS	Merkezi Nüfus İdare Sistemi
MHRS	Merkezi Hastane Randevu Sistemi
MSB	Milli Savunma Bakanlığı
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü veya İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı
PTT	Posta ve Telgraf Teşkilatı
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SB	Sağlık Bakanlığı

SBN	Sağlıkta Buluşma Noktası
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TC	Türkiye Cumhuriyeti
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TCDD	Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları
Vb.	Ve benzeri
Vd.	Ve diğerleri

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1 1923 Yılında, Cumhuriyet Kurulduğunda Türkiye'deki Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısı.....	23
Tablo 2 Türkiye’de Bir Sağlık Personeline Düşen Kişi Sayısının Yıllara Göre Dağılımı (1930-2000)	30
Tablo 3 Son Yıllarda Türkiye’de Sağlık Personelinin Yıllara Göre Dağılımı (1995-2003).....	30
Tablo 4 Türkiye'de Yataklı Kurum ve 10000 Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısının Yıllara Göre Dağılımı (1923-2005)	33
Tablo 5 Türkiye’de Sağlık Harcamaları (1999-2000)	37
Tablo 6 Türkiye’de Sosyal Sigorta Programlarının Kapsadığı Nüfus.	38
Tablo 7 1927-2005 Yılları İtibariyle Sağlıklı Yaşam Demografik Veriler	39
Tablo 8 İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar	75
Tablo 9 Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı	76
Tablo 10 Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye	77
Tablo 11 Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%).....	87
Tablo 12 Sağlık Personel Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye, (2002, 2013).....	88
Tablo 13 Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2012.	89
Tablo 14 Sağlık Personelinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımı, Sağlık Bakanlığı, 2012.	90
Tablo 15 Genel Demografik Göstergeler, Türkiye.	91

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 Nüfus Piramidi, Toplam, Türkiye, 2000 – 2012	91
Şekil 2 Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, (Yıl), 1990, 2000, 2009, 2011, Türkiye.	92
Şekil 3 Anne Ölüm Oranlarının Uluslararası Karşılaştırması, (Yüz Bin Canlı Doğumda)	92
Şekil 4 Türkiye’de Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı, (Binde)	93
Şekil 5 2002 – 2013 Yılları İtibariyle Sağlık Personel Sayısındaki Durum.....	94
Şekil 6 2002-2013 Yılları İtibariyle Uzman Hekim Sayısındaki Durum.....	95
Şekil 7 2002-2013 Yılları İtibariyle Pratisyen Hekim Sayısındaki Durum	95
Şekil 8 2002-2013 Yılları İtibariyle Asistan Hekim Sayısındaki Durum	95
Şekil 9 2002-2013 Yılları İtibariyle Toplam Hekim Sayısındaki Durum.....	95
Şekil 10 2002 Yılı İtibariyle Hekimler Arasındaki,(%), Oran	96
Şekil 11 2013 Yılı İtibariyle Hekimler Arasındaki,(%), Oran	96
Şekil 12 2002-2013 Yılları İtibariyle Diş Hekimi Sayısındaki Durum.....	96
Şekil 13 2002-2013 Yılları İtibariyle Eczacı Sayısındaki Durum	96
Şekil 14 2002-2013 Yılları İtibariyle Hemşire Sayısındaki Durum.....	97
Şekil 15 2002-2013 Yılları İtibariyle Ebe Sayısındaki Durum	97
Şekil 16 2002-2013 Yılları İtibariyle Diğer Sağlık Personelleri Sayısındaki Durum.....	97
Şekil 17 2002-2013 Yılları İtibariyle Diğer Sağlık Personel ve Hizmet Alımı Sayısındaki Durum	97
Şekil 18 2002 – 2013 Yılları İtibariyle Tüm Personel Sayılarının Toplamındaki Durum	98
Şekil 19 2002 Yılı İtibariyle Toplam Personel Sayıları Arasındaki,(%), Oran.....	98
Şekil 20 2013 Yılı İtibariyle Toplam Personel Sayıları Arasındaki,(%), Oran.....	99
Şekil 21 1999 – 2012 Yılları Arasındaki Özel - Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Değişim Oranları.....	99

Şekil 22 2002 – 2013 Yılları Arasındaki Sağlık Bakanlığı Kurum ve Kuruluş Sayıları	100
Şekil 23 2002 – 2013 Yılları Arasındaki Üniversite Hastane Sayıları.....	100
Şekil 24 2002 – 2013 Yılları Arasındaki Özel Hastane Sayıları.....	101
Şekil 25 2002 – 2013 Yılları Arasındaki SB, Üniversite Hastaneleri, Özel Hastaneleri ve Diğer Sağlık Kurumu Sayılarındaki Değişim Oranları	101
Şekil 26 2002 – 2013 Yılları Arasındaki Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren ve Genel Sağlık Hizmeti Sunan Kurum Sayıları Arasında Karşılaştırma	102
Şekil 27 2002 – 2013 Yılları Arasındaki Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar Arasındaki Değişim Oranları	102
Şekil 28 2002 – 2013 Yılları Arasındaki Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar Arasındaki Değişim Grafiği.....	103
Şekil 29 1990 – 2011 Yılları Arasında Doğumda Beklenen Yaşam Süreleri	103
Şekil 30 2002 – 2011 Yılları Arasında Bebek Ölüm Hızı Grafiği	104
Şekil 31 2002 – 2013 Yılları Arası Anne Ölüm Oranındaki Değişim Grafiği.....	104
Şekil 32 1990 – 2013 Yılları Arası Genel Demografik Göstergelerdeki Değişim Oranları	105
Şekil 33 1990 – 2013 Yılları Arası Genel Demografik Göstergelerdeki Değişim Oranları	105
Şekil 34 2002 Yılı Önce ve Sonrası Türkiye Sağlık Durumu	106
Şekil 35 2002 Yılı Önce ve Sonrası Türkiye ile OECD Ülkeleri Sağlık Durumu Karşılaştırması	108

BİRİNCİ BÖLÜM

İŞLETMECİLİK VE SAĞLIK

1.1 İŞLETME VE SAĞLIK İŞLETMECİLİĞİ TANIMI, UYGULAMALARI, YAKLAŞIMLARI VE İŞLETMECİLİK MODELLERİ

1.2 İŞLETME, SAĞLIK VE SAĞLIK İŞLETMECİLİĞİNİN TANIMI

1.2.1 Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı genelde “hasta olmama” şeklinde, hastalık kavramı ile ilgili olarak, negatif bir mesaj verecek şekilde tanımlanmaktadır. Bugün batı tıbbındaki gelişmeler, mevcut hastalıkların nedenlerini bulma çabalarıyla olmuştur. Özellikle son yıllardaki tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler, hastalıklara ilişkin geniş bir bilgi birikiminin oluşmasına neden olmuştur. Bu birikim sonucunda örgütlenen ve verilen “sağlık hizmetleri”nin ne derece “sağlık”la ilgili olduğu tartışılabilir. Çünkü bu hizmetler genelde “hastalıkların” ve “hasta olan kişilerin” tedavisi ile birtakım hastalıkları önleme çabalarından oluşmaktadır (Yerebakan, 2000:13).

Sağlık, hastalık ve sakatlığın olmayışından ibaret değildir. Bu nedenle, hastalığın tanımlanması, sağlık kavramının daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hastalık kavramını “Hastalık, doku ve hücrelerde yapı ve fonksiyon yönünden normal olmayan değişikliklerin ortaya çıkardığı bir durumdur” şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık, birbirine bağlı fiziksel, ruhsal, kültürel ve toplumsal yönleri olan çok boyutlu bir olgudur. Sağlık ve hastalığın tek boyutlu bir sürekliliğin karşıt uçları şeklindeki tanımı yanlışla sürükler. Fiziksel hastalık, pozitif ruhsal tavır ve toplumsal destekle dengelenebilir. Bunun yanında duygusal sorunlar, bir insanı fiziksel denkliliğine rağmen eksiklik duygusuna sürükleyebilir. Sağlığın bu birden çok boyutları genellikle birbirini etkiler ve sağlıklı olmaya dair en güçlü duygu, bu boyutlar yeterince dengelendiği ve bütünleştiği zaman ortaya çıkar (Kızılcelik, 1996:80,81).

Her toplum ve ülkenin sağlık sorunlarının, önceliklerinin, olanaklarının ve kaynaklarının farklı olması dolayısıyla sağlık hizmetlerinin arzı, finansmanı, örgütlenme ve denetimi konusunda birbirinden farklı uygulamalarla karşılaşmaktadır.

Bu uygulamalar üzerinde yaptırım gücü olmamakla birlikte etkinliği fazla olan uluslararası kuruluş Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'dür. Birleşmiş Milletler Teşkilatının bir kuruluşu olan DSÖ'ye Türkiye üyedir. DSÖ, her ülkeyi ilgilendiren sağlık konularında çalışmalar yapmakta ve neler yapılması gerektiğini zaman zaman duyurmaktadır (Hayran ve Sur, 1998:21,22).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımını “sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir” şeklinde yapmıştır. Bu tanımda “iyilik” ve “tam” kavramlarının açıklanması, tanımlanması ve ölçülmesi güç kavramlar olması yine sağlığın “hal” olarak görülmesine karşılık, tanımda “sosyal” iyilik kavramına yer verilmesi önemli bir gelişme olarak değerlendirilmelidir (Yerebakan, 2000:14).

Kızılcılık, sağlık kavramını (1996:80) “sağlık; yalnızca belirli bir toplumdaki fertlerin hastalık, sakatlık ve rahatsızlığının olmayışı değil, bunun yanında, o toplumdaki fertlerin akılsal, ruhsal, fiziksel, ekolojik, ekonomik, kültürel, siyasal ve toplumsal bakımdan tam bir huzur, harmoni, denge, uyum ve iyilik içinde bulunma durumudur” şeklinde tanımlamıştır.

1.2.2 İşletme Kavramı

Ekonomik faaliyetlerin temelinde insan ihtiyaçlarının karşılanması yatmaktadır. İhtiyaçların ayrıntılı olarak bilinmesi, bunların daha iyi tahmin edilmesine olanak sağlar. Bu nedenle insan ihtiyaçlarının tanımlanması ve sınıflandırılması konusunda sürekli çalışmalar yapılmakta, böylece ihtiyaçların karşılanması için gerekli koşullar ve imkânlar araştırılmaktadır. Bu çalışmalar içerisinde en çok bilinenlerden biri Abraham Maslow'un insan ihtiyaçları hiyerarşisi kuramıdır (Tuncer ve diğerleri, 2008:17). Amerikalı psikolog Abraham Maslow, insan ihtiyaçlarını en temel yani zorunlu ihtiyaçlardan, insan kişiliğinin gelişmesine paralel olarak en karmaşık olana doğru bir sıralama yapmıştır (Şimşek, 2005:9). Maslow'un teorisinde iki önemli dayanak noktası bulunmaktadır: Birincisi; insanların her davranışı belli bir ihtiyacın giderilmesi içindir. İkincisi ise; insan ihtiyaçları karşılanırken tabandan tavana doğru gidilmelidir (Barlı, 2010:205). İhtiyaçlar hiyerarşisinde bir ihtiyaç karşılanır karşılanmaz gücü azalmakta ve bir başka ihtiyaç ortaya çıkmaktadır. Başka bir ifade ile ihtiyaçlar belirli bir silsile dâhilinde ortaya çıkmaktadır. 1 numaralı ihtiyaç giderilmeden 2 numaralı ihtiyaç ortaya çıkmamaktadır. 1 ve 2 iki numaralı ihtiyaç giderilmeden de 3 numaralı ihtiyaç ortaya çıkmamaktadır. Temel ihtiyaçlar karşılanmadan sosyo-psikolojik ihtiyaçların; sosyo-psikolojik ihtiyaçlar karşılanmadan da kişinin kendini ispatlamasına yönelik ihtiyaçların ortaya çıkmaması beklenmektedir. Bu görüşe göre temel ihtiyaçlar karşılanmadan, daha yüksek seviyelerdeki ihtiyaçların ertelenmesi beklenmektedir.

İnsan ihtiyaçlarını giderme özelliğine sahip unsurlara mal ve hizmet adı verilmektedir. Mal ve hizmetlerin bir bölümü doğada bol miktarda bulunmakta ve parasal değer taşımamaktadır. Serbest mallar olarak adlandırılan bu tür mallara hava, su ve güneş örnek verilebilir. Ancak, herhangi bir nedenle kıt hale gelenleri, ekonomik madde niteliği kazanmaktadır. Dolayısıyla İnsan ihtiyacının karşılanmasına yarayan ve genellikle parayla ya da başka mal ya da hizmetlerle değişimi yapılan araçlara ekonomik mal denir (Örücü, 2006:3). İnsan ihtiyacının karşılanması ve işletmeler için değer ifade eden mal ve hizmetler bu tür mal ve hizmetlerdir.

İşletme yönetimi, belirli amaç ya da amaçlara ulaşmak için, işletmede çalışanların tüm uğraşlarını planlamak, örgütlemek, yönlendirmek ve denetlemek, bu arada insan dışı tüm diğer kaynakların da en verimli bir şekilde amaca uygun kullanılmasını sağlama sürecidir (Can vd. 2003:15); Tuncer ve diğerleri, 2008:26). Başka bir ifade ile işletme yönetimi işletmenin hedeflerine ulaşması için üretim faktörlerinin sevk ve idare edilmesidir (Tutar, 2010:37). İşletme yönetimi pek çok üretim faktörünün bir araya getirilmesini, koordine edilmesini ve yürütülmesini gerektirdiğinden tek başına yerine getirilebilecek bir süreç değildir. Dolayısıyla işletme amaçlarının gerçekleştirilebilmesi için dış çevre ile uyumlu, fiziksel ve mali faktörlerin karşılanmasının yanı sıra; diğer tüm paydaşları ile birlikte çalışanlarının da işbirliği içerisinde çaba göstermesi gerekmektedir. Dolayısı ile işletme yönetimi, bir grup faaliyetidir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2012:4).

İşletmeler, kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla üretim faktörlerini uyumlu bir biçimde bir araya getirerek, ekonomik mal ve hizmet üretmek ve/veya pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluşlardır (Tuncer ve diğerleri, 2008:23); başkalarının ihtiyaçlarını karşılamak üzere mal veya hizmet üreten ekonomik birimler (Mucuk, 2005:4) ve belirli nedenler ile ortaya çıkan ihtiyaçların uyumlu biçimde doyurulmasını sağlayan, ihtiyaçlar ile onların doyurulması arasında bir ilişki kuran birimler (Akat ve diğerleri, 2002:3) şeklinde tanımlanabilir. Özetle işletme, belirlemiş olduğu amaçları gerçekleştirmek için kişi ve/veya kurumların ihtiyaçlarını karşılamak üzere, üretim faktörlerini belirli bir uyum içerisinde ve belli oranda bir araya getirerek mal ve/veya hizmet üreten ve/veya pazarlayan; böylece belirlemiş olduğu amaçları gerçekleştirmeye çalışan ekonomik, teknik, sosyal ve hukuki birimlerdir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2008:24).

İşletmelerin amacı ise, kısaca işletmelerin gelecekte ulaşmak istedikleri yerdir şeklinde söylenebilir. Mal ve hizmet üretmesine veya büyük ya da küçük olmasına bakılmaksızın her işletmenin mutlaka bir takım amaçları vardır. Ancak, işletmelerin ana amacı ekonomik mal ve hizmetleri üretmek, pazarlamak ve bu yolla kar sağlamaktır. Dolayısıyla sosyal amacı göz ardı edilirse, her işletmenin temel amacının kar sağlamak olduğu söylenebilir (Tutar, 2010:95). Ancak, işletmeler bir toplum içerisinde var olmakta ve o toplumun ihtiyaçlarını karşılamak için ekonomik

mal ve hizmetler üretmektedir. Toplum işletmelerden, ihtiyacı olan mal ve hizmetleri kaliteli ve uygun fiyatla karşılmasını beklemektedir. Ayrıca işletmeler faaliyetlerini devam ettirirken istihdam imkânları oluşturmakta ve devlete vergi ödemektedirler. Bütün bunların sonucu olarak bir takım sosyal amaçlarını gerçekleştirmektedirler. İşletmeler bu iki amaç arasında denge kurmak sureti ile de yaşamını devam ettirmektedir. Bu durumda işletmelerin genel amaçları şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Kar elde etmek
- Topluma fayda sağlamak (sosyal sorumluluk)
- Varlığını devam ettirmek
- Firma değerini maksimize etmek

İşletmelerin genel amaçlarının yanı sıra bir takım özel amaçlarını da bulunur. Satış gelirlerini arttırmak ve yüksek seviyede kar elde etmek, kaliteli mal veya hizmet üretmek, belirli bir pazar büyüklüğüne ulaşmak, topluma ve devlete yardımcı olmak, topluma yarar sağlamaya yönelik çeşitli vakıf ya da hayır kuruluşları kurmak gibi daha pek çok amaç işletmelerin özel amaçları arasında sıralanabilir.

1.2.3 Sağlık İşletmeciliği

Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinin de birinci amacı kâr sağlamaktır. Ancak ülkemizde sağlık hizmetleri özelliğinden dolayı ve çoğunlukla devlet tarafından sunulduğundan, bizdeki sağlık işletmelerinin birinci amacı toplumsal sorumluluktur. İnsanların ihtiyaçlarının giderilmesi asli amaçtır. Hatta insanlar tarafından ihtiyaç olarak hissedilmeyen hizmetler bile resmi sağlık işletmeleri tarafından sunulmaktadır. Ayrıca resmi sağlık kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin bir diğer amacı da, sağlık talebi oluşturarak, insanların hasta olmamalarına yönelik olarak sunulan temel sağlık hizmetlerini talep eder hale getirmektir. Dolaylı olarak sağlığa etki eden eğitim seviyesi ile ekonomik düzeyin sağlığa yararı; insanların sağlıklarına sahip çıkma bilincini geliştirmesi, insanlarda sağlığı talep eder hale getirmesidir. Dolayısıyla toplumdaki sağlık standartlarının yükselmesini sağlamaktır (Kıral, 1978:32).

Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de amaçlar genel ve özeldir. Genel amaçlardan ilki kârlılıktır. Kâr, işletme faaliyetleri sonunda gelirle gider arasındaki gelir farkına denir. Kârlılık, müşteri memnuniyeti, verimlilik, büyüme, sorumluluklarını yerine getirme açılarından önemlidir. Kâr edemeyen bir işletmenin piyasa şartlarında rekabet edebilmesi imkânsızdır. Kâr, bu kadar önemli olmasına karşılık, sağlık hizmetlerinde birinci öncelikli bir amaç değildir. Çünkü

sağlıklı olmak, her insanın isteyeceği temel bir haktır. İnsan haklarına bağlı her ülkede de sağlık hizmetleri devletin asli görevidir. Ayrıca sağlık ihtiyacı diğer ihtiyaçlardan farklı bir özellik gösterir, insanın ne zaman hasta olacağı, hastalığın türü, şiddeti ve gidişatı önceden bilinemez. Sağlık, ticari bir hizmet gibi parayla satın alınamaz, üzerine pazarlık yapılamaz, tehir edilemez. Bu nedenlerden dolayı sağlık işletmelerinde kârlılık önemli ancak asla birinci öncelikli olamaz (Fişek, 1993:124). Kar, bir işletmenin en önemli unsuru olması bakımından, karı yok sayarak işleyen bir sağlık işletmesi yönetilemez.

İşletmelerin sosyal sorumluluğu, topluma hizmet etmeleri, insanların ihtiyacını gidermeleridir. Sosyal sorumluluk, sağlık işletmelerinde kârdan önce gelen birincil görevdir. Sağlık işletmelerinin farklı alanlarda hizmet veren diğer işletmeler gibi tam bir işletme olmamasının esas nedeni budur (Fişek, 1993:124).

Genel amaçlardan bir diğeri ise sürekliliktir. Süreklilik, sonsuza kadar var olmaktır. Bunun için varlığını koruması ve geliştirmesi gerekir. İşletmeler günübirlik düşüncelerle, kısa dönemli amaçlarla kurulamaz. Ülkemizde özel sağlık işletmeleri için özellikle süreklilik amacı çok önemlidir. Piyasada yer edinmesi ve müşteri güveni sürekli olmasına bağlıdır. Kamuya ait resmi sağlık işletmeleri sürekliliği daha fazla sağlarlar. Bu süreklilik müşteri memnuniyeti veya verimlilikten değil, kamunun yaptırım gücünden kaynaklanır. Ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinin büyük bir çoğunluğu devlet tarafından sunulduğundan bilinen işletme kuralları fazla geçerli değildir. Kararlar, devlet yönetimi tarafından alınır, gelirlerinin tamamına yakını da genel bütçeden karşılanır. Bu nedenle süreklilikleri daha yüksektir.

Sağlık işletmelerinin özel amaçları, sunduğu hizmetin özelliğine göre farklılık gösterir. Örneğin, AÇSAP merkezinin özel amacı; etkili aile planlaması yöntemi kullananların sayısını % 100'e yaklaştırmak olabilir. Deri ve zührevi hastalıklar dispanserlerinin özel amacı ise toplumu özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklardan haberdar ederek, bu hastalıklardan korunma yollarının herkes tarafından bilinmesini sağlamaktır.

1.3 SAĞLIĞA İLİŞKİN MODELLER

Sağlığın tanımlanmasına ilişkin olarak geliştirilen, yaygın olarak kullanım alanına sahip modeller (Somunoğlu, 2012:4,5);

- Tıbbi Model
- Holistik Model
- İyilik Modeli

- Çevre Modeli

1.3.1 Tıbbi Model

Tıbbi model adından da anlaşılacağı gibi, tıp alanında çalışmalar yapan sağlık profesyonelleri tarafından yaygın kabul gören bir modeldir. Bu modele göre sağlık; hastalığın (disease) yokluğu şeklinde ele alınmakta ve vücudun herhangi bir yerinde görülen patolojik bulguların veya anormalliklerin olmadığı zamanlarda ortaya çıkmaktadır.

Sağlıklılık halinin hastalığın yokluğuna bağlı olarak tanımlanması; bireylerin sahip oldukları fonksiyonelliğin düzeyinin ve karşılaşılan sakatlığın türünün de sınıflandırılmasına imkân tanımaktadır. Buna göre;

- Tedavi edilmesi olası durumlar,
- Bireyin hastalığa ve sağlık statüsündeki bozulmalara rağmen, fonksiyonlarını yerine getirebildiği durumlar,
- Bireylerin birtakım kısıtlamalar ile fonksiyonlarını yerine getirdiği durumlar,
- Birtakım aktivitelerde yaşanan kısıtlılıklara rağmen bireyin kendine yetebildiği durumlar,
- Bireyin kendi kendisine yetmesinin mümkün olmadığı durumlar şeklinde bir sınıflandırmanın yapılması olasıdır.

Tıbbi model açısından ele alınan bir diğer konu da, hastalıkların sınıflandırılmasına ilişkin yapılan çalışmalardır. Burada dikkat edilmesi gereken husus, sınıflandırmanın içinde bulunulan dönem ve yapıldığı ülke açısından farklılıklar içerdiğiidir. Bu açıdan bakıldığında hastalıklar; bulaşıcı hastalıklar, öldürücü olmayan hastalıklar, kronik hastalıklar vb. şeklinde sınıflandırılabilen ve bu sayede ölümden optimum sağlık durumuna kadar geniş bir çerçevede sağlık seviyesinin ölçülmesi söz konusu olabilmektedir.

Tıbbi modelde sağlığın negatif yönden tanımlanmasına bağlı olarak dikkate alınan bir diğer nokta da, mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) istatistiklerinin geliştirilmesidir. Geliştirilen bu istatistiklere bağlı olarak, toplumun sağlıklı mı yoksa sağlıksız mı olduğu saptanarak, bunların düzeyi konusunda karara varılma imkânı doğmuştur.

Tıbbi modelin getirdiği görüşlere ilişkin olarak en önemli eleştiri Ivan Illich tarafından yapılmıştır. Yapılan eleştirinin temel çıkış noktası, modern tıp uygulamalarının (gereksiz ameliyatlara, tedavilerin yan etkisi vb.) bireylerin sağlık statüsünü bozduğu ve hastalanmasına yol

açtığı şeklindedir. Modele ilişkin olarak yapılan bir diğer eleştiri de, koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin çabalara yeterince önem vermemesi noktasında odaklanmaktadır.

1.3.2 Holistik Model

Holistik modelde sağlık; sadece hastalığın yokluğu şeklinde negatif yönden ele alınmak yerine, sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal yönlerine de yer verilerek pozitif yönden tanımlanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, DSÖ'nün tanımı ön plana çıkmakta ve bir insanın bütünü ile sağlıklı olma haline vurgu yapılmaktadır. Bu tanımda yer alan fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutların ölçülebilmesi için, birtakım sınıflandırmalar yapılmış ve indeksler geliştirilmiştir. Buna göre fiziksel sağlık; tıbbi açıdan ölçülmekte, sosyal sağlık; görev ve rol performansı açısından ele alınmakta, ruhsal sağlık ise; bireylerin genel mutluluğu şeklinde değerlendirilmektedir.

Holistik modele göre yapılan bu tanım, günümüzde yaygın kullanım alanına sahip olsa da, eleştirildiği birtakım noktalar bulunmaktadır. Fazla idealist olması ve sağlığın değerlendirildiği fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlar itibari ile neredeyse dünyadaki birçok insanı sağlıklı olarak nitelendirmesi, bu eleştirilerin temel çıkış kaynağını oluşturmaktadır. İdeal sağlık durumuna sahip bir insanın neye benzeyeceği ile ilgili olarak net ifadelerin olmaması da, bir diğer sorun alanı olarak kabul edilmektedir. Ayrıca; yoksulluk, ailevi ilişkiler, kültür vb. birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik gösteren iyilik halinin ölçülmesine ve sağlık statüsünü gerçekten iyi bir biçimde yansıtacağına ilişkin soru işaretleri de bulunmaktadır.

1.3.3 İyilik Modeli

Bu modele göre sağlık, DSÖ'nün tanımında yer alan "iyilik hali" teriminin kapsamının genişletilmesi çerçevesinde ele alınmıştır. İyilik modeline göre yapılan sağlık tanımının temel özelliği; subjektif bir özellik göstermesi ve bireyin hissetme durumu üzerinde odaklanmasıdır. Bu çerçevede sağlık; bireyin sezgisine bağlı olarak, fiziksel iyilik hali, enerji ve günlük faaliyetlerini yerine getirebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır.

Dever'e göre (Dever, 1991:23), iyilik modelinin temel hedefinin, iyilik halini sağlayan koşulların yükseltilmesi olduğunu ifade etmekte ve bunun için de; fiziksel aktivite, bilinçli beslenme, stres yönetimi ve kendine karşı sorumluluk şeklinde başlıca dört boyut üzerinde durmaktadır.

Subjektif algılamaların ölçülmesinde birtakım güçlükler ile karşılaşılması ve bireyin iyilik haline ilişkin algılamasının yaşa ve kültüre göre değişkenlik göstermesi vb. faktörler iyilik modelinin en çok eleştirildiği noktalar arasında yer almaktadır.

1.3.4 Çevre Modeli

Çevre modelinin en önemli özelliği; sistem teorisine bağlı olarak ortaya çıkması ve bireylerin davranışlarını geniş bir çevre içinde analiz etmesidir. Sağlığın olabildiğince eksiksiz bir biçimde tanımlanması hedeflenirken; kimsenin çevreden tam anlamı ile soyutlanmasının mümkün olmadığına dikkat çekilmektedir. Bu noktada birey, yaşadığı ortamı etkilediği gibi değişen çevreden de sürekli olarak etkilenmektedir.

Çevre modeline göre yapılan tanıma bakıldığında sağlık; canlı varlığın çevresine uyum sağlayabilmesi için gösterdiği ve sürekli olarak devam eden bir adaptasyon olarak kabul edilmektedir. Bu modelde ayrıca bireylerin sağlık statüleri üzerinde sadece tıpta meydana gelen gelişmelerin etkili olmadığına yer verilmektedir. Sağlığın fiziksel, kültürel, biyolojik ve sosyal çevre şartlarına bağlı olarak değişkenlik göstermesi, modelin önemini artıran faktörler arasında yer almaktadır.

Bütüncül bir bakış açısına sahip olarak sağlığı tanımlamayı amaçlayan bu modele yapılan en büyük eleştiri, çevre koşullarının değişkenliğidir. Çevre koşullarının gerek aynı toplum içinde zamanla değişmesi gerekse kültürler arası farklılıkların yaşanması modelin uygulamaya geçirilmesini ve sağlığın net olarak ifade edilmesini güçleştirmektedir.

1.4 SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ

DSÖ'nün genel kabul gören ve yaygın bir kullanım alanına sahip olan sağlık tanımı, sağlığın çok boyutlu bir kavram olduğuna ve birbiri ile ilişkili birçok faktörden etkilendiğine vurgu yapmaktadır. Benzer şekilde, Henrik L. Blum tarafından sağlık statüsünün belirleyicilerinin neler olduğuna ilişkin bütüncül bir bakış açısı geliştirilmiş ve bunun sonucunda da başlıca dört faktör ön plana çıkmıştır. Bunlar;

- Çevre
- Davranış (Yaşam Tarzı)
- Kalıtım (Genetik)
- Sağlık Bakım Hizmetleri

Blum, sağlığı etkileyen faktörler açısından öncelikli olarak çevrenin ön planda olduğunu ve bunu da sırası ile yaşam tarzı, kalıtım ve sağlık hizmetlerinin izlediğini ifade etmiştir. Sağlığı etkileyen bu dört temel faktör de; politik sistem, ekonomik sistem, nüfus, kültürel sistem, çevre dengesi vb. birçok sistemin etkisi altında bulunmaktadır. Örneğin; beslenme tarzı, sigara içme alışkanlığı vb. birtakım davranışlar, içinde yaşanılan kültürel sistemden etkilenmekte ve bu durum bireyin sağlık statüsünde farklılıklar yaşanmasına neden olmaktadır.

1.4.1 Çevre

İnsanların içinde yaşadıkları doğal-fiziksel (iklim, toprak yapısı vb.) ve sosyal faktörler çevreyi oluşturmaktadır (Kısa, 2002:3,4). Çevre, doğrudan ve dolaylı olarak bireyin sağlığını etkilemekte, canlı organizmanın yaşamını sürdürmesi için etkili olan dış güçlerin tümü olarak adlandırılmaktadır. Çevre de kendi içinde; biyolojik, fiziki ve sosyal çevre olarak sınıflandırılmaktadır.

Biyolojik Çevre; hastalığa yol açan mikroorganizmalar, vektörler (eklem bacaklı ve kemiriciler), bitkiler ve hayvanlardan oluşmaktadır. Vereme yol açan mikroorganizmaların vektörlerle insan vücuduna taşınması sonucu bireyin sağlık statüsünün bozulması, biyolojik çevrenin sağlığa olan etkisi için güzel bir örnektir.

Fiziki Çevre; iklim, hava kirliliği, toprağın yapısı, atıklar, çevre kirliliği vb. faktörlerden oluşmaktadır. Depreme bağlı olarak kayıpların yaşanması ve ortaya çıkan sakatlıklara bağlı olarak sağlık statüsünün olumsuz yönde etkilenmesi, fiziki çevrenin sağlık üzerindeki etkisini göstermektedir. İklim koşullarındaki değişmeler dolaylı olarak insan sağlığını olumlu ve olumsuz etkilemektedir.

Sosyal Çevre de; nüfus artışı, yoksulluk, eğitim düzeyi, gelir dağılımındaki adaletsizlikler vb. birçok faktörden oluşmakta ve bireyin sağlık statüsünü etkilemektedir. Eğitim düzeyi düşük olan ailelerin hastalandıkları zaman öncelikli olarak hekime gitmek yerine kırıkçı-çıkıkçı türü yöntemleri seçmesi, sosyal çevrenin bireyin sağlık statüsü üzerindeki etkisi için bir örnektir. Kültürel modeller beslenme, egzersiz, kişisel kalıtım ve diğer faktörler sağlığı etkilemektedir.

1.4.2 Davranış (Yaşam Tarzı)

Yaşam tarzı, bireyin bakış açısına paralel olarak geliştirdiği her türlü değer, tutum, alışkanlık ve davranışı kapsamaktadır. Düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırılması, alkol, sigara ve

uyuşturucu kullanılması, emniyet kemeri takılmaması vb. birçok faktör sağlığı etkileyen ve bireyin benimsediği yaşam tarzına bağlı olarak şekillenen faktörler arasında yer almaktadır.

1.4.3 Kalıtım (Genetik)

Bireyin sahip olduğu kalıtsal özellikler (biyolojik ve organik yapısı); görünümünü, kişiliğini, yeteneklerini, sağlığını ve hastalıklara karşı olan duyarlılığını etkilemektedir. Kalıtım, hastalıkların kuşaktan kuşağa geçmesine etki eden önemli bir faktördür. Kanser, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon vb. birtakım hastalıkların genetik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkması söz konusudur.

Genetik kalıtım hem çevresel hem de davranışsal faktörlerin her ikisi ile de etkileşim halindedir. Etnik veya ırksal eğilimler gibi kültürel etmenler evlenilecek eşlerin seçimini ve böylece çocukların genetik potansiyelini ve belirli hastalıklara karşı hassaslığını etkilemektedir. Örneğin orak hücreli anemi yalnızca siyahların arasında görülmektedir. Bununla birlikte hastalık kişisel davranış ve sağlık bakım hizmetleri aracılığı ile teşhis ve tedavi edilebilmektedir (Schultz ve Johnson, 2003:20).

1.4.4 Sağlık Bakım Hizmetleri

Sağlık hizmetleri de; bireyin sağlığının korunmasına, hastalıkların tedavisine, azalan fiziksel ve ruhsal becerilerinin rehabilitasyonuna yönelik olarak yapılan çalışmaların tümünü ifade etmekte ve toplumun sağlık statüsü üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır.

Sağlık statüsünün başlıca belirleyicilerine yönelik olarak, 1974 yılında Kanada'da Marc Lalonde tarafından geliştirilen (Wikipedia) ve Lalonde Raporu olarak isimlendirilen raporda da, başlıca dört genel belirleyici alan önerilmiş ve bunlar; insan biyolojisi, çevre, kalıtım ve sağlık sistemi organizasyonu şeklinde sıralanmıştır. Lalonde, bu alanların bireyin ve toplumun yaşamının sürdürülebilirliği noktasında sürekli olarak etkileşim içinde olduğunu ifade etmiştir. Raporda ayrıca, sağlığın geliştirilmesine yönelik olarak yapılan çalışmalara önem verilmesi ve bireylerin sağlık statülerini yükseltmek için daha çok sorumluluk almaları gerektiğine dikkat çekilmiştir. Bu amaçla, bireysel davranış değişikliğinin benimsenmesinin gerekliliği ön plana çıkarılmıştır. Lalonde Raporu'na göre halk sağlığı çalışmalarının yürütülmesinde de öncelikli risk alanları belirlenmeli ve bu risklerin ortadan kaldırılmasına yönelik önlemler alınmalıdır. Takip eden başlıkta sağlık hizmetlerine ilişkin daha detaylı bilgi verilecektir.

1.5 SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşumunu önlemek; hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek; sakatlıkları önlemek; sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür (Pala, 2008:18,19).

Sağlık hizmetleri kavramını; “sağlık hizmetleri, bireyin bedensel olarak organizmasının tıp bilimleri tarafından kabul edilmiş standartlar dâhilinde bütünlük, düzen ve uyum içinde olması ve ancak bununla birlikte psikiyatri bilimi tarafından kabul görmüş ölçüler içindeki ruhsal durumlar anlamına gelen sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek, toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amaçlarını toplam kalite politikalarının odağı olarak görüp, bunların biri, birkaçı veya hepsini gerçekleştirmek gayesiyle, konularında uluslararası standartlara uygun yükseköğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını, ulaşılan bilimsel bilgi birikimlerini, ileri teknoloji ürünü her türlü faydalı cihazları kullanmak suretiyle harekete geçiren ve sağlık konusunda başta tıp ve işletme bilimleri olmak üzere bütün uluslararası kabul görmüş bilim dallarını kullanan kamuya, özel girişimcilere, sivil toplum kuruluşlarına, yerel yönetimlere ve diğer kuruluşlara ait değişik fiziksel kaynaklar aracılığıyla sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır” şeklinde Öztürk (Öztürk, 2000:142) tanımlamıştır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun sağlık hizmetlerini, “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirici hizmetler olmak üzere dört grupta toplanabilir. Sağlık hizmetleri, insanların fiziki ve mental durumlarının korunması, onarılması ve iyileştirilmesi amacı ile gerçekleştirilen faaliyetlerdir. Başka bir tanıma göre sağlık hizmetleri; insanın sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve mental kabiliyetleri azalmış olanların sağlıklarına kavuşturulması amacıyla uygulanan tıbbi faaliyetlerdir (Köroğlu, 1987:216).

Sağlık hizmetleri; kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetler olarak daha açıklayıcı biçimde tanımlanabilir. Bu tanımın özellikleri kısaca (Odabaşı, 2001:25):

- Sağlık hizmetleri faaliyetleri “kişilerin sağlığının korunması” ve “teşhis, tedavi ve bakım” olmak üzere iki ana grupta toplanmaktadır.
- Sağlık hizmetleri kişisel olarak veya kurumsal olarak sunulabilir. Gelişmiş ülkelerde üst düzeylerde kurumsallaşma söz konusu olduğundan, sağlık hizmetlerinin örgütler tarafından sunulması daha yaygındır. Özellikle, sunulan son hizmetin bir ekip ile üretilmesi ve daha etkin sunulabilmesi kurumsal düşünmeyi ve uygulamayı zorunlu kılabilmektedir.
- Sağlık hizmetleri hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla birlikte, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin tanımı gereği bu sektördeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak bir hayli güçtür.
- Sağlık hizmetleri kamu ya da özel şahısların sunmuş oldukları hizmetlerdir. Değişim sürecinin kar amacı taşıması ya da taşıması önemli değildir. Önemli olan, hizmet aracılığıyla ihtiyaçların doyuma ulaştırılmasıdır ki, bu da sağlık hizmetlerinin ana amaçlarından biridir. Bu yönüyle sağlık hizmetleri sektöründe kar amaçlı ticari kuruluşlar olduğu kadar, kar amacı gütmeyen kuruluşlarda yer almaktadır.

Sağlık hizmeti denilince üreticilerin (sağlık personelinin) ürettikleri hizmetler, bu üretimde bilgi, beceri ve yeteneklerine bağlı olarak değişen hizmet kalitesi, hizmeti üretirken kullanılan cihazların teknolojik düzeyleri gibi konular akla gelmektedir. Buna karşılık tüketicilerin bu hizmetler karşısında bakış açıları çok farklıdır. Sağlık hizmetleri konusunda tüketiciler aldıkları tıbbi bakımın kalitesi yanında, tıp personelinin kendilerine karşı tutumları, hizmete ulaşabilme hızları ve hizmet aldıkları sağlık işletmesinin fiziki şartları önemli faktörlerdir (Harcar,1991:38).

Temel sağlık hizmeti, sağlık sisteminin temeli ve toplumun sosyal ve ekonomik gelişmesine katkıda bulunan en önemli parçadır. Temel sağlık hizmeti, her bireyin rahatça ulaşabileceği yerlerde sunulan, sürekli sağlık hizmeti sürecinin ilk basamağı, toplumundaki her ferdin sağlık sorununda başvurabileceği ilk basamaktır (Kızılcılık, 1996:124).

Teknolojinin gelişmesine paralel olarak gelişmiş ülkelerde sağlık alanında da ciddi ilerlemeler kaydedilmiştir. Özellikle halkla ilişkiler, hizmet sunumu, otelcilik gibi hizmetler ön plana çıkarılmıştır. Hatta globalleşen dünya da özellikle son yıllarda ulusal sağlık politikalarının yanında, uluslararası ilişkileri daha da geliştirerek dünya sağlık politikaları ve dünya sağlık hizmetleri yönetimi gündeme gelmiştir (Toker, 1999:12).

1.5.1 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık ekonomisinin ayrı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin başında, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri yer almaktadır (Alpugan, 1981:68). Bu özellikleri sıralarsak (Odabaşı, 2001:27,29; (Pala, 2008:29,32)):

- Sağlık hizmetleri ertelenemez.
- Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur.
- Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır.
- Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır.
- Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir.
- Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler.
- Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur.
- Diğer özellikler (garantisi yoktur, önceden test edilemez, hata tolere edilemez, hizmetlerin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar, dışsal fayda ya da zarar söz konusudur vb.).

1.5.2 Sağlık Hizmetlerinin Amacı

Toplumun gelişmişliğini gösteren en önemli unsurlardan biri toplumdaki sağlık düzeyinin yüksek olmasıdır. Sağlık bireylerin mutlu olmaları için gereken en önemli faktördür. Bu nedenle toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek hükümetlerin üstlenmesi gereken önemli bir faktörken, bireylerinde kendi mutlulukları için sağlıklarını korumak istemeleri tüm dünyada sağlık hizmetlerinin gelişmesine katkıda bulunmuştur (Kurtulmuş, 1998:13,14). Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Soysal vd. 1993:71):

- Hastaların ihtiyaç duyduğu bakım ve tedavilerini en düşük maliyetle üretilmesini sağlamak ve ihtiyacı olanlara sunmak.
- Makro düzeyde istihdam politikasını, ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma metotlarının kullanılması, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirlerin alınması.
- Ulusal gelir ve hastalardan sağladıkları geliri en ekonomik şekilde kullanarak daha çok hastaya bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması.

Sağlık hizmetlerinde amaç; hastaya mümkün olan en kısa sürede, ulaşılabilecek uygun bir fiyat seviyesinde, güler yüzlü ve şefkatli, alternatif tedavi yöntemlerini de kendisine sunarak bilgilendirici tarzda, tıbbi etik ve deontoloji ilkeleri çerçevesinde, eldeki olanaklar ölçüsünde medikal anlamda en iyi hizmeti sunmaktır (Özgirin ve Tas, 1996:34).

1.5.3 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri için genel tanımdan bahsetmek gerekirse “sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümüne” birden sağlık hizmetleri denir (Akdur, 1998:12). Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört grupta toplanmaktadır.

Sağlık kuruluşları, hizmet sunumunda kalite ve verimliliği yükseltmek, rekabetin olumsuz etkilerinden kaçınmak, rekabette üstünlük sağlamak, daha iyi hizmet sunmak, dış çevre ve politik çevreyi etkileme potansiyelini arttırmak için diğer sağlık kuruluşlarıyla işbirliği içerisine girebilmektedirler. Sağlık kurumları arasındaki bu işbirliği ve bütünleşme, bütüncül (entegre) sağlık hizmeti veren kuruluşların ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Örneğin bir hastane, hasta potansiyelini yükseltmek, yatak kapasitesi ve teknik olanaklarının daha verimli kullanılması için özel hekimlerle, Sağlık ocaklarıyla veya hemşirelik bakım merkezleriyle işbirliği yapabilmektedir. Bu işbirliği, yatay ve dikey bütünleşme şeklinde olabilir. Yatay bütünleşmede, iki hastanenin işbirliği yapması gibi benzer sağlık kurumları işbirliği yapar. Dikey bütünleşmede ise, bir hastane ve görüntüleme merkezinin işbirliği yapması gibi farklı sağlık kurumlarının işbirliğine girmesidir (Kavuncubaşı, 2000:34).

Sağlık koşullarının iyileştirilmesi ve sağlığı bozacak faktörlerin yok edilmesini kapsayan ve toplumun bütününe yönelik olan koruyucu sağlık hizmetlerini devlet, karşılıksız olarak gerçekleştirmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise kişilerin sağlığı bozulduğunda kişilere verilen muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde amaç, alınacak sağlık önlemlerine rağmen oluşabilecek hastalık durumlarında erken teşhis, hızlı ve etkin tedavi ve hastanın kısa sürede sağlığına kavuşturulabilmesidir (Tengilimoğlu ve Çalık, 2000:12).

1.5.3.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bu hizmetlere, 1963 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Yasa'yla yürürlüğe giren sosyalleştirme programında büyük önem verilmiştir (Soysal vd. 1993:57,74).

Sosyal devlet olma vasfı sağlık hizmetlerinin devlet tarafından teminini zorunlu kılmaktadır. Bu niteliği dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulmaktadır. Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflendiğinden, ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertleri hizmetlerden önemli ölçüde yararlanmaktadırlar. Koruyucu sağlık hizmetleri, çoğu zaman kişisel fayda bölünemediği ve tüm toplumun yararı söz konusu olduğu için gelir dağılımını azaltıcı bir rol de oynamaktadır (Kurtulmuş, 1998:86).

Devlet koruyucu sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak topluma ulaştırır. Koruyucu sağlık hizmeti veren kurumlara sağlık evi, sağlık ocağı, aile hekimleri, ana çocuk sağlığı merkezleri, iş yeri revirleri, laboratuvarlar örnek olarak gösterilebilir. Koruyucu sağlık hizmetleri iki grupta incelenmektedir (Hayran ve Sur, 1998:18).

1- Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek, çevreyi olumlu hale getirme veya olumsuz çevre etmenlerinin kişileri etkilemesini önleme çabalarının tümü bu başlık altında toplanır. Bu başlık altındaki başlıca hizmetler; su kaynaklarının sağlanması ve denetimi, katı ve diğer tüm atıkların denetimi, vektörlerle mücadele, hava ve gürültü kirliliği denetimi, iş, konut ve endüstri sağlığı, radyasyonla mücadele ve radyolojik zararlıların denetimi gibi sıralanabilir (Akdur, 2006:18).

Başka bir ifade ile çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve fiziksel çevre koşullarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerin azaltılmasına yönelik girişimlerin tümüdür. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri, bu konuda özel eğitim almış mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen ve benzeri meslek mensupları tarafından yürütülür. Çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen daha çok, diğer sektör ve meslek grupları tarafından yürütülmesi gereken hizmetlerden oluşmaktadır. Sağlık sektörünün, bu alandaki temel görevi, danışmanlık, denetim ve eğitimidir (Akdur, 2006:18). Bu hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkileri kişileri etkilemelerini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir Bu hizmetlere çevre sağlığı hizmetleri de denir (Sözen ve Özdevecioğlu, 1999:2).

Sağlığı koruyucu önlemler üç düzeyde ele alınmaktadır:

- **Primer Koruma:** İlk basamak koruma düzeyidir. Toplumun tamamını ya da tek tek bireylerin sağlığının geliştirilmesi amacıyla aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve ruhsal yönden tam iyilik halini sağlamak amacıyla gerekli önlemlerin alınmasıdır (Hayran ve Sur,1998:17).
- **Sekonder Koruma:** İkinci basamak koruma düzeyidir. Sağlığın bozulma ihtimali karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişi ve toplum düzeyinde alınmasıdır (Hayran ve Sur, 1998:17). Örnek olarak Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)' dir.
- **Tersiyer Koruma:** Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın bu duruma uyumunun sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması için önlemlerin alınmasıdır. Rehabilitasyon edici hizmetlerin alanına da girdiği söylenebilir (Hayran ve Sur, 1998:17).

2-Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişileri dolayısı ile de toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılarak onların insanları etkilemesini önlemeyi, hastalanmaları halinde ise, en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Bu grup altında sayılabilecek başlıca hizmetler; erken tanı ve uygun tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi, kişisel hijyen, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi sıralanabilir (Akdur, 2006:18,19).

Bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık personelinin yürütülen ve yürütülmesi gereken hizmetlerdir. Bu tür hizmetler, tedavi hizmetlerine göre daha kolay, etkili ve ekonomik olan hizmetlerdir. Akılcı bir sağlık ortamında bu tür hizmetlere önem ve öncelik verilmesi gerekir. Doğrudan bireylere yönelik olarak yapılan sağlık hizmetleri büyük bir kısmı Sağlık Bakanlığı'na bağlı hizmet birimlerinde hekim, hemşire gibi sağlık görevlilerince yürütülür.

1.5.3.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturan ve alt kademedeki koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içeren bir hizmet türüdür. Hastalıkların tedavisi sonucu ortaya çıkan verimlilik artışı gibi nedenlerden dolayı sosyal fayda da içermektedir. Hastalık veya

hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra, hastalığın tanı-teşhis-tedavi edilmesi sürecini kapsayan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyin ortalama ömrünü uzattığı gibi verimliliğini artırarak milli gelir artışına katkıda bulunur (Aktan, Işık, ty.:3).

Tedavi edici sağlık hizmetleri muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarını kapsamaktadır. Ülkemizde devlet adına tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmek, 9 Haziran 1936 yılında 3017 sayılı Yasa'yla kurulan Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasındadır. Fakat tedavi edici sağlık hizmetlerine diğer bakanlıklar, iktisadi kamu kuruluşları, tıp fakülteleri ve diğer özel kuruluşlar da katılmaktadır (Soysal vd. 1993:63).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde kişiler hasta olmadan önlem almak birincil amaçken, tedavi edici sağlık hizmetlerinde ise hizmetler tamamen kişinin hasta olduktan sonraki tedavi sürecini kapsar. Hastalar yatarak tedavi edilebildiği gibi ayaktan gününbirlik tedavilerde bu hizmetlerin içinde yer alır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği de serbest piyasa şartlarının egemen olmasıdır. Bu özelliği dolayısıyla da sadece kamu kuruluşları tarafından değil özel sektör tarafından da sunulmaktadır (Kurtulmuş, 1998:90,91). Özellikle son yıllarda SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından özel sektörle yapılan anlaşmalarla da bu alanda ciddi gelişmeler yaşanmıştır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hasta olmaları önlenemeyen bireylerin eski sağlık düzeylerine ulaşmaları amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler hekim sorumluluğunda diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla verilir (Kavuncubaşı, 2000:39). Devlet bu tedavi hizmetini ülke insanının ulaşabileceği her yere götürmekte, Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında sosyal güvencesi olmayan ve ekonomik durumu kötü olan kişilere doğrudan veya sosyal yardım kuruluşları desteği ile ücretsiz tedavi hizmeti sunulmaktadır (Kızılcılık, 1996:130).

Tedavi hizmetlerinin bir diğer özelliği de, hizmet üretiminin fiziki olarak hastanın vücudu üzerinde yapılmasıdır. Bu yüzden hastanın tedaviye ihtiyacı olduğunu bilmesi ve bunu istemesi gerekmektedir. Bazı tedavilerin acı vermesi, uzun sürmesi ve sonucunun belirsiz sayılması tedavi hizmetlerinin eksik talep edilmesine sebep olabilir (Kurtulmuş, 1998:91).

Tedavi edici sağlık hizmeti sunan kurumlar, gününbirlik (ayaktan) tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere iki grupta toplanabilir. Ayakta tedavi ya da gününbirlik tedavi hizmetleri, hastane gibi yataklı tedavi kurumuna yatışı gerektirmeyen hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsar (Kavuncubaşı, 2000:39). Tedavi edici sağlık hizmetleri hizmet kapsamı ve yoğunluğu esas alınarak sınıflandırılabilir. Bu sınıflamaya göre tedavi hizmetleri:

1-Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri:

Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki sağlık ocakları, muayenehaneler, Verem Savaş Dispanserleri, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara örnek olarak gösterilebilir (Tokay, 2000:12).

Türkiye sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir. Sosyalizasyon sistemi kırsal kesimlerde daha etkin olmak üzere bütün ülkeyi kapsamaktadır. Sağlık hizmet sunumu, sağlık evinde çalışan bir ebeden başlayarak doktorun çalıştığı sağlık ocakları (1. basamak sağlık hizmetleri) ve yataklı tedavi hizmetleri (2. basamak sağlık hizmetleri) şeklinde örgütlenmiştir. Özel kuruluşlar olarak doktor muayenehaneleri, doktor grupları ve özel hastaneler, sağlık hizmeti vermektedirler.

Devlet memurları, işçiler, serbest çalışanlar, emekliler, Savunma Bakanlığı görevlileri ve silahaltında olanlar, sağlık güvence şemsiyesi altında bulunurken çoğunluğu tarım sektöründe çalışanlar ve yakınları sağlık güvencesinden mahrumdular. Ta ki 60. hükümetinin 2005 yılında yaptığı sağlık reformuna kadar. Sağlık da dönüşüm programı olarak adlandırılan bu reformun amaçlarından bir tanesi de ülkedeki tüm vatandaşlara tek çatı altında sağlık güvencesini sağlamaktır.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti veren poliklinik, dispanser, sağlık evi ve ocakları halktan beklenen ilgiyi görmemekteydiler. Her türlü sağlık ihtiyaçları için hastaneleri tercih etmekteydiler. Sağlık da dönüşüm programıyla aile hekimleri kurulmuş ve sağlık ocakları daha aktif hale getirilmiştir, böylece hastanelerin yükünü hafifletmek hedeflenmiştir (Çoruh, 1995:24).

2-İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri:

Hastalıkların teşhis ve tedavilerinin yapıldığı yataklı tedavi kurumlarının sunduğu hizmetleri kapsar. Bu tür hizmetlerin sunulduğu genel hastanelere de ikinci basamak tedavi kuruluşu denilmektedir. Ülkemizde bu hizmetler, Sağlık Bakanlığı'na bağlı il ve ilçe devlet hastaneleri ile diğer kurumlara bağlı (kamu ya da özel) genel amaçlı hastanelerde sunulmaktadır.

3-Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri:

İkinci basamak tedavi hizmetlerinde teşhisi konulamayan ya da tedavisinin daha karışık olduğu hastalıklar için kurulmuş, en ileri tetkik ve tedavilerin yapıldığı kurumlardır. Özel bir yaş grubuna (çocuk hastalıkları hastanesi, geriatri hastanesi vb.), cinsiyete (jinekoloji ve doğum hastaneleri vb.) ya da hastalığa (verem, ruh ve akıl hastalıkları, onkoloji hastaneleri vb.) hizmet veren, o konudaki gelişmiş teknolojiyle ve üst düzeyde uzmanlaşmış personelle donanmış olan yataklı tedavi kuruluşlarında verilen hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler genellikle özel dal ya da

eğitim hastanelerinde yürütülür. Bu tür hizmetleri veren kuruluşlara nc basamak tedavi kuruluşu adı verilir. Ülkemizde bu tip hizmetler, başta Sağlık Bakanlığının eğitim ve araştırma hastaneleri, ihtisas hastaneleri, niversite hastaneleri ve özel dal hastanelerinde verilmektedir.

1.5.3.3 Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri sağlık hizmetlerinde özel bir yeri kapsamaktadır. Kaza, ruhsal bozukluklar, vücudun organlarının etkili bir şekilde kullanılmasına engel olan kısıtlılık koşullarının ortadan kaldırılması vs. kapsamaktadır. Bu hizmetlerin amacı söz konusu kısıtlılık haliyle karşılaşan bireylerin bu halleriyle yaşama alıştırılmaları ve kendileri ve ailelerinin yaşadıkları acıyı hafifletme amacını taşımaktadır. Doğuştan veya kaza sonucu oluşan sakatlıkların hareket kabiliyetlerinin yükseltilmesi, zrllerin topluma uyum sağlaması gibi hizmetler rehabilitasyon hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Bu hizmetlerin kapsamında tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır (Aktan, Işık, ty.:3).

1-Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri:

Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremite protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb. kusurların en aza indirgenmesi çalışmaları örnek gösterilebilir (Hayran ve Sur, 1998:19). Bu alışmalar sonunda kişi sınırlı da olsa, günlük yaşam ve işlerini devam ettirebilme olanağına kavuşmuş olur. Tıbbi esenlendirme hizmetleri sağlık sektörü ve çalışanları tarafından yürütülen hizmetlerdir.

2-Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri:

Sakatlık ya da zr olan kişilerin, günlük yaşama aktif olarak katılımının sağlanması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi için, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ve öğretme çalışmalarını içerir (Hayran ve Sur, 1998:19). Hizmet tanım ve örneklerinden anlaşılacağı üzere, sosyal rehabilitasyon, sosyal hizmet kurum ve personelince yürütülen hizmetlerdir (Akdur, 1998:14).

1.5.3.4 Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi kavramı ilk defa büyük tıp tarihçisi Henry E. Sigerist'in sağlığın temel dört görevini tanımlaması sırasında kullanılmıştır. Bu görevler; 1. Sağlığın geliştirilmesi, 2. Hastalıkların nlenmesi, 3. Hastanın iyileştirilmesi, 4. Rehabilitasyondur. Sigerist, iyi çalışma

koşulları, eğitim, dinlenme ve eğlenme anlamına gelen fiziksel kültürün oluşturduğu uygun yaşam standardı sağlamak sureti ile sağlığın geliştirileceğini ifade etmektedir (Terris, 1992:268). Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk bireylerde (Kısa, 2002:37).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini hedef alır. Günümüzde birçok hastalığın kaynağında kişilerin yaşam tarzları, alışkanlıkları vardır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri geniş kapsamlıdır ve sağlık eğitiminden farklıdır. Sağlık eğitimi, dar kapsamlıdır, birey ve grupları hedef alarak; halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinç düzeyinin yükseltilmesine yöneliktir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ise, bireylerin ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmeyi, çevreyi, ulusal ve uluslararası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedefler. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, yalnızca sağlık kurumlarının sorumluluğunda olmayıp, ulusal ve uluslararası tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarının da görevleri vardır (Kavuncubaşı, 2000:46).

Temel sağlık hizmetleri kentsel ve kırsal kesimlere eşit şekilde sunulmamaktadır. Kırsal kesimlerde temel sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz yönde etkileyen mesafe, sağlık kuruluşlarının ve sağlık insan gücünün yetersizliği gibi birtakım faktörlerin yanı sıra devlet tarafından kırsal kesimlere sunulan temel sağlık hizmetlerinin çeşitliliğinin kentsel kesimlere göre az olması da önemli bir etmendir.

Toplumumuzun kırsal kesimlerine sunulan temel sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri iken kentsel kesimlere yönelik temel sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin dışında tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir (Kızılcılık, 1996:131).

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE' DE 2002 YILI ÖNCESİ SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1 TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

Bu bölümde cumhuriyetin ilan edilmesinden 2002 yılına kadar olan sağlık politikalarının ve sağlık hizmetlerinin vatandaşlara sunulmasına kadar yapılan çalışmalar ile birlikte uygulanan yöntemler yer almaktadır. Bu bölüm başlığının ilk kısmında sağlıkta tarihsel süreç ve gelişim, ikinci kısımda ise sağlık hizmetlerinin düzeyinden söz edilecektir. Bir sonraki bölüm olan üçüncü bölümde ise, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) incelenecektir.

2.1.1 1920-1938 Dönemi Ve Sağlık Hizmet Yapılanması

I. Dünya savaşı sonrası Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılması ile birlikte sağlık hizmetleri birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınmış ve 3 Mayıs 1920'de kabul edilen yasa ile Sıhhiye ve Muavenati İçtimaiye Vekâleti kurularak sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlıkça yürütülen asli bir devlet görevi haline getirilmiştir. Toplumun sağlık statüsünü iyileştirme sorumluluğunu üstlenen, sağlık hizmeti sunma ve politika üretmekten sorumlu temel bir kurum olmuştur. Bu kurum şimdiki adıyla Sağlık Bakanlığı'dır (SB).

1920 yılında yani yasanın kabulünden sonra, TBMM Hükümeti'nin ilk sağlık bakanı olarak TBMM 'sinde seçilen Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında, ne yerleşmiş köklü bir örgüt ve alt yapı ne de gereksinimlere yanıt verecek yasal bir düzenleme vardı. Her şeyin yeniden ya da yoktan kurulması gerekiyordu. Bu nedenle de, günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının temellerinin bu yıllarda atıldığını söylemek yanlış olmaz (Akdur, 1998:24).

Cumhuriyetin ilk yıllarında (1923-1938) sağlık hizmetlerine ve yapılandırılmasına olağan üstü bir önem ve öncelik verilmiştir. Öyle ki, TBMM'sinin ana meşguliyetlerinden birisi sağlık hizmetleri ve yapılandırılmasıdır. Nitekim 1923'ü izleyen on üç yıl içinde sağlık sisteminin kuruluş ve örgütlenmesi amacıyla 50 yasa ve 18 tüzük çıkarılmış ve yürürlüğe konulmuştur. Bunların hepsinin ilk, kurucu ve kapsamlı yasalar olduğu göz önüne alındığında konunun önemi daha da belirgin hale gelir. Bunların belli başlıları tarih sırasına göre belirtecek olursak:

- 1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu,

- 1926 tarih ve 831 sayılı Sular Hakkında Kanun,
- 1926 tarih ve 1262 sayılı Türk Kodeksi Hakkında Kanun,
- 1927 tarih ve 984 sayılı Ecza Ticarethaneleri ile Sanat ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Müessir Kimyevi Maddelerin Satıldığı Dükkânlara Mahsus Kanun,
- 1927 tarih ve 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu,
- 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şua batı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun,
- 1928 tarih ve 1262 sayılı İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu,
- 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- 1933 tarih ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu,
- 1933 tarih ve 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun,
- 1935 tarih ve 2767 sayılı Sıtma ve Frengi İlaçları Kanunu,
- 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu,
- 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun.

1923 sayısal verileri incelendiğinde Türkiye’de 6437 hasta yatağı ve 86 hastane bulunmaktaydı. Bunlardan üçü Bakanlığa, altısı Belediyelere, 45’i il özel idarelerine, 32’si yabancı azınlıklara aitti.

Bu dönemde Sağlık Bakanlığının çalışmaları ile sağlık hizmeti sunumunda yeni adımlar atılarak sağlık sektöründe canlanma oluştuğu söylenebilir. Bu dönemde özellikle kentlerde inşa edilen yeni hastaneler ile sıtma ve verem hastalıklarına yönelik önemli ciddi çalışmalara başlanılmıştır (Berman ve Tatar, 2004:7).

1924 yılında Ankara, Erzurum, Diyarbakır ve Sivas’ta, 1936’da ise İstanbul Haydarpaşa’da olmak üzere 5 ilde hekimliğin bütün uzmanlık dallarını içinde toplayan Numune Hastaneleri kurulmuştur. Numune hastaneleri, yataklı ve ayakta tedavi hizmeti veren tam teşekküllü, uzman kadrosu ve o zamanın şartlarına göre modern olarak ifade edilecek hastanelerdi. Ayrıca İstanbul, Manisa ve Elazığ’da 3 adet ruh ve sinir hastalıklar hastanesi ve yine İstanbul ve İzmir’de iki adet Bulaşıcı ve Salgın Hastalıkları Hastanesi açılmıştır. 1925 yılından itibaren Ankara, Konya, Balıkesir, Adana, Çorum, Malatya, Erzurum ve Kars’ta doğum ve çocuk bakım evleri açıldı. 150 ilçede ücretsiz muayene ve tedavi hizmeti ile parasız ilaç veren dispanserler kuruldu. 1932 yılında hastane sayısı 177’ye, yatak sayısı 10.646’ya, dispanser sayısı 339’a ulaşmıştır (Metintaş ve Elçioğlu, 2007:166).

Cumhuriyetin ilan edilmesiyle, sağlıkta var olan yapılanmaların sayısal verileri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1 1923 Yılında, Cumhuriyet Kurulduğunda Türkiye'deki Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısı (Anadolu Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yönetimi Kitabı:50).

Kurumun Cinsi	Sayısı	Yatak Sayısı
Devlet Hastanesi	3	950
Belediye Hastanesi	6	635
Özel İdare Hastanesi	45	4520
Özel, Yabancı ve Azınlık	32	2402
Toplam	86	6437

Bu dönemde kurulan Hıfzıssıhha Enstitüsü, Sağlık Ocağı, Sağlık evleri, Sağlık Merkezleri, Dispanserler, gibi sağlık hizmeti sunan kurumların yapılanmaları, bazılarında bazı değişiklikler uygulanmakla birlikte bugünde hizmet anlamında hala bazı kurumlar varlığını korumaktadır.

1-Dr. Refik Saydam Dönemi Ve Sağlık Hizmeti:

İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar’dır. Ancak Cumhuriyet Hükümeti’nin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik SAYDAM’dır. 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli aralıklar dışında 1937 yılına kadar bu görevi sürdürmüştür. Türk Sağlık hizmetlerinin gelişmesinde en büyük etkisi olmuş Bakan’dır. Koruyucu Sağlık hizmetlerini ön planda tutmuş, hasta tedavi edici hizmetleri hükümet görevi olarak ele almamış, daha ziyade mahalli idarelere yol gösterici olmayı tercih etmiştir. Bu maksatla 5 ilde Sağlık Bakanlığına bağlı Numune hastaneleri kurmuştur. (Metin, 2002:3).

1925 yılında Sağlık Bakanlığı’na atanan ve sonraki dönemin sağlık hizmetlerine damgasını vuran Dr. Refik Saydam tarafından, kendi el yazısı ile 1925 yılında hazırlanan Cumhuriyet’in sağlıkla ilgili ilk çalışma programında; üç ana başlıkta toplanabilecek hedeflerle sağlık sorunlarına ilişkin çözümler üretilmesi planlanmıştır (Metintaş ve Elçioğlu, 2007:164,165):

1. İdari ve hukuki çalışma (mevzuat): Planlama yapmak, devlet sağlık örgütünü esnek ve yaygın hale getirmek, sağlıkla ilgili yasaları yapmak.
2. Kurumsallaşma: Bakanlık merkezini organize etmek, numune hastaneleri, sağlık merkezleri, sağlık istasyonları, doğum ve çocuk bakımevleri açmak, sağlık örgütünü köylere yaymak, Hıfzıssıhha Okulu ve hıfzıssıhha enstitüleri kurmak.

3. Personel temini: Bakanlık merkez kadrosunun oluşturulması, hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek, sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla savaş ekipleri kurmak.

Dr. Refik Saydam tarafından sivil yönetime paralel olarak kurulan sağlık örgütü, merkezde Sağlık Bakanı ve Bakanlık Örgütü, illerde valiye bağlı ve onun sağlık işlerinde danışmanı olan sağlık müdürü ile ilçelerde kaymakama bağlı ve kaymakamın danışmanı olan hükümet tabibinden oluşmaktadır. Cumhuriyet'in ilk on beş yılı içinde nüfusun %90'ından fazlası kırsal kesimde yaşadığı için sağlık örgütlenmesinin kilit noktasında Sağlık Bakanlığının kırsal bölgelerdeki temsilcisi durumunda olan hükümet tabipleri bulunmaktadır. Hükümet tabibinin pek çok görevi bulunmaktadır. Bu görevler dört ana başlık çerçevesinde toplanabilir.

1. Koruyucu hekimlik görevleri,
2. İyileştirici hekimlik görevleri,
3. Adli hekimlik görevleri,
4. Sağlık yöneticiliği görevleridir.

Ayrıca Dr. Refik Saydam başkanlığında 2 Eylül 1925 yılında Ankara'da 1. Milli Türk Tıp Kongresi toplanmıştır.

2.1.2 1938-1960 Dönemi Ve Sağlık Hizmet Yapılanması

Bu dönem Dr. Behçet Uz Dönemi olarak da incelemek mümkündür.

1-Dr. Refik Saydam Dönemi ve Sağlık Hizmeti:

Dr. Saydam Dönemi'nden sonra sağlık politikası anlamındaki ilk önemli girişim; 1946 -1950 yılları arasında bakanlık yapan. Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanan Yüksek Sağlık Şurası'nın onayından geçen, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"dır. Bu Sağlık Planı'na göre 20.000 nüfusa hizmet verecek Sağlık Merkezleri tasarlanmış, on hasta yatağının bulunacağı bu merkezlerde, iki hekim, on bir hekim dışı sağlık görevlisinin görev yapması, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edilmesi öngörülmüşse de bu plan uygulamaya tam olarak konulamamıştır ve sağlık merkezleri ilçelerden öteye gidememiştir. Daha sonra ilçe merkezlerine kurulan sağlık merkezleri 10-25 yataklı tedavi merkezlerine dönüştürülerek açılmaya başlanmış ve amaçtan sapılmıştır.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkmış olan sıtma, suçiçeği, sifiliz ve cüzam ile mücadele etmek için “Olağandışı Sıtma Kontrolü Yasası” çıkarılmış ve hastalığa odaklı dikey örgütsel yapılar geliştirilmiştir. 1945’de Sosyal Sigortalar Kurumunun (SSK) da temellerini atan İş Güvenliği Yasası çıkarılmış ve hizmet İstihdam alanındaki SB tekeli ortadan kaldırılmıştır (Özbay ve diğerleri, 2007:99).

2-1951-1960 Dönemi Sağlık Hizmeti:

1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuş. Bu kurumun, 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlaması ile ülkede sağlık hizmeti sunumu ve sağlık personeli istihdamının sadece SB'nin yerine getirmesi gerektiği anlayışının dışına çıkmıştır (Fişek, 1983:161,162). 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlayan Sosyal Sigortalar Kurumunun, finansmanının yanı sıra sağlık örgütü, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkilerine sahip olması sağlanmıştır. Özel idare hastanelerinin 1953 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak tüm hastane hizmetlerinin merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmesinin bir sonucu olarak, il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazandırılmış (Akdur, 1998:26) ancak 1954'te çıkarılan özel bir kanunla, özel idare, belediye ve vakıf hastanelerinin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na (SSYB) devredilmesi öngörülmüş, SSK ve iktisadi devlet kuruluşları da hastane işletmeye başlamışlardır.

1950'li yıllarda Batı tipi demokrasiye geçilen bu dönemde Sağlık Bakanlığı tedavi hizmetleri vermeyi de üstlenmiş, belediye hastanelerinin tamamına yakını kamulaştırılarak Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Yeni devlet hastaneleri de açılarak kırsal kesimlerde görev yapan sağlık çalışanları kent hastanelerinde görevlendirilmiştir. 1960 ihtilalinden sonra sektörler arası bir yapı olan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuştur. DPT'nin koordinasyonu ile sağlık da dahil olmak üzere tüm sektörler yeniden düzenlenmiş ve planlı kalkınma dönemine geçilmiştir (Ergör ve Öztekin, 2000:195).

Emekli Sandığı'nın kurulması ve sosyal sigorta kapsamının geliştirilmesi yönündeki çalışmalara başlanmıştır. Bölge bazlı bazı kurumsal örgütlenmeler bu dönem içerisinde gerçekleştirilmiştir. Bölgesel numune hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, 1949 yılında verem savaşı için “verem savaş dernekleri”, 1952 yılında ise “ana ve çocuk sağlığı örgütü” kurulmuş, AÇS merkezleri, şubeleri ve istasyonları açılmıştır.

Bu dönemde de sağlık hizmetlerinin organizasyon ve sunumuna ilişkin yasal düzenlemelere yönelik çalışmalar devam ettirilmiş ve bu yasalardan bazıları halen uygulanmaktadır. Bu yasalar:

- 1940 tarih ve 3958 sayılı Optisyenlik ve Optisyenler Yasası,

- 1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Yasası,
- 1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Yasası,
- 1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Yasası,
- 1956 tarih ve 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Yasası.

1960 yılına gelindiğinde, ülkede hekim sayısı 9826, hemşire ve yardımcı hemşire sayısı 2420, ebe ve köy ebesi sayısı 3126 olmuştur. Ülkede sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için Sağlık Bakanlığı'na önerilerde bulunmak üzere yabancı uzmanlar davet edilmiştir.

2.1.3 1961-1980 Dönemi Ve Sağlık Hizmet Yapılanması

1960 yılından sonra planlı dönem başlamıştır. Hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun içinde halk sağlığı hizmetlerine öncelik vermesi gerektiği belirtilmiştir. Bu amaca ulaşmak için tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı olan hastane hizmeti yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Planın öngördüğü hedefler yönünde, sağlık hizmetleri yeniden örgütlenmiş ve bu amaçla, Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan 5 Ocak 1961 tarihinde "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 Sayılı Kanun)" kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri tarihimizde "Sosyalleştirme Dönemi" olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır (Akdur, 1999). Uygulamasına, 1963 yılında başlanan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 1977 yılında tüm ülkeye yayılması hedeflenmişti. 1982 yılında ise her 5000 kişiye "sağlık ocağı" kurulmasının tamamlanması öngörülmüştü (Akdur, 1998:31).

224 Sayılı yasa, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur. Bu Yasa ile, sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi (entegre edilmesi) ve tek elden yurda yayılması öngörülmüş ve amaçlanmıştır (Öztek, 1992). Uygulamaya 1963 yılında Muş ilinde başlanılmış, ancak uygulama öngörüldüğü gibi yaygınlaştırılamamıştır. Programın başarısız olması nedeni ile sağlık hizmetlerinin iyileştirmek için yeni önlemler alınmasına gerek duyulmuş, 1978 tarih ve 2162 sayılı "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Kanunu" çıkarılmıştır. Tam gün çalışanlara ek ödenekler getiren bu yasa 1980 yılında kaldırılmıştır.

Sonraki yıllarda da gündemden düşmeyen genel sağlık sigortası kavramına ilişkin kanun, Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı ilk olarak 1967’de hazırlanmış, fakat Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır. 1967’deki İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planıyla Genel Sağlık Sigortası’nın oluşturulacağı beklentisi doğmuş, taslak kanun TBMM’ye sunulmuş fakat kabul edilmemiştir. 1974’te Meclise tekrar sunulmuş fakat bu kez de tartışılmamıştır.

1970-1980 yılları arası sağlık politikalarında önemli bir değişim yaşanmamakla birlikte sağlık hizmetleri mevcut sistemin doğal ivmesiyle gelişmiştir.

2.1.4 1980-2002 Dönemi Ve Sağlık Hizmet Yapılanması

1950’li yıllarda sağlık alanından özel sektör çalışmaları 1970’lerde de bu çalışmalar üstünlüğünü koruduğu izlenmektedir. Cumhuriyet tarihinde ilk defa, 1982 Anayasası ile siyasi anlamda resmi bir nitelik oluşturmuştur (Ateş, 2002:275). Böylece, sağlık hizmetlerinde "Aktif Özelleştirme Dönemi" diyebileceğimiz döneme geçilmiş ve TC Anayasası bu yönde yeniden düzenlenmiştir. 1961 Anayasası’nda yer alan ve “sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren” maddeler 1982 Anayasası ile kaldırılarak onların yerine, “bu hizmetleri devletin gözeteyeceğini, düzenleyeceğini” ifade eden maddeler yerleştirilmiştir. 1982 Anayasası ile ilk kez sağlıkla ilgili özel alanda çalışmalardan bahsedilmiştir.

1982 Anayasası, sağlık hizmetleri ve idaresinde 1961 Anayasası’ndakilere benzer hükümler içermektedir. Madde 60’da herkesin “sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ve bunun devletin sorumluluğu altında olduğu” ifade edilir. Genel Sağlık Sigortası ise Madde 56’da yer almakta ve “Genel Sağlık Sigortası oluşturulabilir” hükmü ile ifade edilmektedir. 1980’lerde, 1961’de başlayan toplumsallaşma politikalarının gelişimine şahit olunmuştur. Sağlık finansmanı yönetimindeki büyüme ile 1987 yılında genel sağlık sigortası konusu yeniden gündeme gelmiş fakat konu ile ilgili yasal düzenlemeler tamamlanamamıştır. Aynı yıl Ana Sağlık Hizmetleri Yasası çıkmakla birlikte bu yasa ile ilgili düzenlemeler de bugüne kadar uygulanamamıştır.

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) sağlık sektörü ile ilgili kapsamlı bir plan oluşturmuş, bu planla ilgili olarak 1992’de; Birinci Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış ve yeniden yapılanma süreci başlamıştır. 1993’de yapılan İkinci Sağlık Kongresi’nde ulusal sağlık politikaları belirlenmiştir. Sağlık reformları Yedinci ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Temel Yapısal Projeleri içerisinde de yer almıştır. Bu yıllardan sonra da sosyal güvenlik kapsamında yer almayan ve ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinin karşılanabilmesi için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir (Akdağ, 2008:100).

1993’de yapılan İkinci Sağlık Kongresi’nde alınan kararlardan bazılarında yeni düzenlemeler yapılmış fakat beklenen sonuçlar elde edilememiştir. Hastanelerin özelleştirilmesi ve özzerleştirilmesine yönelik çalışmalardan da bu yıllarda bir sonuç alınamamıştır.

2003 yılı başı itibariyle Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmış, bu çerçevede daha önce yapılması planlanan ve kalkınma planlarında yer alan konularla, yeni yaklaşımları da içeren bu program ile sağlık sisteminde bir değişim başlatılması hedeflenmiştir.

2.2 SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÜZEYİ

Bir ülkenin sağlık hizmet düzeylerini özetleyecek olursak şu şekilde ifade edebiliriz: Özel öneme sahip kamu harcamaları içerisinde sağlık hizmetleri çok boyutlu ve bütünsel hizmetler zinciridir. Bu nedenle bir ülkenin kalkınma ve refah düzeyinin yükseltilmesinde “araç” ve “amaç” olma özelliğini taşıyan yarı kamusal hizmetlerdir. Her ülkenin sağlık örgütlenmesi kültürü, halkının yaşantısı ve alışkanlıklarından etkilenmektedir (Yeginboy ve Yeginboy, 1993:93).

Sosyal devlet anlayışı içerisinde insana yapılan yatırımlar, temel devlet işlevleri içerisinde yer alır. Bu yatırımlar sağlık hizmetleri ve eğitim hizmetleri olarak birbirinin tamamlayıcısı ve sağlıklı toplumların oluşmasının temel taşlarıdır. Sağlık hizmetleri ile birey birbirinden ayrılmaksızın birbirini bütünselirici değerlerdir. Çünkü sağlıklı bireyin sağlığını koruyarak, sağlıklı bireyin de iyileşerek sağlıklı bir duruma gelip, ülke ekonomisine katkısına, ekonomik hayatın sürmesine ve gelişmesine olanak sağlar. (Yeginboy, 2007:1).

Bu bölümde amaç Cumhuriyet döneminin 85 yıllık döneminde,1. İktisat Kongresinden 2002 yılına kadar varılan noktanın sağlık hizmetlerinde gerçekleşenlerin değerlendirilmesinde sayısal verilerin irdelenmesini gerçek durumu göstermekte yol gösterici olacaktır.

2.2.1 Sağlıkta İnsan Gücü Uygulamaları

Cumhuriyetten günümüze dek, izlenen sağlık insan gücü politikasında iki ayrı dönem dikkati çekmektedir. Bunlardan birisi Cumhuriyet’in kurulması sırasında başlayarak 1980'lere dek süren dönem, diğeri de 1980'lerden günümüze dek süren ve günlük uygulamaları 2003'ten sonra hız kazanan dönemdir.

1923 yılında tüm ülkede 554 hekim, 60 eczacı, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile hizmete başlanmıştır. Hekim başına düşen nüfus 1923 yılında 30.000 dolayındadır. Bu sayılar Cumhuriyet

yönetiminin çok yetersiz bir personel sayısı ile hizmete başladığını göstermesi açısından önemlidir (Metindaş, 2007).

Cumhuriyetin kuruluş yıllarında, sağlık hizmetlerinin önemli ve öncelikli bir devlet görevi olarak algılanmasına koşut olarak; sağlık personeli yetiştirilmesi ve istihdamı da yine bir devlet görevi olarak algılanmıştır. Devlet tarafından yürütülen sağlık insan gücü uygulamalarının temelini;

- Sayıyı arttırmak,
- Niteliği yükseltmek,
- Kamuda çalışmayı özendirme,
- Personeli yurt sathına yaymak özellikle kırsal bölgelere göndermek,
- Uzman personel ile uçta çalışacak personel (pratisyen hekim, ebe, halk sağlığı hemşiresi vb.) dengesini sağlamak düşünce ve amaçları oluşturmaktadır.

Tüm kamuda çalışan hekim ve sağlık personelinin atamaları tek elde ve Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığında toplanarak disiplin altına alınmıştır. Atama ve yükseltmelerde tarafsızlık ve hakkaniyeti sağlamak ereğiyle tüm atama ve yükseltmeler "Bakanlık Encümeni" adı verilen kurulda incelenerek / kararlaştırılarak yapılmıştır. Bakanlığın tüm birim amirlerinden oluşan bu kurulun, bazı istisnalar dışında, kararlarında oybirliği esas alınmıştır. Personelin atanma ve yükseltilmesinde liyakat ve kariyere olabildiğince özen gösterilmiştir. Böylece personelin kendi sınıfı içinde üst derece ve makamlara yükselebilmesi yolları açık tutularak yaygın bir hakkaniyet duygusu ve düşüncesi sağlanmıştır. Bu diziden olmak üzere, sağlık müdürleri belli bir süre ve belli yerlerde çalışmış ve kendini kanıtlamış olanlar arasından seçilmiştir. Müsteşarlık ve genel müdürlük gibi makamlara en uçtan başlayarak kademe kademe yükselen hekimler getirilmiştir. Bu dönemde "hekimin amir hekim olması" ilkesine özen gösterilmiş ve belli idari birimler dışında kalan birimlerin amirliklerinin hekim olması yasa gereği haline getirilmiştir.

Bu uygulamalar oldukça başarılı sonuçlar vermiş, Cumhuriyetin ilk yıllarında 554 hekim varken, bu sayı 1928'de 1078'e, 1940'ta 1500'e, 2002 yılında ise 95190'a ulaşmıştır (TÜİK, 1923-2004). Günümüzde bu sayının 100 bini aştığı bilinmektedir. Aynı şekilde 1928 yılında 130 olan hemşire sayısı 1940'ta 405'e 2002 yılında ise, 79059'a yükselmiştir. Başka bir anlatımla; 1930 yılında bir hekime 12217 kişi, bir hemşireye 71485 kişi ve bir eczacıya 113701 kişi düşerken, 2000 yılında bu sayılar sırası ile; 792, 942, 2898 olmuştur(TÜİK, 1923-2004).

Tablo 2 Türkiye’de Bir Sağlık Personeline Düşen Kişi Sayısının Yıllara Göre Dağılımı (1930-2000) (İstatistikî Göstergeler 1923-2004 TC Başbakanlık, TÜİK).

YIL	HEKİM	HEMŞİRE	ECZACI
1930	12217	71485	113701
1940	11819	43773	137426
1950	6890	28859	160054
1960	2799	11366	19563
1970	2228	4016	11731
1980	1631	1653	3685
1990	1109	1248	3556
2000	792	942	2898

Tablo 3 Son Yıllarda Türkiye’de Sağlık Personelinin Yıllara Göre Dağılımı (1995-2003) (Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu)

Personel Grupları	YILLAR						
	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2003
Toplam Hekim Sayısı	69349	70947	73659	77344	81988	90757	97763
Uzman Hekim	29846	31126	32511	34189	36854	41907	46563
Pratisyen Hekim	39503	39821	41148	43155	45134	48850	51200
Diş Hekimi	11717	12406	12737	13421	14226	15866	18073
Eczacı	19090	19681	20557	21441	22065	22922	23632
Sağlık Memuru	39342	39165	39658	41461	43032	45560	50432
Hemşire	64243	64526	67295	69146	70270	75879	82246
Ebe	39551	38945	40230	41059	41271	41158	41273

1960'lara gelindiğinde, hekim sayılarındaki ve niteliğinde sağlanan büyük iyileşmeye karşın, kırsal / kent, uzman / pratisyen ve kamu / özel dağılımındaki dengesizlik hala giderilememiştir. Özellikle kırsaldaki kamu kuruluşlarında, başta hekim olmak üzere, çalıştırılacak sağlık personeli bulunamamıştır. 224 Sayılı Yasanın uygulamaları sırasında getirilen

- 1) Sözleşmeli statü ve mahrumiyet ödeneği aracılığı ile yüksek ücret,
- 2) Sağlık ocağında çalışanlara uzmanlık sınavlarında sosyalleştirme puanı,

- 3) Öğrenci iken burs vererek karşılığında mecburi hizmet gibi uygulamalarda soruna köklü bir çözüm getirememiştir.

Cumhuriyetten sonra 1980'li yıllara dek personel istihdamı alanında getirilen; yatılı öğrencilik, burs, yüksek ücret, sınav puanı gibi uygulamaların hemen tamamı gönüllülük esasına dayanan ve özendirmeye yönelik uygulamalardır.

1970'lerin başına doğru, bir yandan, sözleşmeli hekim çalıştırılması, mahrumiyet ödeneği, sağlık ocaklarında çalışanlara yüksek ücret verilmesi, uzmanlık giriş sınavlarında sosyalleştirme puanı verilmesi ve benzeri uygulamalar yürürlükten kaldırılarak sağlık personelinin kırsalda ve sosyalleştirilmiş hizmetlerde çalıştırmayı özendiren uygulamalardan vazgeçilirken öte yandan da sosyalleştirilmiş hizmetler alanına yapılan yatırımlar kısıtlanmıştır. Bu durum yalnızca sağlık ocaklarında çalışan hekimleri etkilememiş sosyalleştirilmiş illerde çalışan tüm personelin özlük haklarının büyük oranda gerilemesine neden olmuştur. Bu uygulamaların bir sonucu olarak; çalışan hekimlerin kır / kent, kamu / serbest dağılımındaki dengesizlikler tekrar derinleşmiş genelde kamuda özelde ise kırsalda çalışacak personel bulunamaz olmuştur.

Böyle bir ortamda, zamanın sağlık bakanı Dr. Mete Tan tarafından hazırlanarak 29.6.1978 tarihinde TBMM'de kabul edilen, 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışma Esaslarını Belirleyen Kanun, kamuda ve kırsalda çalışan sağlık personelinin ücretlerinde anlamlı bir yükselme getirmiştir. Bu uygulama hemen sonuç vermiş kamu kuruluşlarında ve kırsalda çalışan personelin sayısında önemli iyileşmeler görülmüştür. Bu uygulamaya da Eylül 1980 olayı ile son verilmiştir.

1980 olayı ile topluma dayatılan yeniden yapılandırma hareketi ile birlikte sağlık politikası da kökten değişmiş, bunun alt bileşeni olan sağlık insan gücü politikası da bu değişimden büyük oranda etkilenmiştir. Bu değişimin başlıca uygulamaları şöyle özetlenebilir:

- 1) Kamuda çalışmayı özendirme uygulamalardan vazgeçilerek, gereksinim duyulan insan gücünü mecburi hizmet, rotasyon ve benzeri zorlama yöntemlerle sağlanmaya çalışılmıştır,
- 2) Hekim ve diğer sağlık personeli sayısını hızla arttırılarak, bir yandan ücretler baskı altına alınırken öte yandan da kamu ve kırsalda çalışmalarını sağlanmak istenmiştir,
- 3) Atama ve yükseltmelerde şeffaflığı ve hakkaniyeti sağlayan düzenekler ortadan kaldırılmıştır.

Bu amaçlarla, 21.08.1981 tarihinde 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun kabul edilmiş, plansız, programsız ve altyapısız onca tıp fakültesi ve

sağlık meslek liseleri açılmıştır. Sonuçta kamuda çalışan sağlık personelinin benzer düzeydeki personele göre ücret ve diğer özlük haklarında büyük kayıplar ortaya çıkmıştır. Artan sayıya paralel olarak, serbest çalışma koşulları da ağırlaşmış ve bu şekilde çalışanların gelirlerinde de gerileme yaşanmıştır. Uygulamaların tüm bu olumsuzluklarına karşın, sağlık personelinin bölgeler ve kurumlar arasındaki dengesiz dağılımı giderilememiş özellikle kırsalda gerekli sayıda personel bulunamamıştır.

Cumhuriyetin başlangıç yıllarındaki hükümetlerin sağlık insan gücü alanındaki kamuyu özendirici uygulamaları nedeniyle, kamuda çalışan hekimlerin statü ve özlük hakları bugünkünden çok daha iyi olmuştur. Sayının az olmasının getirdiği avantaj nedeniyle, serbest çalışma alanı da gerek gelir ve gerekse diğer konular açısından oldukça avantajlı olmuştur. Bu nedenle de, o yıllarda, hekim hakları yaygın bir tartışma alanı ya da konusu olmamıştır. 1980'den sonra yürürlüğe sokulan uygulamalar, başta hekimler olmak üzere tüm sağlık personeli sürekli bir statü ve özlük hakkı kaybı yaşatmaktadır. Günümüze kadar gelinen ortamın doğal bir sonucu olarak, gerek sağlık personeli arasında ve gerekse ilgili çevrelerde hekim ve sağlık personeli hakları en çok tartışılan konulardan biri haline gelmiştir.

2.2.2 Örgütlenme Ve Fiziki Yapı

Cumhuriyet ilan edildiğinde, Sağlık Bakanlığı ve tüm ülkeyi kapsayan bir sağlık örgütü olmadığı gibi, sağlık hizmeti sunan kurum ve birimlerin sayısı da son derece yetersizdir. Var olanlar ise birkaç büyük kente toplanmıştır.

Yukarıdaki 1920-1938 döneminde bahsettiğim gibi, 2 Mayıs 1920 gün ve 3 sayılı Kanunla "Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti" kurulduktan sonra, Türkiye Büyük Millet Meclisi ilk sağlık bakanı olarak, Dr. Adnan Adıvar'ı seçti. Bakanlık iki katlı eski bir Ankara evinde çalışmalarına başlamıştır. Bir bakan ve iki bakan yardımcısı olmak üzere toplam üç personeli vardır. Başlangıçta ağırlıklı olarak Milli Mücadele'nin askeri sıhhi hizmetlerini koordine edilmiştir ve bir yandan da geleceğin programını oluşturmuşlardır (Metindaş, 2007).

Halka hizmet veren birimler kurmak amacıyla 1924 yılında 150 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evi kurulması kararı alınmıştır. Muayene ve Tedavi Evleri, 5 - 10 yataklıdır. Beş yataklı olanlarda hükümet tabipleri, 10 yataklı olanlarda ise ayrı bir hekim görevlendirilmiştir. Muayene ve tedavi evlerinde hasta muayenesi ücretsiz olup, yoksul hastaların ilaçları da parasız verilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan muayene ve tedavi evlerinin sayısı, 1936'da 180'i, 1942'de

200'ü bulmuştur. Bu tür sağlık evlerinin gelişmiş bir örneği, ilk defa Etimesgut'ta 1932'de açılan "İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri" dir (Aydın, 2002).

Öte yandan var olan hastanelere de yenileri eklenmeye başlanmıştır. 1922 yılında 100 olan yataklı kurum sayısı, 1932'de 177'ye, 7127 olan yatak sayısı 10646'ya, 22 olan dispanser sayısı 339'a çıkarılmıştır. Dispanserlerde 1922'de 189 yatak varken bu sayı 1932'de 1318 olmuştur. 1924 yılında Ankara, Erzurum, Diyarbakır ve Sivas'ta, 1936'da ise İstanbul Haydarpaşa'da hekimliğin bütün uzmanlık dallarını içinde toplayan Numune Hastaneleri kuruldu. Numune Hastaneleri, yatılı-ayakta-poliklinik mesaisi olarak tedavi eden tam teşekküllü, uzman kadrolu, modern donanımlı hastanelerdir. Adından da anlaşılacağı gibi, bu hastaneler kanalıyla ülke çapında sağlam bir model yaratılmaya çalışılmıştır (Özden, 2005).

Cumhuriyet'in ilk yılında; 86 hastanede 6437 hasta yatağı var iken, 2005 yılında bu sayılar, sırası ile; 1198 hastane ve 192685 hasta yatağına yükselmiştir. Başka bir anlatımla 1923 yılında 10000 kişiye 5.1 yatak düşerken, bu sayı 2005 yılında 10000 kişiye 26.7 yatağa yükselmiştir (SB İstatistik Yıllığı, 2005).

Tablo 4 Türkiye'de Yataklı Kurum ve 10000 Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısının Yıllara Göre Dağılımı (1923-2005) (Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005, <http://www.saglik.gov.tr/>).

YILLAR	KURUM SAYISI	1000 Nüfusa Düşen Hasta Yatağı Sayısı
1923	86	5,1
1930	182	7,8
1940	198	8,0
1950	301	9,0
1960	566	16,6
1970	746	20,3
1980	827	22,2
1990	899	24,0
2000	1226	25,8
2005	1198	26,7

1923'ten sonra, birinci basamak sağlık kuruluşu olarak benimsenen birim, özünde ilçe temelinde örgütlenmiş olan hükümet tabiplikleridir. İl merkezlerinde genel idari işler valiye karşı sorumlu olan sağlık müdürlükleri aracılığı ile yürütülmektedir. Yine buralarda kurulan merkez hükümet tabipliklerinde ilin nüfusuna göre birden fazla hükümet tabibi bulunur ve bunlar aralarından görev / bölge dağılımı yapmışlardır. İlçelerdeki hükümet tabiplikleri kaymakama karşı sorumlu olarak

hem genel idari işleri hem de tıbbi işleri birlikte yürütmekteydiler. Hükümet tabipleri birinci basamak sağlık hizmeti bağlamında; başvuran hastaların tanı ve tedavisi yanında adli tabiplik ve özellikle de bulaşıcı hastalıklarla savaş ile yükümlüydüler. Bunlar özel muayenehane açabilmekte, buldukları yerde eczane yoksa ilaç satabilmekteydiler.

Birinci basamağa yönelik olarak; Hükümet Tabipliklerine “Sağlık Merkezleri”, “Verem Savaş Dispanserleri”, “AÇS Merkez veya Dispanserleri” “ İşyeri Hekimlikleri ve SSK Dispanserleri” ve Sıtma, Trahom Muayene İstasyonları gibi çeşitli ad ve işlevde birimler eklenmiş ise de, “temel sağlık hizmetleri” 1923’ten 1980’e dek Hükümet Tabiplikleri aracılığı ile yürütülmüştür.

Yukarıda bahsettiğimiz üzere, 1961 Anayasası’nın 49. Maddesinin gereğini yerine getirmek ve Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hedeflerini gerçekleştirmek üzere; 5 Ocak 1961 tarihinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilerek sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiştir. Böylece birinci basamak sağlık hizmetlerinde, idari bölümlere paralel özellikle de ilçe temelinde örgütlenmiş olan hükümet tabiplikleri yerine nüfusu temel alan sağlık ocakları sistemine geçilmiştir. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Sistemi 1970’li yıllardan sonra iktidara gelen hükümetlerce benimsenmemiş ve bu nedenle de sisteme gerekli ve yeterli desteği görmemiştir. Bunun bir sonucu olarak; Sağlık Ocakları, bir yandan insan gücü ve teknik donanım olarak yoksunlaşırken öte yandan da Türkiye’de yaşanan nüfus değişimlerine ayak uyduramamıştır. Bu durum kentlerde toplumun sağlık ocaklarını benimsemesinde, özellikle de tedavi edici hizmetler ve sevk sisteminde sorun yaratmıştır. Buna rağmen, 2005 yılı itibariyle sayısı 6203’e ulaşan Sağlık Ocakları, hizmet verdiği bölgedeki Temel Sağlık Hizmetlerinin tüm sorumluluklarını üstlenecek nicelik ve nitelikte olmuştur.

Tüm dünyada koruyucu hizmetler; ana-çocuk sağlığı, okul sağlığı, işçi sağlığı, yaşlı sağlığı ve ergen (adölesan) sağlığı gibi adlarla anılan programlar çerçevesinde yürütülmektedir. Türkiye’de, bu programlardan yalnızca ana-çocuk sağlığı yaygın olarak uygulamaya sokulmuştur. Bu programında tüm Türkiye’de ve gereğince yürütülebildiği söylenemez. Başka bir söylemle, bu türden koruyucu hizmetler ana ve çocuklara kısmen ulaşabilirken; işçilere, yaşlılara ve ergenlere hiç ulaşmamaktadır. Tüm dünyada 1800’lü yıllarda başlanan okul sağlığı çalışmaları Türkiye’de yok denecek kadar azdır.

Engellilerin sağlık hizmetlerine ulaşmasında sorunlar vardır. Gereksinim duyduklarında kolayca erişebilecekleri ve bilgi alabilecekleri birim ve kuruluşlar yoktur. Yaygın olarak uygulamaya geçirilmiş ergen sağlığı programları yoktur. Sağlık Bakanlığı’nca, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa bütünleşmesi konusunda bazı özel programların başlatılmış olmakla birlikte, bu

programlar yaygınlaştırılmamış ve gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında Türkiye, birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda geri kalmıştır.

Sağlık hizmetleri gerek örgütlenme biçimi ve gerekse yönetim yapısı açısından, çok merkezli bir yapı göstermektedir. Hizmet planlaması, üretimi, finansmanı ve denetiminde çok çeşitli kurum ve kuruluş söz sahibidir. Buna karşılık koruyucu sağlık hizmetleri tamamen, tedavi edici hizmetler ise ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir. Ayrıca diğer kamu kurumları ve kuruluşları hastaneleri ile azınlıklara ait hastanelerde tedavi hizmeti üretilmektedir. Muayenehaneler ve özel hastaneler tedavi hizmeti üreten diğer bir grubu oluşturmaktadır. Hizmet üreten tüm bu kuruluşlar arasında etkili bir eşgüdüm sağlanamaması, var olan sorunları daha da ağırlaştırmaktadır.

Sağlık sisteminin politika ile iç içe olan yapısı hizmetlerin etkili ve verimli sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Her iktidar değişikliğinde, Sağlık Bakanlığı'nın temel hedeflerinin gerçekleşmesinde önemli rolleri olan bürokratik kadro ile tüm kurum ve kuruluşların yöneticileri değişmektedir. Bu durum bazen yönetimin sürekliliğini etkileyecek sıklıkta ve boyutta olmaktadır.

Sağlık hizmetlerindeki yönetim ve örgüt yapısı, çalışanlar ve halkın yönetime katılmasına olanak sağlamamaktadır. Bu durum, iletişim, karar alma, uygulama ve diğer yönetsel işlev alanlarında sorunlara yol açmaktadır.

Türkiye'de sağlık sektörünün yönetim ve örgütlenmesinde ortaya çıkan sorunların altında yatan diğer önemli bir etmen de yeterli ve etkili bir enformasyon sisteminin olmamasıdır. Yalnızca, Sağlık Bakanlığı bünyesinde ve belirli ölçülerde veri toplayabilen bir veri toplama sistemi vardır. Diğer kamu kurumlarına bağlı sağlık kuruluş ve birimlerinden veri akışı eksik ve hatalıdır. Özel hastane ve muayenehanelerde yürütülen hizmetler ise gerek istatistikî veriler anlamında ve gerekse ekonomik veriler anlamında kayıt ve denetim dışıdır. Sağlık Bakanlığı'nda veri toplama ve değerlendirme işlemlerini yürüten Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü 1982 yılında kapatılmıştır. Böylece, veri toplama ve değerlendirme sistemi belli bir sahiplilikten yoksun kalmıştır. Bakanlıkta her genel müdürlük kendine ilişkin konularda veri toplamaktadır. Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, diğer bakanlıklar, işyerleri, özel hekimler vb. kendisine bağlı olmayan birimlerden yeterli veri alamamaktadır. Böylece var olan sistemde bazı veriler hiç toplanamamakta, bazıları yetersiz toplanmakta, toplanabilen veriler ise bilgiye dönüştürülmemektedir. Verilerin kalitesinin düşük olduğu bilindiğinden, yöneticilerce kullanılmamaktadır. Bu kısır bir döngü yaratmakta, yöneticilerden kalitenin yükseltilmesi için herhangi bir istek ve öneri de gelmemektedir. Böylece sağlık sektörünün her düzeyinde

kanıta/bilgiye dayalı yönetiminden uzaklaşmaktadır. Planlama, uygulama ve karar alma süreci tamamen politik tercihlere dayalıdır. Hizmetlere, standardizasyon getirecek, kalite kontrolü yapacak bir düzenek de yoktur.

Türkiye’de ilaç ve tıbbi malzemede tamamen dışa bağımlılık, hizmetleri olumsuz etkilemektedir. Reçetesiz ilaç satılması ya da böyle bir tanım yapılması özünde ilaç tüketimini hekim kontrolünden çıkarmayı ve böylece de ilaç tüketimini körüklemek isteyen bir yaklaşımdır.

Son nüfus sayımına göre Türkiye’de nüfusun yüzde 35’i kırsal alanda ve köyde yaşamaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinden, kentlerdekilere göre köylerdeki nüfus daha az yararlanmaktadır. Çünkü sağlık kurum ve kuruluşlarının kent ve kır arasında sayısal dağılımında eşitsizlikler vardır. Ayrıca kırdan var olan kurumların olanakları özellikle de sağlık personeli yetersizdir ve bu duruma ilave olarak sosyal güvence yoksunluğunun da eklenmesi ile sorun daha da ağırlaşmaktadır. Bu durum, kırdaki sağlık düzey ölçütlerinin daha bozuk olması yanında, kişilerin kırdan kente göçünü artırıcı bir etmen olarak da rol oynamaktadır.

2.2.3 Finansal Durum Ve Uygulamalar

Türkiye’de, Cumhuriyetin başından beri sağlık hizmetlerinin finansmanında ciddi sorunlar yaşanmıştır. Bunda kaynak yetersizliğinin yanında, sağlık hizmetlerinin finansmanı için belli, açık ve yalın bir politika çizilmemiş olmasının payı da vardır. 2000’li yıllara dek sağlık harcamalarının karşılanmasında karma bir sistem (kamu-özel / kamuda da kamu sigortası-genel bütçe, özel vergi vb.) uygulanmıştır.

Sağlık harcamalarının düzeyini gösteren üç temel gösterge vardır. Bunlar;

- Toplam sağlık harcaması,
- Toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hâsılaya (GSYİH) oranı,
- Kişi başına düşen sağlık harcamasıdır.

2005’li yıllara dek, Türkiye’deki sağlık harcamaları, bu üç gösterge açısından da gelişmiş ülkelere göre bir hayli düşük olmuştur. Toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki oranı yıllar itibari ile %3 ile %4 arasında değişmektedir. Bunda sağlık harcamalarının gerçekten düşük olması yanında yanlış hesaplamaların ya da kayda girmeyen harcamaların da payı olmuştur.

Son yıllarda, finansman politikasında köklü değişiklikler olmuştur. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerindeki harcamalarda büyük artışlar olmuştur. 2004 yılında yayınlanan Ulusal Sağlık Hesapları çalışmasına göre, Türkiye’de toplam sağlık harcaması 1999 yılında 26.000 milyon

ABD doları (Satın Alma Gücü Paritesi) ve 2000 yılında 30.057 milyon ABD doları (Satın Alma Gücü Paritesi) olarak gerçekleşmiştir. Bu rakam 1999 yılında GSYİH'in %6,4'üne, 2000 yılında ise GSYİH'in %6,6'sına denk gelmektedir. Günümüzde, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'e olan oranı %6-7 bandına yükselmiştir (DPT, 2005). Bu oran AB ülkelerinin gerisinde olmayan bir orandır.

Tablo 5 Türkiye'de Sağlık Harcamaları (1999-2000) (Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu).

	1999			2000		
	Milyon YTL	Milyon ABD \$	Milyon SGP ABD \$	Milyon YTL	Milyon ABD \$	Milyon SGP ABD \$
Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)	77.374	183.099	403.587	124.982	199.044	455.454
Cari Sağlık Harcaması (CSH)	44.785	11.323	24.958	7.888	12.563	28.746
CSH/GSYİH %	6,2			6,3		
Yatırım Harcaması (YH)	200	473	1.042	360	573	1.311
YH/GSYİH %	0,2			0,3		
Toplam Sağlık Harcaması (TSH)	4985	11.796	26.000	8248	13.135	30.057
TSH/GSYİH %	6,4			6,6		
Genel Sağlık Harcaması (GSH)	5244	12.409	27.353	8.619	13.726	31.407
GSH/GSYİH %	6,8			6,9		

Türkiye'de, son yıllarda sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal güvenlik kuruluşları ana kaynak olarak görülmektedir. Buna karşılık bu alandaki en önemli bir sorun; çeşitli nedenlerle, toplumun önemli bir kesiminin sağlık bakım güvencesinden, başka bir söylemle sağlık sigortasından yoksun olmasıdır. TÜİK verilerine göre 2002 yılında sağlık güvencesine sahip olmayan nüfus oranı %16,2'dir (TÜİK, 1923-2004). Sağlık güvencesine sahip olmayanların, sağlık hizmetlerine gereksinim duyduklarında cepten ödeme yolu ile yararlanma olanakları vardır. Bunlardan ödeme güclüğü içinde olanlar için, son yıllarda Yeşil Kart uygulaması yapılmaktadır.

Ulusal Sağlık Hesapları Çalışmasına göre, 2000 yılında toplam sağlık harcamasının; %34,9'u sosyal güvenlik kurumlarınca, %28'i sosyal güvenlik kurumları dışında kalan kamu kurumlarınca, %27,6'sı bireylerin cepten yapmış olduğu ödemelerden ve %4,4'ü ise özel sağlık sigortalarınca karşılanmıştır. Toplam sağlık harcamalarının %27,8'i tıbbi malzeme ve ilaç için, %28,4'ü ayaktan sağlık bakımı ve %19,0'ı ise yatarak tedavi hizmeti için yapılmış olup, sağlık harcamaları içinde kamu kaynaklarından karşılanma oranı %61,67'yi bulmaktadır.

Tablo 6 Türkiye’de Sosyal Sigorta Programlarının Kapsadığı Nüfus (İstatistikî Göstergeler 1923-2004 TC Başbakanlık, TÜİK).

Yıl	Toplam	Aktif sigortalılar	İsteğe bağlı aktif sigortalılar	Tarımdaki aktif sigortalılar	Aylık alanlar, Emekli, malul, dul ve yetim)	Bağımlılar	Sigortalı Nüfus Oranı (%)	Sağlık Güvencesi Kapsamındaki Nüfus Oranı (%)
1950	821 418	199 825	-	-	9 302	612291	3,9	3,9
1955	1 200 447	281 426	-	-	34 375	884646	5,1	5,1
1960	1 560 345	359 303	-	-	61862	1139180	5,8	5,8
1965	6 236 626	1 464 185	-	-	150 876	4621565	20,2	20,2
1970	9 446 852	2 172 329	-	-	326 341	6948182	26,9	26,9
1975	16 428 653	3 779 893	-	-	634 948	12013 812	41,7	33,6
1980	20 836 892	4 708 044	-	-	1 281 744	14847104	48,9	38,4
1985	27 744 573	5 766 390	-	263 118	2 066 549	19648516	59,0	42,1
1990	37 715 983	6 898 380	406 019	826 482	3 068 375	26516727	72,7	54,4
1995	48 848 672	8 030 271	1 057	1 052 595	4 222 883	34485218	81,3	64,3
2000	59 478 403	9 920 367	1 086	1 073 320	5 984 972	41413324	87,2	83,2
2001	59 093 343	9 632 677	1 127 131	1 042 305	6 335 198	40956032	85,2	81,1
2002	62 026 565	10 088 342	1 170	1 049 854	6 627 922	43090337	88,1	83,8
2003	60 759 549	10 645 312	923 791	1 098 709	6 920 721	41171016		

2.2.4 Toplum Sağlığı Düzeyi

Bebek Ölüm Hızı ve Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı; toplumların sağlık düzeyini göstermekte en duyarlı olan iki ölçektir. Bu nedenle de ülkeleri kıyaslamak açısından da en doğru sonuçları verir. Toplumların sağlık düzeyini göstermede duyarlı olan diğer bir ölçek Anne Ölüm Hızıdır.

Tablo 7 1927-2005 Yılları İtibariyle Sağlıklı Yaşam Demografik Veriler (TÜİK, İstatistik Göstergeler 1923-2006, Aralık- 2006, Ankara,s 5;TÜİK, İstatistik Yıllığı 2006, Mayıs - 2007, Ankara, s.317-74 () içi ifadeler TÜİK ve DPT tarafından yapılan istatistik verilerde farklı olan değerleri göstermektedir).

	1927	1970	1975	1980	1985	1990	2000	2002	2003	2004	2005	2006
Toplam Nüfus (Bin)	13.648.270	35605 (13783)	40347 (16869)	44737 (19475)	50664 (22788)	56473 (3374)	67803 (43647)	69302 (45594)	70231 (46575)	71152 (47559)	72065	72974
Nüfus Artış Hızı(%0)	-	25,0	20,65	24,88	21,71	18,28		13,5	13,2	12,9	12,6	12,4
Canlı Doğan Çocuk Sayısı	-	2930115	4274790	5509847	5603793	5316981	6394157					
Çocuk Doğurmada Ortalama Yaş	-	-	-	28,16	28,63	27,71	28,08	27,2	27,2	27,1	27,1	27,1
Ortalama Canlı Doğan Çocuk Sayısı	-	5,20	5,33	5,71	5,51	4,88	3,86	-	-	-	-	-
Toplam Doğurganlık Hızı(Kadın başına)	-	-	-	3,41	2,59	2,65	2,53 (2,27)	2,24	2,22	2,21	2,19	2,18
Katkılı Yenilenme Hızı	-	-	-	1,66	1,26	1,29	1,24	1,09	1,08	1,08	1,07	1,06
Net Yenilenme Hızı	-	-	-	-	-	-	-	1,05	1,04	1,04	1,03	1,03
Doğumlar (Bin)	-	-	-	-	-	-	-	1362	1361	1360	1361	1362
Kaba Doğum Hızı (%0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,3
Bebek Ölüm Hızı (%0)	-	150	158	126	109	67	28,9(43)	26,7	25,6	24,6	23,6	22,6
Çocuk Ölüm Hızı (%0)	-	60	65	47	37	16	7	-	-	-	-	-
Kaba Ölüm Hızı (%0)	-	7,59	7,13	6,68	6,20	4,50	3,99	6,2(3,85)	6,2(3,96)	6,2(3,93)	6,2	6,3
Ölümler (Bin)	-	104,556	120,302	130,062	141,324	150,292	174,315	429 (175,434)	436 (184,330)	443 (187,086)	450 (197,520)	456
Beklenen Yaşam Süresi	-	-	-	-	-	-	70,4	70,7	70,9	71,1	71,3	71,5
Kadın	-	-	-	-	-	-	-	73,2	73,4	73,6	73,8	74,0
Erkek	-	-	-	-	-	-	-	68,4	68,6	68,8	68,9	69,1

Nüfus artış hızı %03,1 Türkiye’de 1970’li yıllarda %025 gibi rakam iken 2006 yılında %012,4 e kadar düşürülebilmektedir. 1980 yılından bu yana belirlenmeye başlayan toplam doğurganlık hızı 3,41, 1985 yılından itibaren kadın başına doğurganlık oranı inmeye başlamıştır. 2006 yılında 2,18 olarak gerçekleşmiştir. Bebek ölüm hızı da 1970 yılında %0150 gibi oldukça yüksek olan oran 1975 yılında %0158 kadar yükselmiştir. 2000 yılında doğuştan beklenen yaşam süresi 70,4 olarak gerçekleşirken yaşam süreleri uzayarak 2006 yılında 71,5 yılına kadar uzamıştır.

2.2.5 Genel Değerlendirme

Cumhuriyetin ilan edilmesinden 2002 yılına kadar geçen süre kapsamında sağlıkla ilgili yapılanmaları ve gelişmeleri değerlendirecek olursak:

- Başta koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere birince basamak sağlık hizmetleri güçlendirilerek yaygınlaştırılması,
- Birinci basamak sağlık hizmetleri başta olmak üzere sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi
- Yaşam süresinin uzayacağı tahmin edilerek uzun vadede hastalık yükü görünüşünü değiştireceğinden, sağlık personelinin sayısı ile uzmanlık dağılımlarının gözden

geçirilmesi ve tedavi edici hizmetlerin yanı sıra uzun süreli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi,

- Sağlık hizmeti sunumunda hasta hakları ve hasta memnuniyeti esas alınması,
- İhtiyaç duyulan alanlarda sağlık personeli yetiştirilmesinin sağlanması,
- Özel sektör sağlık hizmetleri sunumunun cazip hale getirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu kurumlar yeniden yapılandırılması,
- Hasta hakları birimlerinin sağlık kuruluşlarında kuruluşlarının yaygınlaştırılması,
- Hizmet kalitesini artırmak amacıyla, hastane yönetimleri idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Ulusal sağlık bilgi sisteminin etkin hale getirilmesi,
- Çevresel risk faktörlerinin azaltılması için sektörler arasında işbirliği programları geliştirilmesi ve çevre sağlığı hizmetlerinin yeterince güçlendirilmesi.

Zor ve atlatılan savaş döneminin ardından ülkede önemli başlıklar altında (sağlık, eğitim gibi) yapılanmalara başlanmıştır. Her türlü eksiklikleri bulunan sağlık hizmeti içerisinde ilk olarak çıkarılan kanunlar ile desteklenen yapılanmalara vakit kaybetmeden eksikliklerin listesi çıkartılıp yetersiz ve kullanılmaz durumda olan her şeyin tamirine, teminine ve ihtiyaca göre yenilerin inşasına başlanmıştır. Günümüzdeki sağlık hizmet sektörünün temellerinin o günden atıldığını söylemek yanlış olmaz ve günümüze kadar da yapılanması devam eden çok yönlü bir sektördür. O günün şartları sebebiyle yapılanmaların yeterli olup olmadığı ise ayrı bir tartışma konusudur. Günümüzde ise o konular üzerinde tartışmadan ziyade sağlam temeller üzerine kurulu bir yapının ince detayları üzerinde konuşuluyor olması gerekmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE' DE 2002 YILI SONRASI SAĞLIK HİZMETLERİ

3.1 2002 YILI SONRASI SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Ülkemizde sağlık hizmetleri, Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana ülkenin öncelikli sağlık sorunları dikkate alınarak planlanmış ve yürütülmüştür. Cumhuriyet tarihi boyunca uygulanan sağlık politikaları bazı temel değişim dönemleri geçirmiştir. 59. ve 60. hükümetler tarafından uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ise (2003) bu değişim dönemi içerisinde sürecin son halkasını oluşturmaktadır.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda (2001:7,8) Sağlık Sisteminin yapılanmasında devlet ve özel sektör arasındaki görev paylaşımının belli esaslara bağlanması vurgulanmakta ve bu bağlamda şu politikalardan bahsedilmektedir:

- Sosyal güvenlik kuruluşlarının aynı çatı altında toplanması ve tek bir teminat paketi içinde hizmet sunmaları gerekmektedir.
- Devlet sağlık sisteminin denetimine, araştırma geliştirme faaliyetlerine ve eğitime ağırlık vermelidir.
- Planlama, koordinasyon ve denetim görevlerini üstlenmiş kuvvetli bir Sağlık Bakanlığı oluşturulmalıdır. Daha pahalı bir yatırım gerektiren hastane hizmetleri işletmeciliği özel sektör ve vakıflar üstlenmelidir.

Bu maddeler incelendiğinde hastane işletmeciliği yapılan reform çalışmalarının sonucu olarak özel sektöre devri istenilmektedir (DPT, 2001:11).

Sağlık reformu konusunda son çalışmalar, SDP, 59. Hükümet Acil Eylem Planı'nın bir parçası olup, sağlık sektöründe geçmişe eskiye dayanan sorunları ele almayı amaçlamaktadır. Bu plan, tüm nüfusu kapsayan bir sosyal güvenlik sisteminin kurulacağını ve devletin tüm vatandaşlarına temel sağlık hizmetleri sunmakla sorumlu olduğu açık bir şekilde ifade etmektedir. Bu planın bir parçası olan SDP, Türkiye'nin Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda (2009-2013) yer almaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde (SB, 2003:24),

- Organize edilmesi,
- Finansmanının sağlanması
- Sunulmasıdır.

Etkililik, uygulanacak politikaların halkımızın sağlık düzeyini yükseltilmesi amacını ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef insanların hastalanmasının önlenmesi olmalıdır. Bu amaca ulaşmak, epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemelerle kanıtlanacaktır. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artırılması bu amaca ulaştığımızın en somut örnekleri olacaktır.

Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilmelidir. Ülkenin tüm sektör kaynaklarının sistem içine alınması ve bütünleşmesinin sağlanması verimliliği arttıracaktır.

Hakkaniyet, insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kırsal - kent, gerekse doğu - batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması, hakkaniyet amacı kapsamında yer almaktadır.

3.1.1 Sağlıkta Dönüşüm Programının Oluşmasındaki Temel Göstergeler

Sağlıkta Dönüşüm Programı, belirtilen ilkeler çerçevesinde yukarıda sayılan amaçlara ulaşırken, Dünya Sağlık Teşkilatı'nın "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesi" ve ülkemiz tarafından Hazırlanan "Ulusal Program" doğrultusunda Türk Sağlık Mevzuatının, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ihtiyacını ve diğer uluslararası deneyimleri de dikkate alacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, küresel gelişmeleri gözetken, ülkemizin sosyoekonomik gerçeklerine uygun, geliştirilebilir ve sürdürülebilir bir program olarak hazırlanmıştır. Program bütün vatandaşların ülkenin eşit haklara sahip bireyleri olarak, kaliteli sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini gaye edinen bir etik anlayış üzerinde bina edilmiştir. Programın politik ve metodolojik hazırlıkları yapılırken, sağlık politikalarının değişim sürecinin sağlıklı işlenmesini sağlayacak, aşamalı, süreklilik arz eden bir politika döngüsü öngörülmüştür. Buna göre önce sorunlar tanımlanmakta ve bu sorunlara zemin oluşturan şartlar analiz edilmekte, buna göre sorunu gidermeye yönelik politika geliştirilmekte, bu politikayı hayata geçirecek politik kararlar

verilmekte, ardından bu kararlar uygulanmaktadır. Sonuçta çizilen etik çerçeve içinde yürütülen bu politikanın sonuçları değerlendirilmektedir.

Sağlık sisteminin durumunu yansıtabilecek temel sağlık göstergelerinin başlıca olanları şunlardır:

1-Vatandaşların Finansal Riskten Korunması:

Bu husus, sağlık sektörü politikalarının temel amacı ve sağlık reformu politikalarının en önemli odak noktasıdır. Bu koruyuculukla, bireyin hastalandığı zaman maddi açıdan zorlanmaksızın tedavi olabileceği bir güvence kast edilmektedir. Hiçbir hastalığın, hasta olan kişi veya yakınlarını, onların günlük hayatını etkileyecek ve kendilerini fakirleştirecek bir maddi yük altına sokmayacağı güvenceler var olmak zorundadır. Bu güvenceler farklı modeller altında oluşturulabilmektedir. Bu korunma, sektörün finanse ediliş şekline çok büyük bir ölçüde etkilenmektedir.

Kişilerin maddi imkânsızlıklara bakmaksızın yeterli hizmet alabilmelerini temin ve hatalı tıbbi uygulamalar yüzünden maddi kayba uğramaları ihtimallerine karşı onları tazmin etme gibi hedefler göz önüne alınarak riskten korunmanın kapsamı çizilebilir.

2-Vatandaşın Memnuniyeti

Vatandaşın sağlık sektörü tarafından kendilerine sunulan hizmetlerden ne derece memnun olduğudur. Gerçekte sağlık hizmetinin etkililiğini veya kalitesini tek başına göstermeyeceği yönünde yaygın kabul vardır. Ancak vatandaşa odaklanmayan onun beklentilerine cevap vermeyen bir sistemin de sonuç alabilmesi mümkün değildir. Hizmetleri vatandaşların beğenerek kabullenmesi, sürece katılımını sağlayacak ve çok daha hızlı bir şekilde sonuç almaya yardımcı olacaktır. Bu yüzden ki, memnuniyet temel ölçütler arasında kabul edilerek vatandaşların kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini nasıl değerlendirdikleri dikkate alınarak politika geliştirilir.

Hizmet talep edenlerin başvurduğu kurumlardaki bekleme süreleri, hastane işlem ve süreçlerinin karmaşıklık derecesi, hastalara ayrılan süre, bilgi verilmesi gibi hususlar bu değerlendirmelerde dikkate alınır.

3-Politika Geliştirme

Program kapsamında sağlıkta sorunların tanımlanmasını bu sorunların üstesinden gelebilecek politikaların geliştirilmesi takip etmektedir. Aslında üzerinde çalışılan politikalar çok çeşitlilik arz etse de, temelde sorunların üstesinden gelmeye ve belirlenen hedeflere ulaşmaya yönelik

olduğundan evrensellik arz etmektedir. Bu evrensellik çerçevesinde her toplum kendi şartlarını gözeterak politikalarını geliştirmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde politika geliştirirken öncelikli kıstasların başında erişim, kalite, hakkaniyet ve verimlilik dikkate alınmıştır.

Reform planları geliştirilirken üstlenilen sorumluluğun kapsamı, analitik olduğu kadar politiktir de. Politika geliştirme süreci, hem teknik olarak sağlam hem de politik olarak kabul edilebilecek biçimde tasarlanmalıdır. Bu itibarla Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında politika geliştirilirken aşağıdaki prensipler dikkate alınmaktadır:

- Herkese sağlık prensibi her zaman önde tutulmaktadır.
- Uluslararası tecrübelerle bakılmakta ve başarılı örnekler kendi şartlarımıza uyarlanmaktadır.
- İdeolojik yaklaşımlara ve bireylerin veya grupların menfaatlerini öne çıkaracak olan uygulamalara karşı ihtiyatlı olunmaktadır.
- Ülkemizin politik, ekonomik ve kültürel gerçekleri daima hesaba katılmaktadır.
- Muhtemel uygulama problemleri (kaynaklar, potansiyeller ve idari hukukla ilgili konularda olduğu gibi) dikkate alınmaktadır.

4-Politik Karar

Sağlık sektöründe dönüşümün kabul görmesi, yalnızca siyasal irade ile ilgili değildir, aynı zamanda etkili bir politika stratejisi oluşturma sorunudur. Bir reform önerisinin kabul edilip edilmeyeceği taraftarlarının istekliliğine, ilgisine, becerisine ve kullandıkları siyasal stratejilere bağlıdır. Uygulamanın ardındaki otoritenin, politik gücün duruşu, uygulayıcıların ve dönüşümden etkilenenlerin dönüşümü benimsemelerini kolaylaştırır. Bakanların kararlılık gösterisinin yanında özellikle hükümet başkanlarının desteği büyük önem arz etmektedir.

5-Uygulama

Bütün reform süreçlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe dönüşümün etkili bir biçimde uygulanması için izlenmesi ve gözlenmesi gerekir. Böylece süreçte gelişen sorunlar tanımlanabilir ve düzeltici önlemler alınabilir. Bu bakımdan, uygun bir denetleme ve raporlama sistemi başarılı uygulamanın anahtarıdır.

Sistemin başlıca girdileri, etkili, kaliteli ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunulmasıdır. Bunlarla amaçlanan sistemin başarısını gösteren çıktılarına ulaşmaktır. Bu çıktılar, yani performans

göstergeleri ise, öncelikle hedeflenen sağlık göstergeleri, kapsamlı bir finansal koruyuculuk ve vatandaş memnuniyetidir.

Sağlık sisteminin çıktılarını beklentilerimiz doğrultusunda yönlendirmek için kontrol mekanizmaları olarak kabul edebileceğimiz bazı önemli araçlar kullanılabilir. Mekanizmalar vasıtasıyla sistemin performansına ve harcamalara etki etmek mümkündür. Kontrol mekanizmaları dışında da elimizde olmadan sistemin ayarlarını değiştirebilen bazı etkenler (meselâ savaş, doğal afet, salgın hastalık vb.) vardır ki, düğmelerle oynayarak bunların kaçınılmaz sonuçlarını olumlu yönde değiştirebiliriz. Her durumda bazen birden fazla kontrol mekanizmasına birlikte dokunmak gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, hizmet karşılığının ödenme biçimi, sağlık sektörünün örgütlenme yapısı, yapılan düzenlemeler ve sektörde rol alan aktörlerin davranış tarzları sözü edilen kontrol mekanizmalarıdır.

3.1.2 Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları

3 Kasım 2002 seçimlerinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümetin Acil Eylem Planında “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Bunların başlıca olanları aşağıda verilmiştir:

- 1- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- 2- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- 3- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- 4- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- 5- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- 6- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- 7- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- 8- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- 9- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- 10- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- 11- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

3.1.3 Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri

Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri şunlardır (SB, 2003:24):

- **İnsan merkezlilik:** Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.
- **Sürdürülebilirlik:** Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.
- **Sürekli kalite gelişimi:** Vatandaşlarımıza sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.
- **Katılımcılık:** Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerini sistemin kapsamı içine alarak, uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını da amaçlamaktadır.
- **Uzlaşmacılık:** Sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.
- **Gönüllülük:** Hizmette arz veya talep eden birey veya kurum ayırımı yapmaksızın, sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.
- **Güçler ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.
- **Desantralizasyon:** Kurumlar merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.
- **Hizmette rekabet:** Sağlık hizmetlerinin tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

3.1.4 Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

Acil Eylem Planı'nın belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 bileşenden oluşması hedeflemiştir:

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenleri şunlardır (SB, 2003:26,37):

- I. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- II. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası
- III. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi
 1. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri
 2. Etkili, kademeli sevk zinciri
 3. İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- IV. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek isteklendirme ile çalışan sağlık insan gücü
- V. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
- VI. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
- VII. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
 1. Ulusal ilaç kurumu
 2. Tıbbi cihaz kurumu
- VIII. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi

2003-2008 yılları sağlıkta önemli değişikliklerin olduğu bir dönem olmuştur. Sağlık alanında atılan kararlı adımlar, kamu sektöründen özel sektöre, en yoksul vatandaştan en zengin vatandaşa kadar herkesin hayatında yer bulmuştur. 2007 yılında 60. Cumhuriyet Hükümeti'nin kurulmasını müteakip Sağlıkta Dönüşüm Programına 3 yeni başlık ilave edilmiştir:

- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,
- Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.

Bütün bu plan ve politikaların oluşturulmasını zorunlu kılan temel sebeplerin başında ise, sağlık hizmetleri sunumundaki maliyet artışları, sağlık hizmet tüketicilerinin beklentilerinin artması, kamunun ödeme kapasitesinin sınırlı olması ve kamudaki yönetim tarzının sorgulanmaya başlaması gelmektedir.

- **Sağlık Hizmet Sunumundaki Maliyet Artışları:** Bugün birçok ülke, sağlık hizmetleri için ödeyebilecekleri para ile sağlık sektöründe sağlamak istedikleri düzey arasındaki boşlukla karşı karşıyadır. Ekonomiler ilerledikçe beklentiler artmaya devam etmekte, ülkeler daha demokratik hale gelmekte ve dünya çapında medya temelli imajlar yayılmaktadır. Neredeyse bütün ülkelerde, sağlık hizmetleri maliyetleri, değişen demografik özelliklere, gelişen hastalık yapılarına ve yeni teknolojiye bağlı olarak artmaktadır.
- **Tüketici Beklentilerinin Artması:** İnsanlar, mümkün olduğu kadar genç ve sağlıklı kalmak ve sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanmak istemektedir. Birçok ülkedeki sağlık sistemi, bu hedefleri gerçekleştirme yönünde giderek artan bir baskı altındadır. Ülkeler geliştikçe, vatandaşları sağlık konusunda daha fazla harcama yapmayı istemektedir. Bu artan beklentiler, hem bakım hem de tedavi için daha fazla ve daha maliyetli hizmetlerin kullanılmasını gerektirmektedir. Küresel sosyal gelişmeler (filmler, televizyon ve internet vb.) bu talepleri artırmaktadır. Artan beklentiler, hastaların en son ve en iyi hizmeti, en yeni teknolojileri ve ilaçları istemesine yol açmıştır. Başka yerde bu imkânların bulunduğunu bilen insanlar, kendi yerel sağlık merkezleri veya daha küçük hastanelerdeki hizmet kalitesi konusunda daha şüpheci olmuştur. Kişilerin sağlık sorunu için gerekli olmadığı halde, bölgesel merkezler ve üniversite hastaneleri tercih edilmeye başlanmıştır.
- **Kamunun Ödeme Kapasitesinin Sınırlı Olması:** Hükümetler, artan maliyetler ve beklentilerin ortaya çıkardığı talepleri karşılama konusunda baskı altındadır. Ekonomik büyüme, sağlık hizmetleri için daha fazla finansmanın temin edileceği anlamına gelse de, genellikle sağlık sektöründeki maliyetler ve talep daha da hızlı bir şekilde büyümektedir. Aynı zamanda, sağlık hizmetleri sisteminin içindeki hizmet sağlayıcıları gelirlerini muhafaza etmek için mücadele etmektedir. Sonuçta ekonomik süreçler, siyasi baskılarla kesişmekte ve bir ülkenin sağlığa tahsis etmeye karar verdiği para miktarını etkilemektedir.
- **Kamudaki Yönetim Anlayışının Vatandaş Tarafından Sorgulanmaya Başlanması:** Kamudaki kötü yönetim, yetersiz politikalar ve kısıtlı kaynakların boşa harcanması, kamu sektörü hakkında şüpheciliği ortaya çıkartmış, kamu sektörünün, istenilen düzeyde hizmet verememesi artık vatandaş tarafından daha çok irdelenmeye başlanmıştır. Demokratikleşme, sivil toplum kuruluşlarının sayısının artması, medya, internet gibi faktörler kamudaki yönetim anlayışının vatandaş tarafından her geçen gün daha çok sorgulanmasına neden olmaktadır.

SDP kapsamında gerçekleştirilen son çalışmalar ile Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan tamamen çekilmesi öngörülmektedir. Hizmet, özel sektör ve özertleştirilmiş kamu hastaneleri tarafından verilecek ve Sağlık Bakanlığı hizmetin uygun koşullarda verilip verilmediğinin kontrolünü yapacaktır. Ayrıca sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulamalarıyla bütünleştirilecektir. Aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetlerini sunacaklar ve aile hekimlerinin sevki olmaksızın diğer hastanelere başvuran hastalar ilave ücret ödemek zorunda kalacaklardır. Yani birinci basamaktan tedavi hizmetlerine hasta sevki, aile hekimlerinin kontrolünde olacaktır.

I. Planlayıcı Ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Dönüşüm Programı uzak görüşlülüğündeki Sağlık Bakanlığı; politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup ülkemizin, kamu veya özel kurum ve kuruluşlarının sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır. Bu anlayışın bir ürünü olmak üzere, Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması sağlanacak ve Bakanlık, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacaktır. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasada tanımlandığı şekli ile devletin sağlık sektörünü "tek elden planlama" görevini yerine getirecektir.

Sağlık Bakanlığı hem yeniden yapılanmasını gerçekleştirirken hem de sağlık hizmetlerini planlaması ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı çerçevesinde koruyucu hizmetlere öncelik verecek, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir. Sağlık Bakanlığının başlıca görevi ve sorumluluğu politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığının odaklanması gereken diğer alanlar arasında kalite kontrolü ve tüketicinin eğitilmesi gelmektedir. Sağlık Bakanlığı bundan böyle, sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesi, sigortanın düzenlenmesi ve denetimi, halk sağlığı işlevlerinin yönetimi ve salgın hastalıkların gözetimi üzerine odaklanmalıdır.

II. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hakkaniyet amacı doğrultusunda, vatandaşların ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetlere ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modeli oluşturulacaktır. Bu yaklaşım, sosyal devlet olmanın temel gereksinimlerinden birisi olup, Anayasa'nın 56. maddesinde de yönlendirici bir hüküm olarak yer almaktadır.

Hizmet kalitesini artırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmeti sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için, toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç vardır. Böyle bir sigortacılık sistemi, sağlık harcamalarının maliyetini düşürme gayreti içinde ve koruyucu hekimlik uygulamalarının da teşvikçisi ve zorlayıcısı olacaktır. Genel Sağlık Sigortası Kurumu'nun denetim ve yaptırımları, sağlık giderlerinde gittikçe artan oranlarda yer işgal eden ilaç ve tıbbi malzeme israfını azaltacaktır. Fiyat kontrolü ve sağlık hizmetlerinin finansmanı tek elden karşılanacak ve hasta-hekim ilişkisi parasal bir ilişki olmaktan çıkacaktır. Belirlenen bu hedefler doğrultusunda, 2006 yılı Mayıs ayında 5502 sayılı Kanun'un yürürlüğe girmesi ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurularak, SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı aynı çatı altında toplanmıştır.

Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yanında özel sağlık sigortacılığının da gelişimi desteklenecek, özel sigortaların tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunmaları sağlanacaktır. Zorunlu genel sağlık sigortasının kapsadığı temel teminat paketine ilave olarak, hizmet almak isteyenler özel sigorta yaptırabilecekler ve hizmetlerini bu özel sigortalar aracılığıyla alabileceklerdir. Bu anlamda özel sigortacılık teşvik edilecektir.

Bu kapsamda, öncelikli olarak 16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi Gazete'de 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yayımlanmıştır. Ancak yürürlüğe girmeden bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Bunun üzerine genel olarak norm ve standart birliğinin sağlanması, nüfus yapısının dikkate alınması ve gelir artırıcı bir takım önlemlerin alınması amacıyla 2008 yılında iptal gerekçelerini de dikkate alarak ve kamuoyunda tartışılan konuları değerlendirerek bazı değişiklikler öngören 5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun kabul edilmiştir.

Genel Sağlık Sigortası hükümleri ile getirilen hak ve yükümlülükleri ve genel sağlık sigortası işlemlerine ilişkin usul ve esasları düzenleyen yönetmelik 2008 yılı Ağustos ayında 26981 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Kanun kapsamına geçişler kademeli olarak gerçekleşmiştir. Öncelikle 2010 yılı Ocak ayında kamu personeli kanun kapsamına alınmıştır. Yeşil Kart'ı bulunan kişilerin ise 2010 yılı Haziran ayında çıkartılan 5997 sayılı Kanunla 01.01.2012 tarihine kadar Yeşil Kartlarının yürürlükte kalması ve bu tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı olarak sayılmaları kararlaştırılmıştır.

Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınan Kişiler

5510 sayılı Kanununun 60. maddesine göre genel sağlık sigortası kapsamına alınan kişiler aşağıda belirtilmiştir. İkametgâhı Türkiye'de olan kişilerden;

1. Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,
2. Kamu idarelerinde çalışanlar;
 - Kuruluş ve personel kanunları veya diğer kanunlar gereğince seçimle veya atama yoluyla kamu idarelerinde göreve gelenlerden; bu görevleri sebebiyle kendilerine ilgili kanunlarında devlet memurları gibi emeklilik hakkı tanınmış olanlardan hizmet akdi ile çalışmayanlar,
 - Cumhurbaşkanı, başbakan, bakanlar, Türkiye Büyük Millet Meclisi üyeleri, belediye başkanları, il daimi komisyonu üyeleri,
 - Memur statüsünde iken, bu kapsamdaki kişilerin kurduğu sendikaların veya sendika konfederasyonlarının yönetim kurullarına seçilenler,
 - Askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay atanmak üzere temel askerlik eğitimine tabi tutulan adaylar,
 - Polis Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler,
3. Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan;
 - Ticari kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar,
 - Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr sicili ile birlikte kanunla kurulan meslek odalarına usulüne uygun olarak kayıtlı olanlar,
 - Anonim şirketlerin kurucu ortakları ve/veya yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları,
 - Tarımsal faaliyette bulunanlar,
4. İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,
5. Hizmet akdine tabi olanların veya kamu idarelerinde çalışanların veya köy ve mahalle muhtarları ile kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların dışında kalan ve sigortalı sayılmayanlardan;
 - Yeşil kart sahibi olanlar,
 - Vatansızlar ve sığınmacılar,

- 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun ile 65 yaş aylığı alan kişiler,
- 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık alanlar,
- 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık alanlar,
- 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık alanlar,
- 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve iyileştirme hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
- Harp malullüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,
- 442 sayılı Köy Kanunu'na göre görevlendirilen geçici köy korucuları,
- Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu kazanmış sporculara ve bunların ailelerine aylık bağlanması hakkında kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülkede sigortalılığı olmayanlar,
- 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu'na göre işsizlik ödeneği alanlar,
- 01.01.2007 tarihinden önce veya sonra ilgili kanunlar gereğince gelir veya aylık bağlanmış olan kişiler,
- Yukarıda sayılanlar dışında kalan ve aynı zamanda başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanmayanlar genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

Sağlık Yardımlarından Koşulsuz Yararlanma

Genel Sağlık Sigortası'ndan yararlanmak için normalde gerekli olan 30 gün prim ödeme ve bazı sigortalılar için ise Sosyal Güvenlik Kurumu'na prim borcu bulunmama gibi şartlar aranmaktadır. Ancak bazı kimseler hiçbir şart aranmadan genel sağlık sigortasının sağladığı yardımlardan yararlanabilmektedir. Bu kimseler;

- 18 yaşını doldurmamış olan kişiler,
- Tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, olarak Kanun'da belirtilmiştir.
- Diğer yandan bazı hallerde de Genel Sağlık Sigortası yardımlarından yararlanmak için hiçbir şart gerekli değildir. Bu haller ise aşağıda belirtilmiştir:
- Acil hallerde,
- İş kazası ile meslek hastalığı hallerinde,
- Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklarda,

- Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde,
- Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbi sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbi bakım ve tedavilerde,
- Afet ve savaş ile grev ve lokavt halinde hiçbir şart gerekmeden sağlık hizmetlerinden yararlanılabilecektir.

Genel Sağlık Sigortası Kapsamı Dışında Tutulanlar

Genel Sağlık Sigortası kapsamı dışında tutulan kişiler aşağıda belirtilmiştir:

- Askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri,
- Yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından ve o kuruluş adına ve hesabına Türkiye'ye bir iş için gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tabi olduğunu belgeleyen kişiler ile Türkiye'de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurt dışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar,
- Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin kamu düzeninin zorunlu kıldığı hallerde, işverenleri tarafından bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar,
- Ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular,
- Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler, Türkiye'de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olması halinde genel sağlık sigortalısı ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılmazlar.

Yukarıda belirtilen açıklamalara ek olarak, Genel Sağlık Sigortası hükümlerine ilişkin 2011 tarih ve 39 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genelgesi'ne göre sağlık sigortalısı sayılanlara ilişkin getirilen değişiklikler aşağıda belirtilmiştir.

- 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanunu'nda belirtilen aday çırak, çıraklar ve mesleki eğitim gören öğrenciler.
- Meslek liselerinde okumakta iken veya yükseköğrenimleri sırasında staja tabi tutulan öğrenciler.
- 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 46. maddesine tabi olarak kısmi zamanlı çalıştırılan öğrenciler.
- Türkiye İş Kurumu tarafından düzenlenen meslek edindirme, geliştirme ve değiştirme eğitimine katılan kursiyerler.
- Stajyer avukatlar.
- Tarım veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz olarak çalışanlar.
- Ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma aracı işyerlerinde çalışanlar.
- Kültür ve Turizm Bakanlığı'nca belirlenecek alanlarda kısmi süreli iş sözleşmesiyle çalışanlar.
- 4/B kapsamındaki borçlu sigortalıların eş ve çocukları.
- Türk vatandaşlığından çıkanlar.
- Ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmamış ülkelerde çalışan Türk vatandaşları

III. Yaygın, Erişimi Kolay Ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

Herhangi bir ülkede uygulanan bir programı bir başka ülkeye aktarabilmek mümkün olmayacağı gibi, ülkenin sosyo-ekonomik ve coğrafi yapısı nedeniyle tek düze homojen bir sistemi bütün ülkeye yaymaya çalışmak da gerçekçi değildir. Birkaç hanelik mezralardan, iklim şartları nedeniyle sınırlı zamanlarda ulaşılabilen köylere, kent nüfusunu aşan ilçelerden dünya kenti olmuş anakentlere kadar, her biri kendine özgü çözümler bekleyen bir heterojen yapı söz konusudur. Çağdaş normlara uygun sağlık hizmeti sunmak için bu özelliklerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Bu başlık altında yürütülen faaliyetler incelendiğinde, sosyalizasyon politikasının sonucu olan mevcut sağlık ocağı ağının güçlendirildiği, vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel teşebbüsün de hizmet ağında yer almasının planlandığı görülmektedir.

Bu kapsamda uygulamaya sokulan yasal düzenlemeler özetle şu şekilde sıralanabilir:

- 2003 Eylül-Devlet Memuru/Emekli Sandığı üyelerine, sevksiz özel hastanelere başvuru imkânı getirildi.
- 2004 Ocak-Sağlık Bakanlığı-SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Protokolü yürürlüğe girdi.
- 2004 Temmuz-Yeşil Kartlıların ayakta tedavi masraflarını kapsam altına alan 5222 sayılı Kanun yayınlandı ve Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği pilot ilde uygulandı.
- 2005 Ocak-Yeşil Kartlılar bütün serbest eczanelerden hizmet alabilmeye başladı. Türkiye genelinde Yeşil Kartlıların ayakta tedavi masrafları kapsam altına alındı.
- 2005 Şubat-SSK sağlık tesislerini Sağlık Bakanlığı'na devretti, SSK'lılara tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerine ve serbest eczanelere erişim hakkı tanındı.
- 2006 Temmuz-Birinci basamak hizmetleri için küresel bütçe uygulamasına geçilerek, tüm vatandaşlara (sigortasızlar da dâhil) birinci basamak hizmetleri ücretsiz oldu.
- 2008 Temmuz-Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşılan özel hastanelere, SUT fiyatı üzerine en fazla %30 fark alabilme sınırı getirildi; kanser tedavisi, acil ve yoğun bakım ücretsiz oldu.
- 2009 Ocak-Sağlık Bakanlığı hastaneleri için küresel bütçe uygulamasına başlandı.
- 2010 Ocak-Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasını öngören ve "Tam Gün" olarak bilinen yasa tasarısı, TBMM Genel Kurulu'nda kabul edilerek kanunlaştı.
- 2012 Mart- Bakanlar Kurulu tarafından özel hastanelerin alabilecekleri ilave ücretlerle ilgili olarak ilgili kararda değişiklik yapıldı ve ilave ücret tavan puanı %90 olarak belirlendi.

1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri

Temel sağlık hizmetleri alanında, iyi tasarlanmış ve performansa yönelik bir sağlık sistemi anlayışı bulunmamaktadır. Temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunun diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturulması gerekmektedir. Bu konuda yapılacak dönüşümlerin çıkış noktası, genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının göreceli durumlarını iyileştirmek olacaktır.

Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye “tek pencere” sistemi ile yaklaşım başarıyı artıracak önemli faktörlerdir. Bu yüzden bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütölmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve doktor sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde önemli bir rol oynayacaktır. Koruyucu diş hekimliği uygulamaları birinci basamakta yerini alacaktır. Bireylerin sağlık kayıtlarının birinci basamak hekimlerince tutulması, kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılabilmesinde önemli ilerlemeler sağlayacaktır. Bu kapsamda, uygulamada bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve iyileştirme hizmetleri aile sağlığı merkezlerinde, toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin koordinasyonunda yer aldığı diğer görevleri toplum sağlığı merkezlerinde toplanmıştır.

Aile Hekimliği

Aile hekimliği, bireylerin sosyal çevre ile birlikte doğumdan ölümüne kadar bir bütün olarak ele alındığı ve bireylere seçme ve tercih etme hakkı tanıyan bir sistem olarak ifade edilebilir.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kanunu 24.11.2004 tarihinde TBMM’de kabul edilmiş ve 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Pilot uygulamaya ilk olarak Ekim 2005’te Düzce ilinde başlamıştır. Daha sonra kademeli olarak tüm ülkeye yayılmış ve 13.12.2010 tarihinden itibaren Türkiye’nin tamamı aile hekimliği sistemine geçmiştir. Türkiye’de uygulanan aile hekimliği modeli kapsamında, birinci basamak (örneğin SB sağlık ocakları) ve ikinci basamak (örneğin SB hastanelerinin ayakta tedavi birimlerinde) sağlık hizmetlerinde çalışan maaşlı pratisyen hekimlere, kamudaki işlerinden izin alma ve bağımsız, kişi başı ödemeye dayalı bir aile hekimi olarak çalışma seçeneği tanınmıştır. Bu doktorların kamudaki asıl işlerine istedikleri zaman dönme hakları vardır. Türkiye’de 2012 yılı itibariyle 20.500 aile hekimi görev yapmaktadır.

Aile hekimliği ile kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametgâhlarının yakınlarında veya kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları hekimlik uygulamasıdır. Bu hekimler, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenirler. 2010 yılı sonu itibariyle 3.600 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. Bu sayının yıllar itibariyle kademeli olarak düşürölmesi planlanmaktadır ve 2023 hedefi olarak 2.000 kişiye bir aile hekiminin hizmet vermesi belirlenmiştir.

Aile hekimleri genellikle ailenin bütün bireyelerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, koruyucu sağlık uygulamalarını ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi

bilen kişilerdir. Bu hekimler, kendi sorumlulukları altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla, riskler, sağlık koşulları, psiko-sosyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte değerlendirirler. Aile hekimleri aynı zamanda birçok yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici nitelikte, bireylerin sosyoekonomik düzeyi ne olursa olsun, onlara verilen sağlık hizmetlerinde hem hizmet sunucusu, hem yönlendirici, hem de koordinatör olarak görev yaparlar.

Aile hekimleri yanlarında çalıştıracakları aile sağlığı elemanı (ebe, hemşire, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni) ile anlaşmaktadır ve bu kişiye ayrıca sözleşme yapılması gerekmektedir. Sözleşme yapılan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen en yüksek brüt sözleşme ücretinin aile hekimi için 6 katını, aile sağlığı elemanı için 1,5 katını aşmamak üzere tespit edilecek tutar, çalışılan ay sonuçlarının ilgili sağlık idaresine bildiriminden itibaren 15 gün içerisinde ödenir.

Sözleşmeli olarak çalışmaya başlayanların, daha önce bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarıyla ilişkileri aynı şekilde devam ettirilir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülkî idare ve sağlık idaresinin denetimine tâbidir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda devlet memurları gibi kabul edilir.

Toplum Sağlığı Merkezi

Aile hekimliği pilot uygulaması kapsamında 26.01.2010 tarih ve 2365 sayılı makam onayı ile “Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge” yürürlüğe girmiştir. Ancak yürütmeyi durdurma kararı ile ilgili açılan davalar sonucunda Danıştay 10. Dairesi 31.12.2010 tarih ve E.2010/3859 sayılı karar ve yine Danıştay 10. Daire'nin 07.03.2011 tarih ve 2011/798 E sayılı kararı ile yürütmenin durdurulması kararını vermiştir. Kararın gerekçeleri de göz önünde bulundurularak yönerge yeniden hazırlanarak “Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge” 03.08.2011 tarih ve 25143 sayılı onay ile yürürlüğe girmiştir.

Bu yönergenin amacı, aile hekimliği uygulamalarının yürütüldüğü illerde kurulacak toplum sağlığı merkezlerinin organizasyonu, kadroları, görevleri ile çalışma usul ve esaslarının belirlenmesidir.

Toplum sağlığı merkezleri, aile hekimlerince verilen bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi hizmetleri ile iyileştirme hizmetleri dışında kalan temel sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesi için faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarıdır.

Toplum sağlığı merkezleri içme suları başta olmak üzere çevre sağlığı, okul sağlığı, işyeri sağlık hizmeti gibi hizmetlerin yürütülmesinde görevli olan merkezlerdir. Ayrıca aile hekimleri için aşı ve diğer malzeme tedariki, kurallara uygunluk denetimi ve rehberlik, istatistiklerinin toplanması ve yorumlanması gibi çeşitli görevleri de yürütmektedirler.

2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da yukarıda sözü edildiği şekilde temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve birinci basamak hizmeti sunan aile hekiminin hastasına sunduğu hizmetin durumuna bağlıdır. Yani, hasta memnuniyetini esas alan bir “aile hekimliği uygulaması” sistemin esasını oluşturmaktadır.

Bu hedefe yönelik olarak planlama ve teşvik yapılması, birinci basamakta birçok hastanın tutulmasını sağlayacaktır. Hastaların büyük çoğunluğunun sorunlarının birinci basamakta çözülebilir olması, hastane polikliniklerinin yoğunluğunu önemli oranda azaltacaktır. Bu şekilde, hem hastanelerdeki gereksiz yığılmalar önlenerek tedavi hizmetlerinin kalitesi artacak, hem de sağlık harcamalarındaki israf azalacaktır.

Sevk sistemi tek yönlü bir yol değildir. Tanı ve/veya tedavi için ikinci veya üçüncü basamak kuruluşlara sevk edilen hastaların çoğu tedavinin devamı, izleme ve bakım için daha alt seviyedeki kurumlara geri gönderilmelidirler. Hastanın kayıtlarını tutmakla sorumlu olan hekimin sevk ettiği hastasına ikinci basamakta verilen görüş alışverişi hizmetinin geri bildirimini, tıbbi kayıt sistemini güçlendirecektir. Böylece, bireylerin aile hekimlerince sürekli izlenmesi mümkün olabileceği gibi, kaliteden ödün vermeksizin daha kısa sürede ve düşük maliyette sağlık hizmetinin sunumu mümkün olabilecektir.

3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Ülkedeki hastanelerin tümü, aralarında hiçbir ayırım yapılmaksızın, sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydı ile bütün vatandaşlarımıza hizmet verebileceklerdir. Hastaneler bu hizmeti verirken hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları açılardan denetim altında tutulacaktır. Sağlık finansmanında kurumlar değil, bireyler desteklenecektir. Bu hizmeti sunan kurumlar ürettikleri hizmet oranında pay alacaklardır.

Maliyetten tasarruf etmek ve hizmet sunumunda kolaylıklar sağlamak için, yatarak tedaviye gerek görülmeyen kişilerin ayakta tedavisinin yapılmasını sağlayacak örgütlenmeye fırsat tanınması gerekir. Gelişmiş poliklinikler ve laboratuvarlar, ayakta müdahale ve gündelik cerrahi merkezleri bu amaçla ikinci basamakta yer alacaktır.

Bu kapsamda yukarıda ifade edilen hedeflerin gerçekleştirilmesi için atılan adımlar ve uygulamaya sokulan yasal düzenlemeleri aşağıdaki şekilde özetleyebiliriz.

Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk hale getirilmesi yani sağlık işletmesine dönüştürülmesinin yolu 07.05.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile açılmıştır, ancak Anayasa Mahkemesi'nin 19.04.1988 tarihli ve e.1987/16, k.1988/8 sayılı kararı ile bazı hükümlerinin iptal edilmesi sonucu kanunda önemli boşluklar meydana gelmiş ve sağlık işletmesi modeline geçilememiştir.

Kamu hastanelerinin "idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri" haline dönüştürülmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanarak Bakanlar Kurulu'nca 06.03.2007 tarihinde "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" adıyla Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı'na sunulan tasarı, milletvekili genel seçimleri nedeniyle 22'nci dönemin sona ermesi üzerine İktüzüğün 77'nci maddesi uyarınca hükümsüz sayılmış ve 23'üncü dönemde 60'ıncı Hükümet tarafından yenilenecek, yenilediği 10.10.2007 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi başkanlığına bildirilmiştir. Başkanlıkça 22.10.2007 tarihinde tali komisyon olarak Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'na, esas komisyon olarak da Plan ve Bütçe Komisyonu'na havale edilen 1/439 esas numaralı "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı", Komisyon tarafından 13.11.2008 tarihinde tekrar görüşülmeye başlanmış ve nihai rapor 26.03.2010 tarihinde Genel Kurulun onayına sunulmuştur. Metnin tamamı kanunların hazırlanmasında uygulanan esas ve usuller çerçevesinde redaksiyona tabi tutulmuş ve Alt Komisyonunda, Kanun Tasarısının adının "Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı" şeklinde değiştirilmesine karar verilmiştir.

Tasarıyla, "Bakanlar Kurulunun belirleyeceği illerde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının yapılacak değerlendirme sonuçlarına göre Bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğini haiz, Bakanlığın ilgili kuruluşu statüsünde birliğe dönüştürülmesi" amaçlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin dış organizasyon yapısı 02.11.2011 tarih ve 28103 sayılı mükerrer Resmi Gazete'de yayımlanan "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" esas alınarak düzenlenmiştir. Buna göre Sağlık

Bakanlığı hastanelerinin Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve bu kuruma bağlı olarak illerde kurulan kamu hastane birlikleri marifetiyle yönetilmektedir (Resmi Gazete).

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı'nın politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamaktan, Bakanlığa bağlı olarak kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu sorumludur.

Kurumun görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- Kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak.
- Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve iyileştirme edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, düzenleme yapılması ve politika oluşturulması maksadıyla Bakanlığa teklifte bulunmak.
- Performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak, değerlendirme sistemi için her türlü alt yapıyı kurmak.
- Kendisine bağlı sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak.
- Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası kamu veya özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, müşterek çalışma yürütmek.
- Hastane hizmetleriyle ilgili yapılacak çalışmalarda gerekli komisyonları kurmak.
- Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek.
- Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmek.

Kamu Hastaneleri Birlikleri

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir. Hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak

suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir ve bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılamaz. Birden fazla Birlik kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir.

Kamu Hastane Birlikleri, kamu tüzel kişiliğine sahip olmakla birlikte, kanunda düzenlenen hususlar dışında özel hukuk hükümlerine tabidir.

Kamu hastane birliklerinin "ilgili kuruluş" şeklinde yapılandırılması da Sağlık Bakanlığı'nın üstlenmek istediği rolle açıklanabilir. Ayrı bir tüzel kişiliği olan ilgili kuruluşlar ile bakanlık arasındaki ilişki vesayet ilişkisidir. Bu ilişki, hastane hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'nın ana hizmet alanından çıktığının bir ifadesidir. Kamu Hastane Birlikleri'nin kurulması, kamu hizmetlerinin kamu tüzel kişileri tarafından işletilmesi usullerinde emanet usulünden kamu kurumu usulüne bir geçiş olduğunun yani sağlık hizmetlerinin ticari kamu hizmeti statüsüne sokulduğunu gösterir.

Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur.

Genel Sekreterlik

Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır ve aşağıdaki görevleri yerine getirmekten sorumludur:

- Birliğin belirlenen hedef, politika ve stratejilere, ilgili düzenlemelere ve performans programına göre yönetmek.
- Birliğin faaliyet ve işlemlerini denetlemek, yönetim sistemlerini değerlendirmek, işleyiş ve yönetim süreçlerinin etkililiğini gözetmek, yönetimin, kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesini sağlamak.
- Birlik bünyesindeki sağlık kurumlarında etkili ve verimli hizmet sunumunu sağlamak, bu amaçla kaynak ve personel ihtiyaçlarını tespit etmek, istihdam planlaması yapmak ve personel hareketlerini gerçekleştirmek.
- Hastaneler arası koordinasyon ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini sağlamak.
- Bütçe ve yatırım tekliflerini hazırlayarak Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na sunmak.
- Birlik ile ilgili istatistikî bilgilerin takibini sağlamak, birliğin malî tablolarını birleştirmek ve alınabilecek önlemler hakkında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na önerilerde bulunmak.
- Hasta hakları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesini, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasını sağlamak.

- İlgili mevzuat çerçevesinde birlik gelirlerinin tahakkuk ettirilmesini, gelir ve alacakların takip ve tahsili ile harcama işlemleri ve muhasebe hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.
- Birlik ile ilgili diğer görevleri yürütmek.

Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları yer alır. Genel sekreter gerektiğinde sınırlarını yazılı olarak belirlemek suretiyle yetkilerinden bir kısmını alt birim yöneticilerine devredebilir.

Genel sekreter, idarî ve malî hizmetler başkanları, hastane yöneticisi, müdür ve müdür yardımcısı olabilmek için en az dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarından veya bunlara denkliği Yükseköğretim Kurulu'na kabul edilmiş yurt dışındaki yükseköğretim kurumlarından mezun olmak ve kamu veya özel sektörde, genel sekreter için 8 yıl, idarî ve malî hizmetler başkanları, hastane yöneticisi ve müdürler için en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmak zorunludur.

Tıbbî hizmetler başkanının, tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip, uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış tabip veyahut hukuk, kamu yönetimi, işletme ve sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; eğitim ve araştırma hastaneleri başhekiminin eğitim görevlisi tabip veya tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip; diğer hastane başhekimlerinin uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış tabip veyahut hukuk, kamu yönetimi, işletme, sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; yüz yatağın altındaki hastane başhekimlerinin tabip; ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastanelerde başhekimin diş hekimi olması; başhekim yardımcılarının ise tıp, diş hekimliği veya eczacılık öğrenimi almış olması veya lisansüstü eğitim yapmış olmaları kaydıyla sağlık bilimleri lisansiyeri olması gerekir.

Kurum Başkanı, genel sekreterle doğrudan; başkanlar, hastane yöneticileri, başhekim ve müdürlerle genel sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapar. Uzman personel ile büro görevlilerinin sözleşmeleri genel sekreter tarafından yapılır. Başhekim yardımcılıyla başhekimin, müdür yardımcılıyla ilgili müdürün teklifi üzerine hastane yöneticisi tarafından sözleşme yapılır. Sözleşmelerin süresi iki yıldan dört yıla kadar olabilir. Süre sonunda tekrar sözleşme yapılabilir. Sözleşme eki performans hedeflerindeki gerçekleştirmelere bağlı olarak süresinden önce de sözleşmeler sona erdirilebilir. Başarısızlık sebebiyle genel sekreterin değişmesi halinde başkanların ve başarısızlığa sebebiyet veren hastane yöneticilerinin sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Ancak bunlar yeni görevlendirmeler yapılincaya kadar görev yapar. Yeni hastane yöneticisinin göreve başlamasından itibaren, ilgili hastane başhekimini, müdürleri, başhekim yardımcılı ve müdür yardımcılarının; yeni başhekim ve müdürlerin göreve başlamasından

itibaren de yardımcılarının bir ay sonunda sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Sözleşmeleri bu suretle sona eren personel ile yeniden sözleşme yapılabilir.

Birlik Hastanelerinin Gruplandırılması ve Denetimi

Hastaneler; tıbbî ve malî kıstaslar ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir.

Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birliğin;

- Grup düşürülmesi,
- (D) grubunda devralınması halinde, üçüncü değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması,
- (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması,
- Bünyesindeki hastanelerden birinin artarda yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi,
- (E) grubu hastane ile devralınması halinde, ikinci değerlendirmede bu hastanenin bir üst gruba çıkarılamaması, hallerinde Kurumca genel sekreterin görevine son verilir. Yukarıda sayılan hususların hastane ölçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise, genel sekreterce hastane yöneticisinin görevine son verilir.

IV. Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleştirilmesi, uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının mevcudiyetine büyük ölçüde bağlıdır. Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin Avrupa Birliği'ne uyum süreci de dikkate alınarak, görev yetki ve sorumluluklarının tanımlanması sağlanacaktır. Bu çerçevede uzun yıllardır görev alanları konusunda bir netliğe kavuşturulmamış olan hastayla birebir çalışan meslek mensuplarının da görev ve yetkileri tanımlanacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçlarına ulaşabilmesi, etkili bir yönetici kadrosuna sahip olmakla mümkündür. Hekimlerin işletme yöneticiliğinde istihdam edilmesi, hem hekime yapılan yatırımın amacı dışında kullanılmasına sebep olmakta, hem de deneyimsiz yöneticiler ortaya çıkarmaktadır. Sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesi için gereken planlama, araştırma ve eğitim faaliyetlerine önem ve öncelik verilecektir.

Sağlık çalışanlarının verimli ve kaliteli hizmet sunmalarını özendirerek bir ödeme ve ücretlendirme yapısı olarak tasarlanan “performansa göre döner sermaye katkı payı ödemesi” Sağlık Bakanlığı’nca 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Sistemin yasal dayanağını 209 sayılı “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” teşkil etmekte, personele yapılacak ödemeler ise Kanunun 5’inci maddesinde düzenlenmektedir. Buna göre, personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, kapsamda yer alan personele, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, ek ödeme yapılabilmektedir.

V. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Dönüşümü gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli kılmak için, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmesi, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen personel varlığı oldukça önemlidir. Ülkemizde sektör analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne, mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kuruma ihtiyaç vardır. Bu kapsamda Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte var olan, fakat zamanla sadece yasalarda varlığını sürdüren Hıfzıssıhha Okulu’nun çağdaş bir anlayışla ve günümüzün ihtiyaçlarına cevap verecek tarzda yeniden yapılandırılması dönüşüm programı içerisindeki hedefler arasındadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın başarısı için eğitim ve bilim kurumları ile ilgili hedefleri şu şekilde sıralanabilir:

- Tıp eğitimi, tıpta uzmanlık sınavına hazırlık eğitimi olmaktan çıkarılıp, hekimleri Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda hizmet vermeye yönlendirecek bilgi ve birikimle donatmak.
- Tıpta uzmanlık eğitimi müfredat programlarının meslek örgütlerinin de katılımı ile geliştirilip denetlenmesini sağlamak.
- Eğitim hastanelerinin yeniden organize edilip, verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı oluşturmak.
- Bu uygulamaları sürekli ve uygulanabilir bir kurum içerisinde akademik bir yapıya kavuşturmak.

Yukarıda belirtilen hedefler doğrultusunda Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ve ilgili yönetmeliklerde yenileme çalışmaları yapılmaktadır. Bu kapsamda Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi

Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin yürürlüğe konulması; Sağlık Bakanlığı'nın 24.5.2011 tarihli ve 7309 sayılı yazısı üzerine, 1219 sayılı Tababet ve Şua batı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 9. maddesine göre, Bakanlar Kurulu'nca 07.06.2011 tarihinde kararlaştırılmıştır.

VI. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Sağlık sektöründe hizmetin kabul edilebilirliği ve standardı, en az kullanılan sarf malzemesi ile tanı ve tedavi araçlarının kalitesi kadar önemlidir. Hizmet biriminin belli standartlara uygunluğu tek başına yeterli değildir. Hizmet sunum süreci ve elde edilen çıktılar değerlendirildiği bir mekanizmanın kurulması gerekir. Son zamanlara kadar kalite, ihmal edilmiş bir konu olmasına rağmen, bugün hem hizmet sunucuları hem de finansal kaynak sağlayıcıları tarafından daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır.

Kurulması planlanan "Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu" bugün bir kavram kargaşası içinde bulunan ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını olması gerektiği gibi düzenleyecektir. Bu kurumun özerk bir yapıda, sektörün taraflarının yönetiminde söz sahibi olduğu bir şekilde kurulması, gelişmiş ülkelerdeki örneklere benzer şekilde faaliyete geçmesi amaçlanmaktadır. Kurum sağlık sonuçlarını ölçmek için sistemler geliştirecek ve bu sonuç ölçümlerini sağlık hizmet sunucularına performans göstergeleri oluşturmak amacıyla kullanacaktır. Böylece hizmet sunucuların performanslarını içeren veri tabanları oluşturulacak ve iyi uygulamaların tanımlanması ile uygulanabilir performans göstergelerinin belirlenmesini sağlayacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları kapsamındaki somut adımı 2005 yılında bakanlık onayı ile yürürlüğe giren, Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi oluşturmuştur. Yönergenin amacı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun sağlanması ve sağlık kurumlarının bu hedeflere ulaşmaları için ölçülebilir, karşılaştırılabilir hizmet sunum kıstaslarının belirlenmesi ve halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması ile buna katkısı olan personelin teşvik edilmesidir. Bu kapsamda başlangıçta 100 sorudan oluşan kalite kıstasları, 2007 yılında 150 sorudan oluşan bir set haline dönüştürülmüştür. 2008 yılında yapılan bir yenilenme ile kalite kıstasları, Hizmet Kalite Standartları adı altında toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan yeni bir sete dönüştürülmüştür. Ayrıca 2009 yılında özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak 388 standart ve yaklaşık 1.450 alt bileşenden oluşan "Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları" oluşturularak yayımlanmıştır.

Daha sonra hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlamak, kurumlar arası deneyim paylaşımı için zemin hazırlamak ve sağlıkta ulusal kalite sisteminin kurulması amacıyla kamu, üniversite ve özel hastaneleri birlikte ele alarak tüm kurumları kapsayacak şekilde “Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanmıştır. Buna göre hastane değerlendirmelerinde 480 standart ve 1.640 değerlendirme ölçütü kullanılmaktadır.

VII. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara ihtiyaç vardır. Bu kurumların siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk kurumlar halinde örgütlenmesi gerekmektedir. İlaç ve tıbbi cihaz konusunda uzman olacak bu kurumları ayrı ayrı veya tek çatı altında toplamak mümkündür.

Dünya Sağlık Örgütü akılcı ilaç kullanımını, “kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri” olarak tanımlamıştır. Dolayısıyla akılcı ilaç kullanımının ilkeleri şu şekilde sıralanabilir:

- Doğru teşhise dayanmak.
- Uygun ilacı seçmek; gereken dozunu, uygun yoldan ve tedavi sanatı ile sunmak ve yeterli süre kullanmak.
- Tedavi başarısını değerlendirmek; yan etkileri ve hastanın uyumunu izlemek.
- Birden fazla ilaç kullanılacaksa etkileşimlerini değerlendirmek.
- Planlanan tedavinin gerçekleşme olasılığını ve maliyetini dikkate almak.
- Dönüşüm programının başlaması ile birlikte ilaç konusunda yapılan değişiklik ve düzenlemeler aşağıdaki şekilde özetlenebilir:
- 2004 Mart-Reçeteli ilaçlarda KDV %18’den %8’e indirildi.
- 2004 Nisan-İlaç Fiyat Kararnamesi ile sosyal güvenlik kuruluşlarının farklı geri ödeme sistemlerini ortadan kaldıracak referans fiyat sistemi getirildi. Bu sistem ile ilaç fiyatlarını belirlerken en az 5, en fazla 10 Avrupa Birliği üyesi ülke takip edilmekte ve bu ülkelerdeki en ucuz fiyat Türkiye’deki ilaç fiyatları için referans alınmaktadır. Sistemle, geri ödeme kurumlarına en ucuz eşdeğer ilacın %22 fazlasına kadar geri ödeme yapma zorunluluğu getirilmiştir.
- 2005 Ocak-Sağlık hizmetlerinde ve reçetesiz ilaçlarda da KDV %18’den %8’e indirildi.
- 2005 Şubat-Kamu ilaç ödemelerinde pozitif listeye geçildi.
- 2005 Mayıs-Ayakta tedavi gören Yeşil Kart sahibi hastaların, ilaçlarını katkı payı ödeyerek almalarına imkân sağlandı.

- 2005 Haziran-Avrupa Birliği mevzuatına uyum çerçevesinde hazırlanan Ruhsatlandırma Yönetmeliğinin yürürlüğe girmesi ile ilaç ruhsatlarının süresi 5 yıl olarak belirlendi.
- 2005 Temmuz-Eşdeğer ilaç uygulaması 77 etkin maddeden 333 gruba genişletildi.
- 2006 Ocak-Tüm geri ödeme kurumlarının, ilaç ödemelerinde uygulayacağı tek pozitif liste uygulaması başlatıldı.
- 2008 Ocak-Yatarak tedavilerde ilaçların ve diğer tıbbi malzemenin hastane tarafından temini zorunlu hale getirildi.
- 2009 Eylül-Mobil Araç ile İlaç Dağıtımı Protokolü imzalandı (mobil eczane uygulaması).
- 2009 Aralık-İlaç takip sistemi getirildi.
- 2011 Kasım -Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kuruldu.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

Bakanlığa bağlı, özel bütçeli kamu tüzel kişiliğini haiz Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak ilaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, tıbbî cihazlar, vücut dışı tıbbî tanı cihazları, geleneksel bitkisel tıbbî ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbî ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar hakkında düzenleme yapmakla görevlidir.

Kurumun görev yetki ve sorumlulukları 02.11.2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

- Görev alanına giren ürünlerin ruhsatlandırılması, üretimi, depolanması, satışı, ithalatı, ihracatı, piyasaya arzı, dağıtımı, hizmete sunulması, toplatılması ve kullanımları ile ilgili kural ve standartları belirlemek, bu faaliyetleri yürütecek kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere izin vermek, ruhsatlandırmak, denetlemek ve gerektiğinde yaptırım uygulamak, laboratuvar analizlerini yapmak veya yaptırmak.
- Sağlık beyanı ile satışa sunulacak ürünlerin sağlık beyanlarını inceleyerek bu beyanlara izin vermek, izinsiz veya gerçeğe aykırı sağlık beyanı ile yapılan satışları denetlemek, gerektiğinde durdurma, toplama, toplatma ve imha iş ve işlemlerini yapmak veya yaptırmak, izin ve sağlık beyanları yönünden bunların her türlü reklam ve tanıtımlarını denetlemek ve aykırı olanları durdurmak, piyasaya arz edilen ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlerin reklam ve tanıtımının usul ve esaslarını belirlemek ve uygulamasını denetlemek.
- Görev alanına giren ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlere ilişkin klinik araştırmalarla ilgili düzenlemeleri yapmak, izin vermek ve denetlemek.

- Türk Farmakopesini hazırlamak.
- Hayati önemi haiz ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlerin piyasada sürekli bulunabilmesi için gerekli tedbirleri almak.
- Tıbbî cihazlar için onaylanmış kuruluşları belirlemek, lisans, ruhsat veya izin vermek, denetim yapmak ve gerektiğinde yaptırım uygulamak.
- Görev alanına giren ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlerle ilgili uyarı sistemlerini kurmak veya kurdurmak, işletmek veya işlettmek.
- Kurum personelinin uluslararası karşılıklı tanınma ve akreditasyonunu sağlamak.
- Görev alanına giren ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlerin piyasa gözetimi ve denetimini yapmak, gerektiğinde toplatmak, imha etmek veya ettirmek, piyasadaki ürünler için güvenlik bildirim yöntemlerini belirlemek, gerekli bildirimleri yapmak, laboratuvar analizlerini yapmak veya yaptırmak.
- İlaç fiyatlarının belirlenmesi için farmako-ekonomik değerlendirme ve çalışmalar yapmak.
- Görev alanına giren ilaç, tıbbî cihaz ve ürünleri üretenler, satanlar ve faydalananlar arasında doğabilecek ihtilafların çözümüne yönelik usulleri belirlemek.
- Görev alanı ile ilgili faaliyetleri izlemek, değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, politika üretilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması için Bakanlığa teklifte bulunmak.
- Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası, kamu kurumları ve üniversiteler ile özel kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, müşterek çalışmalar yürütmek.
- Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek.
- Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmek.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun hizmet birimleri ve görevleri ile ilgili uygulamalar, 07.03.2012 tarih ve 28226 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik ile düzenlenmiştir.

Buna göre; ilaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, geleneksel bitkisel tıbbî ürünler, homeopatik tıbbî ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar hakkında, etkinlik, kalite ve güvenliliğin sağlanmasına yönelik düzenleme yapmaktır. Ruhsatlı olmayan veya ruhsatı bulunsa dahi piyasada bulunmayan ürünlerin üretiminin temini veya şahsi tedavi amacıyla yurtdışından getirilmesini sağlamaya yönelik hizmetler ve endikasyon dışı ilaç kullanımına ilişkin işlemleri yürütmekle birlikte ecza

depolarının ruhsatlandırılması ile ilgili işlemleri de yürütmek ve klinik ilaç araştırmaları ve gözlemsel ilaç çalışmaları ile ilgili işlemleri yürütmektir.

Tıbbi cihaz ve kozmetikler hakkında düzenleme yapmak ve tıbbi cihaz kullanım güvenliğine dayalı standartların belirlenmesine yönelik işlemler ile sınıflandırma, risk tanımlama gibi teknik değerlendirmeleri yapmakla birlikte bu cihaz alanında hizmet gören kişi, kurum ve kuruluşları yetkilendirmek ve bu sürecin takibini yapmaktır.

Avrupa Birliği müktesebatına uyuma ilişkin iş ve işlemleri yürütmek, görüş bildirmekle birlikte uluslararası standartlara uygun kalite çalışmaları yapmak, bu kapsamda kurum içi ve dışı iletişimi ve koordinasyonu sağlamaktır. Kurumun görev alanına giren ürünlerin sağlık teknolojilerini değerlendirmek, fiyatlandırma ve mali etüt çalışmalarını yürüterek ilaçların akılcı kullanımını temin etmeye yönelik faaliyetleri yürütmektir. Bilgi sistemleri alt yapısının kurulması ve işletilmesi ile ilgili iş ve işlemleri yürüterek sayısal veriler çıkartılarak istatistiksel çalışmalar yapmaktır.

İnsan gücü ihtiyacını tespit etmek, kadro standartlarına ait işlemleri, atama ve nakil işlemleri ile diğer personel hareketlerini düzenlemek ve ayrıca personelin eğitim ve sertifikasyon faaliyetlerini, özlük, terfi, emeklilik, disiplin ve benzeri işlemlerini yürütmektir.

5018 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde kiralama ve satın alma işlemlerini yürütmek, temizlik, güvenlik, gibi destek hizmetlerini, taşınır ve taşınmazlarına ilişkin işlemleri ilgili mevzuatı çerçevesinde yürütmek ve sosyal hizmetler ile sivil savunma ve seferberlik hizmetlerini planlamak ve yürütmektir.

VIII. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Doğru bilgiye dayanmayan kararlar istenmeyen sonuçlar doğurur. Doğru bilgi ise ancak iyi seçilmiş, doğru ve iyi analiz edilmiş veri ile elde edilir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için bütünleşmiş bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmeti sunan kademelerde dikey işlemesi gereken bilgi akışı, hizmet sunumu ve finansman bilgilerinin değerlendirilmesi noktasında yatay bir bütünleşmeye ihtiyaç göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinde eşgüdüm, sağlık dökümünün oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla sağlık bilgi sistemi kurulmalıdır. Sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını sağlamak, hizmetlerin verimliliğini geliştirmek, kaynakların nerelerde ve nasıl

kullanıldığını takip etmek ancak etkili bir bilgi sisteminin kurulması ve işletilmesi ile mümkündür.

Sağlık bilgi sistemi, sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli veri toplayacak ve işleyecek bir fonksiyon üstlenecektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık bilgi sistemleri ile ilgili çalışmalar e-sağlık vizyonu çerçevesinde sağlık hizmeti veren tüm kurumların standart tanımlarının yapılması, doktorların veri bankası, uluslararası kabul edilmiş hastalık sınıflandırmaları, ilaç ve tıbbi malzeme kodları ve kurum kodlamaları gibi sistemlerin belirlenmesi konusunda hız kazanarak uygulamaya geçilmiştir.

Karar sürecinde etkili bilgiye erişim hedefinin ilk adımı olarak, Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi oluşturulması kapsamında, Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Minimum Sağlık Veri Setleri ve Sağlık Kodlama Referans Sunucusu gibi kaynak ve referans sistemlerin geliştirilmesi ve geliştirilen bu standartların belirli usul ve esaslar çerçevesinde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiş olan illerde veri toplama ve analiz edilmesi çalışmaları gösterilmektedir.

2009 yılı itibarıyla veri toplamada tüm paydaşların ortak bir platformda buluşması için “Sağlık-NET” oluşturulmuştur. Bu sayede hastanın doğumundan ölümüne tüm sağlık bilgilerini kapsayacak şekilde verilerin toplanması sistemi başlatılmıştır.

02.11.2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur.

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü’nün görevleri aşağıda sıralanmıştır:

- Sağlık alanında kullanılan bilişim sistemleri ve iletişim teknolojileri ile ilgili ülke çapında politika, strateji ve standartları belirlemek.
- Kişisel sağlık verileri ile ülke düzeyinde sağlık durumu ve sağlık hizmetlerine ilişkin veri ve bilgi akışını içeren her türden bilgi sistemleri ve projelerini yapmak ve yaptırmak.

- Sağlık bilgi sistemleri ve teknolojileri alanında uluslararası gelişmeleri izlemek, ülke uygulamalarını ve tecrübelerini paylaşmak, gerektiğinde uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapmak.

Sağlık bilişimi ve teknolojisi alanında çalışacak kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilerin uyacakları kuralları belirlemek, uygulamak, gerektiğinde bunların yazılım ve ürünlerinin uygunluğuna karar vermek ve müelliflerini yetkilendirmek.

3.1.5 Sağlıkta Dönüşüm Programı Reformlarının Uygulanması Ve Ortaya Çıkan Sonuçlar

Sağlıkta dönüşüm programının uygulanmasına başlanması ile vatandaşların yenilikler karşısında gerek bilgi sahibi olması ve gerekse bu yeniliklere uyum sağlayabilmesi için zorunlu açıklama ve bilgiler reklam yoluyla, görsel iletişim araçları ve broşür gibi yöntemlerle halka sunulmalıdır. Sağlık Bakanlığı kısmen de olsa bu uygulamaları yapmıştır. Böylece vatandaş için gerekli hizmet ve gerekli olmayan hizmet ayrımı program işleyişine göre açığa çıkmış olacaktır. Herhangi bir sorun ve eksikliğin görülmesi durumunda bunlar sistem içerisinde düzeltme yoluna gidilecektir (Akdağ, 2003:38).

Sağlıkta dönüşüm programının Türkiye içerisinde yaygınlaştırma işlemleri içerisinde payı yüksek olan kurum sağlık bakanlığıdır. Halka yönelik olarak sağlıkta dönüşüm programı ile bilgileri anlatmada sağlık bakanlığı ve sosyal güvenlik kurumunun web siteleri önemli bir rol üstlenmiştir.

Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili hizmetlerini şu şekilde sıralamak mümkündür:

- ALO 113 (Çalışan Güvenliği)
- ALO 150 (BİMER; Başbakanlık İletişim Merkezi); Her türlü istek, şikâyet, memnuniyetin BİMER web sitesinden e-mail yolu ile bildirim yapılabilir. Daha sonra gönderilen e-mail' in cevabı kişiye olumlu veya olumsuz olarak sonucu ile birlikte gönderilmektedir.
- ALO 184 (SABİM; Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi)
- ALO 182 (Hastane Randevu Merkezi, Web Randevu, MHRs Sistemi); En önemli sağlık hizmetlerindedir. Bu telefon numarası ile vatandaşlar istediği hastane ve doktordan randevu alabilmektedir. www.mhrs.gov.tr/ web adresinden de randevu alınabilmektedir.
- Hekim Seçme Hakkı; Vatandaşların sağlık hizmetini istediği doktordan alabilmesidir. İsteddiği zaman bu hizmet için hekim değiştirme hakkına sahip olmasıdır.

- Hasta Hakları Birimleri ve Halkla İlişkiler; Hastaların sağlık hizmeti alırken ve aldıktan sonra karşılaştıkları sorunları, istekleri ve şikâyetleri bildirebileceği ve birebir muhatap bulabileceği hizmet birimleridir. Sorunun çözüme ulaştırılması ve sonuç olarak memnuniyetin sağlandığı bölümlerdir.
- ALO 171 (Sigara Bırakma Danışma Hattı)
- SBN (Sağlıkta Buluşma Noktası)
- SGK (www.sgk.gov.tr); Bu web adresinden çalışan, işveren, eczane, malzeme ve envanter, emeklilik işlemleri ile ilgili döküm ve bilgilere ulaşılabilmektedir.
- www.saglik.gov.tr/; Sağlık ile ilgili bilgiler, istatistikler, ilaç fiyatları, ihaleler, duyurular gibi sağlık alanındaki konulara ulaşılabilmektedir.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı web adresinde her türlü insan sağlığı ile ilgili dikkat edilmesi gereken bilgilere ulaşılabilmektedir.
- Havanı Kori (Dumansız Hava Sahası); Kapalı alanlarda sigara içilmesi yasaklanarak önemli cezai yaptırımlar uygulanmasıdır.
- Aile Hekimliği Hizmeti; Her aileye bir aile hekimi hizmeti verilmesidir.
- Evde Bakım Hizmetleri; Yataklık durumda olan, hastaneye gelmeye engeli olan hastalar için oluşturulan bir hizmettir. Telefon numarası 444 38 33 ve her yerden ücretsiz aranabilmektedir (Yıldırım, 2011:457) (www.saglik.gov.tr, 10.12.2014).

Sağlıkta Dönüşüm Programı; sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan eksiklik ve sıkıntıları ortadan kaldıran, kaliteli sağlık hizmeti sunumu açısından sorun değil çözüm üreten, sorumluluk sahibi ve sağlıkla ilgili yapılması gereken işlemleri kapsayan önemli bir programdır. Bunun için titiz bir çalışma ürünü olan sağlıkta dönüşüm programı ile toplumumuzun güven ve desteği ile program başarılı olacaktır (Gümüş, 2010:19).

Sağlıkta dönüşüm programının hazırlandığı 2002 yılından beri Türkiye içerisindeki özel hastane sayısı devlet hastanesi sayısını geçmiştir. Vatandaşlarımızın özel hastanelere başvuru oranı önemli ölçüde artış göstermiştir.

3.2 TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMET SİSTEMİ

Sağlık sistemi; toplumun sağlığının korunması, hastalıkların önlenmesi ve sağlıklılık halinin devamının sağlanması için, sağlık kurum ve kuruluşları, tıbbi cihaz üreticileri, ilaç firmaları ve eğitim kurumlarından oluşan alt sistemler bütünü olarak ifade edilmektedir. Devlet, sağlık sistemi içinde birtakım yasal düzenlemelerin yapıp denetlenmesinin yanında, sağlık hizmetlerinin

sunumunda ve finansmanında da görev almaktadır. Ancak sağlık sisteminin sağlıklı çalışması için, devletin düzenleyici ve denetleyici rolü ön plana çıkmakta ve sistemin performansının değerlendirilmesine ilişkin birtakım çalışmalar yürütülmektedir. Bu çalışmalar; mevcut sağlık sisteminin eksikliklerinin tamamlanması, toplumun beklentilerine yanıt verilmesi, finansman açısından yaşanan adaletsizliklerin giderilmesi, benzer ülkelerin sağlık düzeylerinin yakalanması ve sağlık sisteminin yıllara göre değerlendirilmesinin yapılabilmesi açısından çok önemlidir.

DSÖ, ülke sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde temel hareket noktasının birincil sağlık hizmetleri olduğunu ifade etmiştir. Bu anlamda ülkeler açısından bakıldığında; her ülkenin kendine özgü bir sağlık sistemini benimsediği ve bunun temelinde de ülkeler arasındaki kültürel, ekonomik ve ideolojik açıdan yaşanan farklılıkların olduğu görülmektedir. Bu durum, ülkelerin sağlık örgütlenmesi ve finansmanı açısından farklı uygulamaları benimsemelerine neden olmaktadır. Milton A. Roomer ülke sağlık sisteminin temel öğelerinin belirlenmesine yönelik olarak yaptığı çalışmada, farklı ülkelerin sağlık sistemlerini incelemiş ve bu inceleme sonucunda başlıca beş ana öğenin ön plana çıktığını belirtmiştir.

- **Yönetim;** sağlık sisteminin planlanması, sağlığa ilişkin yasal düzenlemelerin yapılması ve stratejilerin geliştirilmesinden sorumlu tüm organ ve kuruluşları ifade etmektedir. Türkiye açısından; Türkiye Büyük Millet Meclisi, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı bu başlık altında yer almaktadır.
- **Finansman;** sağlık hizmeti sunumunun finansman boyutuna ilişkin faaliyet gösteren kuruluşları ifade etmektedir. Türkiye açısından; Sosyal Güvenlik Kurumu ve özel sağlık kuruluşları finansman kurumlarına verilecek örnekler arasında yer almaktadır.
- **Hizmet Sunum Organizasyonu;** sağlık hizmetinin üretimine ve sunumuna yönelik faaliyet gösteren tüm kurumları içermektedir. Türkiye açısından yataklı tedavi hizmetlerinin sunumunda hem Sağlık Bakanlığı'nın hem de özel hastanelerin görev yapması söz konusudur.
- **Tedarikçiler;** sağlık hizmetinin üretiminin ve sunumunun gerçekleşebilmesi için ihtiyaç duyulan kaynakları temin eden kurumlardır. Tıbbi malzeme ithal eden ve satan kuruluşlar bu başlık altında toplanabilir.
- **Hizmet Sunumu;** gerek bireyin ve gerekse toplumun sağlık statüsünün korunması ve yükseltilmesi amacıyla yönelik olarak sunulan, koruyucu, tedavi edici, iyileştirici ve sağlığı geliştirici hizmetlerin tümünü içermektedir. Türkiye'de yataklı ve yataksız kurum ve kuruluşlar tarafından bu hizmetlerin sunulması söz konusudur.

3.2.1 Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Toplumdaki bireylerin beklentilerini karşılamak üzere, üst düzeyde ve nitelikli sağlık hizmetinin üretilmesi ve bu hizmetlere ulaşılabilirliğin sağlanması, ülke sağlık sistemlerinin temel amacını oluşturmaktadır. Sağlık sisteminin örgütlenmesinde toplumu oluşturan tüm bireylerin hizmetlerden eşit ölçüde yararlanması ilkesi benimsenmekle birlikte, toplum içinde ayrıcalığı (ana çocuk sağlığı, mesleki hastalıklar vb.) olan ve farklı sağlık hizmeti ihtiyacı bulunan kesimlerin belirlenmesine yönelik çalışmaların sürdürülmesinin de gerekliliğine işaret edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi açısından farklı ülkeler tarafından benimsenen farklı örgütlenme modelleri vardır. Sağlık hizmetinin sunumunun kamu hizmeti olarak ele alınmadığı durumlarda serbest piyasa koşullarının geçerliliğinden bahsedilmektedir. Ancak Alma-Ata Bildirgesi'nin ilkeleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinin zorunlu ve satın alınmayan bir hizmet olduğu ve devlet tarafından verilmesi gerektiği noktasından hareket edildiğinde ise, sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

- Sosyal eşitlik,
- Birinci basamak sağlık hizmeti,
- Sürekli hizmet anlayışı,
- Bütünleştirilmiş sağlık hizmeti,
- Kademeli sevk sistemi,
- Ekip hizmeti,
- Ana ve çocuk sağlığına öncelik verilmesi,
- Koruyucu hizmetlere öncelik verilmesi,
- Toplum katılımı,
- Denetim ve hizmet içi eğitim,
- Esnek planlama,
- Sektörler arası işbirliği.

Türkiye’de sağlık sektörünün örgütlenmesinde çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluş sağlık hizmeti üretiminde ve finansmanında görev yapmaktadır. Kamu kesiminde; S.B., M.S.B., S.S.K., Tıp Fakülteleri, M.E.B., P.T.T., T.C.D.D., Belediyeler ve Kamu İktisadi Kuruluşları sağlık hizmeti sunan başlıca kuruluşlardır. Bunların yanında dini gruplar, azınlıklar ve vakıfların yanında kar amaçlı özel sektör kuruluşları da hizmet vermektedir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi söz konusu değildir. Birçok kuruluş birbirinden habersiz hizmet üretmeye

alışmakta olup, bunun doğal bir sonucu olarak, mevcut kaynakların verimli kullanılması sağlanamamaktadır. Ancak birinci basamak sağlık hizmetlerinin tek sunucusu SB, tepededir. Diğer kurum ve şahısların tamamı daha çok tedavi ve iyileştirme hizmetlerine odaklanmışlardır. Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetlerini, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, AÇSAP merkezleri ve verem savaş dispanserleri aracılığıyla yürütmektedir.

Sağlık Sektöründe önemli bir husus politika oluşturmaktır. Sağlık politikalarının oluşturulmasında Sağlık Bakanlığının yanı sıra Devlet Planlama Teşkilatı, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları önemli rol oynamaktadır. Politikaların gerektiği yasal düzenlemelerin gerçekleştirilmesi ve bu düzenlemelerin Anayasaya uygunluk denetimi sürecinde ise ana aktörler TBMM ve Anayasa Mahkemesidir. Bu yönüyle Anayasa Mahkemesi sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulamasında yardımcı bir role sahiptir. Ayrıca Yüksek Öğretim Kurumu insan kaynaklarının yetiştirilmesi ve planlamasının yanı sıra, sağlık politikalarının oluşturulmasında SB ve DPT'ye danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır.

Tablo 8 İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar (Türkiye Sağlık Raporu, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004, Ankara:29).

POLİTİKA OLUŞTURMA	SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU
Türkiye Büyük Millet Meclisi	Kamu
Devle Planlama Teşkilatı	Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı	Üniversite Hastaneleri
Yüksek Öğretim Kurumu	Savunma Bakanlığı
Anayasa Mahkemesi	Özel
İDARİ KARAR ALMA	Özel Hastaneler
Sağlık Bakanlığı	Vakıf Hastaneleri
İl Sağlık Müdürlükleri	Azımlık Hastaneleri
SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI	Özel Çalışan Pratisyen/ Uzman
Maliye Bakanlığı	Hekimler
Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı)	Ayakta Tedavi Klinikleri
Özel Sigorta Şirketleri	Laboratuvar ve Tanı Merkezleri
Kendi Kendini Finanse Eden Kurumlar	Eczaneler
Uluslararası Ajanslar	Tıbbi Cihaz ve Malzeme Satıcıları
	Sivil Toplum Örgütleri
	Kızılay
	Vakıflar, Dernekler

**Türkiye sağlık hizmetleri sunumundaki, kamu hizmeti veren birimlere 'belediyeler' de eklenmiştir.

Sağlık Bakanlığı dışında kalan kuruluşların genellikle ve yalnızca hastane hizmeti ürettiği ve sınırlı hizmet verdiği göz önüne alındığında, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin temel çatısını Sağlık Bakanlığı örgütünün oluşturduğu söylenebilir. Ayrıca, yürürlükteki yasalara göre, ülkenin sağlığından sorumlu ve yetkili olan kuruluş Sağlık Bakanlığı'dır.

Sağlık Bakanlığı, merkezi yönetime dayalı bir örgüt olup, merkezde bakan illerde ise valiler örgütün temel otorite noktalarını oluşturmaktadır. Bakanlık yapısında, hem yatay, hem de dikey programlar yürüten birimler vardır.

3.2.1.1 Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, devletin sağlık sektöründe politika belirlenmesi, programlar aracılığıyla ulusal sağlık stratejilerinin uygulanması ve sağlık hizmetlerinin doğrudan sunumundan sorumlu temel organıdır. Bir önceki başlıkta da belirttiğim gibi birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri ile ana sağlığı, çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin ana tedarikçisidir. Bu hizmet tedarikçilerinin sayıları ihtiyaç durumuna göre zaman içerisinde arttırılması planlanmalıdır. Bu ana tedarikçiler haricinde başka hizmet birimleri de faaliyete geçirilmiştir. Bunlar; 2013 yılı itibari ile sayısı 126'yı bulan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri/Hastanesi, sayıları 189 olan Semt Poliklinikleri, sayısı 39 olan Sıtma Laboratuvarı, sayısı 10 olan Hava Limanı Sağlık Denetleme Merkezi ve sayısı 35 olan Sahil Sağlık Denetleme Merkezidir (SB Faaliyet Raporu, 2013:19).

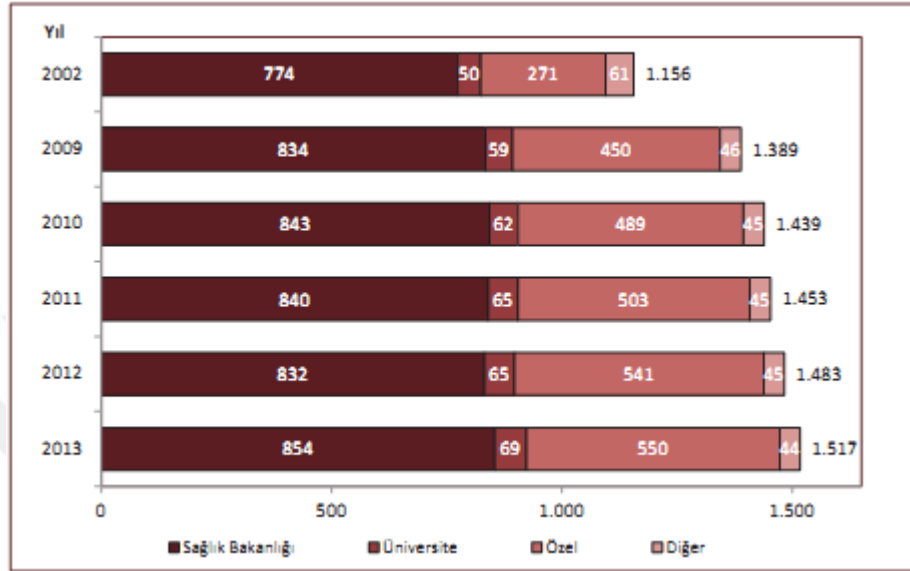
Tablo 9 Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013).

	2002	2009	2010	2011	2012	2013
Sağlık Ocağı	5.055	3.842	-	-	-	-
Aile Hekimliği Birimi	-	6.546	20.185	20.216	20.811	21.175
Aile Sağlığı Merkezi	-	2.086	6.367	6.520	6.660	6.756
Toplum Sağlığı Merkezi	-	429	961	957	957	971
Sağlık Evi	2.899	2.857	3.292	4.344	5.691	5.594
AÇSAP Merkezi	298	220	192	183	189	183
Verem Savaş Dispanseri	277	229	198	194	179	177
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	84	122	122	124	124	134
112 Acil Yardım İstasyonu	481	1.317	1.375	1.710	1.863	2.072
Halk Sağlığı Laboratuvarları Sayısı	-	-	-	-	-	83

Birinci basamak sağlık hizmet birimlerinden sonra gelen ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet birimleri de hastanelerdir. Aşağıdaki tabloda da görüldüğü üzere geçmişten günümüze belirli miktarda artış meydana gelmiştir. Ülke içerisinde artan nüfusla birlikte artan hastane sayıları talep ve ihtiyaçları karşılayıp karşılamadığı ise başka bir tartışma konusudur. 2002 yılında SB,

Üniversite, Özel Ve diğer tüm hastanelerin toplam sayısı 1.156 iken 2013 yılında bu sayı 1.517 olmuştur. Tablo 'da görülmektedir.

Tablo 10 Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2013).



Türk Sağlık Sistemi açısından sağlık hizmetinin üretimi ve sunumu aşamasında gerek kamu gerekse özel sektöre ait birçok kurum faaliyet göstermektedir. Sağlık Bakanlığı, söz konusu bu kurumların faaliyetlerinin denetlenmesinden ve kurumlar arası eşgüdümün sağlanmasından sorumludur. Buna ek olarak; ülke genelinde verilecek olan sağlık hizmetlerinin planlanması, organizasyonu, yönlendirilmesi ve denetlenmesi faaliyetlerinin yürütülmesi görevi de Sağlık Bakanlığı'nındır.

Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye (Tarihi:13.12.1983 Sayısı:181 R.G. Tarihi:14.12.1983 R.G. Sayısı:18251) göre Sağlık Bakanlığı'nın temel görevleri de aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

- Herkesin hayatını bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,
- Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve iyileştirme hizmetlerini yürütmek,
- Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yürütmek,

- İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak ve denetlemek,
- Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak,
- Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığı'na ait olmak üzere Tarım Orman ve Köy işleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,
- Mahalli idareler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,
- Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,
- Kanseri, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,
- Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek,
- Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletler arası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak.

Türk Sağlık Sistemi'nin merkezi düzeydeki örgütlenmesinde, Sağlık Bakanlığı aktif olarak rol almakta ve sağlık hizmetleri ile ilgili kararların alınmasından, politikaların belirlenmesinden ve uygulanmasından birinci derecede sorumlu olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin taşra düzeyindeki örgütlenmesinde ise, illerde idari (personel ve bölge yönetimi vb.) açıdan Valiye bağlı, ancak teknik (sağlık hizmetinin kapsamı vb.) açıdan Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumlu olan İl Sağlık Müdürlüğü rol almaktadır. Türk Sağlık Sistemi'nin sahip olduğu bu merkezi yapı, 2003 yılına kadar devam etmiştir. Bu yıldan itibaren, Sağlık Bakanlığı'nın rolünün yeniden tanımlanmasına, kamu hastanelerinin özzerleştirilmesine, kurumların sözleşmeli personel almasına ve çalıştırmasına ilişkin birtakım düzenlemeler yapılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak ifade edilen bu düzenlemeler ile ülke sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir biçimde sunulması, herkesin hakkaniyetli bir biçimde sağlık hizmetinden yararlanması ve hizmetlerin finansmanının sağlanması amaçlanmıştır. Bu amaçların gerçekleştirilmesi için de temel birtakım ilkeler benimsenmiştir. Bu ilkeler; insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet şeklinde sıralanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ayrıca; hizmetin sunumuna ve hizmetin finansmanına yönelik bazı reformlar da getirmiştir. Türk Sağlık Sistemi'nde Sağlık Bakanlığı dışında; Milli Savunma Bakanlığı Hastaneleri, katma bütçeli kuruluşlar olarak ifade ettiğimiz üniversite hastaneleri ve özel sağlık kurumları da farklı düzeylerde sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmektedir.

3.2.1.1.1 Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı

Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılması; 06.04.2011 tarihli ve 6223 sayılı Kanun'un verdiği yetkiye dayanılarak, bakanlar kurulunca 11.10.2011 tarihinde kararlaştırılmış olup; 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı mükerrer Resmi Gazete de, yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile düzenleme yürürlüğe girmiştir. Bu tarih itibari ile 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile gerçekleştirilen teşkilat yapısı sona erdirilmiş ve Bakanlık teşkilatı yeniden düzenlenmiştir. Buna göre Bakanlık teşkilatı, Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşlardan oluşmaktadır.

I. Yüksek Sağlık Şurası, Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Sağlık Meslekleri Kurulu

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname Sağlık Bakanlığına faaliyetlerinde yardımcı olmak üzere, Yüksek Sağlık Şurası, Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Sağlık Meslekleri Kurulu olmak üzere üç kuruldun oluşturulması karara bağlanmıştır.

II. Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları

Bakanlıkların hizmet ve görev alanına giren ana hizmetleri yürütmek üzere, bakanlığa bağlı olarak özel kanunla kurulan, genel bütçe içinde ayrı bütçeli veya katma bütçeli veya özel bütçeli bağlı kuruluşlar oluşturulabilir. Sağlık Bakanlığının bu kapsamda dört bağlı kuruluşu bulunmaktadır.

- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
- Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Bağlı kuruluşların en üst amiri olan Başkanlar ve Genel Müdür yürütülen hizmetlerden ve emir altındakilerin faaliyet ve işlemlerinden Bakana karşı sorumludur.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kurulmuştur. Kurumun personelin özlük haklarının düzenlenmesi ve kendi alanına giren konularda diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak ve kurum ihtiyaçlarının karşılanması gibi genel görevleri vardır.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri başlığı altında bahsetmiştik.

Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak ilaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken veya yardımcı maddeler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, tıbbi cihazlar, vücut dışı tıbbi tanı cihazları, geleneksel bitkisel tıbbi ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbi ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar hakkında düzenleme yapmakla görevli, Bakanlığa bağlı özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur.

Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü

Türk boğazları, hudut ve sahilleri ile ilgili uluslararası sözleşme ve mevzuat hükümlerinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirmekle görevli, bakanlığa bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz, Türkiye Hudut ve Sahilleri Sağlık Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Genel müdürlük kendi alanıyla ilgili idari, mali ve denetim hizmetlerinin yanı sıra aşağıda görev, yetki ve sorumluluklara sahiptir:

- Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkemize girmesi önlemek amacıyla, uluslararası giriş noktaları ve bunların gümrüklü alanlarında gerekli ve her türlü sağlık tedbirini almak veya aldırarak, halk sağlığını etkileyecek etkenlere karşı alınacak kontrol önlemlerinin standardını belirlemek, belgelendirmek, denetlemek.
- Uluslararası giriş noktalarında hac, göç veya seyahat gibi toplu nüfus hareketlerinde gerekli sağlık tedbirlerini almak veya aldırarak, riskli cenazelerin yurda girişine izin vermek.
- Mali yılbaşında, sağlık resmi tarifelerini belirlemek, bu gelirler ve diğer sağlık gelirleri ile para cezalarının tarih, tahakkuk ve tahsil işlemlerinin gerçekleştirilmesini sağlamak, gelirlerinden ülke sağlık hizmetlerine katkı sağlamak.
- Uluslararası nakil vasıtalarının ve bu vasıtalarda görevli personelin sağlık şartlarını belirleyerek sağlık raporlarıyla ilgili iş ve işlemleri düzenlemek.

- Görev alanı ile ilgili olarak DSÖ, Uluslararası Denizcilik Örgütü, Uluslararası Sivil Havacılık Örgütü ve diğer ulusal ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapmak.
- Uluslararası önemi haiz halk sağlığı riski olan ülkelere giden insanlara seyahat sağlığı hizmeti vermek.
- Ulusal ve uluslararası sularda seyir eden gemilere uzaktan sağlık yardımı ve desteği vermek.
- Uluslararası giriş noktalarında yapılması gereken tüm sağlık hizmetleri, sağlık denetimleri ve çevre sağlığı işlemlerini yürütmek, usul ve esaslarını belirlemek.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri başlığı altında bahsetmiştik. Birliğin en üst karar ve yürütme organı olan kamu hastaneler birliği genel sekreterliğidir. Tıbbi, mali, idari hizmetler başkanına amirlik eder. Ayrıca hastane yönetiminde çalışan başhekim, idari ve mali işler müdürü ve sağlık bakım hizmetleri müdürlüğünün de amiridir.

3.2.1.1.2 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı

Bakanlığın taşra teşkilatı; illerde kurulan il sağlık müdürlükleri ile ihtiyaca göre ilçelerde kurulan ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşur. İl sağlık müdürleri Bakanlığın ildeki temsilcisi ve valinin sağlık müşaviridir. Sağlık Müdürlükleri şu görevleri yerine getirir:

- İl sağlık müdürlüğü, bağlı kuruluşların il teşkilatının koordinasyonunu yapar ve uyumlu çalışmasını gözetir.
- Acil sağlık hizmetleri il ve ilçe sağlık müdürlükleri tarafından yürütülür. Bu müdürlükler söz konusu hizmetlerin yürütülmesi için kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresinden sorumlu ve bu konuda yetkilidir.
- İl ve ilçe sağlık müdürlüğü yetki devri çerçevesinde Bakanlıkça yürütülen görevleri il ve ilçe düzeyinde yerine getirir, yapılan düzenlemelere uyumu denetler ve gerekli müeyyideleri uygular.
- Birden fazla ildeki sağlık hizmetlerinin bir arada değerlendirilmesi, gelişmişlik farklarının giderilmesi ve hizmetlerin ve ihtiyaçların müşterek planlanması amacıyla Bakanlıkça belirlenen illerdeki müdürlerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir.
- İlçe sağlık müdürlüğünün kurulmadığı yerlerde sağlık grup başkanlıkları oluşturulabilir. Bu başkanlıklara ayrıca kadro tahsisi yapılmaz ve buralarda gerek duyulan hizmetler ilgili ilçede bulunan personel eliyle yürütülür.

3.2.2 Sağlıkta Finansal Durum

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ulaşılmak istenen temel amaçlar; toplumdaki tüm bireylerin sağlık hizmetine ulaşmasının sağlanması, yeterli ve kaliteli sağlık hizmetinin sunulması ve sürdürülebilir finansman kaynağının yaratılmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı da, aynı sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde olduğu gibi, ülkelerin tarihinden, kültüründen, ekonomik ve politik yapısından etkilenmektedir. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde tek bir modelden bahsedilmesi söz konusu değildir. Ancak genel olarak ülkelerin kamu ve özel sektör finans kaynakları şeklinde bir sınıflandırmayı benimsedikleri görülmektedir. Ancak benimsenen finansman kaynağı ne olursa olsun, uyulması gereken finansman ilkeleri bulunmaktadır. Bu ilkeler de, hakkaniyetli olmak, kaynakların toplanması aşamasında düşük maliyeti sağlamak, kaynak akışını devamlı kılmak, kaliteli hizmet sunumu ve hizmet sunucularının arasındaki rekabeti teşvik etmek ve halkın benimsemesini sağlama şeklinde sıralanmaktadır.

Kamu ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları; vergiler, primler ve özel amaçlı vergiler şeklinde sınıflandırılmaktadır.

Vergiler, sağlık hizmetinin finansmanında kullanılan temel finansman kaynağıdır. Bu finansman kaynağının özünde, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin, genel vergi gelirlerinden finanse edilerek topluma eşit bir biçimde sunulması yatmaktadır.

Primler, ortaya çıkması olası sağlık riskleri göz önüne alınarak, zorunlu veya isteğe bağlı sosyal sigortalar tarafından toplanmaktadır.

Özel amaçlı vergiler ise, belirli amaçları gerçekleştirmek için toplanmakta ve devlet tarafından farklı alanlara yönelik harcamalar yapılmaktadır.

Özel Finansman Kaynakları; özel sağlık sigortası, toplumsal finansman, işveren finansmanı ve doğrudan ödemeler şeklinde başlıca dört başlık altında sınıflandırılmaktadır.

Özel sağlık sigortası, genellikle sosyal sigorta mantığının ve ulusal sağlık sisteminin bulunmadığı ülkeler tarafından tercih edilen bir finansman kaynağıdır. Ancak, toplumun farklı beklentilerinin karşılanabilmesi açısından, sosyal sigorta ve ulusal sağlık sisteminin olduğu ülkelerde kullanılması da olasıdır.

Toplumsal finansman kaynağında, toplumun sağlık hizmetinin maliyetinin bir kısmını üstlenmesi ve nakit veya malzeme şeklinde katkıları yapması söz konusudur.

İşveren finansmanında, işverenler tarafından çalışanların sağlıkları için harcama yapılmakta ve çalışanların sağlık hizmetine yönelik ihtiyaçlarının tamamı veya bir bölümü finanse edilmektedir.

Doğrudan ödemeler ise, bireyler almak istedikleri sağlık hizmeti için, kendi ceplerinden harcama yapmaktadır. İlaç bedelinin belirli bir kısmı için yapılan harcamalar da bu başlık altında ele alınmaktadır.

Dünyada sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından kullanılan iki temel model bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi İngiliz modeli olarak ifade edilen Beveridge Modeli, diğeri ise Alman modeli olarak bilinen Bismarch Modeli'dir.

Beveridge Modeli; sağlık hizmetinin sunum aşamasından finansmanına kadar gerçekleştirilecek tüm faaliyetlerde kamunun belirleyici bir rol üstlenmesini öngören bir modeldir. Devlet bu modelde hizmetin üretilmesinden, topluma ulaştırılmasına ve finansmanının sağlanmasına kadar gerekli olan tüm aşamaları yerine getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağı olarak vergiler ön plana çıkmaktadır. Bu modelin temel hareket noktası; toplumun bütününe hizmetten eşit bir biçimde yararlanmasını güvence altına almaktır.

Bismarch Modeli; üyelerinin sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamak amacıyla yönelik olarak prim toplayan sosyal sigortaların oluşturduğu bir modeldir. Sosyal sigorta kurumlarına üyelik yasal zorunluluk olup, sistemin finansmanı ağırlıklı olarak devlet tarafından düzenlenmekte ve desteklenmektedir.

Türk Sağlık Sistemi'nin finansman yapısında hem sosyal sigorta mantığının (Bismarch Modeli) geçerli olduğu hem de kamu yardımı modelinin (Beveridge Modeli) benimsendiği karma bir model uygulanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamu sağlık kurumlarından alınabilmesi mümkün olduğu gibi, serbest piyasa ekonomisinin kurallarının geçerli olduğu ve kâr amacı güden özel sağlık sunucularından alınması da mümkündür. Türk Sağlık Sistemi'nde, sağlık hizmetlerinin finansmanında başlıca üç temel kaynak yer almaktadır. Bunlar;

- Devlet Bütçesi,
- Sosyal Güvenlik Kurumları
- Özel Sağlık Finansmanı

Devlet Bütçesi

Sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağı olarak nitelendirilmekte, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri ve yoksul olanlara sağlık hizmetinin sunulması aşamasında bu finansman kaynağı ön plana çıkmaktadır. Devlet bütçesinin önemli bir kaynağı durumunda olan vergi gelirlerinin artan nüfusa ve risk unsurlarına paralel olarak artış göstermesi büyük önem taşımaktadır. Türk Sağlık Sistemi'nin en büyük sağlık hizmeti sunucusu olan Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan harcamaların büyük bir bölümü de devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na ek vergi geliri sağlanması için 1988 yılından itibaren yakıt, sigara, alkol, yeni araç satışı vb. kalemlerden de vergi kesilmeye başlanmıştır. Ayrıca, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık hizmetlerinin özertleştirilmesi gündeme gelmiş, hastanelerin döner sermaye kanunlarında yapılan değişiklikler sonucunda, döner sermayeler sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir kaynak olarak kabul edilmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumları

Bireyler sağlıklı oldukları dönem içinde verdikleri primler sayesinde, hastalanmaları veya kaza geçirmeleri durumunda kendilerinin, eş ve çocuklarının tedavi masraflarının finansmanına katılabilmektedir. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR olarak adlandırılan sosyal güvenlik kurumları sağlık sigortası, sağlık hizmetinden yararlanma sürecinde bireylere kolaylık sağlamaktadır.

SSK; özel sektörde çalışanlara, kamu sektöründe işçi statüsünde çalışanlara, tarım sektöründe çalışanlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları yakınlarına, hem emeklilik hem de sağlık hizmeti sağlamak için görev yapan bir sosyal güvenlik kurumudur. Temel gelir kaynağı, sigortalıların prime esas aylık kazançları üzerinden hesaplanan ve toplanan primlerden oluşmaktadır. Önceleri sağlık hizmeti SSK'nın kendisine ait olan sağlık kurumlarında üretilmekte iken, 06.01.2005 tarihli ve 5283 sayılı kanunla SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri gerçekleştirilmiştir.

BAĞ-KUR; 02.09.1971 tarihinde 1479 Sayılı Yasa ile kurulmuş ve daha sonra 5.11.1985 tarih ve 3235 Sayılı Yasa ile birlikte Türkiye genelinde yaygınlaştırılması sağlanmıştır. BAĞ-KUR tarafından başlıca iki grubun sigortalanması söz konusudur. Buna göre; sanatkârlar, zanaatkârlar, tüccarlar, sanayiciler ve diğer meslek grupları olarak ifade edilen kesim birinci grubu, sosyal güvenlik kuruluşlarının kapsamı dışında kalan ve herhangi bir işverene hizmet sözleşmesi ile bağlı olmaksızın tarımsal faaliyette bulunan kimseler de ikinci grubu oluşturmaktadır.

Birinci grupta yer alanlar 1479 Sayılı Yasa çerçevesinde sigortalanmakta, yaşlılık, sakatlık, ölüm ve sağlık sigortası imkânlarından yararlanabilmektedir. İkinci grupta yer alanlar ise, 2926 Sayılı Yasa çerçevesinde sigortalanmakta ve çeşitli sigorta yardım ve imkânlarından yararlanmaktadır. Gruplar açısından bakıldığında; her iki grubun da zorunlu sigortalı olduğu görülmektedir. Bunun dışında bir işte çalışmayan ev hanımlarının, yurt dışında çalışan Türk erkeklerinin eşlerinin ve Türkiye’de yaşayan yabancı uyrukluların da BAĞ-KUR’dan isteğe bağlı olarak yararlanması mümkündür.

BAĞ-KUR’un sağlık sigortasından yararlanmak için bazı şartların yerine getirilmiş olması gerekmektedir. Bu şartlar; sigortalının en az sekiz ay boyunca sigorta primini yatırmış olması, öncesinde bir sağlık sigorta kaydının olmaması ve sigorta primlerinin uzun süre ödenmemiş olmaması şeklinde sıralanmaktadır.

Emekli Sandığı; 657 Sayılı Devlet Personel Kanunu’na tabi olanları, 926 Sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu’na tabi olan sivil ve askeri memurları ve kanunla kurulan kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanlardan özel kanunlar ile Emekli Sandığı’na tabi olanların sosyal güvenliğini sağlamak amacıyla kurulmuştur. Emekli Sandığı, sadece sağlık sigorta hizmetinin sağlanmasından değil, emekli aylığı ödenmesi, malullük aylığı ödenmesi, dul ve yetim aylığı ödenmesi, emekli ikramiyesi ödenmesi, ölüm yardımı yapılması vb. faaliyetlerin yerine getirilmesinden de sorumludur.

SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı şeklinde sıralanan sosyal güvenlik kurumları dışında, ödeme gücü olmayan ve herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı bulunmayan vatandaşların tedavi masraflarının karşılanması için de, Yeşil Kart uygulaması bulunmaktadır. Sosyal güvenlik ve sosyal sağlık sigortası temeline dayanan bu uygulamadan yararlanmak için; Türk vatandaşı olmak, sağlık sigortasından yararlanmamak ve 1475 Sayılı Yasa ile belirlenen asgari ücretin üçte birinden daha az maaş alıyor olmak gerekmektedir.

Özel Sağlık Finansmanı

Sağlık hizmetlerine yönelik talebin yükselmesi ve toplumun sağlık hizmetini daha kaliteli ve yeterli düzeyde alma yönündeki beklentisinin artması durumunda gündeme gelen bir finansman modelidir. Bu finansman modeline göre, birey sağlık hizmetinin finansmanının tamamına veya bir kısmına katlanmakta ve donanımlı ve iyi yetişmiş personel tarafından sunulan, yüksek teknolojiye sahip sağlık hizmetini talep etmektedir. Özellikle gelir seviyesi yüksek olan bireyler, doğrudan ödeme yapabildikleri gibi, özel sağlık sigortası yaptırma yöntemini de tercih edebilmektedir. Bunun temelinde yatan neden, kamu sağlık sigortasının belirli risklere karşı asgari güvence sağlamasıdır.

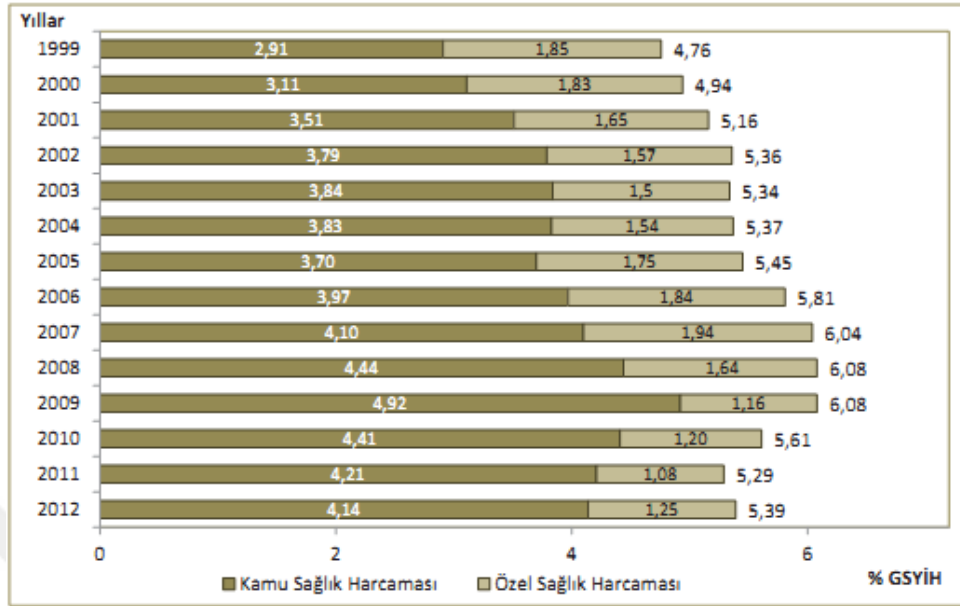
Sosyal Güvenlik Kurumu, Emekli Sandığı, BAĞ-KUR ve Sosyal Sigortalar Kurumunu bünyesinde toplayarak en önemli sağlık finansman kuruluşu haline gelmiştir. Bunun dışında Maliye Bakanlığı ve özel finansman da önemli bir yere sahiptir. Ayrıca özellikle temel sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmak üzere uluslararası ajanslardan da kaynak elde edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan diğer bir kaynaktan kişilerin özel bütçelerinden yaptıkları harcamalardır. Özel Sağlık Sigortası da finansman kaynağı olarak kullanıldığı ülkemizde GSS uygulamaları ile birlikte tamamlayıcı sigorta olarak özel sigortacılığın daha da gelişmesi beklenmektedir. Bu gelişmelerin daha iyi anlaşılabilmesi için istatistiksel verileri incelemek faydalı olacaktır.

1999 yılından 2000 yılına kadar olan sağıktaki finansal durumu daha önceki başlıklarda işlemiştik. Bu başlıkta ise 1999 yılından günümüz zamanına yakın olan 2012 yılına kadar ki finansal değişiklikleri inceleyeceğiz.

Son yıllarda, finansman politikasında köklü değişiklikler devam etmektedir. Bununla birlikte, sağık hizmetlerindeki harcamalarda dalgalanmalar olmuştur. Türkiye'deki sağık harcamaları,1999-2000 yılları Sağık Bakanlığı Sağık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2001-2012 yılları TÜİK tarafından hesaplanmış olup bu hesaplara göre, 1999 yılında 24.925 milyon ABD doları (Satın Alma Gücü Paritesi) ve 2012 yılında 73.421 milyon ABD doları (Satın Alma Gücü Paritesi) olarak gerçekleşmiştir. Bu rakam 1999 yılında GSYH'nin %4,8'e, 2012 yılında ise GSYH'nin %5,4'üne denk gelmektedir. Günümüzde, toplam sağık harcamalarının GSYH'ye olan oranı %5-6 bandına yükselmiştir ve daha sonra bir miktar düşüş olmuştur.

Tablo 11'de Türkiye'nin yıllara göre kamu ve özel sağık harcamasının GSYİH İçindeki Payı, %' de olarak gösterilmektedir. Artıp azalan bir dalgalanma göstermektedir.

Tablo 11 Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%), Türkiye (T.C Sağlık Bakanlığı, 2012 İstatistik Verileri).



3.2.3 Sağlıkta İnsan Gücü

Bu bölümde tüm sağlık insan gücü kategorilerinin eğitim ve istihdam durumlarından bahsedilecektir.

Sağlık insan gücü bir sağlık sisteminin merkezinde yer alır. Yeterli sayı ve nitelikte sağlık insan gücü kapasitesine sahip olmak sağlık sistemlerinin amaçlarına erişmesinde temel araçlardan birisidir. Ancak ülkelerin çoğu, sağlık insan gücünün eksikliği ve dengesiz dağılımı ile ilgili problemlerle karşı karşıyadır. Mevcut durumda Türkiye sağlık sistemi sağlık insan gücü eksikliğini ve sağlık çalışanlarının dengesiz dağılımını da (hem coğrafik hem de mesleki karışımı bağlamında) içeren çeşitli problemlerle karşı karşıyadır (Yıldırım, 2014).

Sağlık Bakanlığı yeni istihdam modelleri ile personel istihdam etmeye başlamıştır. Bu amaçla 2004 yılında 4924 sayılı Kanunu yürürlüğe koymuş ve sadece Sağlık Bakanlığına özgü yeni bir sözleşmeli istihdam modeli geliştirmiştir. Bu modelin temeli gönüllülük esasına dayanmakta ve personelin kendi rızası ile bu kanuna tabi olarak çalışması durumunda mali hakları eş değer görevdeki personellere göre daha yüksek olarak gerçekleşmektedir. Ayrıca Kanun 10 yıllık sözleşme süresinin sonunda personele sürekli sözleşmeli olma hakkı vermektedir.

Ülkemizde toplam 133.775 hekim olup yüz bin kişiye düşen hekim sayısı 174, diş hekimi 29, eczacı 35, ebe ve hemşire 252'dir. Bu sayılar Tablo 12'de gösterilmiştir.

Personel dengesi (personel beceri karışımı) açısından hemşire sayısının hekim sayısından fazla olması beklenirken, Türkiye’de hemşire sayısı halen hekim sayısından daha azdır. Benzer şekilde pratisyen hekim sayısı, uzman hekim sayısından daha azdır. Dolayısıyla Türkiye’deki sağlık çalışanı beceri karışımı ideal durumdan uzak bulunmaktadır.

Tablo 12 Sağlık Personel Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye, (2002, 2013) (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2013).

	2002	2013
Uzman Hekim	45.457	73.886
Pratisyen Hekim	30.900	38.572
Asistan Hekim	15.592	21.317
Toplam Hekim	91.949	133.775
Dış Hekimi	16.371	22.295
Eczacı	22.289	27.012
Hemşire	72.393	139.544
Ebe	41.479	53.427
Diğer Sağlık Personeli **	50.106	134.488
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	224.618
Toplam Personel Sayısı	378.551	735.159

**Diğer Sağlık Personeli olarak şu branşlarda çalışan personeller dahil edilmiştir: Ameliyat Teknisyeni, Anestezi Teknisyeni, Biyolog, Çevre Sağlığı Teknisyeni, Çocuk Gelişimcisi, Dış Protez Teknisyeni, Dış Teknisyeni, Diyetisyen, Fizik Tedavi Teknisyeni, Fizikoterapist, Fizyoterapist, İlk ve Acil Yardım Teknisyeni, İlk ve Acil Yardım Teknikeri, Kalp Akciğer Pompa Çalışma Teknisyeni, Laboratuvar Teknikeri, Laboratuvar Teknisyeni, Odyolog, Odyometri Teknikeri, Odyometri Teknisyeni, Ortopedi Teknisyeni, Patolojik Anatomi Teknisyeni, Perfüzyonik Pompa Teknisyeni, Protez Teknisyeni, Psikolog, Röntgen Teknisyeni, Sağlık Fizikçisi, Sağlık Savaş Memuru, Sağlık Teknikeri, Sağlık Teknisyeni, Sitopatoloji, Sosyal Çalışmacı, Tıbbi Sekreter, Tıbbi Teknolog, Toplum Sağlığı Teknisyeni.

Tablo 13 Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2012 (Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı İstatistik Verileri).

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam
Uzman Hekim	34.069	13.544	21.252	1.238	70.103
Pratisyen Hekim	32.457	215	6.184	21	38.877
Asistan Hekim	7.137	13.238	0	417	20.792
Toplam Hekim	73.663	26.997	27.436	1.676	129.772
Diş Hekimi	7.291	1.012	12.913	188	21.404
Eczacı	1.920	271	24.298	82	26.571
Hemşire	92.118	20.287	19.792	2.709	134.906
Ebe	48.409	764	4.224	69	53.466
Diğer Sağlık Personeli	83.542	10.382	28.143	596	122.663
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	181.824	9.017	18.895	-	209.736
TOPLAM PERSONEL SAYISI	488.767	68.730	135.701	5.320	698.518

2012 Türkiye verilerine göre, yüz bin kişiye düşen hekim sayısı bakıldığında bu sayı 165'tir. Aynı şekilde yüz bin kişiye düşen pratisyen hekim verilerine bakacak olursak bu sayı 48'dir. Yüz bin kişiye düşen diş hekimi sayısına bakacak olursak bu sayı 27, Eczacılar için ise, 34'tür. Yüz bin kişiye düşen hemşire ve ebe sayıları ise 232'dir. Türkiye için gereken sağlık çalışan sayısı için iyileştirmeye gidilmektedir. İyileştirmeye yönelik olarak tıp bölümü olmayan üniversitelere tıp fakültesi açılması ile mezun sayısının artırılması hedeflenmektedir. Aynı şekilde hemşire ve ebeler için lise ve üniversitelerde ki kontenjan sayıları arttırılmakta ve üniversitelerin ilgili bölümlerine yeni bölümler açılmaktadır.

Tablo 14'de 2012 yılına göre sağlık personelinin hizmet birimlerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 14 Sağlık Personelinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımı, Sağlık Bakanlığı, 2012 (Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı İstatistik Verileri).

	Hastaneler	Aile Hekimliği Birimi	Diğer Kurumlar **	Toplam
Uzman Hekim	32.494	1.042	533	34.069
Pratisyen Hekim	6.635	19.769	6.053	32.457
Asistan Hekim	7.137	0	0	7.137
Toplam Hekim	46.266	20.811	6.586	73.663
Diş Hekimi	2.879	0	4.412	7.291
Eczacı	1.464	0	456	1.920
Hemşire	77.180	6.253	8.685	92.118
Ebe	26.121	12.127	10.161	48.409
Diğer Sağlık Personeli	57.295	1.539	24.708	83.542
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	162.097	10.624	9.103	181.824
TOPLAM PERSONEL SAYISI	373.302	51.354	64.111	488.767

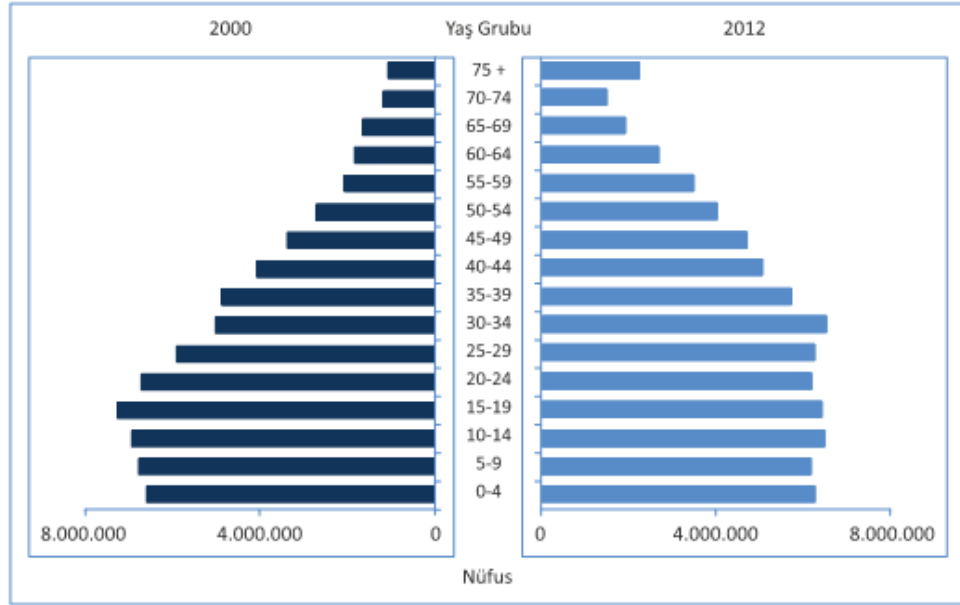
**Diğer Kurumlar: 112 Acil Yardım İstasyonları, Verem Savaşı Dispanserleri, Kanser Erken Teşhis ve Tarama Eğitim Merkezleri, Halk Sağlığı Laboratuvarları, AÇSAP Merkezleri, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri personelini kapsamaktadır.

3.2.4 Toplum Sağlığı Düzeyi

Bir toplumdaki çocuk sağlık düzeyi o toplumun sosyo-ekonomik düzeyi, kültür düzeyi, yaşam ortamının sıhhi düzeyi ve sağlık hizmetlerinin hizmet düzeyi ile yakından ilgilidir. Gelişmiş ülkelerde çocuk sağlığı büyük ölçüde halledilmiş iken az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde halen önemli bir sorun olarak karşımızda durmaktadır.

2002 öncesi toplum sağlık düzeyine genel olarak incelemiştik. Bu başlıkta da 2002 yılı sonrası toplum sağlığı düzeyinde ne gibi değişiklikler olduğunu istatistiksel verilerle yorumlayacağız.

Türkiye de toplam nüfusun 2000 yılından 2012 yılına kadar geçen süre içerisindeki değişimi Şekil 1'de gösterilmektedir. Genç nüfustan ziyade, orta yaş kişi sayısı ve yaşlı kişi sayısında artış olduğu görülmektedir.



Şekil 1 Nüfus Piramidi, Toplam, Türkiye, 2000 – 2012 (Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı İstatistik Verileri).

Tablo 15'de 1990 yılından 2012 yılına kadar, toplam nüfus oranı, kırsal ve kentsel nüfus oranı gibi birçok demografik göstergeler mevcuttur.

Bu göstergede Türkiye 2012 yılı içerisinde 'Kentsel Nüfus Oranı' % 72,3'dir. '0-14 Yaş Nüfus Oranı' % 25,9'dur. Türkiye'nin genç bir nüfusa sahip olduğu söylenebilir. Tam tersi bir başlıkta ise '60 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı' % 11,0 olup bu da Türkiye'nin toplum sağlığı düzeyinin henüz beklenen seviyelerde olmadığını düşündürmektedir.

Tablo 15 Genel Demografik Göstergeler, Türkiye (Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı İstatistik Verileri).

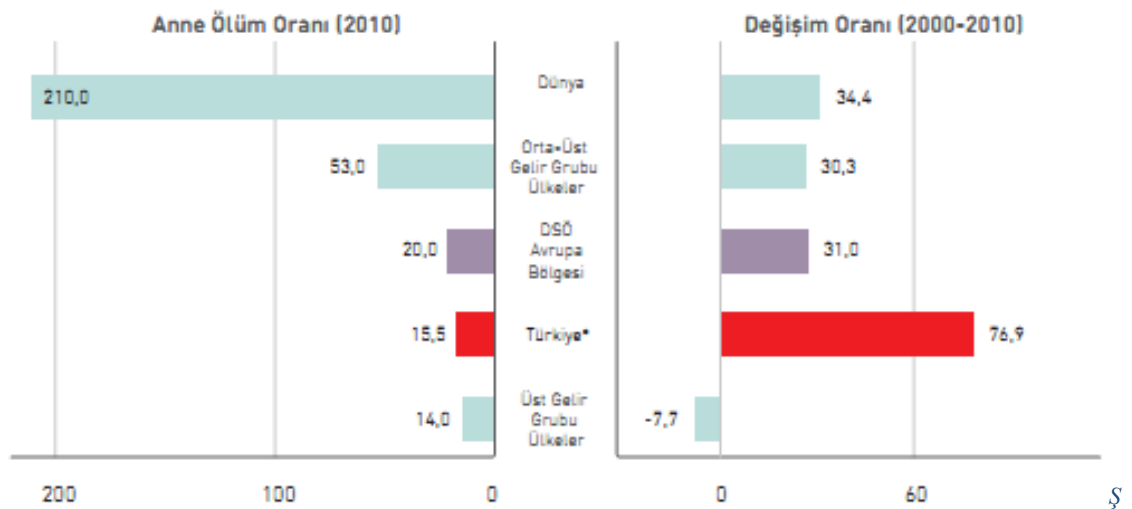
	1990	2000	2010	2011	2012
Toplam Nüfus	56.473.035	67.803.927	73.722.988	74.724.269	75.627.384
Kırsal Nüfus Oranı (%)	48,7	40,8	29,0	28,2	27,7
Kentsel Nüfus Oranı (%)	51,3	59,2	71,0	71,8	72,3
0-14 Yaş Nüfus Oranı (%)	35,0	29,8	25,6	25,3	24,9
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	4,3	5,7	7,2	7,3	7,5
Genç Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş)	57,6	46,3	38,1	37,5	36,9
Yaşlı Bağımlılık Oranı (65 + Yaş)	7,0	8,8	10,8	10,9	11,1
Toplam Yaş Bağımlılık Oranı	64,7	55,1	48,9	48,4	48,0
Yıllık Nüfus Artış Hızı (%)	17,0	13,8	13,0	12,8	12,5
Kaba Doğum Hızı (%)	24,1	20,3	17,5	17,3	17,0
Kaba Ölüm Hızı (%)	7,1	6,6	6,3	6,3	6,3
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)	2,9	2,4	2,1	2,1	2,1

Aşağıdaki Şekil 2’de yıl bazında doğumda beklenen yaşam süreleri verilmiştir. Her geçen yıl beklenen yaşam süresinin uzadığı görülmektedir. Türkiye için bu oran %76,0’dır.



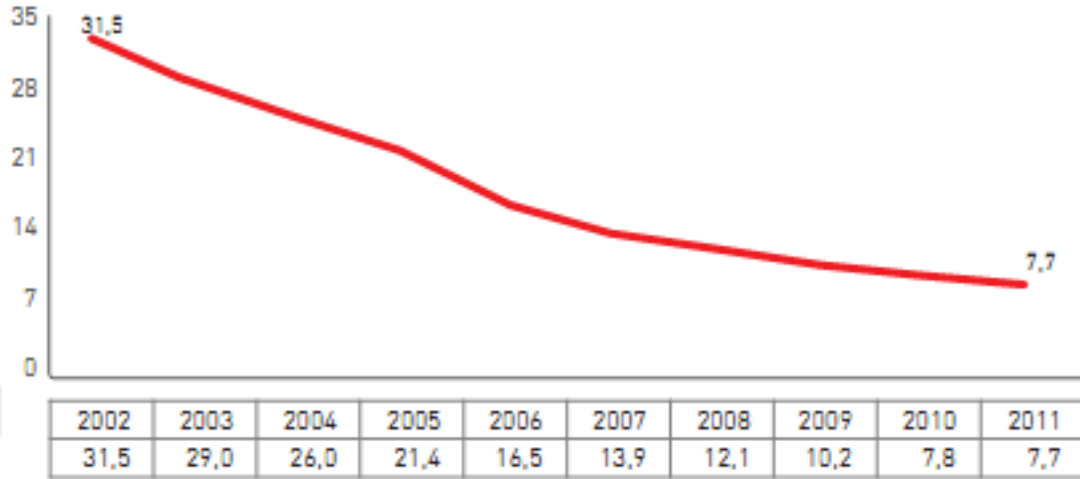
Şekil 2 Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, (Yıl), 1990, 2000, 2009, 2011, Türkiye (Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı İstatistik Verileri).

Şekil 3’de yüz bin canlı doğumda anne ölüm oranlarını uluslararası karşılaştırması yapıldığında Türkiye için zaman içerisinde azalarak değişen bir oran görülmektedir. 2002 yılında %64,0 iken 2013 yılında bu oran %15,9 gibi ciddi bir düşüş yaşamıştır (SB Faaliyet Raporu, 2013)



Şekil 3 Anne Ölüm Oranlarının Uluslararası Karşılaştırması, (Yüz Bin Canlı Doğumda) (Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Faaliyet Raporu)

Son olarak Şekil 4’de Türkiye’de 2002 yılından 2012 yılına kadar bebek ölüm hızını incelediğimizde azalan bir oran görmekteyiz. Bu şekilde çizilen grafikten anlaşılacağı üzere canlı doğan ve yaşayan bebek sayısında da artış olduğu söylenebilir.



Şekil 4 Türkiye’de Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı, (Binde) (Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Faaliyet Raporu).

3.2.5 Sağlık Turizmi

Sağlık hizmetlerinin uluslararası düzeyde üretimi, tüketimi ve bu bağlamda hastaların uluslararası düzeyde dolaşımı tarih boyunca her zaman var olan bir olgu olmuştur. Ancak özellikle son yıllarda ağırlıklı olarak bilgi ve iletişim teknolojisinin kaynaklık ettiği küreselleşme süreci ile birlikte bu dolaşım daha da artmış ve sağlık turizmi etiketi odaklı olarak ciddi bir pazar yaratılmıştır. Türkiye’nin de içinde bulunduğu bazı ülkeler bu artan uluslararası hasta dolaşımı pastasından pay almak için son 15-20 yıldır ciddi girişimlerde bulunmaktadır (Kaya, Yıldırım, Karsavuran ve Özer, 2013).

Türkiye 2003 yılından bu yana gerçekleştirmiş olduğu SDP ile sağlık hizmetlerinin tüm bileşenlerinde önemli gelişmeler ve iyileştirmeler kaydetmiş, toplumun sağlığını geliştirmiş ve gelinen noktada da sadece ulusal hastalara değil aynı zamanda uluslararası hastalara da kaliteli ve maliyet etkili hizmet verecek kurumsal kapasiteye ulaşmıştır. Bu bağlamda Türkiye son yıllarda uluslararası hasta dolaşımından önemli ölçüde pay alan bir hedef ülkesi konumuna gelmiştir (Kaya, Yıldırım, Karsavuran ve Özer, 2013)

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA 2002 YILI ÖNCESİ VE SONRASI KARŞILAŞTIRMA

4.1 2002 YILI ÖNCESİ VE SONRASI SAĞLIKTA İSTATİSTİKSEL DEĞİŞİMLER

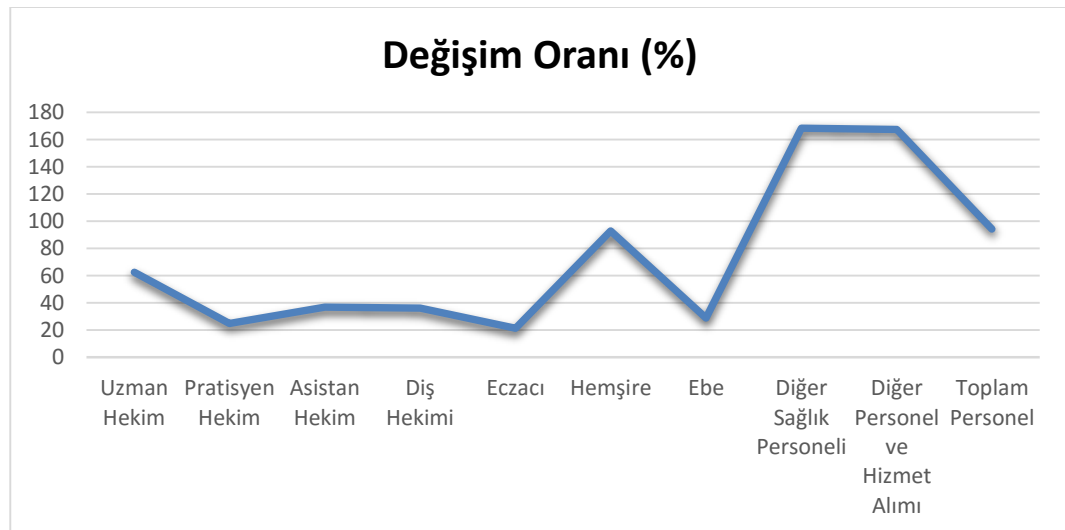
Daha önceki bölümlerde incelenen konu başlıklarına ait verilerin istatistiksel olarak nasıl bir değişim gösterdiğini bu bölüm altında ele alınmıştır.

4.1.1 Sağlıkta İnsan Gücü Durumunda İstatistiksel Değişimler

Sağlık hizmet sektöründe çalışan kişi sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu artışın birçok sebebi vardır. En önemlisi artan nüfusla birlikte hizmet ihtiyacının artması daha sonra gelişen teknoloji ile birlikte var olan yeni sağlık alanlarında çalışılacak kişilere ihtiyaç duyulmasıdır.

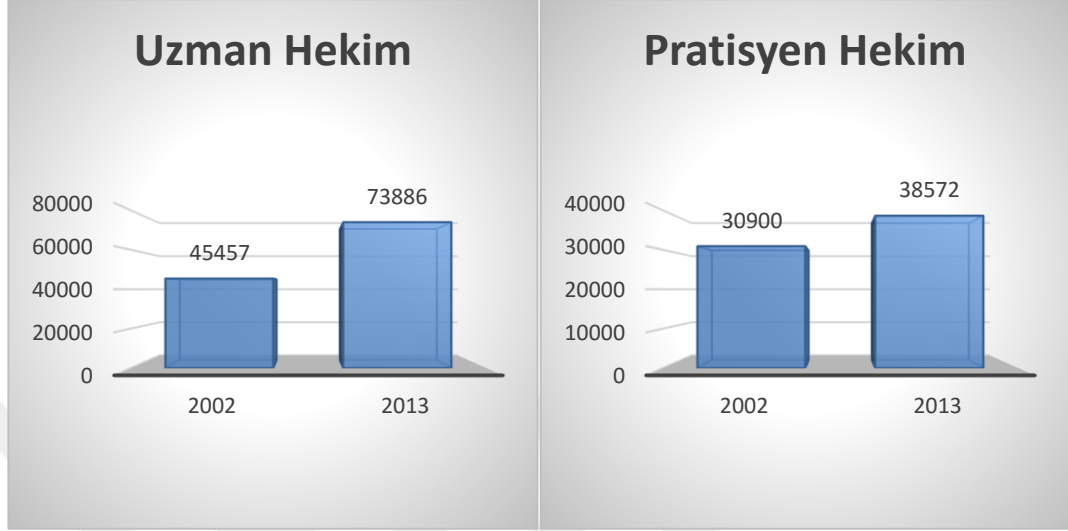
Sağlık hizmet sektörü içerisinde çalışan kişiler, hekim, eczacı, hemşire ve diğer sağlık personelidir. Aşağıdaki tabloda zaman içerisinde hizmet veren kişiler ve sayısı ile, % olarak değişim oranları verilmiştir.

Bu verilerin istatistiksel olarak gösterimleri şöyledir. Şekil 5’de sağlık personel sayısındaki % olarak oranları gösterilmektedir.



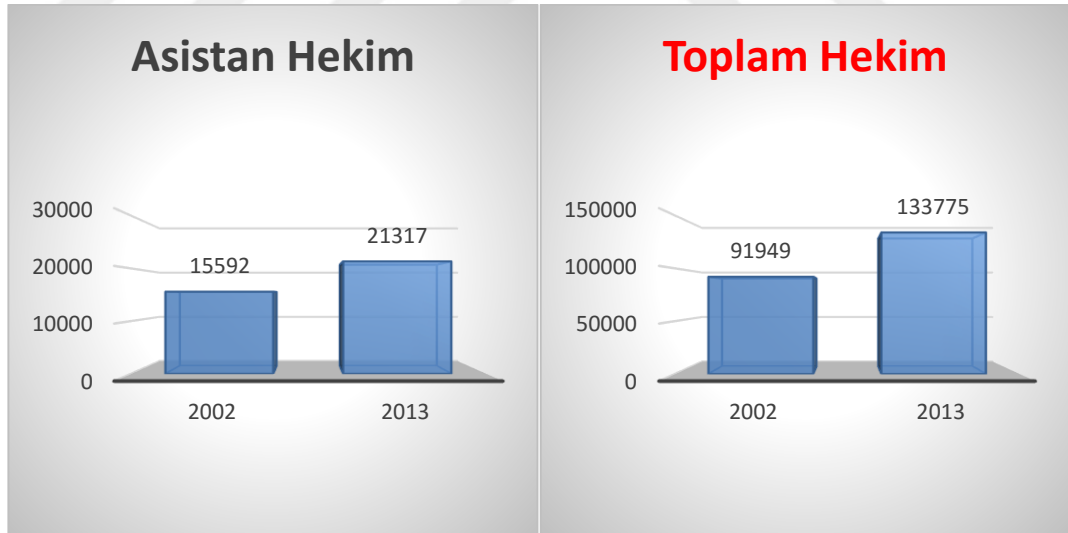
Şekil 5 2002 – 2013 Yılları İtibariyle Sağlık Personel Sayısındaki Durum

Şekil 6, 7, 8 ve 9'da ise tek bir sağlık personeline, uzman hekim, pratisyen hekim, asistan hekim ve toplam hekim sayısındaki durumlarına ilişkin verilerle yıllar içerisindeki değişim grafiği gösterilmektedir.



Şekil 6 2002-2013 Yılları İtibariyle Uzman Hekim Sayısındaki Durum

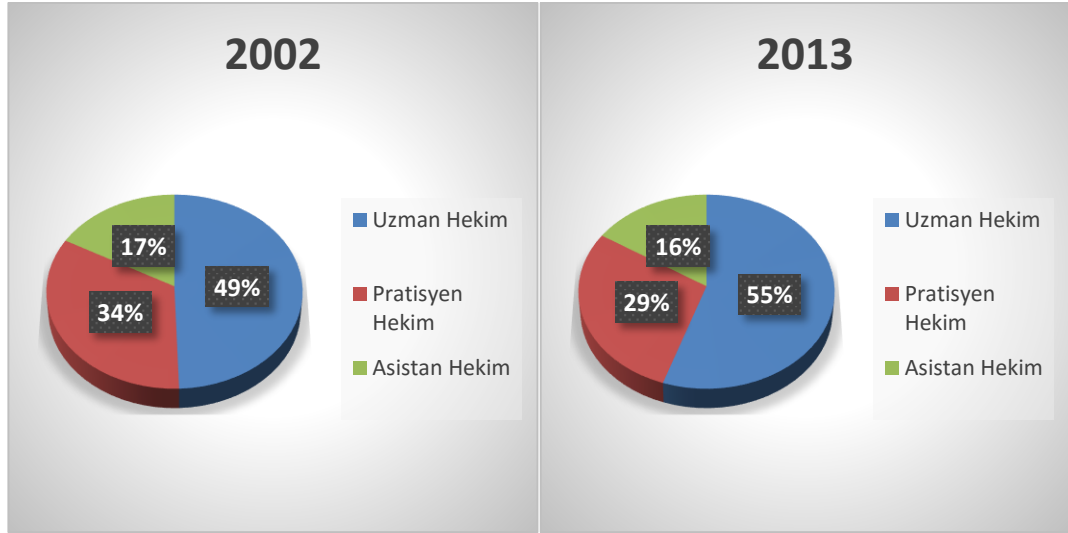
Şekil 7 2002-2013 Yılları İtibariyle Pratisyen Hekim Sayısındaki Durum



Şekil 8 2002-2013 Yılları İtibariyle Asistan Hekim Sayısındaki Durum

Şekil 9 2002-2013 Yılları İtibariyle Toplam Hekim Sayısındaki Durum

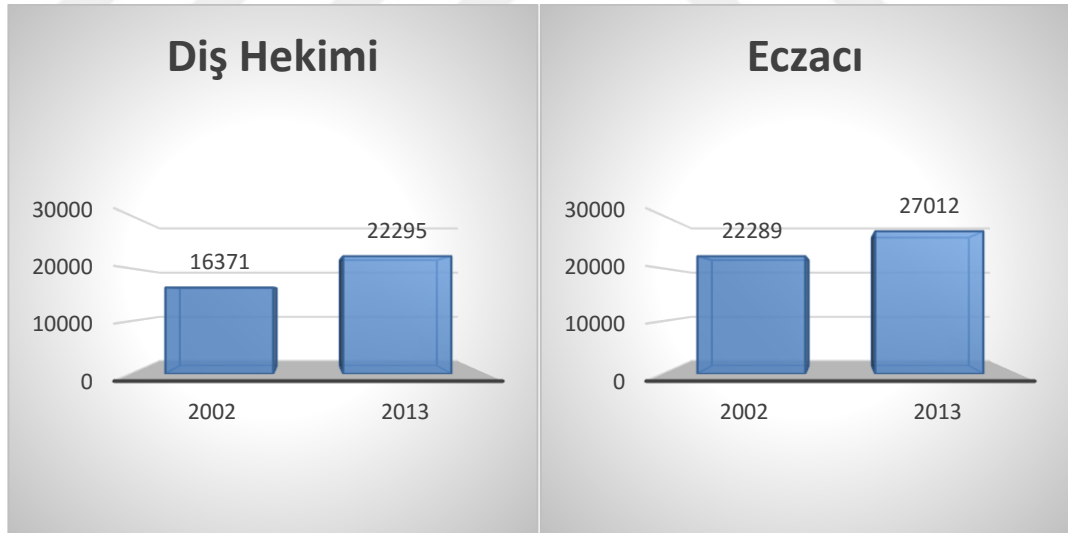
Şekil 10 ve 11'de 2002 yılı ve 2013 yılı ayrı tutularak uzman hekim, pratisyen hekim ve asistan hekim pasta- dilim grafiği ile yıl içerisindeki oranları % olarak gösterilmektedir.



Şekil 10 2002 Yılı İtibariyle Hekimler Arasındaki,(%), Oran

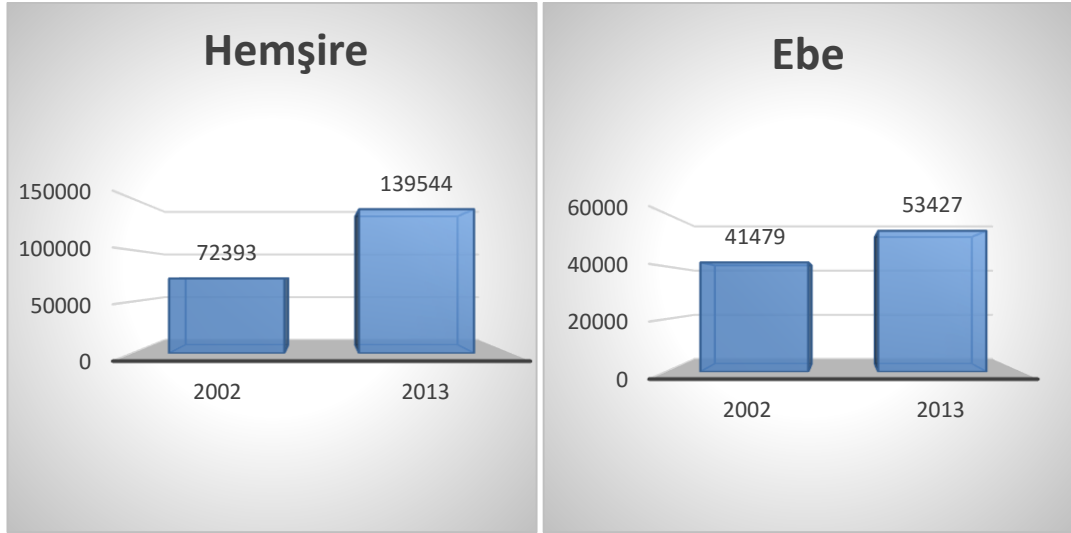
Şekil 11 2013 Yılı İtibariyle Hekimler Arasındaki,(%), Oran

Şekil 12, 13, 14, 15, 16, 17 ve 18’de ise tek bir sağlık personeline, dış hekimi, eczacı, hemşire, ebe, diğer sağlık personeli, diğer personel ve hizmet alımı ve tüm personel sayılarının toplamındaki durumlarına ilişkin verilerle yıllar içerisindeki değişim grafiği gösterilmektedir.



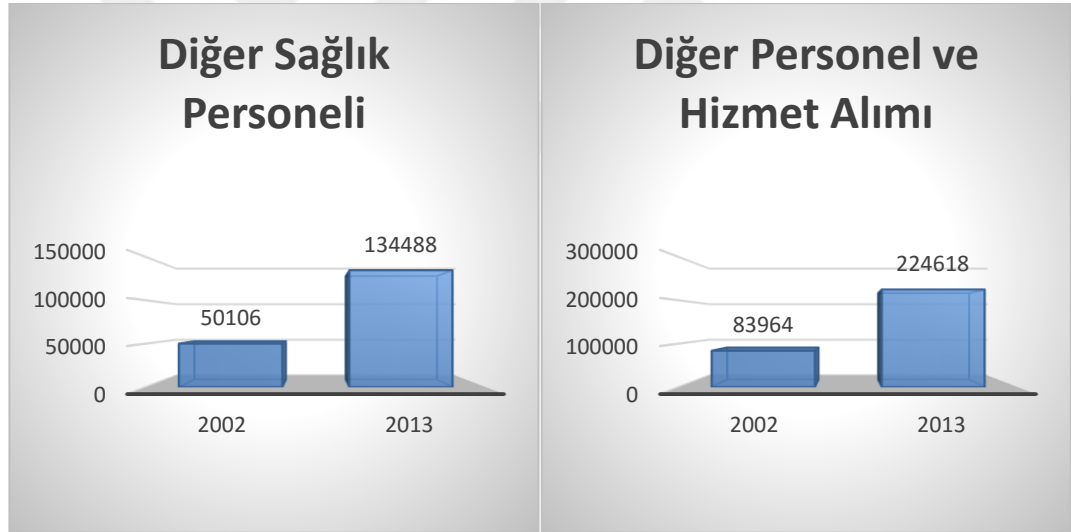
Şekil 12 2002-2013 Yılları İtibariyle Dış Hekimi Sayısındaki Durum

Şekil 13 2002-2013 Yılları İtibariyle Eczacı Sayısındaki Durum



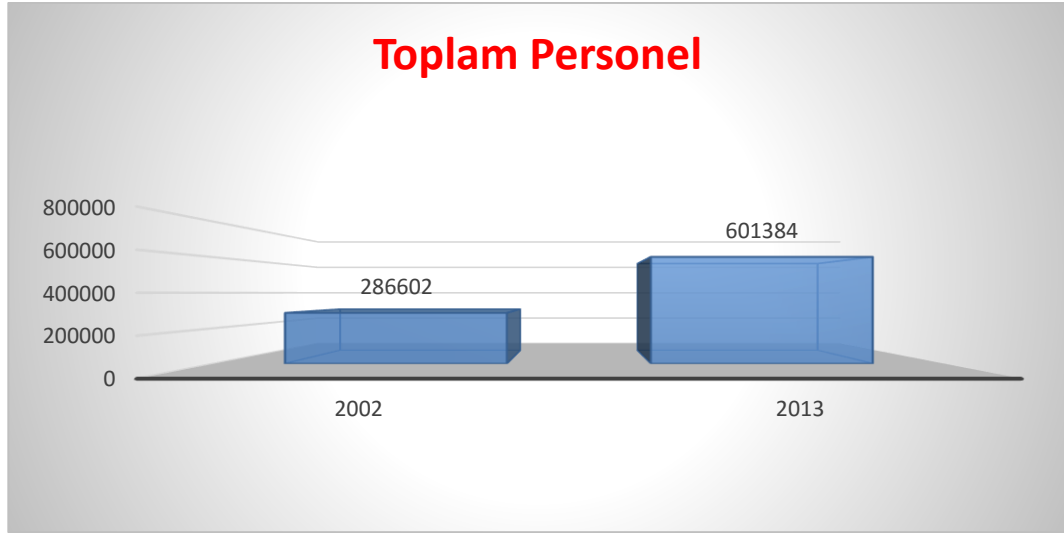
Şekil 14 2002-2013 Yılları İtibariyle Hemşire Sayısındaki Durum

Şekil 15 2002-2013 Yılları İtibariyle Ebe Sayısındaki Durum



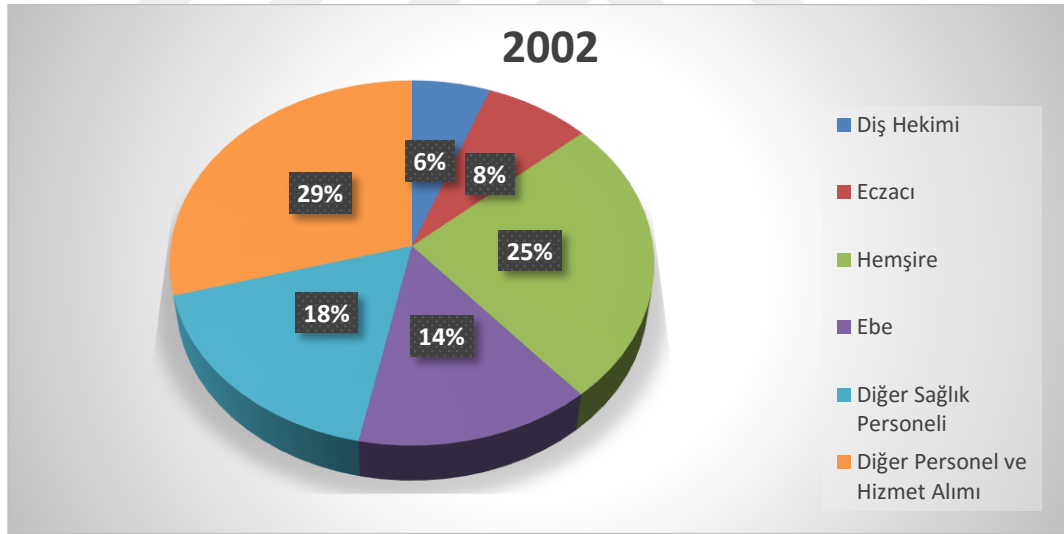
Şekil 16 2002-2013 Yılları İtibariyle Diğer Sağlık Personelleri Sayısındaki Durum

Şekil 17 2002-2013 Yılları İtibariyle Diğer Sağlık Personel ve Hizmet Alımı Sayısındaki Durum

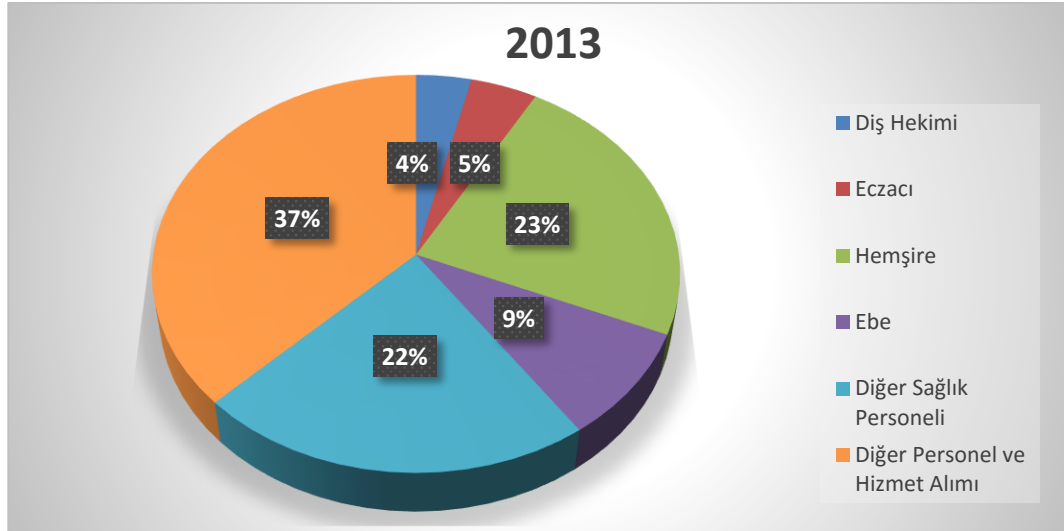


Şekil 18 2002 – 2013 Yılları İtibariyle Tüm Personel Sayılarının Toplamındaki Durum

Şekil 19 ve 20 de 2002 yılı ve 2013 yılı ayrı tutularak dış hekimi, eczacı, hemşire, ebe ve diğer sağlık personellerine ilişkin pasta- dilim grafiği ile yıl içerisindeki oranları % olarak gösterilmektedir.



Şekil 19 2002 Yılı İtibariyle Toplam Personel Sayıları Arasındaki,(%), Oran



Şekil 20 2013 Yılı İtibariyle Toplam Personel Sayıları Arasındaki,(%), Oran

4.1.2 Sağlıkta Finansal Durumda İstatistiksel Değişimler

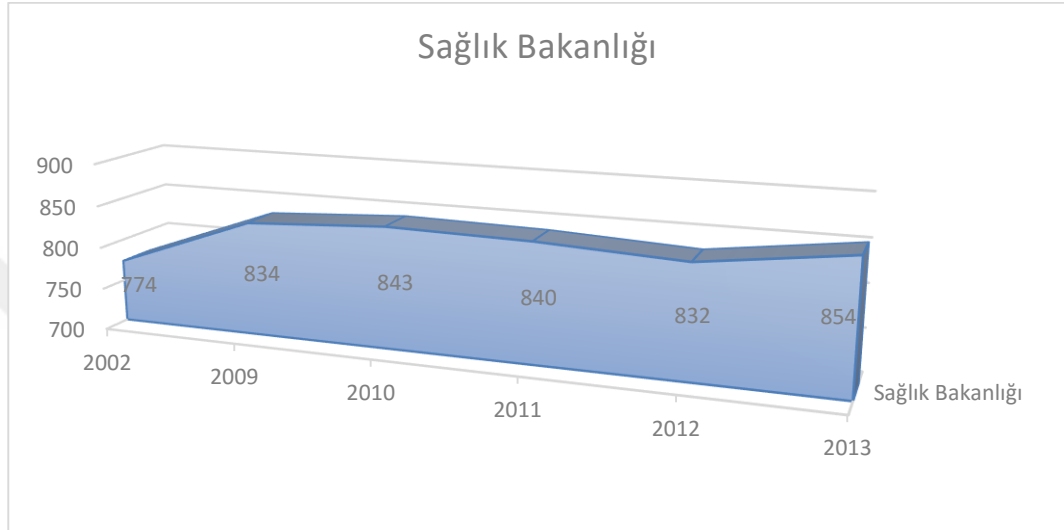
Her sektörde olduğu gibi sağlık sektörünün de en önemli unsuru finansmandır. Daha iyi daha kaliteli hizmet almak ve sunmak için gereken finansman bu ve bunun gibi unsurlar ile paralellik göstermektedir. Şekil 21, 22 ve 23 de Türkiye'deki sağlık harcamalarının GSYİH oranları % olarak gösterilmektedir.



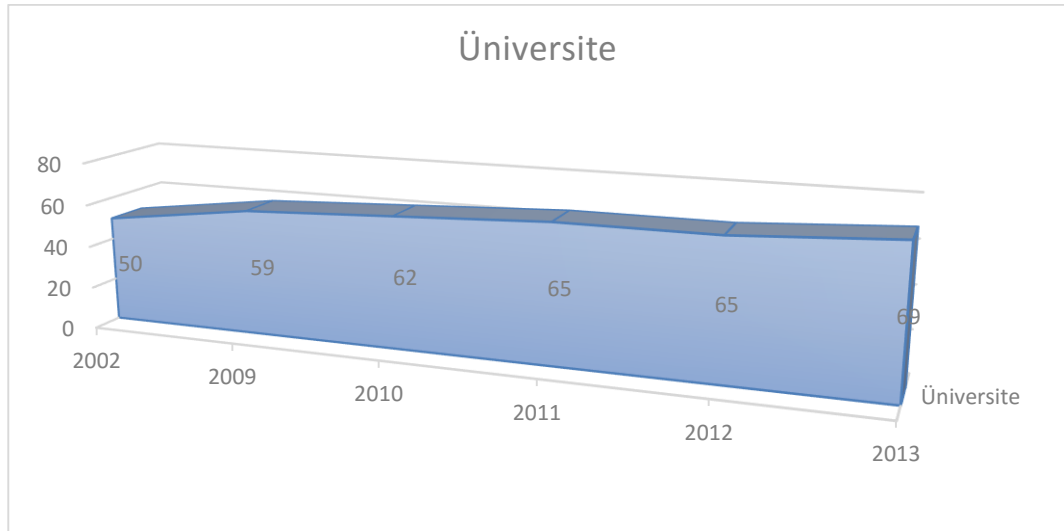
Şekil 21 1999 – 2012 Yılları Arasındaki Özel - Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Değişim Oranları

4.1.3 Sağlık Hizmeti Sunan Kurum Ve Kuruluşlardaki İstatistiksel Değişimler

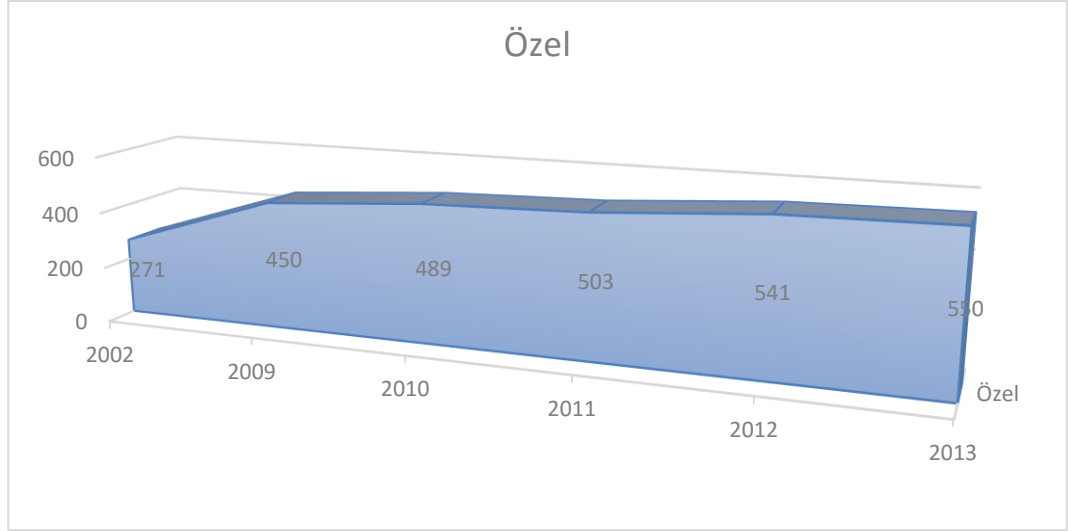
Sağlık hizmetinin üretimi ve sunumu aşamasında gerek kamu gerekse özel sektöre ait birçok kurum faaliyet göstermektedir. Bu kurumların büyük bir çoğunluğu Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlardır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurum sayılarında, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurum sayılarında gözle görülür değişim göstermiştir.



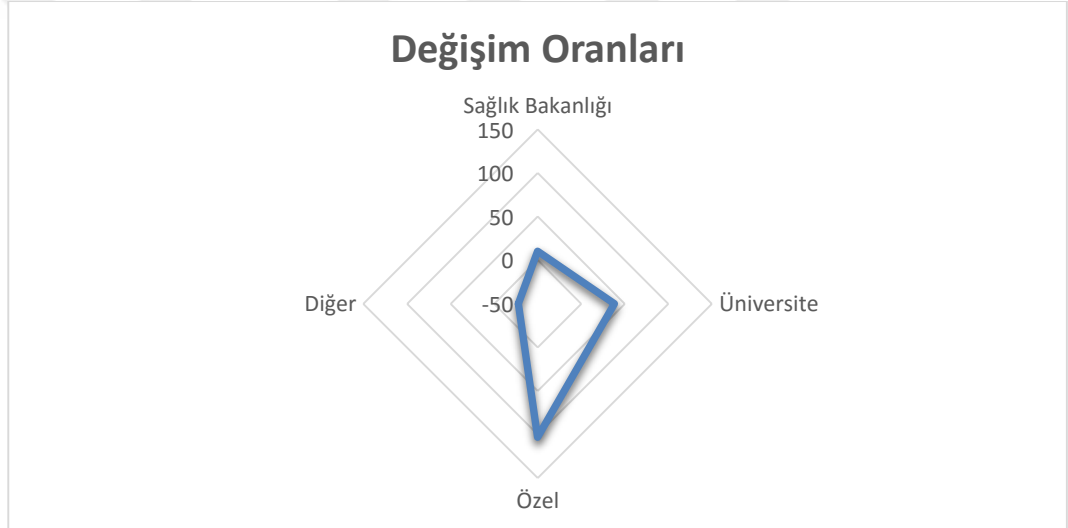
Şekil 22 2002 – 2013 Yılları Arasındaki Sağlık Bakanlığı Kurum ve Kuruluş Sayıları



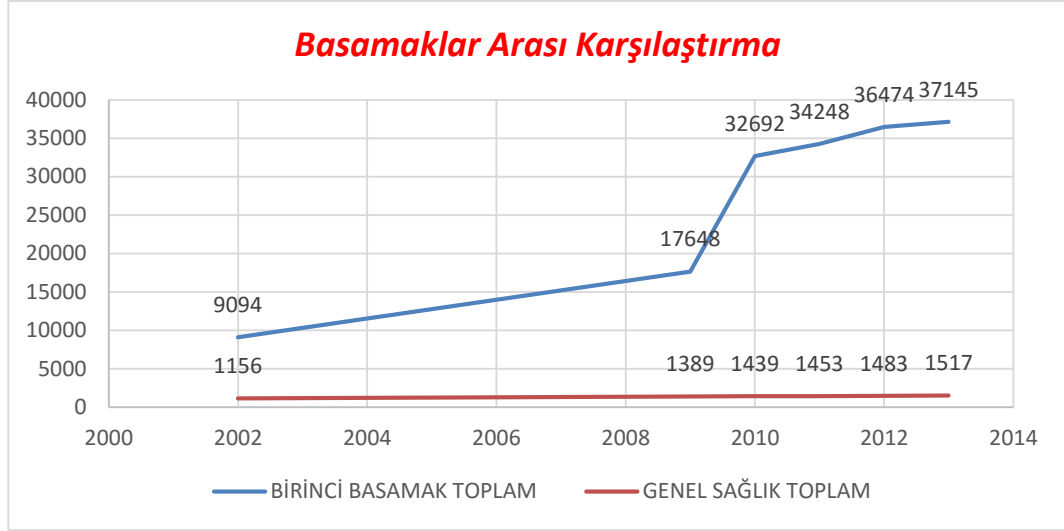
Şekil 23 2002 – 2013 Yılları Arasındaki Üniversite Hastane Sayıları



Şekil 24 2002 – 2013 Yılları Arasındaki Özel Hastane Sayıları



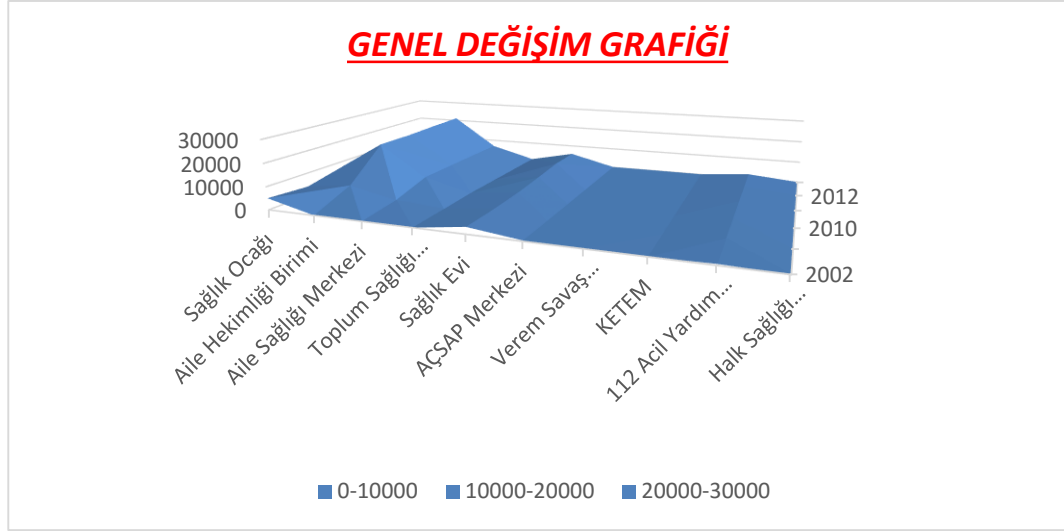
Şekil 25 2002 – 2013 Yılları Arasındaki SB, Üniversite Hastaneleri, Özel Hastaneleri ve Diğer Sağlık Kurumu Sayılarındaki Değişim Oranları



Şekil 26 2002 – 2013 Yılları Arasındaki Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren ve Genel Sağlık Hizmeti Sunan Kurum Sayıları Arasında Karşılaştırma



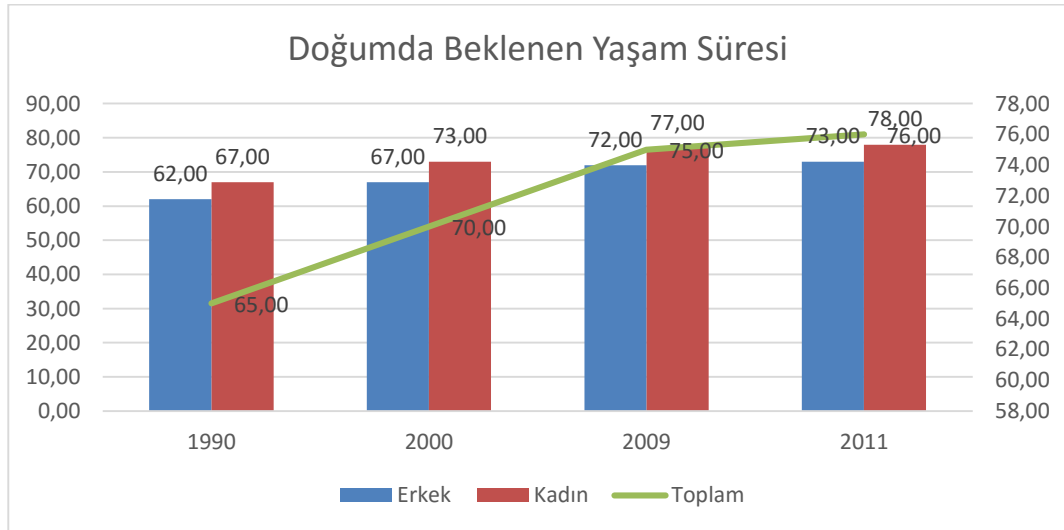
Şekil 27 2002 – 2013 Yılları Arasındaki Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar Arasındaki Değişim Oranları



Şekil 28 2002 – 2013 Yılları Arasındaki Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar Arasındaki Değişim Grafiği

4.1.4 Toplum Sağlığı Düzeyindeki İstatistiksel Değişimler

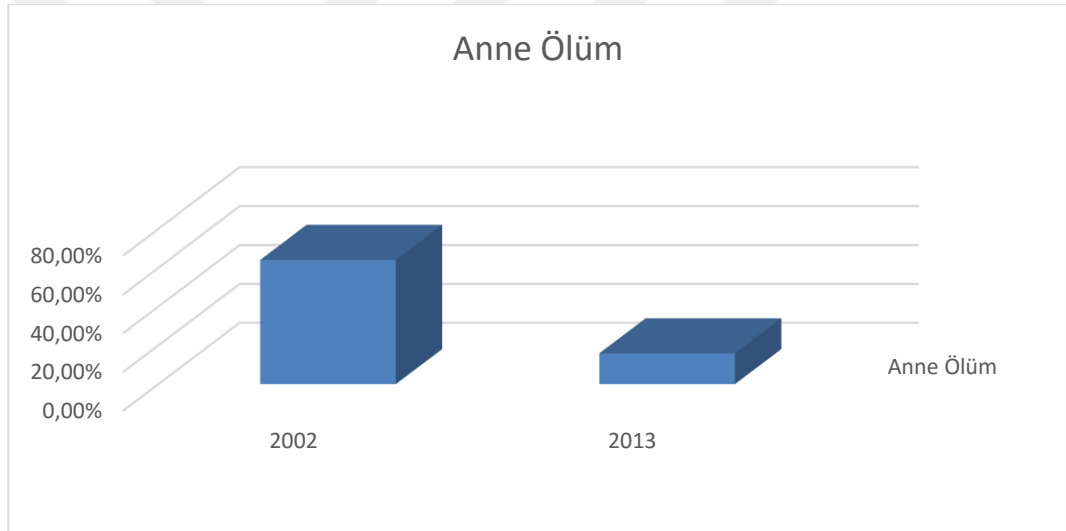
Toplum Sağlık düzeyinin en önemli belirleyicisi bebek ölüm hızıdır. Anne ölüm hızı, kaba ölüm hızı, doğumda beklenen yaşam süresi gibi bu düzeyin birçok belirleyicisi vardır. Bir önceki bölümde bu belirleyicilere ilişkin verileri verilmiştir. Bu başlıkta ise o verilere ait istatistiksel durum incelenmiştir.



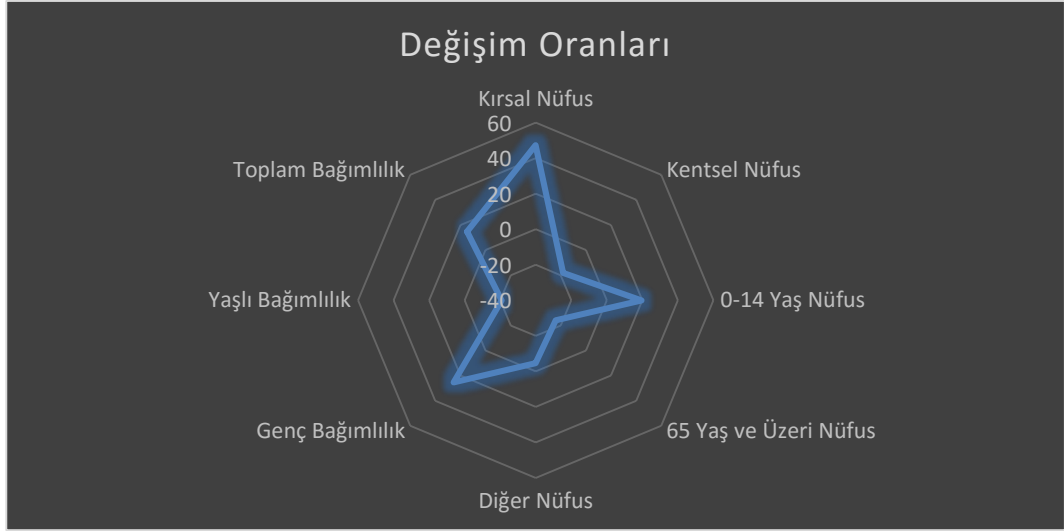
Şekil 29 1990 – 2011 Yılları Arasında Doğumda Beklenen Yaşam Süreleri



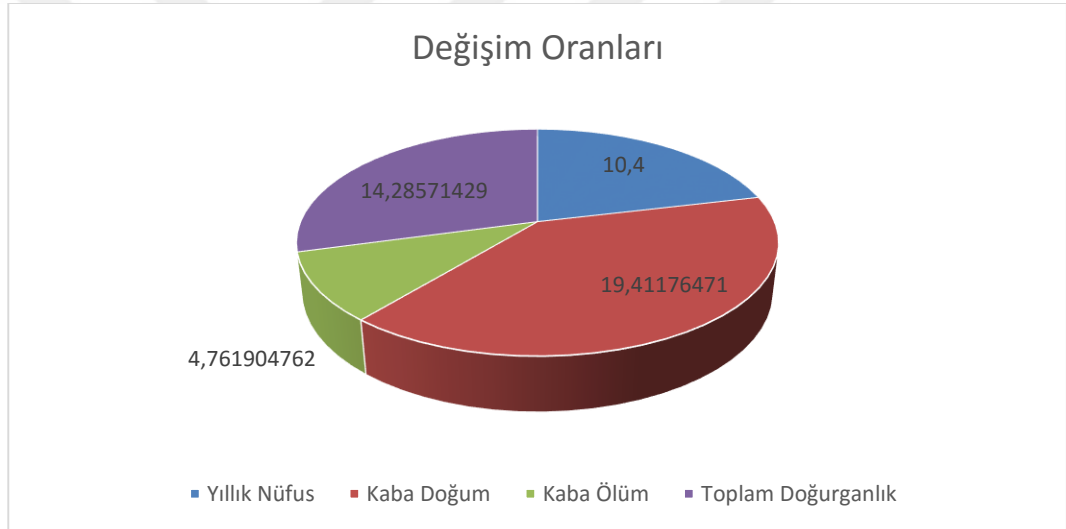
Şekil 30 2002 – 2011 Yılları Arasında Bebek Ölüm Hızı Grafiği



Şekil 31 2002 – 2013 Yılları Arası Anne Ölüm Oranındaki Değişim Grafiği



Şekil 32 1990 – 2013 Yılları Arası Genel Demografik Göstergelerdeki Değişim Oranları

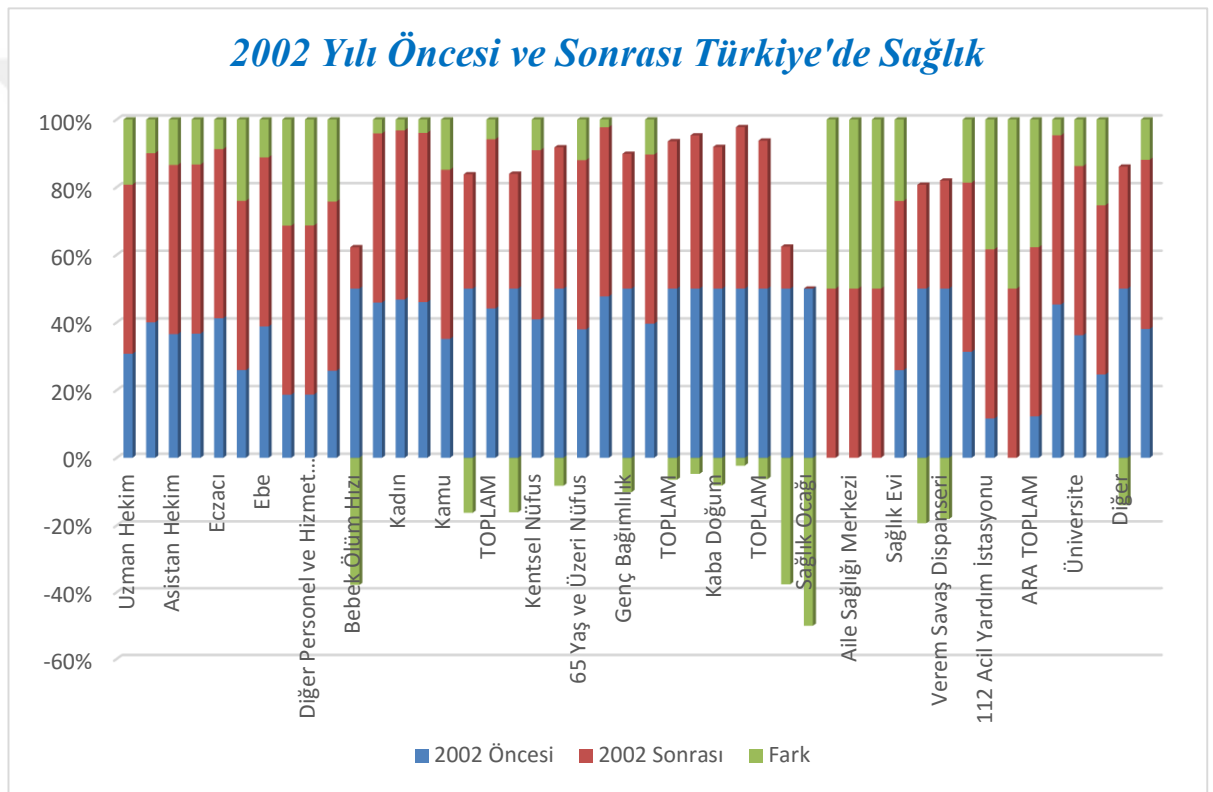


Şekil 33 1990 – 2013 Yılları Arası Genel Demografik Göstergelerdeki Değişim Oranları

4.2 2002 ÖNCESİ VE SONRASI SAĞLIKTA GENEL DURUM DEĞERLENDİRMESİ

2002 yılı öncesi ve sonra Türkiye sağlık durum verilerini istatistiksel olarak ayrıntılı bir şekilde bir önceki başlıkta incelenmiştir ve bu başlıkta ise tüm göstergeleri tek bir grafik halinde sunulmuştur. Bununla birlikte OECD Ülkeleri sağlık verileri ile Türkiye sağlık verilerini karşılaştırmalı olarak tek bir tablo içerisinde durumunu karşılaştırılacaktır.

4.2.1 Türkiye Sağlıkta Genel Durum Değerlendirmesi



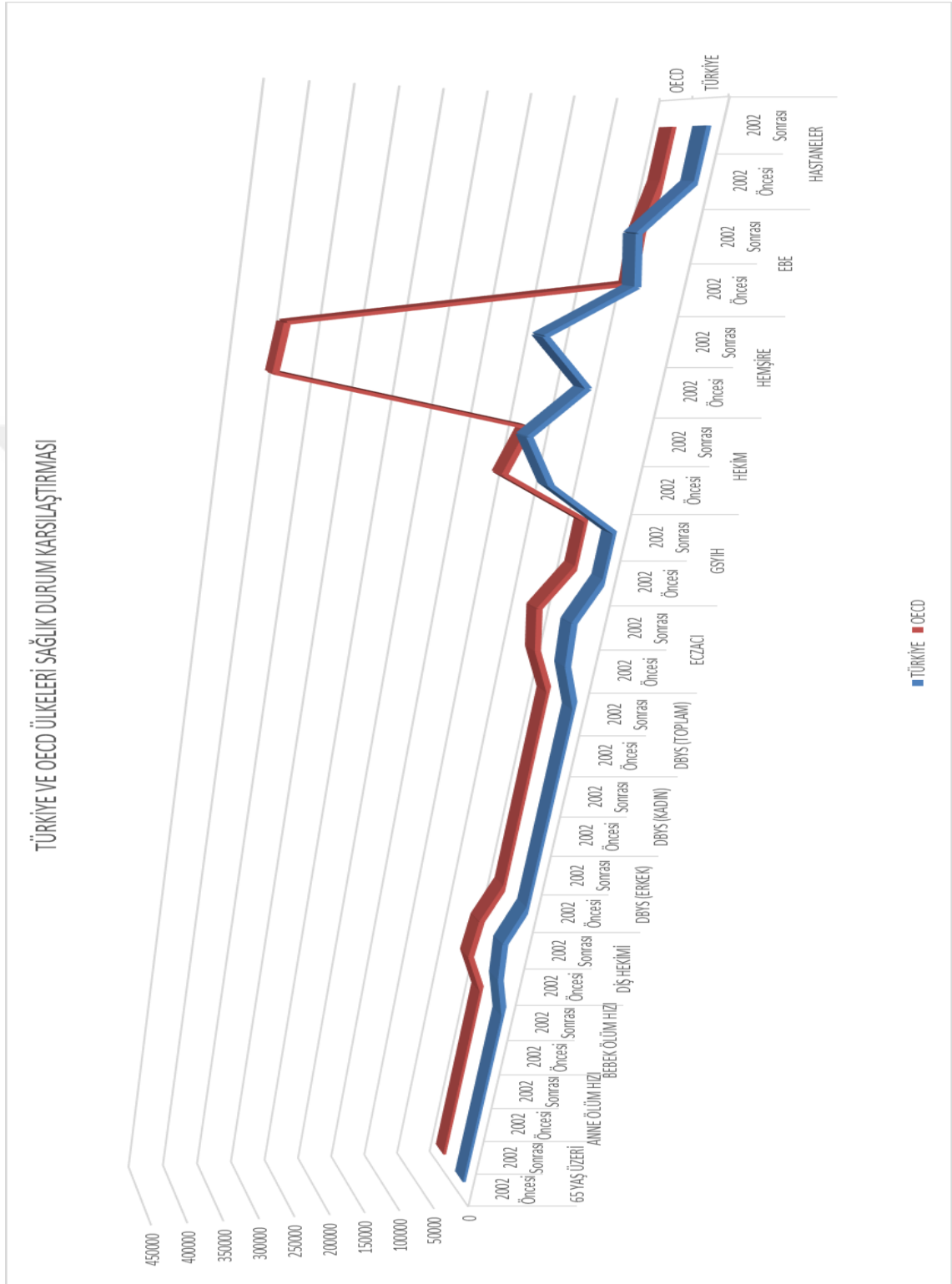
Şekil 34 2002 Yılı Önce ve Sonrası Türkiye Sağlık Durumu

Şekil 34'de Türkiye'de ki sağlık yapılanmalarının belirlenmesinde rolü olan bazı başlıklar yer almaktadır. Bunlar, sağlık personeli sayıları (Uzman hekim, Asistan hekim, Pratisyen Hekim, Diş hekim, Eczacı, Hemşire, Ebe, Diğer sağlık personeli, Diğer personel ve hizmet alımı), toplum sağlık düzeyi belirleyicileri (Bebek ölüm hızı, Kaba Doğum, Kaba ölüm, Kadın ve Erkek yaşam süresi, anne ölüm hızı), demografik bilgiler (Kırsal nüfus, Kentsel nüfus, 0-14 yaş nüfus, 65 yaş ve üzeri nüfus, Diğer nüfus, Genç bağımlılık, Yaşlı bağımlılık), sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlardır (Sağlık ocağı, Aile hekimliği birimi, Aile sağlığı merkezi, Toplum sağlığı merkezi,

Sağlık evi, AÇSAP, Verem savaş dispanseri, KETEM, 112 acil yardım istasyonu, Halk sağlığı laboratuvarı, Sağlık bakanlığı hastaneleri, Üniversite, Özel ve Diğer hastaneler).



4.2.2 Türkiye Ve OECD Ülkeleri Sağlık Durum Değerlendirmesi



Şekil 35 2002 Yılı Önce ve Sonrası Türkiye ile OECD Ülkeleri Sağlık Durumu Karşılaştırması (OECD Kütüphanesi, 2014)

* Şekil 35’de yer alan OECD ülkeleri şunlardır: Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Şili, Çek Cumhuriyeti, Almanya, Estonya, Finlandiya, Fransa, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İrlanda, İsrail, İtalya, Japonya, Kore, Lüksemburg, Meksika, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Slovak Cumhuriyeti, Slovenya, İspanya, İsveç, İsviçre, İngiltere, ABD.

Türkiye ve OECD Ülkeleri verilerinin belirli standartlara göre ortalaması alınarak karşılaştırması Şekil 35’de gösterilmektedir. Bu grafikte incelenen başlıklar ve belli ortalamalarla kıyaslamalar şöyledir. Toplum sağlık düzeyi belirleyicilerinden bazıları bu tabloda yer almıştır. 65 Yaş üzeri yaş ortalaması 2002 yılı öncesi Türkiye ortalaması 5,3 iken OECD Ülkeleri ortalaması 13,4’tür; 2002 yılından sonra ise Türkiye ortalaması 7,3 iken OECD ortalaması 15,5’tir. Yaşam ömrü süresi ülkemizde 2002 yılından sonra artış göstermektedir fakat bu artış OECD ülkeleri ortalamasını henüz yakalayamamıştır. Anne Ölüm Hızı 2002 yılı öncesi Türkiye ortalaması 6, OECD Ülke ortalaması 9,7 iken 2002 yılı sonrası Türkiye ortalaması 5, OECD ülke ortalaması 7,2’dir. Ülkemizde 2002 yılından sonra Anne ölüm hızında iyileştirme göstermektedir. Bebek Ölüm Hızı 2002 yılı öncesi Türkiye ortalaması 31,5, OECD ülke ortalaması 6,1 iken 2002 yılı sonrası Türkiye ortalaması 0,77, OECD ülkeleri 4,0’dır. Ülkemizde Bebek ölüm hızı zamanla azalmakta ve OECD ülkelerine göre daha iyi durumdadır. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (DBYS) 2002 yılı öncesi Türkiye ortalaması erkek için 69 ve kadın için 73,1, OECD ülke ortalaması ise erkek için 74,0 ve kadın için 80,2 iken 2002 yılı sonrası Türkiye’de erkek için 72 ve kadın için 77,1, OECD ülke ortalaması ise erkek için 77,3 ve kadın için 82,8’dir. Ülkemizde ve OECD ülkelerinde de kadın yaşam süresi erkek yaşam süresinden daha uzundur. Sağlık yapılanmaları belirleyicilerinden birisi de finansmandır. Sağlık finansmanında ki en önemli gösterge de GSYİH durumudur. Bu durum 2002 yılı öncesi Türkiye ortalaması 21,5 iken OECD ülke ortalaması 82,3’tür; 2002 yılından sonra ise Türkiye ortalaması 168 iken OECD ülke ortalaması 119,2 olmuştur. Türkiye 2002 yılı sonrası sağlık harcamalarında artış görülmektedir. Türkiye’ de ki sağlık personeli sayısı 2002 yılı öncesi diş hekimi 16371, eczacı 22289, hekim 91949, hemşire 72393, ebe 41479 iken OECD ülkelerindeki personel sayıları, diş hekimi 27396,39, eczacı 27626,9, hekim 116442, hemşire 408806, ebe 8993,08; 2002 yılı sonrasında ise Türkiye’deki personel sayıları diş hekimi 21404, eczacı 26571, hekim 129772, hemşire 1344906, ebe 53466, iken OECD ülkelerinde personel sayıları diş hekimi 22907,67, eczacı 37467,2, hekim 97133, hemşire 403326, ebe 12068,2’dir. 2002 yılı sonrası ülkemizde tüm sağlık çalışan sayısına yönelik iyileştirilmeye gidilerek, hizmet veren sayısında artış sağlanmıştır. Bu artan sayının daha sonraki yıllarda da devam etmesi gerekmektedir. Sağlık Kurumlarındaki durum ise 2002 yılı öncesi Türkiye’ deki hastane sayısı ortalaması 1114 iken OECD ülkeleri hastane sayıları ortalaması 1291,71; 2002 yılından sonra ise Türkiye’ de ki sayı 1483 iken OECD ülkeleri hastane sayıları ortalamaları 1134,192’dir. Türkiye sağlık kurumları sayısında da 2002 yılı sonrasında artış göstermektedir.

Toplum beklenti ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak sağlık kurumlarına ilişkin sayının önümüzde ki zaman içerisinde daha da artması planlanmalıdır.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye 2003 yılından bu yana 10 yıldır SDP kapsamında sağlık sistemini yeniden tasarlamaya çalışmaktadır ve Türkiye'nin bu yolda belli bir miktar yol kat ettiği belirtilebilir. Ancak, yeniden tasarlama ile birlikte ortaya konulan müspet, politika ve stratejilerin sürdürülebilir kılınması önemli hale getirmektedir. Nüfusun sağlık ihtiyaçlarına duyarlı politikaların ve stratejilerin birincil hale getirilmesi, ikincil mevzuatın oluşturulması, politik istegın, desteğın ve kararlılığın sürmesi, politik ve ekonomik istikrarın devam ettirilmesi, sürekli iyileştirmelerin sağlanması ve sistemi tehdit edecek popülist girişim ve uygulamalardan kaçınılması sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından çok önemli hale gelmiştir.

Türkiye sağlıktaki politikalar konusunda belirli bir istikrar sağlayamamış olsa da iyileştirme çabaları her geçen gün devam etmektedir. İyileştirme çabaları ve SDP ile reform niteliği taşıyan uygulamalar ile OECD ortalamalarını yakalamıştır.

- Türkiye sağlık çalışanlarına ilişkin problemleri ortadan kaldırabilmek için etkili sağlık insan gücü planlaması yapılmalıdır. Türkiye, küresel dinamikleri ülkenin ekonomik ve sosyal gerçekliklerini ve sağlık ihtiyaçlarını göz önünde bulunduran daha gerçekçi, güçlü ve kapsamlı bir ulusal sağlık insan gücü politikasına ve stratejisine ihtiyaç duymaktadır. Bu strateji; ihtiyaç duyulan sağlık çalışanlarının yeterli düzeye getirilmesi, sağlık çalışanlarının beceri karışımı anlamında ve yurt genelinde dengeli ve hakkaniyetli çalıştırılması şeklinde olabilir. Sağlık insan gücü yetersizliğinin giderilmesi için daha fazla sağlık insan gücü yetiştirmeye dönük olarak nitelikli tıp fakültesi sayısı, öğretim üyesi sayısı ve öğrenci sayısının artırılmasına yönelik yatırımlar yapılabilir. Sağlık belirleyicilerinden olan sağlık personel sayısı, 2002 yılı sonrası toplam personel sayısı, 2002 yılı öncesi toplam personel sayısından fazladır. Aynı şekilde sağlık bakanlığına bağlı kurum ve kuruluş sayıları içinde bu artış geçerlidir. Sağlık belirleyicilerinde ki gözle görülür bu artış sağlıkta tamamen iyileştirme anlamı taşımamaktadır. Bu daha açık bir şekilde ifade edilecek olursa, Türkiye son 10 yıl içinde temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler sağlamasına rağmen, üyesi olduğu OECD Ülke ortalamalarının oldukça gerisinde yer almaktadır ve kendi içinde de bölgeler arasında sağlıkta hakkaniyetsizliklere işaret eden önemli farklılıklara sahiptir. Bu farklılıklar, yapılanmaların Türkiye için yetersiz kaldığı sonucunu ortaya koymaktadır. Türkiye'nin farklılıkları ortadan kaldıracak politikaları tasarlaması ve uygulaması bu noktada büyük önem arz etmektedir. Başka bir ifadeyle, 2003 yılından bu yana gerçekleştirilmekte olan SDP ile genel anlamda sağlık alanında önemli kazanımlar elde eden

Türkiye'nin, bundan sonra farklılıkları azaltacak politikaları benimseyip uygulaması gerekmektedir.

- SDP'nin gerçekleştirilmesinde önemli bir pay ise sağlık çalışanlarıdır. 2002 yılından sonra sağlık reformlarının sürdürülebilir kılınabilmesi için sağlık çalışanlarının verimli ve kaliteli hizmet vermeleri açısından performans uygulama sistemi getirilmiştir. Çalışma koşullarının ve özlük haklarının da bu sayede iyileştirilebileceği düşünülmektedir.
- 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan SDP'nin temel bileşenlerinden ilki, birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli olan aile hekimliğidir. Türkiye *aile hekimliği modeli* ile birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeyi ve diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturmayı hedeflemektedir. Aile hekimliği Türkiye sağlık sisteminin hâkim karakteri haline getirilmesi isteniyorsa, geçiş sürecinde ve sonrasında eldeki mevcut olanaklarla ve istikrar gösteren politika ile sağlanmalıdır.
- 2002 yılından sonra Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı idari ve fonksiyonel açıdan tamamen değişime uğramıştır.
- Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumların tek çatı altında toplanması için 2002 yılı sonrasında Kamu Hastaneler Birliği kurulmuştur. Devlete bağlı sağlık kuruluşları ile birlikte özel sağlık kuruluşları da bu kuruma bağlıdır.
- Sağlıkta reform çerçevesi içinde Sosyal Güvenlik kuruluşlarının tek bir çatı altında toplanması ile tek bir teminat paketi içinde sunulması, beraberinde özel sigortacılığın devlet tarafından desteklenmesi sağlanmıştır. Ayrıca devlet maddi destek verdiği özel sağlık işletme sayısında artış sağlanmıştır.
- Sağlık sisteminin tüm unsurlarında ve kademelerinde kalite ve akreditasyonu sağlamak adına, 2002 yılı sonrası özel ve üniversite hastanelerine yönelik olarak "Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları" uygulamasına başlanmıştır.
- Sağlık Hizmet birimleri arasındaki bilgi akışının aktif sağlanabilmesi, hizmet sunumu sırasında gerekli tüm bilgilerin kayıtları, muhasebe ve finansman kayıtları gibi sağlık alanında muhafaza ve önem arz eden tüm içeriğin bir arada ve güvenilir bir şekilde korunması, kullanılması için sağlık bilgi sistemi kurulmuştur. 2002 yılından sonra sistem kurulduktan sonra yaygın ve etkili kullanımı için Bilgi Sistem Müdürlüğü kurulmuştur. Bu sistemin herkes tarafından daha aktif kullanılabilmesi için toplumu bilgilendirmek ve bilinçlendirmek gerekmektedir.
- Türkiye'nin sağlık turizmi konusunda konumunu daha da iyi sağlamlaştırabilmesi için sağlık turizmi ile ilgili uygun ve yerinde politikalar ve stratejiler belirlemesi gerekmektedir. Bunun için de Sağlık Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı, Kültür ve Turizm

Bakanlığı'nın yanı sıra sağlık turizmiyle ilgili olan diğer kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ile hastaneler işbirliği içerisinde olması gerekmektedir. Sağlık turizmi konusunda bir milli politika oluşturulmalı, tanıtım ve markalaşmaya önem verilmeli ve temsilinin en uygun şekilde yapılması sağlanmalıdır.



KAYNAKÇA

1. AKAT, İ., BUDAK, G. Ve BUDAK, G., **İşletme Yönetimi**, İzmir, Barış Yayınları, 2002
2. AKDAĞ, R., **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Aralık 2003, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2003 (Erişim) www.saglik.gov.tr, 05.08.2014
3. AKDAĞ, R., **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ağustos 2008 İlerleme Raporu**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008 (Erişim) www.saglik.gov.tr, 05.08.2014
4. AKDUR, R., **“Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler”**, Halk Sağlığı, Ankara, Antıp Aş Tıp Kitapevi ve Bilimsel Yayınlar, 1998
5. AKDUR, R., **“Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”** Halk Sağlığı, Ankara, Antıp Aş Tıp Kitapevi ve Bilimsel Yayınlar, 1998
6. AKDUR, R., **“Türkiye’de Sağlık Politikaları”** Halk Sağlığı, Ankara, Antıp Aş Tıp Kitapevi ve Bilimsel Yayınlar, 1998
7. AKDUR, R., **Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Türkiye'de Sağlık Politikaları, Türkiye Bilimler Akademisi, Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Bilim "Bilanço 1923-1998”** Ulusal Toplantısı Ayrı Basım, Ankara, 1999
8. AKDUR, R., **Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu**, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2. Baskı, ATAUM Araştırma Dizisi No.25, 2006
9. AKTAN, C. C. ve IŞIK, A. K., **“21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık”**, (Erişim) <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkes-icin.pdf>, 02.09.2014
10. AKTAN, Ç. C., IŞIK, A.K., **“Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler”**, (Erişim) <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf>, 15.09.2014
11. ALPUGAN, O., **Genel Hastanelerin Kullanımı Türkiye’de Uygulamada Karşılaşılan Kimi Sorunlar ve Bu Sorunların Çözülmesi**, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, 1981
12. ALTAY, A., **Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi**, Sayıştay Dergisi, Cilt 64,s.33-58, 2007
13. ASLAN, D., **Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar**, Ankara, Ankara Tabip Odası Yayınları, Grafker Matbaası, 2009
14. ATEŞ, M., Yıldırım E. Cevahir ve G. Bektaş, **“Türkiye’deki Özel Hastanelerin Değerlendirilmesi”**, **5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı**, Eskişehir, 2002
15. ATEŞ, M., **Sağlık Sistemleri**, İstanbul, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 2011

16. ATEŞ, M., “Sağlık Sistemleri ve Finansmanı”. ATEŞ, M. (ed.) Sağlık İşletmeciliği, İstanbul, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş. ss.97-150, 2011
17. AYDIN, E.,**Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi**, Ankara, Naturel Yayınları, 2002
18. BARLI, Ö.,**Davranış Bilimleri ve Örgütsel Davranış**, İstanbul, Aktif Yayınevi, Genişletilmiş ve Geliştirilmiş 4. Baskı, 2010
19. BERMAN, P. ve M. TATAR, **Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000**, Cilt I, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2004
20. BOWLING, A.,**MeasuringHealth**. Open UniversityPress, Milton Keynes, 1991
21. ÇORUH, M.,**I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, I. Basamak Sağlık Hizmetleri’nde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Ankara, 1995
22. Dever A.G.E.,**CommunityHealth Analysis: Global Awareness at theLocalLevel** Second Edition. An AspenPublication, Gaithersburg, Maryland 1991
23. Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu, **DPT Müsteşarlığı**, Ankara, 2005
24. DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara, 2001
25. ERGÖR, G. ve Z. Öztekin, **ExploringHealthPolicy Development in Europe**, WHO Regional Publications, Copenhagen,European Series, No. 86, 2000
26. FİLİZ, Y.,**Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi**, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010
27. FİŞEK, N.,**Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi – Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Yetiştirici Yayınları, Ankara, 1983
28. GÜMÜŞ, E.,**Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler**, Seta Analiz, Sayı. 24, 2010
29. HARCAR, T., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, **Pazarlama Dünyası Dergisi**, Yıl:5, Sayı:25, 1991
30. HAYRAN, O.; SUR, H., **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, İstanbul, Yüce Yayım A.Ş., 1998
31. <http://www.dpt.gov.tr>
32. http://en.wikipedia.org/wiki/Lalonde_report 2 Ağustos 2014
33. <http://www.oecd-ilibrary.org/statistics>
34. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> 10 Eylül 2014

35. <http://www.saglik.gov.tr>
36. <http://www.sgk.gov.tr>
37. İstatistiki Göstergeler 1923-2004 TC Başbakanlık, **TUİK**, Yayın No:0535
38. KAVUNCUBAŞI, Ş., **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara, Siyasal Kitapevi, 2000
39. KAVUNCUBAŞI, Ş. YILDIRIM, S., **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara, Siyasal Kitabevi, 2010
40. KAYA, S. YILDIRIM H. H., KARSAVURAN S. ve ÖZER Ö., **Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013** (Evaluation Report on Medical Tourism in Turkey 2013); Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara (İrfan Şencan ve Dursun Aydın'ın katkıları ile), 2013
41. KESGİN, C., TOPUZOĞLU, A., ‘**Sağlığın Tanımı: Başaçıkma**’, İstanbul Kültür Üniversitesi Dergisi, Cilt 3, s.47- 49, 2006
42. KIRAL, H., **Hastane İşletmeleri Yönetiminde Temel Bilgiler**, SSYB Mesleki - Öğrenim Genel Müdürlüğü, Ankara, Yayın No. 445, 1978
43. KISA, A., **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2002
44. KIZILÇELİK, S., **Türkiye'nin Sağlık Sistemi Bir Medikal Sosyoloji Denemesi**, İzmir, Saray Kitabevleri, 1996
45. KURTULMUŞ, S., **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, İstanbul, Değişim Dinamikleri Yayınları, 1998
46. LARSON, J.L., **The Measurement of Health. Concepts and Indicators**, Greenwood Pres, New York, 1991
47. METİN, Bekir, **Türkiye'nin Sağlık Sorunları Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları**, 10, Ankara, 04. 2002
48. METİNTAŞ, M. Y. ve Ö. Elçioğlu, “Cumhuriyetin ilk On beş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923 - 1938)” **Osmangazi Tıp Dergisi**, Cilt 29, No. 3, 2007
49. MUCUK, İ., **Modern İşletmecilik**, İstanbul, Türkmen kitapevi, Gözden Geçirilmiş 15. Baskı, 2005
50. ODABAŞI, Y., **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2001
51. ÖZBAY, H., H. E. Erişti, H. G. Öncül, H. O. Arı, B. L. Çelepçikay, M. G. ve S. Mollahaliloğlu, “Sağlık Hizmetleri Sistemi”, **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007**, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2007
52. ÖZDEN, N. "Dr. Refik Saydam'ın Türk Sağlık Politikaları Üzerindeki Etkisi (1923 – 1937)", 38. Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara, 2005

53. ÖZGİRİN, K., TAS, Y., **Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel Memnuniyeti Ölçme Çalışması**, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ankara, 1996
54. ÖZTEK, Z., **Nusret Fişek İle Söyleşi**, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Tisemat Basım Sanayi, Ankara, 1992
55. ÖZTÜRK, M., **Çağdaş Hastane Yöneticiliği Sorunlar ve Yaklaşımlar**, İstanbul, MTM Yayın No. 6, 2000
56. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (Erişim), <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-3966/saglik-hizmetleri-temel-kanunu.html> , 2 Ağustos 2014
57. SCHULTZ, R. ve A. C. JOHNSON, **Management of Hospital and Health Services**, Washington, D. C. Beard Books, 2003
58. SEEDHOUSE, D., **Health: The Foundations for Achievement**, John Wiley & Sons. Ltd., England, 1986
59. ŞİMŞEK, Ş., **İşletme Bilimine Giriş**, Konya, Adım Matbaacılık, 12. Baskı, 2005
60. SOMUNOĞLU, S., Kavramsal Açıdan Sağlık, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 4, Sayı 1, s.151-62, 1999
61. SOMUNOĞLU, S., **Sağlığın Geliştirilmesi Kavramına Genel Bir Bakış**, Ankara, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000
62. SOMUNOĞLU, S., AĞIRBAŞ, İ., TENGİLİMOĞLU, D., ÇELİK, Y., ERDEM, R., AKBULUT, Y., ERİGÜÇ, G., **Sağlık Kurumları Yönetimi-I**, Eskişehir, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No:2631, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:1599, Temmuz 2012
63. SOYSAL, M., KENANOĞLU, G.T., EMRE, A., HAMEŞOĞLU, S., **Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı**, Ankara, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları:486, 1993
64. SÖZEN, C. ve M. ÖZDEVECİOĞLU, **Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim**, Ankara, Nobel Yayın, 1999
65. TABAK, S.R., **Sağlık Eğitimi**, Ankara, Somgür Yayıncılık, 2000
66. TATAR, T. ve ÜNER, M., **İşletmecilik İlkeleri**, Ankara, Gazi Büro Yayınları, 1992
67. TENGİLİMOĞLU, D., ve C. Çalık, “Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumunda Görülen Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, 2000, Sayı:3
68. TENGİLİMOĞLU, D., Atilla, A. E. ve Bektaş M., **İşletme Yönetimi**, Ankara, Seçkin Kitapevi, 2008
69. TERRIS, M., “Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory”, **Journal of Public Health Policy**, 1992, Vol. 13, No. 3

70. TOKAY, M.,**Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Kalite ve Hasta Tatmini Eskişehir Devlet Hastanesinde Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, 2000
71. TOKER, F.,**Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Yönetimlerden Ayıran Temel Özellikler**, Modern Hastane Yönetimi, Cilt: 3, Sayı: 6, 1999
72. TUNCER, D., AYHAN, D. Y. ve VAROĞLU, D., **Genel İşletmecilik Bilgileri**, Ankara, Siyasal Kitapevi, 2008
73. TUTAR, H.,**İşletme Yönetimi**, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2010
74. UĞURLUOĞLU, Ö., ÇELİK, Y., Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 8, Sayı 1, s.3-29. 2005
75. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005,**Sağlık Bakanlığı** , (Erişim) <http://www.saglik.gov.tr/>
76. YEREBAKAN, M.,**Özel Hastaneler Araştırması: Mevcut Durum Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, İstanbul, İstanbul Ticaret Odası Yayın, No:2000-2026, 2000
77. YILDIRIM, H. H., Avrupa Birliği Yolunda Türkiye: Aile Hekimliği Açısından Değerlendirmeler, **Sağlık-Sen Dergisi**, 2010
78. YILDIRIM, H. H. and YILDIRIM T.,**HealthCareFinancing Reform in Turkey: ContextandSalientFeatures**, Journal of EuropeanSocialPolicy, 2011
79. YILDIRIM, T.,**Türkiye’de Sosyal ve Özel Sağlık Sigortacılığı**, İçinde, Yıldırım HH. (editör), **Sağlık Sigortacılığı**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi AÖF Yayınları, 2012
80. YILDIRIM, H. H. ve YILDIRIM T.,**Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme**, İçinde: Yıldız M. ve Sobacı M. Z. (editörler), **Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama**, Ankara, Adres Yayınları, 2013
81. YILDIRIM, T.,**Avrupa Birliği, Sağlık Çalışanları ve Türkiye: Serbest Dolaşım ve Potansiyel Göç**, Ankara, Birinci Baskı, ABSAM Yayınları, 2014