



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ 2003-
2017 YILLARI ARASINDA TÜRKİYE'YE KATKISININ
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

İsmail Eren DÖŞKAYA

Sivas
Şubat 2019

SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ 2003-
2017 YILLARI ARASINDA TÜRKİYE’YE KATKISININ
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi




İsmail Eren DÖŞKAYA

Tez Danışmanı
Prof. Dr. İlhan ÇETİN

Sivas
Şubat 2019

KABUL VE ONAY

Üniversite: : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ana Bilim Dalı : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği
Bilim Dalı :
Tezin Başlığı : Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın2003-2017 Yılları Arasında Türkiye’ye Katkısının İncelenmesi
Savunma Tarihi : 15.02.2019
Danışmanı : Prof. Dr. İlhan Çetin

	Unvanı - Adı Soyadı	İmza
Jüri Başkanı	: Doç. Dr. Rüştü Yayar	
Üye	: Prof. Dr. İlhan Çetin	
Üye	: Dr. Öğretim Üyesi Naim Karagöz	

Oy Birliği

Oy Çokluğu

İsmail Eren Döşkaya tarafından hazırlanan “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın2003-2017 Yılları Arasında Türkiye’ye Katkısının İncelenmesi” başlıklı tez, kabul edilmiştir.

..../..../.....

Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;

2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;

3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;

4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

18.04/2019

İsmail Eren DÖŞKAYA

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, benden yardımlarını esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. İlhan ÇETİN'e ve ilerlediğim bu yolda her zaman destek olup beni hiç yalnız bırakmayan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
GRAFİKLER LİSTESİ	xi
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xv
GİRİŞ	1
I.BÖLÜM	5
SAĞLIK HİZMETLERİ VE SINIFLANDIRILMASI	5
1.1. Sağlık.....	5
1.2. Sağlıkın Belirleyicileri.....	6
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	7
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	8
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	9
1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	9
1.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	10
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	10
II.BÖLÜM	15
TÜRKİYE’DE VE DÜNYADA UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARI 15	
2.1. Türkiye’de Uygulanan Sağlık Politikaları.....	15
2.1.1. 1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları	16
2.1.2. 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikalar	20
2.1.3. 1961-1980 Dönemi Sağlık Politikaları	22
2.1.4. 1980-2012 Dönemi Sağlık Politikaları	23

2.1.5. 2013-2017 Sağlık Politikaları.....	24
2.2. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programından Sonra, Sağlık Regülasyonları.....	29
2.4. Dünya Devletlerince Uygulanan Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikaları .	30
2.4.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikası	30
2.4.2. İngiltere Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikası	30
2.4.3. Almanya Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikası	31
2.4.4. Avusturya Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikası	32
2.4.5. Hollanda Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası.....	32
2.4.6. Japonya Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası.....	32
2.5. Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Politikalarının Ortak Özellikleri	33
2.6. Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Politikalarının İncelenmesi	35
III. BÖLÜM.....	37
TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKALARI	37
3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel Reform Alanları.....	38
3.1.1. Genel Sağlık Sigortası	42
3.1.2. Yaygın ve Erişimi Kolay Sağlık Hizmeti Sistemi	45
3.1.3. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri.....	48
3.1.4. Sağlık Ocaklarında Yenileşme	49
3.1.5. Acil Sağlık Hizmetlerinde Değişim.....	50
3.1.6. Toplumsal Hareket Ve Bilinçlendirme	51
3.1.7. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele.....	52
3.1.8. Sağlık İnsan Gücü.....	52
3.1.9. Aile Hekimliği Uygulaması.....	53
3.1.10. Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altında Toplanması	58
3.1.11.Eğitim ve Bilim Kurumları.....	59
3.1.12. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon	60
3.1.13. İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma	68
3.1.13.1. Ulusal İlaç Kurumu.....	68
3.1.13.2.Tıbbi Cihaz Kurumu	69

3.1.14. Sağlık Bilgi Sistemi	70
SONUÇ	75
KAYNAKÇA	79
ÖZ GEÇMİŞ	87





KISALTMALAR DİZİNİ

AR-GE	: Araştırma ve Geliştirme
ADSM	: Ağız Diş Sağlığı Merkezi
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
KHK	: Kanun Hükümünde Kararname
TÜBİTAK	: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
HM-USES	: Hıfzıssıhha Mektebi-Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
HKS	: Hizmet Kalite Standartları
TURKAK	: Türk Akreditasyon Kurumu
KALDER	: Türkiye Kalite Derneği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TSBS	: Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Türkiye’de sağlık sistemindeki örgütler.....	28
Tablo 2. Sağlıkta Dönüşüp Programı sonrasında sağlık regülasyonları.....	29
Tablo 3. İngiltere sağlık sistemi (Sargutan, 2006)	31
Tablo 4. Bazı gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinin finansmanı ödeme ve organizasyon yapıları	34
Tablo 5. Yıllara itibariyle SGK’nın ödediği fatura tutarları (Milyar TL)	43
Tablo 6. Sağlık harcama verileri	44
Tablo 7. Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler	46
Tablo 8. Hekim sayısı, hekim başına düşen kişi sayısı ve hekim başına hasta müracaat sayısı, 2009-2016	55
Tablo 9. Kamu İlaç harcaması.....	69



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. SDP başlıca kontrol mekanizmaları (www.sağlik.gov.tr)	37
Şekil 2. Sağlıkta Politika Çemberi (Akdağ, 2008: 25).....	39
Şekil 3. Aile Hekimi sayısı	53
Şekil 4. HKS Merkezi Değerlendirme (Yavuz, 2011: 39).....	61
Şekil 5. HKS Değerlendirme Bölümlerinin Seçimi (Yavuz, 2011: 40).....	62
Şekil 6. HKS Merkezi Değerlendirme Komisyonu (Yavuz, 2011)	63
Şekil 7. İl Düzeyinde Değerlendirici Belirleme Kuralları (Yavuz, 2011)	64
Şekil 8. HKS Değerlendirme Metodları (Yavuz, 2011)	64
Şekil 9. Sağlık bilgi sistemi	71
Şekil 10. Sağlık Bilgi Sistemi	74

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Sektörlere göre doktor muayene sayısı.....	27
Grafik 2. 1000 Kişilik Nüfus başına düşen doktor sayısı (OECD, 2017).....	40
Grafik 3. Bebek Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda) (Yıldırım, 2013: 19).....	41
Grafik 4. Anne ölüm hızı (100.000 canlı doğumda) Yıldırım, 2013: 19).....	41
Grafik 5. Hastane yatak doluluk oranları (http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik)....	47
Grafik 6. Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe (Milyon TL) Kaynak: Akdağ, 2008: 41	48
Grafik 7. Birinci basamak sağlık kuruluşları	49
Grafik 8. Hekim başı oda sayısı	50
Grafik 9. Acil sağlık hizmeti ambulans ve istasyon sayısı	51
Grafik 10. Sıtma hastalığı sayısı	52
Grafik 11. Sağlık kurumlarına aile hekimliği öncesi ve sonrası yapılan müracaatlar.....	54
Grafik 12. Kamu hastanelerinde kullanılan diyaliz cihaz sayısı.....	59



ÖZET

Dünyada yaşanan gelişmeye paralel olarak ülkemizde de 1980’li yıllardan sonra kamu yönetimi anlayışını değiştirebilmek adına çeşitli reform ve politikalar uygulanmaya başlamıştır. Sağlıklı birey sağlıklı toplum anlayışı ile geçmişten günümüze sağlık alanında çeşitli reformlar yapılmıştır. Türkiye’de sağlık politikaları ve hizmetlerinin tarihsel gelişiminin incelendiği bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır.

Çalışmanın en temel amacı, sağlıkta dönüşüm programlarının Türkiye’de nasıl sonuçlar doğurduğunu ve hedeflerine ulaşma durumunu tespit etmektir. Toplumun her kesimini ilgilendiren ve insanların almak zorunda olduğu sağlık hizmetleri bir kamu hizmetidir. Bu hizmetin en temel bileşeni sağlık sigortasıdır. Bu bilgilerin çalışmada yer alması çalışmanın önemini gün yüzüne çıkartmaktadır. Araştırmanın ortaya çıkması için konuyla ilgili kitap, dergi yönetmelikler ve internet kaynakları kullanılmış ve kaynak tarama modelinde çalışma tamamlanmıştır.

Çalışmanın ilk bölümünü sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve tanımı oluşturmaktadır. İkinci bölüm de Türkiye’de sağlık politikaları ana başlığı altında dönemselsel olarak değişen sağlık politikaları ele alınmış ve dünyadan örnekler verilmiştir. Çalışmanın son bölümünde ise Türkiye’de sağlık alanında dönüşüm politikaları ana başlığının altında, dönüşüm politikalarının unsurları ayrı başlıklar halinde incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, sağlık politikaları.



ABSTRACT

Parallel to the developments in our country in the world in order to change the public administration after the 1980s began to be implemented various reforms and policies. Healthy individuals and healthy communities with an understanding of the past and present has made several reforms in the health field. This study of the historical development of health policies and services in Turkey consists of three parts.

The main goal of the study is to determine how the health transformation program results lead to situations that reach their targets and in Turkey. Health care is a public service that concerns every segment of society and people have to take. The main component of this service is health insurance. The fact that this information is included in the study brings out the importance of the study. In order for the study to be carried out, books, journal regulations and internet resources were used on the subject and the study was completed in the resource screening model.

The study constitutes the first part of the classification and definition of health services. The second section is periodically changing health policy under the heading of health policies in Turkey from the world discussed and examples are given. In the last part of the work under the main title of the transformation policies in the health sector in Turkey, elements of the transformation policy has been examined as separate headings.

Keywords: Health care, health policies.



GİRİŞ

Sağlık insanoğlunun en temel haklarından en önemlisi olup Dünya Sağlık Örgütü (WHO), İnsan Sağlığının doğuştan kazanılan ırk, cinsiyet, din, dil ayrımı yapılmaksızın gözetilmesi gereken temel bir hak olduğunu beyan etmiştir. İlk kez 1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasası'nda yer alan sağlık kavramı "Sadece sakatlık veya hastalığın olmadığı durum değil, aynı zamanda sosyal, ruhsal ve bedensel açıdan tam olarak iyi olma halidir" şeklinde tanımlanmıştır.

Herhangi bir ülkedeki sağlık tanımlanırken üç bileşen üzerinde durulur. Bunlar; Sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin düzeyi ve toplumun sağlık düzeyidir. Bunlardan sağlık politikası, ülkenin benimsemiş olduğu felsefe doğrultusunda sağlık sektörünün düzenlenmesi ve yapılandırılması şeklinde tanımlanabilir.

Sağlık politikaları günümüzde sadece tıp alanının çalışma ve araştırma konusu olmaktan çıkıp pek çok bilim dalını ilgilendiren bir konu haline gelmiştir. Bunun nedenleri ise sağlık sektörünün finansı kompleks bir yapıda olup arz ve talep yönünden piyasa koşullarından farklılık göstermesi, bir çok sektörü doğrudan doğruya etkilemesiyle birlikte tamamıyla özel sektöre devredilemeyecek kamusal özellikleri içinde barındırmasıdır. Günümüzde rekabet koşullarının çok fazla değişmesi ve yetişmiş insan gücünün en önemli stratejik üstünlük olması nedenleriyle sağlık düzeyini gösteren parametreler (anne ölüm hızı, doğum oranı v.s.) en önemli faktörlerden olan teknoloji ve sermayeden önce değerlendirilmeye başlanmıştır.

Sağlık düzeyindeki olumlu gelişmeler emek performansını olumlu etkileyerek ekonomik büyüme ve verimlilik düzeyini artırması, yabancı girişimcileri cesaretlendirmesi, mevcut sermaye yatırımlarını artırması ve eğitim düzeyinin artmasını doğrudan etkilediği için günümüzde toplumların sağlık sektöründeki politikalara önem vermelerine neden olmuştur.

Siyasetin sağlık üzerindeki etkisi çok önemlidir, çünkü siyasetin bütün toplumlarda ve bu toplumların yapısındaki etkisi yadsınamaz bir gerçektir.

Osmanlı İmparatorluğundan bugüne kadar sağlık hizmetleri sürekli gelişmiş ve kendisini yenilemiştir. Sağlık alanındaki reformlar politikacıların hedef noktalarından olmuştur. Böylece sağlık hizmetlerinin Osmanlı'dan bu yana devlet tarafından sürekli kontrol altında tutulması hedeflenmiştir. Bu kontrol altına alma hedefi her dönemde etkisini ve farklılığını göstererek politikaların izin verdiği ölçüde değişip gelişmiştir. Fakat günümüzde artık bu etki değişerek, sağlık siyaset üzerinde etkili olmaya başlamış ve kendisine özgü bir alan olarak ortaya çıkmıştır. Artık sağlık politikaları siyaset politikalarını etkiler hale gelmiştir.

Artık seçim sloganları ve hedefleri sağlık çalışmalarına yönelik olmaya başlamıştır. Bu durumda sağlık ve siyasetin birbirini etkilememesi düşünülemez. Siyasi politikaların temelini artık sağlık politikalarında uygulanacak olan reformlar oluşturur hale gelmiştir. Bir toplumu sağlam kılan şeyin sağlık olduğu bir gerçektir. Eğer toplumu oluşturan insanlar sağlıklı ise o toplumun iyi bir toplum olduğundan söz edebilir. Sağlıksız yapıya sahip bir toplumda siyaset, ekonomi ve diğer hizmet alanlarında aksamalar kaçınılmazdır. Bu yüzden sağlık politikalarına gerekli olan önemin verilmesi gerekmektedir. Bunun için siyaset politikaları ve sağlık politikaları arasındaki etkileşimi ve yenilikleri bilmek gerekecektir. Bunu yapmak içinde toplumu bilinçlendirmek gerekmektedir. Bu nedenle sağlık sektörü üzerinde siyasi politikaların etkilerini ve sağlık politikalarını ülkemiz açısından ele almak gerekmektedir. Bu çalışmada da Türkiye'de Sağlık hizmetlerinin ve sağlık politikalarının tarihsel gelişimi hakkında bilgilendirmeler verilmiştir.

Sağlık, artık her alanda kendini göstermekte ve etkili olmaktadır. Sağlıklı olmayan toplum ilerleyemez ve kendi kalkınmasını sağlayamaz. Sağlık üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerden haberdar olmadan ülkenin gelişmesi ve iyileşmesi sağlanamaz. Sağlık alanında uygulanan politikalara bakıldığında geçmişten günümüze kadar sağlık temelli politikalar yapılmaktadır.

Sağlık sektöründe yeni bir sistem oluşurken öncelikle diğer ülkelerin bu konuda neler yaptıklarını incelemek yapılacak olan hataların azalmasına ve doğru

kararlar alınmasına neden olmaktadır. ABD’de sağlık modeli; “serbest piyasa modeli”ni kullanmaktadır. Tüm halkı kapsayan kar amaçlı serbest Pazar tipi bir sistemdir. Bu alanda yapılan harcamalar diğer gelişmiş ülkelere nazaran daha yüksek olmasına rağmen sonuçlar bununla aynı oranda yüksek değildir.

İngiltere’de ise “Bevedinge modeli” kullanılmaktadır. Bu modelde sağlık sektörünün finansmanı vergilerle finans edilmektedir. Bu sistemde en belirgin özellikleri, “devletin bütçe aracılığı ile bu hizmetin finansmanını kontrol etmesi, bütün halka sağlık hizmetlerinin ücretsiz oluşu, doktorlara verilen maaşların kişi başi ödeme yöntemi ile ödenmesi, merkezi idareden belirlenen bütçenin kullanılması” olarak gösterilebilir (Tatar, 2011: 110). Almanya ise kullandığı sağlık sistemi ABD’ye benzerlik göstermektedir. Sigortalı olan kişilerin hastalık sandığı denilen bir sistemi kullandıkları modelde, ücret bordrosu üzerinden kesilen parayla finansman sağlanmaktadır. Bismark modelindeki bu sistemde sigorta herkesi kapsayan şekildedir ve kar elde edilmez.

Ülkelerin sağlık alanında izlemiş oldukları politikalar, ülkenin gelişmişlik düzeyini gösterdiği benimsenmiştir. Bu çalışmanın temel amacı; Türkiye’de geçmişten günümüze izlenen sağlık politikalarının incelenmesidir. Bu amaç çalışmaya büyük önem kazandırmaktadır. Nitekim literatürde bu konuyla ilgili fazla çalışmanın yapılmamış olması ve bundan sonra yapılacak çalışmalara yol gösterici olması sebebiyle bu çalışma ayrıca bir öneme sahiptir.

Bu önem ve amaç doğrultusunda hazırlanan çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde sağlık, sağlığın belirleyicileri, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve sağlık hizmetlerinin özelliklerine yer verilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde, dünya ve Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları ana başlığının altında, Türkiye’de dönemsel olarak uygulanan sağlık politikaları, dünyadan bazı gelişmiş ülkelerde uygulanan sağlık politikalarına yer verilmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki uygulanan politikalar incelenmiştir.

Çalışmanın son bölümü olan üçüncü bölümde ise, ülkemizde sağlıkta dönüşüm programı adı altında oluşan reformlar incelenmiştir. Bu programın temel

reform alanları, genel sağlık sigortası, erişimi kolay sağlık hizmetleri sistemi, insan gücü, eğitim ve bilim kuramları, sağlıkta kalite, ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma gibi başlıklar incelenmiştir.

Çalışmanın sonuç bölümünde ise Cumhuriyet'in kuruluşundan günümüze sürekli gelişim içinde olan sağlık alanının geldiği nokta ve tek partili hükümet yönetiminde alınan kararlar ve hızlı gelişen sağlık reformlarına dair sonuçlar sunulmuştur.



I.BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SINIFLANDIRILMASI

İnsan yaşamın en değerli parçası ve servetidir. İnsanın yaşamını devam ettirebilmesi için sağlıklı bir hayat sürmesi kaçınılmazdır. İnsanların sağlığını kaybetmeden huzurlu ve mutlu yaşaması, sağlığını kaybedecek etkenlerin ortadan kalkması, olası hastalığa yapılacak müdahale ve iyileştirme süreçlerinden faydalanması insanların en temel haklarıdır. Çalışmanın bu bölümünde, sağlık hizmetlerinin tanımı, sınıflandırılması ve özelliklerinde değinilecektir. Bu bilgilere geçmeden önce kısaca sağlığın tanımının yapılması uygun olacaktır. Literatür incelendiğinde sağlığın bir çok tanımını görmek mümkündür, tanımlar farklı kişiler tarafından farklı zamanlarda yapılmış olsa bile ana tema birbirine çok yakındır. Bu tanımlardan bazılarını inceleyerek konuya başlamak daha doğru olacaktır.

1.1. Sağlık

Sağlık, evrensel bir kavram olmasına rağmen, ortak bir tanımı oluşturulamamıştır. Dünya sağlık örgütüne (WHO) göre sağlık; “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmadığı durumlar değil, sosyal yönden de iyi olma halidir (Özbaş ve Özkan, 2010). Sayım (2015) sağlığın yalnızca kişinin fiziki yönünden değil toplumsal açıdan da büyük önem taşıdığını dile getirmiştir.

Herhangi bir çevresel etken sonucunda (kaza, salgın hastalık vb) sağlığını kaybetmiş kişiler hayatını sürdürebilmesi için gerekli olan bazı ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk çekebilir. Bu ihtiyaçları karşılayabilmesi için hem fiziki olarak hem de ruhen yeterli olması gerekmektedir. İnsanlar için son derece önemli ve paha biçilemez olan sağlığın bir başka tanımını; “sosyal ve fiziki çevreyle ilişkili olarak bedenin ve kafanın uyumlu olarak çalışması ve görevlerini zamanında ve doğru olarak yerine getirmesi” olarak tanımlamıştır (Orhaner, 2000).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanım, sağlık kavramının önemini yeteri kadar vurgulamamış olacak ki, bu tanım gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkelerin bu kavrama bakışı arasında ciddi farklar olduğu görülmüştür. Nitekim bir ülke içinde yer alan bölgeler ve sosyo-ekonomik gruplar arasında da farklılıklar olduğu söylenebilir (Aktan ve Işık, 2005).

1.2. Sağlık Belirleyicileri

Yukarıda yapılan tanımlardan da anlaşılacağı gibi insan sağlığına biyolojik faktörlerin (mikroorganizmalar, bitki ve hayvanlar vb) etki etmesinin yanı sıra sosyal (kültür, sosyal destek ağları, psikolojik sebepler vb) ve ekonomik faktörlerde etki etmektedir. Sağlık en önemli belirleyici pozisyonunda olan sosyal etmenler ve çevre çeşitlerini 3 başlık altında incelemek mümkündür.

Biyolojik Çevre; mikroorganizmalar biyolojik çevrenin temelini oluşturmaktadır. Bunlar veremden çocuk felcine kadar birçok hastalığın oluşmasına neden olmaktadır.

Fiziksel Çevre; insan sağlığını etkileyebilecek önemli unsurlardan bir başkası olan fiziksel çevre etkisini, iklimsel hava koşulları, toprağın yapısı, atıklar, hava kirliliği vb etmenleri kapsamaktadır. Bu etmenlerin her biri insan sağlığındaki değişikliklere doğrudan sebep olmaktadır.

Sosyal Çevre; Sosyal çevre insanların birbiriyle olan ilişkilerini dolayısıyla sağlıklarını doğru ve dolaylı olarak etkileyen bir başka etmedir. Sosyal çevreyi oluşturan bazı bileşenler vardır bunları davranış, kalıtım, sağlık bakım hizmetleri olarak gruplamak mümkündür. İnsanların kazanmış olduğu davranışlar ki bunlar, alkol, sigara kullanımı, dikkatsiz araç kullanımı, ihtiyacı olandan fazla yemek yeme, kişisel bakımın yetersiz yapılması vb durumlar sağlıklı olma durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bir diğer bileşen olan kalıtım ise insanların doğuştan sahip oldukları hastalıklar karşısında bünyenin zayıflığı olarak ifade edilebilir. Ayrıca sonradan karşılaşılabilecek, diyabet, kanser vb hastalıklarla insan sağlığına tehdit unsuru olabilir. Sağlık bakım hizmetlerini ise çevre problemleri,

çalışılan iş yerindeki güvenlik ve barınma durumlarının yetersizliği vb durumlar örnek olarak verilebilir (Temlioğlu vd., 2011).

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

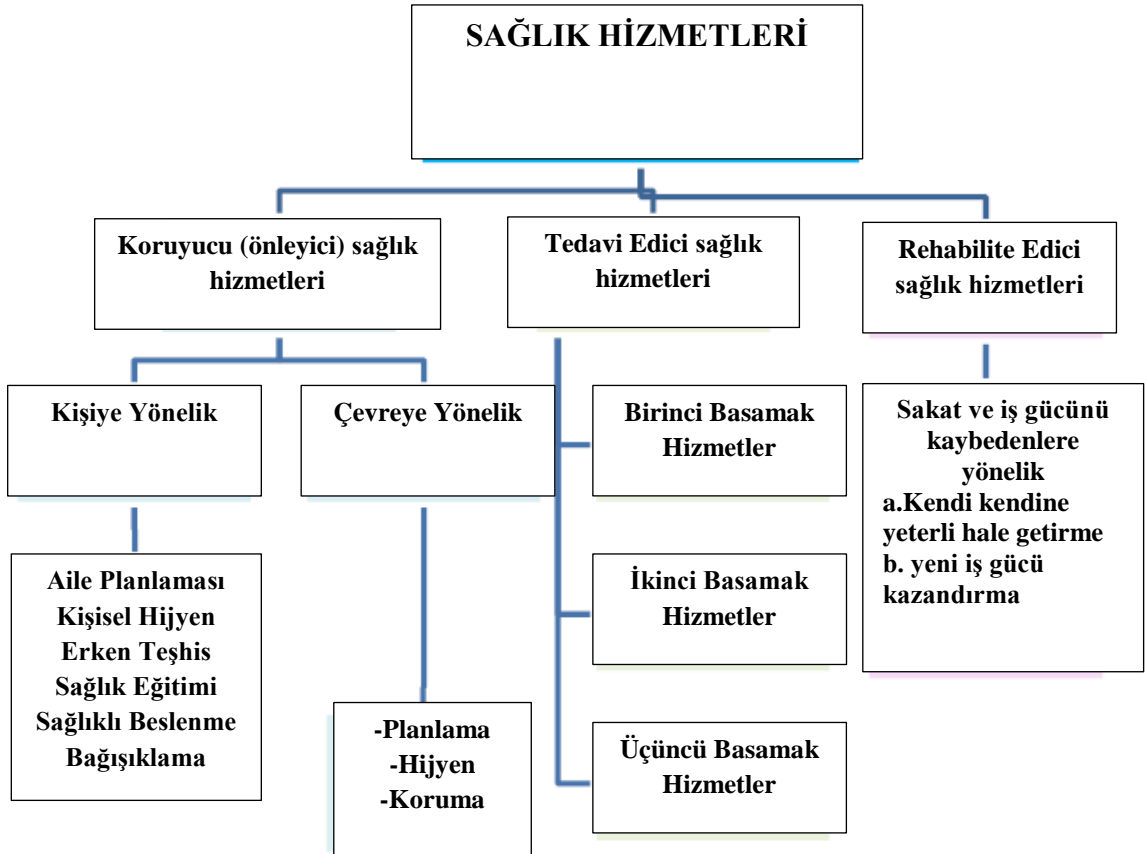
Günümüzde toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisi “Sağlık” olarak kabul edilmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyini yakın tarihe kadar sosyo-ekonomik ve kültürel göstergeler belirliyorken, günümüzde artık sağlık ve eğitim odaklı göstergeler belirlemeye başlamıştır. Ülkelerin sanayileşmesinin çok olması veya istihdam düzeyinin yüksek oluşu kalkınmışlık göstergesi olarak yeterli olmadığı fark edilmesiyle beraber sağlık alanındaki sıkıntıları çözüme ulaştırmış ülkelerin gelişmişlik yönünden daha ileride olduğu kabul edilmeye başlanılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2004: 10).

Artık sağlık, ülkelerin kalkınmışlık düzeyleri yönünden bir gösterge olmakla birlikte bu kalkınmışlığın sağlanmasında rol oynayan bir faktör olarak kabul edilmektedir. Sağlık, doğrudan doğruya bir yandan toplumların hayat seviyelerini yükseltmeleri açısından tüketim yönü olan bir yandan da hayat seviyelerini yükseltmeleri için katkıda bulunan yatırım alanıdır. Sağlık, ülke ekonomisinin en önemli parçası ve büyük bir hizmet sektörüdür. Dünyanın bir çok ülkesinde sağlık hizmetleri uzun yıllar boyunca sadece hastalıkların tedavisi olarak algılanmıştır. Günümüzde ise hastalıkların tedavisinin önemli olduğu kadar kişilerin ve toplumun sağlığının korunmasının da önemli olduğu fark edilmiştir. Bununla birlikte sağlık hizmetleri yalnızca tedavi edici hizmetler olmaktan uzaklaşıp koruyucu ve rehabilite edici hizmetler şeklinde de sunulmaya başlanmıştır (Kılıç, 2006: 57).

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, Dünya Sağlık Örgütüncce anlaşılabilirliği kolaylaştırmak ve etkinliğini artırmak amaçlarıyla sınıflandırılmış ve ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na da kabul edilmiştir.

Sağlık hizmetleri ülkemizde, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun hükümlerince 3 şekilde verilmektedir. Bunlar “Koruyucu sağlık hizmetleri”, “tedavi edici sağlık hizmetleri” ve “rehabilitasyon hizmetleri” dir. Son yıllarda önemlerinin artması üzerine “temel toplumsal sağlık hizmetleri” ve “evde bakım ve tedavi hizmetleri” alanlarında da sağlık hizmeti vermeye başlanmıştır. Kapsamı belirtmeye çalışılan sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarının şeması aşağıdaki gibi sunulabilir (Sevim, 2006: 21);



Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu (Sevim, 2006: 21)

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; toplumu oluşturan kişilerin hasta olmalarını önlemek, hastalıklarına erken dönemde teşhis koymak için yapılan çalışmalar olarak tanımlanabilir. Ayrıca kişilerin hastalıklardan korunmalarının yanında, erken teşhis ve tedavi hizmeti sunarak hastalıklarının nüksetmesinden ve yan etkilerinden korunmalarını içerir. Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye yönelik sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri olmak üzere iki grupta ele alınır. Kişiye yönelik olan sağlık hizmetleri, bağışıklama, kişisel hijyen, ilaçla koruma, erken tanı ve hastalık kayıtları, okul sağlığı hizmetleri, işçi sağlığı ve iş güvenliği, sağlık eğitimi, sağlıklı beslenme, erken teşhis ve tedavi gibi hizmetleri kapsar. Bu tür hizmetler genellikle kamu kurumlarında sağlık personeline verilir (www.ttb.org.tr).

Çevreye yönelik hizmetleri ise teknik personel ile sağlık personellerince birlikte yürütülen merkezi yönetimin, sivil toplum kuruluşlarının, yerel yönetimlerin ve özel şirketlerin ön planda olduğu hizmetlerdir. Bu hizmet kapsamında çevreyi olumsuz yönde etkileyen fiziksel, kimyasal, biyolojik etkenleri azaltmaya veya bu etkilerin bireyler üzerindeki etkisini önlemeye yönelik hizmetler verilir. Ayrıca çevrenin toplum sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri azaltmak için çevre sağlığı şartlarını düzeltmeyi hedefler (Özlu, 2007: 48).

1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalanmış olan kişiye yönelik sunulan birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üç farklı basamakta sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, daha çok ayaktan tedavi hizmetlerini içermektedir. İkinci basamak tedavi hizmetleri, yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsamaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, üniversite hastanesi gibi

eğitim hastaneleri tarafından verilen, yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren tedavi hizmetleridir (MEGEP, 2008)

1.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, sakatlanan ya da iş g¼c¼ kaybı bulunan bireylerin sosyal ve tıbbi y¼nden tekrar kazanılmalarını amaçlayan sağlık hizmetleridir. Tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılır. Trafik kazası sonucu kısmi felç olan bireyin kas g¼c¼n¼ artırmaya ilişkin uygulanan fizik tedavi uygulaması tıbbi rehabilitasyona, felç olduğu için işini kaybeden bireye yönelik yeni bir iş bulma, onu tekrar ¼retime katmak amaçlı yapılan kurumsal faaliyetler ise sosyal rehabilitasyona ¼rnek olur (¼zli, 2007: 49).

1.5. Sağlık Hizmetlerinin ¼zellikleri

İlk medeniyetlerden bu g¼ne var olan sağlık hizmetleri, insanların enerji ve canlılıklarına, yaşam s¼relerine etki eden yani sağlıkları ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla verilen hizmetler biçiminde tanımlanabilir. Sağlık hizmetleri, hekim ve hemşire hizmetleri olarak ortaya çıkan bir kavram olmuş ve gelişen teknolojinin etkisiyle bir çok değişimlere uğrayarak meslekler arası bir boyuta ulaşmıştır. İnsanlık için sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları çok b¼y¼k ¼nem arz etmektedir. Gelişmiş ve refah içinde bir toplum olmanın gereklerinden birisi de sağlıklı bireylere sahip olmaktır. Bu nedenle sağlık hizmetleri toplumlar ve kişiler için yaşamsal bir ¼neme sahiptir. G¼n¼m¼zde gelişmekte olan ¼lkelerde sağlık hizmetleri daha ağırlıklı olarak devlet eliyle y¼r¼t¼l¼rken gelişmiş toplumlarda ağırlıklı olarak devlet ve ¼zel kesimin olduğu karma bir sistem eliyle y¼r¼t¼lmektedir. D¼nya da gelişmekte olan toplumların sayılarının daha çok olduğu g¼z ¼n¼ne alındığında devletin sağlık hizmetlerinin ¼nemli bir kısmında doğrudan ve dolaylı şekilde ¼nemli bir rol oynadığı g¼r¼l¼r(Aktan ve Işık, 2004).

Sağlık hizmetleri, tüm nüfusu ilgilendiren özellikler taşıyor olması nedeniyle ekonomide rol oynayan diğer hizmet ve mallardan ayrı tutulması gerekmektedir. Sağlık Hizmetleri Sistemini Dünya Sağlık Teşkilatı (DSÖ) şu şekilde tanımlamaktadır; belirli sağlık kurumlarında, farklı tipte sağlık çalışanlarından faydalanarak toplumun sağlık ihtiyaçlarına ve isteklerine göre farklılık gösteren amaçları gerçekleştirerek bireylerin ve toplumun sağlık gereksinimini her türlü tedavi edici ve koruyucu etkinliklerle sağlamak niyetiyle ülke genelinde örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlık, kişinin sadece bedenen değil, sosyal yaşantısı ve ruh haliyle de alakalıdır. DSÖ bireyi sosyal yaşantısı, psikolojik durumu ve fiziksel haliyle bir bütün olarak değerlendirip sağlık hizmetini sadece fiziksel yönden olan rahatsızlıklarda koruyucu ve tedavi edici şeklinde değil, sosyal açıdan ve ruhsal açıdan da tedavi edici ve koruyucu hizmetler olarak da tanımlamıştır. Bu tanıma bağlı olarak günümüzde termal tedavi ve su işletmeleri, zayıflama ve spor merkezleri, kozmetik klinikleri ve psikolojik danışmanlık merkezleri de sağlık personeli çalıştırmak ve bu alanda hizmet veren yerler de “sağlık merkezi” adıyla anılmaktadır (Aktan ve Işık, 2004: 7).

Geçmişten bugüne dek sağlık hizmetleri hemen her toplumda “kamusal hizmet” şeklinde ele alınarak devlet tarafından sunulması zorunlu bir hizmet türü olarak değerlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet sektörlerinden farklı olarak kendine özgü özellikleri vardır ve taşıdığı bu kendine özgü özelleri nedeniyle, diğer hizmet sektörlerinden farklı bir şekilde ele alınmalıdır (Aktan ve Işık, 2004: 7).

Özetle, sağlık hizmetleri, birey ve toplumun sağlığının korunarak geliştirilmesi ve hasta olan bireylerin tekrar sağlık bireyler haline getirilmesi amacıyla yapılan bütün hizmetler olarak tanımlanabilir.

Yakın zamana kadar sağlık hizmetleri hayır kurumları ve piyasa ekonomisinin eline bırakılmıştı. Fakat toplum sağlığı ile kişilerin sağlığı arasındaki güçlü bağ fark edildikçe ve bu hizmetlerden faydalanmanın en temel

insan haklarından olduğu kabul edildikçe kamunun daha fazla görev üstlendiği bir hizmet sektörü haline gelmiştir. Çünkü, sağlık hizmetini almak için ödeme gücü bulunmayan bireyler tedavi edilmedikçe sağlıklı bireylerin sağlıkları da tehlikeye maruz kalmaktadır. Tedavisi yapılmayan her hasta birey toplum için sosyal maliyete neden olmak tedavi edilmeleri ise toplum açısından sosyal yarar sağlamaktadır. Toplumda görülen hastalık sayısını azaltmak, toplumun hayat standardını yükseltmek için Tedavi edici hizmetler ve koruyucu hizmetler olmak üzere iki çeşit hizmet sunulur (Mutlu ve Işık, 2012: 33).

Sağlık hizmetleri, arzı çok pahalı bir hizmet türüdür. Çünkü; toplumun gereksinimlerini karşılayacak şekilde üretim ve tüketimin gerçekleştirilmesi, teknolojinin yoğun kullanılması ve insan faktörünün kullanılmasına dayanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bilimsel ilerlemelerden faydalanması için yoğun teknoloji kullanımı gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden bir diğer farkı da talebi hizmetten faydalananın değil sağlık personelinin yani profesyonellerin belirlemesidir. Profesyonellerce belirlenen talep her şartlarda gerçekleşen taleptir ve kullanılması zorunludur. Bütün şartlar zorlanılarak sağlık hizmetine ulaşılmaya çalışılır. Sağlık hizmetinin yerine konulabilecek alternatif bir hizmet seçmek mümkün değildir. Sağlık hizmetinin ikamesi bulunmamaktadır. Toplumun sağlık alanında ihtiyaç duydukları gereksinimler ile diğer alanlarda duydukları gereksinimler sağlık hizmetlerinin yapısı nedeniyle farklılıklar göstermektedir. Bir bireyin gündelik hayatında kullandığı bilgisayar, telefon, gazete gibi gereksinimleri ile gözlük, kalp pili, aşılama hizmetleri gibi gereksinimlerle aynı kategoride değerlendirilemez (Belek, 2012: 19).

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran kendisine özgü birçok özelliği vardır. Bunlar (Kavuncubaşı, 2000: 52) ;

- Ertelenemeyen ve ikamesi olmayan bir hizmettir.
- Sağlık hizmetlerinin yetersiz oluşu ülkede toplumsal sorunlar yaşanmasına neden olur.
- Sağlık hizmetlerinin faydası para ile ölçülemez ve bu hizmetten faydalanan bireylerin davranışları rasyonel değil rastlantısaldır.

- Sağlık hizmetleri srdrlebilirlerdir.
- Bu tür hizmetlerin boyut ve kapsamı profesyonel personel yani hekimlerce belirlenir.
- İyileştirme garantisi yoktur ve iyi yada kötü olması zarara veya yarara neden olabilir. Bunu önceden tahmin etmek çok güçtür.
- Bu hizmetten yararlananlar için aynı memnuniyet düzeyinin ve kalitenin oluşması pek mümkün değildir.





II.BÖLÜM

TÜRKİYE’DE VE DÜNYADA UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARI

2.1. Türkiye’de Uygulanan Sağlık Politikaları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı genel olarak; “yalnızca hasta olmama hali olmayıp fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak iyi olma halidir” şeklinde tanımlamıştır. Bu tanım sağlık planlamalarının ve sağlık politikalarının kapsamını belirlemek için önem arz etmektedir. Sağlığı yalnızca hasta olmama hali olarak tanımlarsak sağlık politikalarının ve planlarının yalnızca sağlık hizmetleri veya tıbbi hizmetlerle sınırlamak gerekir. Oysa ki DSÖ’nün yukarıda belirtilen tanımı sağlık planlarının ve politikalarının kapsamını sosyo-ekonomik bütün faktörleri içine alacak şekilde genişletmektedir (Şenatalar, 2003: 26).

Sağlık politikası; bir ülkenin benimsemiş olduğu felsefe doğrultusunda sağlık hizmetlerini düzenleme ve yapılandırma şeklinde tanımlanabilir. Finansman, örgütlenme ve insan gücü sağlık sektörünü yapılandıran araçlardır. Bu araçları biçimlendirmek için kullanılan yöntem ve seçenekler alt veya ikincil sağlık politikaları olarak adlandırılabilir (www.belgeler.com).

DSÖ’ne göre sağlık sistemi; toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetinin en yüksek kalitede sunulmasını sağlamalıdır. Sağlık hizmeti toplumun karşılayabileceği fiyatta ve toplumun sosyal yönden kabul edebileceği şekilde olmalı ve her ülke bu sistemin planlanmasını yaparken bu etkenleri göz önünde bulundurup sağlık politikasını geliştirmelidir (Aydın; 2004 : 12).

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında uygulanan farklı sistemler vardır. Bunlar; tüm toplumu içine alan ulusal sağlık sistemi, finansmanı vergiler olan sistem, bir kısmı devlet tarafından desteklenen sosyal sigortalar ya da tamamı özel sigortalar tarafından karşılanan sistemlerdir. Bu sistemlerin sağlık hizmetinin kalitesini belirlemekte büyük rolü vardır ve her sistemin kendine özgü avantaj ve

dezavantajları bulunmaktadır. Bir ülke sağlık sistemini belirlerken genel kabul görmüş ekonomik kurallar ile beraber, adalet, kapsamı, maliyeti, kalite ve kaliteli hizmetin yaygınlığı ile etkinliği gibi birbirlerinden farklılık gösteren tüm bu unsurları bir arada düşünmek zorundadır. Bu nedenle hangi sağlık sisteminin uygulanacağı yalnızca ekonomik değil, siyasi ve sosyal boyuttan da ele alınmalıdır (Büyükses, 2012: 18).

2.1.1. 1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları

Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı 1920 yılında kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı 1920-1938 yılları arasında sağlık sektöründe bir çok farklı alanda yeni düzenlemeler yapmıştır. İlk Sağlık bakanı Dr. Adnan Adıvar, Cumhuriyet döneminin ilk sağlık bakanı ise Dr. Refik Saydam’dır. Refik Saydam kısa bir süre hariç 1937 yılına kadar bakanlık görevini yürütmüştür (Metintaş ve Elçioğlu, 2007: 68).

Mustafa Kemal Atatürk’ün “... Sağlık çabalarımızın oneli bir bölümü bulaşıcı ve salgın hastalıkların sınırlanıp engellenmesine ayrıldı. Bütün hastalıklardan *yalnız çiçek ile lekeli humma kimi bölgelerde sınırlı bir salgın eğilimi göstermişse de, zamanında sağaltım ve koruyucu önlemlerle önlerine geçilmiştir. Bulaşıcı ve salgın hastalıklarla savaşım gerekleri düşünülürken elbette en önce akla sağlık önlemlerinin uygulanmasında biricik etkili hekimler ve sağlık memurları gelir. Geçen yıl (1922) ülke içinde memur olarak atanan hekim miktarı 337, sağlık memurlarının adedi 434 idi. Ülkenin gereksinimini sağlamaktan uzak olan bu miktarın bu sene...Hekimlik aylıklarının artırımı ve aynı zamanda mektepten çıkacak hekimlerimize zorunlu hizmet yükleme ve fazla hekim yetiştirilmesi ilkesine yönelmek yoluyla bugün görülen boşlukların doldurulması düşünülmektedir... Bulaşıcı ve salgın hastalıklara karşı insanları koruma konusunda büyük hizmetleri görülen aşıları hazırlamak ile meşgul Hıfzıssıhha Kurumlarımız tam başarı ile çalışmasına devam ve savıma yararlı hizmet yerine getirmektedirler. 337 senesi (1921) içinde üç milyon kişilik çiçek*

aşısı yapabilen Sivas (Hıfzıssıhha) Kurumu, geçen yıl içinde beş milyon kişilik çiçek aşısı, 537 kg kolera, 407 kg tifo aşıları üretmiş ve bunlar halka yaygın biçimde uygulanmıştır....” sözleri o dönemin sağlık politikalarının çerçevesini oluşturmaktadır(Atatürk’ün Söylev ve Demeçleri. Cilt I-III, sayfa 306-7).

Türkiye’de 1923 yılı istatistiklerine göre 86 adet hastane ve 6437 adet hastane yatağının, 60 eczacının, 554 hekimin, 560 sağlık memurunun ve 136 ebenin görevi başında olduğu görülmektedir. Aynı yıl hekim başına düşen nüfusun 30.000 civarında olduğu görülmektedir. 1935 yılında ise hekim sayısı 1625, ebe sayısı 400, sağlık memuru sayısı ise 1365’e yükselmiştir. Aynı zamanda kayıt dışı 202 adet hemşire kayıt altına alınmıştır. Gelişme sürece çok hızlı ilerleyerek 1940 yılında dışarıdan getirilen hekimlerle birlikte 2378 adet hekim, 405 adet hemşire sayısına ulaşılmıştır. Bu da sağlık personeli sayısının 1923 yılına göre 4 kat arttığını gösterir (Metintaş ve Elçioğlu, 2007: 168).

Refik Saydam döneminde belediye ve özel idarelere bırakılan hastaneleri teşvik etmek ve yönetimde yol gösterici olmaları amacıyla Sağlık Bakanlığına bağlı olan ve tüm uzmanlık dallarını bünyesinde barındıran Ankara, İstanbul, Diyarbakır, Sivas ve Erzurum gibi illerde Numune Hastaneleri kurulmuştur. Bu dönemde “Sağlık Mevzuatı” çalışmaları ile sağlık sistemi yeniden örgütlenmiş ve yapılandırılmıştır. Sağlık bakanlığı tarafından sağlık sisteminin kurulması ve örgütlenmesi hedefi ile 13 yılda 50 yasa 18 tüzük hazırlanarak yürürlüğe girmiştir. Bunlardan bazıları (Tengilimoğlu, 2009 : 94);

- 1926 tarih ve 831 sayılı Sular Hakkında Kanun.
- 1926 tarih 826 sayılı Etibaa’nın Sıtma Enstitülerinde Staj Zorunluluğu Hakkında Yasa
- 1926 tarih ve 1262 sayılı Türk Kodeksi Hakkında Yasa
- 1928 tarih ve 1262 sayılı İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Yasası
- 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Yasası
- 1933 tarih ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Yasası
- 1935 tarih ve 2767 sayılı Sıtma Frengi İlaçları Yasası

- 1936 tarih ve 3039 sayılı Çeltik (prinç) Ekim Yasası

Bu dönemin tartışılmaz önceliği bulaşıcı hastalıkları önlemeyi amaçlayan koruyucu sağlık hizmetleri olmuştur. Bu durum 1950-1960 dönemine kadar devam etmiştir. Bu durumu değiştiren şey Sağlık Bakanlığının yeni hastaneler açması ve Belediye bünyesindeki hastanelerin Sağlık Bakanlığına bağlanması olmuştur. O dönemlerde devlet, kırsal kesimde yaşayan halka sağlık hizmeti sunmak amacıyla günümüze kadar ulaşan illerden ilçelere, ilçelerden kasaba ve köylere kadar sağlık personeli ve sağlık kurumları kurarak sağlık hizmetinde gerekli olan alt yapıyı oluşturmaya çabalamıştır. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerini toplumun kırsal kesimine götürürken iki yöntem kullanılmıştır. Bunlar (Tengillimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009: 96);

- Dikey Örgütlenme
- Yatay Örgütlenme

1924 yılında 150 adet, 1936 yılında ise 20 adet olmak üzere nüfusun büyük bir çoğunluğunun bulunduğu ilçelerde halkın sağlık hizmetlerinden faydalanması amacıyla muayene ve tedavi merkezleri kurulmuştur. Bu muayene ve tedavi merkezleri daha sonra sağlık merkezleri ve sağlık ocakları şekline dönüştürülmüştür. Sağlık Bakanlığı çalışmalarını, 1923 yılına dek ülkenin sağlık koşullarını düzeltmeye, ulusun birey ve toplum sağlığına zarar veren faktörlerle savaşmayı, gelecek nesillerin sağlıklı yetiştirilmesi amacıyla hızlı bir şekilde ilerletmeye yönelmiştir. Sağlık hizmetleri yeni bir yapıya kavuşturularak hizmet alanı, merkez ve taşra teşkilatı genişletilmiştir. Sağlık Bakanlığı, 1925 yılında hazırlamış olduğu ilk çalışma planı ile çözülmesi gereken aşağıdaki sorunlara odaklanmıştır (Saltık, 2013: 14).

- ✓ Devlet sağlık teşkilatını genişletmek
- ✓ Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek
- ✓ Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak

- ✓ Sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli bulaşıcı hastalıklarla savaşmak
- ✓ Sağlıkla ilgili yeni yasalar çıkarmak
- ✓ Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köylere kadar götürmek
- ✓ Merkez Hıfzıssıhha Okulu açmak

1928 yılında 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”, 1930 yılında 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” (Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin anayasası olarak kabul edilebilecek bu iki yasa değişikliklerle günümüzde de yürürlüktedir) çıkarılmıştır. 1936 yılında 3017 sayılı “Sıhhat ve İçtimai Muavenet Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu” ile de mevzuat eksiklikleri giderilmek istenmiştir.

Bu dönemde tedavi ve koruyucu hizmetler bir bütün olarak ele alınmıştır. 1920-1938 döneminde, Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, dispanserler, müesseseler, bölge laboratuvarları, sağlık merkezleri, sağlık ocakları ve sağlık evleri kurulmuştur. Bu kurumlar yapılarında bazı değişiklikler yapılarak günümüzde de varlıklarını sürdürmektedir (Akbolat, 2009: 96).

Cumhuriyetin kurulduğu dönemde ülkenin tek Tıp Fakültesi olan İstanbul Tıp Fakültesi'nin kapasitesi artırılarak bin öğrenci kapasitesine yükseltilmiştir. Savaştan yeni çıkmış maddi zorluklar çeken halk için 6 yıl süren tıp eğitimi uzun gelmektedir. Bu uzun süren eğitimin masraflarını karşılamakta halk zorlandığı için tıp öğrencilerine yatılı eğitim ve burs fırsatları sunulmuş bunun karşılığında da zorunlu yurt hizmeti getirilmiştir.

Dönemin ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam “Tabip, hastalıkların giderilmesinde oynadığı rolden çok, sağlıklı olanların bu durumlarını korumaları için çaba harcayacaktır.” şeklinde düşünerek, Ankara’da 1935 yılında Halk Sağlığı Okulunu kurmuştur (Tengilimoğlu, 2009: 94).

Saydam, 1935 yılında TBMM açılışında “*Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı, her zaman üzerinde durulacak ulusal sorunumuzdur. Çünkü*

Cumhuriyet; düşünsel, bilimsel ve bedensel bakımdan güçlü ve yüksek düzeyli koruyucular ister.” şeklinde konuşarak 1947 yılında DSÖ'nün yaptığı sağlık tanımına uygun bir tanımlama yapmıştır. Ayrıca, 1947 yılında 5062 sayılı yasa ile DSÖ'nün sağlık tanımı Anayasamızın da sağlık tanımı olmuştur (Tengilimoğlu, 2009: 94).

2.1.2. 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikalar

1938-1960 döneminde merkezi örgütlenmeyi güçlendirecek ve sosyal içerikli politikalar geliştirilmiştir. Bu amaçla da yasal düzenlemeler ve uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 1946'da yapılan 9. Milli Tıp Kongresi'nde “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” sunulmuştur. Bu planın ana unsurları şunlardır (Akdur, 1998: 30);

- ✓ Koruyucu hekimlik örgütü kurulacak
- ✓ Köylere sağlık örgütü kurulacak
- ✓ İhtiyaca uygun sağlık personeli yetiştirilecek
- ✓ Hastane ve sağlık kuruluşları çağdaş hale getirilecek
- ✓ Tüm ülkede yeni sağlık tesisleri kurulacak
- ✓ Sağlık harcamalarının finansmanı için milli sağlık bankası ve sağlık sandıkları kurulacak

Sağlık hizmetlerinin finansmanının büyük çapta olması nedeniyle bu planda milli sağlık sigortası oluşturulması planlanmış olup sağlık hizmetlerinin sağlık bankası aracılığıyla finanse edilmesi planlanmıştır (Akdur, 1998: 31).

Milli Sağlık Planı Ülkeyi yedi bölgeye ayırarak, hastaneler, farklı sağlık kurumları ve sosyal yardımlaşma kuruluşları kurmayı hedeflemiştir. Bu plana göre daha önce özel idarelerce ve belediyelerce kurulan bütün hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilerek hizmet bütünlüğü ve kıt kaynakların daha verimli kullanılması sağlanacaktı. Her 20.000 nüfusa 10 yataklı “Sağlık Merkezi” her 10 köy için birer sağlık memuru ve ebe görevlendirilecektir. Bu durumda yetersiz

olan sağlık personeli sayısını artırmak amaçlı yeni okullar açılacak, var olanların ise mevcut kapasiteleri artırılacaktır. Ülkede var olan sağlık merkezlerinde “koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte yürütülecek” bu şekilde de dikey örgütlenmeye gerek kalmayacaktı. Bu plan hazırlık aşamasında iken Dr. Uz Sağlık Bakanlığından ayrılmıştır. Yerine getirilen kişilerin de bu planı gerçekçi bulmamaları nedeniyle plan uygulamaya geçirilmemiştir(Akdur, 1998: 31).

1945 yılında İş Güvenliği yasası çıkarılmış ayrıca Emekli Sandığı kurulmuştur. İş Güvenliği yasası Sosyal Sigortalar Kurumunun (SSK) temelini oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007: 99). Bu dönemde bölgesel numune hastaneleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2007: 90).

Ülkemizin Cumhuriyet dönemi ilk sağlık planı olarak adlandırılan “Birinci on yıllık Milli Sağlık Planı” 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık şurası’na onaylandı. Bu planı, Dönemin sağlık bakanı Dr. Behçet Uz, 12 Aralık 1946 yılında açıkladı. Büyük uğraşlar verilerek hazırlanan bu planın kanunlaşması gerçekte Dr. Behçet Uz bakanlık görevine veda etmek zorunda kaldı ve yerine göreve getirilen sağlık bakanı Dr. Kemali Bayazit tarafından plan geri çekildi (<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/370659> Erişim: 16.05.2018).

1950’de iktidara Demokrat Partinin gelmesi ile sağlık merkezleri yaygınlaştırılmıştır. Fakat hükümet tabipleri, frengi, sıtma, trahom ile mücadele merkezleri olarak birbirinden bağımsız üç farklı hizmet birimi türü ortaya çıktığı için bu hizmet birimleri arasındaki işbirliği ve koordinasyon sağlama işi gündeme gelmiştir. 1954’de Dr. Behçet Uz ikinci kez Sağlık Bakanı olmuştur. Bu dönemde Dr. Uz “Milli Sağlık Programı” adıyla yepyeni bir programı gündeme getirmiş, fakat gerekli destek kendisine verilmediği için bu plan da uygulamaya geçirilememiştir (www.tbb.org.tr).

1954’de “kaza sağlık idareleri”, çok merkezliliği ortadan kaldırmak amacıyla kurulmuştur. Bu uygulama ile sağlık kurumlarının koruyucu sağlık hizmetlerindeki yetki alanları genişletilerek hükümet tabipleri kaza sağlık

idaresinin başkanlığını üstlenmişlerdir. Bu şekilde de dikey örgütlenme birimleri ile sağlık kurumlarının işbirliği sağlanır olmuştur. Bu dönemde DSÖ ve UNICEF ile işbirliğine gidilmiş, ana-çocuk sağlığının geliştirilmesi ve tüberküloz ile savaş gibi konularda destek alınmıştır(Akdur, 1998: 31).

Yine bu dönemde, hastanelerin geliştirilmesine önem verilmesi nedeniyle koruyucu hizmetler ikinci planda kalmıştır. Bu dönemde kısaca (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012: 133);

- 1945 yılında “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmıştır.
- 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuştur.
- Savaş sonrası tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bir arada verilmesi amacıyla sağlık merkezlerinin kurulması planlanmış fakat uygulamaya tam anlamıyla konulamamıştır.
- 1949 yılında verem savaş dernekleri kurulmuştur.
- Tedavi edici hizmetler Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca yürütülmüş ve belediye hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir.
- Koruyucu sağlık hizmetleri gerilemiştir.
- Bu dönemdeki sağlık çalışanları bir önceki döneme göre daha iyi olmasına rağmen sık sık bakan değişikliği olması nedeniyle uygulamaları hayata geçirilememiştir.

2.1.3. 1961-1980 Dönemi Sağlık Politikaları

1961 yılında, 224 sayılı Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun çıkarıldı. Sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başladı. Önceki döneme göre daha planlı bir döneme başlamıştır. Bu dönemde sağlık politikalarının belirlenmesinde beş yıllık kalkınma planları önemli yer tutmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2007: 100).

1963-1983 yılları arası dört kalkınma planı hazırlanarak sosyalleştirme politikaları üzerinde durulmuştur. Genel Sağlık Sigortası kavramı da bu dönemde

gündeme gelmeye başlamıştır. Genel Sağlık Sigortası için 1967 yılında bir taslak hazırlanmış fakat uygulamaya geçirilememiştir. Bunun üzerine 1969'da hazırlanan 2. Beş Yıllık Kalkınma planı ile tekrar gündeme gelmiş ve 1971 yılında TBMM'ne kanun taslağı şeklinde gönderilmiştir. Fakat kanunlaşmamıştır. 1978 yılında çıkarılan “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun” ile kamu personeli olan hekimlerin Özel Muayenehane açmaları yasaklanmıştır. 1980'de çıkarılan “Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun” ile yürürlükten kaldırılarak hekimlerin muayenehane açmaları serbest hale getirilmiştir(Akdağ, 2008: 20).

1970'li yılların iktidar partisi uyguladığı neoliberal politikalar ile sağlık politikası çelişmiş olup, zaman zaman sosyalleştirme politikaları engellenmeye çalışılmıştır. Fakat başarılı olunamadığı gibi aktif özelleştirme de uygulamaya konulamamıştır.

1960-1980 yılları arasındaki iktidar hükümetlerinin hedeflerinin birkaçı şöyledir;

- Sağlık politikalarının sosyalleştirilmesi
- Halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi
- Ücretsiz sağlık hizmetlerinin sunulması
- Önceliğin koruyucu sağlık hizmetleri olması ile birlikte tedavi edici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi
- Yeterli ve dengeli sağlık personeli dağılımı yapmak
- Yerli İlaç firmalarının teşviki ve güçlendirilmesi
- Özel Sağlık Sigortasının kurulması

2.1.4. 1980-2012 Dönemi Sağlık Politikaları

Sağlık hizmetleri idaresi konusunda 1982 yılında çıkarılan Anayasa'da 1961 Anayasası ile benzer hükümler ihtiva eder. 1982 Anayasa'sının 60. Maddesinde herkesin “Sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ve bunun devletin sorumluluğu altında olduğu” vurgulanır. 56. madde de ise “Genel Sağlık Sigortası

oluşturulabilir” denilerek, Genel Sağlık Sigortası vurgulanır. 1987 yılında genel sağlık sigortası sağlık finansmanı yönetimindeki büyüme ile tekrar gündeme gelmiştir. Ancak bu konu ile ilgili yasal düzenlemeler tamamlanamamıştır. Aynı yıl “Ana Sağlık Hizmetleri Yasası” çıkmıştır. 1990’lı yılların başlarında sağlıkta reform önerilerini ihtiva eden “Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı” yayınlanmıştır. Bu dokümanda var olan öneriler dünya genelinde geçerli olan sağlık politikası reform girişimlerine paraleldir. Sağlıkta reform politikalarının temelini oluşturan öneriler (Berman ve Tatar, 2004: 7);

- Sağlık güvencesi olmayan kişilerin genel sağlık sigortası kapsamına alınması,
- Birinci basamak sağlık hizmetleri için kişi başına ödeme ilkesini benimseyen aile hekimliği,
- Mevcut hastanelerin örnek bir yapıya kavuşmasıdır.

Devlet Planlama Teşkilatı oluşturduğu kapsamlı planla ilgili 1992 yılında Birinci Ulusal Sağlık Kongresini toplayarak sağlık sektöründe yeni bir yapılanma sürecini başlatmıştır. Bu süreç çerçevesinde 1993 yılında İkinci Sağlık Kongresi yapılarak Ulusal Sağlık Politikaları belirlenmiştir. Bu aşamalardan sonra sağlık hizmetlerinden faydalanmak için yeterli maddi gücü olmayan ve sosyal güvenlik kapsamından yararlanamayan kişiler için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. Yapılan İkinci Sağlık Kongresinde alınan bazı kararlardan beklenen sonuçları alınamayarak hastanelerin özelleştirilmesine ve özertleştirilmesine yönelik çalışmalar bu yıllarda da sonuç vermemiştir (Akdağ, 2008: 100).

2.1.5. 2013-2017 Sağlık Politikaları

Sağlık bakanlığının 2013-17 yılları arasında sağlıklı hayat tarzının benimsendiği ve herkesin sağlık hakkına kolayca eriştiği bir Türkiye vizyonuyla eyleme geçirmeyi planladığı stratejik planda belirtilen misyon, “insan merkezli bir yaklaşımla birey ve toplum sağlığını en üst düzeyde korumak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözüm sunmak” olarak belirtilmiştir. Aynı stratejik

planda temel ilke ve değerler; “insan odaklılık, evrensellik, hakkaniyet, katılımcılık, dayanışma, saygınlık, iş ahlakı, şeffaflık, hesap verebilirlik, sürdürülebilirlik, kanıta dayalılık, kalite ve verimlilik, sağlıkta inovasyon” olarak belirlenmiştir. Sözü geçen plana göre stratejik amaçlar; (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>)

- Sağlıklı beslenme alışkanlarını geliştirmek, fiziksel aktivite düzeyini arttırmak ve obeziteyi azaltmak

- Tütün ile mücadeleyi sürdürmek, tütün maruziyeti ve bağımlılık yapıcı madde kullanımını azaltmak

- Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu arttırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek

- Üreme sağlığı konusundaki farkındalığı arttırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek

- Halkın sağlığını etkileyen acil durumların ve afetlerin sağlık üzerindeki etkisini azaltmak

- İş sağlığını iyileştirerek çalışanların sağlığını ve iyiliğini korumak ve geliştirmek

- Çevresel tehlikelerin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak

- Sağlığı tüm politikaların merkezine alarak sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda etkili eylemlerde bulunmak

- Bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı ve risk faktörlerini azaltmak ve izlemek

Birey ve topluma erişilebilir, uygun etkili ve etkin sağlık hizmeti sunmak amacıyla bakanlığın stratejik plandaki diğer amaçları ise aşağıda sunulmuştur.

- Sağlık Hizmetlerinin Kalitesini ve güvenliğini iyileştirmek

- Anne, çocuk ergen sağlığını korumak

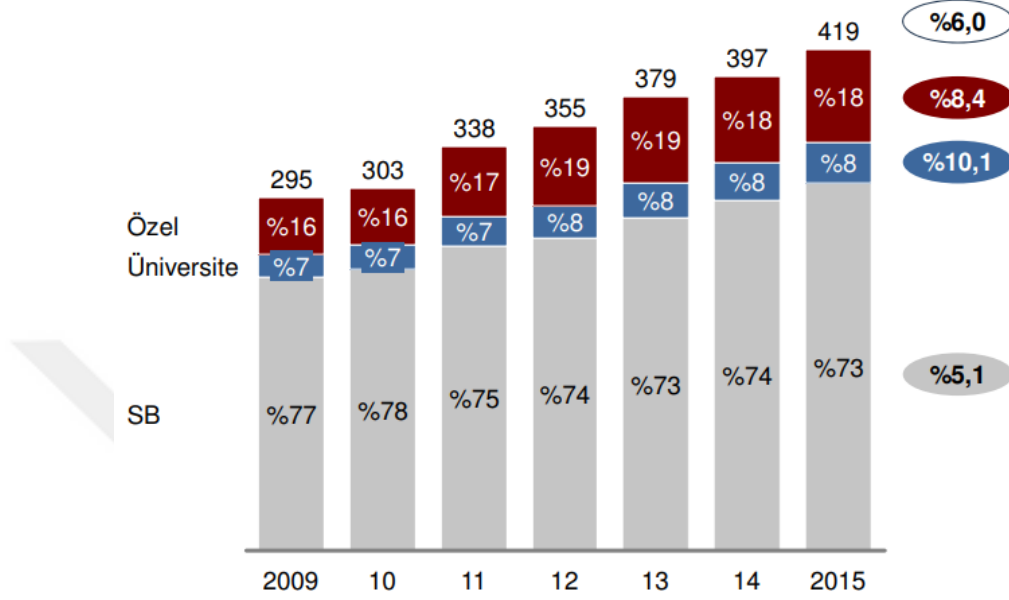
- Kronik hastalıkların komplikasyonlarını kontrol etmek ve azaltmak

- Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin etkili kullanımını sağlamak

- Acil sağlık hizmetlerinin rolünü güçlendirerek hizmet entegrasyonunu ve devamlılığını iyileştirmek
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolünü güçlendirerek hizmet entegrasyonunu ve devamlılığını iyileştirmek
- Erkililiği ve güvenliği sağlam için geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenlemeleri güçlendirmek
- Sağlıkta insan kaynaklarının dağılımını, yetkinliği ve motivasyonunu iyileştirmek ve sağlıkta insan kaynaklarının sürdürülebilirliğini sağlamak
- Sağlık alt yapısının ve teknolojilerinin kapasitesini, kalitesini ve dağılımını iyileştirmek ve sürdürülebilirliğini sağlamak
- Sağlık alt yapısının ve teknolojilerinin kapasitesini, kalitesini ve dağılımını iyileştirmek ve sürdürülebilirliğini sağlamak
- İlaçların, biyolojik ürünlerin ve tıbbi cihazların erişilebilirliğin, güvenliğini, etkinliğini ve akılcı kullanımını sağlamak ve kozmetik ürünlerde güvenliği tesis etmek
- Sağlık hizmet sunumunun izlenmesi, değerlendirilmesi ve katına dayalı karar almak için sağlık bilgi sistemlerini geliştirmek.

Sektöre göre doktor muayenesi sayısı
Milyon

CAGR
2009-15
Yüzde



Grafik 1.Sektörlere göre doktor muayene sayısı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı 2015

Grafik 1’de görüldüğü gibi sağlık bakanlığının doktor muayenelerindeki payı çoğunluktadır. Doktor muayene bakımından, üniversite hastaneleri %10,1’lik oranla büyüme göstermektedir. Özel hastanelerde ise durum biraz daha hızlı büyüme göstermektedir. Yıllık %8,4’lük büyüme oranıyla en hızlı büyümeyi göstermişlerdir.

Türkiye’de sağlık sisteminde yer alan kurum ve bu kurumların üstlendiği bir takım roller vardır. Bu kurum ve rollerinin şematik gösterimi aşağıdaki Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Türkiye’de sağlık sistemindeki örgütler

KURUMUN OYNADIĞI ROL	KURUM
Politika Oluşturulması	<ul style="list-style-type: none">• Türkiye Büyük Millet Meclisi• Devlet Planlama Teşkilatı• Sağlık Bakanlığı• Yüksek Öğretim Kurumu• Anayasa Mahkemesi
İdari Yetki	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık Bakanlığı• İl Sağlık Müdürlükleri
Sağlık Hizmetleri Sunumu: Kamu	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık Bakanlığı• Sosyal Sigortalar Kurumu• Üniversite Hastaneleri• Savunma Bakanlığı• Diğerleri
Sağlık Hizmetleri Sunumu: Özel	<ul style="list-style-type: none">• Özel Hastaneler• Özel Hekimler• Poliklinikler ve Tanı Merkezleri• Laboratuvar ve Tanı Merkezleri• Eczacılar• Diğerleri
Sağlık Hizmetleri Sunumu: Hayır Örgütleri, İnsani Yardım Kuruluşları	<ul style="list-style-type: none">• Kızılay• Vakıflar
Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	<ul style="list-style-type: none">• Maliye Bakanlığı• SSK• Bağ-kur• Emekli Sandığı• Özel Sağlık Sigortası Şirketleri• Cepten Harcamalar• Uluslararası Kurumlar

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı 2015

Tabloda görüleceği gibi sağlık sisteminde rol alan bazı kurumların üstlendikleri görevler sunulmuştur. Sağlıkla ilgili politikaların oluşturulması için Türkiye Büyük Millet Meclisi, Devlet Planlama Teşkilatı, Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu, Anayasa Mahkemesi görev yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlükleri İdare Yetkili kurumlardır. Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigorta Kurumu, Üniversite Hastaneleri, Savunma Bakanlığı ise sağlık hizmetlerinin sunumunda görev almaktadırlar. Bununla birlikte özel sektördeki sunumunu ise özel hastaneler, özel hekimler, poliklinikler ve tanı merkezleri, eczacılar üstlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki hayır kuruluşları ve insani yardım kuruluşları ise Kızılay ve vakıflardır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise, Maliye Bakanlığı, SSK, Emekli Sandığı, Özel sağlık sigortası ve uluslararası kurumlar tarafından yürütülmektedir.

2.2. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programından Sonra, Sağlık Regülasyonları

1980-2000’li yıllar arasında hayata geçirilen sağlık reformlarından sonra, eski sistemin tersine, sağlık hizmetlerinin finansı sigorta primleri ve katkı paylarıyla karşılanmaya başlanmıştır. Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında 2000 yılı öncesinde alınmış olan bazı kararların uygulanmaya konulmuştur. Bu program neticesinde sağlık hizmetlerinin organizasyon, sunumu ve finansmanına, kamu kesimi, regülasyonlar yoluyla müdahalede bulunulmuştur. Sağlıkta dönüşüm programı sonrasındaki regülasyonlar aşağıdaki Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında sağlık regülasyonları

Regülasyon Adı	Yıl	Regülasyonun Konusu
Sağlıkta Dönüşüm Programı	2003	Sağlık hizmetlerinin organizasyonu, sunumu ve finansmanı
Sosyal Güvenlik Kurumu	2006	Sosyal Güvenlik Kurumunun kuruluş, teşkilât, görev ve yetkilerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir. (5502 sayılı kanun)
	2006	Sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortalının ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir. (5510 sayılı kanun)
Sağlık Uygulama Tebliği	2007	5502 ve 5510 sayılı kanunlar çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve kapsam maddesinde olan Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ödenecek bedellerin bildirilmesidir.
Aile Hekimliği	2011	2002’de pilot bölgede başlanan ve 2011 yılı itibariyle Türkiye genelinde başlanan Aile Hekimliği modeli birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanmasını ifade etmektedir. (5258 sayılı kanun)

Kaynak: Gülşen ve Yıldırım, 2017

2003 yılında sağlıkta dönüşüm programının yayınlanması sonrasında, sağlık sistemi tek çatı altında toplanarak SGK adını almıştır. Genel sağlık sigortası

aracılığıyla da her bireyin tek çatı altında toplanması gerçekleştirilmiştir. Oluşacak sistemde SUT ile finansal sıkıntıların çözülmesi, Aile hekimliği uygulamasının şartlarının iyileştirilmesi amaçlanmıştır.

2.4. Dünya Devletlerince Uygulanan Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikaları

Dünya ülkelerinde sağlık politikaları belirlenirken asıl konu, vatandaşın ihtiyacı olan sağlık hizmetine ihtiyacı olduğu anda nasıl ulaşacağı belirlenmesi ve bunun garanti altına alınmasıdır. Her ülke, temel insani değerleri esas alan, ülkesinin sosyo-ekonomik, kültürel yapısına göre farklılık gösteren ihtiyaçları göz önünde bulundurarak bazı konularda benzer, bazı konularda da benzer olmayan sağlık politikaları uygular.

2.4.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikası

Amerikan Sağlık Politikalarının ana unsuru toplumun gereksinimine göre hekim seçme ve hekiminde hastalarını seçme özgürlüğüne sahip olmalıdır. ABD’de sağlık hizmetleri daha çok kar amacı güden kuruluşlarca yürütülmektedir. ABD’nin sağlık politikalarının en önemli üç özelliği vardır (Sargutan, 2006: 78). Bunlar;

- Endüstrileşmiş şehirlerde mevcut kaynakların sağlığa ayrılan oranları yüksektir.
- Ulusal hükümet istikrarlı bir sağlık politikası takip eder.
- ABD’nin kapitalist bir ekonomiye sahip olmasıdır.

2.4.2. İngiltere Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikası

İngiltere’de ilk Ulusal Sağlık Sigortası Kanununun 1911 yılında yürürlüğe girmişti. Bu kanuna yalnızca yoksul halk için kamu sistemi oluşturulmasını

savunan doktorlar tarafından muhalefet yapılmıştır. Ulusal Sağlık Sigortasına dahil olmak zorunlu olmamasına rağmen işçilerin hemen hemen hepsi kanunun şartlarını yerine getirerek üye olmuşlardır. Bu sistem üyesi olan işçilerin ayakta bakım hizmetleriyle hastalıklarından dolayı gelir kaybına uğramış bireylerin bu gelirlerini telafi etme yönünde koruma sağlamaktaydı. Ayrıca bir çoğu ticari şirketler tarafından kurulan Yardım Sandıkları bulunmakta ve bu sandıklar kar amacı gütmemektedir (Sargutan, 2006: 79-80).

İngiltere’de sağlık sistemlerinin sunumunda kurumlar ve sorumlulukları aşağıdaki Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3. İngiltere Sağlık Sistemi

NÜFUS	GÖREV	FONKSİYONEL SORUMLULUKLAR
Tüm Nüfus	Sağlık Bakanlığı ↓	Parlamento ulusal sağlık politikasını belirler. NHS bütçesi Bölge Sağlık İdaresine dağıtılır.
Ortalama 3,3 Milyon kişi	Bölge Sağlık İdaresi ↓	Bölgesel Yönetim, stratejik planlama ve kaynak tahsisi
Ortalama 250,000 kişi	Alan Sağlık Otoriteleri Alt Bölge Sağlık İdaresi ↓	Temel işveren ve yönetsel düzey. Toplum ve 1. Basamak sağlık hizmetleri, yerel planlama, genel hastaneler
Aile Pratisyeni Komitesi	Alt Bölge Yönetim Ekibi ↓	Toplum Sağlık Konseyi
	Alt Bölge Yöneticisi ↓	
Alt Bölge Genel Hastanesi (NHS Trusts)	Yönetim Birimi	Yerleşim Yeri

Kaynak: (Sargutan, 2006)

2.4.3. Almanya Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikası

Almanya 1945-1960 yılları arasında iki ayrı devletten oluşuyordu. Bu nedenle de iki farklı sağlık politikası uygulanmaktaydı. Batı Almanya’da liberal demokrasiye dayalı, Doğu Almanya’da ise merkezi bir sağlık sistemi

uygulanıyordu. İki devletin birleşmesi ile Doğu Almanya Batı Almanya'nın uygulamış olduğu sağlık sistemine gelmek için yoğun bir reform süreci geçirmiştir. Almanya Sağlık Politikasında kontrol ve karar verme yetkisinin ağırlıklı bir bölümü hastalık fonlarına, birliklerine devredilmiştir. Ulusal yönetim sağlık sistemi üzerinde sınırlı denetime sahiptir (Akt: Yıldırım, 2001: 414-417).

2.4.4. Avusturya Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikası

Avusturya sağlık politikaları Almanya sağlık sistemi ile benzerlikler göstermektedir. Avusturya AB ülkeleri içindeki en iyi sağlık sistemine sahip ülkelerden biridir. Avusturya da sağlık sisteminden eyalet yetkilileri sorumlu olup sunulacak hizmetlerin türünü ve politika çerçevesini eyalet yönetimleri belirler (Yıldırım, 2001: 421). Bu ülkede en önemli sağlık sorunu nüfusun giderek yaşlanmasıdır.

2.4.5. Hollanda Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası

Özel ve kamu sağlık sektörlerinin birleşmesiyle Hollanda Sağlık Sistemi oluşur. Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir oluşu, mevcut durumu, finansal desteği, yasalarla garanti altındadır. Sağlık Bakanlığının bütçesini vergi gelirleri oluşturur (Sargutan, 2006: 83).

Hollanda da uygulanan “Sağlık Hizmetleri Programı,” toplumun özel ve ulusal sigorta prim harcamalarının büyük bölümünü karşılamaktadır. Bu programın ¾ kaynağını ulusal sağlık sigorta primleri, kişisel katkılar ve özel sağlık sigortası primleri oluşturur.

2.4.6. Japonya Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası

1922 yılında yürürlüğe giren sağlık sigortası başlangıçta belli grupları kapsarken 1961 yılından itibaren bütün toplumu kapsamaya başlamıştır. Bugün,

Ülkede ayaktan tedavinin %90'nı, yatarak tedavisinin ise %87'si kamu fonlarıncı karşılanmaktadır. Japonya'da zorunlu sigorta sistemi uygulanmakta olup sigorta primleri gelir gruplarına göre farklılık göstermektedir. Bu durum da sistemin prim sisteminden çok vergi sistemi niteliğinde olmasına neden olmaktadır(Tanaka, 1990: 169).

Japonya'da "İşçi Sağlık Sigortası," "Serbest Çalışanlar ve Emeklileri kapsayan Ulusal Sağlık Sigortası" ve "Sağlık ve Tıbbi Bakım Sigortası" olarak üç çeşit sigorta sistemi uygulanmaktadır (Tsuda, 1994: 489).

2.5. Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Politikalarının Ortak Özellikleri

Gelişmiş kabul edilen ülkelerin, finans yöntemlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe de bir takım farklılıkları görmek mümkündür. Bu ülkelerin hemen hepsinde, sağlık sistemindeki kaynaklar bol, tüm toplumu kapsayacak şekilde hizmetler karşımıza çıkmaktadır. Gelişmiş sayılan ülkelerin sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde rol alan birçok faktör vardır. Hizmeti alan tüketiciler (hastalar) hizmetlerden tam ve doğrudan faydalanırken, oluşacak finansman gereksinimleri ve risklerin karşılanması ortak bir havuz sayesinde olmaktadır. Bu havuzdan sağlık hizmeti sunan kişilere bedel ödenir. Esasen hizmeti alan ve hizmeti üreten arasındaki ikili ilişki araya finans kurumları ve fon organizasyonunun girmesiyle üçlü bir ilişki halini alır. Bu üçlü ilişkinin içinde vergiler ve işverenler tarafından düzenli olarak ödenen sigorta primleri yer almaktadır. Böylelikle sağlık sorunlarından dolayı ortaya çıkacak sağlık hizmetlerinin maliyet yükü de karşılanmış olmaktadır.

Gelişmiş ülkelerin benzerlik gösteren en önemli özellikleri ise üçüncü taraf diye nitelendirilen finans kurumlarının çoğunlukta olmasıdır. Bu durum doğrudan yapılan ödemelerin önemi değerini azaltmaktadır. Gelişmiş ülkelerde sağlıkta hizmet sunan kurumlar; bağımsız çalışan klinik ve hastanelerin yanı sıra, bu hizmetin sunulmasında gerekli olan finansmanı sağlayan bir kamu ya da özel sektör kurumu olabilir. Gelişmiş ülkelerin bu yapıları sebebiyle sağlık

hizmetleri tüketicisi ve üreticisi arasında direkt olarak bir para ilişkisi yoktur. Oluşacak ödemelerde tüketicinin katkısının ne kadar olduğu farklılık göstermektedir. Kamu kurumu tarafından kurulan ya da işleyişine katkıda bulunulduğu kuruma ödenen primler belirlenip, kişilerin risklilik durumu ya da eskiden hizmeti kullanma düzeyleri gibi değişkenler göz önüne alınmaz. Ödenen primler işveren yada çalışan tarafından olursa olsun gerçeği yansıtmamaktadır. Kar amacı güden sigorta kurumları ödenecek prim tutarlarını söylerken, risk düzeyleri değişiklik gösteren çalışanlara farklı prim uygulaması gibi bir uygulamaya yaparak prim tutarını belirleyemezler (Mutlu ve Işık, 2012). Gelişmiş bazı ülkelerin sağlık hizmetinin finansmanı, ödeme sistemleri ve organizasyon yapıları aşağıdaki Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Bazı gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinin finansmanı ödeme ve organizasyon yapıları

ÜLKE	FİNANSMAN	SAHİPLİK	ÖDEME	ORGANİZASYON
Kanada	Genel vergiler merkezi ya da bölgesel yönetimler	Kamu ve özel krş./karma	Genel bütçe ve tek kanal	Hizmetler entegre olmamıştır
Fransa	Kontrollü sosyal sigorta, iki tönü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel krş./karma	Genel bütçe ve tek kanal	Hizmetler entegre olmamıştır
Almanya	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel krş./karma	Genel bütçe ve tek kanal	Hizmetler entegre olmamıştır
Japonya	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel krş./karma	Genel bütçe ve tek kanal	Hizmetler entegre olmamıştır
G. Kore	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel krş./karma	Harcamalar üzerinde herhangi bir sınırlandırma yoktur.	Hizmetler entegre olmamıştır
İsveç	Genel vergiler ve yerel yönetimler	Kamu kesimi	Global bütçe	Hizmetler entegre olmamıştır
İngiltere	Genel vergiler	Kamu kesimi	Global bütçe	Hizmetler entegre olmamıştır
ABD	Pluralistik, serbest tercih hakkı ve rekabet	Kamu ve özel krş./karma	Harcamalar üzerinde herhangi bir sınırlandırma yoktur.	Hizmetler entegre olmamıştır

Kaynak: Mutlu ve Işık, 2012

Yukarıdaki tabloda görüleceği gibi seçilmiş bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı ve organizasyon yapısı gösterilmiştir. İncelemeye konu olan ülkelerde çoğunluğunun ödemelerini genel bütçe ve tek kanal aracılığıyla yapmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki kamu ve özel karma sistem kullanılmaktadır. Finansmanı ise kontrollü sosyal sigorta primleriyle sağladıkları görülmektedir.

2.6. Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Politikalarının İncelenmesi

Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektöründe izlediği yolda bazı sorunlar görülmektedir. Yeteri oranda kaynakların bu sektöre mobilitesinin gerçekleşmesi, oluşacak bu kaynakların ve fonların toplumun daha büyük kısmının faydalanması için nasıl tahsis edileceği, ortaya çıkacak olan maliyetlerin nasıl kontrol edileceği gibi sorunlar başlıcalarıdır. Kamu kesinde bulunan fonların belirli düzeyde olması, sağlık sektörü için ayrılmış olan kaynakların farklı sektörlere ayrılan kaynaklarla birbirlerini rekabet içine sokmaktadır. Sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe, Eğitim sektörü, ekonomik gelişme ve ulaşım gibi alanlara ayrılan bütçeden daha fazla olması gerekmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerin büyük bir bölümünde 80’li yıllardan sonra sağlık sektörüne ayrılan bütçenin azaldığını gözlemlemek mümkündür. Sağlık hizmetleri sektöründe talebin artması ve bu sektörde müşteri beklentilerinin gün geçtikçe üst seviyeye çıkması, sağlık sektörüne yeteri kadar bütçenin ayrılmayışı gelişmekte olan ülkelerin kısa dönemli sağlık sorunları olarak gündeme gelmektedir. Sağlık sektörüne yeni ilaçların kazandırılması sorunu, nüfusun çoğalması gibi sorunlar ise uzun vadeli karşılaşılabilecek sorunlar olarak gösterilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, serbest piyasa ekonomisi, sigorta sektöründeki büyüme gibi sebeplerden dolayı özel sağlık sigortası gün geçtikçe daha çok önem kazanmaktadır. Sürekli değişiklik gösteren müşteri talepleri buna bağlı olarak ürün çeşitliliğindeki artış bu sektörün gelişim fitilini ateşlemektedir (Mutlu ve Işık, 2012).



III. BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKALARI

2003 yılında ortaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uluslararası kurum ve kuruluşların sağlık sistemlerine bakış açıları ve Türkiye’de ki sağlık politikalarının oluşum süreçleri gözönüne alınarak uygulamaya konulmuştur (www.saglik.gov.tr, 12.06.2018).

2008 yılında OECD’nin ülkemizde yaptığı, Sağlık Sistemi incelemeleri sonucunda; Türk sağlık sistemindeki yapısal sorunların çözümü, sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler, sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı ve düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verilebilirlik sorunlarını belirlemiştir(www.saglik.gov.tr). Belirlenen bu sorunlar ışığı altında yapılan değerlendirme ve planlamalar sonucu SDP’i oluşturmuştur.



Şekil 1. SDP başlıca kontrol mekanizmaları (www.saglik.gov.tr)

Şekilde görüleceği gibi sistemin sağlıklı çalışabilmesi için bazı bileşenlerin ortak hareket etmesi gerekmektedir. Bunlar finansman; sisteme kaynak temin yoludur ve genel vergiler, özel ve sosyal sigortalardan sağlanmaktadır. Finansman ülkenin ekonomik gücüyle yakından alakalıdır ve gerekli kaynaklar sağlanmazsa sunulan hizmetlerde sınırlama yapılmasına neden olmaktadır. Ödeme; hizmetin bedelinin karşılanması hizmet kalitesini artırarak sürekliliğini sağlamaktadır. Sağlık sektöründe özel hastanelerin çoğalmasından dolayı ödeme hususuna biraz daha hassas bakmak faydalı olacaktır. Nitekim hastanın hastanede kaldığı sürece ödeme alan kurum hastayı daha geç taburcu edebilecektir. Örgütlenme; hizmet sunun kurum olan hastanelerin organizasyonlarını düzenleme manası taşımaktadır. Örgütlenmeye etki eden en önemli etmenler istihdam politikaları ve teşviklerdir. Düzenleme; sağlık sektöründeki kişilerin davranışlarını düzenlemek için devletin gerekli düzenlemeleri yapması anlamına gelmektedir. Düzenlemenin düzenli uygulanabilmesi için, teknik yeterlilik, gereken kaynakların temini ve siyasi destek son derece büyük önem taşımaktadır. Davranış; sağlık hizmeti sunucularının olduğu kadar hizmet talep edenlerin de davranışları sistemde büyük öneme sahiptir. Sağlık hizmetinin sunumu sistemle ilgili olsa bile, talebi hastalarla ilgilidir bu sebeple davranışlara yön verilmesi karşılıklı olarak düzenlenmektedir. Değerlendirme; uygulamaya konulan yeni bir sistemin değerlendirilmesini yapmak için uygulamanın bitmesi beklenemez, gerekli veriler toplanarak idari sistemlerin yapılacağı durum ise değerlendirme olarak ifade edilebilir (Akdağ, 2008: 31).

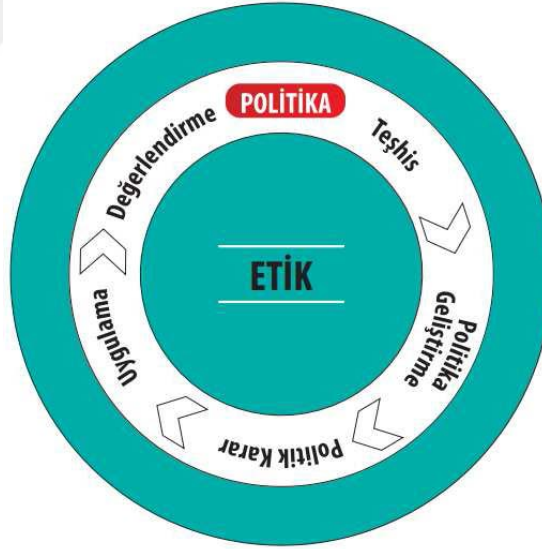
3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel Reform Alanları

Ülkemizde 2002 yılında sağlık sisteminde çok fazla sorun tespit edilmiş olup bu sorunların giderilmesi için gereken yatırımların ötelenmesi gibi nedenler tek partili iktidarın bu dönüşümü yapmasını gerekli hale getirmiştir (Aykır, 2014: 44).

SDP hizmet sunumunda reformlar yapmıştır. Sağlık hizmetleri bilindiği üzere üç biçimde sunulmaktadır. Bunlar; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici

hizmetlerdir. İlk aşama olarak birinci sağlık hizmetleri basamağında aile hekimliği uygulaması hayata geçirilmiştir. Bu kapsamda (Aykır, 2014: 44):

- Herkes bir aile hekimine kayıtlı olacak,
- Aile hekimlerine listelerindeki hasta sayısına göre ödeme yapılacak,
- İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri aile hekiminin sevki ile kullanılacaktır.
- Aile Hekimlerinin bulunduğu Sağlık Merkezleri;
- Gelirleri ile giderlerini karşılayabilen,
- Verimlilik ve etkililik ilkelerine göre yönetilen,
- Personelini sözleşmeli olarak istihdam eden
- Fiyatlarını pazarlıkla belirleyip hizmet ve kalite yarışına giren
- İdari ve mali açıdan özerk
- Kamu tüzel kişiliğine sahip işletmeler olacaktır.



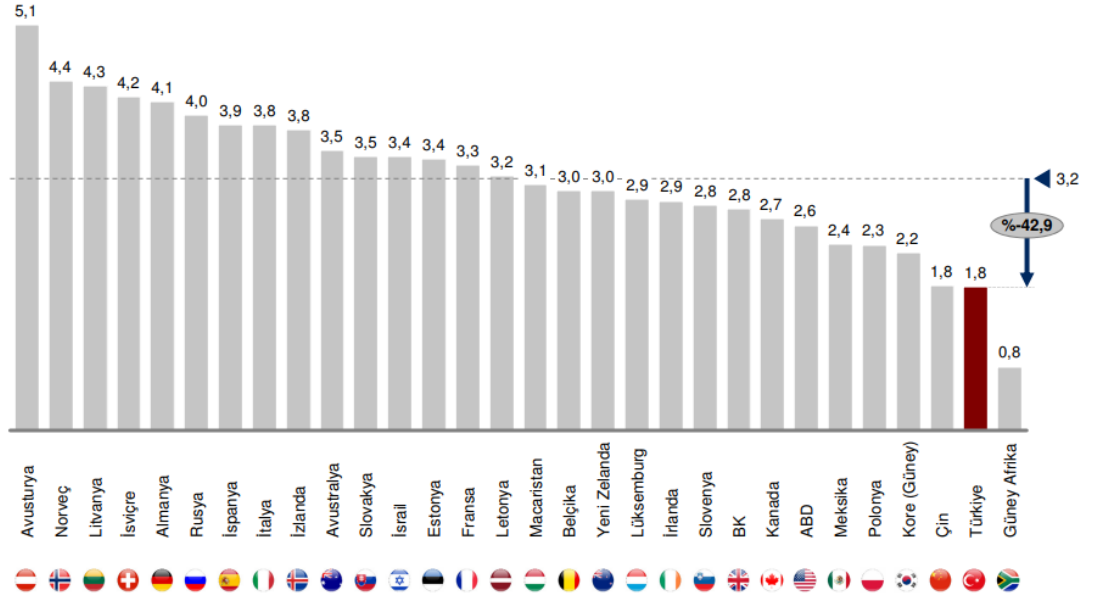
Şekil 2. Sağlıkta Politika Çemberi (Akdağ, 2008: 25)

Ülkemizin planlı bir döneme girmesiyle sağlık hizmetlerine gereken önem verilmiş ve vatanımızın tüm noktalarına sağlık hizmetinin götürülmesi amacıyla bireylerin ve toplumun her kesiminin sağlık hizmetinden eşit olarak yararlanması

hedeflenmiştir. Sağlık kalitesinin artırılması için sürekli çalışmalar yapılarak bu yönde bir çok kanun ve yönetmelik çıkartılmıştır.

Ülkemizdeki hekim sayılarının dünyada diğer ülkelerle olan karşılaştırılması fazla iç açıcı görünmemektedir. Son dönem politikalarıyla 100/kişilik nüfusa düşen hekim sayısı Avrupa ortalamasının altında olduğu görülmektedir. Aşağıdaki Grafik 2’de sunulmuştur.

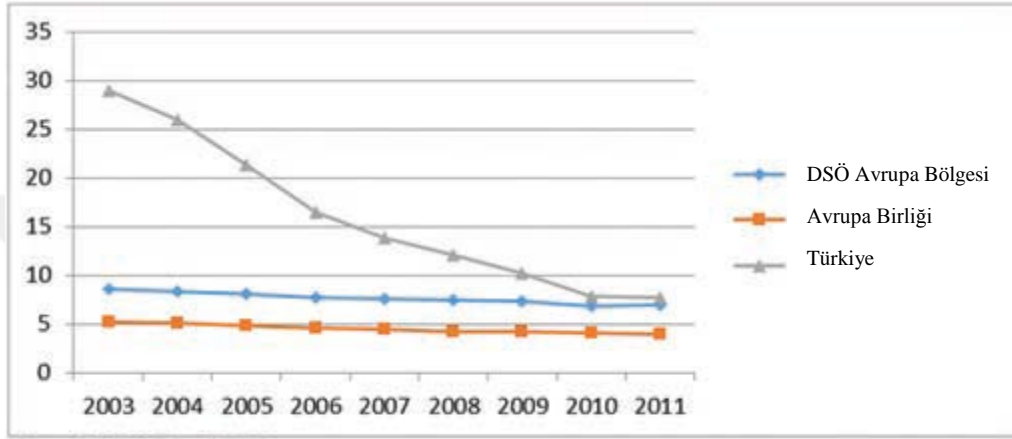
1.000 kişilik nüfus başına doktor sayısı 2015



Grafik 2. 1000 Kişilik Nüfus başına düşen doktor sayısı (OECD, 2017)

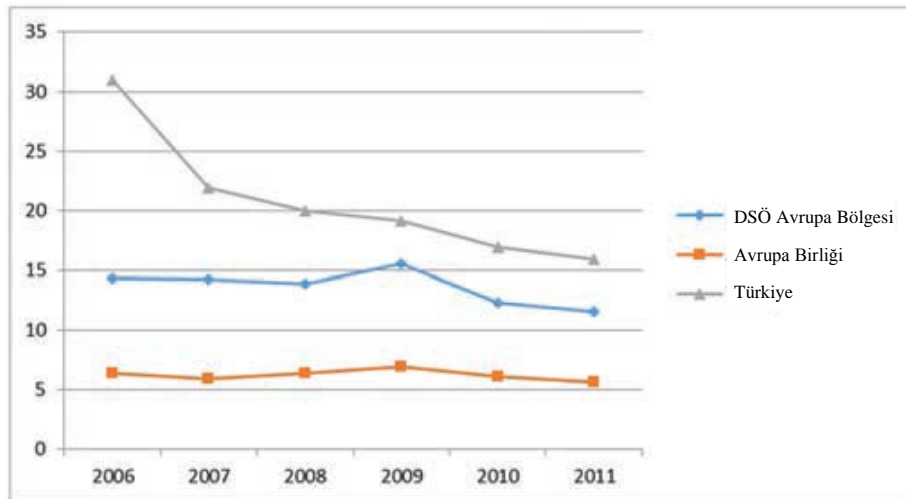
Grafikte görüldüğü gibi, sağlık bakanlığı 2015 yılı verilerine göre 1000 kişilik nüfusa düşen doktor sayısı diğer ülkelerle karşılaştırılmıştır. Buna göre grafiğin ilk sırasında Avusturya vardır. 5.1’lik doktor sayısı hekim yeterliliğini göstermektedir. Türkiye’nin sonlarda yer aldığı sıralamada 1000 kişiye düşen doktor sayısı 1,8’lik kısım oldukça yetersiz görünmektedir.

Sağlıkta dönüşümün temel reform alanlarından bir başkası ise, anne adayları ve bebeklerin sağlık kontrolüdür. Sağlıkta yeni dönemle birlikte gelişmiş aşuların kullanımı ve çocukların aşularının zamanında ve doğru yapılması sonucunda kısa sürede anne ve çocuk sağlığı üzerine etkisini göstermiştir. Bebek ölüm hızı Grafik 3'te gösterilmiştir.



Grafik 3. Bebek Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda) (Yıldırım, 2013: 19)

Grafikten anlaşılacağı gibi ülkemizde görülen bebek ölüm hızı (BÖH) 2002 yılından itibaren sürekli düşüş göstermektedir. Ölüm oranındaki düşüş büyük ölçüde olsa bile AB ortalamasına yaklaşamamıştır. (Yıldırım, 2013: 19)



Grafik 4. Anne ölüm hızı (100.000 canlı doğumda) Yıldırım, 2013: 19)

Yukarıdaki grafikte görüleceği üzere, Diğer bölgeler ve Türkiye arasında anne ölüm oranında da bir farklılık gözlemlenmiştir. Bu farklılık 2006 yılından sonra sürekli azalmakta olsa da AB standartlarına geldiği söylenemez.

3.1.1. Genel Sağlık Sigortası

SDP’da en önemli unsur eşitlik ilkesidir. Bu kapsamda bütün vatandaşlara eşit sağlık hizmeti sunulması amaçlanmıştır. Kişiler ihtiyaçları olan sağlık hizmetini alabilmek için gerekli ücreti ya sağlık sigortası aracılığıyla ya da bizzat kendi ceplerinden ödemesi gerekmektedir. Bu ödemelerin sağlık sigortası eliyle yapılabilmesi için kişinin çalıştığı yere göre bir sosyal güvencesinin olması gerekmektedir. Devlet bünyesinde, günümüzde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısında birleştirilen Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı adı altında sigorta sistemleri bulunur. Bunlar dışında kişilerin kendilerine ödedikleri prim bedeli oranında sağlık harcamalarına ödeme yapan özel sigorta şirketleri de vardır. Genel Sağlık Sigortasının kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanmak için yukarıda sayılan genel ve özel sağlık sigortasına sahip olmayan kişiler bulunur (Belek, 2012: 61).

Genel sağlık sigortasıyla birlikte özel sağlık sigortacılığı da önem kazanmaya başlamıştır. Bu nedenle de devlet özel sigortacılığı geliştirmek için bazı vergi muafiyetleri gibi teşvikler oluşturmuştur. Fakat kişinin özel sağlık sigortası sahibi olması Genel Sağlık Sigortası kapsamından çıkmasını gerektirmez. Çünkü; özel sağlık sigortası sadece özel hastanelerde sunulan hizmet karşılığı hasta tarafından ödenmesi gereken katkı payını ödemede kullanılır.

Öncelikle sigorta sisteminde yapılan düzenlemeler çalışan fakat herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişiler için değişiklikler yapmıştır. Sosyal güvencesi olmayan kişiler Sosyal Güvenlik Kurumuna gerekli belgeleri sunarak işsizlik sigortası ödeneğinden 6 ay boyunca maaş ve sağlık güvencesi hizmeti alabilirler (Tengilimoğlu, 2009: 240). Bu süre bitiminde bireylerin sağlık gereksinimleri için

gereken harcamaları nasıl karşılayacakları SDP kapsamında bir başka adımda çözümlenmiştir.

SGK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının denetimi altında çalışanların ve işsizlik sigortasından faydalananların primlerini takip eder. Böylelikle halkın işveren tarafından primlerinin ödenmemesi nedeniyle sağlık hizmetlerinden mahrum kalması engellenir (www.sgk.gov.tr).

Genel sağlık sigortasıyla amaçlanan, sağlık hizmetlerinden toplumun her kesiminin faydalanması, herkes için sağlık hizmetinin kolay ulaşılabilir hale gelmesi için yapılan çalışmaların sonuçları Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5. Yıllara itibariyle SGK’nın ödediği fatura tutarları (Milyar TL)

Hastaneler	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Devlet II. Basamak	6,0	7,2	10,0	11,0	12,3	12,6	13,9
Devlet III.Basamak	3,6	4,2	5,9	6,6	7,2	8,3	8,5
Özel	5,0	6,1	6,7	7,3	7,7	8,1	8,4
Üniversite	3,7	4,2	5,5	6,1	5,9	7,4	8,2
Toplam	18,4	21,8	28,3	31,0	34,2	36,3	40,0

Kaynak: SGK 2017 Kasım Aylık İstatistik Bülteni

Tabloda görüleceği gibi yıllar itibariyle SGK’nın ödediği fatura tutarları incelenmiştir. 2010 yılında Devlet II.Basamak sağlık kurumlarına ödenen para 6 milyar TL iken, 2016 yılında bu rakam 13,9 milyar TL olmuştur. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlara, 2010 yılında 3,6 milyar TL fatura öderken, 2016 yılında bu rakam 8,5 milyar TL ye çıkmıştır. Özel sağlık kurumlarında da benzer şekilde artış görülmüştür. SGK’nın 2010 yılında özel hastanelere ödemiş olduğu rakam 5 milyar TL iken, 2016 yılında 8,4 milyar TL olmuştur. Üniversite hastanelerine de sürekli yükselerek giden fatura tutarları ödenmiştir. 2010 yılında 3,7 milyar TL ödenirken, 2016 yılında bu rakam 8,2 milyar TL olmuştur. Bahsi geçen yılların genel toplamalarında görüleceği gibi 2010 yılında SGK 18,4 milyar TL öderken, 2016 yılında ödenen fatura tutarları 40 milyar TL olarak görülmektedir.

Bu sonuçları iki şekilde yorumlamak mümkündür. Bunlardan birincisi SGK'nın ödemiş olduğu faturaların artışı, sağlık hizmeti sunan kurumların daha fazla kullanılmış olduğu, olumsuz görülebilecek bir başka sonuç ise sağlık hizmetlerinde maliyet düşürmeyi hedefleyen sistemde maliyetlerin düşmediğidir.

DSÖ; her ülkenin sağlık sistemini, herkesin ihtiyacı olan sağlık hizmetini yüksek kalitede ve bu hizmetin etkili, karşılanabilir maliyette olması ve toplumca kabul görmesi göz önünde tutarak belirleyip geliştirmelidir şeklinde önerir.

SDP'ı sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesini, finansmanının sağlanmasını ve sunulmasını amaçlamaktadır. Sağlık kurumlarının hedefi, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verip, gerekli önlemleri alarak kişilerin doğal durumunun sürdürülebilirliğini sağlamaktır. Bu amaç doğrultusunda sağlık kurumları sağlık talebi ihtiyacı duyulduğunda bunu hazır bulundurmak zorundadır. Bunun için gerekli olan sağlık çalışanını, yardımcı sağlık personelini, idari, mali ve ekipmanlarını hiçbir aksaklığa yol açmadan çağdaş yönetim anlayışı ile organize etmesi gerekmektedir (Kısa, 2012: 12).

Sağlık harcamaları için ayrılan bütçe zamanla artış göstermiştir. Tablo 5'te ayrıntılı olarak bunlar sunulmuştur. Ayrıca Tablo 6'da TÜİK verilerine göre sağlık harcama verileri Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Sağlık harcama verileri

	2002	2005	2010	2015	2016
Toplam (Milyon TL)	18.774	35.359	61.678	104.568	119.756
Hastanelere yapılan Harcamaların Toplam sağ. Har. İçindeki oranı (%)	32	36	40	49	50
Toplam sağlık har. içinde kamu payı (%)	71	68	79	79	79
Toplam sağlık harcaması içinde sosyal güvenliğin payı (%)	41	40	50	53	54
Toplam sağlık harcaması içinde merkezi devlet harcamalarının payı (%)	28	27	28	24	24

Kaynak. www.tuik.gov.tr

Tabloda görüldüğü gibi sağlık harcama verileri incelenmiştir. 2002 yılında toplam sağlık harcama bütçesi 18.774 milyon TL olurken bu rakamın %32'lik kısmı hastanelere yapılan harcamalardan oluşmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının içindeki kamu payı ise %71'lik kısımdır. Toplam sağlık harcaması içinde sosyal güvenlik payı %41, toplam sağlık harcaması içinde merkezi devlet harcamaları ise %28'lik kısım almıştır. Artışla devam eden harcamalar 2016 yılında ise hastanelerin toplam sağlık harcamaları içindeki oranı %50, kamu payı, %71, sosyal güvenlik payı %41, merkezi devlet harcamaları ise %28 olmuştur. Bu sonuçlara bakarak sağlık harcamalarında oluşan büyüme toplumun her kesiminin kendilerine sunulan imkanları kullandığı anlamı da taşımaktadır.

3.1.2. Yaygın ve Erişimi Kolay Sağlık Hizmeti Sistemi

SDP öncesinde sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Üniversite Hastaneleri olmak üzere üç başlı olarak yürütülmekteydi. Bu da sağlık hizmetlerini karmaşık bir yapı haline getiriyordu ve sunulan hizmetin kalitesini düşürmekteydi. Bu program öncesinde kamuda çalışan hekimler özel muayenehanelerde de yarı zamanlı olarak çalışmaktaydı. Bu da bireylerin kamuda sağlık hizmetine ulaşmalarını zorlaştırmaktaydı. Ülkemizin coğrafi ve iklim şartları gözönüne alındığında ulaşılması zor olan kırsal kesimlere sağlık hizmeti sunmak amacıyla da yeni bir yönetim yapısı ve hizmet sunumu politikası oluşturmak gerekmiştir (Sülkü, 2011: 15).

2002-2008 yıllarında Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı olan hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilerek sağlık hizmetleri sunumu tek çatı altında toplanmıştır. SDP uygulanması sürecinde Sağlık harcamalarının finans kaynağı olan Sosyal Güvenlik Kurumu özel sağlık kurumlarından da alım yaparak kaliteli ve verimli hizmet için gerekli olan tanı, tedavi, görüntüleme hizmetlerinin, hastane ve laboratuvarların sayılarını artırmıştır. Özel sağlık kuruluşlarından satın alınan sağlık hizmetleri kamu hastaneleri ile özel sağlık kuruluşlarının rekabet içine girmesine neden olmuştur. Bu da sağlık hizmetlerinde kalitenin ve verimliliğini artmasını sağlamıştır. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulanarak kamu hastanelerinin verimliliği artırılmıştır. Kamu hastaneleri döner

sermayelerini istedikleri gibi kullanma hakkına sahip olarak özel sağlık kurumları ile rekabet edebilir hale getirilmiştir. Bir yönden de sağlık personelinin Performansı ölçülerek Performansa Dayalı bir ödeme sistemi geliştirilmiştir. Böylelikle gereksiz yapılan işlemlerin önüne geçilmek, tedavi masrafları en aza indirilmek, hasta memnuniyetini artırmak ve sunulan hizmetin kalitesinin artırılması amaçlanmıştır. Engelli hastalar da düşünülerek bunlara uygulanacak fizik tedavi hizmetlerine yönelik çalışmalarda yapılmıştır. Tüm bu reformlarla sağlık kurum ve kuruluşlarının sayıları artmış ve bu da sağlık hizmetlerine kolay ulaşımın önünü açmıştır (Sülkü, 2011: 16). Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen faktörler aşağıdaki Tablo 7’de sunulmuştur.

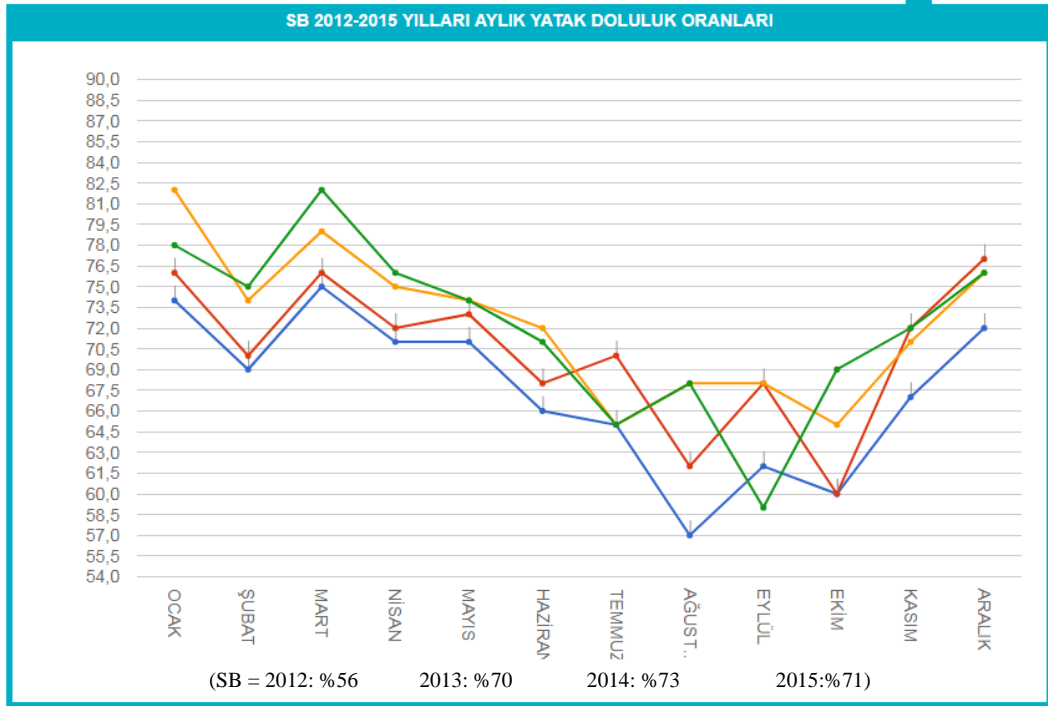
Tablo 7. Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler

A) Bireysel	B) Toplumsal
• Cinsiyet	• Sosyal sınıfların varlığı
* Yaş	• Politik gücün kimde olduğu
• Öğrenim düzeyi	• Siyasi iktidarın/SB’nin sosyo-politik tercihleri
• Etnik köken	• Mevzuatların yeterliliği
• Dil farklılığı	• TTB’nin çalışmaları, sağlık politikalarına müdahil olma düzeyi
• Din farklılığı	• Sağlık kurumunun varlığı
• Kültür farklılığı	• Sağlık insan gücünün varlığı ve/veya dağılımı
• Gelir düzeyi	• Hizmetin var olması
• Çalışıyorsa çalışma saatleri ve/veya günleri	• Hizmetin yeterli olması (niceliği), halkın taleplerine yanıt verme durumu
• Yerli veya göçmen olunması	• Hizmetin niteliği
• Sağlık güvencesi	• Hizmetin sürekliliği
• Hizmet hakkında bilgi sahibi olunması	• Hizmetin merkezîyetçi olma durumu
• Özel gruplar (Bebekler, çocuklar, gebeler, yaşlılar)	• Hizmetin ücretli olması
	• Basamaklı sevk sisteminin olup olmaması
	• Coğrafi uzaklık nedeniyle ulaşım giderleri
	• Coğrafi bölgesel farklılıklar
	• Sağlık dışı sektörlerdeki engellerin varlığı
	• Ülkenin başlıca sağlık sorunları

Kaynak: Kurt, 2007: 71

Sağlık hizmetlerine erişebilmenin en önemli etkeni sağlık sigortasının kapsamıdır. Kişilerin sağlık sigortalarının olmayışı, kendilerine sunulan hizmete erişimin önündeki en büyük engeldir. Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi sağlık hizmetlerine erişim sağlayan bireysel ve toplumsal faktörler görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanımı için bireysel faktörlerden daha çok toplumsal faktörlerin olduğu görülmektedir.

Sağlık bakanlığı yayınladığı rapora göre 2012-2015 yılları arasında hastanelerde yatak doluluk oranında artış gözlemlenmiştir. (<https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>) bu tarihler arasında yatak doluluk oranı aşağıdaki Grafik 5’de gösterilmiştir.

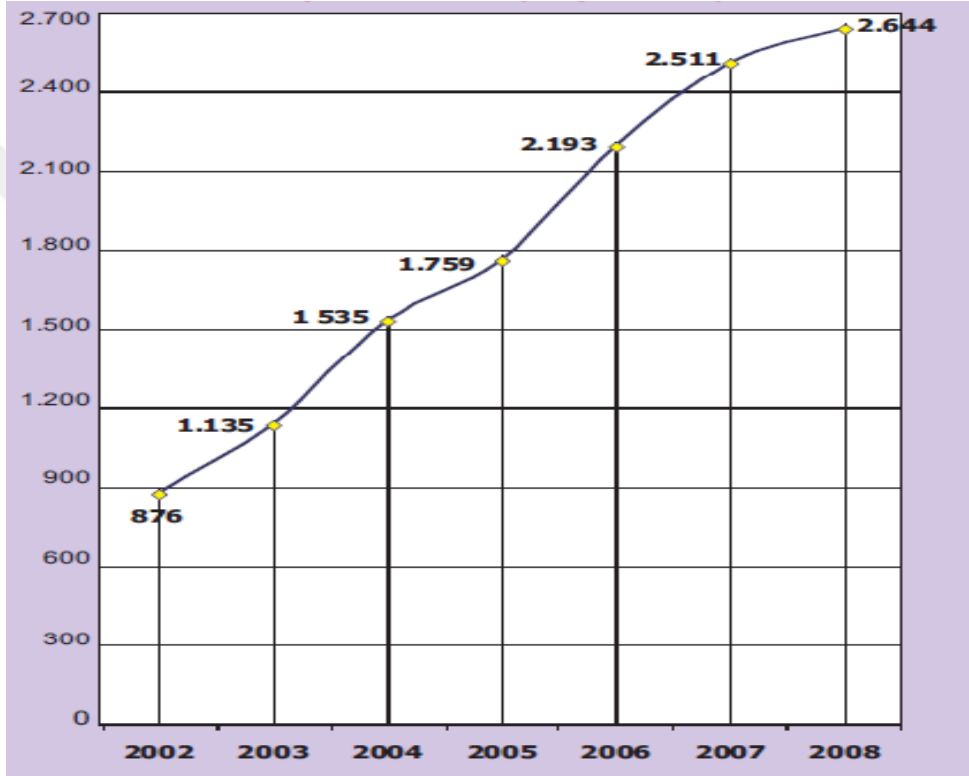


Grafik 5. Hastane yatak doluluk oranları (<http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik>)

Grafikten de anlaşılacağı üzere, 2012 yılında hastanelerde yatak kullanım oranları daha az seviyede iken, 2014 ve 2015 yılında bu oran üst seviyelere çıkmıştır. Grafikten giderek bu hizmeti kullanan kişi sayısının arttığını söylemek doğru olacaktır.

3.1.3. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri

SDP'nın bir başka büyük değişimi ise koruyucu temel sağlık hizmetleri alanında yaptığını görmek mümkündür. Bu değişimin kaynağı hasta ve sağlık çalışanlarının durumlarının iyileştirilmesiyle yapılacak yeniliklerin başlangıç noktası olmaktadır. Bu alanda yapılan yatırımlar Grafik 6'da gösterilmiştir. (Akdağ, 2008:40)



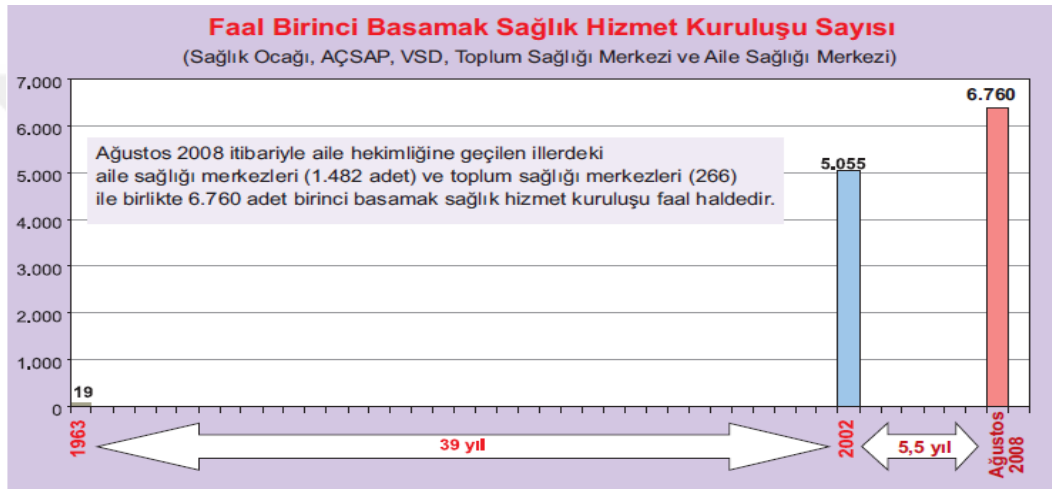
Grafik. 6 Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe (Milyon TL)

Kaynak: Akdağ, 2008: 41

Grafikte görüleceği gibi 2002 yılında 876 milyon olan bütçe, 6 senede 2.644 milyon TL'ye ulaşmıştır. Bu artış koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine yapılan yatırım ve verilen önemi açıkça göstermektedir.

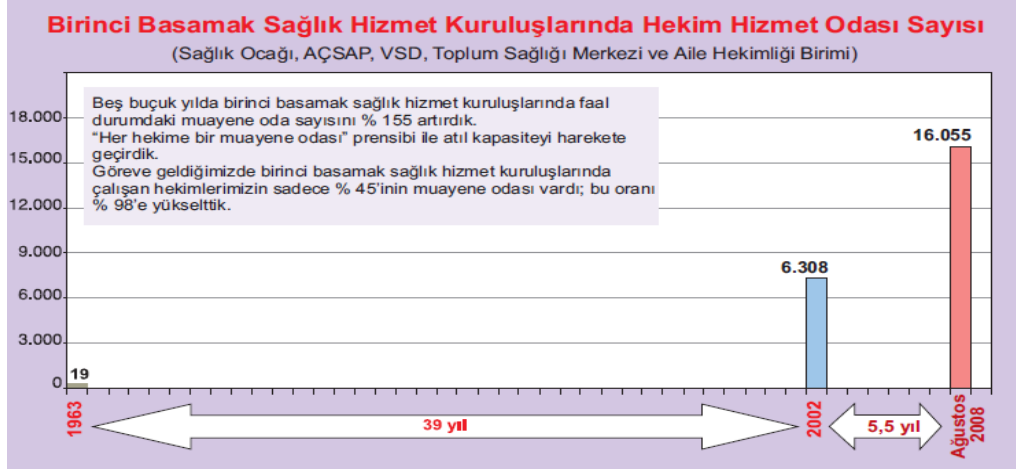
3.1.4. Sağlık Ocaklarında Yenileşme

SDP çerçevesinde bakanlığın uğraşlarıyla yerel yönetimler harekete geçirilerek, “her hekime bir oda” sloganıyla yenilenme süreci ateşlenmiştir. Sağlık ocaklarının güç kazanabilmesi için fiziki çevrelerinin iyileştirilmesiyle, hasta ve hekim iletişiminin güçlenmesi sağlanmıştır. Sağlık çalışanlarının performansının yükselmesi amacıyla, performansa göre katkı payı verilerek işgörenlerin motivasyonu sağlanmıştır.



Grafik 7. Birinci basamak sağlık kuruluşları (Akdağ, 2008: 42)

Grafikte görüleceği gibi 2002 yılında 5.055 olan birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların sayısında büyük bir artış görülmektedir. 2008 yılında 6.760' a yükselen bu sayı, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki gelişimi göstermektedir.

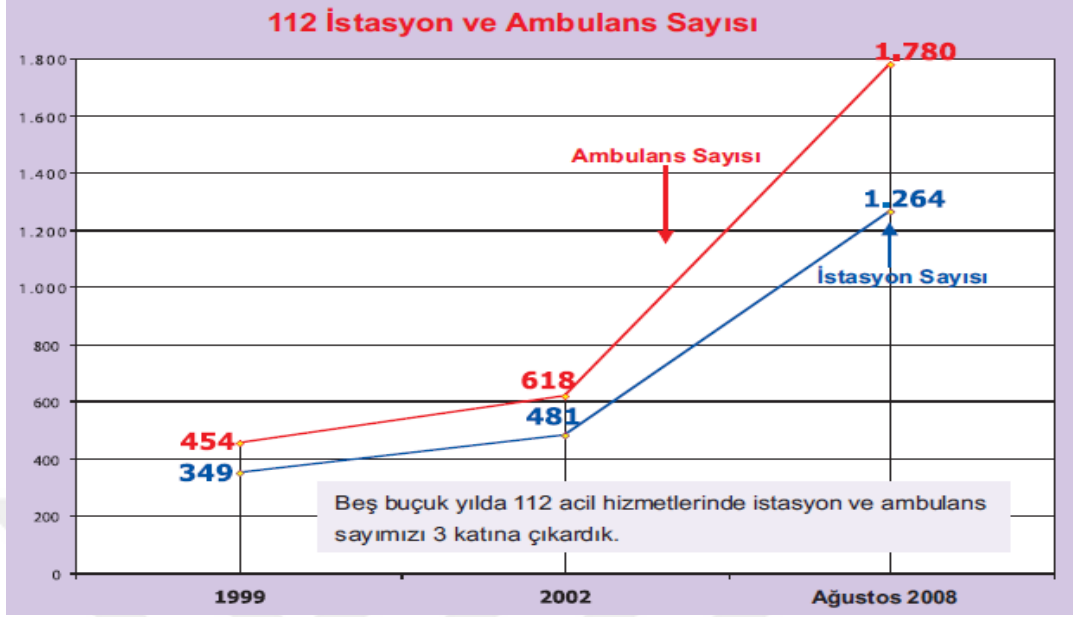


Grafik 8. Hekim başı oda sayısı (Akdağ, 2008: 42)

Grafikte görüldüğü gibi hekim başına düşen oda sayısı 2002 yılında 6.308 iken bu oran 2008 yılında 16.055'e yükselmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki artış ve değişimi bu grafikte görmek mümkündür.

3.1.5. Acil Sağlık Hizmetlerinde Değişim

Sağlık hizmetinin acil olması, hasta ve hizmet sunucusunun istediği en önemli husustur. Yaralanma veya acil hastalıklar durumunda en kısa sürede olay yerine ulaşıp ilk yardımın yapılması son derece büyük önem taşımaktadır. Bu hızlı erişimin sağlanması için SDP kapsamında birçok ilde komuta merkezi kurulmuştur.



Grafik 9. Acil sağlık hizmeti ambulans ve istasyon sayısı (Akdağ, 2008: 43)

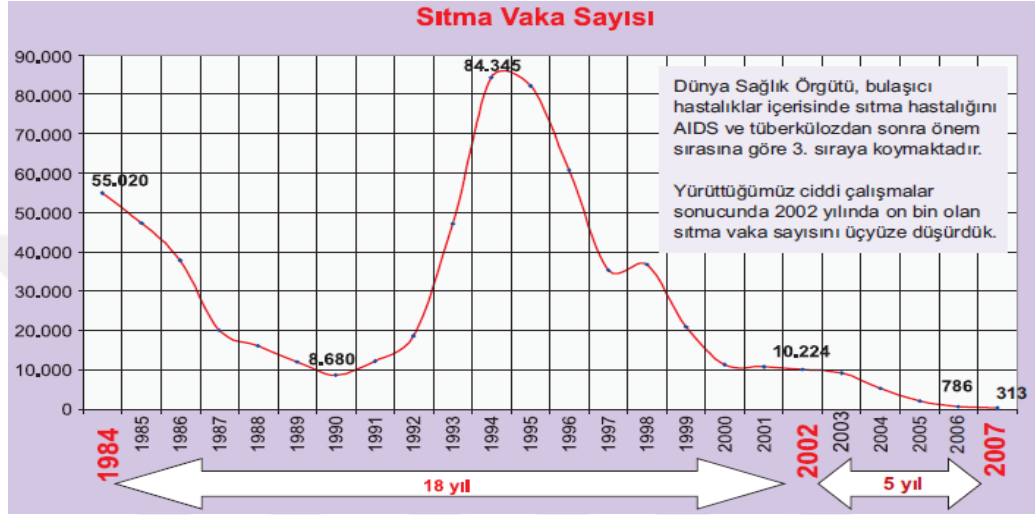
Yukarıdaki grafikte görüldüğü gibi, acil sağlık hizmeti alanında yapılan yeniliklerin sonucunda ambulans ve komuta istasyonlarının oranında büyük bir artış gözlemlenmiştir. 2002 yılında 481 adet olan komuta istasyonu 2008 yılına gelindiğinde 1.264 adete ulaşmıştır. Bununla bağlantılı olarak ambulans sayısında da bir artış gözlemlenmektedir. 2002 yılında 454 olan ambulans sayısı 2008 yılında 1.780'e çıkmıştır.

3.1.6. Toplumsal Hareket Ve Bilinçlendirme

Kronik hastalıklarla baş etmede, ikinci ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların ortak hareket etmesi, erken tanı teşhis ve tedaviyle hastalıkların önüne geçilmesi amaçlanmıştır. Ülkemizde görülen kronik hastalıkların başında gelen kanser hastalığıyla mücadele için, Türkiye Kanser Danışma Kurulu oluşturularak, ülkenin farklı illerinde Kanser Tarama ve Eğitimi merkezi faaliyete konulmuştur. Toplumun bilincinin yükselmesi amacıyla başta sigara, obezite, kalp sağlığı, kronik solunum hastalıkları gibi hastalıklarla ilgili halk bilinçlendirilmiştir.

3.1.7. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele

Sağlık alanındaki gelişmeler, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede de meyvelerini vermeye başlamış ve sıtma ve diğer bulaşıcı hastalıkla mücadelede büyük bir zafer kazanılmıştır.



Grafik 10. Sıtma hastalığı sayısı (Akdağ, 2008: 44)

Grafikte görüldüğü gibi 2002 yılında 10.224 olan sıtma hastalığı 2007 yılına büyük bir düşüş göstererek 313'e kadar düşmüştür.

3.1.8. Sağlık İnsan Gücü

Sağlık insan gücü, “*kamu ya da özel tüm sağlık kesiminde toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personelin tamamı*”na verilen bir addır. Sağlık insan gücü planlaması ise “*topluma bugün sunulan ve gelecekte sunulacak sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek üzere sağlık çalışanlarının yeterli nicelikte, yüksek nitelikte, düzgün bir dağılımla, yerinde bir zamanlama ile ve doğru bir şekilde istihdam edilmesi*” (Hogarth, J. (1975) “Glossary of Health Care Terminology”, WHO, Copenhagen, 1975) olarak tanımlanmaktadır.

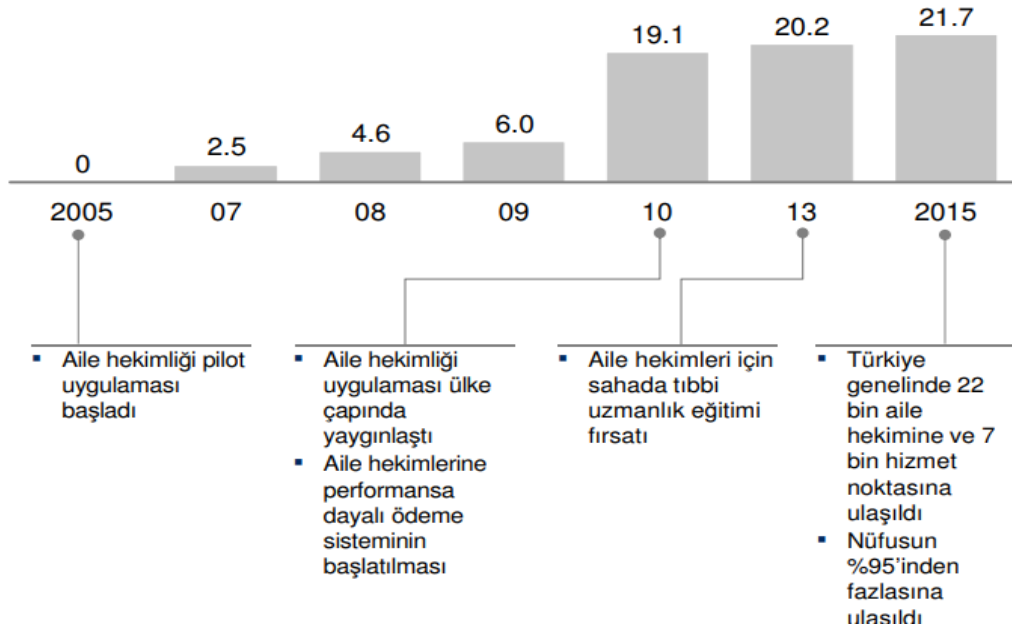
İnsan gücü rekabet gücünün ana unsurudur. Bu unsurun doğru bir şekilde planlanması ve niteliğinin hızlı bir şekilde geliştirilmesi gerekmektedir. İnsan gücünün, yapılan işe paralel olarak devamlı eğitilmesi ve bu eğitimin devam ettirilmesi gerekmektedir. DSÖ insan gücü planlamasını “Sağlıkla ilgili belirlenen

hedef ve amaçları gerçekleştirmek için gerekli olan beceri ve bilgiye sahip olan insan gücü sayısını istihdam etme sürecidir” şeklinde tanımlamıştır. Aynı zamanda bu süreç planlanan sağlık hedefleri için hangi insan gücünün hangi bilgiye ve beceriye sahip olması gerektiğini belirlemeyi içerir. Sağlık insan gücü planlaması ise topluma sunulan ve sunulacak olan sağlık hizmetlerini doğru gerçekleştirmek için gerekli sağlık çalışanlarını yeterli nitelikte ve nicelikte doğru bir dağılım yaparak istihdam etmektir diye tanımlanabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 379).

3.1.9. Aile Hekimliği Uygulaması

Sağlık hizmetlerinin merkezine insanın konulduğu SDP çerçevesinde, 2010 yılındaki aile hekimi uygulamasıyla beraber, kısa sürede nüfusun tamamına yakın büyük bir çoğunluğuna ulaşılmıştır. Aşağıdaki Şekil 3’te şematik olarak gösterilmiştir.

Aile hekimlerinin sayısı
Bin



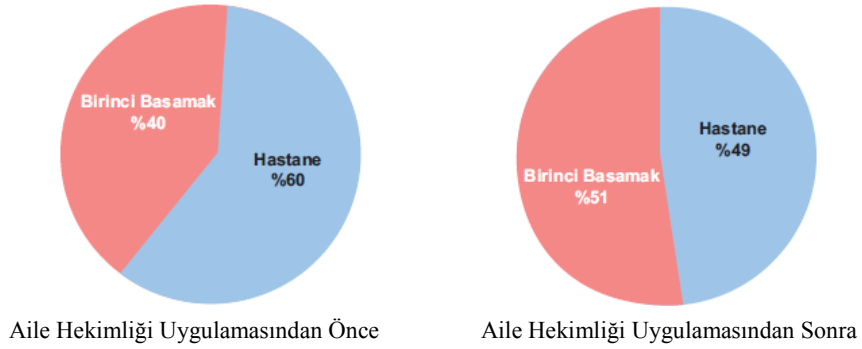
Şekil 3. Aile Hekimi sayısı

Kaynak: OECD İstatistikleri, Sağlık Hizmeti Kaynakları, “Pratisyen Hekim” göstergeleri; Türk Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı 2015

Şekilde görüldüğü gibi 2005 yılında pilot bölgelerde uygulanan aile hekimliği hedefine ulaşmış ve 2010 yılına gelindiğinde yaygınlaşmıştır. Bu uygulamada herkesin sağlık hizmetlerine erişimini kolay hale getirmiştir. 2013 yılında aile hekimleri için sahada tıbbi uzmanlık eğitimi fırsatı sunulmasıyla birlikte 2017 yılına gelindiğinde Ülke genelinde 22 bin aile hekimine ve 7 bin hizmet noktasına varılmıştır. Bu rakam nüfusun %95'lik dilimine ulaşıldığını göstermektedir.

Erken teşhis ve tedaviye imkan sağlayan birinci basamak sağlık hizmetleri bu başarısını aile hekimliği uygulamasına borçludur. Sağlık hizmetlerinin yaygın hale gelmesi, hastaneye müracaat eden hastaların azalması, hekim başına düşen hasta sayısının azalması bir çok avantajların sağlandığı aile hekimliği uygulamasının verileri aşağıdaki grafikte sunulmuştur.

Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde
Birinci Basamakta ve Hastanede Yapılan Muayenenin Oransal Dağılımı (%)



Grafik 11. Sağlık kurumlarına aile hekimliği öncesi ve sonrası yapılan müracaatlar

Grafikte görüldüğü gibi aile hekimliği uygulamasından önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına müracaat oranı %40'larda iken, bu durum aile hekimliği uygulamasının ardından %51'lere yükselmiştir. Buna bağlı olarak hastanelere giden hasta oranlarında da bir düşüş gözlemlenmektedir.

Yıllar itibariyle Türkiye'de görev yapan doktor sayıları ve kişi başına düşen doktor sayısı aşağıdaki Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Hekim sayısı, hekim başına düşen kişi sayısı ve hekim başına hasta müracaat sayısı, 2009-2016

Yıllar	Hekim sayısı	Hekim başına düşen kişi sayısı	Hekim başına düşen hasta müracaat sayısı
2009	118 641	612	4 447
2010	123 447	597	4 367
2011	126 029	593	4 850
2012	129 772	583	4 791
2013	133 775	573	4 712
2014	135 616	573	4 749
2015	141 259	557	4 673
2016	144 827	551	4 735

Kaynak: www.tuik.gov.tr (28.11.2018)

Yukarıda hekim sayısı ve hekim başına düşen hasta sayısının incelendiği tablo sonuçlarına göre yıllar itibariyle Türkiye’de hekim sayısında artış gözlemlenmektedir. Buna bağlı olarak hekim başına düşen kişi sayısında ise düşüş görülmektedir.

Sağlık sektöründe teknik bilgi ve becerilere sahip insan gücü sayısının sınırlı olduğu göz önünde tutularak sağlık hizmetinin topluma eşit bir şekilde sunulabilmesi için etkili bir insan gücü planlaması yapmak zorunlu hale gelmiştir (Kılıç ve Tunç, 2004: 24). Sağlık hizmetinin verimli bir şekilde sunulması ve insan gücünün etkili bir şekilde kullanılması için insan gücü planlamasının temel hedefleri şunlardır (İşlek, 2005: 13);

- Mevcut olan insan kaynaklarının verimli kullanılması,
- İnsan gücü gereksinimini tahmin etmek,
- Var olan insan gücünün yeteneklerini tahmin etmek,
- İnsan gücü yetersizliği ve fazlalığı sorunlarını çözmek,
- Bu konularda alınacak kararların etkinliğini artırmak.

İnsan gücünün maliyetinin yüksek oluşu, sosyal yönden ve politik yönden gelişen değişimler, tıp biliminin ilerlemesi, sağlık kurumlarında bulunan personelin nicelik ve nitelik yönünden yetersiz oluşu, bilgi üretiminin hızla artması, sağlık kurumlarında insan gücü planlamasını zorunlu hale getirmiştir (Sönmez, 1991: 15).

Var olan kaynakların verimli ve etkili kullanılabilmesi, kaynak israfının önüne geçilebilmesi, sunulacak sağlık hizmetinin ihtiyaç duyulan hizmeti karşılayacak özelliğe sahip olabilmesi için insan gücü planlaması yapmak gerekir. Sağlık personelinin önemli bir çoğunluğu devlet kaynakları kullanılarak yetiştirilip devletin imkanları doğrultusunda istihdam edilmiştir. Böylelikle sağlık insan gücü planlaması devlet tarafından yapılmıştır. Sağlık insan gücü planlaması yapılırken sağlık otoritelerinden hangi niteliğe sahip ve kaç tane personele ihtiyaç duyulduğu, bu çalışanların hangi görevleri yapacağı konularında karar vermeleri beklenir. Gerçekçi yapılmayan insan gücü planlamaları sistemdeki üretkenliği azaltmakta, sistemin işleyişini bozmakta, maliyetin artmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda da vatandaşların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin yerinde ve zamanında almaları imkansızlaşmaktadır. Bütün bunlar dikkate alınarak gerçekçi, uygulanabilir, kısa, orta ve uzun dönemli sağlık insan gücü planlaması yapılması zorunludur. İnsan gücü planlamaları yapılırken DSÖ'nün belirlediği aşağıda belirtilen yöntem ve yaklaşımlar kullanılmaktadır (www.tsprm.org.tr).

- **Gereksinim Yöntemi:** Toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin uzmanlarca belirlenmesi sonucu insan gücünün planlanması yapılabilir. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ve Başkent Üniversitesinin birlikte gerçekleştirdiği ve 2005 yılının Ocak ayında yayınlanan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması bu yöntem içerisinde kullanılabilir önemli bir kaynaktır.

- **İstihdam Yöntemi:** Sağlık Kurumlarının kadro durumları, doluluk oranları ve kurumların istihdam kapasitelerine göre gereksinim duyulan sağlık personeli belirlenir.
- **Başvuru Yöntemi:** Sağlık hizmetlerinde kişi başına düşen yıllık ortalama başvuru sayıları dikkate alınarak insan gücü dağılımı değerlendirilir.
- **Hedef Yöntemi:** Sağlık Bakanlığı sunacağı hizmete göre kendisine amaçlar belirler ve o amaçlara ulaşmak için gerekli personelin istihdamını belirler.
- **İnsan gücü/Nüfus Oranı Yöntemi:** Bu yöntemde nüfusa yönelik olarak insan gücü hesabı yapılır. Bu yöntemin tek başına kullanılması gelecek için hatalı planlamalar yapılmasına neden olabilir. Bu yöntemde kar amacı güdülmeyip toplumun sağlık ihtiyaçları dikkate alınır.

Planlama sürecinde ve uygulamada çıkabilecek sorunları bertaraf etmek için insan gücü planlaması yapılırken şu noktalara dikkat edilmelidir (www.tsprm.org.tr).

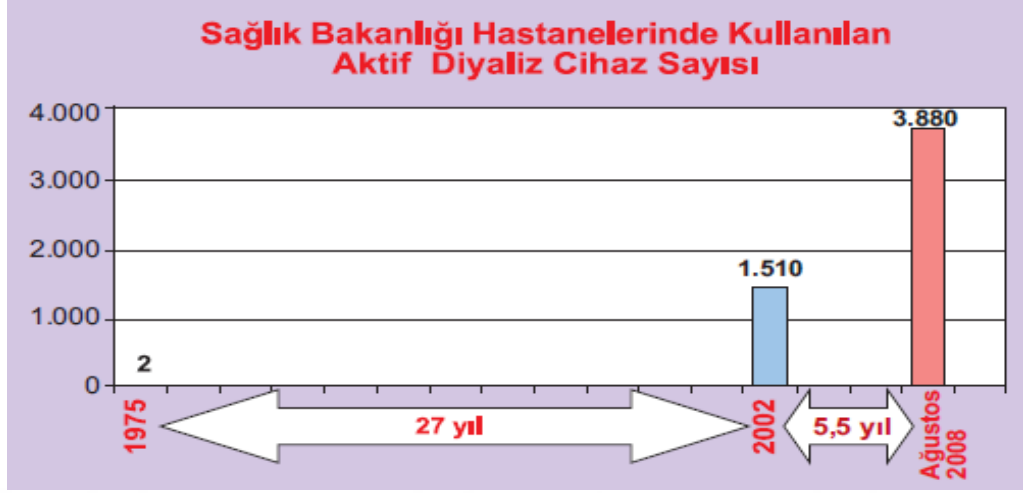
- ✓ Kurum ve kuruluşlar arası işbirliğinin sağlanması
- ✓ Planlamaya esas teşkil edecek güvenilir veri bankası oluşturulması
- ✓ Planlamada uygulanacak yöntemin uygunluğunun tartışılması
- ✓ İnsan gücü tahmin modellerinin ulusal ve bölgesel gerçeklere uygunluğunun test edilmesi
- ✓ Sağlık insan gücü kategorilerinin birlikte birbiriyle ilişkili biçimde planlanması
- ✓ Çok sıkı bir şekilde olmasa da planlamanın ülkenin genel sağlık politikasına uygunluğunun sağlanması
- ✓ Planın uygun değişikliklerle sık sık güncellenmesi
- ✓ Projeksiyonların makul ve mantıklı olup olmadığının test edilmesi
- ✓ Projeksiyonların uzun vadeli, uygulamanın ise kısa vadeli yapılması

Sağlık Bakanlığı sağlık insan gücü planlamasını yaparken bazı kurumlarla işbirliği yapar. Bu kurumlar;

- Kalkınma Bakanlığı
- Yüksek Öğretim Kurulu
- Türkiye İstatistik Kurumu
- Nüfus Etütleri İdaresi
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- Sivil Toplum Örgütleri ve Dernekler
- Milli Eğitim Bakanlığı
- İçişleri Bakanlığı
- Özel Sağlık Sigorta Kuruluşları
- AB Genel Sekreterliği
- Dünya Sağlık Örgütü

3.1.10. Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altında Toplanması

SDP çerçevesinde hedeflenen bir başka husus ise verimlilik. Kaynakların daha özenle kullanılarak maliyetlerin düşmesi ve daha fazla hizmet üretilmesine yönelik alınan önlemler çerçevesinde kamu hastaneleri tek çatı altında toplanmıştır. Hastanelerde orantısız yükün olduğu sisteme göre, SSK, BAĞ-KUR, memur, emekli ayrımı yapılmadan orantılı olarak bütün hastanelerden yararlanmasının önü açılmıştır (Akdağ, 2008: 69).



Grafik 12. Kamu hastanelerinde kullanılan diyaliz cihaz sayısı (Görgün, 2009: 122)

3.1.11.Eğitim ve Bilim Kurumları

Sağlık alanına Ar-Ge çalışmalarının tek bir çatıda organize edilmesi gereken bir merkezin olması, öncelikli konuların zamanında değerlendirilmesi, aynı çalışmaların birbirinden habersiz birden fazla kurum tarafından aynı anda yapılmasının önüne geçilmesi için Sağlık Bakanlığında Ar-Ge komisyonu kurulmuştur. Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) ile işbirliği yapılarak sağlık hizmeti alanlarındaki başvurular Sağlık Bakanlığı tarafından incelenip uygun görüldükten sonra dikkate alınmaktadır (Görgün, 2009: 123).

Sistemin düzgün işlemesi için sağlık sektöründe gerekli analizleri yapabilecek, saha araştırmalarını planlayabilecek, ulusal ve uluslararası düzeyde kurum ve kuruluşlarla teknik yönden işbirliği kuracak ve sektörün ihtiyacı olan insan gücüne mezuniyet sonrasında gerekli eğitimleri verebilecek kurumlar gerekmektedir. SDP'nın sağlık ekonomisi, sağlık planlaması, sağlık işletmesi, sağlık sistemleri, sağlık politikası alanlarında eğitimle donatılmış çalışanlara ihtiyacı vardır. Sistemin ihtiyacı olan bu çalışanlara gerekli eğitimi vermek üzere Hıfzıssıhha Eğitim Merkezi 1982 yılına kadar verdiği hizmetleri 2003 yılında

tekrar vermeye başlamıştır. Hıfzıssıhha Mektebi yeniden yapılandırılarak özellikle yöneticilere ve birçok sağlık çalışanına eğitim vererek ve çıkardığı yayınlarla sisteme katkıda bulunmaktadır. Halen çalışmakta olan personelin eğitim nedeniyle iş gücünden uzak kalması amacıyla uzaktan eğitim sistemi geliştirilerek Hıfzıssıhha Mektebi-Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi (HM-USES) oluşturulmuştur (Görgün, 2009: 126).

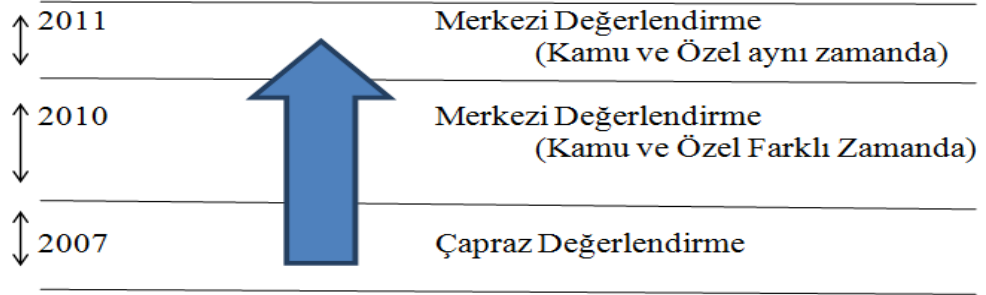
Tıp eğitimi, tıpta uzmanlık sınavına hazırlık eğitimi olmaktan çıkıp, doktorların SDP çerçevesinde hizmet sunmasına yönlendirilecek bilgi ve birikimle donatılmasını hedeflemesi gerekmektedir. Tıpta uzmanlık eğitimi, içerik programlarının meslek örgütlerinin de katılımı ile geliştirilip denetlenmesi gerekir. Eğitim hastanelerinin yeniden yapılandırılarak verdikleri tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standart hale getirecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı haline dönüştürülecektir. Bu uygulamalar, Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik yapıya kavuşturulacaktır (Yavuz, 2011: 38-39).

3.1.12. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Başkanlığı tarafından kaliteli sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan “sağlık kurumlarında kalite ve akreditasyon” çalışmaları 2005 yılında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında kurumsal bir yapılanma ve il ve hastane düzeyinde bir yapılanma, toplumun gereksinimleri dikkate alınarak hazırlanan bilimsel ve uygulanabilir standartların ortaya konması, bu standartların uzmanlarca değerlendirilmesi şeklinde üç eksen üzerine oluşturulmuştur. Bu üç eksenin uygulanan süreçte sistematik olarak geliştirildiği ve gelinen nokta itibari ile Bakanlık merkezinden taşranın en ücra noktasında çalışan personele kadar iyi bir yapının oluşturulduğu görülmektedir. “Hizmette Kalite Standartları” seti ile Sağlık İşletmeleri için gerekli değerlendirme araçları belirlenmiştir. Ayrıca değerlendirmelerin profesyonel yapılabilmesi için nitelikli insan gücü potansiyeli

oluşturulmuştur. Bu değerlendiricilere belli dönemlerde eğitimler verilerek kapasiteleri artırılmıştır. Hizmet Kalite Standartları değerlendirmesi, sağlık kurumlarının “Hizmet Kalite Standartları”nı yerine getirme oranlarının belirlendiği, süreç çerçevesinde gösterdikleri gelişimlerin geribildirimini sağlandığı, bu konuda uzman değerlendiriciler tarafından yapılan yerinde gözlem ve inceleme faaliyetlerinin tümüdür. Değerlendirme kavramı, Sağlık Bakanlığının kalite çalışmalarına özgü bir kavramdır.

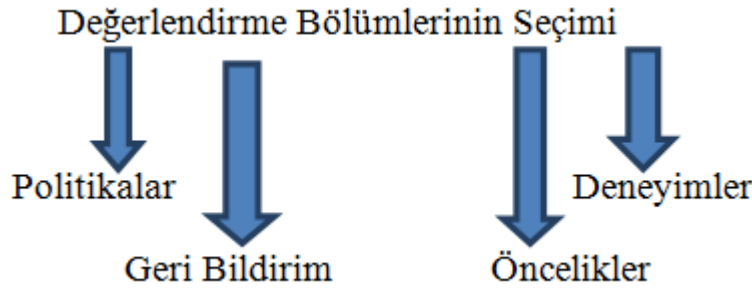
Değerlendirme kavramı, Hizmet Kalite Standartları değerlendirmesi süreci de kurumdaki aksaklıkları belirleyip ceza vermeyi değil, tespit edilen aksaklıkların düzeltilmesini hedeflemektedir. Yerinde gözlem ile yapılan kalite değerlendirmesi var olan durumun tespitinin yanı sıra sağlık kurumları ve sağlık personeli için önemli bir eğitim kaynağıdır(Yavuz, 2011: 38-39).



Şekil 4. HKS Merkezi Değerlendirme (Yavuz, 2011: 39)

2008 yılında yayınlanan “Hizmet Kalite Standartları” isimli set kalite çalışmalarında yeni bir sürecin başlamasına neden olmuştur. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarında başlayan bu kalite çalışmalarına 2009 yılında yayınlanan “Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları” setiyle özel hastaneler de dahil olmuştur. Sosyal Güvenlik Kurumu 2009 yılında özel hastanelerin hastalardan alacakları ücretlerin belirlenmesi için puanlandırma yönergesinde kullanılan puanlandırma parametrelerinden birisini “Özel Hastanelerde Hizmet Standartları”ndan oluşturarak kalite sürecine dahil olmalarını sağlamıştır. 2010 yılının ilk yarısında özel hastaneler, sonrasında da 81 il merkezindeki kamu hastaneleri ile ağız ve diş sağlığı merkezleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen

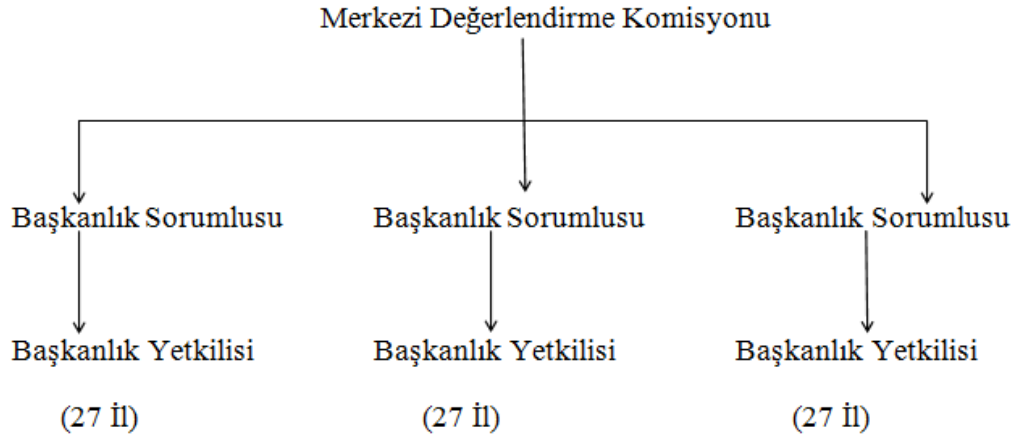
ekiplerce “Merkezi Değerlendirme” kapsamında değerlendirilmiştir. Bütün ülkedeki sağlık kurum ve kuruluşlarında Sağlık Bakanlığınca belirlenen ekipler tarafından yine Sağlık Bakanlığının belirlediği kurallar ve takvim kapsamında yapılan değerlendirme işlemleri “HKS Merkezi Değerlendirme” adıyla kamulaşmıştır. Değerlendirme işlemleri Çapraz Değerlendirme ve Merkezi Değerlendirme olarak iki şekilde yapılmaktadır. Bu değerlendirmelerde değerlendirmesi yapılacak HKS bölümleri ve değerlendirme yapılacak süre Sağlık Bakanlığınca belirlenmektedir. Değerlendirme süresi hastanenin yatak sayısı ve değerlendirilmesi gereken bölüm sayısına göre belirlenirken değerlendirmesi yapılacak bölümler genel hastaneler, dal hastaneleri ve ADSM’leri için farklılık göstermektedir (Yavuz, 2011: 40).



Şekil 5. HKS Değerlendirme Bölümlerinin Seçimi (Yavuz, 2011: 40)

Merkezi Değerlendirme sürecinde 2011 yılına kadar Kurumsal yapıyı Merkezi Değerlendirme Komisyonu oluşturulurken 2011 yılında edinilen tecrübeler ve sahadan alınan geri bildirimler sonucunda bu sürece yeni bir boyut kazandırarak iletişim ve yönetsel anlamda yeni bir yapı oluşturulmuştur. Bu yeni yapıda; Değerlendiriciler, Kurumlar ve Merkezi Değerlendirme Komisyonu şeklinde üçlü sistem oluşturulmuştur. Bunun amacı; değerlendirme sürecinin sağlıklı yürütülmesi, zamanın etkin bir şekilde kullanılması ve kuralların açık bir biçimde tüm taraflarca bilinmesidir. Bu sistem için Merkezi Değerlendirmeyi yönetmek için Başkanlık bünyesinde 1 Başkan, 3 Başkanlık sorumlusu, 3 Başkanlık yetkilisinden oluşturulan 7 üyeli “Merkezi Değerlendirme Komisyonu”

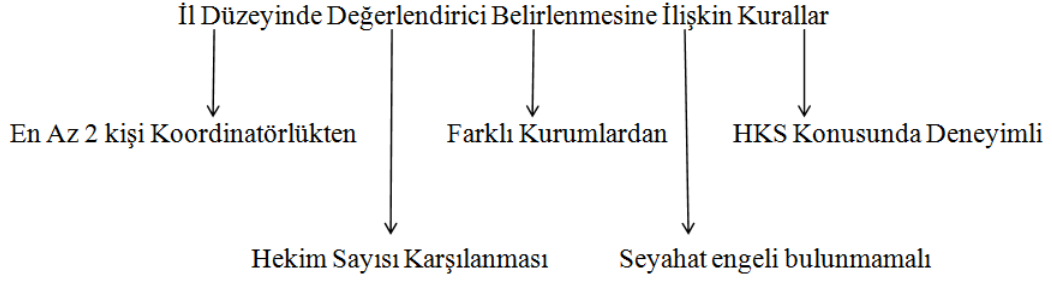
kurulmuştur. Merkezi Değerlendirme Komisyonunda bulunan her bir Başkanlık yetkilisi 27 ilden sorumlu tutulmuştur. Bu illerdeki değerlendirmelerden, kurumlardan ve buralarda görev yapan değerlendiricilerden ve il performans ve Kalite Koordinatörlerinden sorumludurlar. Başkanlık yetkilileri sorumlu oldukları değerlendiricilerden aldıkları görüş ve önerileri Merkezi Değerlendirme Komisyonuna bildirirler, komisyonda bu görüş ve önerileri inceleyip değerlendirirler. Bu şekilde etkin bir iletişim ağı ile süreç sağlıklı yönetilmektedir (Yavuz, 2011: 40)



Şekil 6. HKS Merkezi Değerlendirme Komisyonu (Yavuz, 2011)

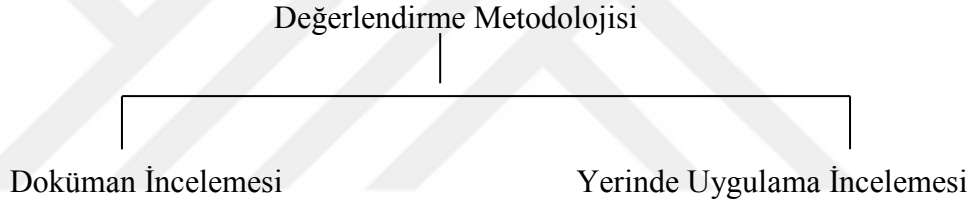
Bu yapılanma sayesinde süreç sağlıklı yürütülmekte ve bilgi akışı zamanında doğru bir şekilde yapılmaktadır. Böylece Merkezi Değerlendirme Komisyonun karar organları da bilgiye daha sistematik bir şekilde ulaşmaktadırlar. Merkezi Değerlendirme Komisyonu'nun görevleri şunlardır (Yavuz, 2011: 40);

- ✓ Değerlendirme sürecinin yönetimi
- ✓ Değerlendiricilerin belirlenmesi
- ✓ Değerlendirilecek kurumlar ve değerlendirme takviminin belirlenmesi
- ✓ Görüş ve önerilerin değerlendirilmesi



Şekil 7. İl Düzeyinde Değerlendirici Belirleme Kuralları (Yavuz, 2011)

Kalitenin teknik kapsamı, teşhis ve tedavinin gelişmiş tıp bilimine, bilimsel standart ve kurallara uygun olmasını, sanatsal kapsamı da sunulan hizmetlerin hasta gereksinimlerini karşılmasını içermektedir (Yavuz, 2011: 40).



Şekil 8. HKS Değerlendirme Metodları (Yavuz, 2011)

Tedavi sanatı tedavinin uygulanması aşamasında hasta tarafından algılanması anlamına geldiği için algılanan kalite olarak da isimlendirilir.

Kişilerin geçmişte edindikleri deneyimleri ve beklentileri, hizmeti sunan kişilerin tutum ve davranışları, kişisel kalite algısına yol açar. Algılanan kalite ve teknik kalitenin bileşimi, genel kalite düzeyini belirler. Yüksek kaliteli hizmet sunumu kurumun verimliliği ve karlılığını olumlu yönde etkiler (Kavuncubaşı, 2000: 271).

Hizmet kalitesini açıklayan evrensel kriterler (Çatalca, 2003: 21);

- Erişilebilirlik,
- Zamanlılık,

- Profesyonellik,
- Güvenilirlik,
- Doğruluk,
- Tamlık,
- Süreklilik,
- Esneklik,
- Ortam,
- Güvenlik,
- Görünüm,
- Anlaşılabilirlik

Bir kuruluştaki bütün çalışmaların sürekli bir şekilde iyileştirilmesi ve bu çalışmada bulunan bütün çalışanların, müşterilerin ve toplumun memnun edilmesiyle karlılığa geçmesine Toplam Kalite Yönetimi denilebilir (Kalder, www.kalder.com, 14/02/2016).

Esasında bir yönetim felsefesi olan Toplam Kalite Yönetiminin üç ilkesi vardır. Bunlar(Acuner, 2003: 14);

- ✓ Müşteri oryantasyonu
- ✓ Süreç oryantasyonu
- ✓ Sürekli gelişme

Bir başka yaklaşıma göre de Toplam Kalite Yönetiminin dört ilkesi vardır. Bunlar; müşteri odaklılık, proseslerin yönetimi, tam katılım ve insan kaynakları yönetimidir(Perçin, 1996: 16).

Kısaca; kalitenin tanımı, toplam kalite yönetiminin hareket noktası, müşterinin talepleri, müşterinin memnuniyeti, müşterinin tatmini belirler. Türkiye’de sağlık kurumları TS-EN ISO 9001 belgesi alıp sundukları hizmetin kalitesini belgelemek için Türk Standartları Enstitüsü veya özel belgelendirme kuruluşlarına başvururlar. Üretimin veya hizmetin sunumu aşamasında beklenilmeyen veya kabul edilemeyecek aksaklıkların ortaya çıktığı zamanlarda durumu düzeltmeye yarayacak tedbirlerin alınması ve kalite ile ilgili sorunların en

aza indirgenmesi için gereken önlem ve düzenlemeleri içeren ISO 9001 serisinde yer alan standartlar Türkiye’de sıklıkla kullanılır. Toplam Kalite Yönetiminin başarılı olabilmesi için bu yaklaşımı kurumun üst yöneticilerinin benimsemesi gerekir (Perçin, 1996: 16).

Kurum yöneticilerinin ve çalışanlarının toplam kalite yönetimi konusunda belli aralıklarla tekrarlayan eğitime tabi tutulması ve en önemlisi de kurum çalışanlarının kalite anlayışını benimsemesi gerekmektedir. Kurumun hedefleri doğrultusunda çalışanlarında katılımı ile üst yönetim organlarınca kalite politikası belirlenmesi ve bu doğrultuda yapılan bütün işlemlerin süreçleri saptanmalıdır. Bu süreçlere ilişkin iş akış şemaları oluşturularak yazılı prosedürler belirlenmelidir. Her işle ilgili ayrı ayrı iş talimatları hazırlanarak görevli personelin görevleri yazılı olarak ayrıntılı bir şekilde tanımlanmalıdır. Bunların yanında tıbbi cihazların kalibrasyonları da yapılarak hazırlık aşaması tamamlanmalıdır.

Uygulama aşamasına geçildiğinde hazırlanan prosedürlere, talimatlara ve görev tanımlarına uygun olarak işler denetlenmeli ve ortaya çıkan aksaklıklar tespit edilerek giderilmelidir. Bütün bunların yanı sıra kurumda çalışan gönüllülerden oluşan kalite çemberleri periyodik olarak toplanıp süreçle ilgili aksaklıkları ve bunları gidermek için gerekli önlemleri içeren önerilerini kurum yönetimine bildirmelidir. Ayrıca kalite konusunda çalışanların eğitime devam edilmelidir (Geleceği Şekillendirme, 2003: 1).

Son zamanlarda sağlık hizmetlerinde kalite konusunun gündeme gelmesinin öncelikli üç sebebi vardır. Bunlar;

- ✓ Bütün Dünya’da ağırlıklı olarak sağlık hizmetleri devlet eliyle yürütülmektedir. Bu da devletin bu konuda etkileyici rol oynamasına neden olur.
- ✓ Sağlıkta kalite konusunda hizmetten yararlananların ve diğer paydaşların taleplerinin olması,
- ✓ Hastane yönetimlerinin inisiyatifleri artmıştır ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerinde kalite konusuna ilgi artmıştır.

Başlangıçta birçok hükümet maliyetleri üstlenirken, bugün organizasyon, yönetim ve kalite ile ilgilenmekte ve birçok ülkede kalite iyileştirme konularında görev üstlenmektedir. Günümüzde çağdaş toplumlarda da sağlık sorunları varlığını sürdürmektedir. Fakat sorunların varlığı, çözülemeyeceği anlamına gelmez düşüncesiyle hareket eden Sağlık Bakanlığı, ülke gündeminde bugüne kadar pek yer tutmayan kalite ve akreditasyon konusunu “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde ele almıştır.1990’lı yıllardan itibaren Türkiye sağlık sektöründe ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemini kullanmaya başlamıştır. Bu yönetim sistemine göre yapılanma çalışmaları da 2000’li yıllardan itibaren yaygınlaşmıştır. 2000’li yıllarda sağlık hizmeti sunan kurumların %10’u ISO 9000 Kalite Yönetimi Sistemi belgesine sahip olmuştur. Türkiye’de ISO 9000 konusunda denetim ve belgelendirme hizmetini Türk Akreditasyon Kurumu (TURKAK) ve başka ülkelerin akreditasyon kurumlarından akredite olmuş belgelendirme kuruluşları vermektedir. Ayrıca çalışmalarını Türkiye Kalite Derneği (KALDER)’nin yürüttüğü Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) mükemmellik konusunda çalışmaları bulunan sağlık kuruluşları vardır. Akreditasyon; Herkesçe kabul gören bir tüzel kişilik tarafından bir sağlık kuruluşunun önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunu onayladığı resmi bir süreçtir. Sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması; (Kunst ve Lemmink, 2000: 1124).

- Türkiye için sağlık hizmetlerinin standartlarının belirlenmesi ve geliştirilmesi,
- Hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi,
- Performans ölçüm sisteminin geliştirilmesi ve ulusal klinik kalite göstergelerinin belirlenmesi,
- Sonuçların karşılaştırılması için veri tabanının oluşturulması,
- Hasta ve çalışan güvenliğini ölçmek ve geliştirmek için sistem oluşturmak ve geliştirme,

- İnsan kaynakları standartlarının oluşturulması, gibi ihtiyaçlardan kaynaklanmaktadır.

3.1.13. İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standartlaştırılması, ruhsatlandırılması ve bunların mantıksal yönetimi konularında uluslararası standartları yakalayacak kurumsal oluşumlar gerekmektedir. Bu kurumların siyasal kaygı ve yaptırımlardan uzak, özerk kurumlar halinde örgütlenmesi gerekmektedir. İlaç ve tıbbi cihaz konusunda uzman olacak bu kurumları ayrı ayrı veya tek çatı altında toplamak mümkündür (Aykır, 2014: 44).

3.1.13.1. Ulusal İlaç Kurumu

Ülkemizde ilaç sektörünün ve farmasötik ürünlerin maliyeti çok yüksektir. İlaç fiyatlarındaki artışlar bilimsel bir temele dayanmamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında oluşturulan platformda ilaç sektörü ile ilgili uzun yıllardır yaşanan sorunların bilimsel esasları dikkate alınarak uzlaşmacı yaklaşımlar çerçevesinde çözüm yolları aranmıştır. Ulusal İlaç Kurumu, ilaçlarla ilgili politikalar belirlemek, ilaçların ruhsatlandırma işlemini yapmak, üretimini, tanıtımını, satışını, araştırma ve geliştirme çalışmalarını yönlendirme konularında düzenleyici ve destekleyici olmak amacıyla kurulmuştur. Bu kurum hiçbir etki altında kalmadan bağımsız olarak ulusal politikalar çerçevesinde çalışmaktadır. İlaçların ruhsatlandırma işlemleri, daha açık ve hızlı olacak, fiyatlandırmalar alıcı ve satıcının mutabakata varacağı bir yöntemle yapılacaktır. Türkiye’de faaliyet gösteren ilaç firmalarının yurt dışına açılımı, üretilen ilaçların yurt dışında pazara sunulması konuları da SDP’ı kapsamında ele alınmıştır (Aykır, 2014: 44).

Tablo 9. Kamu İlaç harcaması

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	5 yıllık artış (%)
Kamu İlaç Harcaması (Milyon TL)	5.232	5.428	5.601	5.173	5.944	6.056	16
Tüketilen İlaç (Milyon Kutu)	699	769	856	1.212	1.272	1.399	100

Tabloda görüldüğü gibi 2002 yılı ve 2007 yılları arasında geçen beş yıllık süreçte ilaç kullanımında iki kat artış görülmektedir. Bu artışa bağlı olan fiyatında bu oranda artması gerekirken, bu orandaki artış yalnızca %16 olmuştur.

3.1.13.2. Tıbbi Cihaz Kurumu

Ülkemizde tıbbi cihaz ve sarf malzemesi konusunda daha çok ithale dayalı bir akış olmaktaydı. Bunun yanı sıra tıbbi cihaz ve sarf malzemelerinin denetimi, kalite belgesi ve kalibrasyonu konularında da yurt dışı referanslar kullanılıyordu. Dikkate alınan uluslararası referansların yanı sıra ulusal standartların tespit edilmesi ve kalite belgesi düzenlenmesi, tıbbi cihaz ve sarf malzemelerinin yerli üretimini kolaylaştıracağı cihazların periyodik kalibrasyonu, tanı ve tedavideki güvenilirliği ve verimi artıracaktır. Tüm bu nedenlerle SDP kapsamında sağlık kurumlarında klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur. Bu kurum, bilgi veri tabanları oluşturacak, tıbbi cihaz planlaması ve satın alımı, tıbbi cihazların karşılaştırmalı değerlendirmesi, güvenlik programları, klinik mühendislik uygulamalar, kanunlar ve düzenlemelere dair bilgi sağlayarak uygulama yapacaktır. Sağlık sisteminin, tedavi sürecinin hiçbir aşamasında malzeme temini konusunda yaşanacak aksaklıklara toleransı yoktur. İnsan hayatının söz konusu olduğu sağlık yönetim sisteminde malzeme ve stok yönetimi, bunların kontrolü için yapılan çalışmalar her geçen gün önemini artırmaktadır. Bu nedenlerle Sağlık Yönetim Sistemlerine bağlı kurum ve kuruluşlarda etkin bir malzeme yönetimi ve stok yönetimi çalışmaları yapılması gerekmektedir. Hastanelerde genel olarak, Eczane deposu, laboratuvar deposu ve tıbbi sarf malzeme deposu olmak üzere üç çeşit depo bulunur. Hastanelerin hizmet

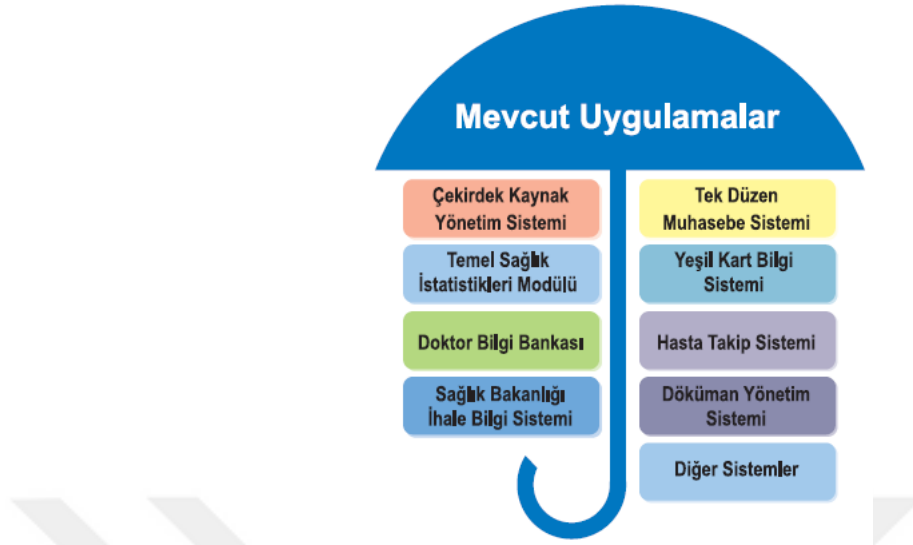
sunduğu branşlarla stokta bulundurması gereken malzeme çeşitleri doğru orantılı artış göstermektedir(Aykır, 2014: 44-45).

3.1.14. Sağlık Bilgi Sistemi

Bir hastanenin yönetimi, mal ve hizmet üretimi esnasında oluşan mali, idari, tıbbi süreçlerin öngörülen biçimde yürütülmesini sağlamak amacıyla kullanılan yazılım ve donanımların tümüne hastane bilgi sistemi denir. Hastane bilgi sistemi, bir hastanenin verilerinin tamamını veya çoğunluğunu değerlendirmek üzere toplamak için tasarlanan bilgisayar sistemidir (Özbek vd., 2007: 11).

Sağlık bilgi sistemleri iki başlıkta incelenir. Bunlar (Pemberton vd., 2003: 181);

- ✓ Klinik Bilgi Sistemleri: Elektronik Sağlık Kayıtları, Klinik Karar Destek Sistemleri, Hemşire Bilgi Sistemleri, Görüntü Yönetim ve Depolama Sistemleri, Klinik İletişim Sistemleri, Teletıp, Vaka Bileşimi, Sanal Gerçeklik Uygulamaları, Akıllı Kart, Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri, Standartlar, Klinik Kılavuzlar ve Bakım Haritaları gibi bileşenlerden oluşur.
- ✓ Teşhis Tedavi Sistemleri: Laboratuvar Sistemleri, Raydoterapi Bilgi Sistemi, Nükleer Tıp Bilgi Sistemi, Tıbbi Konuşma Tanıma Sistemi ve diğer uygulamalardan oluşur.



Şekil 9. Sağlık bilgi sistemi (Özbek vd., 2007: 12).

Günümüzde teknolojik gelişmelere doğrultusunda sağlık sektöründe bilgisayar destekli bilgi sistemleri kullanımı yaygınlaşmıştır (Pemberton vd., 2003: 181). Klinik bilgi sistemleri hastalara ait klinik bilgileri depolayan ve tekrar kullanılabilir hale getiren sistemler olarak tanımlanabilir. Klinik bilgi sistemlerinin bileşenleri aşağıda belirtilmiş ve açıklanmıştır (Raymond ve Dold, 2002: 122).

- **Elektronik Sağlık/Hasta Kayıtları:** Hasta ile ilgili bütün bilgilerin bilgisayar ortamında depolanmasını ve gerektiğinde kullanılmasını sağlayan bir bilgi deposudur (Blobel, 2001: 81).
- **Klinik Karar Destek Sistemleri:** Alınacak klinik kararlarda sağlık çalışanlarına yardımcı olan bilgisayar programlarıdır. Bu sistemler daha çok karar desteği sağlamak için klinik veri veya medikal bilgilerle dolu bilgisayar sistemleridir (Eneida, 2004: 591).
- **Hemşire Bilgi Sistemleri:** Teknolojinin hemşirelikle ilgili alanlar ve işlemler üzerinde çalıştığı sistemleri kapsar. Hemşirelik faaliyetlerinin kolay ve verimli yapılmasına olanak sağlar (Saba, 1997: 59).
- **Hasta Takip Sistemleri:** Bilişim teknolojisinin gelişmesi ile hastaların yaşam sinyallerini sürekli izlemek ve periyodik bir şekilde fizyolojik

verilerini göstermek görevini bilgisayar destekli cihazlar yerine getirmektedir. İlk etapta hastaya bağlanan izleme donanımından elde edilen analog veri, bilgisayarda işlenerek görülecek şekilde dijitalleştirilir ve bu veriler hafızada saklanarak, periyodik olarak ya da istenildiğinde görüntülenebilir. Hasta Takip Sistemi yoğun bakım servisinde, hasta yatağının yanında bulunabileceği gibi bilgi aktarımı amacı ile uzaktaki bir yoğun bakım merkezine de bağlanabilir. Hasta Takip Sistemi'nde hastanın kalp atışı, tansiyonu, ateşi gibi fonksiyonlar anında bilgisayar ekranından görüntülenir (Özata, 2004: 66).

- **Teletıp:** Hasta ve hekimin aynı yerde olmamaları durumunda sağlık hizmeti sunumunda bilgi ve iletişim teknolojilerinden faydalanmayı amaçlar. Bu uygulamanın bazı özellikleri, erken teşhis, hastalığın ilerlemesini engellemek için önerilerde bulunma ve objektif bilgiler ışığında profesyonel karar almaktır(Yılmaz, 1999: 52).
- **Vaka Bileşimi (Casemix) Sistemleri:** Uygulanan sağlık sisteminin sonuçlarını ve hastaları benzer durumlarına göre gruplayarak, hizmetin klinik yönü ile finansal yönü arasında etkileşimli bir bağ ve denge kuran, klinik ve finansal olarak anlamlı bir şekilde kategorilere ayıran sistemdir(Güleş, 2002: 730).
- **Akıllı Kart (Smart Card) Uygulamaları:** Hastaların yaşadıkları yeri terk ederek başka bir yere gitmesi durumunda kendisine ait tıbbi kayıtların bir merkezde toplanması ya da bir kişinin taşınması gerekmektedir. Tıbbi kayıtların işlevsel olabilmesi için gerek duyduğunda kullanılabilir ve doğru olması gerekmektedir. Buna çözüm oluşturmak amacıyla geliştirilen bir uygulamadır (Müldür, 1999: 8).

Hastaların teşhis ve tedavisinin yapılması amacıyla kullanılan bilgisayar destekli sistemlere ve donanımlara genel anlamda teşhis ve tedavi sistemleri denir. Bu sistemlerin bazıları (Özata, 2004: 73);

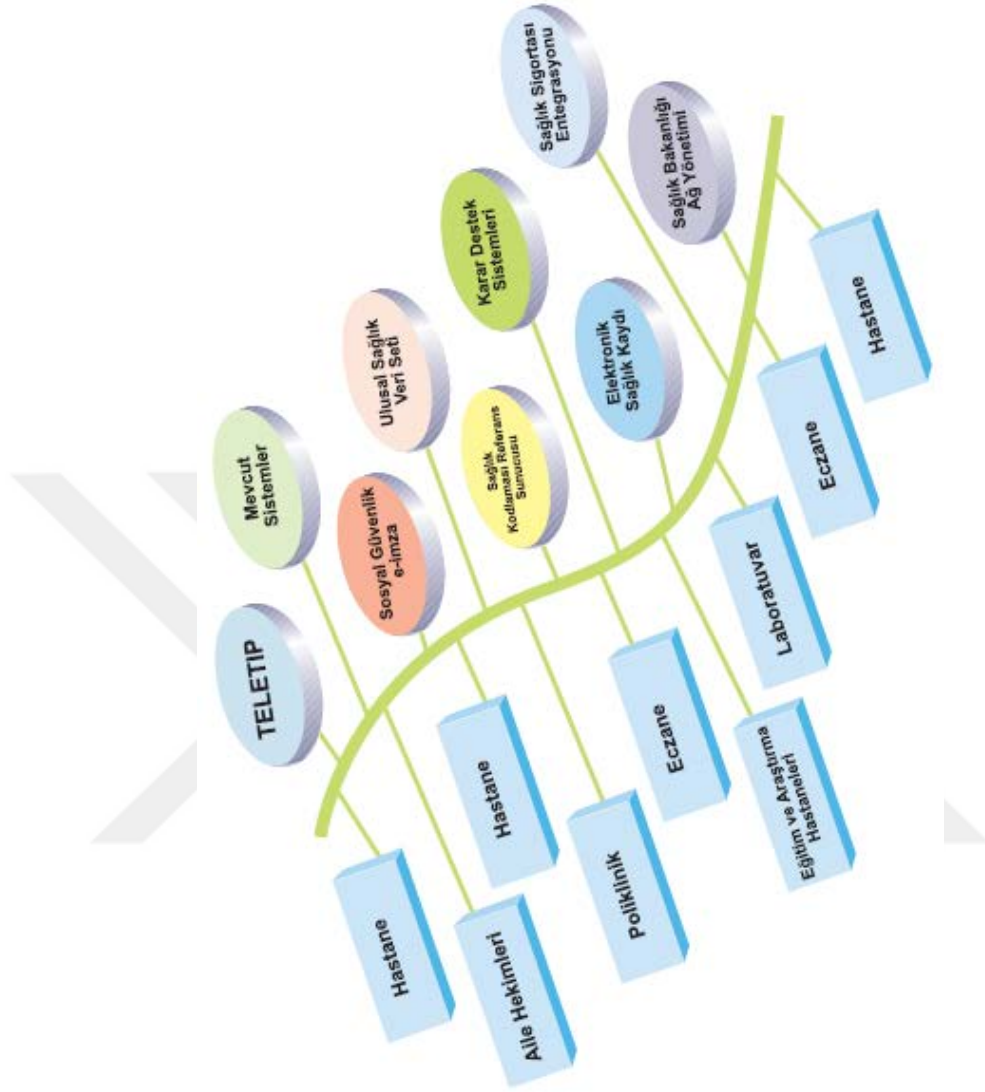
- **Laboratuvar Bilgi Sistemi:** Bu sistem yatan hastaların, ayaktan hastaların ve doğrudan laboratuvara müracaat eden hastaların yapılacak tetkiklerinin

kayıt edildiği, alınacak numunelerin karışmasını önlemek amaçlı otomatik etiketlemeyi yapan bir sistemdir. Yapılan bu tetkik ücretlerinin hastanın mali kayıtlarına da aktarılmasını sağlayarak tetkiklere ait maliyet analiz istatistiklerinin yapılmasını da sağlar (Ünsal, 2005: 1-4).

- **Tıbbi Görüntü, Arşiv ve İletişim Sistemi:** Günümüzde radyoloji alanında kullanılan en önemli görüntüleme sistemi olan Picture Archiving and Communication System (PACS) farklı yerlerde bulunan görüntüleme sistemlerinin elde ettiği görüntüleri bir merkezde arşivleyip, gerek duyulduğunda farklı yerlerdeki ihtiyaç sahiplerinin kullanımına olanak veren elektronik film arşividir. Digital Image Communication in Medicine (DICOM) ise sadece hastanın medikal görüntülerinin değil, bunun yanında ek bilgilerinin de saklandığı sistemdir (Ulaş ve Tatar, 2005: 245).

Görüntüleme cihazlarından elde edilen görüntüler önce DICOM'a dönüştürülür ve yerel ağ kanalı ile PACS server'a iletilir. PACS da bu görüntüleri ayrıştırarak kalıcı olarak saklanacağı Veri tabanı sunucusuna ve Dosya Sunucusuna iletir. Bu işlem sonrası ağa bağlı bilgisayarları üzerinden radyoloji birimleri ve hekimleri görüntüleri görebilir ve üzerinde işlem yapabilir (Özbek vd., 2007: 3).

- **Nükleer Tıp Bilgi Sistemi:** Nükleer tıp bilgi sistemi, nükleer tıp isteklerinin girişinden değiştirilmesine, randevu planlamasından hasta bilgi girişine, ayrıca film kaydı takibi sisteminden radyoloji raporlarının hazırlanmasına ve mevcut hastane bilgi sistemi terminallerine bilgi yollanmasına kadarki işlevleri kapsar (Hbsaci, 2005: 61-63).



Şekil 10. Sağlık Bilgi Sistemi (Ozcam, 2007: 48).

Sağlık bilgi sistemi etkili bir yönetim için vazgeçilmez bir unsurdur. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı da bilgi sistemlerini bir araç olarak kullanmaya karar vermiştir. Türkiye “Sağlık Bilgi Sisteminden (TSBS)” ilk kez 2003 yılında yayınlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nda gündeme gelmiştir. Bu sistem ile elektronik sağlık kayıtlarının ülke kapsamında kolayca saklanması ve paylaşılması sağlanmıştır (Ozcam, 2007: 48).

SONUÇ

Türkiye’de Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar izlenen sağlık politikaları, genel olarak ülkede izlenen ekonomi politikaları doğrultusunda şekillenmiş ve değişen ekonomi politikalarıyla beraber izlenen sağlık politikaları da değişmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarında ekonomik yetersizliklerden dolayı izlenen devletçi sağlık politikası, salgın hasatlıklarla savaş ve yeniden yapılanma esaslı olmuştur. 2. Dünya Savaşı sonrasında, yani refah devleti dönemi sağlık politikalarında ise, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında devletin ağırlıklı olduğu düzenlemelerin yer aldığı görülmektedir. Bu durum refah devletinin düzenleyici ve iktisadi hayattaki aktif rol alışının ülkemiz sağlık politikalarına da aynen yansıdığına göstergesidir.

1980’li yıllara kadar kamusal hizmetlerin ağırlıklı olduğu, özel sektörün de kısmen yer aldığı sağlık hizmetleri sektöründe, 1980’lerden sonra piyasa enstrümanlarının kamusal kaynaklar içinde kullanılması düşüncesi ve bunu sağlamaya yönelik çalışmalar ağırlık kazanmıştır. Dünya genelinde, küreselleşme ile birlikte başlayan kamu yönetimindeki değişim rüzgârları, sağlık alanında da etkisini göstermiş ve 1980 sonrası Türkiye’de sağlık politikalarında sürekli bir reform anlayışı içine girilmiştir. Sağlık politikalarında yer alan bu değişim süreci, dünyada etkisini hızla hissettiren küreselleşme ile birlikte neo-liberal iktisat politikalarının beraberinde getirdikleri “Yeni Kamu Yönetimi” anlayışının da bir sonucudur.

Ülkemizde 1980 sonrası sağlık politikaları incelendiğinde, birbirini takip eden sağlık reformlarının hepsinin gerekçelerinde sağlık harcamalarının mevcut sistemle karşılanamaz boyutlara ulaştığı, sağlık hizmetlerinin verimsiz ve düşük kalitede olduğunun vurgulandığı görülmekte ve çıkış noktası olarak; temel sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, desantralizasyon, hizmet sunum ve finansmanının ayrılması gösterilmektedir. Bu hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için Türkiye’de izlenen sağlık politikalarındaki temel dönüşüm, özel sektöre yer açılması adına yapılan kanuni düzenlemeler ve bunları takip eden uygulamalar olmuştur.

Değişim sürecinin en önemli göstergelerinden biri, 1961 Anayasası'nın sağlığı temel bir insan hakkı olarak gören ve bu hakkın devlet tarafından güvence altına alınmasını öngören "sosyal devlet" anlayışının, 1982 Anayasasının 56. maddesi ile birlikte değiştirilmiş olmasıdır. Bu madde ile devletin sağlık alanındaki görevi, dönemin yeni yönetim anlayışını yansıtan bir şekilde, düzenleyici ve denetleyici olarak belirlenmiştir. Ayrıca Anayasa'nın 60. maddesinde, vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip oldukları ve bu hakkın gerçekleştirilmesinin devletin sorumluluğunda olduğu yönünde düzenleme yapılmıştır. Anayasa'daki bu değişiklik bundan sonra yapılacak sağlık reformlarının habercisi olmuş ve temel dayanağını oluşturmuştur.

1982 Anayasası'nı temel alan sağlıkta dönüşüm çalışmaları, yedinci (1996–2000), sekizinci (2001-2005) ve dokuzuncu (2007-2013) kalkınma planlarının temel belirleyeni olmuştur. Hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturularak işletme haline dönüştürülmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek için etkin sevk sistemi dâhilinde işleyen aile hekimliğinin kurulması, prim temelli genel sağlık sigortası uygulanması, emeklilik ve sağlık sigortası hizmetlerinin ayrılması ve sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, özel sağlık ve hayat sigortalarının teşvik edilmesi, özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımların teşvik edilmesi gibi hedefler, kalkınma planlarına bu çerçevede nedeniyle alınmıştır.

Kalkınma planlarında yer sağlık alanında dönüşümün, Anayasa'dan sonra ikinci önemli yasal düzenlemesi 1987 tarihinde yayımlanan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur. Bu kanunda, genel sağlık sigortasına ilişkin düzenlemeler yer almış ve kamu hastanelerinin, sağlık işletmesine dönüştürülmesinin, hastane birliklerinin kurulmasının, kurum dışından her türlü sağlık ve laboratuvar hizmeti alınabilmesinin, Türk uyruklu ve yabancı uyruklu elemanların kadro karşılığı aranmaksızın sözleşmeli olarak çalıştırılabilmelerinin önü açılmış; böylelikle kamu ve kamu/özel sektör odaklı sağlık politikaları, bu dönemden itibaren özel sektörün lehine değişim göstermeye başlamıştır.

1980'lerin sonlarından itibaren, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü Türkiye'de sosyal güvenlik ve sağlık sektörünü yeniden yapılandıracak bir reform programının uygulanmaya konması için politikalar üretmeye başlamış, hükümetlere projeler ve araştırma raporları ile destek vermiştir. Türk sağlık politikalarında asıl dönüşüm süreci bu dönemde başlamış ve günümüzde halen devam etmektedir.

DPT'nin 1990 yılında yayınlamış olduğu Master Plan Etüdü sonucu hazırlanan raporda, sağlık hizmetleri alanında acil olarak mevcut uygulamanın iyileştirilmesi, serbest pazar stratejisi ve ulusal sağlık hizmeti stratejisinin uygulamaya konulması gerektiği yönünde görüş bildirilmiştir. 1990'lı yılların başlangıcında, sağlık politikası ile ilgili tartışmalar hem DPT'de yapılan bu çalışmada hem de hükümet ile Dünya Bankası arasında imzalanan ikraz anlaşması gereğince başlatılan 1. Sağlık Projesi ile yepyeni bir görünüm almıştır. Bu dönemde ayrıca Behçet Uz döneminden sonra ilk defa bir ulusal sağlık politikası oluşturma çabaları başlamış ve bu çalışmaların ilk ürünü olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık hedefleri" ile uyumlu Türk Milli Sağlık Politikası dokümanı yayınlanmıştır. Bu tarihte Sağlık Bakanlığı, bu dokümanın hazırlanma nedenini Türkiye'de değişen hükümet ve sağlık bakanları ile birlikte değişmeyecek bir sağlık politikası oluşturmak ve Türkiye'nin 2000 yılında herkese sağlık amacına bağlılığını göstermek' olarak açıklamıştır.

Genel olarak baktığımızda sağlık alanındaki bu değişim, kamusal bir anlayışla verilen sağlık hizmet sunumunu her geçen gün daha artan bir şekilde piyasa odaklı hale dönüştürmekte, bunun neticesinde de yapı ve süreçler verimlilik ve etkililik ilke ve söylemleriyle biçimlenmektedir. 2002 yılına kadar olan sağlık reformlarının hedeflerinin hemen hepsinde aynı söylemler olmasına karşın çeşitli sebeplerle sonuca ulaşamadığı görülmektedir.

Sağlıkta dönüşüm sürecine, toplum, politikacılar, üniversiteler, medya, çıkar grupları, profesyoneller ve bürokratlar gibi birçok aktör etkide bulunmaktadır. Dönüşüm sadece teknik değil, aynı zamanda siyasi bir süreçtir. Siyaset dönüşüm döngüsünün tüm aşamalarına yayılmaktadır. Bu, dönüşüm

programının arkasında politik kararlılığın olmasını ve politik strateji geliştirmeyi zorunlu kılmaktadır. Etik, çıkarlar ve inançlardaki farklılıklar kaçınılmaz olarak dönüşüm programı hakkında farklı görüşlere neden olmaktadır. Bu anlaşmazlıkları çözmek için şu veya bu politik süreçler, kaçınılmaz olarak kullanılmaktadır. Türkiye’de genellikle siyasilerin, kariyer dönemleri içerisinde halkın öncelik verdiği tedavi hizmetlerine ve sağlığın finansmanı konularına ağırlık verilmesi ve sorunların çözümü noktasında halkın gördüğü alanlara yönelik iyileştirmelere gidilerek siyasi rant elde edilmek istenmesi başarıdan çok soruların derinleşmesine yol açmış, sağlık sistemi ve sorunları bütün olarak ele alınmadığı için reformlardan başarılı bir sonuç elde edilememiştir. 2003 yılında uygulanmaya başlayan, Sağlıkta Dönüşüm Projesi’ni diğer reformlardan ayıran en önemli farklılığı, tek parti Hükümeti’nin ve Sağlık Bakanlığı’nın konuyla ilgili kararlılığı ve yapılmak istenilen değişimlerin, sağlığın aksayan her alanına yönelerek bir bütün olarak ele alınmasıdır. Nitekim geçmişteki uygulamalara baktığımızda bütünsel bir reform hareketinin başlatılmadığı görülmektedir.

KAYNAKÇA

- Acuner Şebnem, (2003), Müşteri Memnuniyeti ve Ölçümü, MPM Yayınları Nr: 655, Ankara.
- Akal Zühal, (1995), “Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme ve Değerlendirme Sistemleri”, Verimlilik Dergisi, Özel Sayı İstanbul.
- Akdağ Recep, (2003), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Aralık 2003, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, www.saglik.gov.tr, 11.02.2018.
- Akdağ Recep, (2008), Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Akdur Recep, (1998), “Türkiye’de Sağlık Politikaları”, Halk Sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Ankara.
- Aktan Coşkun Can. vd., Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, www.canaktan.org/ekonomi/saglik (08.04.2018).
- Atatürk’ün Söylev ve Demeçleri, Cilt I-III,
- Aykır Erkan, (2014), 2002-2012 Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Belek İlker, (2012), Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı, İstanbul.
- Berman Pelin ve Mustafa Tatar, (2004), Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, Cilt 1, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Blobel Brigitte (2001), “Hospital Information Systems in Today’s Healthcare”, World Markets Series Business Briefing: Hospital Engineering & Facility Management, December.

- Büyükses Yasemin, (2012), 1980 Sonrası Türkiye'deki Sağlık Politikalarında Dönüşüm, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
- Çatalca Huriye, (2003), Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Beta Yayınları, İstanbul.
- Çavmak Doğançan, (2017), Sağlık hizmetlerinde İnsan Kaynakları planlaması: Türkiye Değerlendirmesi.
- Dünya Sağlık Raporu, (2003), Geleceği Şekillendirmek, Özet Çalışma, Hıfzı sıhha Mektebi Sağlık Hizmetleri Araştırma Geliştirme Bölümü, Ankara.
- Eneida, Mendonça A., (2004), "Clinical Decision Support Systems: Perspectives in Dentistry", Critical Issues in Dental Education, June.
- Görgün Hülya, (2009), Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale.
- Güleş Salih, (2002), "Dünyada ve Ülkemizde Sağlık Enformasyon Sistemleri", 5. Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, 16-19 Ekim, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Gülşen Mustafa Alpin, Yıldırım Mustafa, (2017), Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında uygulanan sağlık regülasyonlarının üniversite hastanelerinin mali yapılarına etkisi, Ömer Halis Demir Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt, sayı 10 (4).
- İşlek Nuray, (2005), Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin İş yükü Analizine Dayalı İnsan gücü Planlaması: Klinik Ölçeğinde Bir Uygulama, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
- Kavuncubaşı Şahin, (2000), Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 767

- Kılıç Mustafa, Tunç Şebnem, (2004), “İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi”, Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 1, Ankara.
- Kılıç Mustafa, (2006), “Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri” Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 9, İstanbul.
- Kısa Adnan, (2012), Türkiye’de Sağlık Ekonomisinde Yaşanan Gelişmeler, “1. Sağlık Ekonomisi Kongresi 22 Kasım” Ankara.
- Kömürlü Yılmaz Güney, (2010), Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Aile Hekimliğine Geçiş Süreci, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kunst Paul, Lemmink Jos, (2000), Quality Management and Business Performance in Hospitals: A Search for Success Parameters, Total Quality Management, Vol. 11, No: 8
- Mahler Health, (1986), Springboard for Action for Health for All , The World Health Organization, the Thirty Ninth World Health Assembly, Geneva, 6 May.
- Mannion Rany, (2000), Organisational Culture and Quality of Health Care, Quality in Health Care.
- MEGEP (2008), Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi, Ankara, 2008.
- Metintaş Metin ve Elçioğlu, Özgür, (2007), Cumhuriyetin İlk On Beş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938), Osmangazi Tıp Dergisi, Cilt 29, N0. 3, Bursa.
- Mutlu Ayşegül ve Işık Abdul Kadir, (2012), Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Basım Yayın Dağıtım, 3. Baskı, Ekim, Bursa.

- Müldür Selim, (1999), Türkiye Devlet Hastanelerinde ve Devlet Hastaneleri Arasında Hasta Kayıtlarının Elektronik Paylaşımlı Kullanımı Modeli, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- OECD İstatistikleri, Sağlık Hizmeti Kaynakları, “Pratisyen Hekim” göstergeleri; Türk Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı 2015
- Orhaner Emine, (2000), Türkiye’de Sağlık Sigortası, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Oguz Murat, (1996), “Radyodiagnostikte Gelişmekte Olan Dijital Teknolojiler”, Çukurova Üniversitesi Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, Cilt: 6.
- Ozcam Aydın, (2007), Transformation Turkeyand National Health Information Systems, 4th National Conference one Health Foundation, Sofia, Bulgaria
- Özata Musa, (2004), Sağlık Bilişim Sistemlerinin Hastane Etkinliğinin Arttırılmasında Yeri ve Önemi, Yayınlanmış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Özbaş Sema, Özkan Seçil, (2010), TDAF Preventive Medicine Bulletin, Kadın sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi, 9(5): 541-546
- Özbek Fatih, Yardımsever Mehmet vd. (2007), “Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Laboratuar Ve Radyoloji Bilgi Sistemi Mimarisi”, Akademik Bilişim 2007 Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.
- Özlu Tevfik, (2007), Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Kılavuzu, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Pemberton Jony. Vd. (2003), “Issuesand Trends In Computerisation Within UK Primary Health Care”, Logistics Information Management, Vol: 16, N: 3/4.
- Perçin Süleyman, (1996), Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon.

- Raymond Bach ve Dold, (2010), “Clinical Information Systems: Achieving the Vision”, (Report) Kaiser Permanente Institute For Health Policy. One Kaiser Plaza, Oakland.
- Saba Karrer, (1997), “A Look at Nursing Informatics”, International Journal Of Medical Informatics, Vol: 44, 1997.
- Sağlık Bakanlığı, (2004). Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı , TC. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Ankara.
- Saltık Alparslan, Cumhuriyet’in Atatürklü Yıllarında Sağlık Hizmetleri ve Günümüz : 91. Yıl.. Ankara Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD, Dönem 2 Ders sunumu, 2013-14.
- Sargutan Erdal, (2006), Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Soyer Akın, (2001), Türkiye’nin İktisadi Ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960’a Kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı, Toplum ve Hekim Dergisi Ankara.
- Sönmez Azize, (1991), Hastanelerde İnsan gücü Planlaması ve Ankara Numune Hastanesi Hızır Acil Servisindeki Uygulamalar, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
- Sülkü Seher Nur, (2011), Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara.
- Sümen Esra, Neşe Zayim ve Osman Saka, (2005) “Laboratuvar Bilgi Sistemi (LBS) Uygulaması: Benimseme ve Kullanıcı Memnuniyeti”, 2.Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, Antalya, 2005.
- Şenatalar Burhan, (2003), Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (4), Sivas.

- Şimşek Mümtaz, (2000). Belgelerle Uygulamalı Hizmette Kalite. Eskişehir: Bilim Teknik Yayınevi. Eskişehir.
- Tatar Mehtap (2011), “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’ de Gelişimi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 103- 13
- Tengilimoğlu Dilaver, Işık Oğuz, Akbolat Mahmut, (2009), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Genişletilmiş 2. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım Tic. Ltd. Şti., Ankara.
- Temlioğlu Dilaver, Işık Oğuz, Akbolat Mahmut, (2011), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayıncılık, 4 Baskı, Ankara.
- Tsuda Hıdeyasuand Froom, A., (1994), "Primary Health Care in Japan and the United States" in: Social Scienceand Medicine, Volume 38, No: 4, February.
- TÜİK, 2010. Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, <http://www.turkstat.gov.tr>
- Ünsal İnal, (2005), “Laboratuar Bilgi Sistemleri”, Sağlık Bakanlığı web sitesi, <http://www.saglik.gov.tr/esaglik/Eski/tipbilisim2005/unsal.pdf>
- Yavuz Nurgül, (2011), Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Isparta.
- Yıldırım Hasan, (2011), Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye, Ankara.
- Yıldırım Hasan Hüseyin, (2013), Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Sağlık Sen yayınları, Yayın no: 21. Ankara.
- Yılmaz Elif, (1999), “Uzayda Olsanız da Sağlığınız Denetim Altında”, Bilim ve Teknik Dergisi, Mart 1999, sayı 376. Ankara.

İnternet Kaynakları

<http://www.mardinhalksagligi.gov.tr>, 22.03.2016

<http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/bilge.aydin-das-2007-yazi.pdf>

http://www.ttb.org.tr/dosya/kapitalizm/muzaffer_eskiocak.pdf

<http://www.sgk.gov.tr>

http://turkmsic.net/sites/default/files/bildiriler/i._turkmsic_sempozyumu-_saglik_hukuku_bildirisi_imzali.pdf

<http://www.sdplatform.com/Dergi/472/Saglik-reformu-ve-secimler.aspx>

<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf>

http://ahmetsaltik.net/arsiv/2014/06/Erken_Cumhuriyet_Donemi_Saglik_Hizmetleri.pdf

<http://eprints.sdu.edu.tr/861/1/TS00918.pdf>

<http://www.recepakdur.com/upload/AB%20ve%20%20SA%C4%9ELIK%2EKT%C3%96R%C3%9C.pdf>

<http://www.dikte.com.tr/tibbidikte.html>

<http://dys.saglik.gov.tr/baf/sbdocumentmanagement/about.html>

<<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdfaktan/sagligin-korunmasi.pdf>>.

<www.belgeler.com/blg/29qs/saglikpolitikasi-ve-planlamasi>.

http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html>.

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasl_acilimler_2011/upsem/OECD_Kitap.pdf

<http://dys.saglik.gov.tr/baf/sbdocumentmanagement/about.html>

http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html

[http://www.tsprm.org/UserFiles/File/SEGM_sip_rapor\[1\].pdf](http://www.tsprm.org/UserFiles/File/SEGM_sip_rapor[1].pdf)



ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : İSMAİL EREN DÖŞKAYA
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 19/07/1988 / SİVAS
e-posta : eren_7587@hotmail.com

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Önlisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	2014
Lisans	Anadolu Üniversitesi	2016

İŞ TECRÜBESİ

Tarih	Kurum	Görev
2015	SİVAS BELEDİYESİ	MUTEMET
2016	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	MUTEMET