

**T.C.**

**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**KALKINMA PLANLARINDA 1980 SONRASI  
SAĞLIK POLİTİKALARININ GÖRÜNÜMÜ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**AYBÜKE MERVE AKMAN**

**İSTANBUL, 2017**



**T.C.**

**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ**

**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KALKINMA PLANLARINDA 1980 SONRASI  
SAĞLIK POLİTİKALARININ GÖRÜNÜMÜ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**AYBÜKE MERVE AKMAN**

**Tez Danışmanı: Dr. Bülent DEMİR**

**İSTANBUL,2017**

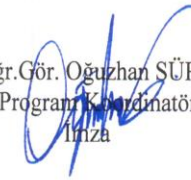
T.C.  
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ (TÜRKÇE/TEZLİ) YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Adı: Kalkınma Planlarında Sağlık Sorunu Sağlık Politikasının Gözetimi  
Öğrencinin Adı Soyadı: Aybülke Merve Akman  
Tez Savunma Tarihi: 27.12.2017

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

  
Yrd. Doç. Dr. Hasan Kerem  
ALPTEKİN  
Enstitü Müdürü  
İmza

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğunu onaylıyorum.

  
Öğr. Gör. Oğuzhan ŞÜRAL  
Program Koordinatörü  
İmza

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmzalar

Tez Danışmanı  
Ünvan, Adı ve SOYADI  
Dr. Bülent Demirel

Üye  
Ünvan, Adı ve SOYADI  
Yrd. Doç. Dr. Hasan Kerem Alptekin

Üye  
Ünvan, Adı ve SOYADI  
Yrd. Doç. Dr. Volkan TATAR


## TEŐEKKÜR

Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı dahilinde hazırlamıő olduğum ‘‘Kalkınma Planlarında 1980 Sonrası Sağlık Politikalarının Görünümü’’ konulu tez çalıőmam sırasında, benden destek, yardım ve sabırlarını esirgemeyen, daima güvenen tez danıőmanım Dr. Bülent DEMİR’ e sonsuz teőekkür ederim. Ayrıca Enstitü Sekreteri Berrin ESENER’ e de göstermiş olduğu ilgiden ve yardımlarından dolayı teőekkürü borç bilirim.

Beni bugünlere getiren, yüksek lisans tez çalıőmam boyunca bana gösterdikleri destek, hoőgörü ve őefkatten dolayı annem Cemile AKMAN ve babam Mahmut AKMAN’ a ve kardeőlerim Dr. Ayberk Buğrahan AKMAN ve Dr. Nurbüke Eslem AKMAN’ a teőekkür ederim.

## ÖZET

### KALKINMA PLANLARINDA 1980 SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARININ GÖRÜNÜMÜ

Aybüke Merve AKMAN

Sağlık Yönetimi (Türkçe/Tezli) Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Bülent DEMİR

Aralık 2017, 71 Sayfa

Sağlık Politikası, Türkiye’de uzun yıllar boyunca üzerinde tartışılan bir konu olmuştur. 1980 sonrası değişen dünyaya ayak uydurmak için alınan kararlar ve izlenen politikalar sağlık alanındaki politikalara da yansımıştır.

Bu tez çalışmasında; 1980 sonrasında hazırlanan kalkınma planları ve bu planlar doğrultusunda hazırlanan yasalar, yönetmelikler, yapılan uygulamalar incelenmiştir.

İlk bölümde, ülkemizde 1980 yılına kadar olan sağlık politikasının gelişim süreci araştırılmıştır. İkinci bölümde, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi kapsamında Türkiye’de uygulanan sağlık sigortacılığı ve Genel Sağlık Sigortası incelenmiştir. Üçüncü bölümde koruyucu sağlık hizmetleri ve aile hekimliği modeli üzerinde durulmuştur. Dördüncü bölümde sağlığın nasıl finanse edildiği, beşinci bölümde sağlık kurumları işletmeciliğine değinilmiştir. Son bölümde ise dünyada da gelişen sağlık turizmi ve Türkiye’deki yankıları incelenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Politikaları, Kalkınma Planları, Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlık Politikaları

## ABSTRACT

### HEALTH POLICIES VIEW AFTER 1980 ON DEVELOPMENT PLANS

Aybüke Merve AKMAN

Health Management (Turkish/Thesis) Master Program

Thesis Advisor: Dr. Bülent DEMİR

December 2017, 71 Pages

Health Policy, there is a topic that has been discussed in Turkey for many years. Decisions taken to keep up with the changing world after 1980 and the policies are reflected in the health policy.

In this thesis, the legislations, regulations and implementations prepared in line with the development plans and these plans prepared after 1980 are examined.

In the first chapter, the development process of the health policy until 1980 is investigated. In the second chapter, the applied health insurance and general health insurance in Turkey are examined within the socialization of health services. In the third chapter, focused on preventive health services and family medicine model. In the fourth and fifth chapters, how health is financed and the management of health institutions are mentioned. In the last chapter, developing health tourism in the world and its effects on Turkey are examined.

**Key Words:** Health Politics, Development Plans, Ministry of Health, Health Politics in Turkey

## İÇİNDEKİLER

Tablolar.....	viii
Şekiller.....	x
Kısaltmalar.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARI.....	2
2.1. CUMHURİYET ÖNCESİ SAĞLIK POLİTİKALARI .....	2
2.2. ATATÜRK DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI (1923-1938).....	6
2.3. 1938 – 1980 ARASI SAĞLIK POLİTİKALARI.....	13
2.4. 1980 SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI.....	15
3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ.....	18
3.1. SAĞLIK SİGORTASI VE GSS UYGULAMALARI.....	19
3.2. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ MODELİ.....	21
3.2.1. Aile Sağlığı Merkezleri.....	22
3.2.2. Çevre Sağlığı.....	27
3.2.3. Sağlıklı Beslenme.....	27
3.2.4. Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması.....	28
3.2.5. Yaşlı Bakımı.....	32
3.2.6. Mobil Sağlık Hizmetleri Ve Evde Sağlık.....	34
4. SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ.....	36
4.1. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ.....	36
4.1.1. Kamu Yataklı Tedavi Kurumları .....	37



4.1.2. Özel Yataklı Tedavi Kurumları.....	44
4.2. SAĞLIK FİNANSMANI.....	45
4.2.1. Sağlık Yatırımları.....	49
4.2.2. Tıbbi Cihaz Ve İlaç Yönetimi.....	54
4.2.3. Teknolojik Yapı Ve Dijital Veri Tabanı.....	59
4.3. SAĞLIK TURİZMİ.....	61
4.3.1. Türkiye’de Sağlık Turizmi Uygulamaları.....	61
4.3.2. Sağlık Turizmi Kapsamında Alternatif Tedavi Şekilleri.....	66
8. SONUÇ.....	68
KAYNAKÇA.....	72

## TABLULAR

Tablo 2.1: 1923 yılında Türkiye’de yataklı tedavi kurumları.....	8
Tablo 2.2: Numune Hastanesi Mesaisi.....	9
Tablo 2.3: İstanbul Gureba Hastanesi Mesaisi.....	10
Tablo 2.4: İstanbul Çocuk Hastanesi Mesaisi.....	10
Tablo 2.5: Verem Dispanseri Faaliyeti.....	11
Tablo 2.6: Umum Muayene ve Tedavi Mesaisi.....	11
Tablo 3.1: Yıllara ve kurum türlerine göre toplam hekime müracaat sayısı.....	25
Tablo 3.2: Yıllara göre ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması göstergesi.....	30
Tablo 3.3: Yıllara ve sektörlere göre hastanede yapılan doğumların sezeryan ve primer sezeryan oranı.....	30
Tablo 3.4: Temel Ölümlülük Göstergeleri.....	31
Tablo 3.5: 0-6 yaş çocukların son 6 ayda geçirdiği başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı.....	31
Tablo 3.6: 7-14 yaş çocukların son 6 ay içinde geçirdiği başlıca hastalık / sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı.....	32
Tablo 3.7: Herhangi bir yardım almadan ya da yardımcı bir araç kullanmadan yürüyemeyenler, merdiven inip çıkamayanların cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı.....	33
Tablo 3.8: Kişisel bakım faaliyetlerini gerçekleştirirken zorluk çeken bireylerin cinsiyete göre dağılımı.....	34
Tablo 4.3: Yıllara göre cari yatırım ve toplam sağlık harcaması.....	51

Tablo 4.4: Yıllara göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları.....	55
Tablo 4.5: Sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında bazı cihazlarda cihaz başına düşen görüntüleme sayısı.....	55
Tablo 4.1: Sağlık personelinin yıllara göre dağılımı.....	41
Tablo 4.2: Sektörlere ve unvanlara göre sağlık personeli dağılımı.....	45
Tablo 4.6: Yıllara göre ülkemize giriş yapan turist sayısı.....	63
Tablo 4.7: Yıllara göre ülkemize giriş yapan turist sayısı.....	63
Tablo 4.8: Yıllara göre Türkiye’ de sağlık hizmeti alan uluslararası hasta sayıları.....	64
Tablo 4.9: Hasta geliş şekillerine göre Türkiye’ de sağlık hizmeti alan uluslararası hasta sayısı.....	64
Tablo 4.10: Hastaneler göre uluslararası hastaların geliş şekilleri.....	65

## ŞEKİLLER

Şekil 3.1: Yıllara ve hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat oranı.....	25
Şekil 3.2: Yıllara göre birinci basamak kuruluşları sevk hızı.....	26
Şekil 4.6: Yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamaları.....	46
Şekil 4.7: 2015 yılı rakamları ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması.....	47
Şekil 4.8: Sağlık hizmetlerinde memnuniyet ve kişi başı kamu cari sağlık harcaması...	49
Şekil 4.9: Yıllara ve referans türlerine göre ilaç tüketimlerinin (kutu) dağılımı.....	56
Şekil 4.10: Yıllara ve yerli/ithal durumuna göre ilaç harcamalarının dağılımı.....	57
Şekil 4.1: Yıllara ve sektörlere göre hastane sayısı.....	38
Şekil 4.2: Yıllara ve sektörlere göre yatak sayıları.....	39
Şekil 4.3: İBBS-1' e göre 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı.....	40
Şekil 4.4: Yıllara ve sektörlere göre yatak doluluk oranı.....	40
Şekil 4.5: İBBS-1' e göre 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı.....	42

## KISALTMALAR

AB	:	Avrupa Birliği
AHBS	:	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AR-GE	:	Araştırma ve Geliştirme
ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
BAĞ-KUR	:	Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız alışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BAKA	:	Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı
BT	:	Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
DPT	:	Devlet Planlama Teşkilatı
EKO	:	Ekokardiyografi
ES	:	Emekli Sandığı
GSS	:	Genel Sağlık Sigortası
IMF	:	International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)
KÖO M	:	Kamu Özel Ortaklığı Modeli
MR	:	Manyetik Rezonans
OECD	:	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
SDP	:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SSK	:	Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	:	Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
SHÇEK	:	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
TBMM	:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TİTCK	:	Tıbbi İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	:	World Health Organization

## 1.GİRİŞ

1980' li yıllar dünya üzerinde değişim rüzgarlarının estiği bir dönemdir. Bu değişimle başlayan küreselleşme ile birlikte ekonomi politikaları ve anlayışı da değişmeye başlamış neoliberalizm etkisini iyice göstermeye başlamıştır. Neoliberal anlayış hayatın her alanında olduğu gibi sağlık politikası alanında da etkisini göstermekteydi. Bu değişim rüzgarından o dönemde gelişmekte olan ülkemiz Türkiye'de nasibini almaktaydı ve değişime ayak uydurmaktaydı.

Her ne kadar 1970' lerin sonları ve 1980' lerin başı Türkiye'de uygulanan politikalarda öncelik ekonomi, güvenlik politikaları da olsa, tarihsel sürecinde de olduğu gibi toplum sağlığı göz ardı edilmemiş sağlık hizmetlerinin her alanına yönelik politika ve çalışmalar belirlenmiştir. 1980 yılından günümüze kadar sağlık politikalarının nasıl şekillendiği ve hangi konulara yöneldiğini görmek amacıyla Kalkınma Planları incelenmiştir. Bu çalışmayla 1980 sonrası Türkiye'de sağlık politikalarının gelişimi ve değişiminin gösterilmesi ve ilerleyen dönemlerde yapılacak yeni sağlık politikalarında bu süreç gelişiminin göz önünde bulundurulması ve yön vermesi amaçlanmıştır. Çalışmada, Kalkınma Planlarında yer alan sağlık politikalarının ortak noktasına dikkat çekmeyi hedeflemiştir. 2005' te başlayan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" nın aslında 1980 sonrası sağlık politikalarının daha düzenli hale getirilerek belli bir plan çerçevesinde uygulamaya geçildiğini göstermektedir.

Literatürde Türkiye' de sağlık politikalarının gelişim süreciyle ilgili birçok araştırma bulunmasına karşın hiçbirisi kapsam açısından çok geniş kapsamlı değildir. Bu nedenle bu araştırma sağlık politikalarının kapsamı açısından literatüre yapacağı katkısı yönünden önem taşımaktadır.

"Kalkınma Planlarında 1980 Sonrası Sağlık Politikalarının Görünümü" adlı tez çalışmasının kaynaklarını; makaleler, kitaplar ve bu kapsamda yapılmış çeşitli araştırmalar oluşturmaktadır.

## 2. SAĞLIK POLİTİKALARI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) 'nün 1948'deki tanımına göre "sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." denilmektedir (DSÖ, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi 1986).

Sağlık politikası ise, sağlık üzerinde etkisi olan kamu, özel sektör ve gönüllü örgütlerce gerçekleştirilen faaliyetleri kapsamaktadır (Tatar M. 2012). Sağlık hizmetleri yönetimi karmaşık ve diğer kurumlarla ve hizmetlerle etkileşim halinde olan bir yönetim sistemi olduğu için yapılan sağlık politikaları da kompleks bir yapıya sahip olmaktadır.

Sağlık politikası en genel tanımıyla; sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen tüm eylemleri içerir. Aynı zamanda sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin ötesinde, sağlık üzerinde etkisi olan tüm kamu, özel ve gönüllü örgütlerin eylemlerini de kapsamaktadır. Bir başka ifade ile sağlık politikası; birleştiğinde sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili uygulamaya dair strateji ya da yaklaşımları oluşturan birbirleriyle ilişkili kararlar ağıdır denilebilir. Ayrıca sağlık politikaları, politika belirleme sürecinin en doğru şekilde sonuca ulaşması için, mevcut sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık üzerinde etkisi olan her türlü çevresel ve sosyo-ekonomik etkiler üzerinde de çalışmalar yapmayı gerektirmektedir (Atabey 2012, s.22). Çünkü bir yerin sosyo-ekonomik ve kültürel yapısı o yerin eğitim ve temizlik anlayışı bize bahsedilen yerin sağlık seviyesi ve sorunları hakkında bilgi vermekle birlikte sağlık politikalarını da tüm bu etkenleri göz önünde bulundurarak düzenlemek ve eylemlenmek gerekmektedir.

### 2.1. CUMHURİYET ÖNCESİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Osmanlı Devleti'nde duraklama ve gerileme dönemlerine kadar sağlık çalışmaları ve sağlık hizmetlerinin gelişmesine yardımcı olmuştur. 2. Murad zamanında (1404-1451) hekimbaşılık müessesesi kurulmuş olup; tüm sağlık işlerinden sorumlu ve yetkili tek kişidir. Hekimbaşılık, Osmanlı'nın son dönemine kadar devam etmiştir (Uludağ 1925, s.78).

Osmanlı'da büyük merkezlerde yeni hastaneler kurulmuştur. En önemlileri; Bursa, Manisa ve Edirne'de kurulan darüşşifalardır (Kültür Bakanlığı Yayınları C.1 1999, s.92).

Hastaneler için önemli olan mesele, suya olan yakınlıktı. Çünkü su hem temizlik, yemek gibi durumlar için hem de defnetmeden önce ölünün yıkanması için lazımdı. Bu durum da sağlık kuruluşlarının külliyelerin içinde neden yer aldığını açıklamakla birlikte; birkaç binanın ortak altyapıyı paylaşması maliyet ve verimlilik açısından elverişli ortam yaratıyordu (Shefer-Mossensohn 2014, s.223). Osmanlılar hastaneleri hastalardan korkularının olmadığını göstermek için, büyük merkezlere ve en önemli noktalara yaptırmışlardı. (Shefer-Mossensohn 2014, s.224)

Bununla birlikte; 1. Bayezid Bursa'da hastaneyi şehrin dışına inşa ettiği doğrudur ancak asıl amaç; şehir genişledikçe doku bozulmadan külliye şehrin içinde kalabilecekti (Shefer-Mossensohn 2014, s.224). 1470 yılında Fatih Sultan Mehmet tarafından İstanbul'da ilk üniversite Fatih Külliye içinde kurulmuştur. Külliye içinde bulunan hastane Osmanlı'nın ve Avrupa'nın döneminin en büyük sağlık kurumudur (Terzioğlu 1992, s.11). 1486 yılında ise "deli" olarak tabir edilen akıl ve ruh sağlığı bozulmuş hastaların tedavi edildiği Edirne Darüşşifası 2. Bayezid tarafından açılmıştır (Doğan 1987, s.77). Osmanlı'da müzik tedavisi şifa ve aynı zamanda terapiydi (Shefer-Mossensohn 2014, s.106). Edirne Darüşşifası'nda hastalar müzik ile tedavi edilmektedir; hangi hastalığa hangi makam iyi geliyorsa o makam kullanılmış (Doğan 1987, s.77), hastaların sağlıklı bireyler olarak topluma kazandırılması hedeflenmiştir. 1. Süleyman tarafından yaptırılan Süleymaniye Külliyesi'nde eğitim kurumlarının yanında hastane ve tıp medresesi de bulunuyordu (Shefer-Mossensohn 2014, s.219). 1. Ahmed tarafından yaptırılan hastane ise halka açık olan birinci avlu içine yaptırılmıştır. Bunun nedeni ise hastalıkların saray içine yayılmasını önlemek ve aynı zamanda sarayda bir hastalık hasıl gelirse onun da halka bulaşmasını engellemek olduğu düşünülüyor (Shefer-Mossensohn 2014, s.225).

Osmanlı Devleti'nde sağlık hizmetlerinden sorumlu kişi hekimbaşdır. 19. Yüzyıla kadar koruyucu hizmetlerden çok tedavi edici hizmetlere önem veriliyordu. Genel olarak yoksullara ücretsiz sağlık hizmeti verilmesinin yanında sağlık hizmetleri



ücretliydi (Aksakal 2011, s.10). 1850 yılında hekimbaşılık kaldırılmış ve sağlık hizmetleri Mekteb-i Tıbbiye tarafından yürütülmeye başlanmıştır (Aksakal 2011, s.11).

Osmanlı'da hastalık kir ve pislikle, sağlık ise temizlikle ilişkilendiriliyordu (Shefer-Mossensohn 2014, s.230). Koruyucu sağlık hizmetlerine geçiş salgın hastalıkların yayılmasıyla başlamış olup en önemli göstergesi karantina önlemidir. İlk Karantina uygulaması 1831 yılında 2. Mahmud' un emriyle kolera salgınının yayılmasını engellemek amacıyla Karadeniz'den gelecek gemiler karantinaya tabi tutulmuştur. Ayrıca salgınları önlemek için Meclis-i Tahaffuz-u Ula Meclis-i Kebir-i Umur-u Sıhhiye adıyla meclis kurulmuştur (Kutluay 1998, s.190). Salgınlarla karşı mücadele konusunda 2. Mahmud sağlık sorunlarını görüşmek amacıyla 1838 yılında bürokratlarını toplar ve toplantı sonucunda gemiler için karantina sistemi kurulmuştur (Moulin 1996, ss.175-176). İlk daimi karantina 1839 yılında Kuleli Askeri Kışlası'nda kurulmuştur (Aksakal 2011, s.11). Ayrıca salgınlarla mücadele için kurulan diğer bir kurum da Bakteriyojihan-e-i Şahane' dir (1893) (Moulin 1996, ss.169–193).

Osmanlı Devleti'nde ebelik mesleği 1846 yılında tıbbiyede okutulmaya başlanmış ve ilk mezunlarını 1848 yılında vermiştir. İlk mezunların özelliği daha önce alaylı olarak ebelik mesleği yapıyor olmalarıdır (Akalin 1933, ss.289-296). Ebelik Okulu'nun yanında 1912 yılında "Küçük Sıhhat Memuru Mektebi" Çorum ve İstanbul'da açılmıştır. Mezun olanlar Sıhhiye Vekaleti kadrolarına yerleştiriliyordu (Sıhhiye Mecmuası Temmuz 1942, ss.20-22).

1862 yılında tıp uygulamaları için tüzük çıkarılmış ve hekimlik yapabilmek İstanbul'dan ya da yabancı bir tıp okulundan diploma almış olma şartı getirilmiştir (Fişek 1983, s.157). 1869 yılında ise İdare-i Tıbbiye-i Askeriye Nizamnamesi çıkartılmıştır. Buna göre; Meclis-i Umur-ı Sıhhiye-i Askeriye kurulmuştur (Ünver 1940, ss.17-18). İlk sağlık idaresi nizami olarak 1839 yılında Beynelmilel Sıhhiye Meclisi'nin girişimleri ile başlamıştır Bu kurum kapatıldıktan sonra yerine 1871'de "Sivil Tıp Hizmetleri Genel Yönetim Nizamnamesi" ile Cemiyet-i Tıbbiye-i Mülkiye kurularak Sağlık Bakanlığı'nın temelleri atılmıştır. (Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl 1973, s.22). Toplum sağlığının göstergesi olarak Memleket Tabipliği sistemi getirilmiştir. 1871 yılı

sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak hükümet tarafından karşılanması açısından önemlidir (Fişek 1983, s.158). Ve bu dönemde ilk belediye eczaneleri kurulmuştur (Yıldırım 1985, s.1320).

Sağlık hizmetleri Osmanlı'da devlet eliyle yürütülmüş olmakla birlikte geleneksel olarak vakıflar da yüzyıllar boyu sağlık hizmeti vermişlerdir (Hatemi 1998, ss.19-30). Osmanlı'da sağlık hizmeti veren vakıfların yanında; Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti 14.04.1877 tarihinde resmen kuruldu. Cemiyet savaş zamanlarında askerlere ve halka sağlık hizmetlerini götürebilmek amacıyla çeşitli cephelerde ve çeşitli merkezlerde hizmet vermiştir (Vergili 2011, s.311). 1887 yılında döneminin Doğu'daki ilk Kuduz Enstitüsü kurulmuş olmakla birlikte kuduz aşısı geliştirilmiştir (İlkin ve Tekeli 1978, s.149).

1908 yılında Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye'ye fakülte ünvanı verilerek Askeri ve Sivil Tıbbiye Haydarpaşa'da birleştirilmiştir (Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, ss.22-23). Sıhhiye-i Müdüriyet-i Umumiyesi Dahiliye Nezareti'ne bağlı olarak kurulmuş ve 1913 yılında koruyucu sağlık hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri başta olmak üzere il genelinde tüm sağlık işlerinin yürütülmesi sorumluluğu Sağlık Müdürlerine verilmekle birlikte il ve ilçelerde görevlendirdiği hekimler için Memleket Tabibi adı verilmiştir. Bu kurumların görevlerini belirleyen genelge ve yasalar çıkarılmıştır. Bunlar; 16.02.1912 tarihli Sıhhiye Müdüriyeti Umumiyeti Teşkilatı'na Dair Muvakkat ve 14.03.1913'de Vilayet-i İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi' dir (Şehsuvaroğlu 1962, s.38). Ancak taşradaki hizmetler hekim atamaktan öteye gidememiş, sağlık kurumları kurarak yeterli sağlık hizmeti verememiştir.

1914 yılında Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti kurulmuş olup il ve ilçelerdeki belediye ve hükümet tabipliklerinin bağlı olduğu Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi; Karantina İdaresi ve Hicaz Sıhhiye İdaresi Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti'ne bağlanmıştır (Kutluay 1998, s.190).

03.05.1920 tarihinde Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti kurulmuş; Vekilliğine Dr. Adnan Bey (Adıvar) seçilmiştir. Böylelikle modern anlamda sağlık hizmetlerinin teşkilatlanması başlanmış sayılmaktadır (Ateş 2002, s.205). Vekil Dr. Adnan Bey ve Sinop Mebusu olan Dr. Rıza Nur'un emriyle, ülkenin o günlerdeki durumunu tasvir

ederek politikalara yön vermesi amacıyla il sağlık müdürlerinden alınan bilgiler derlenerek ‘‘Türkiye’nin Sıhhi-i İçtimai Coğrafyası’’ adında monografiler hazırlanmıştır (Koz 1992, ss.37-58; Gümüşçü 1999, ss.937-968).

1920 yılında toplumun özellikle gençlerin alkollü içki ve uyuşturucu gibi kötü alışkanlıklardan korumak amacıyla ‘‘Hilal-i Ahdar’’ adıyla daha sonra ‘‘Yeşil Hilal ve Yeşilay olarak isimlerini kullanacak olan cemiyet kurulmuştur. Halk sağlığına ilişkin diğer bir çalışma ise cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılmasını önlemek için nikahtan önce muayene yöntemidir (TBMM Zabıt Ceridesi 1944, ss.34-47). Ayrıca Anadolu’da Frengi ile mücadele konusu; ‘‘Frenjinin Men ve Tahdidi Sirayeti’’ kanun teklifi 26.12.1920 tarihinde görüşülmüş olup 1921 yılında yasa haline getirilmiştir (TBMM Zabıt Ceridesi 1944, s.35).

1922 yılının Eylül’ünün 7’sinde yapılan meclis toplantısında Aydın Mebusu Mazhar Bey tarafından, Sıhhiye Teşkilatının en az bütçeye sahip olduğunu, bu nedenle sağlık işlerinde kullanılmak üzere çocuk, yaşlı ve sakatlar haricinde halktan sağlık vergisi alınıp halka ücretsiz tedavi önerisi getirmiştir (TBMM Zabıt Ceridesi 1959, ss.539-542).

## **2.2. ATATÜRK DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI (1923-1938)**

Uzun süren savaş yılları sonrası kurulan Cumhuriyetle birlikte yorgun ve bitap düşen halkın yeniden ayağa kalkabilmesi ve yeni devletin inşasını hızlandırmak için Mustafa Kemal Atatürk ve arkadaşları tarafından çeşitli politikalar ve inkılaplar yapılmıştır. Bu politikaların en önemlilerinden biri de toplumu doğrudan ilgilendiren sağlıkla ilgili olan politikalarıdır.

Atatürk halk sağlığı konusundaki politikasını Cumhuriyet kurulmadan önce ‘‘Milletin sağlığı ve varlığını tehlikeye koyan hastalıklarla asırlardan beri dimağımızı kaplayan bilgisizlik düşmanını en süratli yoldan tepelemek’’ olarak belirtmiştir (Gökay 1933, s. 21).

Cumhuriyetin ilanından önce 1. Meclis tarafından 02.05.1920 tarih ve 3 sayılı kanunla kurulan Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti’ ne Adnan Bey (Adıvar) 03.05.1920 tarihinde seçilmiş, 11.05.1920 tarihinde görevine başlamıştır (TBMM Zabıt Ceridesi 1940, s.198). Cumhuriyetin ilanından sonra 30.10.1923 tarihinde 2. Meclis tarafından

Dr. Refik Bey (Saydam) ilk Sıhhiye Vekili olmuştur. Vekaletin görevleri arasında hekimlik hizmetlerini düzenlemek, sosyal yardım çalışmalarını yürütmek, serbest hekimlik ve eczacılık faaliyetlerini denetlemektir (Ateş 2002, s.205). Dr. Refik Bey'in Sıhhiye Vekili olması ile birlikte sağlık politikaları hız kazanmıştır. Bu çerçevede çeşitli yasalar çıkarılmış ve uygulamaya konulmuştur.

Sıhhiye Vekaleti'nce sağlık personeli yetiştirmek ve taşradaki doktor açığını kapatmak için 1923 yılında "Zorunlu Hizmet Yasası" çıkartıldı. Bu yasaya göre; Sıhhiye Vekaleti tarafından giderleri karşılanacak olan bir yatılı tıp öğrenci yurdu açılması planlanmıştır (Vergili 2011, s.92).

Ayrıca 1922 yılında "Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti", Cumhuriyetin ilanından sonra "Türkiye Hilal-i Ahmer Cemiyeti" adını almış; 1923 yılında mübadeleden önce hazırlıklar yaparak nakil sırasında görev yapmıştır (T.C. Resmi Gazete Sayı 27146 19 Şubat 2009).

1926 yılında çıkarılan tatil günlerinde halkın sağlık hizmeti alabilmesi ile ilgili kanun önemli kanunlardandır. Bu kapsamda dönemin resmi tatili olan Cuma günleri hastaneler, eczaneler vb. sağlık kuruluşları açık olacak ve hizmet verecektir (Özpekcan 1999, s.156). 1926 yılında çıkarılan diğer bir kanun ise "Türk Kodeksi Hakkında Kanun" dur. Bu kanuna göre kodeks komisyonu oluşturulmuş olup komisyonun görevleri belirlenmiştir (TBMM Zabıt Ceridesi 1926, s.40). Ayrıca kanunun en önemli noktası ilaçlara ve etken maddelere ilişkin düzenlemeler yapılmakla birlikte o zamana kadar Fransızca olan reçetelerin Türkçe yazılmaya başlanmasıdır (Vergili 2011, s.194). Daha sonra 24.01.1927 tarihli ve 964 sayılı "Eczacılar ve Eczacılık Hakkında Kanun" çıkarılarak bu alandaki gelişmeler çerçevesinde kimyasal madde ve ecza ticaretinin hükümet denetiminde olması vurgulanmıştır.

Bu dönemde çıkan en önemli yasa hekimlik mesleğinin uygulamasının yanı sıra, diş hekimliği, ebeliği, hastabakıcılığı ve hemşireliği, sünnetçiliği de içeren 11.04.1928 tarihli "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" dur (Cumhuriyet Dönemi Sağlık Ansiklopedisi 1976, s.1721). "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" u ile tıpta uzmanlık hususunda uzmanlık eğitimi süresi ve resmi

sınav yapılması düzene girmiştir (TBMM Zabıt Ceridesi 1930, ss.1-5). Ayrıca bu kanun ile diploması olmayan ebelerin doğum yaptırılması yasaklanmıştır (Vergili 2011, s.255).

Diğer önemli kanun ise Merkez Hıfzısıhha Kurumu'nun kurulması için çıkan 17.05.1928 tarihli kanundur. Hıfzısıhha Kurumu, halk sağlığı ile ilgili çalışmalar düzenleyecek, salgınların önüne geçilmesini sağlayacak, gerektiğinde aşı, serum ve ilaç üretimi yapmak görevleri arasındadır. Zaman içerisinde bu kurum genişletilerek Farmakoloji Şubesi, Hıfzısıhha Mektebi, Biyolojik Kontrol Laboratuvarı ve Virüs Aşuları Şubesi kurulmuştur (Aksakal 2011, s.30). Ayrıca 1929 ve 1932 yıllarında İstanbul ve İzmir'de Liman Bakteriyoloji Laboratuvarı kurulmuş hizmetlerinin yanı sıra aşı da üretmişlerdir (Özpekcan 2002, s.225).

Bu yasalarla birlikte halka daha iyi sağlık hizmeti verebilmek amacıyla Yataklı Tedavi Kurumları geliştirilmiştir. Tablo 2.1' de de görüldüğü üzere Cumhuriyetin ilk yıllarında yurt genelinde 86 hastane vardı. Bu hastaneler; Belediyelere ve Özel İdarelere ait hastaneler, özel ve yabancı azınlık hastaneleri ve 3 adet de Devlet Hastanesi olmak üzere çeşitli idarelere bağlı hastaneler bulunmaktaydı. (Fişek 1983, s.159).

**Tablo 2.1: 1923 yılında Türkiye'de yataklı tedavi kurumları**

<b>Kurumun Cinsi</b>	<b>Kurum Sayısı</b>	<b>Yatak Sayısı</b>
<b>Devlet Hastanesi</b>	3	950
<b>Belediye Hastanesi</b>	6	635
<b>Özel İdare Hastanesi</b>	45	2450
<b>Özel, Yabancı, Azınlık Hastanesi</b>	32	2402
<b>Toplam</b>	86	6437

*Kaynak: Cumhuriyet Dönemi Yataklı Tedavi Hizmetleri 1923-1938 ve 1982 Yılı Çalışmaları, 1983*

Koruyucu sağlık hizmetleri Cumhuriyet döneminde büyük önem taşımaktadır. Cumhuriyet'in ilk 10 yılının sağlık politikasının temel hedefleri; Bakanlığın teşkilatlanmasını geliştirmek, hekimleri devlet hizmetinde tutmak, bulaşıcı hastalıklara karşı özel önlemler almak, koruyucu hekimliği geliştirmek, sağlıkla ilgili denetimi devletin kontrolünde yapmak, aşı üretimi yapmak üzere Merkez Hıfzısıhha Kurumu'nu kurmak, ulusal tıp kongreleri düzenlemek denilebilir (Hatemi 1998, ss.69-70).

1936 yılında Bakanlık Teşkilatı belirlenmesini sağlayan ‘‘Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu’’ çıkarılmıştır. Buna göre Bakanlığın görevleri kanununun 12. maddesinde;

- a) Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarının idari, mali ve bilimsel işlemlerini düzenlemek ve yürütmek
- b) Özel idare ve Belediye bütçeleriyle idare edilen sağlık tesislerinin idari ve fenni işlerini düzenlemek ve denetlemek
- c) Milli Savunma Bakanlığı dışında kalan genel ve katma bütçe ile idare edilen hastanelerin sıhhi ve sosyal işlerini denetlemek

Vakıflara ve hakiki şahıslara ait sosyal yardım kuruluşlarının işlemlerini incelemek, düzenlemek ve yürütmek şeklinde düzenlenmiştir (Aksakal 2011, s.37).

1923 yılında 3 tane olan Devlet Hastanelerine, 1924 yılında diğer özel idare ve belediyelere bağlı sağlık kuruluşlarının yönetimine örnek olsun diye Dr. Refik Bey tarafından kurulan Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas başta olmak üzere 1936 yılında Haydarpaşa ve 1946 ve 1970 yıllarında sırasıyla Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri eklenmiştir. Numune Hastaneleri (Tablo2.3) ile yurdun çeşitli bölgelerindeki halka hizmet götürülmek istenmiştir (Vergili 2011, s.259). Ayrıca 150 yataklı İstanbul Çocuk Hastanesi (Tablo 2.4), Vakıflara bağlı Gureba Hastanesi (20 Yatak) (Tablo 2.3) ve 50 yatağa sahip Zonguldak Memleket Hastaneleri Bakanlığa bağlanmıştır (Aksakal 2011, s.38). Memleket Hastaneleri Bakanlığa hem mali yönden hem de hizmet veren personel yönünden verimli olmuştur (Vergili 2011, s.258).

**Tablo 2.2: Numune Hastanesi mesaisi**

Yıl	Yatakta Tedavi	Ayakta Tedavi	Toplam	Laboratuvar Röntgen
1933	7.151	66.822	73.937	21.111
1934	10.415	108.985	111.400	26.569
1935	12.018	116.123	128.141	33.542
1936	16.382	193.488	209.870	66.811

*Kaynak:* Aksakal 2011, s.43.

**Tablo 2.3: İstanbul Gureba Hastanesi mesaisi**

Yıl	Yatakta Tedavi	Ayakta Tedavi	Toplam	Laboratuvar Röntgen
1933	3.198	23.336	26.534	7.311
1934	3.763	34.821	37.821	31.383
1935	6.960	33.904	37.864	36.215
1936	4.598	38.674	43.272	50.265

*Kaynak:* Aksakal 2011, s.43.

**Tablo 2.4: İstanbul Çocuk Hastanesi mesaisi**

Yıl	Yatakta Tedavi	Ayakta Tedavi	Toplam	Laboratuvar Röntgen
1933	1.257	23.101	24.358	13.462
1934	3.075	22.744	25.869	10.180
1935	3.142	18.706	21.848	22.027
1936	3.415	22.978	26.393	12.479

*Kaynak:* Aksakal 2011, s.44

Bunların yanında Verem Tedavi Ocakları (Aksakal 2011, s.39), Ankara, Adana, Erzurum ve Balıkesir başta olmak üzere çeşitli illerde Doğum ve Çocuk Evleri, 1927 yılında Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve 1926 yılında Elazığ ve Manisa’da Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri kurulmuştur (Yensoy 1990, s. 83). Verem Dispanserleri’ ne 1931 yılında 10.349 hasta başvurduğu görülmüş olup bu sayı 1936 yılında 26.201 olmuştur (Tablo 2.5). Ayrıca açılan doğum evlerinin bünyesinde 1937 yılında köy ebe okulları açılmıştır (Vergili 2011, s.255). 1936 yılında doğum ve bakım evlerine başvuran hasta sayısı 64.616 olmuştur (Tablo 2.6). Bunlara ek olarak halk içinde salgın hastalık taraması yapılmış ve öncelikli bölgelerin tespit edilmesi sağlanmıştır.

**Tablo 2.5: Verem Dispanseri faaliyeti**

<b>Yıl</b>	<b>Hasta Sayısı</b>
1931'den 1933'e kadar	10.349
1933	14.948
1934	17.021
1935	15.938
1936	26.201

*Kaynak: Aksakal 2011, s.40.*

**Tablo 2.6: Umum muayene ve tedavi mesaisi**

<b>Yılı</b>	<b>Hastanelerde</b>	<b>Doğum ve Bakım Evlerinde</b>	<b>Dispanserler ve Muayene Tedavi Evlerinde</b>
1933	679.624	44.506	437.504
1934	855.805	62.981	202.666
1935	365.399	62.190	355.483
1936	982.727	64.616	674.060

*Kaynak: Aksakal 2011, s.45.*

1924 yılında hemşire okulu açılmaya karar verilmekle birlikte hemşire açığını kapatmak için 1925’de Japon Kızılhaç Teşkilatı örnek alınarak 2 yıl 3 ay süreli Kızılay Hemşire Okulu açılmıştır. Öğrencilere ilk 3 ay Gureba ve Haseki gibi hastanelerde deneme süresi uygulanmış ve bu sürenin sonunda başarı gösterenler okula resmen kayıt yaptırabilmiştir. 1936 yılında eğitim süresi 3 yıla çıkarılmıştır (Erdemir ve Kâhya 2000, s. 409).

1924 yılında hastane olmayan taşraların ilçe merkezlerinde sağlık hizmetleri götürülmesi amacıyla 5’er yataklı 150 sağlık kurumu açılmıştır (Cumhuriyetin İlk 15 Yılında Sağlık Hizmetleri, s.348). Bu kurumlarda o dönemki politika gereği ücretsiz sağlık hizmeti verilmekte olmasına rağmen yoksul olanlara da ücretsiz ilaç dağıtılmıştır (Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, ss.251-253). Toplum içindeki salgın ve bulaşıcı



hastalıklarla mücadele etmek için Trahom, Kuduz Aşısı İstasyonları kurulmuş; Sıtma ile mücadele kapsamında Atatürk'ün önderliğinde 29.05.1926 tarihli Sıtma Mücadele Kanunu çıkarılmıştır (Aydın 1990, s.304). O dönemde dış tedavi merkezleri şehir merkezlerinde olup köylerde hizmet oluşturulamamıştır (Aksakal 2011,s.53).

Cumhuriyet Döneminin sağlık politikalarına yön veren diğer bir olay ise Milli Tıp Kongresi'dir (01.-03.09.1925). Kongre sonunda;

- a) Cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadele,
- b) Çocuk Ölümlerinin azaltılması,
- c) Ebelik Okulunun kurulması,
- d) Ziyaretçi Hemşirelik Teşkilatının kurulması,
- e) Zeka Özürlüler için okul açılması,
- f) Çocuklu ailelere yardım,
- g) Anne ölümlerinin azaltılması,
- h) Nüfus Siyaseti gibi başlıklar ele alınmıştır (Aksakal 2011, ss.54-60).

1925-1928 yılları arasında en önemli toplum sağlığı sorunları başında bulaşıcı hastalıklar gelmektedir. Bu nedenle ülke ekonomisi de olumsuz yönde etkilenmekteydi. Vekaletle bağlı "Hudut ve Sahiller Sıhhat Umum Müdürlüğü" denizden ve karadan salgın hastalıkların önlenmesi amacıyla 1930 yılında kurulmuştur. Müdürlüğün aldığı tedbirler kapsamında o dönemde veba, kolera gibi salgınlar ülkede son bulmuştur (Vergili 2011, s.344)

Özel hastaneler için kuruluş, hizmet koşulları ve uygulanacak cezaların belirlenmesi için TBMM'de 24.05.1933 tarihinde 2219 sayılı "Hususi Hastaneler Kanunu" çıkarılmıştır. Böylelikle devlet hastaneleri dışında özel kurum olarak yataklı tedavi hizmeti verecek işletmelerin uyması gereken esaslar belirlenmiştir.

Türkiye'de bir Sigorta Kurumu'nun kurulması ilk kez 1936 yılında 3008 sayılı "İş Kanunu" ile öngörülmüştür (Arıkan 2010, s.232). Bu dönemde 3017 sayılı "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu" çıkarılarak bakanlığın her seviyesinde bulunan sağlık personelinin görev ve sorumlulukları düzenlenmiştir (T.C. Resmi Gazete, Sayı 3337 1936, ss.6693-6706).

19.04.1937 tarihinde 3153 sayılı ‘‘Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun’’ ıkarılmıştır. Adından da anlaşılacağı üzere; o dönemde olumsuz etkileri fark edilen x-ışınlarından korunma şekilleriyle birlikte; röntgen, radyum veya elektrik aletleri ile tedavi amacıyla kurum açmak izne tabi tutulmuştur (T.C. Resmi Gazete Sayı 3591 28 Nisan 1937, s.7993-7994).

Sıhhiye ve İçtima-i Muavenet Vekaleti 1923-1938 yıllarında izlemiş olduğu sağlık politikalarını Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’na göre yönetmiş ve yürütmüştür (Vergili 2011, s.97). Ayrıca Dr. Refik Saydam sağlık hizmetlerinin tam anlamıyla yerine getirilmesinin sadece doktorlarla değil onlara yardım eden hemşire, ebe, sağlık memuru gibi yardımcı sağlık personeliyle birlikte anlam kazandığının, bu nedenle iyi yetiştirilmiş yardımcı sağlık personelinin önemini vurgulamıştır (Vergili 2011, s.257).

### **2.3. (1938 – 1980) ARASI SAğLIK POLİTİKALARI**

Kırsal bölgelerde görev yapacak köy ebeleri ve köy sağlık memurları için ‘‘Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilatı Yapılanmasına ve 3017 Numaralı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanun’unun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Kanun’’ çıkarılarak ebeler ve sağlık memurlarının görevleri de düzenlenmiştir. O dönemde ülkenin nüfus politikasına uygun olarak anne ve ocuk ölümlerinin oranlarının bildirilmesi açısından ebeler büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle kırsalda çalışmaları teşvik için memurların ödül ve terfilerinde ödüllendirme yoluna gidilmiştir (T.C. Resmi Gazete, Sayı 5457, 16 Temmuz 1943, s.5521-5524). rnek olarak; 6 yıl kırsalda görev yapan ebeler merkeze gelebilecek şekilde düzenlenmiştir (<http://www.turkebelerdernegi.com>).

İş Kanunu 3516 ve 3612 sayılı kanunlarla 2 kez ertelenmiş; 09.07.1945 tarihinde 4792 sayılı ‘‘İşçi Sigorta Kurumu Kanunu’’ yürürlüğe girmiştir (<http://www.sgk.gov.tr/sgkshared/sgk/geneltanitim/SGKtarihce.pdf> 2011). Ayrıca 1945 yılında alışma Bakanlığı’nın kurulmasıyla ‘‘iş hekimliği ve işçi sağlığı’’ ön plana çıkmıştır. 1948 yılında meslek hastalıkları konuşulmaya başlanmış ve hangi hastalıkların meslek hastalığı olduğu belirlenmiştir (Arıkan 2010,s.99).

“Emekli Sandığı Kanunu” ise 08.06.1949 tarihinde emekli memurların sosyal güvencesi düzene girdi (Güzel ve Okur 2004, s.34). İşçi Sigortaları Kurumu’nun 1952’de hastane açması öngörülmüştür (Özpekcan 2002, s.242).

1940’lı yıllara gelindiğinde verem hastalığının köylerden ziyade şehirlerde daha yaygın olduğu görülmüştür. Çünkü verem bol hava olan yerlerde görülmez (Duru 1941, s.190). Yine o dönemde “Verem Savaşı Hakkında Kanun” çıkarılarak Verem Savaş kurumlarının kurulması istenmiştir. Bu kurumların açılması ve teçhizatının alınması Bakanlık tarafından karşılanacağı belirtilmiştir (T.C. Resmi Gazete 15 Nisan 1949, ss.15966-15967).

Hıfzısıhha Merkezi tarafından ilk kez vitamin ve antibiyotiklerin kontrolüne 1951’de başlanmıştır. Ve yine ilk olarak kuru çiçek aşısı 1956 yılında yine bu kurum tarafından üretilmiştir (Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, s.145).

1953 yılında “Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun” ile eczacılığın tanımı yapılmıştır. Kimlerin eczacılık mesleğini yapabileceği, eczanelerin açılışı ve denetimlerine ilişkin hususlarla birlikte eczacılık uygulaması hukuki olarak kontrol altına alınmıştır (TBMM Tutanak Dergisi 1954, ss.243-289).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu 12.01.1961’de yürürlüğe girmiş; kanunda, sağlığın insan hakkı olduğu ve herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması gerektiği vurgulanmıştır (Ülken 1961, s.7). Sağlık hizmetlerinde temel hedef koruyucu sağlık olması nedeniyle kırsal bölgelere en az bir sağlık ocağı açılması hedeflenmiştir. Bu kapsamda Türkiye’de sosyalizasyon çalışmaları başlamış olup tüm ilin sağlık yönetimi Valilere verilmiştir. Hizmetin ulaştırılmasında öncelik sağlık ocaklarına ve sağlık evlerine verilmiştir (Vergili 2011, s.172). İlk kez sağlık ocakları ve sağlık evleri pilot bölge olarak seçilen Muş’ta 1963 yılından itibaren 19 adet sağlık ocağı ve 35 adet sağlık evi açılmıştır (Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, s.236). Muş’u daha sonraları Ağrı, Hakkari, Diyarbakır, Siirt, Malatya, Trabzon başta olmak üzere 1973 yılına gelindiğinde 25 il merkezinde sağlık ocakları ve sağlık evleri açılmıştır (Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, ss.236-237).

Genel olarak 1960’lı yılların sağlık politikası sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak kırsal kesimlere daha iyi hizmet sunmayı hedeflenen ve yoksul vatandaşlara ücretsiz sağlık

hizmetleri sunmak olduğunu belirtmekle birlikte mevcut sağlık personelinden daha iyi yararlanmak amacıyla ‘‘Tam Gün Yasası’’ çıkarılmıştır (Vergili 2011, ss.174-175). 1961 Anayasası yürürlüğe girdikten sonra 17.07.1964 tarihinde çıkan 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nda İşçi Sigortaları Kurumu Sosyal Sigortalar Kurumu olarak değiştirilmiştir (<http://www.sgk.gov.tr/sgkshared/sgk/geneltanitim/SGKtarihce.pdf>). Bu kanun ile sigorta şirketleri, bankalar, ticaret ve sanayi odalarına ve bu kurumların çalışanları ve aileleri için özel sigorta sandıkları kurma hakkı verilmiştir. Ayrıca 02.09.1971 tarihinde bağımsız çalışanlar için ‘‘Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar için Sosyal Sigorta Kanunu’’ çıkarılarak Bağ-Kur kurulmuştur (Yanmaz 2010, s.66-67).

#### **2.4. (1980) SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI**

1980’lerin başından itibaren dünyadaki değişim ve dönüşüm rüzgarları Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi kurumların neo-liberal politikaları dünyanın her yerinde uyum programları ile uygulanmaya başlamıştır. Türkiye’de ise neo-liberal etki kendini 24 Ocak kararları olarak bilinen kararlar ile göstermiştir (Bülbül 2011, s.1979). 24 Ocak 1980 kararları sağlık politikasında da neo-liberal politikaların oluşmasına neden olmuş devletin sağlık üzerindeki rolü değişmeye başlamıştır (Atabey 2012, s.111). Uygulanan politikalar bakımından mevzuatların kolay ve çabuk bir şekilde değişmesine rağmen Türkiye’de 1980’den bu yana olan mevcut yapının değişmediği görülmektedir (Atabey 2012, s.110).

Maliyet artışı, medyanın ve uluslararası kuruluşların ve halkın sağlık hizmetlerindeki memnuniyetsizliklerin etkisi sağlık politikalarındaki reformların temelini oluşturmuştur. (Atabey 2012, s.112). O dönemde sağlık politikalarında; sağlık hizmetlerin yaygınlaştırılması, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve aynı zamanda sosyal güvenlikle ilgili sigorta uygulamalarının geliştirilmesi öngörülmüştür. 1980 sonrasında sağlık hizmetlerini yürütmek devletin görevi mantığından çıkıp devlet, özel kesimle birlikte sağlık hizmetlerini sunmaya başlamıştır.

Milli Savunma Bakanlığına bağlı olan kurumlar hariç geride kalan sağlık hizmeti yürütmekte olan tüm sağlık kurumlarının verdikleri hizmetlerle ilgili düzenleme 1987 yılında ‘‘Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’’ ile yapılmıştır (T.C. Resmi Gazete Sayı

19461, 15 Mayıs 1987, s.1-6). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın yetkileri kapsamına; sağlık hizmetlerinin planlanması, koruyucu sağlık hizmetleri, devlete ait olan ya da şahsi işletme olan tüm kurum ve kuruluşların denetimi ve sağlık personelinin ülke geneline yayılması belirtilmiş olup, sağlıkla ilgili her çeşit hizmet ücretlendirilmesi eklenmiştir. Bunlarla birlikte tüm sağlık personeline hizmet içi eğitim yaptırmak da Bakanlığın yetkisine verilmiştir (Vergili 2011, s.215). 1987 yılında çıkarılan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" nda liberal bir anlayışla düzenlenmiş olup paralı sağlık hizmeti esasına dayanan bir sağlık politikası oluşturulmuştur (Vergili 2011, s.216).

1989 hükümet programında detaylara yer verilmemekle birlikte; aile hekimliği uygulaması yer bulmuştur (Atabey 2012, s.116). Ayrıca 1980 sonrası sağlık politikalarında performansa dayalı istihdam modeli ve herkesin sağlık sigortası kapsamına alınacağı gündemi oluşturmaktadır. Bu kapsamda 1991 yılında Yeşil Kart uygulaması gündeme gelmiştir (Atabey 2012, s.117). 18.06.1992 tarihinde "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Karşılanması Hakkında Kanun" ile sosyal güvencesi olmayan vatandaşların sağlık giderlerinin karşılanması hukuki olarak güvence altına alınmıştır (Resmi Gazete, 3.7.1992, Sayısı:21273). Ayrıca daha sonraki zamanlarda özel sağlık sigortasının desteklenmesi görüşü devletin finansman açısından yükünü hafifleteceği düşünüldüğünden önem kazanmaktadır (Atabey 2012, s.119).

2000'li yıllara gelindiğinde sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasına yönelik olarak; yönetsel olarak devlete bağlı çeşitli hastane ayrımının (devlet, sigorta ve kurum hastanesi) ortadan kaldırılması, Sağlık Bakanlığı' nın yeniden yapılandırılması, sağlık bilgi sistemlerinin oluşturulması, hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması, genel sağlık sigortası, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması ve aile hekimliği modeli gibi konular gündeme gelmiştir. Bunlarla birlikte 2007 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık politikaları ve Sağlık Bakanlığı farklı bir ivme kazanmaya başlamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kapsamında olan Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme rolü güçlendirilmiş, temel sağlık hizmetleri, nitelikli sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon programın bileşenlerini oluşturmaktadır (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>).

Ülkede uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programıyla; sağlık alanındaki eşitsizlikler azalmış, sağlık düzeyi göstergeleri iyileşmiş, sağlık teşkilatlanması olumlu anlamda yeniden organize edilmiş, hizmetlere ulaşım kolaylığı sağlanmış ve hasta memnuniyeti artmıştır (Kılıç 2013, s.28).

1980 sonrası kalkınma politikalarını gözden geçirecek olursak; ‘‘Beşinci 5 Yıllık Kalkınma Planı’’ nın amacı sağlık hizmetlerini herkes için ulaşılabilir, eşit, dengeli dağılımını sağlayarak halkın koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanması ve tedavi yöntemlerine erişmesidir (Yanmaz 2010, s.43). ‘‘Altıncı 5 Yıllık Kalkınma Planı’’ na geldiğimizde koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin arttığını, sağlık kurumları arasında koordinasyon sağlanması, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması uygulamasının yaygınlaştırılması şeklinde politikalar belirlenmiştir. ‘‘Yedinci 5 Yıllık Kalkınma Planı’’ ise aile hekimliği sistemi oluşturulması, Sağlık Bakanlığı’nın hizmet sunumundaki rolünün değiştirilmesine yönelik politikalar benimsenmiştir (Yanmaz 2010, ss.44-45). ‘‘Dokuzuncu Kalkınma Planı’’ nda bir önceki planda belirlenen sağlık personeli istihdamı, tedavi kurumlarındaki yatak kullanım oranları ve sayısı, aşılama gibi göstergelerin iyileşme gösterdiği fakat istenilen seviyeye ulaşamadığı vurgulanmıştır (Yanmaz 2010, s.58).

### 3.SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ

Sağlığın sosyalizasyonu, 1960'lı yılların planlı kalkınma yaklaşımı ile birlikte düşünülmesi gereken bir konudur (<http://sosyalpolitika.fisek.org.tr>). Herkese eşit hakkaniyetli sağlık hizmeti sunmak hedeflenmiştir.

Fişek'e göre sosyalleştirme yasasının önemli ilkeleri;

- a. Sağlık hizmetleri programa bağlanacaktır,
- b. Herkes sağlık hizmetinden eşit şekilde yararlanacaktır,
- c. Sağlık örgütü il içinde yönetsel taksimata uymayacaktır,
- d. Sağlık örgütünün temeli sağlık ocaklarıdır,
- e. Sağlık örgütünde çalışan personel serbest meslek icra edemeyecektir,
- f. Kamu sektöründe hizmet almak istemeyen hekim serbest meslek icra edebilir ve kişi, ücretini ödemek koşuluyla, istediği hekime başvurabilir,
- g. Sağlık örgütlenmesinde birkaç ilden oluşan bölgeler kurulur,
- h. Halkla sağlık örgütü arasında işbirliği gerçekleştirilecektir,
- i. Yönetime, ülkenin bir bölümünde bir inceleme bölgesi kurarak deneyim yapmasına izin verilmiştir,
- j. Türkiye'de kamu sektöründeki kurumların sağlık hizmetleri tek elde toplanacak ve SSYB'na başka kurumların sağlık personeli kadrolarını denetleme yetkisi tanınacaktır,
- k. Sağlık personelinin tümüyle hükümet hizmetine bağlanmalarını öngörmektedir,
- l. Hastalara parasız olarak hangi ilaçların verileceğini saptama yetkisi SSYB' na tanınmıştır,
- m. Belediyelerin sorumlulukları azaltılmıştır,
- n. Tedavi ve koruyucu hekimlik kurumları birbirlerini tamamlayan kurumlar olarak ele alınmıştır,
- o. Hastaların sağlık kuruluşlarına başvuru şekilleri ve ücretsiz hizmetten yararlanma olanakları bir düzene bağlanmıştır. (<http://webb.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar>).

1963 yılında uygulanmaya başlayan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kapsamında koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada yürütülmesi öngörölmüş fakat sağlık personelinin büyük illerde yoğunlaşması sebebiyle herkese sağlık hizmeti istenilen düzeyde ulaştırılamamıştır (DPT 4. Kalkınma Planı 1979, s.144). 4. Kalkınma Planı döneminde, sosyalleştirmenin bütün yurdu kapsaması hedeflenmiştir. Bu amaçla; tek yönlü hizmet veren birimlerin çok yönlü hizmet verecek şekilde dönüştürölmesi ve sağlık personelinin nitelik ve nicelik yönünden seviyesinin artırılmasına ağırlık verilecektir. Ancak hedeflere sayısal manada ulaşmış olmak sağlık sorunlarının ortadan kalkacağı manasına gelmemekle birlikte bu sorun 4. Planda sosyalleştirme programının tüm ülkeye yayılmasıyla mümkün olacağı vurgulanmaktadır (DPT 4.Kalkınma Planı 1979, s.468).

Sosyalleştirme kapsamında temel sağlık hizmeti birimi sağlık ocağıdır ve sağlık ocakları hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetleri bir arada yürütmektedir. Koruyucu hizmetlerin tümü bu dönemde uygulama yönünden eksiklikleri giderecek şekilde geliştirilerek iyileştirici sağlık hizmetleri ile bütünleşerek herkese ulaşmak hedeflenmiştir (DPT 4.Kalkınma Planı 1979, s.468). Sosyalleştirme gereğince 5. Plan döneminde, 1989'a kadar 720 sağlık ocağı ve 4215 sağlık evinin yapımı planlanmıştır (DPT 5. Kalkınma Planı 1985, s.150).

Sosyalleştirmenin finansmanı açısından ise ortaya karmaşık yapı çıkmaktadır. Bir taraftan sağlık hizmeti ödenen primlerle desteklenirken ve bu şekilde tedavi edici sağlık hizmetleri öne çıkarken diğer taraftan sağlık hizmeti ücretsiz olarak herkese ulaştırılması ilkesi göz önünde tutularak dar gelirli vatandaşların sağlık hizmetlerinin tamamına ulaşmasının önünü kısmen de olsa kapatmaktadır. Bu nedenlerle yasada hizmetin tamamının devlet bütçesinden karşılanacağı net olarak belirtilmediğinden yasa tam manasıyla amacına ulaşmamaktadır (<http://www.ttb.org.tr/STED/>).

### **3.1. SAĞLIK SİGORTASI VE GSS UYGULAMALARI**

Dördüncü Kalkınma planında sağlık sigortası ve sosyalleştirme kapsamı dışında kalanlar için sağlık giderleri devlet tarafından karşılanması gerektiği vurgulanmıştır. 1984 yılında yapılan 5. Kalkınma Planı çerçevesinde sağlık sigortasına geçişi dönem içinde ele alınacağı belirtilmiştir (DPT 5. Kalkınma Planı 1985, s.152). 1990'lı yılların



ortalarına gelindiğinde ise özel sağlık sigortacılığının yaygın olmadığı görülmektedir. Herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma hakkı sağlanmakla birlikte 8. Kalkınma Plan'ında sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması hedeflenmiştir (DPT 8. Kalkınma Planı, s.109).

Yukarıda daha önceki bölümlerde bahsetmiş olduğumuz Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur kurumları tek çatı altında toplanmadan önce de sağlık politikaları gereği herkesi sigortalı yapma hedefi için, sigortalı çalışanların aileleri için de herhangi bir prim veya katkı ödemediği sağlanmaktaydı (Yanmaz 2010, s.67). Ayrıca prime dayalı sistemlerde kayıt dışı istihdam ve işsizlik açığı gözle görülür bir şekilde olduğunda sigortacılık finansmanında büyük boşluklar oluşmaktaydı. Bizim ülkemizde de tam anlamda bu yaşanmaktaydı; önüne geçilemeyen kayıt dışılık ve günden güne artan işsizlik sorunu. Bu nedenle Sosyal Güvenlik Kurumları'nın yeniden yapılandırılması gerekmektedir. 3 kurumun farklı sigorta kapsamı olmasına rağmen 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" çıkarılana dek yine de tüm nüfusu kapsayamamıştır (Yanmaz 2010, s.67). Bu nedenle 5510 sayılı kanun; sağlık finansmanı ve sosyal güvenlik anlamında köklü değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Herkesi kapsayan "Genel Sağlık Sigortası" oluşturulmak istenmiştir.

24.07.2003 tarihinde yürürlüğe giren 4947 sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu" Kanunuyla birlikte SSK, ES, Bağ-Kur kurumları fiilen ortadan kalkmış "Sosyal Güvenlik Kurumu" kurulmuştur. Bu yasaya göre SGK'nın görevleri; ([https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200801212206080\\_hedef.pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200801212206080_hedef.pdf) 2007, s.11)

- a) Sosyal güvenlik politikalarının belirlenmesi ve gerçekleşmesi için gerekli tedbirleri almak,
- b) Sosyal güvenlik konularında hak kaybı yaşanmaması adına ilgili çalışmalar yapmak,
- c) Uluslararası sosyal güvenlik anlaşmaları için gerekli çalışma ve hazırlıkları yürütmek ve sonuca vardırarak,
- d) Sosyal Güvenlik Kurumları arasında norm ve işbirliğini sağlamak,
- e) Aktüeryal hesaplarını incelemek, mali hareketlerini kuruluş amaçlarına uygunluğu izlemek,

f) Ortak veri tabanı oluşturmak şeklinde belirlenmiştir.

Bu yeniden yapılandırmaya tek sebep elbette sadece sosyo-ekonomik seviyenin düşmesi değildi. Bunlara ek olarak; ülkedeki demografik değişim ve yönetim ve altyapı sorunları da eklenmektedir. 9. Kalkınma Planı' nda sosyal güvenlik sistemi bütün nüfusa mali sürdürülebilirliği olan ve kaliteli hizmet sunan bir yapıya kavuşturulması hedeflenmiştir (DPT 9. Kalkınma Planı 2007, s.89). 2007 yılında yapılan sosyal güvenlik reformuyla kayıt dışı istihdamın önüne geçerek sosyal güvenlik açığının daha düşük seyretmesi hedeflenmiştir. Ayrıca sosyal güvenlik kurumları arasında koordinasyon sağlanması gerektiği ve bilgi işlem otomasyonuna geçilerek mükerrer kayıt ve hak kaybı yaşanmasının önüne geçilmesi düşünülmektedir. Ancak devlet memurlarının prim matrahının genişlemesi ve maaşlarda düşüş yaşanması diye aradaki farkın bütçe tarafından karşılanacak olması sebebiyle bütçe harcamalarında artış olacağından kamunun mali dengesinde bir değişiklik olmayacaktır (DPT 9. Kalkınma Planı 2007, s.57).

Sosyal Güvenlik Reformu, tüm nüfusa eşit olacak şekilde sağlık hizmetlerini finanse eden GSS' nin kurulmasını, sosyal yardımların muhtaç olanlara erişebilmesini, sağlık dışındaki sigorta kollarının yer aldığı tek bir emeklilik sigortasının oluşturulmasını ve herkesi kapsayan, halkın kolayca ulaşabildiği sağlık hizmetlerini sağlayan yapının oluşturulmasını kapsar (Yanmaz 2010, s.78).

### **3.2. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ MODELİ**

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen sağlık hizmetleri ile yapılan düzenlemeler koruyucu sağlık hizmetleridir. Sağlığı koruyucu önlemler başlıca üç düzeyde ele alınmaktadır.

**Primer Koruma**, aşı hizmetlerini, sağlıklı beslenme çevresel ve toplumsal yönden iyilik hali içinde olmak için alınması gereken önlemleri kapsar.

**Sekonder Koruma**, sağlıklı olan bireyin hasta olma olasılığı karşısında erken teşhis ve iyileştirici önlemlerinin alınmasını kapsar.

**Tersiyer Koruma** ise; bireyin geçirdiği hastalık sonucu oluşabilecek sakatlık durumlarının en az düzeye indirgenerek, hasta olan bireyin yaşam kalitesinin artırılması için yapılan rehabilite edici hizmetleri kapsar.

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye yönelik ve çevreye yönelik olmak üzere 2' ye ayrılır. Yukarıda kısaca bahsetmiş olduğumuz koruyucu hizmetler kişiye yönelik koruyucu hizmetlerdir. Diğer bir deyişle kişiye yönelik hastalıkları önlemek, hasta olan bireyi tedavi etmek ya da tedavi sonucu oluşan komplikasyonları en az düzeye indirmektedir.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise; insan sağlığı üzerinde çevresel faktörlerin de etkisi bulunmaktadır. Virüs ve mikropların bulaşması, zehirli gazların yayılması ve bulaşma konusundaki etkinliği göz önünde bulundurulduğunda çevresel faktörler insan sağlığını ciddi şekillerde tehdit edebilmektedir.

Kalkınma planlarında ise koruyucu sağlık hizmetleri; koruyucu hekimlik, çevre sağlığı, ana-çocuk sağlığı, sağlık eğitimi, dengeli beslenmenin önemi, ağız ve diş sağlığı, yaşlı sağlığı gibi konulara ağırlık verilmiş olmakla birlikte özellikle 1990' lı yıllarından ortalarından itibaren koruyucu hizmetlerde aile hekimliği modelinin daha etkili bir model olacağı vurgulanmıştır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmeti veren sağlık personeli nitelik ve nicelik yönünden artırılması hedeflenmiştir. Halka da sağlıklı yaşam hakkında eğitimler verilerek, bilinçlendirilmesi sağlanacaktır.

### **3.2.1. Aile Sağlığı Merkezleri**

Kişilerin yaşadıkları yerlerde kolaylıkla ulaşabileceği yerde bulunan, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, gerektiğinde mobil sağlık hizmeti veren hekimlere aile hekimi denir (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/aile-hekimliinin-tanm.html>). Aile hekimi gerektiğinde kişiye yönelik rehberlik, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermekle yükümlüdür.

Bu doğrultuda aile hekimliği bilgi sistemi ise; aile hekimlerine bağlı nüfusu kişisel anlamda takip eden sistemdir. Sistemde merkezi veri tabanı ile ilgili nüfus ile ilgili bilgi sahibi olma imkanı sağlar. Sistem; hastaneler, sağlık evleri, laboratuvarlar, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri ve toplum sağlığı merkezleri ile entegre çalışır. Bu sistem sayesinde eğer bir kişi hekimini değiştirirse ya

da hekimi izinde olduğunda başka bir hekime giderse kendisine ait tüm bilgileri geçmişe yönelik olarak gittiği hekim görüntüleyebilmektedir.

Aile Hekimliği Modeli politika olarak karşımıza 1996-2000 yıllarını kapsayan 7. Kalkınma Planı'nda çıkmaktadır. Sosyalleştirme kapsamında yaygınlaştırılan birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları ve sağlık evleri kırsal bölgelerde varlığını devam ettirmesi planlanırken kentlerde ise küçük nüfus esasına dayalı aile hekimliği sistemi kurulması planlanmıştır. Nüfusun yoğun olduğu kentsel bölgelerde ise semt polikliniği uygulamasının yaygınlaştırılması öngörülmüştür. Ancak bu öngörüler 7. Planda sadece yazı olarak kalmış hayata geçirilme şansı bulamadığından aile hekimliği modeli 8. Kalkınma Planında da kendine yer bulmuştur. 2005 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde "Aile Hekimliği" uygulamaları 25867 sayılı genelge ile başlamıştır. Aile hekimliği için kademeli olarak pilot bölgeler seçilmiş ve bu bölgelerde uygulamalar gerçekleştirilmiştir. 2005 yılında Düzce ilinde başlayan aile hekimliği pilot uygulamaları kademeli olarak 2006 yılında Eskişehir, Edirne, Denizli, Bolu, Gümüşhane, Adıyaman illeri, 2007 yılında İzmir, Isparta, Samsun, Sinop, Elazığ, Amasya, Bartın illeri, 2008 yılında Adana, Kayseri, Erzurum, Manisa, Karabük, Osmaniye, Burdur, Yalova, Bayburt, Karaman, Çorum, Kırıkkale, Çankırı, Tunceli, Kastamonu, Bilecik, Kırşehir illeri, 2009 yılında da Trabzon, Rize, Uşak, Bursa illeri ile 35 il Aile hekimliği uygulamasına geçmiştir. 2010 yıl sonu itibariyle aile hekimliği modelinin tüm illere yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Ayrıca etkili bir hasta sevk zinciri ve sağlık bilgi sistemleri kurularak hastanelerde verilen hizmetler kolaylaştırılarak harcamaların takibi sağlanabilecektir.

Aile sağlığı merkezi kurulan her ilde ayrıca "Toplum Sağlığı Merkezleri" de kurulmuştur. Toplum Sağlığı Merkezleri birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşudur (<http://ailehekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html>). Tanımından da anlaşılacağı üzere bu merkezler aile sağlığı merkezlerinden farklı olmak üzere aynı zamanda idari bir konumu bulunmakta ve personel ve izin işleri, salgın hastalıklar, aşılama gibi konularda Halk Sağlığı

Müdürlüğü ve Aile Sağlığı Merkezleri arasında koordinasyon ve iletişimi sağlayan kurumlardır. Bu merkezler ASM' lere toplum sağlığı ile ilgili çeşitli konularda destek de vermekle yükümlüdür. Toplum Sağlığı Merkezleri bölgesindeki aile hekimlerine kayıtlı hastaların kayıt ve istatistiklerini tutma, gerektiğinde halk sağlığı konusunda üniversitelerle işbirliği yapmak, aile hekimleri ve aile sağlığı merkezi çalışanlarının mevzuata uygun davranışlar gösterip göstermediklerini izlemek ve onları değerlendirmek, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolünü sağlamak, üreme sağlığı hizmetleri vermek, sağlık eğitimi hizmetleri, toplu yaşam ve okul sağlığı hizmetleri konusunda bölgesindeki okullarda ve ortak yaşam paylaşım alanı fazla olan yerleri denetlemek ve kontrol etmek alanlarında hizmet vermektedir.

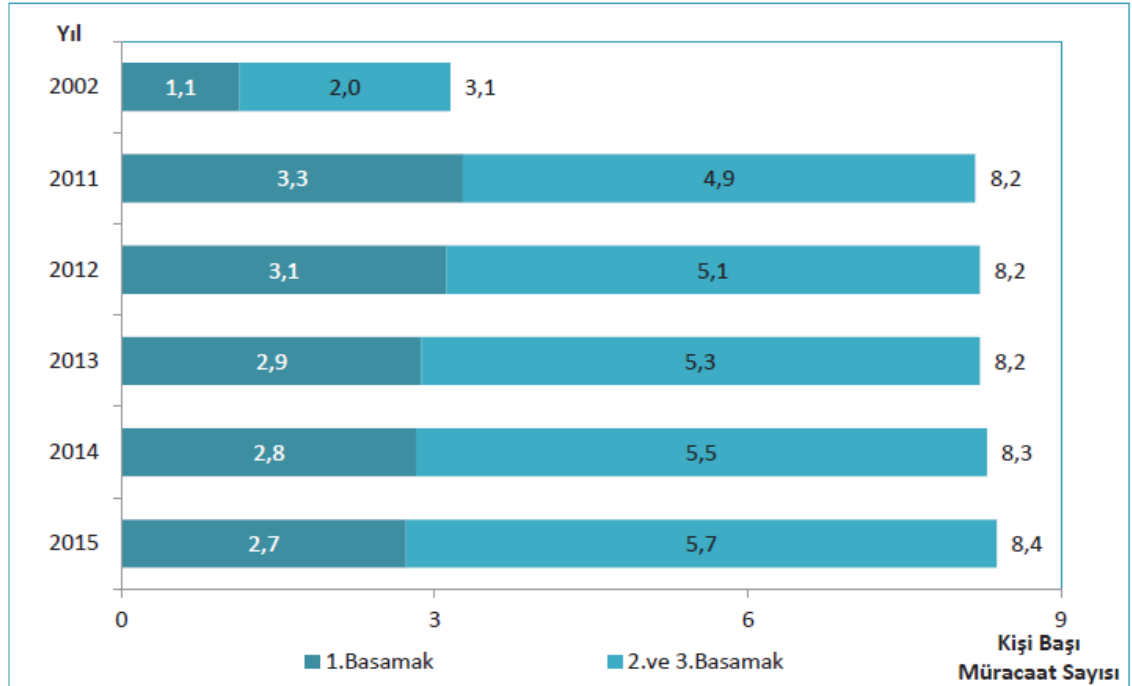
Aile hekimliği modeli 2012 yılı sonunda yapılan hasta memnuniyet anketleri sonucuna göre hastalar modeli 5 üzerinden 4.36 ile değerlendirildikleri en çok da hasta - doktor ilişkisinden memnun kaldıkları sonucuna ulaşılmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2014, s.6). Tüm bu verilere rağmen aile hekimleri için ise bu model sadece hastanın muayene olmaktan ziyade ilaç yazdırmak istediği aile hekimliği yapan hekimler tarafından dile getirilmektedir. Aile hekimliği ile sağlık ocağı sistemi kıyaslandığında; sağlık ocağı sisteminin ev ziyaretleri, çevre sağlığı, aile planlaması gibi konularda ileride olduğu aile hekimliği modelinin ise; hastalara ilgi, aynı hekim tarafından takip, hasta kayıtlarının düzenli bir şekilde ve elektronik ortamda tutulması ve saklanması konularında daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Çevik ve Kılıç 2013, s.122). Ancak buna rağmen Tablo 3.1' de görüldüğü üzere 2012 yılında aile hekimliğine başvuranların sayısı en yüksek sayıya ulaşmış olup 2013 yılından itibaren düşüşe geçmiş ve 2015 yılında aile hekimliği sistemi başladığından beri en düşük müracaat sayısına ulaşmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni). Şekil 3.1'e göre 2015 yılında 1. Basamak sağlık hizmetlerine kişi başı hekime başvuru oranı 2.7, 2. ve 3. Basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara başvuru oranı ise 5.7 olmuştur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni).

**Tablo 3.1: Yıllara ve kurum türlerine göre toplam hekime müracaat sayısı**

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Ocağı	69.103.517	—	—	—	—	—
Aile Hekimliği	—	240.298.753	221.672.029	212.318.024	214.120.750	208.538.951
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	2.219.534	2.143.765	1.815.805	1.643.937	1.495.558
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	2.980.481	944.842	630.583	536.707	660.056	548.433
TSM' ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler	—	—	10.035.342	4.999.980	2.234.348	3.457.520
Özel Poliklinikler	731.132	882.973	655.432	582.265	546.514	523.694
Birinci Basamak Toplam	74.827.588	244.346.102	235.137.151	220.252.781	219.205.605	214.564.156

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni

**Şekil 3.1: Yıllara ve hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat oranı**

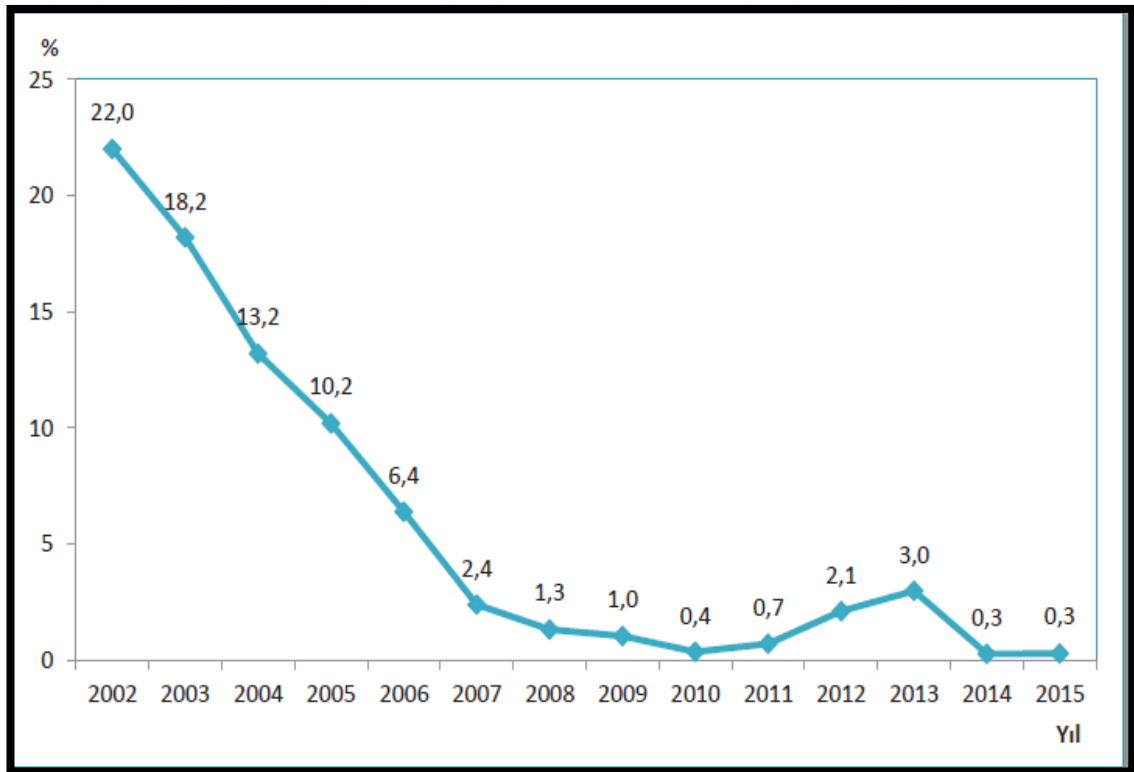


Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni

Aile hekimliği modelinin olumsuz yönü ise; bir ekip çalışması dahilinde belirli bölgedeki nüfusu temel alarak koruyucu sağlık hizmeti sunmak yerine, bireyi merkeze alan ve ağırlıkla hekim kaynaklı tedavi edici hizmetleri sunan bir model olmasıdır (Gül ve Ergun 2010, s.325).

Sağlık kurumları arasında hasta iletişimi ve koordinasyonu için sevk zinciri kurulması önemle öne çıkan sağlık politikaları arasında yer almaktadır. Hemen hemen her dönemde hedefler ve politikalar arasında gösterilmekte ancak istenilen sevk koordinasyonu Şekil 3.2' de de görüldüğü üzere sağlanamamıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni). Sağlıkta Dönüşüm Programında çerçevesinde etkili bir sevk zinciri oluşturulacağı düşünülerek kurulan aile hekimliği sistemi sevk konusunda basamak dahi olamamış hastanelerdeki yükü azaltamamış hastaneler poliklinik hizmetlerinde azalma gösterememiştir. Aksine aile hekimliğini, hastalar tarafından istediği ilacı rahatlıkla yazdırabileceği, istediği zaman iş göremezlik ya da istirahat raporu alabileceği bir basamak olarak görmekte, bu nedenle sistem asıl işlevini yerine getirmekte zorlanmaktadır.

**Şekil 3.2: Yıllara göre birinci basamak kuruluşları sevk hızı, (Yüzde),TR**



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni

### **3.2.2. Çevre Sağlığı**

Çevre, Çevre Yasası'nda tanımlanan haliyle; canlıların yaşamları boyunca ilişkilerini sürdürdükleri ve karşılıklı olarak etkileşim içinde buldukları biyolojik, fiziksel, sosyal, ekonomik ve kültürel ortamdır. Ancak biz bu çalışmada çevreyi kişilerin yaşamını sürdürdükleri ortam olarak da tanımlayabiliriz. Çevrenin tanımından yola çıkarak çevre sağlığının tanımını yaparsak; kişinin etkileşim halinde bulunduğu ortam veya ortamlardan sağlığını bozabilecek patojenlerin, gürültü, sıcaklık, nem gibi faktörlerin en az seviyeye indirgenmesi ya da kişinin etkileşiminin en az seviyede olmasına çevre sağlığı denir. Çevre sağlığı ve toplum sağlığı konusunda su ve sabun ilişkisi temelde ve büyük önem taşımaktadır. Toplu yaşanan yerlerde hijyen kurallarına dikkat edilmesi, özellikle de ellerin sık sık yıkanması gerektiği Sağlık Bakanlığı tarafından sıkça dile getirilmekte hatta bu konuda dönem dönem kamu spotları yayınlanmaktadır.

Kalkınma Planlarında çevre sağlığından beklenen hizmetler bulaşıcı hastalıkların ötesine taşınmıştır. Çevre sağlığının önemi konusunda halkın bilinçlenmesi hedeflenmiştir. 21. Yüzyılda herkes için sağlık programı çerçevesinde belirtilen 21 hedeften biri olan sağlıklı ve güvenli fizik çevre başlığı altında temiz su kaynakları ve beslenme kaynaklarının doğru kullanılmasının yanı sıra; insanlar için hayati önem taşıyan hava, doğal kaynaklar, göller, denizler gibi faktörlerin de korunması gerektiği belirtilmiştir. Tüm bunlarla birlikte, sanayileşmenin sebep olduğu negatif etkilerin azaltılması yönünde gerekli yasal düzenlemelerin yapılması sağlık hedefleri arasında artan bir öneme sahip olmaktadır. Ayrıca iş yerlerinde ve insanların yaşadığı alanların fiziki olarak güvenli olmaları ev ve iş kazalarının azaltılması hedeflenmiştir.

### **3.2.3. Sağlıklı Beslenme**

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir davranıştır (<http://beslenme.gov.tr/index.php?page=68>).

Türkiye'de bölgeler arası gelir dağılımı ve gelişmişlik düzeyi farklılık gösterdiğinden dolayı; gelir seviyesi ve gelişmişlik düzeyi düşük olan bölgelerde karşımıza yetersiz ve dengesiz beslenme ortaya çıkmaktadır. Beslenme konusunda özellikle çocukluk



çağlarında dikkat edilmesi gerekmektedir. 1980' lerin başında çocuk ölümlerinin % 50' si beslenme sorunları ile ilgili olup; 2016 yılı TÜİK verilerinde 0-14 yaş arası endokrin, beslenme ve metabolik rahatsızlıklar sebebiyle yaşamını yitiren çocuk sayısı 545 olarak belirtilmiştir. Türkiye'de kalkınma planlarında gıda sağlığı ve güvenilirliği konusunda halk eğitimlerine ağırlık verilmesi gerektiği ve beslenme kültürü konusunda geliştirilmesi vurgulanmaktadır.

Son dönemde ise Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı" ile gıda güvenliği ve sağlıklı ve dengeli beslenme düzeyinin artırılması konularına dikkat çekmektedir. Gıda güvenliği konusunda hijyen koşulları dikkate alınarak gıda üretimi ve tüketimi hakkında halkın bilinçlendirilmesi, gıda kontrol hizmetlerinin etkinliğinin artırılması, güvenilir gıda için izlenebilirlik sisteminin geliştirilmesi gerekliliği belirtilmiştir. Bu konu ile ilgili 2008 yılında Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı tarafından yayınlanan Gıda Güvenliği Ve Kalitesinin Denetimi Ve Kontrolüne Dair Yönetmelik' in beşinci bölümünde kalite kontrol ve denetlemeye dair hükümlerin İçişleri ve Sağlık Bakanlıkları ile işbirliği içerisinde yürütülmesi belirtilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı obeziteye karşı resmen savaş açmış olup sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi artırma yönünde halka bilinçlendirme ve davranış değişikliği programları verilmesi hedeflenmiştir.

Yukarıda belirtilen istatistikler doğrultusunda; ülkemizdeki gelir eşitsizliğine rağmen sağlıklı beslenme konusunda 1980 yılından bu zamana kadar uygulanan sağlık politikaları halkta farkındalık yaratmış ve bu konudaki politikalarında başarılı olduğu inkar edilemez.

#### **3.2.4. Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması**

Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması hizmetleri sağlık ocakları (günümüzde aile hekimleri), hastaneler, aşıevlerinde kamu eliyle yürütülmekteydi. Bu bağlamda, kadın sağlığı hizmetleri, antenatal-perinatal bakım hizmetleri, çocuk sağlığı hizmetleri verilmektedir. Bu hizmetler çerçevesinde; neonatal tarama programı, Demir gibi Türkiye Projesi (2004-2010) gibi projeler Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmüş programlardır.

1987 yılında başlayan ‘‘Fenilketonüri Tarama Programı’’, 1993 ve 2006 yıllarında kademeli olarak kapsamı genişletilen ve 2015 yılına kadar tüm yenidoğan bebeklerde toplumda sıklıkla görülen fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, galaktozemi, biotinidaz eksikliği, homosistinüri, işitme ve görme kusurları yönünden taramaları yapılmıştır. Ayrıca Kalıtsal Kan Hastalıkları ile Mücadele Kanunu’yla Antalya, Hatay, Mersin ve Muğla’da talasemi merkezleri kurulmuş olup, 2001 tarihinde Ana-Çocuk Sağlığı-Aile Planlaması ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde Ulusal Hemoglobinopati Konseyi kurulmuştur. Akraba evliliklerinin fazla olması sebebiyle, evlilik öncesi tarama testleri ile talasemi ve anormal hemoglobinli yeni hasta doğumunun engellenebilmesi amacıyla ‘‘Hemoglobinopati Kontrol Programı’’ başlatılmıştır. Programda halk taraması, toplum eğitimi ve doğum öncesi tanı yöntemlerinin kullanılması gibi hizmetler verilmektedir.

Çocuk ve bebek ölümleri, daha çok çevresel ve sosyal olgulara dayalı bir olgu olmakla birlikte doğuştan beklenen yaşam süresini etkileyen en önemli unsurlardan biri olmaktadır. Bu nedenle; Ana-çocuk sağlığı hakkında kalkınma planlarında ‘‘sağlıklı anne sağlıklı bebek’’ ilkesi ile bebek ve çocukların sağlıklı yaşam sürdürmeleri, ergen sağlığı ve kadın sağlığının önemi konularına vurgu yapmıştır. Kadınların ve hekimlerin normal doğumu tercih etmesi yönünde çalışmalar başlatılmış; bebek ya da anne için bir sağlık sıkıntısı olmadığı sürece sezaryen doğumun azaltılması hedeflenmiştir. Ancak Tablo 3.2’ de görüldüğü şekilde sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki payı artmıştır. Ayrıca sezaryen doğumların en çok özel hastanelerde gerçekleştiğini Tablo 3.3’ de görmekteyiz. (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni) Yenidoğanların, bebeklerin ve okul öncesi dönemindeki çocukların daha sağlıklı olmaları hedeflenmiştir. 0-5 yaş dönemindeki çocukların sakatlık, kaza, yaralanma gibi oranların düşürülmesi başka bir sağlık hedefi olarak yer almaktadır.

**Tablo 3.2: Yıllara göre ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması göstergeleri**

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Kuruluşlarında Gerçekleşen Doğum Oranı (%)	75	94	97	98	98	99
Antenatal Bakım Kapsamı (En Az Bir Ziyaret) (%)	70	95	97	98	97	98
Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Payı (%)	21	46,6	48	50,4	51,1	53,1
Primer Sezaryenin Tüm Doğumlar İçindeki Payı (%)	—	24,8	24,6	25,9	26,3	27,2

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni

**Tablo 3.3: Yıllara ve sektörlere göre hastanede yapılan doğumların sezaryen ve primer sezaryen oranları (%) TR**

	Sezaryen Doğumların Hastane Doğumları İçindeki Payı (%)					Primer Sezaryenin Hastane Doğumları İçindeki Payı (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Bakanlığı	36,8	35,3	36,0	35,5	37,5	17,6	15,4	15,5	15,0	15,9
Üniversite	65,9	62,6	63,0	63,8	69,3	37,4	33,6	32,6	32,4	35,9
Özel	66,6	66,2	67,9	69,5	70,5	38,3	37,3	38,4	39,6	39,8
<b>Toplam</b>	<b>49,7</b>	<b>49,6</b>	<b>51,4</b>	<b>52,4</b>	<b>53,9</b>	<b>26,5</b>	<b>25,4</b>	<b>26,4</b>	<b>27,0</b>	<b>27,6</b>

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni

Tablo 3.4' de görüldüğü gibi 2009 yılında yüzde 13.9 olan bebek ölüm hızı ve yüzde 17.7 olan 5 yaş altı çocuk ölüm hızı; 2016 yılı TÜİK verilerine göre bebek ölüm hızı yüzde 10, 5 yaş altı ölüm hızı ise yüzde 12' ye düşmüştür (Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Müdürlüğü). Toplumsal ve ekonomik alanda sağlanan gelişmeler sonucunda ölümlerin azalması; özellikle ilk etapta 0-5 yaş dönemindeki çocukların ölümlerinin azalmasını sağlamaktadır. Ulaşılan veriler doğrultusunda anne bebek sağlığı ve aile planlaması konusunda uygulanan politikalar olumlu yönde ilerlemektedir.

**Tablo 3.4: Temel ölümlülük göstergeleri 2009-2016**

		Yıl-Year							
		2009	2010	2011 <sup>(1)</sup>	2012 <sup>(1)</sup>	2013 <sup>(1)</sup>	2014 <sup>(1)</sup>	2015 <sup>(1)</sup>	2016
<b>Kaba ölüm hızı</b>									
Crude death rate		5,1	5,0	5,1	5,0	4,9	5,1	5,2	5,3
<b>Bebek ölüm hızı</b>									
Infant mortality rate	<b>Toplam-Total</b>	<b>13,9</b>	<b>12,0</b>	<b>11,6</b>	<b>11,6</b>	<b>10,8</b>	<b>11,1</b>	<b>10,2</b>	<b>10,0</b>
	<b>Erkek-Boy</b>	14,6	12,7	12,2	12,1	11,4	11,8	10,9	10,5
	<b>Kız-Girl</b>	13,1	11,3	11,0	11,0	10,2	10,3	9,6	9,4
<b>Beş yaş altı ölüm hızı</b>									
Under five mortality rate		17,7	15,5	14,9	14,4	13,4	13,3	12,4	12,1
<b>Neonatal bebek ölüm hızı</b>									
Neonatal infant mortality rate		8,9	7,6	7,3	7,5	6,9	7,3	6,5	6,4
<b>Post neonatal bebek ölüm hızı</b>									
Post neonatal infant mortality rate		5,0	4,5	4,4	4,1	3,9	3,8	3,8	3,6

Kaynak: Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Müdürlüğü

Aşağıdaki tablolarda (Tablo 3.5 ve Tablo 3.6) 0-6 Yaş ve 7-14 Yaş çocukların geçirdikleri hastalıkların cinsiyete göre dağılımları verilmiştir (2014). Buna göre 0-6 Yaş grubu çocuklarında erkek çocukları da kız çocukları da üst solunum yolu enfeksiyonu ve ishal olduğu görülürken; bulaşıcı hastalıklar, kansızlık, alt solunum yolu enfeksiyonu daha az görülmüştür. 7-14 Yaş grubu çocuklarda ise ağız diş sağlığı ve göz ile ilgili sorunlar daha çok görülmüştür.

**Tablo 3.5: 0-6 yaş çocukların son 6 ayda geçirdiği başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı, (yüzde) 2014**

Hastalık/Sağlık Sorunu	Erkek	Kız	Toplam
<b>Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu</b>	42,8	40,9	41,9
<b>İshal</b>	33,7	32,7	33,2
<b>Bulaşıcı Hastalıklar</b>	6,2	9,4	7,8
<b>Kansızlık</b>	11,4	10,3	10,8
<b>Ağız ve Diş Sağlığı Sorunları</b>	9,6	9,1	9,3
<b>Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu</b>	10,1	10,1	10,1
<b>İdrar Yolu Enfeksiyonu</b>	3,2	6,1	4,6
<b>Cilt Hastalıkları</b>	5,9	4,7	5,3
<b>D Vitamini Eksikliğine Bağlı Kemik Hastalıkları</b>	2,5	2	2,3

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

**Tablo 3.6: 7-14 yaş çocukların son 6 ay içinde geçirdiği başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı, (yüzde) 2014**

Hastalık/Sağlık Sorunu	Erkek	Kız	Toplam
Ağız ve Diş Sağlığı Sorunları	24,6	24,6	24,6
Göz İle İlgili Sorunlar	13,4	14,3	13,8
Enfeksiyöz Hastalıklar	9,3	9,6	9,4
Beslenme İle İlişkili Hastalıklar	4,7	5,1	4,9
İşitme İle İlgili Sorunlar	3,4	3,6	3,5
Ruh Sağlığı Sorunlar	2,2	1,9	2,1
Kas İskelet Sistemi Hastalıkları	2	2,4	2,2

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

### 3.2.5. Yaşlı Bakımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşlılık tanımına göre; çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin giderek azalmasıdır. 2020 yılına kadar 65 yaş üstü insanların sağlıklı olmaları ve aktif sosyal rol oynayabilmeleri hedeflenmiştir. Kişi yaşlandığında vücut fonksiyonları ve organlarının işlevlerinin azalmasıyla sağlık hizmetlerine olan harcamalar artmaktadır. Bu durum da emeklilere yapılan sağlık hizmetlerinin önemini artırmaktadır. Yaşlılar için evde bakım ve rehabilitasyon hizmetleri desteklenecek, huzurevlerinin sayısının artırılması, yaşlıların yardıma muhtaç olmadan yaşamlarını sürdürebilmeleri ve topluma katkılarının devamı yönünde ilkeler planlara girmiştir.

65 yaş üstü nüfus TÜİK verilerine göre; 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken son beş yılda yüzde 17,1 artarak 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi oldu. Yaşlı nüfusun yüzde 43,9'unu erkek nüfus, yüzde 56,1'ini kadın nüfus oluşturdu. Kişilerin yaşam beklentisinde en az yüzde 20 artış hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda TÜİK 2015 yılı sonuçlarına göre, doğuşta beklenen yaşam süresi, Türkiye geneli için 78 yıl, erkekler için 75,3 yıl ve kadınlar için 80,7 yıl oldu. Genel olarak kadınlar erkeklerden

daha uzun süre yaşamaktadır. Ülkemizde 65 yaşında olan bir kişinin kalan yaşam süresi ise ortalama 17,8 yıl oldu. Yaşlı insanların kendi kendine yetebilen kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilen ve sosyal statülerini korumuş olan bireyler olmaları istenmektedir. Özellikle 80 yaş üstü bireylerde bu tür becerilerini kaybetmemiş olması beklenmektedir (Tablo 3.7 ve 3.8).

**Tablo 3.7: Herhangi bir yardım almadan ya da yardımcı bir araç kullanmadan yürüyemeyenler, merdiven inip çıkamayanların cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı**

[15+ yaş - age]															(%)
Yaş grubu Age group	2008			2010			2012			2014			2016		
	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female
<b>Yürüyemeyenler</b> Not able to walk	3,6	2,4	4,7	4,1	2,6	5,4	4,5	2,7	6,3	7,3	4,1	10,4	6,5	4,0	8,9
15-44	1,8	1,6	2,0	2,7	2,3	3,1	2,3	2,0	2,5	1,7	1,3	2,1	1,3	1,4	1,1
45-54	2,8	1,8	3,8	2,8	1,5	4,2	3,2	2,2	4,3	6,8	3,4	10,4	5,1	2,7	7,6
55-64	6,6	3,0	10,0	6,4	4,7	8,1	8,1	3,9	12,1	12,9	5,2	20,5	10,8	4,3	17,1
65-74	15,3	9,7	20,0	17,7	11,2	22,5	20,3	11,7	27,5	24,3	15,3	31,9	23,4	15,4	30,2
75+	34,0	31,7	35,6	37,7	25,0	48,2	39,9	29,9	46,8	51,2	38,3	59,7	48,0	36,0	55,8
<b>Merdiven inip çıkamayanlar</b> Not able to walk up and down stairs	3,8	2,4	5,2	4,8	3,1	6,5	5,3	3,1	7,4	9,0	5,1	12,8	8,7	5,0	12,4
15-44	1,6	1,4	1,9	2,9	2,5	3,3	2,8	2,2	3,5	2,4	1,7	3,2	1,9	1,7	2,2
45-54	2,7	1,8	3,6	3,7	1,7	5,6	3,5	2,1	4,9	9,0	3,9	14,2	8,8	4,2	13,4
55-64	7,5	3,6	11,2	8,6	5,1	11,9	10,8	5,2	16,1	16,3	7,1	25,2	15,4	6,5	24,1
65-74	17,5	9,8	23,8	21,2	12,8	27,4	22,8	13,2	30,6	30,7	19,6	40,1	29,3	18,6	38,5
75+	35,8	29,2	40,3	42,8	33,2	50,7	44,5	34,7	51,2	53,6	42,1	61,3	55,4	39,8	65,7

Kaynak: TÜİK 2016

**Tablo 3.8: Kişisel bakım faaliyetlerini gerçekleştirirken zorluk çeken bireylerin cinsiyete göre dağılımı**

[15+ yaş - age]	(%)														
	2008			2010			2012			2014			2016		
Kişisel bakım faaliyetleri Personal care activities	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female
Kendi kendine beslenme Feeding yourself	1,7	1,5	1,9	1,3	1,1	1,6	1,5	1,3	1,7	2,8	1,8	3,7	2,5	2,0	3,0
Yatağa girme/kalkma veya sandalyeye oturma/kalkma Getting in and out of a bed or chair	3,6	2,5	4,6	3,2	2,3	4,1	2,8	1,9	3,7	3,8	2,4	5,2	4,2	2,9	5,4
Giyinme ve elbiselerini çıkarma Dressing and undressing	3,0	2,3	3,6	2,6	2,0	3,2	2,6	2,0	3,2	3,0	2,2	3,8	3,3	2,8	3,9
Tuvalet kullanımı Using toilets	3,0	2,2	3,7	2,8	2,1	3,5	2,6	1,8	3,4	2,8	1,8	3,8	3,1	2,5	3,7
Banyo yapma/duş alma Bathing or showering	3,2	2,4	4,0	3,1	2,2	3,9	2,9	2,1	3,8	3,2	2,1	4,3	3,3	2,6	3,9

Kaynak: TÜİK 2016

Yaşlıların toplum içinde korunmasının sağlanması, huzurevi ve benzer nitelikteki sosyal hizmet kuruluşlarının ülke çapında ihtiyaçlara yönelik şekilde kurulmasını kapsayan ‘‘Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Eylem Planı’’ çalışmaları SHÇEK ve DPT Müsteşarlığı koordinatörlüğünde kamu kurumları, sivil toplum örgütleri ve Hacettepe Üniversitesi temsilcilerinden oluşan ‘‘Ulusal Komite’’ tarafından yapılmıştır.

### 3.2.6. Mobil Sağlık Hizmetleri Ve Evde Sağlık

6. kalkınma planında koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde evde sağlık ve bakım hizmetlerine yönelik programlar geliştirilecektir denilmiştir. Evde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için 2005 yılında Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik çıkarılmış olup evde bakım hizmeti; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması şeklinde tanımlanmıştır. Buna göre; evde sağlık hizmeti sunumu 24 saat devamlılık esasına dayanır. Bakım hizmeti almak isteyen kişi sağlık kuruluşuna şahsen ya da telefonla başvurabilir. Hekim ya da hemşire tarafından yönlendirilip kendisi için bakım programı hazırlandıktan sonra gerekirse hasta evinde de ziyaret edilebilir. Ancak 05.05.2017 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından Evde

Bakım Hizmetleri konulu yazısında o zamana kadar Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (mülga) tarafından yürütölen evde sağlık hizmetlerinin Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na (mülga) evde bakım hizmeti veren sağlık personeli ile birlikte devredilmiştir.

Ayrıca 1999 yılında meydana gelen depremler sonucunda mobil sağlık hizmetleri ve acil hizmetlerinin yetersiz kaldığı bu konuda yönetim ve koordinasyon eksikliği görölmüş olup bir merkez oluşturulması ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Kırsal kesimde ise temel sağlık hizmeti veren kuruluşların altyapı ve sağlık personeli olarak desteklenerek mobil sağlık hizmetinin etkinleştirilmesi yönünde çalışmalar başlatılmıştır.





## 4. SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ

Genel olarak yönetim, bir işletmenin veya örgütün amaçlarını gerçekleştirmek için sahip olduğu üretim kaynaklarını etkili ve verimli olarak kullanması süreci olarak tanımlanmaktadır (Demir 2015, s.4). Sağlık yönetimi; toplum sağlığının korunarak, insan hayatı için problem teşkil edecek, milli ekonomiye ve insan gücüne etkisi olan hastalıkların tedavisi, Sağlık ve Sosyal Yardım Tesis ve Teşekküllerinin kurulması, gerekli mevzuatın hazırlanması sağlık sorunları için plan ve programların düzenlenmesi, hizmet çeşitlerine göre araştırmalar yaparak ihtiyaç nispetinde personel yetiştirilmesi ve dolayısıyla sağlığın elde edilmesi faaliyetlerinin yönetimidir. (Çamcı 2007, s.16) Sağlık yönetiminde işletme anlayışı olarak kamu ve özel yataklı kurumlar farklı anlayışa sahiptirler. Kamunun öncelikli amacı sağlık hizmeti sunumu iken, özel sağlık kuruluşlarının ise hizmet sunumunun yanında doğası gereği kar elde etme amacı da taşımaktadırlar.

### 4.1. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ

13.01.1983 tarih ve 17927 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre; hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlara yataklı tedavi kurumları olarak tanımlanmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 2005 yılında değişikliğe uğramıştır.

Buna göre sağlık kurumları işlevlerine göre 5 gruba ayrılır:

a) İlçe / belde hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

b) Gün hastanesi: Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir

hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

c) Genel hastaneler: Her türlü acil vak'a ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

d) Özel dal hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

e) Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

Yataklı tedavi kurumlarındaki poliklinik hizmetlerine halkın kolay ulaşabilmesi, hastane polikliniklerindeki yığılmaların önlenmesi amacıyla hastanelere bağlı olarak semt poliklinikleri kurulabilir. Semt polikliniklerinin açılması, hizmetin verilmiş şekli, poliklinik ve acil servis hizmetlerinin çalışma usul ve esasları ile burada görevli personelin, görev, yetki ve sorumluluklarına dair usul ve esaslar Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak bir Yönerge ile belirlenir.

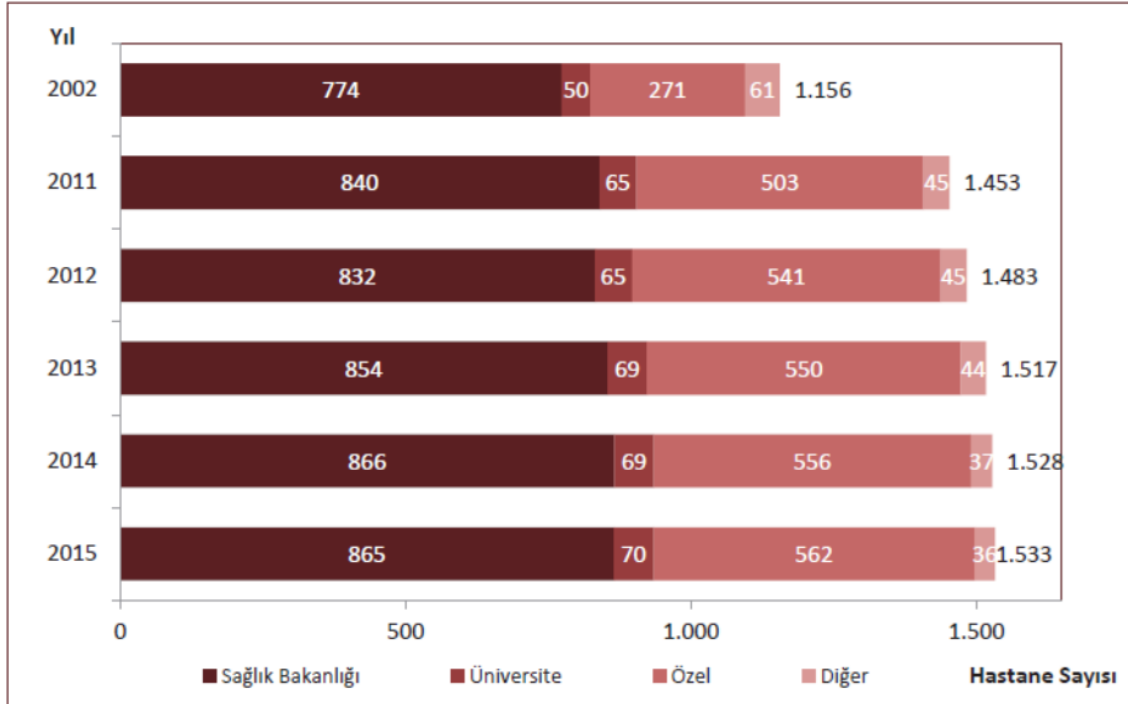
Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği' nde tıbbi hizmetler, yönetim hizmetleri, satınalma, ayniyat depo ve ambar hizmetleri, teknik hizmetler, tıbbi hizmetlerde çalışanların yetki ve görevleri, idari işlerde çalışanların yetki ve görevleri, teknik ve diğer işlerde çalışanların yetki ve görevleri, nöbetçi personelin görev ve yetkileri ve yakacak, kıyafet gibi hükümleri içeren çeşitli hükümler başlıkları ile kamu yataklı tedavi kurumları yönetimi işleyiş ve usuller hakkında ele almaktadır. Özel Hastaneler Yönetmeliği ile de; özel hastanelerin yapılandırılması, işleyişi ve görevleri gibi hükümler yer almaktadır. Bu çalışmada Yataklı Tedavi Kurumlarını kamu ve özel yataklı tedavi kurumları olmak üzere 2 başlık altında ele alacağız.

#### **4.1.1. Kamu Yataklı Tedavi Kurumları**

1980 sonrası Kalkınma Planlarında dönemsel olarak yatak sayılarında artışlar gerçekleştiğinden fakat bölgeler arası dengesizliğin giderilmediği bu dengesizliklerin giderilmesi yolunda gerekli önlemlerin alınması ve politikaların yapılması hedeflerin

gerçekleştirilmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur. Yatak sayılarındaki artışların olumlu yönde olmasına rağmen sağlık hizmeti sunumunda farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklardan dolayı oluşturulan yatak kapasitesinden etkili bir şekilde yararlanılamamaktadır. Bu nedenle kamu kuruluşlarındaki yatak kullanım oranları düşük olmaktadır. Bahsi geçen dönemde yataklı tedavi kurumlarının büyüklüklerine göre yapılan değerlendirmede, toplam tesislerin 1979 yılında yüzde 70'i 100 yataktan düşük kapasiteye sahiptir. 1994 yılında toplam hasta yatağı sayısı 150.565'e yükselmiş olup yurt genelinde yatak sayılarının dağılımı dengesizdir. 2002 yılına gelindiğinde toplam yatak sayısı 164.471, 2015 yılında ise 209.648 nitelikli yatak sayısına sahiptir (Şekil 4.2). Şekil 4.1' de ise 2002 yılında 774 Sağlık Bakanlığı hastanesi bulunmakta iken hem SDP ile hastanelerin tek çatı altında toplanmasının hem de yapılan yatırımlar neticesinde 2015 yılına gelindiğinde 865 adet Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler olduğunu görmekteyiz (SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015).

**Şekil 4.1: Yıllara ve sektörlere göre hastane sayısı**

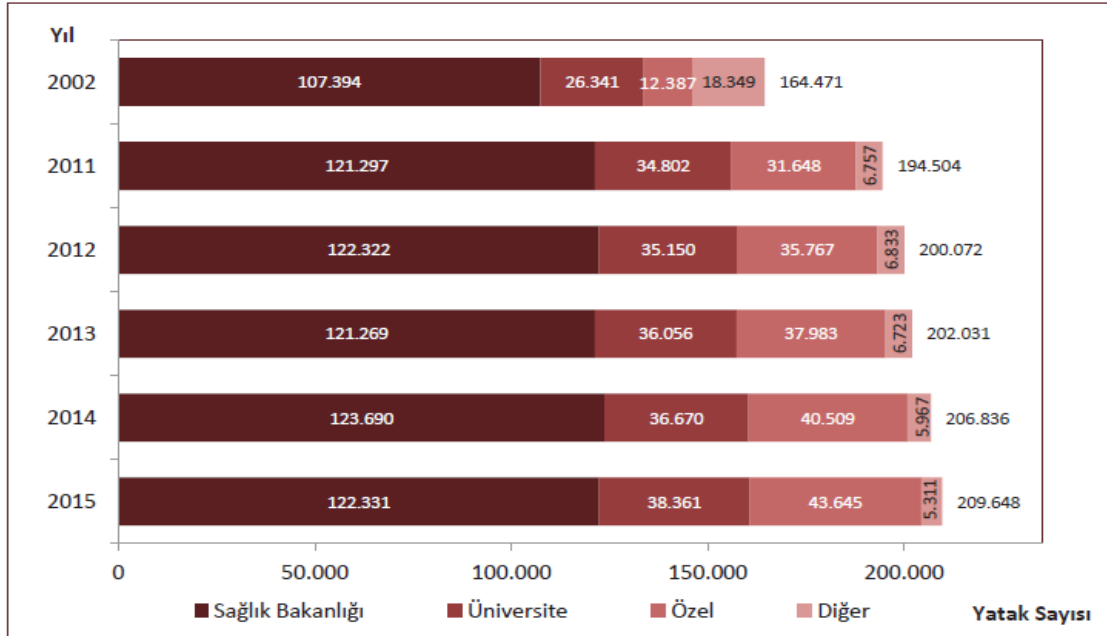


Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ilkesi ile herkese sağlık hizmeti sunma anlayışından dolayı yatak kullanım oranlarının yükseltilmesi yoluyla, düşük maliyetle daha çok yatak hizmeti sunma ilkesi gözetilerek gelişmemiş ve ihtiyacı olan bölgelere öncelik tanınması sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programı ile

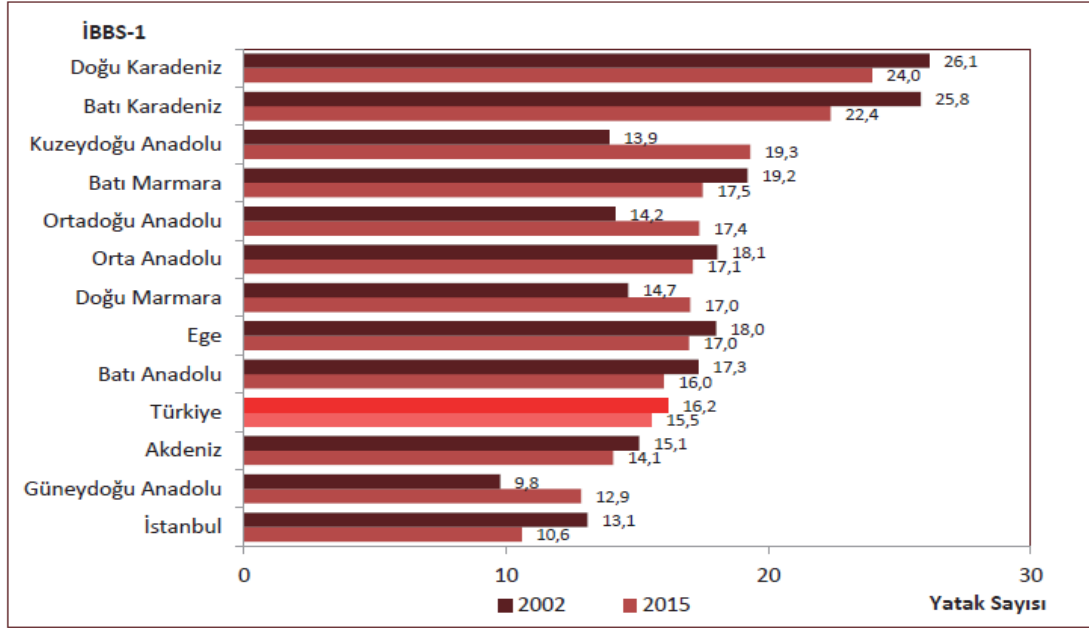
bölgelerarası yatak dağılımının dengeli sağlanması yanı sıra sağlık hizmetlerindeki gelişmeler ve talepler dikkate alınarak hastanelerin yapımında da bölgelerarası dengenin korunması hedeflenmiştir. 1983 yılı nüfusuna göre bulunan yatak gereksinimi 15.355 yatak olduğu belirlenmiştir. Hasta yatağı toplam sayısının yüzde 37'si ülke nüfusunun yüzde 24'ünün bulunduğu 3 büyük ildedir. 2001 yılındaki hedefte hastane yataklarının planlanmasında sağlık ihtiyaçlarının yoğunlaştığı ve hizmet açığı bulunan dallara öncelik verilmesi bulunmaktadır. Sağlık hizmet sunumundaki artışı gözlemek açısından 1983 yılında 15.355 yatak ihtiyacı belirlenmişken 2015 yılında sadece kamu yataklı tedavi kurumlarındaki yatak sayısı 122.331' dir (Şekil 4.2). Ancak bölgeler bazında bakıldığında ise 10.000 kişiye düşen yatak sayısı Türkiye ortalaması 2015 yılında 15.5 iken İstanbul' da bu oran 10.6 olduğu görülmüştür (Şekil 4.3). İstanbul' da yatak sayısının düşük olmasının sebebi nüfus yoğunluğunun ve sağlık hizmeti talebinin fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Şekil 4.4' de de olduğu gibi 2002' den 2015' e gelindikçe yatak doluluk oranlarının arttığı görülmüştür. (SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015)

**Şekil 4.2: Yıllara ve sektörlere göre yatak sayıları**



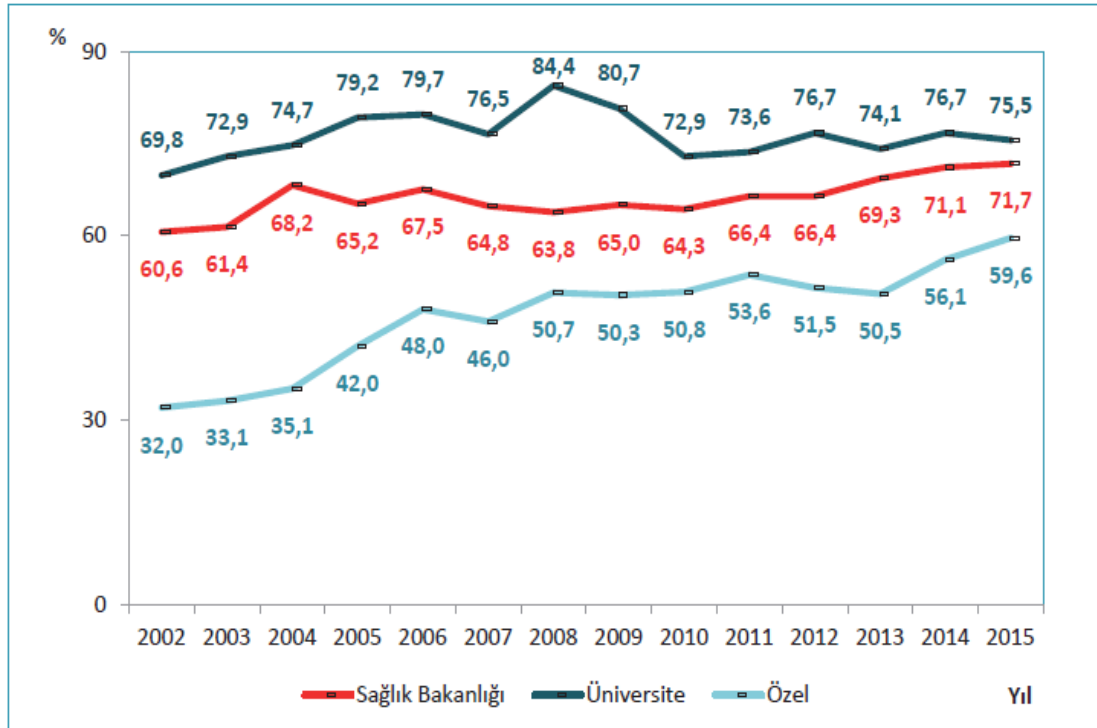
Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

Şekil 4.3: İBBS-1' e göre 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı, 2002-2015



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

Şekil 4.4: Yıllara ve sektörlere göre yatak doluluk oranı 2002-2015



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

Söz konusu durum, hekim ve hekim dışı sağlık personelinin de zaman zaman sayılarında artışlar olduğundan sağlık personeli sayılarının büyük illerde yoğunlaşması üzerine kırsal bölgelerde ve küçük illerde çalışılmasının teşviki yönünde politikalar gerçekleştirilmesi gerekliliğinden bahsedilmiştir. Kalkınma Planlarının her döneminde sağlık insangücünün talep edilen hizmetin altında kaldığından bahsedilmektedir. Bu yetersizliğin önüne geçmek için yeterli derecede eğitim almış sağlık personeli ve istihdam sıkıntılarından dolayı sağlık personeli eğitimine ağırlık verilmesi yönünde çalışmalar olmuştur. Özellikle az gelişmişlik düzeyine sahip bölgelerde personel istihdamı büyük sorunlar yaratmakta ancak buna rağmen belirli illerde yoğunlaşmalar devam etmiştir. Sağlık personelinin eğitiminin yanı sıra halkın sağlık kurumları kullanma alışkanlığının ve sağlık eğitim anlayışının geliştirilmesi açısından toplumun eğitimi de hedefler arasında yer almıştır. Bu nedenle “Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışma Esaslarına Dair Kanun” ile sağlık personelinin çalışmalarının tümünü kamuda kullanması sağlanmaya çalışılmıştır. Ancak 1978’ de çıkarılan kanun amacına ulaşamamış olmakla birlikte o dönemde geçerliliğini yitirmiştir.

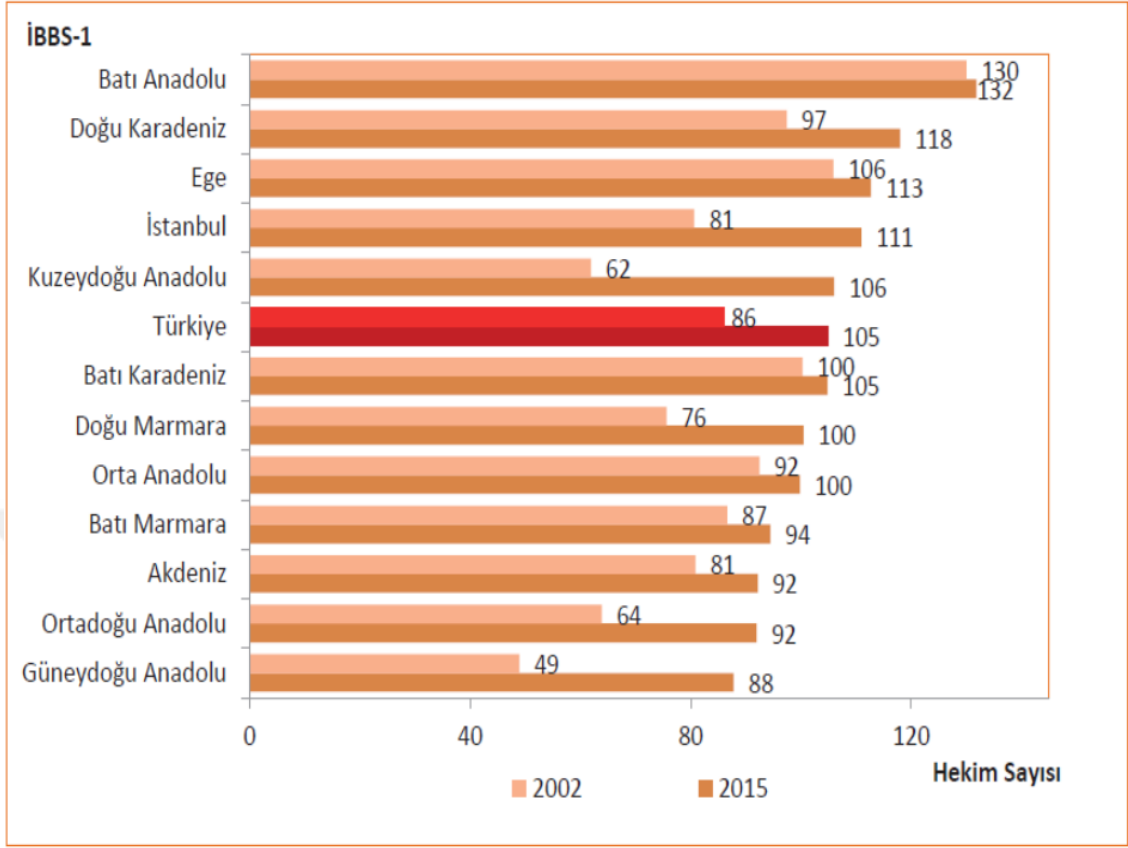
1994 yılında 64.000 hekim, 13.200 diş hekimi, 38.200 sağlık personeli, 61.500 hemşire istihdam edilmiş olup, 2002 yılında 57.406 hekim, 3.211 diş hekimi, 33.276 sağlık personeli 54.360 hemşire görev yaparken, 2015 yılında 82.589 hekim, 8.683 diş hekimi, 102.243 sağlık personeli, 101.722 hemşire kamuda görev yapmıştır. Tablo 4.1 de 13 yılda (2002-2015) hekim sayısında 25.183, diş hekimi sayısında 5.472, sağlık personeli sayısında 68.967 ve hemşire sayısında 47.362 kişi artış sağlanmış olunmasına rağmen sağlık hizmeti sunumunda yeterli seviyeye gilememiştir (SİY 2015).

**Tablo 4.1: Sağlık personelinin yıllara göre dağılımı Sağlık Bakanlığı**

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Toplam Hekim Sayısı (Uzman+Pratisyen+Asistan Hekim)	57.406	73.382	73.663	75.496	77.876	82.589
Diş Hekimi	3.211	7.225	7.291	7.997	7.640	8.683
Eczacı	1.596	1.891	1.920	2.067	2.102	2.156
Hemşire	54.360	89.314	92.118	93.700	94.404	101.722
Ebe	39.473	46.944	48.409	48.694	48.103	48.078
Diğer Sağlık Personeli	33.276	82.201	83.542	93.555	97.763	102.243
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	67.496	181.295	181.824	186.217	196.459	206.088

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

**Şekil 4.5: İBBS-1'e göre 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı**



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yılığ 2015

2000 yılına gelindiğinde ise hasta yataklarının yüzde 95' i, koruyucu sağlık hizmetlerinin ise tamamı kamu kesimine aittir. Uzman hekimlerin yüzde 76' sı, pratisyen hekimlerin yüzde yüzde 96' sı, dış hekimlerinin yüzde 33' ü ve hemşirelerin yüzde 98' i kamuda istihdam edilmektedir. 2015 yılında kamuda istihdam edilen toplam hekim sayısı 82.589, dış hekimi 8.683, 101.722 olmuştur ve Şekil 6.5' te görüldüğü üzere 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 105 olmuştur. Kadro standartları iş yükü esasına dayalı olarak geliştirilecek ve personelin dengeli dağılımını sağlayacak bir ücretlendirme sistemine geçilecektir. Sağlık hizmetleri sunumunun bölgesel kent- kırsal düzeyindeki dengesizliği devam etmektedir. Sosyo-ekonomik seviyesi en düşük 10 ilde yatak başına düşen nüfus sayısı en yüksek 10 ildekinin 2,5 katı iken, doktor başına düşen nüfusta söz konusu il grupları arasındaki fark 4 kata kadar çıkmaktadır.

1999 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde sağlık personeli ve hastane altyapı imkanlarından daha iyi yararlanılması amacıyla 13 ilde 23 hastanede vardiya uygulaması başlatılmıştır. Kamu yataklı tedavi hizmetlerinde tam zamanlı çalışma

uygulanmaması, sağlık personeli imkanlarından yeterince yararlanılamamasına neden olmakta ve bu durumdan tıp eğitimi olumsuz etkilenmiştir. Ayrıca sağlık personelinin tam gün çalışmasına yönelik daha önceki yıllarda olduğu teşvik yönünde mevzuat düzenlenmesine gidilmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır. Bu kapsamda 2014 yılında ‘‘Tam Gün Yasası’’ yürürlüğe girmiştir. Bu yasa ile kamuda çalışan hekimlerin tam zamanlı olarak kamuda çalışmaları öngörülmüş, özel sağlık kuruluşunda çalışmalarının ve muayenehane açmalarının önüne geçilmiştir. 2005 yılındaki Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasına kadar tedavi edici sağlık hizmetleri, çok sayıda kurum tarafından gerçekleştirildiğinden dolayı hem hasta hem sağlık personeli hem de sağlık hizmeti sunumu açısından sıkıntılar yaşanmakta ve gerekli planlama yapılamadığından dolayı sağlık kuruluşlarının yönetiminde ve hizmet politikalarında etkili olunamamıştır. Sağlık kuruluşları, hizmet verimliliğinin artırılması için, işletmecilik yönünden ele alınacak; devlet, üniversite ve diğer hastaneler arasında işbirliği imkanlarının geliştirilmesi ve kuruluşların karşılıklı dayanışma anlayışı içinde çalışmalarının sağlanması için gerekli politikalar uygulanacaktır. Ayrıca, hastane işletmeciliği açısından rasyonel ve verimli olmayan çok büyük kapasiteli eğitim ve uygulama hastanelerinin yapılması önlenerek, hastane işletmeciliği, poliklinik hizmetlerinin düzenlenmesi belli kriterlere bağlanacak, poliklinik ve idari hizmet birimlerinin hasta servislerinden ayrılmalarının sağlanması 1980’lerin ortalarında hedefler arasında yer almıştır. Bu tarz sıkıntılar büyük önem arz ettiğinden, 1980 sonrası sağlık politikalarında hizmette, hizmet sunumunda ve sağlık hizmeti veren kurumların maliyet politikalarında birliğin sağlanması rasyonel ve etkin işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi amacıyla 2005 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda farklı bakanlıklara bağlı hizmet veren sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanılmasına karar verilmiştir. 2005 yılına gelindiğinde ise sağlık personeli sayısı, yatak sayısı ve yatak kullanım oranları gibi göstergelerde iyileşme kaydedilmiş ancak istenilen düzeye ulaşamamıştır. Keza her bir hastanenin idari ve mali açıdan özerkliğe kavuşturulması ve kendi gelirleriyle giderlerini karşılaması gerekliliği o döneme kadar üstünde durulmuş olup ancak Sağlıkta Dönüşüm Politikaları ile gerçekleştirilmiş bir hedef olmuştur. 10. Kalkınma Planına gelindiğinde ise Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın geliştirilmesi yönünde politikalar yapılmış ve bu doğrultuda ilerlemeye devam edilmektedir. Bu kapsamda maliyet etkin ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunumu amaçlanmıştır.



Sağlık hizmet sunumunda klinik müdahalelerin etkililiğini, hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyetini dikkate alan yaklaşımlar geliştirilecektir. Sağlık hizmetlerinin etkinliğini destekleyecek 2. ve 3. Basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulaması geliştirilmesine karar verilmiştir. Ancak gerek sağlık hizmetlerinin sunumu gerekse halkın sağlık hizmetleri kullanma alışkanlığından dolayı sevk zinciri etkinleştirilememiştir.

#### **4.1.2. Özel Yataklı Tedavi Kurumları**

Türkiye’de 1980 sonrası yapılan politikalar özel sektör yatırımlarının teşvikine yönelik olmuştur. Sağlık sektöründe de politikalar bu yönde olmuş, sağlık hizmet sunumunda kamunun ağırlığının azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır.

Özel yataklı tedavi kurumları “Özel Hastaneler Yönetmeliği’ne” göre yönetilmektedir. Bu yönetmelik gerçek veya tüzel kişilere ait hastaneleri kapsar. Yönetmelik’te özel hastaneler; asgari olarak öngörülen bina, hizmet ve personel standartlarını haiz olmak kaydıyla, yirmi dört saat süreyle sürekli ve düzenli olarak, bir veya birden fazla uzmanlık dalında hastalara ayakta ve yatırarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti veren kuruluşlar olarak tanımlanır. Diğer bir deyişle yönetmelik; özel hastanelerin nasıl olması gerektiğini, hastanelerin çalışma prensiplerini, kadro durumlarının ve fiziki şartlarının nasıl olması gerektiğini kapsar.

Özel hastane kadroları da kamu hastaneleri gibi Bakanlıkça belirlenen sağlık hizmet bölgelendirmesine göre planlanan hekim sayısı ve hizmet ihtiyacı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenir ve yatırım listesinde ilan edilir. Sağlık Bakanlığı tarafından, faaliyetine ihtiyaç duyulan sağlık kurum ve kuruluşları ile bunlara ait sağlık insan gücü, tıbbi hizmet birimleri ve nitelikleri ile teknoloji yoğunluklu tıbbi cihaz dağılımı alanlarında kamu ve özel sektörü kapsayacak şekilde planlama yapılır. Tablo 4.2’ de olduğu gibi özel sektörde görev yapan hekim sayısı 28.384, diş hekimi 14.291, 25.941 hemşire ve 31.845 sağlık personeli bulunmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015). Özel hastanelerin kadroları, Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemine, Sağlık Bakanlığı tarafından elektronik ortamda kaydedilir. Özel hastanenin tıbbi hizmet birimleri; tıbbi hizmeti engelleyecek tarzda ve hastane binasından veya bina kompleksinden ayrı yerde tesis edilemez.

**Tablo 4.2: Sektörlere ve ünvanlara göre sağlık personeli dağılımı, 2015**

	<b>Sağlık Bakanlığı</b>	<b>Üniversite</b>	<b>Özel Sektör</b>
Toplam Hekim Sayısı (Uzman+Pratisyen+Asistan Hekim)	82.589	28.810	28.384
Diş Hekimi	8.683	1.698	14.291
Eczacı	2.156	306	25.010
Hemşire	101.722	22.526	25.941
Ebe	48.078	851	4.100
Diğer Sağlık Personeli	102.243	11.492	31.845
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	206.088	13.107	19.609

*Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*

Özel yataklı tedavi kurumlarından alınan hizmet karşılığı acil servis haricinde alınan hizmetler ücretlendirilir, tedavi olan kişiler hizmet sunumu gerçekleştiikten sonra ödeme yaparlar. Devlet zaman zaman kalkınma planlarında özel hastanelerin hizmet sunumlarının artırılması amacıyla, hizmet fiyatlandırmasının serbest olması yönünde politikalara yer vermiştir. 1999 yılı sonu itibariyle özel sektörün payı sağlık sektöründe yüzde 6.8 olmuş, daha çok poliklinik, laboratuvar ve görüntüleme merkezleri ağırlıklı hizmet vermektedirler. Günümüzde ise 562 adet özel hastane hizmet vermektedir.

#### **4.2. SAĞLIK FİNANSMANI**

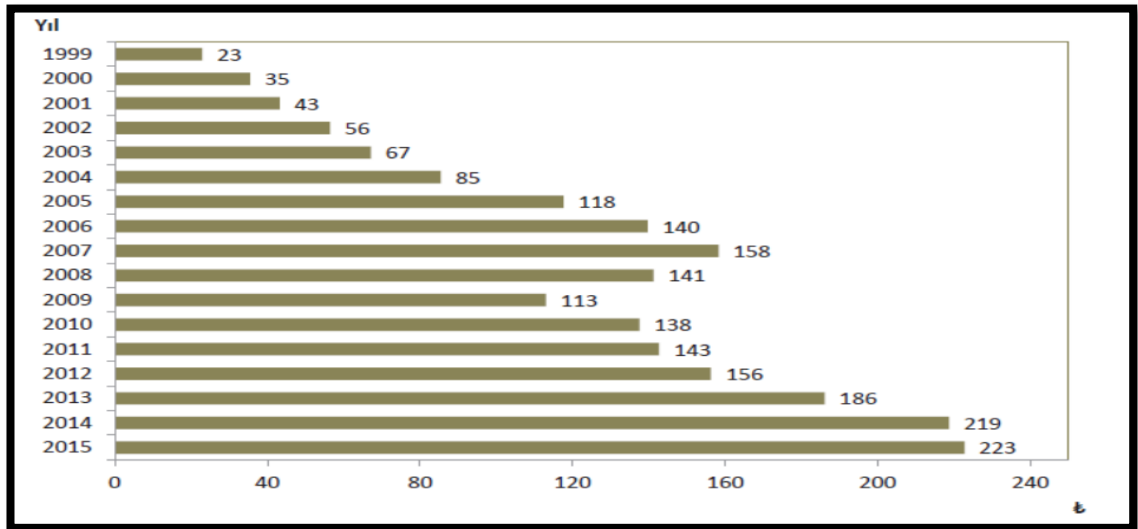
Sağlık ekonomisi; elde olan sınırlı kaynakların sonsuz bir hizmet döngüsü olan sağlık sektörü içinde nasıl tahsis edildiğini inceleyen bilim dalıdır (Çelik 2013, s.48). Sağlık finansmanı konusu aslında karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık hizmetlerinin maddi olarak desteklenmesidir. Diğer bir deyişle sağlık hizmetleri finansmanı; sermayenin sağlık hizmetlerini finanse etmek için nasıl harekete geçirilmesi ve nasıl kullanılması gerektiğini içermektedir (Çelik 2013, s.169). Aynı zamanda, sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan/kullanılacak olan kaynakların sağlanması için gerekli mali kaynağın temini olarak da tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin kaliteli ve etkili bir şekilde sunulmasının sağlanabilmesi için etkin, verimli ve tutarlı bir finansman sağlanmalıdır. Başka bir deyişle devamlılık esasını içeren sağlık hizmetlerinin mali kaynağı da devamlılık arz etmeli yani sürekliliğinin sağlanabilmesi gerekmektedir. Herkesi kapsama amacı güden ulusal sağlık hizmeti sistemleri halktan genel vergiler

aracılığıyla finanse edilirler. Bu gelir kaynağına ek olarak; hastaların cepten ödeme yapması uygulaması dünya üzerinde yaygın bir şekilde bulunmaktadır ve kişi genellikle hizmet gerçekleştiğinde ödemeyi yapmaktadır (Atabey 2012, s.29)

Atabey'e göre; sağlık hizmetlerinin sunumu yalnızca para ile mümkün olmaktadır (Atabey 2012, s.154). Bu nedenle sağlık hizmetinin finansmanı ve halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi sırasında ortaya çıkan ekonomik sorunlar sağlık hizmetlerini etkileyecek ve hizmetlerin yürütülebilmesi için finansman kaynağının doğru şekilde seçilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı çeşitli şekillerde olmaktadır. Herkesin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için; sürdürülebilir kaynak yaratmak, kaynakları verimli kullanmak, hakkaniyeti sağlamak gerekmektedir (Çelik 2013, s.169). Sağlık sektöründe finansmanında gelir toplamada en önemli özellik hizmet gerçekleşmeden sağlanıyor olmasıdır. Yukarıda sözü geçen cepten ödemeler hariç (Çelik 2013, s. 170).

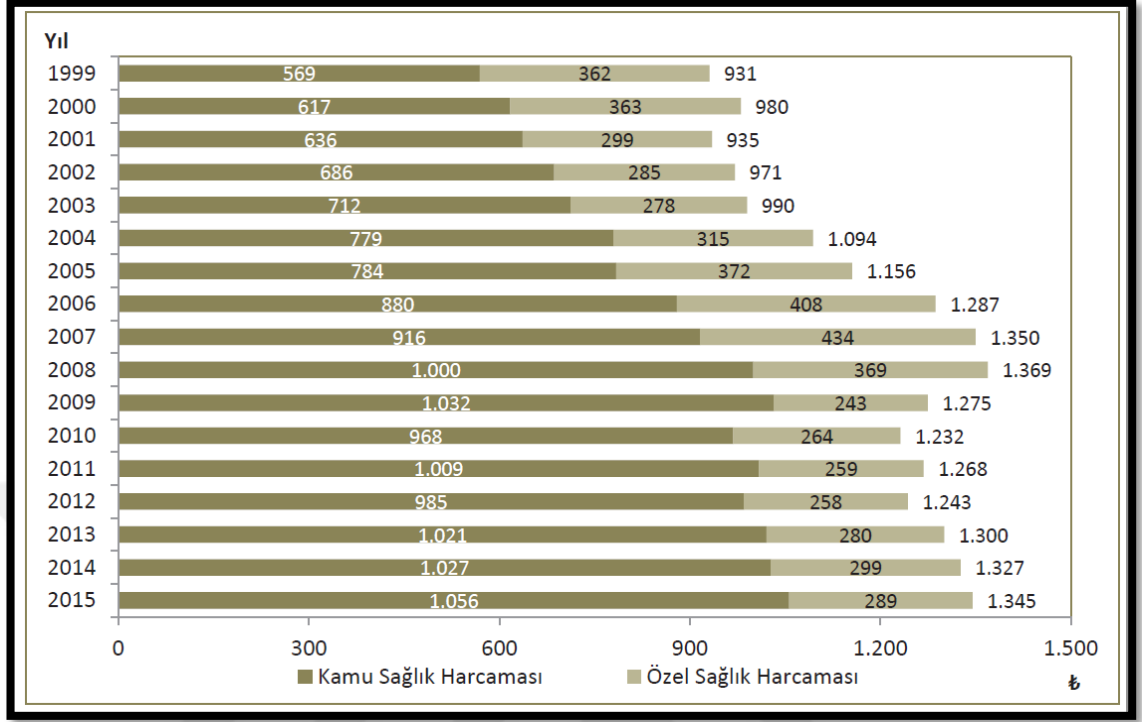
- a) Sağlık hizmetleri finansman yöntemleri şunlardır:
- b) Kamu Gelirleri ile Finansman (Gelir vergileri ile yapılan finansman sistemi)
- c) Zorunlu Kamu Sigortası (Sosyal Sağlık Sigortası)
- d) Özel Sağlık Sigortaları
- e) Cepten Ödemeler
- f) Kamu Özel Ortaklığıdır (Çelik 2013, ss. 172-203).

**Şekil 4.6: Yıllara göre cepten yapılan sağlık harcaması**



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

Şekil 4.7: 2015 yılı rakamları ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması, reel



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

Şekil 4.6' da yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamaları verilmiş olup; Şekil 4.7' de de 2015 yılı rakamları ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcamaları verilmiştir. Her iki şekilde de 1999 yılından 2008 yılına kadar artış olduğunu görmekteyiz. Ancak 2009 yılında sağlık harcamalarında büyük bir düşüş olduğu gözlenmekle birlikte 2013 yılından itibaren özel sağlık harcamaları artmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015).

1980' li yıllarda sağlık sektörü kamu tarafından fonlanmakta ancak sürekliliği sağlanamamaktaydı. 1990' lı yılların ortalarında ise sağlık hizmeti sunan kamu kurumlarının gerçekçi planlama yapamamalarını hizmet sunumu ile finansmanın birlikte yürütmesine bağlamışlardır. Bu konuda yeni yasal düzenlemeler yapılması ve mevcut mevzuatın güncellenmesi öne çıkmaktadır. Bu nedenle Sağlıkta Dönüşüm Programı ile finansmanda süreklilik hedeflenmiştir. Türkiye'nin de içinde bulunduğu 21. Yüzyılda 21 hedef programında maliyet-etkililik, dayanışma ve kalite ilkelerini temel alan sağlık hizmetleri için sürdürülebilir finansman ve kaynak tahsisi yapılabilmesi belirlenmiştir. Ülkemizde hem özel hem de kamusal manada sağlık hizmetleri ve yatırımları finanse edilmekte olup bugün daha hala sağlık hizmetlerinde kamu ağırlığını hissettirmektedir.

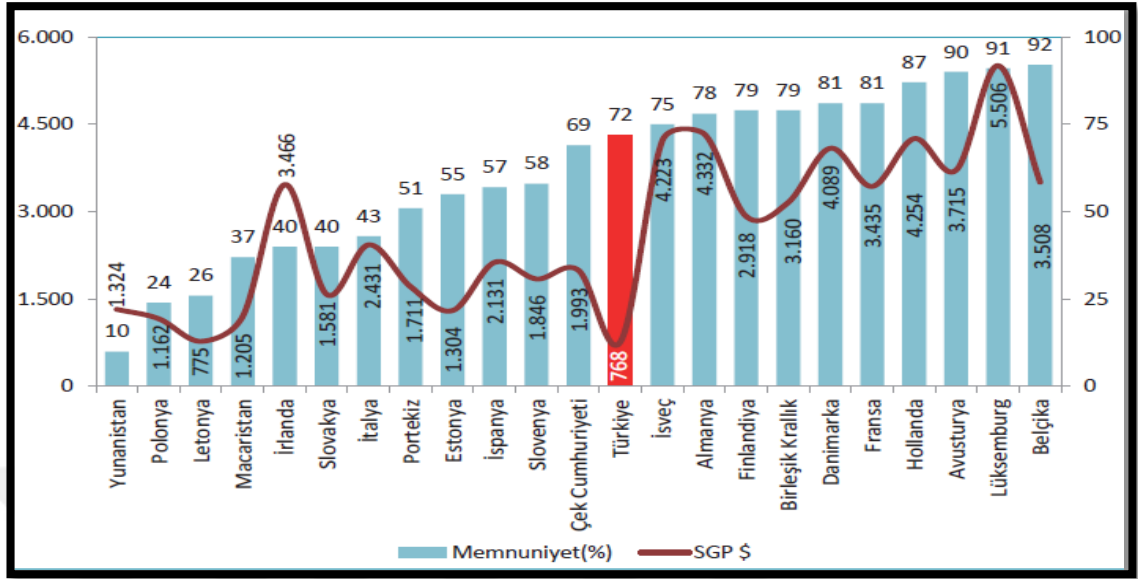
Bununla birlikte özel sermayeyi teşvik amacıyla devlet, özel sektörle ortak olarak çalışmalar yürütmektedir. ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’’ yla birlikte kamu özel ortaklığı sağlık hizmetlerinde gündeme gelmiş, bu çerçevede çeşitli özel kuruluşlarla büyük yataklı tedavi kurumları kurulması için anlaşmalar yapılmıştır.

SDP ile birlikte Sağlık Bakanlığı finansmanını etkileyen faktörlerden bazıları şunlardır:

- a) SSK hastanelerinin devri, (Hastanelerin Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanması)
- b) Performansa bağlı ek ödeme sisteminin uygulanması,
- c) Hizmete erişimin kolaylaşması,
- d) Hastanelerde kalite ve verimliliğin önemsenmesi,
- e) Tam gün yasası uygulaması,
- f) Global bütçe uygulamasına geçilmesidir.

Aslında sağlık sektöründe önemli olan finansmanın hangi yöntemle sağlandığı değil, finansmanın sürekliliğinin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetleri sunumu çok çeşitli sektör ve alanlarla etkileşim içinde olduğundan toplumda yaşanan mali açıdan olumlu ya da olumsuz gelişmeler sağlık sektörüne yansımaktadır. Ülkemizde 2002-2013 yılları arasında yatırım harcamalarının payı artarken, cari sağlık harcamalarının payı azalmıştır. 2002 yılında % 2.4 olan yatırım harcamalarının payı; 2013 yılında % 5.6 olarak gerçekleşmiştir. Personel için ayrılan kaynaklar aynı dönemde 2002 yılında % 23.7 iken, 2013 yılında bu pay % 35.1’dir. Aynı zamanda 2002 yılından 2013 yılına kadar olan sürede toplam sağlık personeli % 65 artış sağlamıştır. Ayrıca sağlık hizmeti sunumunda bazı alanlarda Sağlık Bakanlığı hizmet alımı aracılığıyla hizmet sunumunu sağlıyor. Bu durum için de belli bir kaynak ayrılması gerekmekte ve anılan 12 yıl içerisinde hizmet alımı için ayrılan kaynaklar 6,6 kat artış göstermiştir. Şekil 4.8’ te görüldüğü üzere OECD ülkeleri arasında Türkiye sağlık hizmetleri sunumundan memnuniyeti ile ortalama bir görüntü çizerken, sağlık hizmetleri için kişi başı kamu cari sağlık harcaması ise OECD ülkeleri arasında en düşük seviyelerdedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013).

**Şekil 4.8: Sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve kişi başı kamu cari sağlık harcaması**



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013

Yatırım finansmanı olarak bakıldığında ise Kamu-Özel Ortaklığı'ndan söz edebiliriz. Kamu-Özel Ortaklığı modelinde finansman kaynağı sadece kamu ya da özel olmamakla birlikte, özel ve kamu riskleri eşit şekilde paylaşmaktadır. Bu model 24 Ocak kararları olarak anılan ekonomi programından sonra özel sektörün her alanda teşvikinin sağlanması amacıyla 1990'ların sonlarına kadar genellikle köprü, otoyol yapımlarında karşımıza çıkıyor. Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile finansman gerektiren hizmetlerin sunumunda mali kaynak sıkıntısının minimize edilebileceği öngörülmektedir. (Acartürk ve Keskin 2012, s.35) Bu modele sağlık yatırımları konusunda daha geniş yer vereceğiz.

#### 4.2.1. Sağlık Yatırımları

Türkiye' de sağlığa olan yatırım 2000' lerin başına kadar neredeyse sadece bina olarak kendini göstermiş ve bu binaların birçoğu kamu eliyle yaptırılan hastaneler, sağlık ocakları olmuştur. Kalkınma Planlarında teknolojik, tıbbi cihaz ve ilaç sektöründe millileşme hedefler ve politikalar arasında yer almış ancak gerek siyaseten gerek ekonomik açıdan uygulamaya geçilememiştir. Hatta zaman zaman gerçekçi olmayan yatırımlar konusu gündeme gelmekte kaynakların etkili kullanılmadığına dair eleştiriler mevcuttur. Sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayrılması, mevcut kamusal kaynakların daha etkili kullanılması yönünde çalışmalar başlatılmıştır. Bu konuda

dönüm noktası sağlık politikalarının diğer alanlarında da olduğu gibi SDP olmuştur. Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özel ve gönüllü kuruluşların sağlık yatırımlarına teşviki hedeflenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde; sağlık hizmetleri sunumunda özel sektörün genişlemesini ve hali hazırda hizmet veren kamu hastanelerinin işlettirilmesini öngören ilkeler mevcuttur. Tablo 4.3’ de yatırım harcamalarının 1999’ dan 2015’ e kadar artarak ilerlediğini görmekteyiz (SİY 2015).

O zamana kadar özel sektör ağırlıklı olarak poliklinik, laboratuvar ve görüntüleme merkezlerine yatırım yapmaktaydı. Özel kuruluşların yatırım teşvikine rağmen sağlık sektöründe kamu yatırımlarının payının artırılması da 9. Kalkınma Planı’nda hedefler arasında gösterilmektedir. Bunlarla birlikte inşaat halindeki projelerin tamamlanmasına da öncelik verilmiştir. Bu dönemde ülkemizde gündeme gelen başka bir yatırım modeli ise Kamu Özel Ortaklığı olmuştur. Kamu-Özel Ortaklığı modeli, ülkemizde 1980’li yıllarda Özal Hükümeti ile birlikte özelleştirme kapsamında ele alınmış daha çok Yap-İşlet-Devret olarak karşımıza çıkmıştır. Bu bağlamda otoyol, köprü yapımlarında bu modele daha sık rastlamaktayız.

Daha önceleri kamu sektörünün ağırlıklı olarak sunduğu mal ve hizmetler, günümüzde özelleştirme ve diğer alternatif yöntemlerle veya kamu özel işbirliğiyle de sunulabilme imkanı bulabilmektedir. 2006 yılında sağlıkta kamu özel ortaklığına yönelik çalışmalar hız kazanmıştır. Türkiye’de sağlık sektörü uygulama alanıyla ilgili pilot bölge olarak 2011 yılında süreci başlatan 1583 yataklı Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü’ne karar verilmiştir (Acartürk ve Keskin 2012, s.26). Kamu Özel Ortaklığı Modeli, devlet tarafından hazırlanan hastane projelerinin, devletin gösterdiği yere, finansmanı gerçek kişiler ya da özel sektör kuruluşları tarafından sağlanarak yapılması, gerektiğinde donanımın da sağlanması ve hastanenin en az 25, en fazla 49 yıllığına kiralanmasıdır. Bu model ile sağlık tesislerinin, kiralama karşılığı yaptırılması ile tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesi amaçlanmıştır. (Acartürk ve Keskin 2012, s.27) Bir nevi Yap-İşlet-Devret modeli de diyebiliriz. Kamu Özel Ortaklığı modelinde maliyet, gelir, risk, fayda ve zararlar özel sektör ve kamu tarafından ortak olarak paylaşılmaktadır. Bu paylaşım kamu ve özel sektör için görev paylaşımı anlamına gelmektedir. Bu noktadan hareketle Kamu Özel Ortaklığı Modeli, aynı zamanda bir ‘‘kazan-kazan’’ modeli olarak formüle



edilebilmektedir (Gerard 2001, ss.1-4; Miraftab 2004, s.89). Ancak paylaşımlar noktasında yatırım planlama konusu daha karmaşık bir hale gelmektedir.

**Tablo 4.3: Yıllara göre cari, yatırım ve toplam sağlık harcaması**

Yıllar	Önit	GSYİH	Cari Sağlık Harcaması	Cari Sağlık Harcamasının GSYİH'ye Oranı (%)	Yatırım Harcaması	Yatırım Harcamasının GSYİH'ye Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcaması (Cari+Yatırım)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ye Oranı (%)
1999	Milyon ₺	104.596	4.786	4,6	199	0,2	4.985	4,8
	Milyon ABD \$	247.544	11.327		471			
	Milyon SGP ABD \$	517.743	23.690		985			
2000	Milyon ₺	166.658	7.888	4,7	360	0,2	8.248	4,9
	Milyon ABD \$	265.384	12.561		573			
	Milyon SGP ABD \$	589.456	27.899		1.273			
2001	Milyon ₺	240.224	12.086	5,0	310	0,1	12.396	5,2
	Milyon ABD \$	196.736	9.898		254			
	Milyon SGP ABD \$	561.544	28.252		724			
2002	Milyon ₺	350.476	18.331	5,2	443	0,1	18.774	5,4
	Milyon ABD \$	230.494	12.056		291			
	Milyon SGP ABD \$	572.094	29.922		723			
2003	Milyon ₺	454.781	23.676	5,2	603	0,1	24.279	5,3
	Milyon ABD \$	304.901	15.873		404			
	Milyon SGP ABD \$	588.969	30.662		781			
2004	Milyon ₺	559.033	28.616	5,1	1.405	0,3	30.021	5,4
	Milyon ABD \$	390.387	19.983		981			
	Milyon SGP ABD \$	688.417	35.239		1.730			
2005	Milyon ₺	648.932	33.292	5,1	2.067	0,3	35.359	5,4
	Milyon ABD \$	481.497	24.702		1.534			
	Milyon SGP ABD \$	781.243	40.080		2.488			
2006	Milyon ₺	758.391	40.949	5,4	3.120	0,4	44.069	5,8
	Milyon ABD \$	526.429	28.424		2.166			
	Milyon SGP ABD \$	894.971	48.323		3.682			
2007	Milyon ₺	843.178	46.495	5,5	4.409	0,5	50.904	6,0
	Milyon ABD \$	648.754	35.774		3.392			
	Milyon SGP ABD \$	975.634	53.799		5.102			
2008	Milyon ₺	950.534	52.320	5,5	5.420	0,6	57.740	6,1
	Milyon ABD \$	742.094	40.847		4.231			
	Milyon SGP ABD \$	1.067.944	58.782		6.089			
2009	Milyon ₺	952.559	55.294	5,8	2.616	0,3	57.911	6,1
	Milyon ABD \$	616.703	35.799		1.694			
	Milyon SGP ABD \$	1.044.057	60.606		2.868			
2010	Milyon ₺	1.098.799	58.623	5,3	3.054	0,3	61.678	5,6
	Milyon ABD \$	731.608	39.033		2.034			
	Milyon SGP ABD \$	1.168.957	62.366		3.250			
2011	Milyon ₺	1.297.713	65.372	5,0	3.236	0,2	68.607	5,3
	Milyon ABD \$	773.980	38.989		1.930			
	Milyon SGP ABD \$	1.308.344	65.907		3.262			
2012	Milyon ₺	1.416.798	70.288	5,0	3.901	0,3	74.189	5,2
	Milyon ABD \$	786.283	39.008		2.165			
	Milyon SGP ABD \$	1.380.911	68.507		3.802			
2013	Milyon ₺	1.567.289	79.702	5,1	4.688	0,3	84.390	5,4
	Milyon ABD \$	823.044	41.855		2.462			
	Milyon SGP ABD \$	1.451.518	73.815		4.342			
2014	Milyon ₺	1.748.168	88.878	5,1	5.871	0,3	94.750	5,4
	Milyon ABD \$	799.370	40.641		2.685			
	Milyon SGP ABD \$	1.503.216	76.425		5.048			
2015	Milyon ₺	1.952.638	96.786	5,0	7.782	0,4	104.568	5,4
	Milyon ABD \$	719.620	35.669		2.868			
	Milyon SGP ABD \$	1.542.555	76.459		6.148			

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015



Türkiye, sağlık sektöründeki gelişmelerini sektördeki amaçlarına uygun olarak yönlendirmektedir. Bu nedenle, sağlık politikalarının asıl amacı olan halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve geliştirilmesi, aynı zamanda stratejik amaçlardan birisi olan sağlığa yönelik risklerin minimale indirgenmesi ve bu risklerden toplumu korumanın üzerine kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, “Stratejik Plan: 2010-2014). 1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, hizmetlerin niteliği ve örgütlenmesi çerçevesinde ilk ciddi adım olarak görülebilmektedir (Büber 2010, ss.238-239; Karasu 2011, ss.173-174). Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulamalarının önünü açan uygulama 1994 yılında 3996 sayılı “Bazı Yatırımların ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun” ve 1999 yılı 4446 sayılı yasa ile Anayasanın bazı maddelerinde değişiklik yapılması ile kamusal hizmet yeniden tanımlanmış ve kamu hizmetlerinde özel sektör desteği sağlanmıştır (Karasu 2009, s.81). Son dönemde de bu düzenlemelere ilaveten sağlık yatırımlarının da kamu özel ortaklığı yöntemiyle gerçekleştirilmesi amacıyla hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nda 2005 yılında yapılan değişiklikle Kamu Özel Ortaklığı Modeli sağlık hizmetlerinin içine girmiş ve uygulanmaya başlanmıştır (Acartürk ve Keskin 2012, s.46). Ayrıca, 2006 yılından sonra “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında düzenlenen sağlık reformlarıyla birlikte klinik hizmetlerinin de hizmet alımı yolu ile dışarıdan temin edilmesi uygulamaya konulmaya başlanmıştır (Akdağ 2010, s.5). Hukuki olarak da Kamu Özel Ortaklığı Modeli kapsamında 7.5.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na ek madde eklenmesine ilişkin kanun, 3.7.2005 tarihli 5396 sayılı kanundur. 2005 tarihli 5396 sayılı kanunla 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na eklenen ek 7. maddede; “Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine 49 yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir.” denilmektedir. Kanunda da açıkça görüldüğü üzere; sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli’ ne ilişkin devlete ait taşınmazların gerçek veya tüzel kişilere en fazla 49 yıllığına kiralanmasına izin verilmiştir (Acartürk ve Keskin 2012, ss.48-49). 22.07.2006 tarih ve 26236 sayılı Resmi Gazete’ de “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları

dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’ nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK, 2007 yılında 5683 sayılı kanun ile değişikliğe uğrayarak Bakanlık bünyesine “İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı” ve “Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı” eklenmiştir (Atalay 2014, ss.70-71). Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından yürütülen sözleşmelerde yer alan finansman kapsamı uygulama projesi, tasarımı, inşaatı, medikal cihazlar ve diğer donanımın tedariki, tesis için gerekli mefruşat, tesislerin bakım ve onarımı, tıbbi görüntüleme, laboratuvar, diğer tıbbi destek hizmetleri, bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek dahil tüm destek hizmetlerinin sunumu bileşenlerinden oluşmaktadır (Atalay 2014, s.73).

İlk olarak İngiltere’de model olarak uygulanan KÖO Modeli, Türkiye’ de sağlık sektöründeki uygulamaları “entegre sağlık kampüsleri” ve “şehir hastaneleri” olarak planlanmış ve planların aktif hale getirilmesi yönünde çalışmalar başlatılmıştır (Acartürk ve Keskin 2012, s.45). Modeli uygulayan ülkeler; KÖO modeli ile yapılacak olan sağlık kampüslerinin hizmet verimliliğinin artırılıp maliyetinde düşüş sağlandığını belirtmektedirler (Price 2011, s.13). Sağlık Bakanlığı, sağlık alanında Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile uygulamalara 2005 yılında başlamıştır. Bakanlık 22 farklı ilde uygulamaya koyacağı büyük sağlık kampüsleri ile halkta devlet hastaneleri ile ilgili oluşan olumsuz yargıları yıkmayı hedeflemiştir. Sağlık kampüslerinde sadece hekimlik uygulamaları devlet tarafından verilecek olup, diğer hizmetler özel sektör tarafından karşılanacaktır. Türkiye’de ilk kez sağlık alanında uygulanacak olan Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile hazineden tek kuruluş alınmadan yapılması planlanmıştır (Acartürk ve Keskin 2012, s.47). 2013 yılı Mayıs ayı itibariyle yaklaşık 30.000 yataklı hastane yapımı için süreç başlamış olup; 2017 yılı sonu itibariyle 1300 Yataklı Mersin Şehir Hastanesi ve 475 Yataklı Yozgat Şehir Hastanesi açılmış, 29 hastane daha yapılması planlanmıştır. Sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin uygulanmasıyla sağlık sektöründe hızlı ve etkin hizmet sunumunun dev sağlık kentleriyle sağlanması söz konusu olacaktır (Acartürk ve Keskin 2012, s.47).

Yapımı biten ve hizmete açılan hastanelerin yanında Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı tarafından Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kayseri Şehir Hastanesi, İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi, Adana Şehir Hastanesi, Elazığ

Şehir Hastanesi, Gaziantep Şehir Hastanesi, Manisa Şehir Hastanesi, İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi, Isparta Şehir Hastanesi, Kocaeli Şehir Hastanesi, Konya Şehir Hastanesi, Bursa Şehir Hastanesi, Eskişehir Şehir Hastanesi, Tekirdağ Şehir Hastanesi ve Şanlıurfa Şehir Hastaneleri'nin sözleşmeleri imzalanmıştır. Ayrıca Samsun, Denizli, İzmir Yenişehir Şehir Hastaneleri, Aydın FTR, Antalya, Diyarbakır, Aydın Şehir Hastaneleri ihale teklif ve hazırlık süreçlerinde olup, 4200 Yataklı İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi ve 900 Yataklı Ordu Şehir Hastanesi Yüksek Planlama Kurulu tarafından onay beklemektedir (<http://www.saglikyatirimlari.gov.tr>). Kamu Özel Ortaklığı Modeli' nin yanı sıra ilaç, tıbbi cihaz, sağlık turizmi, sağlık insan gücü ve sağlık personeli eğitimleri için de yapılacak yatırımların artırılması etkili bir sağlık hizmeti sunumu için hedeflenmiştir.

#### **4.2.2. Tıbbi Cihaz Ve İlaç Yönetimi**

Ülkemizde 1980' li yıllar ile başlayan süreçte ilaç ve tıbbi cihaz sanayiinin geliştirilmesi ve ekipmanların elde edilmesi yönünde hedefler arasında önem kazanmaya başlamıştır. Ancak yeterince gelişmiş bir sanayiye sahip olunmaması durumu bu konuda olan dışa bağımlılığı artırmış ve devletin cebinden büyük paraların çıkmasına neden olmuştur. Bu nedenle devlet ilaçlar üzerindeki kontrol ve denetimi sağlamak amacıyla Devlet İlaç Kontrol Enstitüsü'nü kurmuştur. Enstitü, yerli üretilen ve ithal edilen ilaçların ve ham maddelerin kontrollerini yapacaktır. Aynı zamanda devlet etkinliğini artırıcı ve ilaçların çok fazla tüketimini önlemek için yasal düzenlemeler yapma yoluna girmiştir.

Aynı dönem içerisinde teşhis ve tedavide kullanılacak ekipman ve cihazların alınması, kullanılması ve sağlık sektöründe yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Bunları sağlamak amacıyla da devlet tarafından bu tip cihazların yeterli sayıda ve uygun standartlarda üretilmesi öngörülmüştür. Bunlarla birlikte tıbbi cihazların bakım, onarım ve muhafazasının sağlanmasının belli standartlar kapsamında olması, bu işleri yapacak olan personelin eğitilmesi ve tıbbi cihaz israfının önlenmesi hususu anılan dönemin sağlık politikasında yer almaktadır. Ancak bu süreç içerisinde tıbbi cihazların üretimi için yeterince bir altyapı oluşmadığından tıbbi cihazların sağlık hizmet sunumunda daha fazla yararlanabilmek için cihazların alımı yaygınlaştırılmıştır. Tablo 4.4' de Manyetik Rezonans (MR), Bilgisayarlı Tomografi (BT) gibi büyük cihazların yanında, Ultrason, Doppler Ultrason ve Eko cihazlarının yıllara göre artışları gösterilmiştir. Görüldüğü

üzere cihaz sayılarında kademeli bir artış olmakla birlikte Tablo 4.5’de cihaz başına düşen görüntüleme sayısı da artış göstermiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015).

**Tablo 4.4: Yıllara göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları**

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
<b>MR</b>	58	709	720	751	757	794
<b>BT</b>	323	974	1.017	1.058	1.071	1.119
<b>ULTRASON</b>	1.005	3.775	4.282	4.756	5.286	5.518
<b>DOPPLER ULTRASON</b>	681	2.091	2.480	2.793	3.151	4.015
<b>EKO</b>	259	1.181	1.379	1.542	1.793	1.897

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

**Tablo 4.5: Sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında bazı cihazlarda cihaz başına düşen görüntüleme sayısı 2015**

	MR	BT	Ultrason	Doppler Ultrason	EKO	Mammografi
<b>Sağlık Bakanlığı</b>	26.190	19.684	6.778	3.461	4.796	4.127
<b>Üniversite</b>	14.469	14.210	3.242	1.526	3.149	3.288
<b>Özel</b>	6.685	4.499	2.976	1.564	2.220	810
<b>TOPLAM</b>	<b>14.215</b>	<b>12.221</b>	<b>4.967</b>	<b>2.700</b>	<b>3.669</b>	<b>2.192</b>

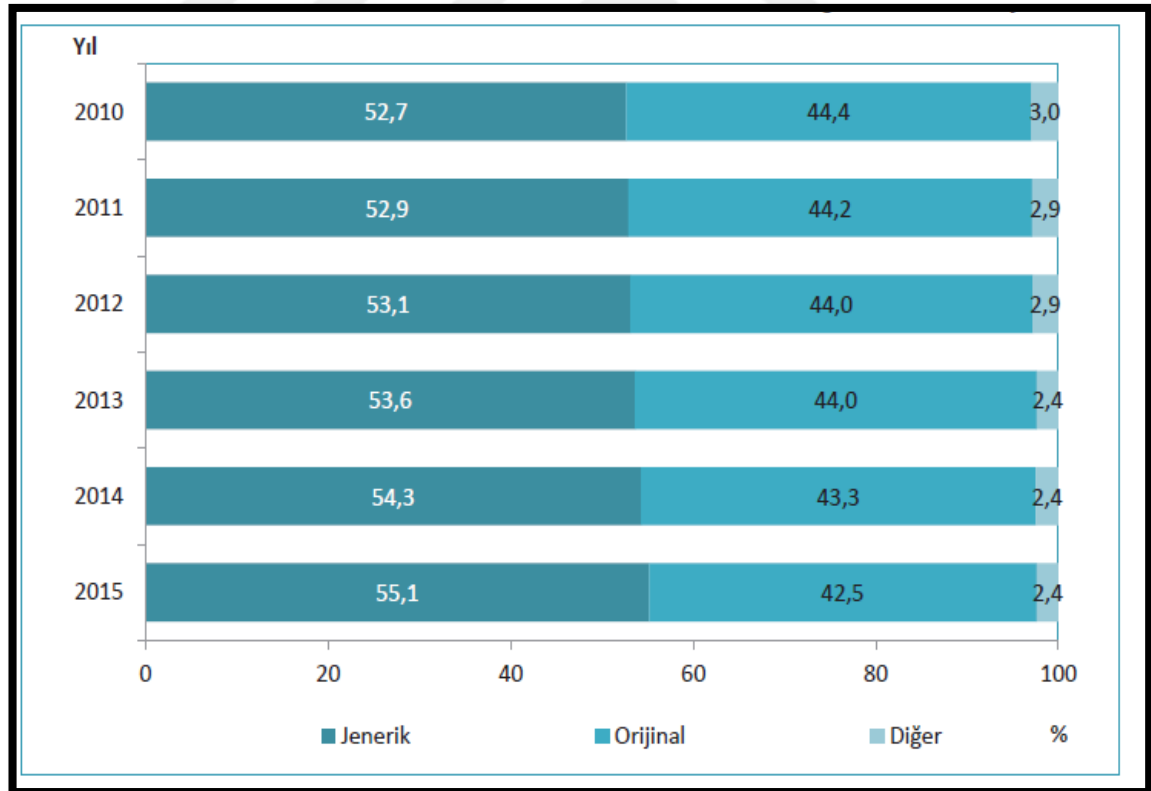
Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

1990’lara girilmesiyle birlikte biyomedikal mühendislik faaliyetlerinin aktifleştirilmesi yönündeki faaliyetlerin artırılmasından söz edilmektedir. Sağlık teknolojisi bakımından kullanılacak olan tıbbi cihazların belli standart ve kalitede olması, yılın belli dönemlerinde kalibrasyona tabi tutulacak olması gibi faaliyetler için biyomedikal insan gücünün yetiştirilmesi ve fiziki altyapının oluşturulması hedeflenmiştir. Aynı zamanda ilaç tüketiminin gerçekçi sayılarda olması gerektiği belirtilmiştir.

Türkiye’de ilaç ürünlerine patent korunması 1999 yılından sonraki dönemde etkin hale gelmiştir. Ülkemizde 1990’lı yıllarda Ar-Ge faaliyetleri kısıtlı imkanlarla yürütülmüş olup, 2000’li yıllarda ise jenerik ilaç geliştirilmesi ve ihracat pazarlarına yönelmiştir. 2001 yılında bilinçsiz ilaç kullanımının halk arasında yaygın olması hala daha problem olarak görülmeye devam etmekte ve akılcı ilaç uygulamalarının artırılması yönünde çalışmalar yapılması gerekliliği belirtilmiştir. İlacın akılcı ve bilinçli kullanımı için sağlık personeli ve topluma yönelik eğitimler verilmesi planlanmıştır. Şekil 4.9’ da 2010 yılından 2015 yılına kadar yıllara ve referans türlerine göre ilaç tüketimlerinin kutu olarak dağılımları verilmiş olup; bu süreçte jenerik ilaç kullanımı miktarında az da

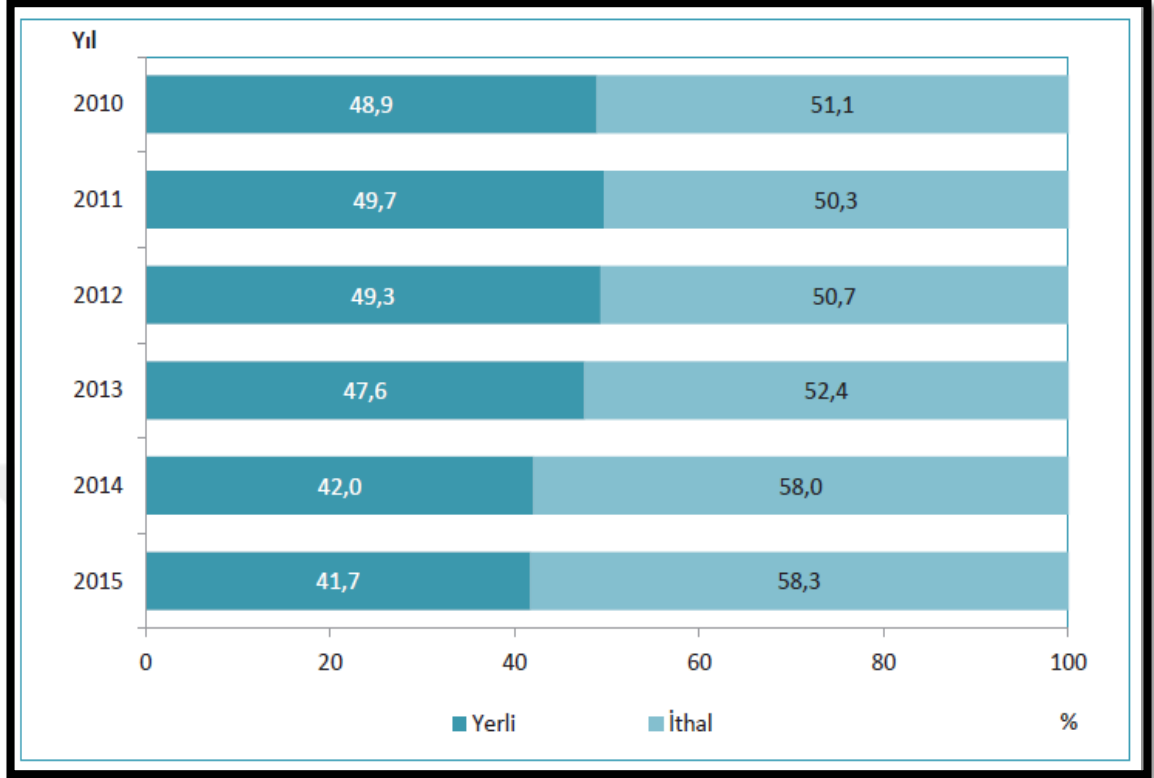
olsa artış olduğunu görmekteyiz. Şekil 4.10' da ise yıllara ve yerli/ithal durumuna göre ilaç harcamalarının dağılımı verilmiş olup; 2010-2013 yılları arasında yerli ilaçların harcamalarının daha fazla olduğunu ancak 2013 yılından itibaren yerli ilaç harcamalarının azaldığı görülmektedir. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi'nin aşı, serum ve ilaç hizmetlerinde ulusal referans kurumu haline getirilmesi hedeflenmiş bu konuda ilgili mevzuat düzenlemesi yapılması gündeme gelmiştir. Bunlarla birlikte ilaç ve tıbbi cihazların kalitesini, kullanılmasını kontrol edecek mekanizmalar ve kurumlar oluşturulması yönünde çalışmalar yapılmış olup Tıbbi İlaç ve Cihaz Kurumu kurulmuştur. 02.11.2011 tarihinde TİTCK 663 no' lu KHK ile kurulmuş olup; ürünlerin ruhsatlandırılması, üretimi, depolanması ile ilgili standartları belirler ve bunları denetler. İlaç, tıbbi cihaz gibi ürünlerin piyasada sürekliliğini sağlamak, ilaç ve tıbbi cihazlar hakkında çeşitli kurum ve kuruluşlarla, üniversitelerle işbirliği yapmak görevleri arasındadır.

**Şekil 4.9: Yıllara ve referans türlerine göre ilaç tüketimlerinin (kutu) dağılımı**



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

**Şekil 4.10: Yıllara ve yerli/ithal durumuna göre ilaç harcamalarının dağılımı, (yüzde) TR**



*Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*

İlaç sanayi açısından sağlık reformlarının 2003-2009 yılları arasındaki en önemli etkisi, kamu sağlık harcamalarının ve bu harcamaların içinde ilaç harcamalarının artması ve bu artışın ilaç pazarında hem hacim hem de ciro bazında yarattığı genişlemedir. İlaç piyasasının genişlemesi ve özellikle jenerik ilaçların artan Pazar payı, yerel jenerik sermayenin büyümesi açısından da önemli fırsat olmuştur (Yaşar vd. 2014, s.139). 2014 yılında “Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programı” başlatılmış olup sağlık hizmetlerine ve ilaç erişiminin artması, farkındalık ve ortalama yaşam düzeyinin yükselmesi, aynı zamanda artan ve yaşlanan nüfusla birlikte ilaç ve tıbbi cihaz talebinin artması dolayısıyla sosyal güvenlik harcamalarında açık oluşmasıyla ortaya çıkan orta vadede yerli üretim kapasitesinin geliştirilmesi ve daha yüksek kapasitede ilaç ve tıbbi cihaz üretilmesi durumu programın amaçları arasında yer almaktadır. Sözü geçen amaç doğrultusunda yurtiçi tıbbi cihaz ihtiyacının yüzde 20’sinin yerli üretimle; ilaç ihtiyacının ise yüzde 60’ının yerli üretimle karşılanması hedeflenmiştir. Bu kapsamda programın bileşenlerini;

- a) Kamunun Yönlendirme Kapasitesinin Güçlendirilmesi,
- b) Ar-Ge Yenilik Alanının Geliştirilmesi
- c) İş ve Girişim Ekosisteminin Geliştirilmesi
- d) Üretim ve İhracatın Desteklenmesi oluşturmaktadır.

Bileşenlere yakından bakacak olursak eğer; 1. Bileşen olan kamunun yönlendirme kapasitesinin güçlendirmesi bileşeni; ilaç ve tıbbi cihaz sektörlerinde orta ve uzun vadeli stratejilerin belirlenmesi, sağlık, sosyal güvenlik uygulamalarında yönetişimin ve koordinasyonun güçlendirilmesi, bu amaçla yönlendirme kurulunun oluşturulması, geleceğe yönelik ihtiyaçların belirlenmesi için veri altyapısının oluşturulması, tıbbi cihaz alanında standartların geliştirilmesi, yerleşme politikasında savunma alanının tecrübelerinden faydalanmak ve cihaz alımı yapan kurumların sektörü yönlendirme ve düzenleme kapasitelerinin güçlendirilmesi oluşturmaktadır.

2. Bileşen ise; Ar-Ge konusunda nitelikli yerli ve yabancı araştırmacı sayısının artırılması, temel araştırma konularının ve bu konudaki önceliklerin belirlenmesi, yerli ve yabancı özel sektör ile çalışarak akreditasyon çalışmalarının yapılması, Ar-Ge destek programlarının geliştirilmesinden oluşmaktadır.

İş ve Girişim Ekosisteminin Geliştirilmesi 3. Bileşen olarak karşımıza çıkmakta ve yeni sağlık programlarının oluşumunda yerli ilaç sanayi ile işbirliği modellerinin geliştirilmesi, yeni girişim modelleri için finansman ve destek araçlarının tasarlanması, tıbbi cihaz ve ilaç sanayi kümelerinin oluşturulmasından meydana gelmektedir.

Son bileşen olan Üretim ve İhracatın Desteklenmesi bileşeni, yerli ilaç üretimi ve ihracatını teşvik için yeni düzenlemeler yapılması ve devreye sokulması, imalat sanayinde dönüştürücü etkisi yüksek olan doğrudan yatırımlara verilen desteklerin etkinleştirilmesi ve ikili anlaşmalarla ruhsatlandırma ve teknik denetim süreçlerinin hedef bölge ve ülkelerde kolaylaştırılmasına yönelik girişimlerde bulunulması yer almaktadır.

Tüm bunlar göz önüne alındığında ilaç ve tıbbi cihaz sanayinde son 37 yılda gelişmeler sağlanmak istenmiş ancak zaman zaman yaşanan ekonomik krizler sebebiyle sağlık sektörünün de sekteye uğraması, ilaç sıkıntıları yaşanması ya da halkın ilaç kullanma alışkanlığının kulaktan duyma ya da popüler ilaçların kullanılması yönünde olması ve

henüz tam anlamıyla gelişimini tamamlayamamış olan sanayimiz nedeniyle istenilen gelişmeler sağlanamamıştır.

#### **4.2.3. Teknolojik Yapı Ve Dijital Veri Tabanı**

Devletler daha hızlı ve şeffaf hizmetler sunabilmek için elektronik ortama kaymaya başladı. Sağlık sektöründe hastaların kayıtlarını tutmak ve hastaların öykülerine kolayca ulaşamaması, kişilerin kendilerine ait tetkik, tahlil ve rapor sonuçlarını kaybetmesi, sağlık tesislerinin nitelikli ve geniş arşivlere sahip olmaması, hastaların düzenli olarak aynı hekim ya da hastaneye gitmemesi dolayısıyla herkesin içinde olduğu dijital veri tabanı oluşturulması sağlık politikalarında hedeflenmiştir. Bu çerçevede Ulusal Sağlık Sistemi oluşturulması amaçlanmış ve şu şekilde tanımlanmıştır; tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında oluşturulan sağlık verilerinin web servisler aracılığıyla online toplanmasını, işlenmesini ve veri kalitesinin yükseltilmesini sağlayan sistematik ve işlevsel kayıt sistemidir (<http://www.e-saglik.gov.tr/TR,7197/ulusal-saglik-sistemi-uss.html>).

Sağlıkta ortak bir veri tabanı oluşturma fikri tarihsel gelişimi olarak çok yeni bir fikirdir. Genel olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlamıştır. Bu konuda çeşitli çalışmalar ve altyapı hazırlıkları yapılmakla birlikte programın oluşturulması ve geliştirilmesi uzun bir zaman almıştır. Oluşturulan programda uygulamada sıkıntılar çıkmış ve ülke geneline yayılması zaman almıştır. Bu programla toplumun sağlık hizmeti ihtiyacı kolayca belirlenerek sağlık hizmeti planlaması da kolayca yapabilecektir. Sağlık Bakanlığı tarafından, Sağlık.NET; “Sağlık kurumlarında elektronik ortamda üretilen verileri, doğrudan üretildikleri yerden, standartlara uygun şekilde toplamayı, toplanan verilerden tüm paydaşlar için uygun bilgiler üreterek birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi arttırmayı hedefleyen, entegre, güvenli, hızlı ve genişleyebilen bir bilgi ve iletişim platformu” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık.Net geliştirilerek AHBS ile entegre hale getirilmiş olup Sağlık.NET2 adını almıştır. Böylelikle daha geniş kapsamda herkese ulaşabilmiş ve aile hekimliği sistemine de kayıt olan kişileri de sistem içerisine almıştır. Sağlık Bakanlığı 26.04.2016 tarihli 2016/6 genelgesinde 663 no’ lu KHK’ da “bakanlığın bilgi toplama, bilgiyi işleme, onları düzenleme ve paylaşma yetkisi bulunur” ifadesine yer vermiştir. Buna göre; sağlık hizmeti almak üzere sağlık kuruluşlarına başvuran kişinin bilgilerini



alma, saklama, sağlık hizmeti ve finansmanının planlanmasında Bakanlık tarafından onları işleme ve gerekirse 3. Kişilerle paylaşma yetkisine sahiptir. Sağlık.Net Online sistemi ile e-nabız uygulaması üzerinden kişilerin kendi sağlık durumları ile ilgili bilgi sahibi olması, tekrarlanan tetkiklerin önüne geçerek tedavi ve teşhis sürelerinin kısaltılması ve entegre sağlık sisteminin sunulması hedeflendiği belirtilmektedir. Bahsi geçen genelge ile birlikte Sağlık.Net Online sistemine entegre olmayan hastanelerin uyum süreçlerini tamamlamış ve 01.01.2015 tarihinden itibaren kayıt altına alınan bütün hastaların verilerinin sisteme gönderilmesi istenmiştir. Ayrıca; Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nin de Sağlık.Net Online' a veri gönderebilmesi gerekmektedir.

E-nabız uygulaması 03.04.2015 tarihinden itibaren kullanılıma açılmış ve açıldığı günden itibaren büyük ilgi görmüştür. E-nabız' ı kısaca tanıtmak gerekirse, bir zamanlar kullanılan sağlık karnelerinin dijital hali diyebiliriz (<https://www.hipokrat20.com>). E-nabız uygulamasında kişinin her türlü sağlık bilgileri, acil sağlık verileri, tıbbi görüntüler ve tahliller görülebilmektedir. Ayrıca şu anda hiç yanımızdan ayırmadığımız akıllı telefonlarımıza da entegre olmuş; cep telefonlarına adım, ateş gibi veriler ölçüp kaydedilebilmektedir. E nabız uygulamasında 112 acil butonu bulunmakta ve ihtiyaç duyulan anda tek bir tıkla 112 acil servise ulaşılabilir ve sisin bulunduğunuz konumu 112 servisi ile paylaşmaktadır. Tüm bunlara ek olarak hasta olarak alınan sağlık hizmetini de bu uygulama aracılığı ile değerlendirilebilmek de mümkün olmaktadır. Uygulamayla Merkezi Hekim Randevu Sistemi'ne bağlanıp kendinize randevu da alabiliyorsunuz. E-nabız sisteminde kişilerin bilgileri şifrelenerek kayıt altına alınmakta ve Sağlık Bakanlığı ile kişiler arasında iletişim güvenliğinin sağlanması konusunda sorumluluk üstlenir. Toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunması amacıyla Teletıp ve Teleradyoloji uygulaması geliştirilmiş, kişinin radyolojik görüntülerine ve tetkiklerine ulaşabilme imkanı sağlanmıştır.

Bu sistem mükerrer istemlerin ve kayıtların önüne geçmesi açısından avantaj sağlamakla birlikte henüz tüm hastanelerin altyapısı dijital olarak gelişmemiş olduğundan sınırlı ölçüde kalmıştır. Günümüzde kişinin izni ile ancak hekim, e-devlet uygulamasına entegre olan e-nabız sistemi üzerinden kişinin sağlık bilgilerine ulaşabilmekte ve kişinin sağlık öyküsünü ve tetkiklerini görebilmektedir. Ancak Türk

Tabipler Birliği'nin görüşüne göre; kişisel verileri ticari amaç uğruna satılabilme ihtimali ve hasta mahremiyetinin ortadan kalkması, herkesin kolayca erişebileceği noktaları da olumsuz yanlarını ortaya koymaktadır (<http://www.kisiselsaglikverileri.org>).

### **4.3. SAĞLIK TURİZMİ**

En basit haliyle sağlık turizmi; tedavi amaçlı yapılan seyahatler Şeklinde tanımlanabilir. Sağlık turizmi; tedavi amaçlı kaplıca veya diğer sağlık merkezlerine seyahat eden kişinin fiziksel iyilik halini geliştirmek amacıyla veya estetik cerrahi operasyonlar, organ nakli, diş tedavisi, fizik tedavi, rehabilitasyon vb. gereksinimi olanlarla birlikte uluslararası hasta potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının büyümesine olanak sağlayan bir turizm türüdür (Turizm ve Kültür Bakanlığı 2014).

Diğer bir tanımda sağlık turizmi bireyin sağlıklı olmak için/sağlığına kavuşması için yapılan seyahatlerdir. Bu seyahatler içinde gerçek anlamıyla kullandığımız tatil organizasyonunu da kapsayabilir. (Gençay 2007, s.72; Yıldırım 2012, s.21). Sağlık turizmi birçok çeşide sahiptir.

#### **4.3.1. Türkiye'de Sağlık Turizmi Uygulamaları**

Turizm sektörü birçok ülkenin önemli gelir kaynaklarından birini oluşturmaktadır. Türkiye de turizm sektöründe söz sahibi olmasına karşın sağlık turizminde gelişmiş ülkelerin payı daha büyüktür. Türkiye'nin sağlık turizmi konusunda bir adım daha geride olmasının sebebi ülkemiz için yeni bir olgu olmakla birlikte bu konuda yeterli tanıtım ve reklam faaliyetlerinin gerçekleştirilemiyor olmasıdır.

Sağlık Turizmi günden güne önem kazanmaya devam etmektedir. Bu sebeple sağlık turizminde yapılacak olan iyileştirmelere ve bu konuya gereken önemin gösterilmesine bağlıdır. Bu sebepler dolayısıyla sağlık turizmi ülkemiz açısından büyük öneme sahiptir.

Kalkınma Planlarında 1995 yılında hazırlanan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık turizmine yer verilmekle birlikte turizm sektörünün bir alt kolu olarak görülmüştür. Hem turizm hem de ekonominin gelişmesi açısından pazar olarak değerlendirilmiş hedefler de bu bağlamda belirlenmiştir.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ise "Turizmin değişen tüketici tercihlerini dikkate alınarak geliştirilecek yeni alanlarla turizm mevsiminin yılın tamamına ve turizm potansiyeli olan ancak bu güne kadar yeterince ele alınmamış bölgelere yayılmasına yönelik tedbirler alınacaktır. Turizmin mevsimlik ve coğrafi dağılımını iyileştirmek ve dış pazarlarda değişen tüketici tercihlerini de dikkate alarak yeni potansiyel alanlar yaratmak amacıyla golf, kış, dağ, termal, sağlık, yat, kongre turizmi ve eko turizm ile ilgili yönlendirme faaliyetleri sürdürülecektir" ifade edilmektedir. Sekizinci 5 Yıllık Kalkınma Planında da 7. Kalkınma Planında yer aldığı gibi genel turizmi geliştirmek amaçlı sağlık turizmine yer verilmiştir.

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında turizm sektörünün yaşadığı gelişmeden bahsedilmiş gelen yabancı turist sayısında gözle görülür bir artış olduğundan dolayısıyla ülkeye gelen döviz miktarının artmasıyla ekonomik olarak da ülkeye atılım yaşatmıştır. Ayrıca planın hizmetler kısmında "Türkiye' nin fiyat, hizmet kalitesi ve jeotermal kaynaklar açısından rekabet üstünlüğü göz önüne alınarak, sağlık hizmetleri turizmi desteklenecektir." ifadesi yer almaktadır.

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında ise "Sağlık turizmi başta olmak üzere, kongre turizmi, kış turizmi, golf turizmi ve kültür turizmine ilişkin altyapı eksiklikleri tamamlanarak pazarın çeşitlendirilmesi sağlanacak ve alternatif turizm türlerinin gelişimi desteklenecektir." ifadesi yer almaktadır. Bu ifadenin yanı sıra sürdürülebilir turizme destek verilmesi konusuna değinilmiştir. Onuncu beş yıllık kalkınma programına göre sağlık turizmi kapsamında ulaşılması gereken hedefler ayrı bir konu olarak değerlendirilmiş ve bu konuda "Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı" oluşturulmuştur. Bu programa göre;

- a. Termal turizmde 100.000 yatak kapasitesinin oluşturulması ve 600.000'i tedavi amacı ile ilgili olmak üzere 1.500.000 yabancı turiste hizmet verilmesi,
  - a. Termal turizmde 3 milyar dolarlık bir gelir sağlanması
- b. 750.000 medikal yabancı hastanın tedavi edilmesi ve dünyanın ilk 5 içerisinde olmak,
- c. Medikal turizmde 5,6 milyar dolar gelir sağlanması
- d. İleri yaş turizminde 150.000 yabancı turistin ülkemizi ziyaret etmesi ve 10.000 yatak kapasitesi oluşturmak hedefler arasında yer almaktadır.

Planlarda da görüldüğü üzere Türkiye, turizm sektöründe yeni potansiyel alanlar yaratmak ve turizmin mevsimlik ve coğrafi dağılımını düzenlemek için sağlık turizmine önem vermektedir. Ülkemizin sağlık turizmi konusundaki amacı; tedaviye ihtiyacı olan kişilerin tedavilerini uygun fiyata yüksek kalite ile tedavi etmektir (Tengilimoğlu 2005, s.90). Sağlık Turizmi konusunda ülkemiz diğer ülkelere kıyasla daha uygun fiyata sahiptir. Ayrıca coğrafi konum olarak da hem Avrupa ülkelerine yakın olması ve hastanelerinin yeterli teknik donanıma ve nitelikli sağlık personeline sahiptir. Ülkemiz; sağlık turizmine gösterdiği bu ilgi ve sahip olduğu avantajların etkin şekilde kullanılması sayesinde daha da etkili bir konuma gelecektir. Geldiği bu konum istatistikî veriler ışığında açıklanacaktır.

**Tablo 4.6: Yıllara göre ülkemize giriş yapan turist sayısı**

Yıllar	Ziyaretçi Sayısı
2009	32.006.149
2010	33.027.943
2011	36.151.328
2012	36.463.921
2013	39.226.226
2014	41.415.070
2015	41.617.530

*Kaynak: www.tursab.org.tr*

**Tablo 4.7: Yıllara göre sağlık turizmi için ülkemize giriş yapan turist sayısı**

Yıllar	Kamu Sağlık Kuruluşları		Özel Sağlık Kuruluşları		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
2008	17.817	24,1	56.276	76,0	74.093	100.0
2009	21.442	23,3	70.519	76,6	91.961	100.0
2010	32.675	29,8	77.003	70,2	109.678	100.0
2011	41.847	26,8	114.329	73,2	156.176	100.0
2012	43.904	16,8	218.095	83,2	261.999	100.0

*Kaynak: Türkiye Sağlık Turizm Değerlendirme Raporu 2013*

Tablo 4.6 ile 4.7 kıyaslandığında ülkeye giriş yapan turist sayısında artış olduğu ve bu artışta sağlık turizminin payı olduğu gözlemlenmektedir. Ancak ülkemiz sağladığı gelişmelere rağmen sağlık turizmi konusunda dünya ülkeleri arasında istenen seviyeye hala ulaşamamıştır.

Yapılan ameliyatlardan açısından ülkemiz diğer ülkelere nazaran daha az maliyetli olmakla birlikte (Zengingönül vd. 2012, s.19); en çok göz ameliyatlari, saç ektirme, check-up, diş, ortopedi, SPA, kulak burun boğaz, diyaliz gibi çeşitli dallar için tercih sebebi olmaktadır (BAKA 2011, 16).

**Tablo 4.8: Yıllara göre Türkiye’ de sağlık hizmeti alan uluslararası hasta sayıları**

<b>Yıl</b>	<b>Toplam Hasta Sayısı</b>
2008	74.093
2009	91.961
2010	109.678
2011	156.176
2012	261.999

*Kaynak: Türkiye Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu 2013*

**Tablo 4.9: Hasta geliş şekillerine göre Türkiye’ de sağlık hizmeti alan uluslararası hasta sayısı**

<b>Medikal Turizm</b>	<b>İkili Anlaşma İle Gelen</b>	<b>Turistin Sağlığı</b>	<b>SGK ile Anlaşmalı</b>
169.462	544	70.463	21.530

*Kaynak: Türkiye Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu 2013*

Dünya genelinde ilk 10 içerisinde yer almamasına rağmen ülkemize sağlık maksatlı gelen turist sayılarında istikrarlı bir artış görülmektedir (Tablo 4.8 ve Tablo 4.9). Bunun sebebi ise gelişmiş ülkelerde yapılan çağdaş tıbbi operasyonların düşük fiyatlar ile ülkemizde yapılabilmesidir. Fiyat tarifesi ‘‘Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi ile Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi’’ ile belirlenmekte olup Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ücretler zamanla güncellenmektedir. Bu tarifeye göre; Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmayan kişilerin

ülkemize seyahatleri sırasında rahatsızlanmaları ya da tedavi olmak için gelen turistlerin hangi kurala tabi olacağını belirlemektir.

**Tablo 7.5: Hastanelere göre uluslararası hastaların geliş şekilleri, Yüzde dağılımı 2012**

Hastaneler	Oran
Devlet Hastanesi	4,9
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2,7
Üniversite Hastanesi	1,1
Özel Hastaneler	91,3

*Kaynak: Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013*

2010 yılında kamu ve özel hastanelere gelen yabancı hasta oranları incelendiğinde ise hastaların yüzde 92'sinin özel hastaneleri yüzde 8'inin ise kamu hastanelerini tercih ettiği belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2012, 67). 2012 yılında ise bu oran Tablo 7.5' te görüldüğü üzere yüzde 91,3 özel hastaneler, yüzde 4,9 devlet hastaneleri, yüzde 2,7 eğitim ve araştırma hastaneleri ve yüzde 1,1 oranında üniversite hastaneleri olarak belirlenmiştir (Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013).

Tüm bu bilgilere ek olarak ülkemiz açısından sağlık turizmi hedef kitlesi Avrupa vatandaşları, gurbetçiler ve Avrupa'da yaşayan diğer Müslüman göçmenler olarak incelenebilir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Ülkemiz sağlık turizminde yeni olması sebebiyle bu konuya yeterince eğilinmemesi ve kayıt ve denetimin yeterli olmayışı ve standart birliğinin geliştirilemediği gözlemlenmektedir. Ayrıca sağlık turizmi konusunda yeterince teşvik yapılmamıştır. Özel sektör hastanelerinde yabancı dil bilen personel sayısının yeterli olmasına karşılık kamu hastanelerinde yabancı dil bilen sağlık personeli sayısı az olduğu bilinmekte ve bu konuda gerekirse kurslar açılarak personelin niteliğinin artırılması sağlanabilir.

#### 4.3.2. Sağlık Turizmi Kapsamında Alternatif Tedavi Şekilleri

Ülkemizde sağlık turizmi kapsamında 3 çeşit hizmet verilmektedir. Bunlar medikal turizm, ileri yaş turizmi ve termal turizmdir.

Ülkemize gelen hasta sayılarında en büyük payı medikal turizm oluşturmaktadır. Bununla beraber son zamanlarda çeşitli ülkelerden birçok hasta tedavi maksadıyla ülkemiz sağlık kuruluşlarından özel sağlık kuruluşlarını tercih etmektedirler. Ülkemize medikal turizm kapsamında en çok gelen ülkeler Libya, Almanya, Irak; turistin sağlığı kapsamında gelen en çok ülkeler Rusya, Almanya, İngiltere; ikili anlaşma kapsamında en çok gelen ülkeler Afganistan, Sudan, Arnavut; SGK kapsamında en çok gelen ülkeler ise Almanya, Hollanda, KKTC'dir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Türkiye medikal turizm kapsamında dünyanın en iyi hizmet veren 5 ülke içinde olmasını hedeflemiş ve bu yönde altyapının oluşturulması için çalışmalara başlanması programda yer almıştır.

İleri Yaş Turizminde birçok gelişmiş ülke yaşlanan nüfusundan dolayı çeşitli politikalar ve hedefler belirlemiş ve bu hedefleri gerçekleştirme yönünde adımlar atmışlardır. Türkiye de 10. Kalkınma Planı'nda "İleri Yaş Turizmi" olarak hedefler arasında yaşlı bakım turizmine yer vermiştir. Yaşlı bakım hizmetlerinde onların olası tedavi ihtiyaçları, kültür alışkanlıkları ve sosyal farklılıkları göz önüne alınarak yatırımlar yapılmalıdır ve çalışmalar bu yönde belirlenmelidir. Ülkemiz iklim koşulları ve termal kaynaklarıyla ileri yaş turizmi yapabilecek potansiyelde bir ülkedir. İleri Yaş Turizmi olarak Türkiye, 10.000 yatak kapasitesi ve 150.000 yabancı turist hedeflemiş olmakla birlikte çeşitli sağlık kuruluşlarının ve tesislerin yaşlı bakımı için kullanma alanlarının düzenlenmesine değinmiştir.

Termal turizm ise; kişilerin termal sularından faydalanarak konaklama şeklidir. Termal sular ile yaratılan seyahat ve konaklama imkânları, hazırdaki bir ürünü (doğayı, denizi vs.) kullanan klasik seyahat ve konaklama konseptinin de artık önüne geçmeye başlamıştır (<http://www.turkey-healthtourism.com>). Dünyada termal turizm konusunda birçok merkez bulunmaktadır. Ülkemizde de Gönen, Kızılcahamam gibi birçok kaplıcalar oluşmuş ancak uluslararası bir markalaşma sağlanamamıştır. (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2014)

Ülkemiz jeotermal kaynaklar açısından büyük bir zenginliğe sahip olmasına rağmen bu yöndeki merkezlerin niteliği ve büyüklüğü kapsamında Avrupa ülkeleri ile rekabet sağlanamamaktadır. (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2014b). Türkiye’de ise kaplıca turizmine katılan turist sayısı 1981 yılında 63.999 kişi iken bu sayı 1998 yılında 375.606’ya yükselmiştir. 2009 yılında ise ülkemizde 284.250 kişi termal turizmden faydalanmıştır (Çetin, 2011, s.902). 2010 yılında kaplıcalara yurtdışından gelen yabancı turist sayısı 262.506 iken bu turistlerin 23.225’si tedavi amaçlı ülkemizi ziyaret etmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010).





## 5. SONUÇ

Osmanlı İmparatorluğu yüzyıllar boyunca her alanda olduğu gibi sağlık alanında da yenilikçi ve öncü olmuştur. Şifahaneler, vakıflar sağlık hizmeti vermekte, hatta Edirne Darüşşifası gibi büyük şifahanelerde “deli” diye tabir edilen hastalar bile müzik terapi yoluyla tedavi edilmekteydi. Osmanlı Devleti duraklama devrine girdiğinde ise öncelik başka alanlara verilmiştir. Batılılaşma Hareketi ile bu alanda yeniden atağa geçilmiş olup hem hekim hem de yeni gelişen yardımcı sağlık personeli anlayışı hususunda yetersiz altyapı ve savaş döneminde olunması sebebiyle yapılan ıslahatlar tam karşılığını bulamamıştır. Ancak 1. Meclis ile Milli Mücadele döneminde savaş, yoksulluk ve tüm zorluklara rağmen önemli atılımlar ve gelişmeler sağlanmıştır.

Bu önemli atılımlardan birisi daha cumhuriyet kurulmadan “ Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti”, yani bugünkü adıyla “Sağlık Bakanlığı” kurulmuştur. Kurulduğu dönemde sadece birkaç ülkede olan bu bakanlık, bu nedenle büyük bir yenilik olarak adlandırılmaktadır ve bize hem Atatürk’ ün hem de yeni Cumhuriyet’ in aslında halk sağlığı ve bu yöndeki politikalara verdiği önemi de göstermektedir.

Atatürk Cumhuriyet’ inde (1923-1938) sağlık politikaları dönemin sağlık bakanı Dr. Refik Saydam ile şekillenmiş ve ilerleyen yıllarda yapılacak olan politikaların temeli atılmıştır. Bu dönemdeki sağlık politikaları arasında nitelik ve nicelik açısından yetersiz olan hekim ve sağlık memuru/hemşire yetiştirmek için gerekli girişimlerde bulunulmuş, halk sağlığı bilhassa bulaşıcı hastalıklar çalışmaları konusuna önem verilmiştir.

1960 yılına kadar benzer politikalar izlenmekle birlikte bu dönemde en belirgin ilke olan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” ile herkese her yere eşit sağlık hizmeti götürülmesi hedeflenmiş olup taşrada sağlık evleri ve sağlık ocakları açılmış, buralarda sağlık personeli çalıştırmak için teşvikler sağlanmıştır. Hatta sağlık ocaklarında çalışan sağlık personeli halka sağlık eğitimi vererek halkın bilinçlenmesine önemli katkılar sağlamışlardır. Bununla birlikte Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 5 Yıllık dönemler halinde Kalkınma Planları hazırlanmış ve politikaların devlet politikası olarak sürekliliğinin sağlanması amaçlanmıştır.

1980 yılında dünya ile birlikte artık Türkiye' nin de devlet olarak, politika ve hizmetler konusunda bakış açısı değişmiştir. 24 Ocak Kararları olarak bilinen ekonomi alanında alınan kararlar artık devletin hizmet anlayışının ve sosyal devlet anlayışının değiştiğini gözler önüne sermekteydi. Diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de dönüm noktası oldu ve özel yatırımların teşviki ve hizmet sunumunun gerekirse özel sektör tarafından gerçekleştirilmesi ve devletin bu hususta özel sektör ile işbirliği yapması gündeme gelmiştir.

Doğal olarak bu süreç Kalkınma Planlarına da yansımış ve politikalar bu yönde belirlenmeye başlamış ve günümüze kadar gelecek olan dönem başlamıştır. Aslında Kalkınma Planlarında 2000' li yıllara gelene kadar birbirinden çok da farklı politika ve hedefler belirlenmemiş olmakla birlikte çoğu zaman bu hedeflere erişilememiş fakat politikalara süreklilik kazandırılmaya çalışılmıştır. 1980' lerde Kalkınma Planlarında sağlık sektörü ile ilgili ortak başlıklar dağınık ve yetersiz olan yatak sayılarının artırılması, sağlık yatırımlarının artırılması, devletin ilaç kontrolü üzerinde söz sahibi olması, çevre sağlığı, halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlık hizmet sunumunda verimlilik artırılması için sağlık kurumlarının işletmecilik yönünden ele alınması ve özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesi yer almaktadır.

1990' lı yıllar ülkemiz açısından ekonomik ve politik krizlerin yaşandığı bir dönem olmuştur. Bu nedenle alınan kararların uygulanması noktasında sıkıntılar yaşanmıştır. Bu dönemdeki kalkınma planlarının ortak noktası ise; koruyucu sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması, etkili sevk zincirinin oluşturulması, AÇSAP faaliyetleri, halk sağlığı eğitimi ve yatak sayısı ve sağlık personelinin yurt geneline dengeli dağıtılması hususu görülmektedir. Ancak 1999 yılında meydana gelen büyük depremle kriz çözümü konusunda hızlı davranıldığı ve kararlar alındığı görülmüş ama sağlık hizmetlerinin ve Kızılay' ın yetersiz altyapısı nedeniyle istenilen sonucu vermemiştir.

Bu nedenle 2001' deki Kalkınma Planı ile birlikte sağlık hizmet sunumuna dair kalitenin artırılmasının yanı sıra sağlık altyapısının yeterli seviyeye gelmesi için çalışmalara başlanmış ve gerekli yatırımlar için düzenlemeler yapılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sevk zincirini sağlayabilmek için aile hekimliği uygulamaları başlamış ancak bu konuda başarı seviyesi düşüktür. Hastaneler Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmış, sağlık hizmet sunumundaki ayrılıklar giderilmeye

çalışılmıştır. Sağlık hizmetlerinde birlik sağlanması için kalite ve akreditasyon çalışmaları yapılmıştır. Onuncu Kalkınma Planı ise diğer planlardan farklı olarak daha ağırlıklı bireyin yaşam kalitesinin artması hedeflenmiş olup bu konuda tütün ve tütün ürünlerinin kullanılması obezite gibi halk sağlığına yönelik politikalar geliştirilmiştir. Ayrıca akılcı ilaç kullanımı konusunda halka ve sağlık personelinin bilinçlenmesi açısından eğitimlere önem verilmiş, tıp eğitiminin modern ve araştırmacı bir anlayışla ilerlemesi öngörülmüştür.

Sonuç olarak; Türkiye’ de 1980 sonrası kalkınma planlarını incelediğimizde genellikle son dönemde sağlık hizmet ve finansmanının ayrılması, sağlık kurumlarının idari ve mali özerkliğe kavuşturulması, hasta (müşteri) memnuniyeti öne çıkmış olup politikalar bu çerçevede ilerlemiştir. Yapılan politikalar ve belirlenen hedeflerle hasta hakkı ve memnuniyeti ile birlikte sağlık personelinin de hakkı ve memnuniyetinin de göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı 2023 yılı için sağlık personeli istihdamında artış olacağını öngörmekte ve bu çerçevede sağlık personeli eğitimi alacak olan kişi sayısının da bu oran da artacağını varsaymaktadır. Ayrıca 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri sunumunda yığılma olduğu gözlenmekte bu yığılmanın da ancak ve ancak 1. basamak sağlık hizmetinin etkili hizmet sunumu gerçekleştirilmesiyle ve sevk zincirinin buradan aktifleşerek işlemesiyle mümkün olacağı tespit edilmiştir. Bunlarla birlikte Bakanlığın 2023 yılı hedefleri arasında özellikle hizmetlerin planlanması olup bu kapsamda çeşitli onkoloji, yanık, kalp damar cerrahisi, el cerrahisi, organ nakli hizmetleri için 2012 yılından itibaren yeni tedavi merkezlerinin açılması için çalışmalara ve yatırımlara başlamış ve günümüzde ise hala bu çalışmaların devam ettiği görülmektedir. Kamu-Özel Ortaklığı çerçevesinde ülkedeki yatak sayılarının artması açısından yatırımlar yapılmakta ve büyük kompleksler inşa edilmektedir fakat bu komplekslerin işleyişinin nasıl olacağını belirlenmiş olmasıyla birlikte muğlak noktaların olduğu da görülmüştür.

Avrupa Birliği uyum süreci politikaları olarak baktığımızda ise; Avrupa Birliği üye ülkelerde ortak bir sağlık politikası izlenmemekle birlikte sağlık hizmetlerinin planlanması ulusal düzeyde olmaktadır. Bundan dolayı AB üyesi ülkeler arasında sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu konusunda ayrılıklar olduğunu gözlemleyebiliriz. Ancak sağlık konusunun her geçen gün önem kazanmasından dolayı ortak/yakın

politikaların oluşması için topluluk programları yürütülmektedir. Türkiye ise AB uyum süreci içerisinde tüketicinin ve sağlığının korunması, malların serbest dolaşımı, iş kurma hakkı ve hizmet sunumu serbestisi ve çevre konularında çeşitli politikalar yürütmektedir. Bu alanlarla ilgili olarak bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile yönetmelik yayımlanmış ve AB projeleri ile birlikte devam ettirilmiştir. Tütün, alkol kullanımı konularına önem verilmekle birlikte, kanser, ruh sağlığı ve sağlığın korunması konusunda çeşitli çalışmalar yürütülmektedir. Ayrıca tıbbi ürünler, tıbbi cihazların birlik içinde serbest dolaşabilmesi için mevzuat uyum çalışmaları yapılmakla birlikte öncelikli 5 sağlık meslek grubunun (doktorlar, diş hekimleri, hemşire, ebeler ve eczacılar) AB içerisinde rahatça çalışabilmeleri konusunda çeşitli sağlık meslek eğitimi ve çalışma koşulları kapsamında mevzuatlar geliştirilmektedir.

Son olarak; Sağlık Bakanlığı' nın yürüttüğü politikalar ve yapılan çalışmalar hem iç hem de dış dinamiklerden kaynaklanan durumlarla şekillendiğini görmekteyiz.

## KAYNAKÇA

### *Kitaplar*

Atabey, S. E., 2012. *Sağlık sistemleri ve sağlık politikası*. Ankara: Gazi Kitabevi.

Ateş, T., 2002. *Türk devrim tarihi*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Cumhuriyet Dönemi Sağlık Ansiklopedisi, 1976. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Çelik, Y., 2013. *Sağlık ekonomisi*. 2. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi

Doğan, E., 1987. *Sosyoloji ve eğitim*. Ankara: İletişim Yayınları.

Fişek, N. H., 1983. *Halk sağlığına giriş*. Ankara: Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayınları.

Gençay, C., 2007. Sürdürülebilir Rekabet Avantajı Elde Etmede Turizm Sektörü, *Sağlık Turizmi* içinde, İstanbul: Kazancı Hukuk Yayınevi.

Hatemi, H.H., 1998. *Darülfünûn ve Darüşşifa*. İstanbul: Dergâh Yayınları

Kahya, Esin ve Erdemir, A.D., 2000. *Bilimin ışığında Osmanlı'dan cumhuriyete tıp ve sağlık kurumları*. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları.

Moulin, A. M., 1996. Kentte Koruyucu: Hekimlik: Pasteur Çağında Osmanlı Tıbbı: 1887-1908. *Modernleşme Sürecinde Osmanlı Kentleri*. İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları, ss. 169–193.

Shefer-Mossenshon, M., 2014. *Osmanlı tıbbı: Tedavi ve tıbbi kurumlar 1500-1700*. B.Ü. (Çev.), İstanbul: Kitap Yayınevi.

Tekeli, İ. ve İlkin, S., 1978. *Osmanlı İmparatorluğunda Eğitim ve Bilgi Üretim Sisteminin Oluşumu ve Dönüşümü*. 7. Baskı. Ankara: Türk Tarih Kurumu Yayınları.

Terzioğlu A., 1992. *Türk islam hastaneleri ve tababetinin Avrupa'da tıbbi rönesansı etkilemesinden Türk tıbbının batılılaşmasına*. İstanbul: Hipokrat Basım Yayın.

Uludağ, O. Ş., 1925. *Osmanlılar devrinde Türk hekimliği*. İstanbul: Türk Tarih Kurumu.

Yaşar, G.Y., & Göksel A., Birler Ö. (Dr1), 2015. Türkiye' de Sağlık, Siyaset ve Piyasa.  
Ankara: NotaBene Yayınları.

Yıldırım, N., 1985. *Tanzimattan cumhuriyete koruyucu sağlık uygulamaları*. İstanbul:  
İletişim Yayınları.



### ***Sürelî Yayınlar***

- Acartürk E., Keskin S., 2012. Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. **17** (3), ss. 25-51.
- Adıgüzel O., Edinsel S., 2014. Türkiye’nin sağlık turizmi açısından son 5 yıldaki dünya ülkeleri içindeki konumu ve gelişmeleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. **4** (2), ss. 167-190.
- Aksakoğlu, G., 2008. Sağlıkta sosyalleştirmenin öyküsü. *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*. 8, ss. 7-62. <http://webb.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sagliktasosyallestirmeninoykusu.pdf> [Erişim Tarihi: 13.10.2017].
- Arıkan, A., 2010. Milli Türk tıp kongreleri (1923-1968) ve Türkiye sağlık politikalarına etkileri. *Türkiye Tıp Akademisi* **1**(1), s.40.
- Aydın, E. 1999. Cumhuriyet döneminde sağlık örgütlenmesi. *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları*. (5), ss.141-172.
- Çetin, T., 2011. Termal turizm potansiyeli açısından Kozaklı (Nevşehir) kaplıcaları. *Turkish Studies – International Periodical For The Languages, Terature & History of Turkish or Turkic*. **6**(1), ss. 899-924.
- Gümüştü, O., 1999. Milli mücadele devri Türkiye coğrafyası için bilinmeyen bir kaynak. *Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi*. **15**(45), ss.937-968.
- Kutluay, N. Y., 1998. Refik Saydam’ın sağlık politikası ve Hıfzıssıhha Merkezi’nin bu politikadaki yeri. *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları*. (4), 1998, ss.187-206.
- Şehsuvaroğlu, Bedi N., 1962. Devlet Sağlık Teşkilatının Tarihçesi. *Mediko Sosyal Sağlık Dergisi*. (10), ss.11-38
- Ülken, H. Z. 1962. Çocuk koruma kanunu ve çocuk mes’elesi. *Mediko Sosyal Sağlık Dergisi*. **1**, (9), s.23

## ***Diğer Yayınlar***

- Akdağ, R., 2010. *Türk Sağlık Sistemi'nde Kurum Dışından Hizmet Alım Uygulamaları: Araştırma Raporu*. Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı
- Akın, C.S., (2007). Sağlık ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye'de sağlık sektörü ve harcamaları. *Yüksek Lisans Tezi*. Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aksakal, H.İ., (2011). Atatürk dönemi sağlık politikaları (1923-1938). *Yüksek Lisans Tezi*. Elazığ: Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Atasever M., 2015. Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi.  
[http://www.mehmetatasever.org/FileUpload/ks730379/File/saglik\\_harcamalari\\_sunusu\\_bolu\\_28.04.2015.pdf](http://www.mehmetatasever.org/FileUpload/ks730379/File/saglik_harcamalari_sunusu_bolu_28.04.2015.pdf)
- Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı, 2011. *Sağlık Turizmi Sektör Raporu*, Şubat.
- Çamcı, M., (2007). Sağlık yönetimi. *Yüksek Lisans Tezi*. Mersin: Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Demir, B., (2015). Üst yönetim karakteristik özelliklerinin büyüme stratejisine etkisi: Üst yönetimin stratejik karar sürecinin aracılık etkisi. *Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Devlet Planlama Teşkilatı, Dördüncü 5 Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983).  
<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/6/plan4.pdf>  
[Erişim Tarihi: 09.04.2017].
- Devlet Planlama Teşkilatı, Beşinci 5 Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989).  
<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/5/plan5.pdf>  
[Erişim Tarihi: 09.04.2017].
- Devlet Planlama Teşkilatı, Altıncı 5 Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994).  
<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/4/plan6.pdf>  
[Erişim Tarihi: 09.04.2017].



Devlet Planlama Teşkilatı, Yedinci 5 Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000).

<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/3/plan7.pdf>

[Erişim Tarihi: 09.04.2017].

Devlet Planlama Teşkilatı, Sekizinci 5 Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005).

<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/2/plan8.pdf>

[Erişim Tarihi: 09.04.2017].

Devlet Planlama Teşkilatı, Dokuzuncu 5 Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013).

<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/1/plan9.pdf>

[Erişim Tarihi: 09.04.2017].

Devlet Planlama Teşkilatı, Onuncu 5 Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018).

<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1.pdf> [Erişim Tarihi: 09.04.2017].

Gerrard, M. B., (2001). What Are Public-Private PARTnerships and How Do They Differ from Privatization. *Finance & Development, A Quarterly Magazine of the IMF*.

Koz, M.S., 1992. Türk halk kültürünün unutulmuş kaynaklarından biri: Türkiye'nin sıhhi-i içtimai coğrafyası. *IV. Milletlerarası Halk Kültürü Kongresi Bildirileri*. 1992, Ankara, Feryal Matbaası: Kültür Bakanlığı Halk Kültürlerini Araştırma ve Geliştirme Genel Müdürlüğü Yayınları, ss.37-58

Kültür ve Turizm Bakanlığı, Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2014.

<http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11478/dunyada-saglik-ve-termal-turizm.html> [Erişim Tarihi: 14.04.2014].

Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2014. [www.kultur.gov.tr](http://www.kultur.gov.tr). [28.06.2014].

Miraftab, F., 2004. Public-Private Partnerships: The Trojan Horse of Neoliberal Development. *Journal of Planning Education and Research*.

*On Soru On Yanıt*, 2001. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0301/9.html> [Erişim Tarihi: 05.10.2017]

Özpekcan, M., (1999). Türkiye Cumhuriyetinde Sağlık Politikaları ( 1923-1933).  
*Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Atatürk ilkeleri ve İnkılâp Tarihi  
Enstitüsü.

Parmaksızoğlu, İ. 1999. Hoca Sadettin Efendi: Tacü't Tevarih. T.C. Kültür Bakanlığı  
Yayımları. Ankara, s. 92.

Price, D., 2011. *Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu*. Ankara: Türk Tabipler Birliği  
Yayımları, ss. 13-28.

Sağlık Bakanlığı, 2013. *Medikal Turizm Raporu*. Ankara.

Sağlık Bakanlığı, 2011. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü . Ankara.

<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf> [Erişim  
Tarihi:08.07.2017].

*Sağlık Turizmi Nedir?* 2014 [http://www.turkey-healthtourism.com/SAGLIK-TURIZMI-NEDIR-c\\_d\\_26.htm](http://www.turkey-healthtourism.com/SAGLIK-TURIZMI-NEDIR-c_d_26.htm) [Erişim Tarihi:08.07.2014].

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1983. Cumhuriyet Dönemi Yataklı Tedavi  
Hizmetleri 1923-1938 ve 1982 Yılı Çalışmaları. Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973. Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. Ankara:  
Ayyıldız Matbaası, s.22.

TBMM, **TBMM Zabıt Ceridesi**, Devre I, İçtima 9, 02 Mayıs 1920.

TBMM, **TBMM Zabıt Ceridesi**, Devre I, İçtima 13, 09 Mayıs 1920.

TBMM, **TBMM Zabıt Ceridesi**, Devre I, İçtima 98, 07 Eylül 1922.

TBMM, **TBMM Zabıt Ceridesi**, Devre II, İçtima 1, 1 Kasım 1926.

TBMM, **TBMM Zabıt Ceridesi**, Devre III, İçtima 3, 28 Nisan 1930.

Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında  
Kanun (3153 s. k.). **T.C. Resmi Gazete**, 3591; 28 Nisan 1937.

Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu. **T.C. Resmi Gazete**, 3337; 09 Haziran 1936.

Türkiye Kızılay Derneği Tüzüğü. **T.C. Resmi Gazete**, 27146; 19 Şubat 2009.

Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine ve Bu Kanuna Geçici Maddeler Eklenmesine Dair Kanun. **T.C. Resmi Gazete**, 15 Nisan 1949.

T.C. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 1998. Cumhuriyetin 75 yılına Armağan: Cumhuriyetin İlk 15 Yılında Sağlık Hizmetleri. İstanbul: Bayrak Matbaası.

T. C. Sağlık Bakanlığı, 2007. 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek. Ankara. [http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200801212206080\\_hedef.pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200801212206080_hedef.pdf) [Erişim Tarihi: 11.07.2017].

T. C. Sağlık Bakanlığı, Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, 2010. <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/abkdb2.pdf> [Erişim Tarihi: 3.12.2017].

T. C. Sağlık Bakanlığı, 2012. Stratejik Plan (2013-2017). Ankara.

T. C. Sağlık Bakanlığı, 2013. *Medikal Turizm Raporu*. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2015. <http://www.e-saglik.gov.tr/TR,7197/ulusal-saglik-sistemi-uss.html> [Erişim Tarihi: 06.06.2017].

T. C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015, [http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY\\_2015.pdf](http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf) [Erişim Tarihi: 18.10.2017]

T. C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, 2017. <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr> [Erişim Tarihi: 07.11.2017].

Tatar M., 2012. Sağlık politikası nedir? <http://www.pitstop.com.tr/saglik-politikasi-nedir/> [Erişim Tarihi: 13.05.2017].

Türkiye Seyahat Acentaları Birliği, Turist Sayısı ve Turizm Geliri.

[https://www.tursab.org.tr/tr/turizm-verileri/istatistikler/turist-sayisi-ve-turizm-geliri/2003-gelirsayi-ve-ortalama-harcama\\_68.html](https://www.tursab.org.tr/tr/turizm-verileri/istatistikler/turist-sayisi-ve-turizm-geliri/2003-gelirsayi-ve-ortalama-harcama_68.html) [Erişim Tarihi: 18.04.2017]

Türkiye Cumhuriyeti Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Yayını, 1942. *Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası*.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekiminin Tanımı.

[www.ailehekimligi.gov.tr/ailehekimlii/aile-hekiminin-tanm.html](http://www.ailehekimligi.gov.tr/ailehekimlii/aile-hekiminin-tanm.html). [Erişim Tarihi: 9.11.2017].

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, *Toplum Sağlığı Merkezleri*.

[www.ailehekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html](http://www.ailehekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html) [Erişim Tarihi: 9.11.2017].

Vergili A., (2011). Türkiye’de modern tıbbın kurumsallaşması ve cumhuriyet dönemi sağlık politikaları. *Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, **Resmi Gazete**, 17927, 13 Ocak 1983.

Yensoy, Mutahhar, 1990. Türkiye’de İlk Bilimsel Biyokimya Çalışmaları ve Laboratuvarları Kuruluşu Üzerine: 2. Türk Tıp Tarihi Kongresi Bildirileri. İstanbul, s.83.

Yıldırım H.H., Altunkaya Ü., 2006. *Türkiye’nin sağlık turizmi potansiyel güçlükleri*.

[http://www.absaglik.com/saglik\\_turizmi\\_turkiye.pdf](http://www.absaglik.com/saglik_turizmi_turkiye.pdf) [Erişim Tarihi: 12.12.2013].

Zengingönül O., Emeç H., İyilikçi D. E., & Bingöl P., 2012. *Sağlık turizmi: İstanbul’a yönelik bir değerlendirme*. Ekonomistler Platformu Derneği,

[http://www.ekonomistler.org.tr/wpcontent/uploads/2012/0/saglik\\_turizmi\\_rapor.pdf](http://www.ekonomistler.org.tr/wpcontent/uploads/2012/0/saglik_turizmi_rapor.pdf) [Erişim Tarihi: 12.12.2013].