

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKASI**  
**VE**  
**EKONOMİK SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK**  
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Semiha TEMUR**

İSTANBUL, 2012

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKASI**  
**VE**  
**EKONOMİK SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK**  
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan

**Semiha TEMUR**

Öğrenci No

100746045

Danışman

İsmail Hakkı Düger

İSTANBUL, 2012

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğun “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Ekonomik Sürdürülebilirlik” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun bir şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 12/10/2012

**Semiha TEMUR**

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

12.10.2012

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 100746045 numaralı *Semiha TEMUR*'un "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI VE EKONOMİK SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 26.06.2012 tarih ve 2012/20 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (...) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red~~ veya ~~Düzeltilme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

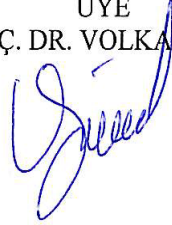
DANIŞMAN  
PROF. DR. İSMAİL HAKKI DÜĞER



ÜYE  
PROF.DR. OSMAN ZEKAİ ORHAN



ÜYE  
YRD.DOÇ. DR. VOLKAN ÖNGEL



# TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARI VE EKONOMİK SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK

**Tezi Hazırlayan: Semiha TEMUR**

## **Özet**

Bu çalışmada sağlık hizmetinin temelini oluşturan sağlık ve hastalık olgusu ele alınarak, bu ihtiyacı karşılamakla yükümlü olan devlet otoritesinin hizmet sunumunda uyguladığı sağlık hizmeti politikaları ekonomik göstergelerle değerlendirilmiş olup hizmeti kullanma alışkanlığının sağlık harcamaları üzerinde yarattığı etki incelenmiştir. Sağlık sistemindeki değişimlerin, etkinliğinin ve harcamaların sürdürülebilirliğinin sorgulanması için yapılan reformların hastalık kültürü açısından sağlık hizmetinin etkin kullanımı bağlamında ele alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Hastalık, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Düzeyi Göstergeleri, Sağlık Harcamaları, Sürdürülebilirlik, Hastalık Kültürü.

# **HEALTH POLICY AND ECONOMIC SUSTAINABILITY IN TURKEY**

**Presented by: Semiha Temur**

## **Abstract**

In this study, health and illness as the basis of health care are analyzed with the affects of habit of getting benefit from the service on the health expenses according to state authority, which is obliged to meet the needs, report, in which health service politics are evaluated with economical signs. Changes in the health system, questioning of the effectiveness and sustainability of the expenditures made for the effective use of health care are discussed in terms of illness culture in the context of the disease reforms.

**Key Words:** Health, Disease Health Economics, Health Status Indicators, Health Expenditure, Sustainability, Culture of illness

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
<b>ÖZET</b> .....	i
<b>ABSTRACT</b> .....	ii
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	vii
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	viii
<b>KISALTMALAR</b> .....	ix
<b>I – GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Araştırmanın Konusu .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	1
1.3. Araştırmanın Kapsamı .....	2
1.4. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırları .....	3
1.5. Araştırmanın Metodolojisi .....	3
<b>2- SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEORİK TEMELLERİ</b> .....	4
2.1. Sağlık ve Hastalık .....	4
2.1.1. Sağlık Kavramı .....	4
2.1.2. Hastalık Kavramı .....	8
2.3. Hastalık Davranışı .....	11
2.4. Hastalığı Algılama .....	12
2.5. Sağlık ve Hastalık Olgusunu Etkileyen Faktörler .....	13
2.6. Sağlık ve Hastalık İlişkisinde Psikososyal Yaklaşım .....	13
<b>3. SAĞLIK MEVZUATI</b> .....	15
3.1. Ulusal Mevzuat .....	15
3.1.1. Anayasa .....	15
3.1.1.1. 1961 Anayasası .....	15
3.1.1.2. 1982 Anayasası .....	15
3.1.2. Kanunlar .....	16
3.1.2.1. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu .....	16
3.1.2.2. Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname .....	18
3.1.2.3. 209 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun .....	20
3.1.2.4. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun .....	20
3.1.2.5. 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu .....	25
3.1.2.6. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu .....	25
3.1.2.7. 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu .....	26
3.1.2.8. 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun .....	26
3.1.2.9. 3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu ..	27
3.1.2.10. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunlar .....	28

3.1.2.11. 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun .....	30
3.1.2.13. Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması (2004 Mali Yılı Bütçe Kanunu) .....	31
3.1.2.14. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ....	34
3.1.2.15. 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun .....	35
3.1.2.16. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanun.....	35
3.1.2.17. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ..	36
3.1.2.18. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı .....	36
3.1.2.19. Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Yasalarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun .....	37
3.1.3. Yönetmelikler.....	37
3.1.3.1 Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik.....	37
3.1.3.2. Özel Hastaneler Yönetmeliği .....	38
3.1.3.3. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik .....	38
3.1.3.4. Sosyal Güvenlik Kurumunca 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanuna Göre Kullanılacak Yetkilere İlişkin Yönetmelik...	39
3.1.3.5. 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik .....	40
3.1.3.6. Hasta Hakları Yönetmeliği.....	40
3.1.3.7. Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği.....	41
3.1.4. Genelgeler .....	41
3.1.4.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile İlgili Başbakanlık Genelgesi .....	41
3.1.4.2. Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Genelgesi.....	42
3.1.5. Yönergeler.....	42
3.1.5.1. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi .....	42
3.1.5.2. Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi .....	43
3.1.6. Tebliğler .....	43
3.1.6.1. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ-2007 .....	43
3.1.6.2. 2010 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği .....	44
3.1.7. Diğer.....	47
3.1.7.1. Beşeri Tıbbi Ürünlerde Katma Değer Vergisi (KDV) Oranının %18'den %8'e Düşürülmesi.....	47
3.1.7.2. Sağlık Hizmetlerinden Katılım Payı Alınmasına Yönelik Mevzuat.	47
3.1.7.3. Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetlerinin Döner Sermaye Gelirleriyle Satın Alınması .....	48
3.1.7.4. Kalkınma Planlarında Sağlık Konusu (1990- 2003).....	49
3.2. Uluslar Arası Mevzuat .....	75
3.2.1 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) .....	75
3.2.1.1.DSÖ Anayasası .....	75
3.2.1.2. DSÖ' nün Görevleri.....	76
3.2.1.3. DSÖ' nün Sunduğu Hizmetler ve Çalışmaları.....	79
3.2.1.4. DSÖ 2008 Reform Önerileri .....	81
3.2.2. Avrupa Birliği (AB) .....	85
3.2.2.1. Avrupa Birliği' nin Sağlık Konusuna Yaklaşımı .....	85



3.2.2.2. Tek Senet'te Sağlık Konusu.....	85
3.2.2.3. Beyaz Kitapta (White Paper)15 Sağlık Konusu.....	86
3.2.2.4. Maastricht Antlaşması'nda Sağlık Konusu.....	86
3.2.2.5. Amsterdam Antlaşması'nda Sağlık Konusu .....	87
3.2.2.6. Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nda Sağlık Konusu.....	89
3.2.2.7. Avrupa Anayasası'nda Sağlık Konusu.....	89
3.2.2.8. 2000 yılı Sağlık ve Genişleme Raporu.....	92
3.2.2.9. Halk Sağlığı Eylem Programı (2003–2008).....	93
4.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	95
4.2. Sağlık Hizmetinin Sunumu .....	95
4.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	95
4.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	96
4.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	97
4.3. Türkiye .....	97
4.3.1. Planlı Dönem Öncesi.....	97
4.3.1.1. 1920-1923 Dönemi .....	98
4.3.1.2. 1923-1946 Dönemi .....	98
4.3.1.3. 1946-1960 Dönemi .....	99
4.3.1.4 1960-1980 Dönemi .....	103
4.3.2. Planlı Dönem.....	104
4.4. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) .....	106
4.5. Küba .....	109
4.6. Almanya .....	111
<b>5. HİZMETTE DEĞİŞİM .....</b>	<b>115</b>
5.1. 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları.....	115
5.2. Yeni Sağlık Politikaları .....	116
5.2.1. İnsan Merkezli Hizmet İçin Zihniyet Değişimi .....	116
5.2.2. Yaygın ve Eşit Sağlık Güvencesi: Genel Sağlık Sigortası.....	117
5.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	120
5.2.4.1. Sağlık Ocaklarında Yeni Düzenlemeler.....	121
5.2.4.2. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri.....	122
5.2.5. Anne ve Çocuk Sağlığı.....	127
5.2.7. Bağışıklama Programları.....	133
5.2.8. Sağlıklı Çevre Sağlıklı İnsan.....	135
5.2.9. Sağlıklı Beslenme .....	135
5.2.10. Alkol, Madde ve Tütüne Bağlı Zararların Azaltılması .....	136
5.2.11. Akıl ve Ruh Sağlığı.....	137
5.2.12 Sağlığın Geliştirilmesi.....	139
5.3. Aile Hekimliği.....	143
5.4. Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Sunulması ve Kamu Özel Ortaklıkları .....	146
5.5. Performansa Göre Ek Ödeme, Kalite ve Akreditasyon .....	147
5.6. Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi .....	149
5.6.1. İnsan Kaynakları Durum Tespiti ve Çözüm Planlaması.....	149
5.6.2. Sağlık İnsan Kaynağı İstihdamı .....	151
5.6.3. Personel Atamaları .....	152
5.7.1. İlaç Fiyatlarında İndirim .....	153
5.7.2. Eczanelerin Herkese Açılması .....	154
5.7.3. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetimi .....	154
5.8. Sağlık Bilgi Sistemi .....	155

5.9. OECD Türkiye İncelemesi - 2008 .....	156
5.9.1. SDP Kapsamında Türkiye'deki Sağlık Kapsamı ve Sağlık Finansmanı Reformları (2003-2008) .....	156
5.9.2. SDP' nin Bugüne Kadarki Değerlendirmesi - 2008.....	157
5.9.3. Satın Alıcı ve Hizmet Sunucu Arasındaki İlişki .....	160
5.9.4. Mali Koruma ve Hizmete Erişimde Hakkaniyet.....	161
<b>6. TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARININ KAPSAMI .....</b>	<b>163</b>
6.1. Kalkınma Planlarında Özel Sağlık Yatırımlarına Teşvik.....	163
6.2. Sağlık Finansmanında Özel Sektör .....	164
6.3. Sektörün Hizmet Sunumundaki Payı .....	166
6.4. Türkiye Sağlık Sektöründe Özel Finansmana Genel Bakış – OECD 2008 ..	167
6.5. Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Payı(%) .....	168
<b>7. SAĞLIK EKONOMİSİ VE KARŞILAŞTIRMALI SAĞLIK HARCAMALARI .....</b>	<b>172</b>
7.1. Sağlık Ekonomisi Tanımı ve Tarihçesi .....	172
7.2. Sağlık Harcamaları.....	173
7.3. Ekonomik Göstergeler .....	176
7.3.1. Kişi Başı GSYİH (Cari Fiyatlarla PPPs-US\$) .....	176
7.3.2. Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları.....	177
7.3.3. Ülkelerin SGP ile Kişi Başına Sağlık Harcamaları.....	180
7.3.5. Kişi Başına Düşen İlaç Harcaması ve Tıbbi Malzeme (US \$).....	185
7.4. Türkiye'de Sağlıkın Tıbbi ve Tıbbi Olmayan Belirleyicileri.....	189
<b>8. SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK DENGİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ .....</b>	<b>190</b>
8.1. Sosyal Güvenlik Kurumunun Mali Politikaları ve Sürdürülebilirliği .....	190
8.2. Sağlık Hizmeti Kullanımının Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkileri.....	194
8.3. Hastalık Kültürü Geliştirme ve Sağlık Hizmeti Talebi .....	197
8.4. Makroekonomik İhtimaller .....	199
8.5. GSS Kapsamındaki Alternatif Maliyet Senaryoları .....	201
8.6. Maliyet Sınırlama, Toplam Harcama Düzeyi ve Mali Sürdürülebilirlik .....	204
<b>9. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>206</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>209</b>

## TABLULAR LİSTESİ

### Sayfa No.

<b>Tablo.1.</b> Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Payı(%) .....	170
<b>Tablo.2.</b> Kişi Başı GSYİH(Cari Fiyatlarla) .....	177
<b>Tablo.3.</b> Kişi Başına Sağlık Harcamaları (\$) .....	179
<b>Tablo.4.</b> Ülkeler itibarıyla Satınalma Gücü Paritesi değerleri .....	181
<b>Tablo.5.</b> SGP ile Kişi Başına Sağlık Harcamaları .....	182
<b>Tablo.6.</b> Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH' deki Payı .....	184
<b>Tablo.7.</b> Kişi Başına Düşen İlaç Harcaması ve Tıbbi Malzeme (US \$).....	186
<b>Tablo.8.</b> Yıllara Göre Bazı İlaçların Tüketim Miktarları (Milyon Kutu), Türkiye.....	188

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### Sayfa No.

Şekil.1. Yüksek Düzeyde İyilik Halinin Çevresel Faktörlerle Etkileşimi.....	5
Şekil.2. Sağlık-Hastalık Süreç Modeli.....	7
Şekil.3. Sağlık Harcamalarındaki Artışa Etki Eden Temel Faktörler .....	170
Şekil.4. GSS' den Sonra Türk Sağlık Sisteminde Temel Mali Akışlar 2008.....	175
Şekil.5. Kamu Sağlık Ödemeleri (2009 TL) .....	189
Şekil.6. SGK Gelir-Gider Dengesi (2009 TL) .....	189
Şekil.7. SGK Bütçe Transferleri (%GSYİH) .....	190
Şekil.8. Kamu Sağlık Ödemeleri Kırılımı (2009 TL) .....	191
Şekil.9. Acil servise başvuru sayısı ve toplam başvuru sayısının yıllara göre değişim oranları .....	193
Şekil.10. Acil servise başvuru sayısı ve toplam başvuru sayısının yıllara göre değişimi.....	194
Şekil.11. GSS Kapsamındaki Alternatif Maliyet Senaryoları.....	200

## KISALTMALAR

<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>BM</b>	: Birleşmiş Milletler
<b>DGT</b>	: Doğrudan Gözetim Altında Tedavi
<b>DRG</b>	: Diagnosis Related Groups
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ES</b>	: Emekli Sandığı
<b>FAO</b>	: Food and Agriculture Organisation
<b>GDP</b>	: Geri Dönüşüm Programı
<b>GSMH</b>	: Gayri Safi Milli Hasıla
<b>GSS</b>	: Genel Sağlık Sigortası
<b>GSYİH</b>	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
<b>HYP</b>	: Hastane Yönetimi Programı
<b>ICD</b>	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
<b>ILO</b>	: International Labour Organization
<b>KDV</b>	: Katma Değer Vergisi
<b>KÖO</b>	: Kamu Özel Ortaklığı
<b>MB</b>	: Maliye Bakanlığı
<b>md</b>	: Madde
<b>MNT</b>	: Maternal Neonatal Tetanoz
<b>MÖ</b>	: Milattan Önce
<b>OECD</b>	: Organisation for Economic Co-operation and Development
<b>PDEÖ</b>	: Performansa Göre Ek Ödeme
<b>RG</b>	: Resmi Gazete
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>SDP</b>	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SSK</b>	: Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>SSPE</b>	: Subakut Sklerozan Panensefalit

<b>SUT</b>	: Sağlık Uygulama Tebliği
<b>TBMM</b>	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TCK</b>	: Türk Ceza Kanunu
<b>TSM</b>	: Toplum Sağlığı Merkezleri
<b>UHESA</b>	: Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı
<b>UMKE</b>	: Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri
<b>UNDP</b>	: United Nations Development Programme
<b>UNICEF</b>	: The United Nations Children's Fund
<b>UTKP</b>	: Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı
<b>UZEM</b>	: Ulusal Zehir Danışma Merkezi
<b>WHO</b>	: World Health Organization
<b>YHS</b>	: Yasal Hastalık Sigortası
<b>YÖK</b>	: Yüksek Öğretim Kurumu
<b>\$</b>	: Amerikan Doları

## I – GİRİŞ

### 1.1. Araştırmanın Konusu

Bu araştırmanın konusu Türkiye’de Sağlık Politikası ve Ekonomik Sürdürülebilirlik olarak belirlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin kaynağını oluşturan sağlık ve hastalık olgusu ve bu olguyu etkileyen faktörler çeşitli yönlerden ele alınmıştır. Bu doğrultuda hizmetin şekillenebilmesi için uygulamada olan ulusal ve uluslararası sağlık mevzuatlarına yer verilmiş ve hizmetin sunumu aşamasında birkaç ülke modeli incelenmiştir. Türkiye’deki sağlık hizmetinin sunumu ile ilişkili son dönem değişim ve gelişmeleri gözden geçirilerek, ekonomik verilerde dikkate alınarak çalışma yapılmıştır.

### 1.2. Araştırmanın Amacı

İnsanın en önemli amacı var olmak ve varlığını sürdürebilmektir. Kişinin sahip olduğu temel hak ve özgürlüklerin başında yaşama hakkı yer almaktadır. Yaşama hakkının ayrılmaz bir parçası da hayatın sağlıklı bir şekilde devam ettirilebilmesidir. Bu nedenle devletin en önemli görevi kişilerin yaşama hakkını güvenceye kavuşturmadır. Kişilerin yaşama hakkını koruyan devlet, hemen ardından toplumun sağlığını da dikkate almalı ve sağlık imkan ve kabiliyetlerini olabildiğince toplumun ve kişilerin hizmetine sunabilmelidir (Bayram, 2011).

Sağlık hakkı insanın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmiş, toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi ve iyileştirilmesi devletin en önemli görev ve hedefleri arasında yer almıştır. Sağlığın korunması ve sağlıklı bir neslin yetiştirilmesi; aynı zamanda beşeri sermayenin kalitesini arttırdığı ve ülke ekonomisini pozitif yönde etkilediği aşikardır. Bu durum ülkelerin sağlık hizmetlerine her geçen gün daha fazla önem vermelerine sebep olmaktadır. Toplumun ve bireylerin sağlık açısından güvence altına alınmasını da ifade eden ve sosyal bir hak olarak kabul gören sağlık hakkı, sosyal devlet olma gereğinin bir sonucu olarak devletin görev alanına girmiştir.

Bu bağlamda devlet tarafından yürütülen sağlık politikaları ve bu politikaların ekonomik denge üzerindeki etkileri ve organize edilen bu sistem içerisinde hizmetin ana unsuru olan insan faktörünün ne kadar dahil edildiğinin sosyo-ekonomik açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### 1.3. Araştırmanın Kapsamı

Bu çalışma sekiz bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmanın konusu, amacı, kapsamı, varsayım/sınırları ve metodolojisi yer alacaktır.

İkinci bölümde sağlık ve hastalık olgusuna ait teorik temelleri ve bunların etken faktörleri tartışılacaktır.

Üçüncü bölümde ulusal ve uluslar arası sağlık mevzuatları incelemeye konulacaktır.

Dördüncü bölümde sağlık hizmetinin tanımı ve sunumu çeşitli ülke örnekleri ile anlatılacaktır.

Beşinci bölümde Türkiye'deki son dönem sağlık politikalarındaki değişim ve yenilikler ele alınmıştır.

Altıncı bölümde özel sağlık finansmanı gerekliliği ve Türkiye'de sağlık hizmetleri üzerindeki payı belirtilecektir.

Yedinci bölümde ise uygulamanın sağlık ekonomisi ve sağlık harcamasının teorik tanımlarına yer verilerek, ekonomik göstergelerle değerlendirme yapılacaktır.

Sekizinci bölümde ekonomik veriler ve sağlık hizmeti kullanımının sağlık harcamaları üzerindeki etkileri değerlendirilecektir.



Dokuzuncu bölümde ise uygulanan veya uygulanması planlanan sağlık politikalarının hususunda sonuç ve çözüm önerilerine verilmiştir.

#### 1.4. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırları

Türkiye’de geçmişten günümüze kadar gelen sağlık mevzuatı ile ilgili gelişmeler, son 20 yıllık kalkınma planlarında sağlığın konusu ve uluslararası sağlık mevzuatlarına yer verilmiştir. 1995-2009 yılları arası ekonomik göstergeler, 2003 yılı sonrası hizmette meydana gelen gelişmeler ve OECD (2008) değerlendirmelerine yer verilmiştir. Bu veriler dikkate alınarak uygulanan ve uygulanması planlanan sağlık politikalarının ekonomik tutarlılığı incelenerek, hastalık kültürünün geliştirilmesinin sağlık harcamalarının maliyet üzerindeki etkili olduğu vurgulanacaktır.

#### 1.5. Araştırmanın Metodolojisi

“Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Ekonomik Sürdürülebilirlik” adlı yüksek lisans tezinde geçmişten günümüze Türkiye sağlık politikaları incelenmiş, değişim ve yenilikler ele alınmış, bu politikaların ekonomik göstergelerle karşılaştırılarak sürdürülebilirliğinin ve sağlık hizmeti kullanımının sağlık harcamalarına etkilerinin tartışılması amaçlanmıştır. Göstergeler hem beşeri hem sağlık belirteciyle anlam kazanmıştır.

Araştırmaya ilişkin veriler, konunun niteliklerine uygun olarak kütüphaneler, kitaplar, dergiler, araştırmalar, raporlar, tezler, makaleler, uzman birincil kaynaklardan yararlanılarak kaynak çeşitlemesi yoluna gidilmiştir. Ayrıca ulusal ve uluslararası kuruluşlar web sayfalarından ziyaret edilerek gerekli dokümanlar, raporlar, bilgi ve belgeler takip edilerek incelemeye tabi tutulmuştur. Çalışmanın rakamsal analiz kısmında ise elde edilen bulgular ekonomik anlamda değerlendirilmeye çalışılmıştır.

## 2- SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEORİK TEMELLERİ

### 2.1. Sağlık ve Hastalık

#### 2.1.1. Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı “yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik durumudur” olarak açıklar. Yaşadığımız çağa göre ise; duygusal, ruhsal, zihinsel, toplumsal, mesleki ve fiziksel olarak sağlıklı olma hali olarak açıklanabilir.

DSÖ, 1946'da Anayasa'sına koyduğu sağlık tanımını olan “bedensel, ussal ve toplumsal açıdan tam iyilik durumu” nu, 1981'de “kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi: 2000 yılında herkes için sağlık” olarak yeniden belirler. Bunun anlamı şudur: “Herkes kendi sağlığından sorumludur. Bunun için de üretmek, kazanmak ve ödeme yapmak zorundadır” (Dürrü, 2012).

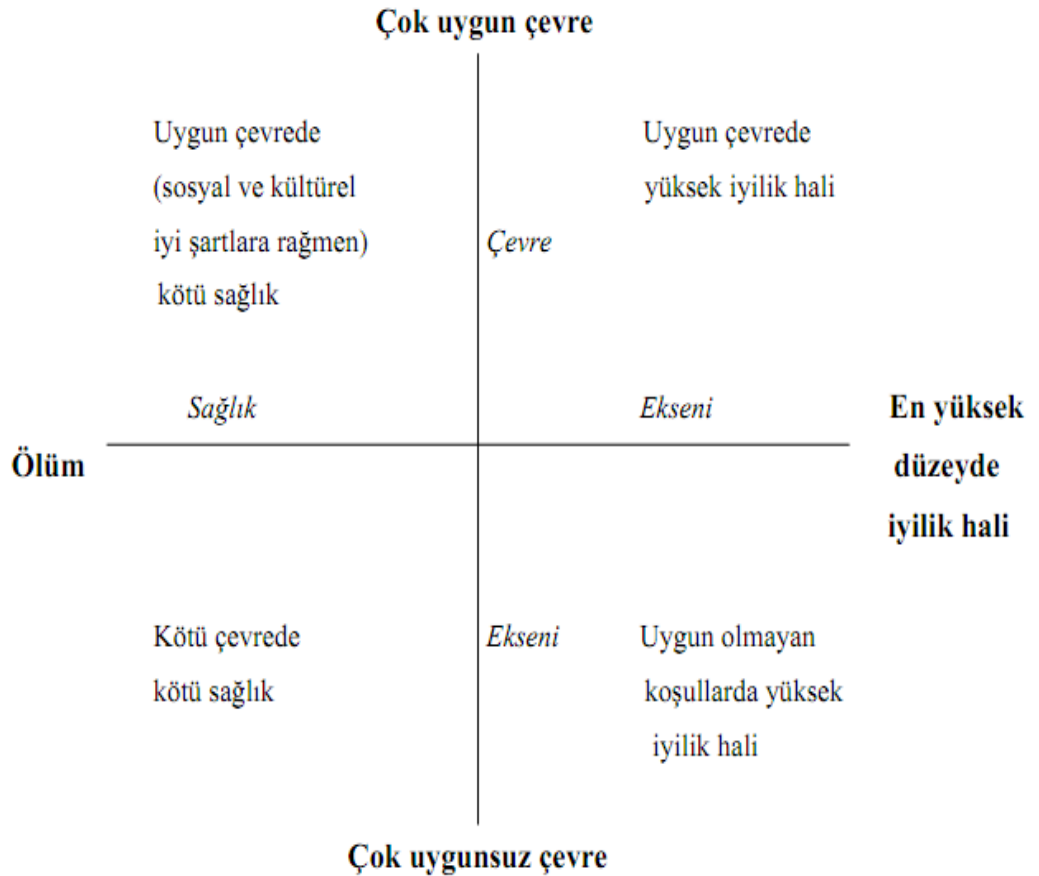
Yunan mitolojisinde sağlık tanrısı Asklepios'e göre ise, sağlığın kaynağı doğadadır (Dürrü, 2012). Diğer bir tanımında ise “Sağlık bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişini başarabilmesi sürecidir.” olarak tanımlanmış ve sağlığın sadece biyolojik boyutu ele alınmıştır (Belek, Onuroğulları, Ardıç, Nalçacı, 1998).

T. Parsons'a göre, sağlık bireylerin işlevsel olma yeteneğidir. Toplumsal Yaşam içerisinde her bireyin belirli rol ve sorumlulukları vardır. Birey bu rol ve sorumluluklarını yerine getirebiliyor ise sağlıklıdır. Bu tanıma göre kişi işlev görebildiği sürece sağlıklıdır; oysaki bazı kişiler hastalık belirtilerini deneyimlemelerine rağmen kendilerini hasta olarak tanımlamayabilir. Ayrıca kronik hastalıklarda hastalığa ve tedaviye uyum sağlandıktan sonra günlük işlevlere dönme söz konusudur. Bu durum bireyin sağlıklı olduğu anlamına gelmemektedir (Tekin, 2007).

Günümüzde DSÖ' nün tanımına da bazı eleştiriler getirilmektedir. Kişiler hangi kriterlere ulaştıkları takdirde sağlıklı olacaklar ya da hangi standartları yerine getirdiklerinde tam bir iyilik halinde olacaklardır? Bu tanıma göre kimin ne kadar sağlıklı olduğunu ölçmek mümkün olmamaktadır.

Dunn, sağlık ve iyilik hali arasında bir farklılık olduğunu belirtir. Sağlık hali bireyin çevresine uyumunun pasif bir durumuyken, iyilik hali bireyin potansiyelini tam olarak kullanmasına yönelik dinamik bir gelişimi göstermektedir. İyilik hali kişinin doğası ve onun çevresi değiştikçe sürekli değişen bir durumdur. İyilik hali rahatlık, mutluluk, canlılık, enerjik olma, verimlilik gibi daha öznel yaşantıları içerir (Tekin, 2007).

Kronik bir hastalık varlığında da iyilik halinden söz edilebilir. Kendi bakımını yerine getiren bir hasta getirmeyene göre fiziksel yönden iyilik halindedir.



**Şekil 1.** Yüksek Düzeyde İyilik Halinin Çevresel Faktörlerle Etkileşimi

**Kaynak:** Tekin, A. (2007). Sağlık ve Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi.

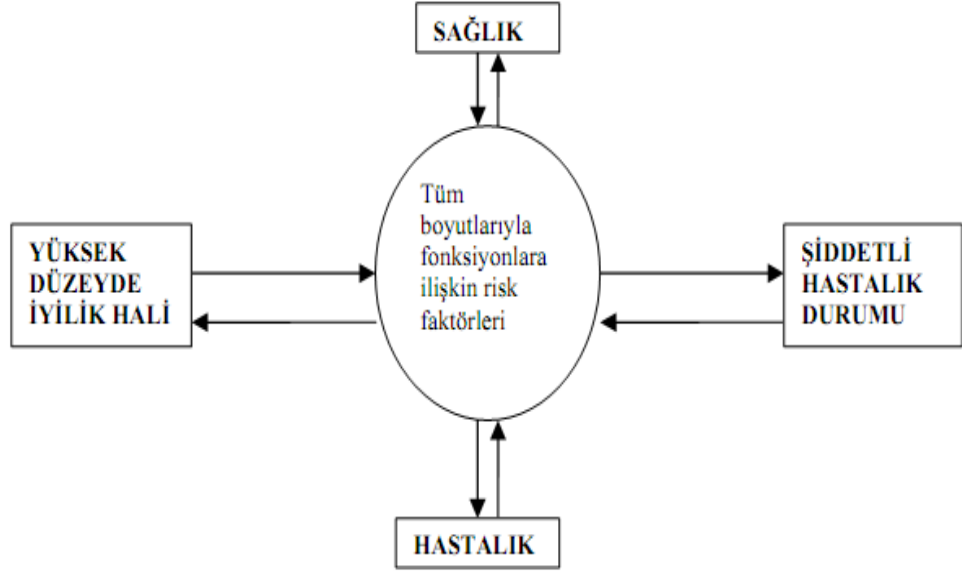
Diğer yandan ekolojik yaklaşım, bireylerin sağlık ve hastalık durumlarının çevreleri ile etkileşimlerinin bir sonucu olduğunu ileri sürmektedir. Bireyin sağlık durumu iç ve dış çevresinin etkileşimi ve bütünleşmesiyle belirlenir. Burada önemli olan adaptasyon kavramıdır. Sağlıklı kişi, çevresine anlamlı ve başarılı bir biçimde uyum sağlayabilen kişidir.

İllich'e göre sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme ve yaşlanabilme, hastalandığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir. Sağlık acıyı ve onunla birlikte yaşamak için gerekli tinsel gücü de içerir. Burada sağlık, toplumun sosyo-kültürel yapısına, bireyin biyolojik gelişimi ile bu gelişim sürecinde ortaya çıkan değişimlere uyum sağlama süreci olarak değerlendirilmektedir (Tekin, 2007).

Capra, sağlığın bir insanın canlı organizmaya ve onun çevresiyle ilişkisine bakış açısına bağlı olduğunu, zamana ve kültürlere göre bu bakış değişikçe sağlık anlayışlarının da değişeceğini belirtir. Ona göre, sağlık kavramı bireysel, toplumsal ve ekolojik boyuta sahip olmakla birlikte, organizma olarak bir sistem ve onu çevreleyen bir sağlık sistemi anlayışı ile ele alınabilir. Capra, sağlığın bireysel düzeyde algılanma durumuna vurgu yapmakla birlikte, kişinin içinde bulunduğu çevre ve toplum değişikçe sağlığa yüklenen anlamların da değişeceğini ileri sürmektedir. Ayrıca bu tanımda sistem yaklaşımıyla bireyin iç sistemi ile onun çevresini saran sistemlerin de sağlık üzerinde etkili olduğu dile getirilmektedir. İnsan bedeni çeşitli işlevler bakımından birbirini tamamlayan, aralarında kusursuz bir uyum ve işleyiş olan hücrelerden dokulara, dokulardan organlara, organlardan sistemlere doğru bir bütünlük gösterir. Herhangi bir birimden biri bile görevini yerine getirmediğinde rahatsızlıktan hastalığa, hastalıktan ölüme değin pek çok problem ortaya çıkabilir. Aynı zamanda, insanın bedeni dışında, onu çevreleyen toplumsal sistem ile bu sistemi oluşturan aile, ekonomi, kültür, din, sağlık sistemi gibi alt sistemler de kişinin sağlık ve hastalık durumu üzerine önemli tesirlerde bulunmaktadır.

Günümüzde sağlığı fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bütüncül bir yaklaşımla ele almanın yanı sıra bir de devamlılık kavramı tanımlanmaya

başlamıştır. Sağlıkla ilgili şikâyetler ortaya çıktığında insanın kendini iyi hissetmemesiyle başlayan, giderek kötü hissetmesine ve daha sonra tükenmişliğini ifade etmesine kadar uzanan bir dizi süreç yaşanmaktadır (Tekin, 2007)



**Şekil. 2.** Sağlık-Hastalık Süreç Modeli

**Kaynak:** Tekin, A. (2007). Sağlık ve Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi.

Sağlık-Hastalık Süreç Modeli, sağlık ya da hastalık durumunu bir ucunda yüksek düzeyde iyilik hali olan, diğer ucunda ise şiddetli hastalıkların hatta ölümün yer aldığı bir gösterge çizelgesi üzerinde derecelendirir. Bu modele göre sağlık; fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal, gelişimsel ve ruhsal iyilik halini sürdürmek için, bireyin iç ve dış çevresindeki değişikliklere uyumu olarak belirtilen ve sürekli değişen dinamik bir durumdur. Hastalık ise, kişinin fonksiyonlarında önceki durumuyla karşılaştırıldığında bir ya da daha fazla boyutta azalma ya da bozulmanın olduğu bir durumdur. Bireyin sağlık düzeyinin tanımlanmasında önem taşıyan yaş, yaşam tarzı, çevre gibi değişkenleri içeren risk faktörleri modelin ortasında yer almaktadır. Yüksek düzeyde iyilik haline doğru ilerlemek yaşam kalitesini artırırken, bunun karşıtı yönünde ilerlemek insanı ölüme yaklaştırmaktadır (Tekin, 2007).

### 2.1.2. Hastalık Kavramı

Animistik (gizemci-büyüsel) düşüncenin egemen olduğu Eski Yunan-Roma dönemine dek uzanan çağlarda insanlar, hastalıkların nedenlerini doğa-üstü güçlere bağlamışlardır. Doğa karşısında çoğu kez güçsüz ve çaresiz kalan ilkel insan, derin korkular ve güvensizlik duyguları içinde doğa-üstü güçlerin varlığına inanarak anlayamadığı bir olguyu açıklama, aydınlatma, anlayabilme ve bunlara göre savunma yolları aramıştır. Hastalıkları ve doğal yıkıcı güçleri kendi gücü ve teknolojisi ile yenemeyince, kendi düşüncesinde bunları oluş biçimlerine, bunlardan nasıl kurtulabileceğine ve korunabileceğine ilişkin inançlar, kavramlar ve uygulamalar geliştirmiştir. Bütün açıklamalar, korunma ve tedavi yolları büyü ve doğa-üstü güçlere (cin, peri ve şeytan vb.) inanç doğrultusunda gelişmiştir. Bu düşünce biçiminin sonucu olarak da sağaltım yapan din adamları ve şamanlar olmuştur (Tekin, 2007) .

Eski çağların sonlarına doğru, hastalıkların tanrısal etkiler dışında doğal nedenlere bağlı olarak meydana geldiği düşüncesi belirmeye başlamıştır. Toprak, bataklık ve pisliklerden çıkan zehirli maddelerin hastalıklara neden olduğunu öne süren Miasma teorisi ön plana çıkmıştır.

Hipokrat (MÖ 4. yy.) hastalıkların doğaüstü güçlere değil, doğal etkenlere bağlı olduğunu ileri sürmüştür; vücutta bulunan kan, balgam, sarı safra ve kara safradan herhangi birinin dengesi bozulduğunda hastalık oluştuğunu belirtmiştir. Bu dengeyi bozmamak için temiz hava, iyi beslenme, düzenli yaşam gibi sağlığı koruyucu esaslara uymanın şart olduğunu savunmuştur (Tekin, 2007).

Ortaçağda İslam tıbbında özellikle hastalıkların açıklanması ve tedavi edilmesinde önemli gelişmeler yaşanırken, Avrupa'da kilisenin katı, dogmatik tutumu eski gelişmelerin de unutulmasına ya da isteyerek bırakılmasına yol açmış, yeniden büyüsel-gizemci düşünce egemenlik kazanmıştır. Kentleri akıl almaz bir pislik sarmış ve yangı hastalıkları salgınlar yoluyla çok sayıda ölümlere yol açmıştır. Ancak, pozitif bilimlerin gelişimiyle özellikle anatomi, biyokimya, fizyoloji gibi bilim dallarının gelişiminin yanı sıra mikroskobun keşfi gibi buluşlar 17. yüzyıldan sonra tıp alanında büyük değişikliklere yol açacak bir ortamın doğmasını sağlamıştır.

19. yüzyıl süresince hastalık hakkındaki düşünceler biyomekanik yaklaşım doğrultusunda felsefe ve deneysel alandaki gelişmelerden etkilenmiştir. Bu gelişmeler, Descartesçi düşüncenin benimsenmesi ve yeni hastalıklarının mikrobiyolojik kökenlerinin keşfini takiben ortaya çıkan spesifik etyoloji doktrinidir (Tekin 2007).

İnsanı bir makine ve hastalığı da bu makinenin bölümlerindeki bir bozukluk olarak ele alan Descartesçi görüş doğrultusunda, akıl ve bedenin birbirinden ayrı olduğu öne sürülmüş, böylece hastalığın sosyal ve psikolojik etkileri inkar edilmiştir.

19. yüzyılın ikinci yarısında Ehrlich, Pasteur ve Koch'un çalışmaları yiyecek, hava, su ya da hayvan-böcek ısırmasıyla bedene giren, yaşayan mikroorganizmaların yaygın sağlık problemlerine neden olduğunu ortaya çıkarmıştır. 1882'de Koch Tüberküloz hastalığına yol açan mikrobu keşfetmiş, bunu takiben 20. yy.'a kadar 22 çeşit mikrop keşfedilmiştir. Bu gelişim tek bir mikrobun tek bir hastalığa neden olduğu fikrini ortaya çıkarmıştır.

Hastalık yapıcı etkene maruz kalan her kişinin hasta olmadığı görüldüğünde mikroorganizma ve hastalık arasında direkt bir ilişki olmadığı anlaşılmış ve epidemiyolojik üçgen teorisi ileri sürülmüştür. Bu teoriye göre hastalık; mikrop, taşıyıcı ve çevre değişkenlerinin dinamik etkileşimine bağlı olarak değişen bir durum olarak ele alınmıştır. Ancak enfeksiyon hastalıklarını açıklamada etkili olan bu yaklaşım kronik hastalıkların görülüş sıklığının artmasıyla ve bu hastalıkları yeterince açıklayamadığından dolayı yerini çok nedenli açıklamalara bırakmıştır.

Çok nedenli yaklaşım, hastalıkların biyolojik, sosyal ve psikolojik pek çok faktörün etkileşimi sonucu geliştiğini ileri sürmektedir. Zamanla bu yaklaşımlar bazı toplumsal grupların diğerlerine göre hastalık ve ölümlere niçin duyarlı olduklarını açıklayamamıştır. Bunun üzerine geliştirilen genel hassasiyet teorileri bazı gruplarda hastalıklara yatkınlığı etkileyen faktörler üzerinde durmuştur. Bu yaklaşım doğrultusunda yapılan çok sayıda çalışma, bireyin içinde bulunduğu topluma özgü sınıfsal koşullar, yaşanılan yer, gelir düzeyi, eğitim, din, meslek, sosyal destek, medeni durum gibi faktörlerin sağlıkla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Ayrıca bireylerin hayattan beklentileri, deneyimleri ve davranışları bu hassasiyeti etkileyebilmektedir (Tekin, 2007).

Hastalık kavram olarak iki farklı anlam içerir:

1) Medikal açıdan hastalık (disease),

Tıbbi açıdan hastalık, doktorun bakış açısından veya nesnel anlamda bir durumu ifade etmektedir. Tıbbi açıdan hastalık, belirli işaret ve semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir anormalliği göstermekte, doktorun hastayı muayene etmesi ve tıbbi literatüre göre kişinin subjektif yakınmalarını bir hastalık tanısına bağlaması anlamına gelmektedir.

2) Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak hastalık (illness),

Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak hastalık, sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının birey tarafından algılanması, bireyin ağrı, acı vb. duyma durumunu belirtir. Subjektif olarak algılanan hastalık (illness) organik bozukluğun neden olduğu sonuçları değişik derecelerde etkiler ve bu sonuçlardan etkilenir. Bu etkileme ve etkilenmenin değerlendirilmesi, hasta bireyin sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel ve psikolojik konumuna göre farklılıklar gösterir. Hatta bu bağlamda, subjektif ve objektif anlamda hastalığın birlikteliği söz konusu olmayabilir. Patolojik bir anormallik olmadan birey kendisini subjektif anlamda kötü hissedebileceği gibi, tam tersine subjektif anlamda hasta ve rahatsız hissetmediği halde patolojik anlamda hasta olabilir (Tekin, 2007)

Doktora giderken bireyin hissettiği rahatsızlık durumu “illness”, doktorun saptadığı hastalık durumu “disease”, doktordan evine dönerken kişideki hastalık hali “sickness” olarak ifade edilmektedir.

Hastalık durumu ikincil kazançlar için kullanılabilir. Kişinin başa çıkamadığı durumlarla karşılaşması durumunda bir savunma olarak, bireysel başarısızlığı rasyonalize etmek için, çevrenin dikkatini çekmek için kullanılabilirdiği gibi, kişinin



çevresindekiler üzerinde psikolojik baskı uygulaması yoluyla bir sosyal kontrol aracı olarak da kullanılabilir.

Parsons'a göre hastalık, bir sosyal sistem içinde ferdin yerine getirmekle yükümlü olduğu rolleri oynama yeteneğini azaltan bir durumdur. Hasta kişi içinde bulunduğu sosyal grubun varlığına fonksiyonel biçimde katkıda bulunmamakta, grubun kaynaklarını gereksiz yere tüketmektedir. Bu nedenle hastalık sosyal olarak kontrol edilmek zorundadır. Aksi takdirde hastalık sosyal düzen ve sosyal denge, dolayısıyla sosyal sistem için tehdit oluşturabilir (Tekin, 2007).

Hastalık, bireyin yaşamı açısından programlanmamış, irade dışı, istenmeyen bir durumdur. Hastalık durumunun niteliği, süresi, yoğunluk derecesi hastalık tiplerine göre farklılıklar gösterir. Hastalık, biyolojik ve psikolojik olarak öncelikle bireyi etkiler. Özellikle kronik hastalıkla birlikte kişi çalışamaz duruma gelebilir, zamanla içinde bulunduğu aile de bu hastalık durumundan etkilenmeye başlar.

Hastanın durumuna göre (ev, okul, fabrika vs.) kısa süreli ya da uzun süreli olarak değişimler planlamak gerekebilir. Görünürde tek bir kişiyi ilgilendirir gibi görünen hastalık, böylece zincirleme bir ileti ile topluma zarar vermektedir.

Toplumsal-kültürel farklılıklar içeren hastalık, ister subjektif ister objektif anlamda olsun, bireysel düzeyde ruhsal, fiziksel; toplumsal düzeyde de uyumsuzluk veya dengesizliği ifade eder. Bireyin hasta olarak tanımlanma sürecinde bireyin ve çevresindekilerin birlikte değerlendirilmeleri büyük önem taşımaktadır (Tekin, 2007).

### 2.3. Hastalık Davranışı

Mechanic'e göre hastalık davranışı (illness behaviour), fiziksel belirtilere gösterilen bireysel cevabın değişiklik gösteren yönlerini; bireylerin iç durumlarını nasıl izlediklerini, tanımladıklarını, hastalık belirtilerini nasıl açıkladıklarını, ne şekilde davrandıklarını, çare niteliğinde başvurdukları yöntemleri ve formal ve informal bakımın değişik kaynaklarını ne şekilde kullandıklarını açıklayan bir kavramdır (Tekin, 2007).

Hastalık davranışı bireyden bireye farklılık gösterir. Bazı hastalık belirtilerini, örneğin yorgunluk, baş ağrısı, sırt ağrısı gibi kimileri normal yaşamın bir parçası olarak görüp önemsemezken, kimileri hemen doktora danışmakta, kimileri de bir doktora danışmaksızın kendi kendine çeşitli rahatlatıcı ve iyileştirici yöntemler kullanmaktadır. Hastalık bulgularını yorumlama, değerlendirme ve tıbbi yardım arama kararı bireylerin cinsiyeti, yaşı, mesleği, din, içinde yer aldığı sosyal sınıf, kültürel yapı gibi pek çok faktör tarafından etkilenmektedir.

Hastalık, bireylerin toplum içindeki normal rollerini sürdürmeye bir engel olarak görülüyorsa ve sosyal gruplardan dışlanma ile sonuçlanıyorsa yıkıcı olarak algılanmaktadır. Hastalığı bu şekilde algılayan insanlar sosyal izolasyonu sınırlamak amacıyla sıklıkla hasta olduklarını kabullenmezler ve bu nedenle genellikle doktora danışmazlar. İnsanlar sosyal yükümlülüklerinden muaf tutulduklarında hastalığı olumlu bir deneyim olarak algılamakta ve hastalığa kurtarıcı olarak bakmaktadırlar. Genellikle bu kişiler tıbbi yardımı hasta rolüne yasal girişi sağlamak için ararlar (Tekin, 2007).

Epidemiyolojik çalışmalarda sıklıkla “klinik buzdağı” fenomeninden söz edilir. Bir hastalığa ilişkin olarak hastalık belirtilerinin farkına varıp, tıbbi yardım almanın gerekliliğine kanaat getiren ve tıbbi yardım alanlar buzdağının su üstündeki kısmını oluştururlar. Buzdağının su altında kalan kısmını ise hastalık belirtilerini önemsemeyenler ile belirtileri kendi kendilerine tedavi etmeye çalışan, bu doğrultuda geleneksel ya da popüler tıbbi kullanan kişiler oluşturur. Pek çok kişi hastalığa ilişkin öznel belirtileri deneyimlemesine rağmen bunlardan çok azı tıbbi yardım aramaktadır. Hastalık davranışı kişiden kişiye değişiklik gösteren karmaşık bir davranıştır (Tekin, 2007).

#### 2.4. Hastalığı Algılama

Bireyler bazı öznel deneyimleri yaşayarak kendilerini hasta olarak tanımlayabilirler. Birey fiziksel görünümünde, beden işlevlerinde, duyularında vb. bir farklılık ya da bir rahatsızlık hissettiğinde içinde bulunduğu kültürün etkisiyle

kazanmış olduğu sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilere göre tepki verir. Her insanın kendini algılama biçimi ve sağlık-hastalıkla ilgili bilgileri farklı olduğundan bu tepkiler bireyden bireye büyük farklılıklar gösterir.

Kişinin hasta olduğuna karar vermesi inançları, algıları, beklentileri, geçmiş hastalık deneyimleri, aile ve arkadaş çevresinin görüşleri gibi pek çok faktör tarafından etkilenmektedir (Tekin, 2007).

## 2.5. Sağlık ve Hastalık Olgusunu Etkileyen Faktörler

Biyolojik bir varlık olarak dünyaya gelen birey, toplumsallaşma süreci içerisinde psikolojik, çevresel, sosyal ve kültürel faktörlerin etkisi altında kalmakta, sağlık-hastalık olgusu da bu faktörlerden etkilenmektedir. Bu etkilenme düzeyi toplumdan topluma farklı olmakla birlikte, bireyden bireye de değişebilmektedir. Biyolojik olanın nerede bittiği, psikolojik olanın ya da sosyal olanın nerede başladığının sınırları belli olmamakla birlikte, bu faktörlerin tümü birden kişilerin sağlık durumunu etkilemektedir. İçinde bulunulan toplumsal yapı ile birlikte bu alanların tanımlanmaya çalışılması sağlık ve hastalık olgularının anlaşılmasına katkıda bulunacaktır. Sağlık ve hastalık olgusunu etkileyen faktörleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

- Biyolojik Faktörler
- Psikolojik Faktörler
- Çevresel Faktörler
- Yerleşim Yeri Koşulları
- Toplumsal Faktörler (Tekin, 2007).

## 2.6. Sağlık ve Hastalık İlişkinde Psikososyal Yaklaşım

Mcwhinney (1997) de, psiko-sosyal faktörlerin biyolojik mekanizmayı etkilediğini, örneğin psikolojik gerilimler sonucu bağışıklık sisteminin etkilendiğini ve hastalık ortaya çıktığını göstermiştir (Kasapoğlu, A., 2008).

Nettleton (1995) sağlık tanımlamalarında pozitif ve negatif, işlevsel (functional) ve deneyimsel (experiential) sağlık tanımlamalarının ayırımında dikkat çekmiştir. Negatif sağlık tanımlaması, sağlık kavramını hastalığın olmayışı ile sınırlı tutarken; diğer taraftan pozitif bir sağlık tanımından yana olan DSÖ (2006), ise sağlık kavramının sınırlarını daha da daraltmaktadır. Burada sağlık sadece hastalığın görülmediği bir hal olarak değil ancak kişinin zihinsel, fiziksel ve sosyal bir bütün olarak iyi olduğu bir durum olarak tanımlanmaktadır (Kasapoğlu, A., 2008).

Sağlık kavramının farklı tanımları yanında, bu kavramın anlamı ve algınalışı da zaman içinde farklılık göstermiştir. Örneğin Nettleton (1995) sağlık ve hastalık kavramlarının bir zamanlar doktor, hastane, hemşire, ilaçlar ve ilk yardım çantası gibi nesnelere akıllara getirdiğini ancak günümüzde bu kavramların hayatın daha geniş bir kesimi kapladığına işaret etmektedir. Günümüzde sağlık sadece tıp uzmanlarının ve kuruluşlarının kontrolü altındaki iyileştirme metotlarıyla sınırlandırılmamakta ve insan hayatının birçok alanında varlığını göstermektedir. Sağlıklı beslenme spor yapma, hijyen kurallarına dikkat etme, terapiler aerobik bu alanlardan sadece birkaç tanesi. Sağlığın ele alınışında ve algılanışındaki bu değişiklik ile Batı tıbbında egemen ideoloji olan biyomedikal yaklaşıma eleştirel olarak biyopsikososyal modelin ortaya çıkarılmasının bir ilişkisellik içerisinde olduğu düşünülebilir. Biyopsikososyal model en genel çerçevesiyle, biyolojik, psikolojik ve toplumsal faktörlerin hepsinin hastalık ve rahatsızlık bağlamında insan hayatında belirgin bir rol oynadığı yaklaşımına dayanmaktadır (Kasapoğlu, A., 2008).

### 3. SAĞLIK MEVZUATI

#### 3.1. Ulusal Mevzuat

##### 3.1.1. Anayasa

###### 3.1.1.1. 1961 Anayasası

Resmi Gazete’de (10859 sayı ile) 20.07.1961 tarihinde yayınlanan 1961 Anayasası'nda, "Sağlık Hakkı" başlığı altında 49. maddede; " Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır." hükmü yer almıştır.

###### 3.1.1.2. 1982 Anayasası

17863 sayılı RG’ de 09.11.1982’de yayınlanan 1982 Anayasası’nda "Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması" başlığında madde 56' da: "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin yaşamını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için yasayla genel sağlık sigortası kurulabilir" düzenlemesi yapılmıştır.

1961 Anayasası, sağlığı, yurttaş açısından "temel bir hak" olarak tanımlayarak Devleti bu hizmetle görevlendirirken (md. 49); daha sonra 1982 Anayasası sağlık ve çevre konusunu aynı maddede işleyip, sağlık hakkını net olarak vurgulamamakta; Devlete, daha çok "düzenleme ve denetleme" görevi yüklemektedir (md. 56). 1982 Anayasasında ayrıca; özel sektörden söz edilmekte, son fıkrasında da "Sağlık hizmetlerinin yaygın bir biçimde yerine getirilmesi için yasayla genel sağlık sigortası kurulabilir." düzenlemesine yer verilmektedir. Böylelikle "özel

kesim" ve "genel sağlık sigortası" tanımlamaları anayasamızda ilk kez yer almaktadır.

### 3.1.2. Kanunlar

#### 3.1.2.1. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

Kanun Numarası: 3359 Resmi Gazete Tarih: 15.5.1987 tarih 19461 sayılı RG' de yayınlanan kanunun amacı: sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemektir. (md. 1)

Bu Kanun, Milli Savunma Bakanlığı hariç, bütün kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişilerini ve gerçek kişileri kapsar. (md. 2)

Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esaslar şunlardır:

a) Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.

b) Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilgili Bakanlığın muvafakatını alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.

c) Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi bu esas içerisinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca düzenlenir. Bu düzenleme ilgili Bakanlığın görüşü alınarak yapılır. Gerek görüldüğünde özel sağlık kuruluşlarının her türlü ücret tarifeleri sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca onaylanır. Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları

veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tespit ve ilan edilir.

d) Sağlık kurum ve kuruluşları, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir. Acil vakalar hariç olmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar bu farkı kendileri karşılar.

e) Tesis edilecek eğitim, denetim, değerlendirme ve oto kontrol sistemi ile sağlık kuruluşlarının tespit edilen standart ve esaslar içinde hizmet vermesi sağlanır.

f) Herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur.

g) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı; sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak üzere istihdam planlaması yapar, ülke ihtiyacına uygun nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla hizmet önce ya da kamu kuruluşlarında mesleklerini icra eden sağlık ve yardımcı sağlık personeline hizmet içi eğitim yaptırır. Bunu sağlamak amacıyla üniversitelerin, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile kamu kurum ve kuruluşlarının imkânlarından da yararlanır. Hizmet içi eğitim programını ne şekilde ve hangi sürelerle yapılacağı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca çıkartılacak yönetmelikte tespit edilir.

i) Sağlık hizmetlerinin yurt çapında istenilen seviyeye ulaştırılması amacıyla; bakanlıklar seviyesinden en uçtaki hizmet birimine kadar kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliği yapılıır. Sağlık kurum ve kuruluşları coğrafik ve fonksiyonel hizmet alanları, verecekleri hizmetler, yönetim, hizmet ilişki ve bağlantıları gibi konularda tespit edilen esaslara uymak ve verilen görevleri yapmakla yükümlüdürler. Çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesi ve teşviki sağlanır.

j) Vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı evre, beslenme, ana ocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitilmeleri ve takipleri bütün kamu kuruluşlarının sorumluluğu, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirilir.

k) Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kullanılan ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretiminin ve kalitesinin teşvik ve temini esas olup, her türlü müstahzar, terkip, madde, malzeme, farmakope mamülleri, kozmetikler ve bunların üretiminde kullanılan ham ve yardımcı maddelerin ithal, ihraç, üretim, dağıtım ve tüketiminin, amaç dışı kullanılmak suretiyle fizik ve psişik bağımlılık yapan veya yapma ihtimali bulunan madde, ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddeler ile diğer terkiplerin kontroluna, murakabesine ve bunların yurt içinde ve yurt dışında ücret karşılığı kalite kontrollerini yaptırmaya, özel mevzuata göre ruhsatlandırma, izin ve fiyat verme işlerini yürütmeye Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilidir. Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmamış ilaç ve terkiplerin üretimi, ithali, satışı ile ruhsat veya izin alınmış dahi olsa ilaç ve terkiplerin bilimsel araştırma amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve ilgili kişinin rızası olmadan insan üzerinde kullanımı yasaktır.

I) Özürlü çocuk doğumlarının önlenmesi için, gebelik öncesi ve gebelik döneminde tıbbi ve eğitsel çalışmalar yapılır. Yeni doğan bebeklerin metabolizma hastalıkları için gerekli olan testlerden geçirilerek risk taşıyanların belirlenmesine ilişkin tedbirler alınır (Ek: 30/5/1997 - KHK - 572/24 md.) (md. 3).

### 3.1.2.2. Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname

13.12.1983 tarih 181 sayılı ve 14.12.1983 tarih 18251 sayılı RG' de yayımlanan kanunun amacı: herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için Sağlık Bakanlığının kurulmasına, teşkilat ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemektir. (1. Kısım, md. 1)

Sağlık Bakanlığının görevleri şunlardır:

a) Herkesin hayatını beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi



kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,

b) Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,

c) Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,

d) İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek,

e) Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak,

f) Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere Tarım Orman ve Köyişleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,

g) Mahalli idareler ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,

h) Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,

j) Kanser, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,

k) Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek,

1) Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak (md. 3).

#### 3.1.2.3. 209 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun

9 Ocak 1961'de 10702 sayılı Resmi Gazete (RG)'de yayımlanarak yürürlüğe giren "209 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa"da; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurum ve kuruluşları ile bağlı kuruluşlarda (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü dışında) uygulanacak döner sermayenin kurumların karları ile bağışlardan ve Devlet yardımlarından oluşacağı belirtilmiştir (md.1 ve 2). Elde edilecek bu döner sermayenin, kurumun giderleri için harcanması kararlaştırılmıştır (md. 3).

#### 3.1.2.4. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

12 Ocak 1961'de 10705 sayılı RG' de yayımlanarak yürürlüğe giren "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa"nın amacına; İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir (md. 1) şeklinde yer verilmiştir.

Bu yasada sağlık hizmetleri; insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin olumsuz etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi ve rehabilitesi (esenlendirme) için yapılan tıbbi eylemler olarak tanımlanırken; sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi de; vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile kamu sektörüne ait kurumların bütçelerinden ayrılan ödenek karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan giderin bir bölümüne katılımı yoluyla eşit biçimde yararlanmaları olarak betimlenmiştir (md. 2).

224 Sayılı Sosyalleştirme Yasası, 5. maddesinde hekim seçme özgürlüğünü ve bu davranışın finansmanını düzenlemektedir: "Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde yaşayanların -ücretini kişisel olarak ödemek koşuluyla- sağlık hizmetlerini gördürmek üzere istedikleri sağlık çalışanını veya sağlık kurumu ve eczaneyi seçmek hakları saklıdır."

6. maddede, ülkemizde yaşayan yabancı uyrukluların, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca (224 sayılı yasa çıkarıldığında yürürlükte olan 3017 sayılı yasadaki adıyla) çıkarılacak bir yönetmelik kapsamında ücretli olarak sağlık hizmeti alabileceği, yasal kurala bağlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi: Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen, acil vakalar hariç, evvela sağlık evine veya sağlık ocağına başvururlar. Köylük bölgelerde sağlık ocağı hekimleri tedavi edemedikleri vakaları, güç olması muhakkak bulunan doğumları sağlık merkezine, hastaneye sevki gereken acil vakaları hastaneye yollarlar, Sağlık ocağında hekim bulunmadığı hallerde yardımcı sağlık personeli hastaları kendi yetenekleri dahilinde olan müdahaleyi müteakip gerekirse sağlık merkezine veya hastaneye sevk edebilir. Sağlık merkezinde tedavisi mümkün olmayan hastalar veya mütehassıs müdahalesini icap ettiren doğumlar hastanelere veya doğumevlerine sevk edilir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde sağlık ocağı sağlık merkezi ve hastanelerde hizmetin nasıl yürütüleceği Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca hazırlanan bir yönetmelikle tespit edilir. (md. 13)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hasta muayene ve tedavisi bu kanunun 16. maddesi hükümleri dairesinde ücrete tabi olan ilaç bedelleri ve aşağıda zikredilen haller hariç parasızdır.

a) Sağlık ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde sağlık merkezlerine veya hastanelere veya sağlık merkezi ve bir hastaneden diğer bir hastaneye sevk edilmeden hastanelere müracaat edenler (Acil vakalar hariç),

b) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmediği bir bölgeden gelip de müracaat ettiği ocak bölgesinde ikametleri 90 günü aşmamış olanlar (Mahallin mülki amirlerinden fakirlik belgesi alanlar hariç),

c) Bölgede yaşayan halkın çalışma saatleri nazarı itibara alınarak tayin edilen mesai saatleri dışında ve tatil günlerinde nöbetçi olmayan hekim ve yardımcı sağlık personeline muayene ve tedavi olmak isteyenler,

Sosyalleşmiş bölgelerden herhangi bir sebeple geçici olarak ayrılan ve kendi ocak hekimleri tarafından verilen sağlık fişlerini ibraz edenlerin muayenesi buldukları yerlerdeki ocak hekimleri veya bunların hastayı sevk ettikleri müesseselerde veya şahıs sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmediği bir bölgeye gittiği takdirde orada Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tayin edilen müesseselerde ücrete tabi değildir. (md. 14)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, hastaların muhtaç olduğu ilaç ve tedavi vasıtaları köylerde ve serbest eczanesi bulunmayan yerlerde sağlık teşkilatınca veya Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından işletilen eczaneler ve ecza dolapları tarafından 209 sayılı Kanun ve bununla ilgili yönetmelik hükümleri dahilinde döner sermaye verilen Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı kurumlarca temin edilir. Bu eczane ve ecza dolapları ile teşekküller serbest meslek icra eden hekimlerin muayene ve tedavi ettikleri hastalara da ilaç satarlar. Madde 15 - (Değişik: 8/5/1969 - 1175/1 md.)

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri gören teşekküller tarafından parasız veya bedelinin bir kısmı veya tamamı hastalar tarafından ödenerek alınacak ilaç ve tedavi vasıtalarının listeleri her yılın ilk ayında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından ilan edilir. Liste harici ilaç ve tedavi araçları bedeli hastalar tarafından ödenmek suretiyle alınır. (md. 16)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi faaliyetlerinin yürütülmesi ve değerlendirilmesi konusunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına görüşlerini bildirecek, tavsiyelerde bulunacak ve bu konuda halk ve çeşitli kurumlar arasında işbirliği sağlayacak bir Genel Kurul teşkil edilir. Bu Kurul Sağlık ve Sosyal Yardım

Bakanlığından tayin edilecek veya vazifelendirilecek yeter sayıda mütihazsıs ile Üniversitelerin, Bakanlıkların, Devlet Planlama Teşkilatının, İşçi Sigortaları Kurumunun, Türk Tabipleri Birliğinin, Türk Eczacılar Birliğinin, Türk Veteriner Hekimleri Odaları Birliğinin göndereceği salahiyetli temsilcilerle il sağlık kurullarının göndereceği birer temsilciden teşekkül eder. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının talebi üzerine yukarıda adı zikredilmeyen kurumlar da Genel Kurula daimi veya muvakkat temsilci gönderir. (md. 22)

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri teşkilatı ile halk arasındaki münasebeti temin maksadıyla sağlık ocaklarında, Sağlık merkezlerinde ve illerde, sağlık kurulları kurulur. Bu kurulların kuruluşu, çalışma tarzları ve toplantı zamanları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından hazırlanan bir yönetmelikle tayin edilir. (md. 23)

Mali hükümler: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili her çeşit inşaat ile bunlara gerekli yapı kısımlarının imal ettirilmesi, her türlü malzemenin alımı, taşıma ve depolama işleri için girişilecek yüklenmeler geçici ve kesin teminat hükümleri saklı kalmak şartıyla 2490 sayılı kanunun diğer hükümleri uygulanmamak, 1050 sayılı Muhasebe Umumiye Kanununun 135 inci maddesindeki % 20 nispeti % 30 olarak uygulanmak şartıyla, Bayındırlık Bakanlığınca merkezde ve illerde emaneten, mahdut eksiltme suretiyle veya birden fazla firmalar arasında pazarlıkla gerçekleştirilir (md. 29 - Değişik: 30/5/1963 - 243/1 md) .

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde amme sektörüne dahil kurumların sağlık teşekküllerine ait binalar, malzeme, ilaç ve eşya Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının lüzum gösterdiği ve iş emniyetini tehdit etmediği takdirde aşağıdaki esaslar dairesinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına devrolunur:

a) Devlete ait binalar Maliye Bakanlığınca Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı emrine tahsis olunur.

b) Sermayesinin tamamı Devlete ait iktisadi teşekküllerden Hazineye devredilecek binaların iktisap bedellerinden amortisman bedelleri çıkarıldıktan sonra

geri kalan bakiye bu teşekkülün sermayesinden tenzil edilir. Binalar Hazine adına tescil edildikten sonra Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı emrine verilir.

c) Bir kısım sermayesi hakiki veya hükmi şahıslara ait olan amme sektörü müesseselerinin malı olan binaların devrinde Devlet hissesine düşen kısım hakkında (b) fıkrasındaki gibi muamele yapılır. Hakiki ve hükmi şahısların hissesi kendilerine ödenir.

d) İşçi Sigortaları Kurumuna ait sağlık tesisleri, binaları, tıbbi malzeme, eşya ve ilaçlar, iktisap bedeli verilmek suretiyle, Sağlık ve Sosyal Yardım ve Çalışma Bakanlıkları tarafından müştereken tesbit edilecek esaslar dairesinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına devredilir.

(a), (b) ve (c) fıkralarında yazılı binalarla eşya, malzeme ve ilaçların devrine ait diğer hususat Maliye, Sağlık ve Sosyal Yardım ve ilgili Bakanlıklar arasında müştereken tesbit edilecek esaslara göre yürütülür. (md. 30)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hususi tababet icra edenlerin istedikleri takdirde sanatlarını icra için kullandıkları alet, makine, cihaz ve malzemedan işe yarar olanlar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından satın alınabilir. Satın alma bedeli; malzemenin maliyeti, amortismanı, satın alındığı tarihteki rayiç fiyatı göz önünde tutularak Maliye, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıkları tarafından kurulacak bir komisyon kararı ile tayin olunur. (md. 31)

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde ücretli olarak muayene ve tedaviye tabi şahıslardan alınacak ücretlerin miktarı Maliye ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıkları tarafından müştereken tespit ve ilan olunur. (md. 32)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde belediye sağlık hizmetlerinden olan su, lağım, mezbahe ve temizlik işleri, umumi yerlerin, taşıtların ve meskenlerin teftişi, haşarat ve gıda kontrolü, mezarlıklar gibi çevre sağlığı hizmetleri belediyeler tarafından yürütülür.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde belediyelerin çevre sağlığı hizmetleri dışında kalan sağlık hizmetleri, hükümet tabipliği vazifeleri ve belediyenin çevre sağlığı hizmetlerinin murakabesi sağlık ocakları hekimleri tarafından ifa edilir ve bu bölgelere ayrıca hükümet tabibi tayin edilmez (md. 33).

#### 3.1.2.5. 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu

29, 30, 31/7/1964-1/8/1964 yılında 11776 - 9 Sayılı RG' de yayınlanarak yürürlüğe giren "506 Sayılı Sosyal Sigortalar Yasası" çıkarılmıştır. İş kazalarıyla meslek hastalıkları, hastalık, analık, malûllük, yaşlılık ve ölüm hallerinde bu kanunda yazılı şartlarla sosyal sigorta yardımları sağlanır. (md. 1).

#### 3.1.2.6. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu

657 Sayılı Devlet Memurları Yasası 23 Temmuz 1965 Tarih ve 12056 Sayılı RG' de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Amacı; Devlet memurlarının hizmet şartlarını, niteliklerini, atanma ve yetiştirilmelerini, ilerleme ve yükselmelerini, ödev, hak, yüküm ve sorumluluklarını, aylıklarını ve ödeneklerini ve diğer özlük işlerini düzenlemektir. (md. 2)

Yasanın temel ilkeleri;

A) Devlet kamu hizmetleri görevlerini ve bu görevlerde çalışan Devlet memurlarını görevlerin gerektirdiği niteliklere ve mesleklere göre sınıflara ayırmaktır.

B) Devlet memurlarına, yaptıkları hizmetler için lüzumlu bilgilere ve yetiştirme şartlarına uygun şekilde, sınıfları içinde en yüksek derecelere kadar ilerleme imkanını sağlamaktır.

C) Devlet kamu hizmetleri görevlerine girmeyi, sınıflar içinde ilerleme ve yükselmeyi, görevin sona erdirilmesini liyakat sistemine dayandırmak ve bu sistemin eşit imkanlarla uygulanmasında Devlet memurlarını güvenliğe sahip kılmaktır (md. 3).

### 3.1.2.7. 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu

14 Eylül 1971'de 13956 sayılı RG' de yayınlanan "1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası" ile kapsanan sigortalılar hakkında işgöremezlik, yaşlılık ve ölüm durumlarında sosyal sigorta yardımlarının sağlanmasına yönelik düzenlemeleri yapmak amaçlanmıştır (md. 24).

### 3.1.2.8. 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun

31 Aralık 1980 tarih ve 17207 sayılı mükerrer RG' de yayınlanarak yürürlüğe giren "2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun

Bu Kanunun 6 ncı maddesi ile yürürlükten kaldırılan 2162 sayılı Kanun kapsamına giren personele 01.01.1981 tarihinden itibaren 657, 926 ve 1765 sayılı kanunlara göre hak edilen aylık, yakacak yardımı, iş riski, işgüçlüğü, teminindeki günlük zammı ve mahrumiyet yeri ödeneği ödenir. (md. 1)

Şu kadar ki, bu personelin Aralık 1980 tarihinde almakta oldukları aylık ve diğer ödemeler ile 2162 sayılı Kanun gereğince (Nöbet ve acil vaka tazminatları hariç) aldıkları tazminatların net toplamı, yukarıdaki fıkra gereğince ele geçecek miktardan fazla olduğu takdirde aradaki fark kendilerine tazminat olarak ödenir.

Birinci fıkradaki personelin kanunlarla sağlanan diğer hakları saklıdır. Bu personelden askerlik veya Kurumun müsaadesine bağlı diğer sebeplerle görevinden ayrılmış ve ayrılacak olanların, ihtiyaca binaen yeniden göreve dönmeleri halinde, yukarıdaki hükümlerden doğan hakları saklı kalır.

Bu Kanun kapsamındaki personelin, iş riski, iş gücüğü, teminindeki günlük zamları yeniden Bakanlar Kurulunca düzenlenir.



Kamu sağlık hizmetlerinde çalışan personelin haftalık kanunî çalışma süresi 45 saat, 4 nc maddede tanınmış olan haktan yararlananlar için ise 40 saattir. Personelin günlük çalışma saatleri, 657 ve 926 sayılı kanunlardaki hükümlere göre tespit edilir. Ancak, bu personelden iyonlaştırıcı radyasyon ile teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personel, Sağlık Bakanlığınca ıkarılacak yönetmelikte belirlenen radyasyon dozu limitleri içinde çalıştırılabilir. (Yürürlük tarihi:4.10.2007)[1]"MADDE 2 - Değişik madde: 5614 s.K. / 4.4.2007-26483)

Madde 3- Birinci maddede belirtilen tazminat hakkından yararlanan personel resmi ve özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak mesleki görev alamazlar, hariçte serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemezler; çalıştıkları kurumlardan bu Kanunda veya 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile 1765 sayılı niversiteler Personel Kanununun değişik 16'ncı maddesinin 3 üncü fıkrasında fıkra hükümlerine uymak koşuluyla belirtilen demeler dışında mesleki ek gelir sağlayamazlar.

1 inci madde kapsamına giren personelden, özel kanunlarına göre meslek ve sanatlarını serbest olarak icra etme hak ve yetkisine sahip olanlar istedikleri takdirde 1 inci maddede öngörülen tazminat hakkından yararlanmamak şartı ile mesai saatleri dışında serbest olarak çalışabilirler. Bunlara iş güçlüğü, iş riski ve teminindeki güçlük zamları veya bu mahiyetteki zamlar ödenmez. Ancak, il sağlık müdürlüğü ve başhekimlik görevini yürütenler serbest olarak çalışamazlar. Askerî sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan başhekimler serbest çalışma yasağına tâbi değildir." (MADDE 4 - (Değişik madde: 5614 s.K. / 4.4.2007-26483)

### 3.1.2.9. 3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu

14 Haziran 1986 tarih ve 19134 sayılı RG' de yayınlanarak yürürlüğe giren "3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Yasası'nın amacı; fakru zaruret içinde ve muhtaç durumda bulunan vatandaşlar ile gerektiğinde her ne suretle olursa olsun Türkiye'ye kabul edilmiş veya gelmiş olan kişilere yardım etmek, sosyal

adaleti pekiştirici tedbirler olarak gelir dağılımının adilane bir şekilde tevzi edilmesini sağlamak, sosyal yardımlaşma ve dayanışmayı teşvik etmektir (md. 1).

### 3.1.2.10. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunlar

15 Mayıs 1987'de 19461 sayı ile RG' de yayımlanan "3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası"

Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esaslar şunlardır:

a) Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.

b) Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilgili Bakanlığın muvafakatını alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.

c) Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi bu esas içerisinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca düzenlenir. Bu düzenleme ilgili Bakanlığın görüşü alınarak yapılır. Gerek görüldüğünde özel sağlık kuruluşlarının her türlü ücret tarifeleri sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca onaylanır. Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tespit ve ilan edilir.

d) Sağlık kurum ve kuruluşları, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir. Acil

vakalar hariç olmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar bu farkı kendileri karşılar.

e) Tesis edilecek eğitim, denetim, değerlendirme ve oto kontrol sistemi ile sağlık kuruluşlarının tespit edilen standart ve esaslar içinde hizmet vermesi sağlanır.

f) Herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur.

g) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı; sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak üzere istihdam planlaması yapar, ülke ihtiyacına uygun nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla hizmet önce ya da kamu kuruluşlarında mesleklerini icra eden sağlık ve yardımcı sağlık personeline hizmetiçi eğitim yaptırır. Bunu sağlamak amacıyla üniversitelerin, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile kamu kurum ve kuruluşlarının imkanlarından da yararlanır. Hizmetiçi eğitim programını ne şekilde ve hangi sürelerle yapılacağı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca çıkartılacak yönetmelikte tespit edilir.

i) Sağlık hizmetlerinin yurt çapında istenilen seviyeye ulaştırılması amacıyla; bakanlıklar seviyesinden en uçtaki hizmet birimine kadar kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliği yapılır. Sağlık kurum ve kuruluşları coğrafik ve fonksiyonel hizmet alanları, verecekleri hizmetler, yönetim, hizmet ilişki ve bağlantıları gibi konularda tespit edilen esaslara uymak ve verilen görevleri yapmakla yükümlüdürler. Çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesi ve teşviki sağlanır.

j) Vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitilmeleri ve takipleri bütün kamu kuruluşlarının sorumluluğu, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirilir.

k) Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kullanılan ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretiminin ve kalitesinin teşvik ve temini esas olup, her türlü müstahzar, terkip, madde, malzeme, farmakope mamülleri,

kozmetikler ve bunların üretiminde kullanılan ham ve yardımcı maddelerin ithal, ihraç, üretim, dağıtım ve tüketiminin, amaç dışı kullanılmak suretiyle fizik ve psişik bağımlılık yapan veya yapma ihtimali bulunan madde, ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddeler ile diğer terkiplerin kontroluna, murakabesine ve bunların yurt içinde ve yurt dışında ücret karşılığı kalite kontrollerini yaptırmaya, özel mevzuata göre ruhsatlandırma, izin ve fiyat verme işlerini yürütmeye Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilidir. Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmamış ilaç ve terkiplerin üretimi, ithali, satışı ile ruhsat veya izin alınmış dahi olsa ilaç ve terkiplerin bilimsel araştırma amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve ilgili kişinin rızası olmadan insan üzerinde kullanımı yasaktır.

1) Özürlü çocuk doğumlarının önlenmesi için, gebelik öncesi ve gebelik döneminde tıbbi ve eğitsel çalışmalar yapılır. Yeni doğan bebeklerin metabolizma hastalıkları için gerekli olan testlerden geçirilerek risk taşıyanların belirlenmesine ilişkin tedbirler alınır. (md. 3. Ek: 30/5/1997 – KHK – 572/24 md.)

3.1.2.11. 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun

RG' de (21273 sayılı) 3 Temmuz 1992'de yayınlanan "3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasa" ile hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye dek Devlet tarafından karşılanması ve bu bağlamda uyulacak ilke (usul) ve yöntemlerin (esasların) belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu Kanunu; hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve bu Kanunun öngördüğü usul ve esaslar çerçevesinde belirlenecek aylık geliri veya aile içindeki gelir payı 1475 sayılı İş Kanununa göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarının;

a) Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak göreceklere tedavi hizmetlerini ve her türlü masraflarını,

b) Tedavi hizmetlerini verecek kurum ve kuruluşları, (md. 2) kapsamaktadır.

#### 3.1.2.12. 5018 Sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanunu

24 Aralık 2003 tarih ve 25326 sayılı RG' de "5018 Sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Yasası" yayınlanmıştır. Yasa'nın amacı; kalkınma planları ve programlarda yer alan politika ve hedefler doğrultusunda, kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli bir biçimde elde edilmesi ve kullanılmasını, hesap verebilirliği ve malî saydamlığı sağlamak üzere, kamu malî yönetiminin yapısını ve işleyişini, kamu bütçelerinin hazırlanmasını, uygulanmasını, tüm malî işlemlerin muhasebeleştirilmesini, raporlanmasını ve malî denetimi düzenlemektir.

#### 3.1.2.13. Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması (2004 Mali Yılı Bütçe Kanunu)

25330 sayılı yinelenen (mükerrer) RG' de 28 Aralık 2003'te yayınlanan "2004 Mali Yılı Bütçe Yasası" ile performansa dayalı döner sermaye (hizmet başı ödeme, fee for service) uygulaması 01.01.2004 tarihinden başlayarak bütün Türkiye'de yürürlüğe konulmuştur. Bu Yasa ile personele, performansa dayalı ek ödeme yapılmasına başlanılmıştır.

11 Mart 2006 tarih ve 26105 sayılı RG' de yayınlanan 5471 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa ile 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa'nın 1. maddesi ile 209 sayılı yasanın 5. maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir: "Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli olan memurlar ile bu kurum ve kuruluşlarda 10.07.2003 tarihli ve 4924 Sayılı Yasa uyarınca sözleşmeli olarak çalıştırılan sağlık personeline ve 13.12.1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde

Kararnamenin ek 3. maddesine göre işe alınan sözleşmeli personele mesai içi veya mesai dışı ayrımı yapılmaksızın ek ödeme yapılabilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum koşulları ve ölçütleri de dikkate alınarak, bu ödemenin oranı ile ilke ve yöntemleri; personelin unvanı, görevi, çalışma koşulları ve süresi, hizmete katkısı, başarımı (performansı), serbest çalışıp çalışmaması ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik taşıyan riskli bölümlerde çalışma gibi öğeler esas alınarak Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.”

Yukarıdaki fıkrada yer alan kurala göre personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı dışında) toplamının; pratisyen hekim ve dış hekimlerinden serbest çalışanlara %250'sini, serbest çalışmayanlara %500'ünü, uzman tabip, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde belirtilen dallarda bu Tüzük kurallarına göre uzman olanlar ve uzman dış hekimlerinden serbest çalışanlara %350'sini, serbest çalışmayanlara %700'ünü, serbest çalışmayan klinik şef ve şef yardımcılara %800'ünü, öbür personele ise %150'sini geçemez. İşin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil birimi ve acil servis gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel için %150 oranı, %200 olarak uygulanır. Sözleşmeli olarak çalıştırılan sağlık personeline yapılacak ek ödemenin tutarı ise, aynı birimde aynı unvanlı kadroda çalışan ve hizmet yılı aynı olan benzer sağlık çalışanı ölçü alınarak belirlenir ve bunlara yapılacak ek ödeme, hiçbir biçimde benzerine yapılabilecek ek ödeme üst sınırını geçemez (Bayram, 2011).

Çalışanların katkısı ile elde edilen döner sermaye gelirlerinden, o birimde görevli personele yapılacak ek ödeme toplamı, 2. ve 3. Basamak sağlık kurumlarında, ilgili birimin içinde bulunulan yıldaki döner sermaye gelirinin %50'sini, 1. Basamak sağlık kuruluşlarında ise, ilgili birimin içinde cari yıldaki döner sermaye gelirinin %65'ini aşamaz.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı döner sermaye işletmeleri, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, nitelikli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi, sağlık kurum

ve kuruluşlarının kendi olanaklarıyla karşılayamadıkları gereksinimlerin giderilmesi, eğitim, araştırma-geliştirme girişimlerinin desteklenmesi, 1. Basamak sağlık kuruluşlarının desteklenmesi ve Bakanlık merkez örgütünde görev yapan memurlar ile sözleşmeli personele ek ödemede bulunulması amacıyla Bakanlıkça yapılacak giderlere katılmak için aylık net olmayan (gayrisafi) gelirden aylık kesilen tutarın %2'sini geçmemek üzere Sağlık Bakanlığınca belirlenecek oranı Bakanlık Döner Sermaye Merkez Saymanlığı hesabına aktarırlar. Bu hesapta toplanacak tutarların dağılım ve harcanmasına ilişkin ölçütler ile personele yapılacak ek ödemenin oran, ilke ve yöntemleri Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca belirlenir. Personele yapılacak ek ödemenin tutarı, en yüksek Devlet memuru aylığının (ek gösterge dâhil) %200'ünü geçemez. Ek ödeme tutarı; görev yapılan birim ve iş hacmi, görevin önem ve gücü, çalışma süresi, personelin sınıfı, kadro unvanı, derecesi ve atanma biçimi gibi ölçütler ile personele aylık ve özlük hakları dışında ilgili mevzuatına göre yapılan öbür ek ödemeler dikkate alınarak belirlenir. Merkez örgütünde görev yapan personele bu fıkra kapsamında yapılacak toplam ek ödeme, döner sermaye işletmelerinden içinde bulunulan (cari, aktüel) yılda aktarılan tutarın %50'sini geçemez ve bu ödemeler gelir vergisine tabi tutulmaz.

4 Kasım 1981 tarihli ve 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 38. maddesine göre Sağlık Bakanlığı merkez örgütü ve bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevlendirilenler, aynı maddede belirtilen ek ödemelerden yararlanmamak koşuluyla, Bakanlık merkez veya bağlı sağlık kurum ve kuruluşunda görev yaptıkları unvan için belirlenen ek ödemeden yararlandırılır (Bayram, 2011).

Birinci Basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve bölgelerarası gelişmişlik farklarının giderilmesi amacıyla, döner sermayeli işletmelerden uygun görülenlerin merkeze aktaracağı payı % 4'e dek yükseltmeye Sağlık Bakanı yetkilidir. 24.11.2004 tarihli ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun kapsamında, aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, il sağlık müdürlüğü ve 1. Basamak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda çalışan personele (aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olarak çalışanlar dışında) merkeze aktarılan % 2 oranına dek olan paya ek olarak alınacak paydan karşılanmak ve unvanlarına göre dördüncü fıkarda belirtilen oranları geçmemek

üzere Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenecek ilke ve yöntemlere göre ek ödeme yapılabilir. Merkeze aktarılan % 2 oranına dek olan paya ek olarak alınacak tutarlar, bu fıkrada belirtilen amaçlar dışında kullanılamaz. Döner sermayeli işletmelerin parasal imkânı elverişli olanlarından, parasal durumu yetersiz olanlara karşılıksız veya borç olarak kaynak aktarmaya Sağlık Bakanı yetkilidir." (Bayram, 2011) .

#### 3.1.2.14. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun

9 Aralık 2004 tarih ve 25665 sayılı RG' de "5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa" yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Amacı: Sağlık Bakanlığının pilot olarak belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve malî hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir.

Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir (md. 2).

Personelin statüsü ve malî haklar: Sağlık Bakanlığı; Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılacak sağlık personelinin, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakati üzerine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelinin aile hekimliği uygulamaları için görevlendirmeye yetkilidir.



Aile sağlığı elemanları, aile hekimi tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görölen, kurumlarınca da muvafakatı verilen Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilir ve bunlar sözleşmeli olarak çalıştırılır. Bu suretle eleman temin edilememesi halinde, Sağlık Bakanlığı, personelini bu hizmetler için görevlendirebilir. İhtiyaç duyulması halinde, Türkiye'de mesleğini icra etmeye yetkili ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; Sağlık Bakanlığının önerisi, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalıştırılabilir. (md. 3)

#### 3.1.2.15. 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)' nun sağlık kurumları, 19 Ocak 2005 tarihli 25705 sayılı mükerrer RG' de yayınlanan "5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Yasa" ile Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. SSK'ya ait 145 hastane, 212 dispanser, 11 ağız diş sağlığı merkezi ile 2 özel dal merkezi olmak üzere toplam 370 sağlık kuruluşu Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu arada yaklaşık 56 binin üzerinde SSK personeli de Sağlık Bakanlığı'na kaydırılmıştır (Bayram, 2011).

#### 3.1.2.16. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanun

26173 sayılı Resmi Gazete'de 20 Mayıs 2006'da yayımlanarak yürürlüğe giren 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunun amacı Kurumun temel amacı; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir.

### 3.1.2.17. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası 16 Haziran 2006'da 26200 sayılı RG' de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Kanunun amacı, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılama yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usûl ve esasları düzenlemektir. (md. 1)

Bu Kanun; sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortasından yararlanacak kişileri, işverenleri, sağlık hizmeti sunucularını, bu Kanunun uygulanması bakımından gerçek kişiler ile her türlü kamu ve özel hukuk tüzel kişilerini ve tüzel kişiliği olmayan diğer kurum ve kuruluşları kapsar. (md. 2)

### 3.1.2.18. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı

Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Yasa Tasarısı" Mart 2007'de TBMM Başkanlığı'na gönderilmiştir. Bu Kanunun amacı; Bakanlar Kurulunun pilot olarak belirleyeceği illerde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılması ile ilgili esasları belirlemektir. (md. 1)

Birliğin organları yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur. Yönetim kurulu birliğin en üst karar organıdır ve aşağıdaki üyelerden oluşur;

- a) İl genel meclisi tarafından belirlenen hukuk öğrenimi görmüş bir üye.
- b) İl genel meclisi tarafından belirlenen yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir bir üye!
- c) Vali tarafından belirlenen işletme, iktisat veya maliye alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye.

ç) Bakanlıkça belirlenen tıp öğrenimi görmüş bir üye.

d) Bakanlıkça belirlenen sağlık sektöründe tecrübe sahibi ve alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye.

e) Ticaret ve sanayi odası veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde ticaret odası tarafından belirlenen, en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye (md. 2).

f) İl sağlık müdürü veya aynı ilde birden fazla birlik bulunması halinde Bakanlıkça belirlenecek il sağlık müdür yardımcılarında birisi.

### 3.1.2.19. Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Yasalarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

"Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Yasalarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa Tasarısı Taslağı" Sağlık Bakanlığı'na hazırlanmış ve Nisan 2008'de Başbakanlık' a sunulmuştur.

Tasarı da hekimlerin; kamu kurum ve kuruluşları, SGK ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile SGK ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile serbest olarak mesleğini sürdürme arasında yalnızca birini seçerek mesleğini sürdürebileceği belirtilmektedir. Ayrıca taslakta denkliği onaylanan yabancı tıp fakültelerinden diploma alıp bunu Sağlık Bakanlığı'na onaylatanların denklik sınavına alınmaksızın mesleklerini yürütebilecekleri hükmü de yer almaktadır. Bu tasarı da 2010 yılında kanunlaşmıştır (Bayram, 2011).

### 3.1.3. Yönetmelikler

#### 3.1.3.1 Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

15 Şubat 2008 tarih ve 26788 sayılı RG' de "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" yayınlanmıştır. Bu

yönetmeliğin amacı; kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın ülke düzeyinde dengeli, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşlarının yapılandırılmaları, ruhsatlandırma işlemleri, faaliyetleri ve faaliyetlerine son verilmesi, denetimleri ve diğer hususlar ile ilgili usûl ve esasları düzenlemektir.

### 3.1.3.2. Özel Hastaneler Yönetmeliği

Özel Hastaneler Yönetmeliğın amacı; etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere, bütün özel hastanelerin tesis, hizmet ve personel standartlarının tespit edilmesine, (Değişik ibare:RG-21/10/2006-26326) sınıflandırılmasına, sınıflarının değiştirilmesine, amaca uygun olarak teşkilatlandırılmasına ve bunların açılmalarına, faaliyetlerine, kapanmalarına ve denetlenmelerine ilişkin usûl ve esasları düzenlemektir (md. 1).

28 Mayıs 2004 tarih ile 25475 sayılı RG' de yayınlanan "Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile yapılan değişikliğin 11. maddesinde: "Özel hastanelerin ruhsat başvurularının ve ruhsatlarındaki değişiklik istemlerinin dosya üzerinde ve yerinde incelenmesi ile bunların açılmaları, gruplandırılmaları, denetlenmeleri, değerlendirilmeleri ve kapatılmaları ile ilgili tavsiye kararları almak üzere Bakanlıkça bir Özel Hastaneler Teknik Komisyonu oluşturulur." ibaresine yer verilmiştir.

Bakanlık, gerekli gördüğünde, ruhsatlandırılmış özel hastanelerin yerinde incelenmesini ve değerlendirilmesini de bu Komisyondan isteyebilir.

### 3.1.3.3. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik

6 Temmuz 2005 tarih ve 25867 sayılı RG' de yayınlanan "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik" in amacı; birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını, çalışılan yer, kurum

ve statülerine göre öncelik sıralamasını, aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemini ve sayılarını, aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fiziki ve teknik şartları, meslek ilkelerini, iş tanımlarını, performans ve hizmet kalite standartlarını, hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şeklini ve içeriğini, diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini, kayıtların tutulmasını, çalışma ve denetime ilişkin sair usul ve esaslarını belirlemektir.” (md. 1)

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür. (md. 4)

Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. 4 üncü maddede sayılan görevlerin yerine getirilmesinde aile hekimi ile birlikte çalışır. (md. 5)

#### 3.1.3.4. Sosyal Güvenlik Kurumunca 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanuna Göre Kullanılacak Yetkilere İlişkin Yönetmelik

SGK alacakları olan primler, 27 Eylül 2008 tarih ve 27010 sayılı RG’ de yayınlanmıştır. Bu Yönetmeliğin amacı; 21/7/1953 tarihli ve 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunda belirtilen ve Maliye Bakanlığı ile diğer kamu kurum ve kuruluşları ve mercilerce kullanılan yetkilerin, süresi içinde ödenmeyen prim ve diğer alacakların korunmasında, takip ve tahsilinde Sosyal Güvenlik Kurumunca kullanılmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

### 3.1.3.5. 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik

Bu Yönetmeliğin amacı, 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanunda belirtilen aylıklardan yararlanabileceklerin müracaat şekli, hak sahipliğinin tespiti, kontrolü ve ödenmesine ilişkin usul ve esasları belirlemektir. (md. 1)

### 3.1.3.6. Hasta Hakları Yönetmeliği

01.08.1998 tarih, 23420 sayılı RG' de yayınlanan yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen "hasta hakları" nı somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır. (md. 1)

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulması şarttır:

a) Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulur.

b) Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.

c) Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.

d) Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.

e) Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.

f) Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz. (md. 5)

### 3.1.3.7. Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği

06.08.2000 tarih ve 24132 sayılı RG' de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Yönetmeliğin amacı; toplumu oluşturan kişilerin sağlık bilincini ve davranışını geliştirerek, sağlıklarını koruyabilir, sağlık hizmetlerine katılabilir, sağlık haklarını savunabilir hale getirmek üzere; halkın bilgilendirilmesi, Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatında görevli personelin halkın sağlık eğitimi konusunda bilgilerinin geliştirilmesi için uygulanacak eğitim faaliyetlerinin usul ve esaslarını belirlemektir. (md. 1)

### 3.1.4. Genelgeler

#### 3.1.4.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile İlgili Başbakanlık Genelgesi

26 Haziran 2008'de 26918 sayılı RG' de yayınlanan "Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu" ile İlgili Başbakanlık Genelgesi kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının, acil vakaların kabulü konusundaki kurallar belirlenmiş ve genelgenin bir kısmında şu ibareye yer verilmiştir. "Anayasa, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu, ilgili personel kanunları, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Sağlık Bakanlığınca yürürlüğe konulan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği ve diğer ilgili mevzuat hükümlerine göre, özel veya kamu ayrımı yapılmaksızın tüm sağlık kuruluşlarının acil durumlarda hastaya gereken tıbbi müdahaleleri yapmaları zorunludur."

### 3.1.4.2. Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Genelgesi

Bu genelge kapsamında sağlık hizmeti sunulacak kişiler iki ana başlıkta değerlendirilecektir. Birincisi; Sağlık Turizmi kapsamında sağlık hizmeti almak için yurtdışından ülkemizi tercih eden kişiler. İkincisi; ülkemize turizm amaçlı gelen turistlerin tatilleri esnasında yeni gelişen acil tedaviyi gerektiren Turistin Sağlığı kapsamında sağlık hizmetleri alacak kişiler.

Sağlık turizmi veya turistin sağlığı açısından potansiyel illerde tıbbi teknolojik donanımı, nitelikli ve uzman sağlık personeli, otelcilik hizmetleri ve hizmet kapasitesi yeterli olan bazı hastanelerimizin bünyesinde, il sağlık müdürlüklerinin talep etmesi ve Bakanlık uygun görüşü ile bir Yurtdışı Hasta Birimi kurulur. 4. Yurtdışı hasta birimi bulunan hastaneler veya yurtdışı hasta il koordinasyon merkezi bulunan il sağlık müdürlükleri, gerek görürler ise yurtdışına yönelik olarak bu hastanelerin ve sağlık hizmetlerinin tanıtım faaliyetlerini döner sermaye kaynaklarından yapar veya hizmet alım yoluyla yaptırır.

### 3.1.5. Yönergeler

#### 3.1.5.1. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi 2 Temmuz 2008 tarih ve 2011 sayılı Sağlık Bakanlığı onayı ile 1 Eylül 2008'den geçerli olmak üzere yürürlüğe konulmuştur. Yönerge'de sağlık hizmeti sunumunda hizmet kalitesini geliştirmek, sürekli gelişimi sağlamak amacıyla hizmet kalite standartları geliştirilmiş olup kurumlarımızdaki iyileştirmenin daha iyi seviyelere taşınması amacıyla yeni bir yönerge hazırlanmış bulunmaktadır. Yeni hazırlanan yönerge ile hastaya hizmet sunulan alanlarda sunulan hizmetlerin standardının yükseltilmesi ve devamlılığının sağlanması amaçlanmaktadır.



### 3.1.5.2. Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi 16 Şubat 2011 tarih ve 7465 sayılı Sağlık Bakanlığı onayı ile yürürlüğe konulmuştur. Yönerge'nin amacı; "Yönerge kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan hastaların tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının, sosyal hizmet mesleği ve disiplinin yöntem ve teknikleriyle zamanında çözümlenebilmesi için tıbbi sosyal hizmetin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve denetlenmesine ilişkin usul ve esasları belirleyerek tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının insan hakları, eşitlik ve sosyal adalet temelli bir anlayış ile etkili ve ulaşılabilir bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlamaktır".

### 3.1.6. Tebliğler

#### 3.1.6.1. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ-2007

22 Eylül 2007 tarih ve 26651 sayılı RG' de yayımlanan Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ'de aşağıdaki düzenlemeler yer almaktadır;

Referans fiyat: Referans ülkelerde ve/veya imal ve/veya ithal edildiği ülkelerde ruhsatlı ve piyasada satışı olan referans ürünün, fiyat beyan formunda beyan edilen iskonto hariç en düşük depocuya satış fiyatını,

Referans fiyat değişikliği: Referans ülkelerde beşeri ilaçların fiyatlarında meydana gelen düşüşleri (bütçe dengesini sağlamak amacıyla gerçekleştirilen iskonto uygulamaları sonucunda meydana gelebilecek geçici fiyat değişiklikleri ile ihalelerde oluşacak fiyatlar, ürün sınıflandırmasına ilişkin özel uygulamalar ve özel vergilendirme uygulamaları hariç),

Referans ülkeler: Bakanlar Kurulu'nun 2007/12325 sayılı Kararına istinaden AB üyeleri arasından her yıl Bakanlıkça belirlenecek en az beş en çok on ülkeyi, kapsamaktadır. (md. 2)

### 3.1.6.2. 2010 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği

25 Mart 2010 tarihli 27532 sayılı RG'nin mükerrer sayısında yayımlanan "2010 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği" sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsamaktadır. Tebliğin 3. maddesinde katılım payı alınacak hizmetler teker teker sayılmıştır: Buna göre;

Birinci basamak sağlık kuruluşlar ve aile hekimliği muayenelerinde 2TL, İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında 8 TL, Özel sağlık kurumlarında 15 TL, olarak belirlenmiştir. Tebliğ ile sağlık hizmet sunucularına ayrıntılı olarak yer verilmiştir.

5510 sayılı Kanun gereği sağlık hizmeti sunucuları Sağlık Bakanlığınca aşağıdaki şekilde basamaklandırılmıştır.

#### Sağlık Kuruluşları:

Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşu; Kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi ile Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler.

Birinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşu; İş yeri hekimleri, "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" kapsamında açılan özel poliklinikler, "Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları.

Serbest Eczaneler; 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren ve birinci basamak sağlık kuruluşu olan eczaneleri.

### Sağlık Kurumları:

İkinci Basamak Resmi Sağlık Kurumu; Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi.

İkinci Basamak Özel Sağlık Kurumu; “Özel Hastaneler Yönetmeliği” ne göre ruhsat almış hastaneler, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan tıp merkezleri ile “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” in geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleri.

Üçüncü Basamak Resmi Sağlık Kurumu; Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, Bezm-i Âlem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Sağlık Hizmet Sunumu Bakımından Basamaklandırılmayan Sağlık Kurumları/ Kuruluşları; Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığında ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri, Refik Saydam Hıfzıssıhha Laboratuvarları, Tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlar.

Sağlık Hizmet Sunumu Bakımından Basamaklandırılmayan Diğer Sağlık Hizmet Sunucuları; optisyenlik müesseseleri, tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri, kaplıcalar.

### 3.1.6.3. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği

23 Ekim 2008'de RG' de yayımlanan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'nin amacı; kapsama dâhil hak sahiplerinin sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ait ücretler ile tedavi yardımına ilişkin işlemlerde, kurumlar arası uygulama birliğinin sağlanması, sağlık hizmetlerinin ödeme kriterlerinin ve bunlara ilişkin esas ve usullerin tespit edilmesidir. (md. 1.1)

Bu tebliğ; 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 5234 sayılı Kanunla değişik 209 uncu maddesi, 178 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 10 uncu maddesine 5234 sayılı Kanunla eklenen (p) ve (r) bendleri, Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği ile kapsama dahil kişilerin tedavi yardımı sağlanmasına ilişkin ilgili diğer mevzuatları hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir (md. 1.3).

Reçete ile sağlık raporu ve ilaç yazım ilkeleri; İlaç bedellerinin kurumlar tarafından ödenebilmesi için, reçete yazımında ve rapor düzenlenmesinde aşağıda belirtilen hususlar uygulanacaktır (md. 12).

İlaç bedellerinin ödenmesi; Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak sağlanan tedaviler sonucu doğan ilaç bedellerinin tamamı hastanın kurumu tarafından ödenecektir. Ayakta veya evde yapılan tedavilerde kullanılan ilaç bedellerinden, eczane tarafından yapılan indirim ve %20 oranında hasta katılım payı düşüldükten sonra kalan tutarlar kurum tarafından ödenecektir. Hasta katılım payı, Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü tarafından tespit edilen esaslara göre ilgililerin maaşlarından kesilecektir (md. 16.1).

Enjeksiyon-röntgen-tahlil bedeli; Sağlık kurum ve kuruluşlarında yaptırılan tetkik, tahlil veya görüntüleme işlemlerine ilişkin bedellerinin Tebliğ eki fiyat tarifelerinde yer almaması halinde, bu bedeller kurumlar tarafından ödenmeyecektir. (md. 18)

### 3.1.7. Diğer

#### 3.1.7.1. Beşeri Tıbbi Ürünlerde Katma Değer Vergisi (KDV) Oranının %18'den %8'e Düşürülmesi

29 Şubat 2004 gün ve 25388 Sayılı RG' de yayımlanan 26 Şubat 2004 tarih ve 2004 / 6887 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile ilaçların %18 olan KDV oranı 1 Mart 2004'ten başlamak üzere %8'e düşürülmüştür (Bayram, 2011).

#### 3.1.7.2. Sağlık Hizmetlerinden Katılım Payı Alınmasına Yönelik Mevzuat

25 Ağustos 1999'da 4447 Sayılı Yasa ile 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Yasasında yapılan değişiklikle gelir ve aylık almakta olanlar ile aile üyelerinin ayakta yapılan tedavilerinde verilen ilaçlar ile ilişme, araç ve gereç bedellerinin % 10'unun kendilerince ödeneceği belirtilmiş; ancak ilişme, araç ve gereç bedelleri için alınacak katkı payının, ödeme tarihindeki 25.8.1971 tarihli ve 1475 sayılı İş Yasası'nın 33. maddesine göre sanayi kesiminde çalışan 16 yaşından büyük işçiler için uygulanan aylık asgari ücret tutarını geçemeyeceği öngörülmüştür (md. 36). Aynı yasayla yapılan eklemeye ilişme, araç ve gereç bedellerinin % 20'sinin aktif sigortalı tarafından ödeneceği (eş ve çocukları da kapsayan); alınacak katkı tutarının, ödeme tarihindeki 25.8.1971 tarihli ve 1475 Sayılı İş Yasası'nın 33. maddesine göre sanayi kesiminde çalışan 16 yaşından büyük işçiler için uygulanan aylık asgari ücretin 1,5 katından çok olamayacağı belirtilmiştir (md. 32 ve ek md. 32).

4447 Sayılı Yasa, RG' de 13956 sayı ile 14 Eylül 1971'de yayınlanarak yürürlüğe giren 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Yasasında (kısaca Bağ-Kur yasası) ek madde 13'te yapılan değişiklikle ayakta yapılan tedavilerde poliklinik muayene ücretinin ve verilen ilaç bedellerinin %20'sinin sigortalı ve hak sahipleri, %10'unun aylık alanlar ve hak sahiplerince karşılanacağı kuralını getirmiştir. Ayrıca aynı maddede iş kazası ve meslek hastalığı sonucu verilecek olanlar dışında ilişme, araç ve gereç bedellerinin %20'sinin sigortalı ve hak sahiplerince, %10'unun ise aylık alanlar ve hak sahiplerince ödeneceği; katkı payı tutarının sigortalılarda 1. gelir basamağının

1,5 katını, aylık alanlarda ise birinci gelir basamağının %65'ini geçemeyeceği belirtilmiştir.

5434 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasasına geçici 139. maddesine yapılan ekleme ile 1 Ocak 2000'de başlamak üzere emekli aylığı alanlar ve bakmakla yükümlü oldukları aile üyeleri ile dul ve yetim aylığı alanların; kullanılması sağlık raporu ile gerekli görülen ilişme, ortez ve tıbbi araç ve gereç bedellerinin %10'unu hak sahipleri olarak ödeyeceklerdir. Ancak ödeme tutarı, bu yasanın ek 19. maddesindeki aylıklardan çok olamayacaktır.

Resmi Gazete'de (23421 sayılı) 2 Ağustos 1998'de yayınlanan 4375 Sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Yasası, Devlet Memurları Yasası ve Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasası'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa'nın 4. maddesinde 19 Nisan 2000 tarihli 4565 Sayılı Yasa ile yapılan değişiklikle tedavi amacıyla yurt dışına gönderilenlerden yurt dışı tedavi giderlerinin % 4'ü oranında katılım payı alınacağı; alınacak katılım payının, hak sahiplerinin her türlü ödemelerini içeren net aylık veya ücretlerinin 3 katını geçemeyeceği belirtilmiştir (Bayram, 2011).

### 3.1.7.3. Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetlerinin Döner Sermaye Gelirleriyle Satın Alınması

657 Sayılı Yasa'nın 36. maddesinin "Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı" başlıklı alt maddesinde "Bu sınıf, sağlık hizmetlerinde (Hayvan sağlığı dâhil) mesleksel eğitim görerek yetişmiş olan hekim, diş hekimi, eczacı, veteriner hekim gibi memurlar ile bu hizmet alanında çalışan yüksek öğrenim görmüş fizikoterapist, tıp teknolojü, ebe, hemşire, sağlık memuru, sosyal hizmetler uzmanı, biyolog, psikolog, diyetisyen, sağlık mühendisi, sağlık fizikçisi, sağlık yöneticisi ile ebe ve hemşire, hemşire yardımcısı, (Fizik tedavi, laboratuvar, eczacı, diş, anestezi, röntgen teknisyenleri ve yardımcıları, çevre sağlığı ve toplum sağlığı teknisyeni dahil) sağlık savaş memuru, hayvan sağlık memuru vb. sağlık çalışanlarını kapsar." biçiminde tanımlanırken, 10 Temmuz 2003'te ek bir paragraf (10.07.2003 -4924 / 11 md.) sağlık hizmeti finansmanını yakından

ilgilendiren bir düzenlemeyi yüklenmiştir: “Bu sınıfa dahil çalışanlar tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, gerektiğinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenerek, SB’ce saptanacak ilke ve yöntemlere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir.” (Bayram, 2011).

#### 3.1.7.4. Kalkınma Planlarında Sağlık Konusu (1990- 2003)

#### 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1999-2005)

Temel amaç ve politikaları kapsamında yer alan 27. maddesinde “Sağlık hizmetleri etkili, sürekli ve kolay erişilebilir bir niteliğe kavuşturularak ülke sathına yaygınlaştırılacak, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilecektir.” ibaresi yer almıştır.

Sağlıkla ilgili hedeflere; “Plan dönemi sonunda; doğuşta hayatta kalma umudinin 68 yıla yükseltilmesi, bebek ölüm oranının binde 50,0’ın altına düşürülmesi, sağlık hizmeti talebi için başvuruların çoğunluğunun ilk basamak sağlık ünitelerince karşılanması ve 1011 kişiye bir hekim, 4845 kişiye bir diş hekimi, 3655 kişiye bir eczacı, 736 kişiye bir hemşire ve ebe, 2838 kişiye bir sağlık memuru ve teknisyeni düşmesi hedeflenmektedir (md. 783).” şeklinde değinilmiştir.

İlkeler ve Politikalar konusu ise aşağıdaki gibi maddelendirilmiştir.

Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak temel ilkedir. Bu amaçla sağlık ana planı hazırlanacaktır (md. 784).

Koruyucu sağlık hizmetlerine yaygınlık, süreklilik ve etkinlik kazandırılmasına öncelik verilecek, temel sağlık hizmetleri güçlendirilecektir (md. 785).

Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri etkinleştirilerek yaygınlaştırılacaktır (md. 786).

Sağlıklı yaşam Şartları üzerindeki olumlu etkileri göz önünde bulundurularak çevre sağlığının gelişmesini sağlayan, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önleyen temiz içme suyu, modern kanalizasyon gibi alt yapı yatırımları etkili bir Şekilde sürdürülecek; belediyelerin belirli standartlar dahilinde umumi tuvalet inşa etmeleri desteklenecektir; fiziksel, ekonomik ve sosyal çevreden kaynaklanan risk faktörlerinin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri azaltılarak halkın tedavi kurumlarına talebinin giderek azaltılması için gerekli tedbirler alınacaktır (md. 787).

Gıda kontrol hizmetlerini, ilaç, aşı, serum ve kan ürünlerinin üretimini, kalite kontrolünü, muhafazasını, dağıtım ve kullanımını etkinleştirecek düzenlemeler yapılacaktır (md. 788).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için kişi ve toplulukların sağlık bilincini geliştirecek eğitim faaliyetlerine ağırlık verilecektir (md. 789).

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında etkin bir işbirliği ve koordinasyon sağlanarak, yatak kullanımı dâhil sağlık hizmetlerinde rasyonellik artırılacak, hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesine, etkin İletişim ve bilgi-kayıt sistemleri kurulmasına imkân veren düzenlemeler yapılacaktır (md. 790).

Birinci basamak sağlık hizmet birimleri güçlendirilecek, bu kademedен başlayarak üniversite hastahanelerine kadar uzanan etkili bir hasta sevk sistemi kurularak İhtiyaçlar yerinde karşılanacak ve hastahanelerdeki gereksiz yığılmalar önlenecektir. Ayrıca, evde bakım hizmetleri geliştirilecektir (md. 791).

Özürlüler, yaşlılar ve akıl hastalarına yönelik tedavi ve iyileştirme hizmetleri geliştirilecek, mevcut hizmetlerin kapasitesi artırılacaktır (md. 792).

Sağlık alanında sağlık ekonomisi dâhil olmak üzere etkin bir insan gücü planlanansı yapılacaktır. Sağlık personelinin ve sağlık alt yapısının yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak üzere müessir tedbir alılacaktır (md. 793).



Tıp Eğitimi müfredat programlarında ve hekim istihdam politikalarında pratisyen hekimliği özendirici düzenlemeler yapılacak, uzman açığı bulunan tıp dallarında uzmanlaşma teşvik edilecektir. Serbest çalışanlar da dâhil bütün sağlık insan gücünün hizmetimi ve sürekli eğitimleri sisteme bağlanacaktır (md. 794).

Sağlık alanında bilimsel araştırma faaliyetleri ile gelişme gösteren yeni tıp dalları ve modern tıp teknolojisinin izlenmesi için gerekli destekler sağlanacaktır (md. 795).

Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi esas alınacak ve hizmet talebinin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanmasına devam edilecektir (md. 796).

Yönetim, kaynak ve norm birliği sağlanarak sağlık sigortasının kapsamı genişletilecektir (md. 797).

Bakım ve onarım hizmetlerinin geliştirilmesi için sağlık kuruluşlarındaki biyomedikal mühendislik hizmetleri etkinleştirilecektir (md. 798).

Ülke şartlarına uygun ve fonksiyonel sağlık yapıları için tıp projeler geliştirilecektir (md. 799).

Sağlık mevzuatı günün şartlarına göre yeniden düzenlenecektir (md. 800).

Avrupa Topluğu başlığı altındaki sağlık konulu 77. maddede aşağıdaki unsurlar yer verilmiştir.

- Daha sağlıklı bir topluma ulaşılması ve hastalıklara karşı korunması amacıyla, aşı kampanyaları dâhil, koruyucu sağlık hizmetlerine yaygınlık, süreklilik ve etkinlik kazandırılmasına öncelik verilecek; temel sağlık hizmetleri güçlendirilecektir.

- Fiziksel, ekonomik ve sosyal çevredeki risk faktörlerinin İnsan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak ve fertlere sağlık bilinci kazandırmak için çalışmalar sürdürülecektir.

- Sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında etkin bir işbirliği ve koordinasyon sağlanarak yatak kullanımı dâhil sağlık hizmetlerinde rasyonellik artırılacaktır.

- Birinci kademe sağlık hizmetlerinden başlanarak üniversite hastanelerine kadar uzanan hasta sevk sistemi kurulacak; yataklı tedavi kurumlarındaki yığılma önlenecektir.

- Sağlık hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesine, modernizasyonuna, etkin iletişim ve bilgi-kayıt sistemleri kurulmasına imkân veren düzenlemeler yapılacaktır.

- Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi esas alınacak ve hizmet talebinin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanmasına devam edilecektir.

Genel sağlık sigortasına geçiş konusunda çalışmalara devam edilecektir (DPT, 1989).

## 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)

Sağlık sisteminde önceden yapılan planlara dair eleştiriler Sosyal Gelişmeler başlığı altında ele alınmış ve şu şekilde maddelendirilmiştir;

- Sağlık hizmeti veren çok sayıdaki kamu kuruluşu arasında etkili koordinasyon ve işbölümü sağlanamaması, hizmet birimlerinin belirli nüfus gruplarına yönelik olarak ayrı ayrı örgütlenmesi, fiziki, mali ve beşeri kaynakların kullanılmasında verimsizliğe ve atıl kapasiteye yol açmaktadır (DPT, 1995).

- Temel sağlık hizmetlerine yeterli öncelik verilememiş, gerekli olan altyapı ve insangücü eksiklikleri giderilememiş ve daha çok kaynak tüketen yataklı tedavi hizmetlerine yönelinmiştir.

- Çağdaş işletmecilik esasına göre yönetilmemesi, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan idari ve mali özerkliğe sahip kuruluşlara dönüştürülemediği olması ve rekabete açık olmaması nedeniyle hastanelerden beklenen fayda elde edilememektedir. Etkili bir hasta sevk sisteminin kurulamamış olması hastanelere gereksiz hasta yığılmalarına yol açmaktadır.

- Sağlık sektöründe beşeri kaynaklar etkili kullanılamamış, çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tam olarak belirlenmemiş, sağlık insangücünün mesleki, fonksiyonel ve coğrafi açıdan dengeli dağılımı sağlanamamıştır.

- Sağlık sigortası bütün nüfusu kapsayacak şekilde genişletilememiş ve mevcut sigorta uygulamaları arasında norm ve standart birliği sağlanamamıştır (DPT, 1995).

Mevcut durum analizleri yapıldıktan sonra sağlık reformu başlığı altında aşağıdaki düzenlemelere yer verilmiştir.

- VI' ncı Plan döneminde, toplumun genel sağlık düzeyinde iyileşme sağlanmış, 1989'da doğuştan hayatta kalma ümidi 66 yıldan 1994'de 67,7 yıla yükselmiş ve 0-1 yaş arası bebek ölüm hızı aynı dönemde binde 62,2'den binde 46,8'e düşmüştür.

- Sağlık hizmeti sunumunda kamu kesiminin ağırlığı devam etmiştir. Hasta yataklarının yüzde 95'i, koruyucu sağlık hizmet birimlerinin ise tamamı kamu kesimine aittir. Uzman hekimlerin yüzde 76'sı, pratisyen hekimlerin yüzde 96'sı, diş hekimlerinin yüzde 33'ü ve hemşirelerin yüzde 98'i kamuda istihdam edilmektedir (DPT, 1995).

- Sağlık alanında kaynakların etkili kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin artırılması amacıyla, sistemin

finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutu itibariyle yeniden yapılandırılması ihtiyacı devam etmektedir.

- Sağlık politikalarının uygulanmasında sürekliliğin sağlanamaması, alınan kararların ve çıkarılan yasaların zamanında uygulamaya geçirilememesi sağlık hizmetlerinin gelişmesinde engelleyici bir faktör olmaktadır.

- Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu ve özel kesimde birbirinden ayrı ve bağımsız çalışan kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Ancak, kamu kuruluşları arasında etkili bir işbölümü ve koordinasyonun sağlanamamış olması, bu kuruluşların farklı nüfus gruplarına yönelik olmaları, kuruluşların yatırım ve hizmet sunumlarında çakışmalara, kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır (DPT, 1995).

- Başta Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu olmak üzere, kamu sağlık kuruluşlarında hizmetin sunumu ile finansmanının bir arada bulunması, hizmetin planlanması ve uygulanmasında sorun yaratmakta ve denetim mekanizmasının etkili şekilde işletilmesini engellemektedir.

- Sağlık hizmeti sunan kurumların merkez örgütlerindeki birimler, hem programların geliştirilmesi ile ilgili teknik konuları, hem de programların yürütülmesi ile ilgili günlük işleri bir arada yapmaktadır. Planlama ve icra birimlerinin bir arada oluşu, program geliştirmeye ayrılan süreyi azaltmakta ve bu birimler teknik görevlerini yerine getirememektedirler.

- Sağlık alanına ayrılan kaynaklar yeterli olmamakla birlikte, kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, rasyonel olmayan yatırımlar, makine ve teçhizat eksiklikleri ve istihdam politikasındaki yanlışlıklardan dolayı mevcut kaynaklar da etkili kullanılamamaktadır. Bazı yerlerde kapasite yetersiz kalırken, bazı yerlerde de atıl kapasite söz konusu olmaktadır (DPT, 1995).

- Daha az kaynak kullanarak sağlıklı bir topluma ulaşmayı sağlayan, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, aşılama, çevre sağlığı gibi koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan birinci basamak hizmetlerini kapsayan temel

sağlık hizmetlerine yeterli öncelik verilememiş, daha çok kaynak tüketen yataklı tedavi hizmetlerine yönelmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri için yalnızca Sağlık Bakanlığı imkânları kullanılmış, diğer kuruluşlar bu amaç doğrultusunda yönlendirilememiştir.

- Temel sağlık hizmetleri ülke ihtiyacına cevap verecek şekilde yeterince geliştirilememiş, 224 sayılı Kanun'la getirilen düzenleme kırsal alanda sağlık evleri ve sağlık ocaklarında gereken insangücü ve donanım ihtiyacının yeterince karşılanmaması nedeniyle uygulamada yetersiz kalmış, hızlı nüfus artışı ve göçler nedeniyle kalabalıklaşan kentlerde çeşitlenen sağlık sorunlarının giderilmesine yönelik örgütlenme oluşturulamamıştır. Diğer taraftan, birinci basamakta dar bölgede çok yönlü sağlık hizmeti verme anlayışına rağmen, gerek Sağlık Bakanlığı gerekse diğer kamu kuruluşlarında aynı amaca yönelik sağlık hizmeti birimleri kurulmuştur. Bunun sonucu olarak entegre hizmet sunumu gerçekleştirilememiştir (DPT, 1995).

- Birinci basamaktan başlayarak referans hastanelerine dek uzanan ve bütün hizmet kademelerini kapsayan etkili bir hasta sevk sistemi kurulamamıştır. Bu durum, hizmet talebinin yanlış yerlere yönelmesine, hasta dolaşımının artmasına, kent merkezlerinde ve özellikle büyük hastanelerde aşırı yığılmalara, sağlık insangücünün büyük merkezlerde toplanmasına ve birim maliyetlerin gereksiz yere artmasına neden olmuştur.

- Yataklı tedavi kurumlarının çağdaş işletmecilik esaslarına göre verimli ve etkili bir şekilde yönetilmemesi, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayamaması, rekabete açık olmaması, idari ve mali özerkliğe sahip kuruluşlara dönüştürülemediği olması, bu kuruluşlardan beklenen faydanın elde edilememesine yol açmaktadır.

- Sağlık insangücünün görev tanımlarının kesin olarak yapılmamış olması, çağdaş denetim tekniklerinin ve hizmet içi eğitime yönelik denetimin eksikliği, personel atamalarında liyakat ve kariyer sistemi uygulanmaması, hekimlerin kamu sağlık kuruluşlarında tam süre çalışmaması hizmetin verimliliğini ve maliyetini olumsuz yönde etkilemektedir (DPT, 1995).

- Maliyet muhasebesi tekniklerinin kullanılmamasından dolayı, sağlık hizmetlerinde bütün gider unsurları maliyetlere yansıtılmamaktadır. Sunulan hizmetin fiyatlandırılmasında gerçek maliyetler yeterince dikkate alınmamakta ve hizmetin bedelinin ancak bir kısmı kullanıcıdan veya bağlı olduğu sigorta kurumundan alınmaktadır. Sübvansiyon edilmiş olan hizmetlerden sadece ihtiyacı olan değil, gelir düzeyine bakılmaksızın herkes aynı ücreti ödemek suretiyle yararlanabilmektedir. Kurumlara sağlanan ve seçici olmayan bu sübvansiyon uygulamasıyla kaynaklar yanlış yönlendirilmekte, asıl ihtiyacı olanlara doğrudan sübvansiyon sağlanamamaktadır (DPT, 1995).

- Sağlık mevzuatının güncelleştirilmesi ihtiyacı devam etmekte olup, finansman, hizmet sunumu, personel politikaları, yönetim yapısı, toplum sağlığının korunması konularında yasal düzenlemeler yapılmamıştır.

- Hizmet kademeleri arasında doğru ve hızlı bilgi akışının yetersizliği yönetimlerin sağlıklı karar almalarını olumsuz yönde etkilemektedir.

- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesiyle ilgili olarak her düzeyde toplum katılımına ilişkin mekanizmalar kurulamamış ve işletilememiştir.

- Dengesiz ve yetersiz beslenmeye bağlı olarak görülen çeşitli sağlık sorunları önemini korumaktadır.

- Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına duyulan ihtiyaç devam etmektedir.

- Sağlık insan gücü sayısındaki önemli gelişmelere rağmen, istihdam ve yurt düzeyinde dağılımı ile ilgili sorunlar devam etmektedir. Bazı tıp dallarındaki uzman hekim açığı kapatılamamıştır. Hekimlerin yüzde 48,5'i üç büyük ilde bulunmaktadır. 1994 yılında hekim başına düşen nüfus 954 kişiye inmiştir. 1995 yılı Mart ayı itibariyle Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü hizmet birimlerinde 3.055 pratisyen hekim, 2.636 uzman hekim ve 136 diş hekimi kadrosu boş bulunmaktadır (DPT, 1995).

- Tıp fakülteleri hastanelerinin asıl görevleri olan eğitim ve bilimsel araştırma ağırlıklı faaliyetler yerine, genel sağlık hizmeti verme eğilimleri devam etmektedir. Bu durum, eğitim ve öğretim hizmetlerinin aksamasına ve hizmet maliyetinin yükselmesine yol açmaktadır.

- Hasta yatağı toplam sayısı 1994 yılı itibariyle 150.565'e yükselmiş olmakla birlikte, yurt düzeyindeki dağılımı dengesizdir. Toplam yatakların yüzde 37'si ülke nüfusunun yüzde 24,4'ünün bulunduğu üç büyük ildir. Hasta yatağı başına düşen nüfus 1994 yılında 406 olmuştur. Mevcut yatakların kullanım oranı yüzde 58 ile düşük bir seviyede iken, bu oran 50 yatağın altındaki ilçe hastanelerinde yanlış yer seçimi, insan gücü ve makina-teçhizat eksiklikleri, toplumun hizmet kullanım alışkanlıkları gibi nedenlerle yüzde 35'in de altına inmektedir. Özellikle son yıllarda ilçe hastanesi yapımında nüfus kriteri göz ardı edilmiş ve bazı ilçelerde gereksiz kapasite yaratılmıştır (DPT, 1995).

- Toplam sağlık harcamalarının 1989 yılında yüzde 3,4 olan GSMH içindeki payının 1994 yılında yüzde 4'e, sağlık harcamaları içindeki kamu payının da aynı dönemde yüzde 58,5'den yüzde 64,7'ye çıktığı tahmin edilmektedir.

- 1993'de sağlık hizmetleri açısından sigorta kapsamındaki nüfusun oranı yüzde 60,1'e yükselmiştir. Yeşil Kart uygulaması çerçevesinde 1994 sonu itibariyle 3,7 milyon kişi yataklı tedavi hizmetleri açısından güvenceye kavuşturulmuştur.

- Temel sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlerin ulaşılabilirliğini artırarak halkın sağlık düzeyini yükseltmek, sağlık hizmet sunumunda etkililik ve verimliliği artırmak ve Sağlık Bakanlığı'nın yönetim kapasitesini güçlendirmek amacıyla 1990 yılında sekiz ilde Birinci Sağlık Projesi, 1994 yılında da Kalkınmada Öncelikli 23 ilde İkinci Sağlık Projesi uygulamaya konulmuştur (DPT, 1995).

- Benzer hizmetlerin aynı nüfus grubuna farklı hizmet birimleri ile sunulmasını önleyici sade bir örgütlenmeye gidilecek, aynı hizmeti veren değişik temel sağlık hizmet birimleri bütünleşmiş edilmiş sağlık hizmeti sunan tek tip bir kurumsal yapıya dönüştürülecektir. Kırsal kesimdeki sağlık evi, sağlık ocağı modeli sürerken, kentlerde küçük nüfus esasına dayalı aile hekimliği sistemi

oluşturulacaktır. Nüfus yoğunluğunun fazla olduğu kentsel kesimlerde semt polikliniği uygulaması yaygınlaştırılacaktır. Bu kapsamda gerekli yasal düzenlemeler yapılacaktır.

- Sağlık grup başkanlıkları kaldırılarak, ilçe sağlık müdürlükleri kurulacak, illerde ve büyük ilçelerde nüfus büyüklüğüne göre eğitim sağlık ocakları oluşturulacak, mevcut ana- çocuk sağlığı merkezleri bu amaçla kullanılacaktır.

- Sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşlarının rasyonel planlama yapabilmeleri, etkili hizmet sunumu ve denetimi gerçekleştirebilmeleri için bu kuruluşlarda hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacaktır.

- Sağlık Bakanlığı halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacak, doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolü giderek azaltılacaktır.

- Sağlık hizmetlerinde merkezi idarelerin görev, yetki ve sorumlulukları azaltılacak, il sağlık idarelerinin görev, yetki ve sorumlulukları yeniden belirlenecektir. Hizmetin sunulmasında yerel yönetimlerin rolü artırılacaktır (DPT, 1995).

- Sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımı sağlanacaktır.

- Sağlık alanına daha fazla kaynak ayrılacak, etkili bir koordinasyon ve işbirliği sağlanmak suretiyle mevcut kaynaklar daha verimli kullanılacaktır. Kamusal kaynaklar öncelikle maliyet etkililiği yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilecektir.

- Birinci basamakta hizmet sunan birimlerin insan gücü ve altyapı imkânları iyileştirilerek temel sağlık hizmetleri güçlendirilecektir, bu çerçevede bulaşıcı hastalıklarla mücadele, ruh sağlığı, okul sağlığı, zararlı alışkanlıklardan korunma, ağız ve diş sağlığı, yaşlı sağlığı, özürülülerin sağlık bakımı, evde bakım hizmetleri,



sağlık ve beslenme eğitimi hizmetlerine yönelik programlar geliştirilecektir (DPT, 1995).

- İnsan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olan çevresel risk faktörlerinin azaltılması için sektörler arasında işbirliği programı geliştirilecektir.

- Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi referans hizmet verebilecek bir ulusal laboratuvar haline getirilecektir.

- Bütün hizmet kademelerini kapsayan bir hasta sevk sistemi kurulacak ve bu çerçevede bireye hekim ve hastane seçme imkanı getirilecektir.

- Daha kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunulabilmesi için hastaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturulacak, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetim yapıları güçlendirilecek, bu çerçevede gerekli yasal düzenlemeler yapılacaktır.

- Hastanelerde maliyet muhasebesi teknikleri kullanılarak bütün gider unsurları maliyetlere yansıtılacak, gerçek maliyetlere dayalı fiyatlandırmaya gidilecektir. Bu şekilde, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan ve piyasa koşullarında çalışan hastanelerden kamu sübvansiyonu kademeli olarak kaldırılacaktır (DPT, 1995).

- Sağlık insangücünün bölgeler arası ve kır-kent düzeyinde dağılımı ile meslekler ve meslek içi ihtisas alanları itibariyle dağılımının dengeli hale getirilmesi amacıyla etkili insangücü planlaması yapılacaktır. İş yükü esasına dayalı kadro standartları geliştirilecek, meslek gruplarının görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenecek ve personelin dengeli dağılımını sağlayacak bir ücretlendirme sistemine geçilecektir.

- Hizmet kademeleri arasında gerçekçi ve doğru bilgi akışının sağlanması amacıyla bir sağlık enformasyon sistemi geliştirilecek, bireylerin sağlık sicillerinin yer aldığı tek tip kayıt sistemi oluşturulacaktır.

- Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu, personel politikaları, yönetim yapısı, toplum sağlığının korunması konularını kapsayan yeni yasal düzenlemeler yapılacak ve mevcut mevzuat güncelleştirilecektir.

- Kan ürünleri, aşı ve serum üretimindeki sorunları giderici ve rasyonel ilaç kullanımını düzenleyici politikalara öncelik verilecektir.

- Sağlık alanında bilimsel araştırma ve geliştirme faaliyetleri teşvik edilecektir.

- Sağlık teknolojisi kullanımında kalite güvencesi programları uygulanacak, tüm cihazlar belirli sürelerle kalibrasyona tabi tutulacak, biyomedikal hizmetler için gerekli olan fiziki altyapı oluşturulacak ve ihtiyaç duyulan insan gücünün yetiştirilmesine öncelik verilecektir.

- Ülke şartlarına uygun ve fonksiyonel sağlık yapısı tip projeleri geliştirilecek, inşaat kalitesinin yüksek olmasına önem verilecektir.

- Özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetleri özendirilecektir (DPT, 1995).

Hukuki ve Kurumsal Düzenlemeler;

- Bireylerin yaşamlarını sağlıklı sürdürebilmeleri için, kamu sağlığının korunmasını, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ve bunların sunumundaki temel esasların belirlenmesi ve sağlık alanındaki mesleklerle ilgili hususların düzenlenmesini sağlamak amacıyla Temel Sağlık Kanunu çıkarılacaktır.

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık evi, sağlık ocağı, kamu sağlık merkezi ve benzeri birimler ile aile hekimliği hizmet birimlerinde etkili, kaliteli ve verimli sunumunu sağlamak ve bu çerçevede sağlık teşkilatının il ve ilçe düzeyinde kuruluş, işleyiş, hizmet sunumu ve kullanımı yönünden düzenlenmesi amacıyla Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Hakkında Kanun çıkarılacaktır (DPT, 1995).

- İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yüksek kaliteli, etkili, verimli ve bireylerin erişebileceği bir şekilde sunumunu sağlamak için, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk işletmeler haline dönüşebilmeleri ve bu kapsamda kuruluş, işleyiş, hizmet sunumu ve kullanımı ile ilgili temel esasları düzenlemek amacıyla TBMM'ye sunulmuş olan Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu çıkarılacaktır.

- Sağlık güvencesi ve sağlık sigortası yardımlarından yararlanma hakkı olmayanların sağlık güvencelerini sağlamak, genel sağlık sigortasına geçişi ve mevcut sosyal sağlık sigortaları uygulamalarının genel sağlık sigortası sistemi çerçevesinde bütünleştirilerek tek bir kurum tarafından yürütülmesini sağlamak amacıyla TBMM'ye sunulmuş olan Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyişi Kanunu çıkarılacaktır.

- Tıbbın Türkiye'de tanınan uzmanlık dallarını ve bunlarda uzman olmak için gerekli şartlar ile tıpta uzmanlık eğitiminin ve uzmanlık yetkisinin usul ve esaslarını tespit etmek amacıyla Tababet Uzmanlık Tüzüğü yeniden düzenlenecek, bu çerçevede 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da gerekli değişiklikler yapılacaktır.

- Toplumda bireylerin yaşamlarının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamaya yönelik düzenlemeleri gerçekleştirebilmek, Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan tedavi hizmeti sunan, hastane işleten ve personel istihdam eden bir yapı yerine, politika, standart ve norm belirleyen, sağlık alanını düzenleyen, denetleyen ve koruyucu sağlık hizmetleri sunan bir yapıya kavuşturulması amacıyla Sağlık Bakanlığı Görev ve Teşkilatı Kanunu çıkarılacak, bu çerçevede 181 ve 210 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamelerde gerekli düzenlemeler yapılacaktır (DPT, 1995).

Sosyal Güvenlik Reformu;

a) Mevcut Durum

Sosyal güvenlik kurumlarının temel hizmetleri arasında olmayan sağlık hizmeti üretiminin bu kurumlarca gerçekleştirilmesi pahalı ve ihtisas gerektiren bir

alanda verimsiz bir işletmeciliğe dönüşmüştür. Sağlık hizmetlerinin, belli bir politikaya bağlı olmaksızın çok çeşitli kurum ve kuruluş tarafından üretilmesi, hizmet kalitesinin denetimini güçleştirmekte, maliyetler artmakta, standart farklılıkları oluşmakta ve kaynaklar israf edilmektedir (DPT, 1995).

#### b) Amaçlar, İlkeler ve Politikalar

Sosyal güvenlik kurumlarınca sağlanan sağlık hizmetleri satın alma yoluyla temin edilecek, hastaneler verimlilik ve karlılık anlayışıyla çalışabilecek bir yapıya kavuşturulacaktır. Böylece sigortalılar hastane ve hekim seçebilme özgürlüğüne kavuşacaklardır (DPT, 1995).

#### c) Hukuki ve Kurumsal Düzenlemeler

Genel Sağlık Sigortası, İşsizlik Sigortası, Aile Yardımları Sigortası Kanunları ve hizmeti verecek kurumlarla ilgili yasal düzenlemeler yapılacaktır. Sosyal güvenlik kurumlarının sağlık hizmetlerini Genel Sağlık Sigortası Kurumuna devredinceye kadar geçecek sürede sağlık hizmetlerini satın almalarına ilişkin yasal düzenlemeler yapılacaktır (DPT, 1995).

### 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)

Planın ilk bölümünde Dünyada Gelişmeler ve Türkiye başlığı adı altında aşağıdaki maddelere yer verilmiştir.

#### a) Sosyal ve Kültürel Alanda Sağlanan Gelişmeler

- 1995-2000 döneminde hasta yatağı sayısının 150.565'den 170.000'e, hekim sayısının 69.349'dan 80.900'e ve hemşire sayısının 64.243'den 71.000'e ulaşacağı, 2000 yılı itibarıyla 807 kişiye bir hekim, 384 kişiye bir hasta yatağı

düşeceği tahmin edilmektedir. Aynı dönemde bebek ölüm oranı binde 43,1 düzeyinden binde 35,3'e düşmüştür (md. 112).

- Sağlık altyapısı ve sağlık insan gücünde önemli gelişmeler sağlanmış olmakla birlikte, sağlık insan gücünün ve altyapısının yurt düzeyine dengesiz dağılımı, kuruluşlar ve hizmet basamakları arasındaki koordinasyon ve işbirliği eksikliği devam etmektedir (md. 114).

- Koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilememiş ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleriyle birlikte yaygın, sürekli ve etkili sunulması sağlanamamıştır (md. 115).

- Hizmet kademeleri arasında etkin bir hasta sevk sistemi kurulamamış, aile hekimliği uygulamasına geçilememiş, sigorta kapsamındaki kişilere hekim ve hastane seçme hakkı sağlanamamıştır. Hastaneler idari ve mali özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kavuşturulamamış, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmeleri sağlanamamıştır (md. 116) (DPT, 2000).

#### b) Uzun Vadeli Gelişmenin Temel Amaçları ve Stratejisi (2001-2023)

Toplam özel sektör yatırımları içinde eğitim, sağlık, haberleşme ve enerji yatırımlarının payının dönem boyunca, özellikle 2010 yılı sonrasında artacağı, imalat sanayii yatırımlarının payında ise belirgin bir değişme olmayacağı tahmin edilmektedir (md. 178) (DPT, 2000).

#### c) Temel Amaç, İlke Ve Politikaları

Sağlık hizmetleri, eşitlik ve hakkaniyet içinde halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun bir yapıya kavuşturulacaktır (md. 187)(DPT, 2000).

#### d) Makroekonomik Politikalar

Emeklilik ve sağlık sigortası hesapları ve hizmetleri birbirinden ayrılacak, sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine çalışılacaktır (md. 215).

Sağlık harcamalarının kontrolü amacıyla, usulsüzlük yapanlara yönelik yaptırımların caydırıcılığı artırılacaktır (md. 217) (DPT, 2000).

e) Yatırımlar ve Tasarruflar

Plan döneminde, kamu yatırım harcamalarının eğitim, enerji ve sağlık sektörlerinde yoğunlaşması öngörülmektedir. VII. Plan döneminde 100 kabul edilen kamu yatırım reel endeksinin VIII. Plan döneminde eğitimde 243,6'ya, enerjide 241,5'e ve sağlıkta 181,4'e yükselmesi hedeflenmektedir (md. 302).

f) Sosyal ve Ekonomik Sektörlerle İlgili Gelişme Hedef ve Politikaları

- Bebek ölüm hızında gerileme olmuş ve doğuşta hayatta kalma ümidi 69,1 yıla yükselmiştir. Hekim başına düşen nüfus 807, yatak başına düşen nüfus ise 384 olarak gerçekleşmiştir. Ancak, sağlık hizmetleri insan gücünün ve altyapısının artırılması ihtiyacı, dengesiz dağılım ve kuruluşlar ve hizmet basamakları arasındaki koordinasyon ve işbirliği eksikliği devam etmektedir (md. 599).

- Sosyal güvenlik kapsamındaki nüfus yüzde 91'e, sağlık sigortası kapsamındaki nüfus yüzde 86,4'e ulaşmıştır. Sağlık sigortası güvencesine sahip olmayan yoksul kişilere yeşil kart verilmesi uygulamasına devam edilmiş ve bu çerçevede 8,7 milyon kişi sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanma imkânına kavuşturulmuştur (md. 600) (DPT,2000).

g) İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi

Mevcut Durum;

- 1995 yılında binde 43,1 olan bebek ölüm hızı 2000 yılında binde 35,3'e düşmüş, aynı dönemde doğuşta hayatta kalma ümidi 68 yıldan 69,1 yıla yükselmiştir (md. 708).

- 2000 yılı sonu itibarıyla hastane sayısının 1.220'ye, sağlık ocağı sayısının 5.700'e, sağlık evi sayısının 13.500'e ulaşması beklenmekte, 807 kişiye bir hekim, 384 kişiye bir hasta yatağı düşeceği tahmin edilmektedir. 1999 yılı itibarıyla hasta yataklarının yüzde 38'i, hekimlerin ise yüzde 40'ı nüfusun yüzde 25,6'sının yaşadığı üç büyük il'de bulunmaktadır. Ülke genelinde yatak kullanım oranı yüzde 59'dur. Özellikle ilçe hastanelerinde yatak kullanım oranı yüzde 25'in altında kalırken büyük illere hasta akını devam etmektedir (md. 709).

- Sağlık insan gücünün ve altyapısının yurt düzeyine dengesiz dağılımı, kuruluşlar ve hizmet basamakları arasındaki koordinasyon ve işbirliği eksikliği devam etmektedir (md. 710).

- 1999 yılı sonu itibarıyla sağlık sigortası kapsamındaki nüfusun oranı yüzde 86,4'e ulaşmıştır. Yeşil Kart verilme suretiyle 8,7 milyon kişi, yataklı tedavi hizmetinden yararlanma güvencesine kavuşturulmuştur (md. 711).

- Koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilememiş ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleriyle birlikte yaygın, sürekli ve etkili sunulması sağlanamamıştır (md. 712).

- Hızlı kentleşmeyle birlikte artan kentli nüfusun birinci basamak sağlık hizmeti talebini karşılayacak etkin bir model geliştirilememiş ve aile hekimliği uygulamasına geçilememiştir (md. 713).

- Hizmet kademeleri arasında etkin bir hasta sevk sistemi kurulamamış, sigorta kapsamındaki kişilere hekim ve hastane seçme hakkı sağlanamamıştır (md. 714).

- Hastaneler idari ve mali özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kavuşturulamamış, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmeleri sağlanamamıştır (md. 715) (DPT, 2000).

- Sağlık alanına daha fazla kaynak ayrılması, mevcut kaynakların daha etkili ve verimli kullanılması, kaynakların öncelikle maliyet etkililiği yüksek olan

koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi ihtiyacı önemini korumaktadır(md. 716).

- Çevresel risk faktörlerinin azaltılması için sektörler arasında işbirliği programları geliştirilememiş ve çevre sağlığı hizmetleri yeterince güçlendirilememiştir(md. 717).

- Trafik kazaları sonucu ortaya çıkan sağlık ve ekonomik kayıplar önemini korumaktadır(md. 718).

- Ülke sathında acil ve ilkyardım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, mobil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, yönetim ve koordinasyon merkezinin oluşturulması ihtiyacı devam etmektedir (md. 719).

- Sağlık Bakanlığı hastanelerinin insan gücü ve altyapı imkânlarından daha iyi yararlanılması amacıyla 13 ilde 23 hastanede vardiya uygulaması başlatılmıştır (md. 720).

- Kamu kesimine ait hastanelerde yarı zamanlı çalışma statüsü uygulanması, insan gücü ve altyapı imkânlarından yeterince yararlanılamamasına ve tıp eğitiminin olumsuz etkilenmesine yol açmıştır (md. 721).

- 1994-1995 öğretim yılında 25 olan tıp fakültelerinin sayısı, 1998- 1999 öğretim yılında 46'ya yükselirken, aynı dönemde yeni kayıt olan öğrenci sayısı 5.087'den 4.514'e düşmüştür. Bu durum, gelişmiş tıp fakültelerinin öğrenci kontenjanlarını azaltmasından kaynaklanmıştır. Yeni tıp fakülteleri kurulması yerine mevcut tıp fakültelerinin eğitim, araştırma, insan gücü ve altyapı bakımından güçlendirilerek yeni kayıt olan öğrenci kontenjanlarında azalmanın önlenmesi ve etkili bir insan gücü planlaması yapılması ihtiyacı önemini korumaktadır (md. 722).

- 1999 yılı sonu itibarıyla toplam yatak sayısı içinde özel sektörün payı yüzde 6,8 olmuştur. Özel sektör daha çok poliklinik, laboratuar ve teşhis merkezi ağırlıklı hizmet vermektedir (md. 723) (DPT, 2000).



## Amaçlar, İlkeler ve Politikalar;

- Toplumsal gelişmenin temel bir unsuru olarak bireylerin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halinde olmasının sağlanması, yaşam kalitesinin ve süresinin yükseltilerek sağlıklı bir topluma ulaşılması esastır (md. 724).

- Sağlık hizmetleri; eşitlik ve hakkaniyet içinde, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, ulaşılabilir, verimli bir şekilde, bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıklarını azaltıcı, çağdaş yaşamın gerekleriyle uyumlu, hasta haklarına saygılı bir şekilde sunulacaktır (md. 725).

- Bireylerin ve ailelerin kendi sağlıklarını koruma ve geliştirme çabaları, sağlıklı yaşam, tutum ve davranışları ile sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini teşvik eden sosyal ve kültürel değerlerin güçlü bir toplumsal değer haline gelmesi desteklenecektir (md. 726).

- Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve kaynak tahsisinde maliyet-etkili hizmetlere öncelik verilecektir. Koruyucu sağlık hizmetleri sunumu, birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle bütünleşmiş edilerek etkinleştirilecek ve ilköğretim okullarından başlamak üzere her seviyede sağlık eğitimi programları geliştirilecektir (md. 727).

- Bebek ve çocukların yaşama sağlıklı başlama, ergen ve gençlerin sağlıklarını koruma, geliştirme bilgi ve becerisine sahip olmaları, kişilerin özürlülüğten ve hastalıktan uzak yaşam süresinin artırılması ve kalitesinin yükseltilmesi, özellikle yaşlıların yaşamsal faaliyetlerini yardıma muhtaç olmadan sürdürebilmeleri ve topluma katkılarının devamı sağlanacaktır (md. 728).

- Toplumun sağlık durumunun korunması ve iyileştirilmesi amacıyla sektörler arasında işbirliği ve koordinasyon temin edilecektir (md. 729) (DPT, 2000).

- Sağlık hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılacak, herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma hakkı sağlanacaktır (md. 730).

- Sağlık hizmeti basamakları arasında etkin işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirilecektir (md. 731).

- Kentsel kesim birinci basamak sağlık hizmet kapasitesi geliştirilecek, semt polikliniği uygulaması yeniden yapılandırılacak, piyasa şartlarında hizmet üreten özel sağlık kuruluşlarının imkânlarından yararlanılacak ve aile hekimliği uygulamasına geçilecektir. Kırsal kesimde, yerleşik nüfusa hizmet veren sağlık ocakları yeniden yapılandırılarak altyapı ve insan gücü imkânları geliştirilecek ve mobil sağlık hizmeti uygulaması etkinleştirilecektir (md. 732).

- Ana ve çocuk, üreme, ağız ve diş, beslenme, çevre, iş, sporcu sağlığı, yaşlı sağlığı ve afet sağlığı gibi halk sağlığı hizmetleri ile halkın sağlık eğitimine yönelik çalışmalara ağırlık verilecektir (md. 733).

- Ayakta teşhis ve tedavi merkezleri ve yataklı tedavi kurumları ile irtibatlı evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modeli geliştirilecektir (md. 734).

- Hastaneler idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacak, çağdaş yönetim ve işletmecilik anlayışıyla yönetilecek, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayan işletmeler haline getirilecektir (md. 735).

- Hastane yataklarının planlanmasında sağlık ihtiyaçlarının yoğunlaştığı ve hizmet açığı bulunan dallara öncelik verilecektir (md. 736).

- Araştırma, eğitim ve referans hastanelerinin asli amaçları yönünde hizmet vermeleri sağlanacaktır (md. 737).

- Acil sağlık hizmetlerinin ülke düzeyinde yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi sağlanacaktır (md. 738) (DPT, 2000).

- Kamu kesimine ait sağlık hizmet birimlerinin iş yükü, hizmetin kademesi ve özelliği, uluslararası norm ve standartlar dikkate alınarak insan gücü, teknoloji ve

yönetim kapasiteleri geliştirilecek, altyapı ve insan gücü imkânlarından azami ölçüde yararlanılacak ve personelin tam gün çalışması özendirilecektir (md. 739).

- Avrupa Birliği insan gücü normları, sağlık sisteminin yapılanması ve eğitim kurumlarının altyapı imkânları dikkate alınarak tıp fakültelerinin öğrenci kontenjanları yeniden belirlenecektir (md. 740).

- Sağlık hizmet sunumunun bütün kademeleri insan gücü, altyapı, yönetim ve teknoloji bakımından geliştirilecek ve sağlık bilgi sistemi oluşturulacaktır (md. 741).

- Sağlık kuruluşlarında bilimsel kanıta dayalı tanı ve tedavi usulleri ve akılcı ilaç kullanımı uygulamaları yaygınlaştırılacaktır (md. 742).

- Aşı üretim kapasitesi geliştirilecektir. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi aşı, ilaç, gıda ve çevreye dönük laboratuvar ve kontrol hizmetlerinde ulusal referans kurumu haline getirilecektir (md. 743).

- Gıda sağlığı ve güvenilirliği hizmetleri geliştirilecek ve etkin bir denetim sağlanacaktır. Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabilmesi için halkın eğitimine ve beslenme kültürü kazandırılmasına önem verilecektir (md. 744).

- Özel sektörün sağlık yatırımları ve gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmetleri teşvik edilecektir (md. 745) (DPT, 2000).

#### Hukuki ve Kurumsal Düzenlemeler;

- Sağlık Bakanlığının görev ve teşkilat yapısı yeniden düzenlenecektir (md. 746).

- AB normlarına uyum düzenlemeleri tamamlanacaktır (md. 747).

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi amacıyla mevzuat düzenlemesi yapılacaktır (md. 748) (DPT, 2000).

- Birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle bütünleşmiş aile hekimliği uygulaması için gerekli düzenlemeler gerçekleştirilecektir (md. 749).

- Hastanelerin rekabet edebilir ve özerk işletmeler haline dönüştürülmesi ile ilgili mevzuat düzenlemeleri yapılacaktır (md. 750).

- Kamu kesimine ait sağlık tesislerinde sağlık personelinin tam gün çalışmasını özendirici düzenlemeler gerçekleştirilecektir (md. 751).

- Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezinin ulusal referans kurumu haline getirilmesi ile ilgili mevzuat düzenlemesi yapılacaktır (md. 752).

- Hemşire ve ebeler ile ilgili mevzuat düzenlemesi yapılacaktır (md. 753).

- Sağlık meslekleri ve uygulamaları ile ilgili mevzuat güncelleştirilecektir (md. 754).

- Sağlık hizmet sunumu ile finansmanının ayrılmasına ilişkin düzenlemeler yapılacaktır (md. 755).

- Yüksek Sağlık Şurasının mevcut yapısı gözden geçirilerek ilgili tarafların temsil edildiği bir yapıya kavuşturulacaktır (md. 756).

- Gıda sağlığı ve güvenilirliği alanında denetimi artırıcı mevzuat düzenlemesi yapılacaktır (md. 757) (DPT, 2000).

## 9. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)

Dokuzuncu kalkınma planında geçmişten günümüze kadar yapılan sağlık uygulamalarında karşılaşılan problemlere ve eksikliklere Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi başlığı altında yer verilmiştir. Bunlar;

- VIII. Plan döneminde sağlık alanında; sağlık personeli sayısı, yatak sayısı ve kullanım oranları, bebek ölüm hızı, aşılama gibi göstergelerde iyileşmeler kaydedilmiştir. Bununla beraber, henüz istenen düzeye ulaşılamamıştır (md. 244).

- Hekim başına düşen nüfus sayısı, 2000 yılında 792 iken 2005 yılında 715'e düşmüş olmakla birlikte halen, AB ortalaması olan 288'in oldukça gerisinde kalmıştır. AB ülkelerinde 8,8 olan yüz bin kişiye düşen tıp fakültesi mezunu sayısı ülkemizde bu dönemde 7,5'ten 6,1'e düşmüştür. Bu durum, gelişmiş ülkeler ile aramızdaki farkın daha da açılmasına neden olmaktadır (md. 245).

- Sağlık hizmetleri sunumunun bölgesel ve kent-kır düzeyindeki dengesizliği devam etmektedir. Sosyo-ekonomik gelişmişlik 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 (md. 246).

- Birinci basamaktaki altyapı, personel ve kalite yetersizlikleri ile sevk zincirinin etkin çalıştırılmaması, hastaların hizmet maliyetleri daha yüksek olan ikinci ve üçüncü basamağa yönelmesine sebep olmakta ve oluşan yığılmalar hastanelerin hizmet kalitesini düşürmektedir. 2000-2004 döneminde sağlık ocağı imkânlarının geliştirilmesi ve mobil sağlık hizmeti uygulaması ile bu alanda önemli iyileşmeler sağlanmasına rağmen, yataklı tedavi kurumlarında verilen poliklinik hizmetlerinin yüzde 95'i ayakta tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır (md. 247).

- VIII. Plan döneminde sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması, genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. Bu kapsamda sevk zincirinin etkinliğinin artırılması amacıyla aile hekimliği pilot uygulamaları sürdürülmektedir. Ayrıca, sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması amacıyla kamuya ait tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmış ve sağlık hizmetlerine erişimde önemli iyileşmeler sağlanmıştır. Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile personel motivasyonu ve verimlilikte iyileşmeler sağlanmış, kamuda çalışan tam zamanlı uzman hekimlerin oranı beş kat artırılmıştır. Hizmetlerin standardizasyonu

ve bilgi sistemlerinin etkin kullanımına yönelik çalışmalar başlatılmış olmakla birlikte, hastanelerin mali ve idari özerkliğe kavuşturulması ihtiyacı devam etmektedir (md. 248).

- Toplam sağlık harcaması 2000 yılında GSYİH'nın yüzde 6,6'sından 2005 yılında yüzde 7,6'sına ulaşmıştır. 2000 yılında yüzde 39 olan ilaç ödemelerinin sağlık harcamalarına oranı 2005 yılında yüzde 34 olarak gerçekleşmiştir. AB ülkelerinde ise ilaç harcamaları sağlık harcamaları toplamının yaklaşık yüzde 16'sını oluşturmaktadır (md. 249) (DPT, 2006).

İlerleme kaydedilen konulara ise Sosyal Güvenlik Sisteminin Etkinliğinin Artırılması başlığı altında, aşağıdaki şekilde yer verilmiştir.

- 2000 yılında sosyal sigorta programları tarafından kapsanan nüfus oranı yüzde 82,2, sağlık hizmetleri bakımından sosyal sigorta kapsamındaki nüfus oranı ise yüzde 80,9 iken; bu oranlar, 2005 yılında sırasıyla yüzde 91,4 ve yüzde 91'e yükselmiştir (md. 263).

- Sosyal sigorta kuruluşlarının en önemli sorunu, gelirlerinin, giderlerini karşılayamamasıdır. Sosyal sigorta kuruluşlarına bütçeden yapılan transfer tutarının GSYİH' ya oranı 2000 yılında yüzde 2,6 iken, bu oran 2005 yılında yüzde 4,8'e yükselmiştir. Ayrıca, sosyal güvenlik sisteminde; tüm nüfusun kapsanamaması, kuruluşlarca sağlanan hakların ve yükümlülüklerin farklı olması, bilgi işlem altyapısının yetersiz olması, ortak bir veri tabanının olmaması ve sistemdeki denetim mekanizmalarının etkin işlememesi gibi sorunlar bulunmaktadır. Sosyal güvenlik sistemindeki bu sorunların giderilmesine yönelik olarak; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ve genel sağlık sigortasının kurulması amacıyla hazırlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, TBMM tarafından kabul edilmiştir (md. 264) (DPT, 2006).

Sağlık sistemin istenilen seviyeye ulaştırılabilmesi ise yeniden yapılandırma ve iyileştirme süreci ile ilgili bilgilere Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi başlığı altında ele alınmıştır.

- Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacı karşılanacak ve ülke genelindeki dağılımları dengelenecektir. Erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortası sistemi hayata geçirilecektir (md. 603).

- Sağlık personeli açığının giderilmesi için eğitim programlarının kontenjanları artırılabilecektir. Sağlık eğitiminin kalitesi, öğrencilerin temel sağlık hizmetlerine yönelik becerilerini artıracak şekilde geliştirilecek, ülke gereksinimlerine ve uluslararası standartlara uygun bir yapıya kavuşturulacaktır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının niteliğinin iyileştirilmesi amacıyla hizmet içi eğitimler artırılabilecektir (md. 604).

- Hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturulacak, tıptaki kötü uygulamaları önlemeye yönelik hukuki düzenlemeler yapılacaktır. Ayrıca, vatandaşların ve sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilinçlendirilmesi sağlanacak ve sağlık kuruluşlarında hasta haklarına ilişkin birimler kurularak uygulamalar yaygınlaştırılacaktır (md. 605).

- Başta birinci basamak hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesi altyapı ve personelin niteliğinin geliştirilmesi ile artırılabilecektir. 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği hizmet modeli tüm illere yaygınlaştırılacaktır (md. 606).

- Daha verimli işletilmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla, hastaneler idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilecektir (md. 607).

- Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartlar belirlenecek, sağlık birimlerinin akreditasyonu için gerekli sistem oluşturulacaktır (md. 608) (DPT, 2006).

- Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilecektir (md. 609).

- Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımlar teşvik edilecektir (md. 610).

- Önleme tedaviden önce gelir ilkesine uyarak kaynakların tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olmak üzere önlenebilir hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecektir (md. 611).

- Sevk zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacak ve sağlık harcamalarının kontrolü sağlanacaktır (md. 612).

- İlacın akılcı kullanımının sağlanması için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacaktır. İlaç ve tıbbi cihazların kalitesini, kullanımını ve bunlara yönelik harcamaların etkinliğini kontrol edecek mekanizmalar oluşturulacaktır (md. 613).

- Koruyucu sağlık alanında çalışan personelin sayısı ve niteliği artırılacak, gerekli altyapı ihtiyacı karşılanacak ve halkın koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesi sağlanacaktır (md. 614).

- Uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulacaktır (md. 615) (DPT, 2006).



## 3.2. Uluslar Arası Mevzuat

### 3.2.1 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO)

Dünya Sağlık Örgütü ( DSÖ ) 7.4.1948 tarihinde kurulmuş uluslararası özel bir örgüttür. Kardeş örgütleri olan FAO, ILO gibi, Birleşmiş Milletler sistemi içinde yer alan özerk bir kuruluştur. Üye 193 ülke, en yetkili organ olan Genel Kurulda temsil edilmekte, hiçbir ülkenin ayrıcalığı veya veto hakkı bulunmamaktadır. İki yılda bir toplanan Genel Kurul örgütün politikasını, bütçesini, çalışma planını, önceliklerini belirler. Genel Kurul tarafından seçilen Genel Müdür ve ona bağlı birimler DSÖ' de çalışan binlerce uzmanın da katkısı ile bu politikaları hayata geçirirler. Örgütün bütçesi ülkelerin verdiği aidatlardan ve daha çok da UNDP; UNICEF gibi uluslararası örgüt ve zengin üye ülkelerden gelen bağışlarda oluşmaktadır (Dedeoğlu, 2009).

#### 3.2.1.1.DSÖ Anayasası

Anayasa' nın temel ilkelerini içeren bölümünde, DSÖ' nün amacı "Tüm insanların mümkün olan en üst sağlık düzeyine ulaşmalar" şeklinde ifade edilir ve bu amacı gerçekleştirmek için Örgüt'ün işlevleri sıralanır. Bu işlevlerin birincisi, uluslararası sağlık çalışmalarının yönetimi ve eşgüdümüdür, ikincisi, BM, İhtisas Kuruluşlar, hükümetlere bağlı sağlık yönetimleri, mesleki gruplar ve uygun görülen diğer örgütler ile etkin ilişkiler kurmak ve devam ettirmektir. İstekleri üzerine Hükümetlere sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi konusunda yardımcı olmak ve istekleri üzerine veya kabul edildiği takdirde, Hükümetlere uygun teknik yardımı ve acil durumlarda gerekli yardımı sağlamak olarak ifade edilen üçüncü ve dördüncü işlevler ise aynı zamanda uluslararası kuruluşların önemli bir ilkesi olan "ülkelerin iç işlerine karışmama" için iyi birer örnek oluşturmaktadır.

Bu maddelerden birisi ilginçtir. DSÖ Anayasası'nı hazırlayanlar, ancak 30 yıl sonra temel sağlık hizmetleri tartışmalar ile tekrar gündeme gelecek olan beslenme, konut, eğlence ve dinlenme, ekonomik ve çalışma koşullarını düzeltilmesi konusunda DSÖ' ne görev vermişlerdir (SB, 1997).

Anayasa'nın üçüncü bölümü Örgüt'e üyelik ile ilgilidir ve ilk maddesi "Örgüt'e üyelik tüm ülkelere açıktır" şeklindedir. Anayasa'da Örgüt'ten çekilme ile ilgili herhangi bir madde yoktur. Ancak daha sonraki toplantılarda Anayasa'ya bir madde eklendiğinde, herhangi bir ülke bunu kabul etmediği takdirde çekilebileceği karara bağlanmıştır. Ayrıca, Örgüt'ten atılma ile ilgili bir madde de yoktur. Sadece bir ülke katkı payını ödemezse Genel Kurul bu ülkenin oy hakkını ve bu ülkeye götürülen hizmetleri askıya alabilir.

Tam üyelik dışında, uluslararası ilişkilerini kendileri yürütmekle sorumlu olmayan bölgeler "Ortak Üye" olarak kabul edilmektedir.

Anayasa'da ayrıca Örgüt'ün organları, bunların görev ve yetkileri belirtmektedir. Anayasa'da "büyük" ve "küçük" devletlerden söz edilmemektedir. Her ülkenin tek bir oy hakkı vardır. Hiçbir ülke Yönetim Kurulu'nda sürekli bir temsilci bulundurma veya veto kullanma hakkına sahip değildir.

Anayasa'ya göre her ülke, DSÖ' ne vatandaşlarının sağlık durumlarındaki gelişmeleri, sağlıkla ilgili yeni çıkan yasalar ile kararları ve diğer istatistikçi bilgileri yıllık raporlar halinde sunmakla yükümlüdür. 82. maddeden oluşan Anayasa'da, kuruluşun hukuki kişiliği, ayrıcalıkları, diğer örgütlerle ilişkileri ve Anayasa'nın yürürlüğe girmesiyle ilgili bölümlere de yer verilmiştir. Anayasa'da yapılması düşünülen değişiklikler için Genel Direktörün üye ülkeleri Genel Kurul toplantısından en az 6 ay önce bilgilendirmesi ve değişikliğin Genel Kurul'da 2/3 çoğunlukla onaylanıp üye ülkelerin 2/3'nin parlamentolarınca kabul edilmiş olması gerekmektedir (SB, 1997).

### 3.2.1.2. DSÖ' nün Görevleri

Örgüt amaçlarına ulaşmak için yerine getirdiği görevler şunlardır:

1. Sağlık alanında uluslararası nitelik taşıyan çalışmalarda yönetici ve koordinatör makam sıfatıyla hareket etmek.

2. BM, İhtisas Kuruluşları, sağlık idareleri, meslek grupları ve keza uygun görülecek diğer örgütlerle fiili bir işbirliği kurmak ve sürdürmek.

3. Hükümetlere, istek üzerine, sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için yardım yapmak.

4. Uygun teknik yardım yapmak ve acil durumlarda, hükümetlerin istekleri ya da kabulleri ile gereken yardımı yapmak.

5. BM'cin isteği üzerine, manda altındaki ülkeler halkı gibi özelliği olan topluluklara sağlık hizmetleri götürmek ve acil yardımlar yapmak ya da bunların sağlanmasına yardım etmek.

6. Epidemiyoloji ve istatistik hizmetleri de dahil olmak üzere gerekli görülecek idari ve teknik hizmetleri kurmak ve sürdürmek.

7. Epidemik, andemik vb. hastalıkların ortadan kaldırılması yolundaki çalışmaları teşvik etmek ve geliştirmek.

8. Gerektiğinde diğer İhtisas Kuruluşlar ile işbirliği yaparak kazalardan doğan zararlar önleyebilecek önlemlerin alınmasını teşvik etmek.

9. Gerektiğinde diğer İhtisas Kuruluşları ile işbirliği yaparak, beslenme, mesken, eğlence, ekonomik ve çalışma koşullarının ve çevre sağlığı ile ilgili diğer bütün unsurların iyileştirilmesini kolaylaştırmak.

10. Sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan bilim ve meslek grupları arasında işbirliğini kolaylaştırmak.

11. Uluslararası sağlık sorunlarına ilişkin sözleşmeler, anlaşmalar ve tüzükler teklif etmek, tavsiyelerde bulunmak ve bunlardan dolayı Örgüt'e düşebilecek ve amacına uygun görevleri yerine getirmek (SB, 1997).

12. Ana ve çocuk sağlığı ve refahı lehindeki hareketleri geliştirmek, ana ve çocuğun tam bir değişme halinde bulunan bir evre ile uyumlu halde yaşamaya olan kabiliyetlerini arttırmak.

13. Ruh sağlığı alanında özellikle insanlar arasında uyumlu ilişkilerin kurulmasına ilişkin her türlü faaliyetleri kolaylaştırmak.

14. Sağlık alanında araştırmaları teşvik ve rehberlik etmek.

15. Sağlık, tıp ve yardımcı personelin ğretim ve yetiştirilme normlarının iyileştirilmesini kolaylaştırmak.

16. Gerekirse diğer ihtisas kuruluşları ile işbirliği yaparak kamu sağlığı, hastane hizmetleriyle sosyal güvenlik de dahil koruyucu ve tedavi edici tıbbi bakıma ilişkin idari ve sosyal teknikleri incelemek ve tanıtılmak.

17. Sağlık alanında her türlü bilgi sağlamak, tavsiyelerde bulunmak ve yardımlar yapmak.

18. Sağlık bakımından aydınlatılmış bir kamuoyu oluşumuna yardım etmek.

19. Hastalıkların, lm nedenlerinin kamu sağlığı uygulama metotlarının uluslararası nomanklatrlerini tayin etmek ve ihtiyaca göre yeniden gözden geçirmek.

20. Teşhis yöntemlerini gerektiği kadar standart hale getirmek.

21. Yiyeceklere, biyolojik, farmasötik ve benzeri ürünlere ilişkin uluslar arası normlar geliştirmek, kurmak ve bunların kabulünü teşvik etmek.

22. Genel olarak örgütün amacına ulaşmak için gereken her önlemi almak (SB, 1997).

### 3.2.1.3. DSÖ' nün Sunduğu Hizmetler ve Çalışmaları

DSÖ' nün iki temel anayasal işlevinden birincisi görevi uluslar arası sağlık çalışmalarını yönlendirmek ve eşgüdümünü sağlamaktır. Bu işlevin yerine getirilmesi için toplantılar düzenler, uzman komiteleri oluşturur, saha çalışmaları ve laboratuvar araştırmaları yürütür, standartlar saptar, sağlık konusunda bilgi ve veri toplar, bunları dağıtır, danışmanlık hizmetleri yapar ve çeşitli yayınlar çıkarır. DSÖ' nün ikinci temel işlevi ise üye devletlerle sağlık alanında teknik işbirliğini teşvik etmektir (SB, 1997).

DSÖ' nün en önemli işlevlerinden biri, daha önceki uluslar arası sağlık kuruluşlarından devraldığı sağlıkla ilgili bilgi ve verileri toplama ve dünya ülkelerine yayma işlevidir. DSÖ' ne üye her ülke yıllık raporlar halinde ülkesindeki sağlık olaylarını, personel durumunu, sağlanan hizmetleri bildirmek mecburiyetindedir. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak haftalık raporlar sunarlar ve epidemileri ayrıca bildirirler. Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne göre karantina gerektiren 3 hastalık (kolera, veba, san humma) ivedilikle DSÖ' ne veya komşu ülkelere bildirilmek zorundadır. Yine sıtma, grip, paralitik polio ve bitle geçen tifüs ve AIDS vakaları zorunlu olarak bildirirler. DSÖ aldığı verileri 1926'dan beri kesintisiz olarak yayınlanmakta bulunan Haftalık Epidemiyolojik Kayıtlar ile dünyaya duyurur. Bundan başka 3 ayda bir yayımlanan Dünya Sağlık Raporu (World Health Statistics Quartely) ve yıllık olarak yayınlanan Dünya Sağlık İstatistikleri Yıllığı (World Health Statistic Annual) ile ülkelere ve diğer kaynaklardan gelen istatistikleri tüm dünyaya duyurulur. Toplanan bilgilerin hepsi yayınlanmaz, fakat bilgisayarlarda depo edilerek isteyenlerin hizmetine sunulur. Bu merkezi istatistik hizmetlerinden ayrı olarak DSÖ, ülkelere, ulusal sağlık istatistikleri hizmetlerinin planlanmasında, yürütülmesinde ve değerlendirilmesinde destek sağlar. Bu destek sadece ülkelere bu konuda çalışmak üzere danışmanlar göndermek şeklinde değil sağlık kayıtları ve istatistikleri konusunda ülke elemanlarına eğitim olanakları sağlayarak da gerçekleşir.

DSÖ, sağlık istatistiklerinin analizinde kullanılacak teknikleri geliştirmek için bilgisayarların tıp ve halk sağlığı konularında etkin olarak kullanılması çalışmalarını da sürdürmektedir (SB, 1997).

DSÖ, uluslararası uzman gruplarının da yardımıyla her 10 yılda bir "Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması" kitabının yeni baskısını yayınlar. Bu sınıflandırmanın amacı, ülkelerin istatistik örgütlerince derlenen hastalık ve ölüm istatistiklerinde bir standart sağlayarak uluslararası karşılaştırmaları mümkün kılmaktadır (SB, 1997).

DSÖ, son ekonomik krizin de etkisi ile dünyada giderek artan bulaşıcı hastalıklar, ulaşılamayan sağlık hizmetleri, satın alınamayan ilaçlar, önlenemez ölümler, bozulan sağlık düzeyi karşısında fazla suskun kalamadı ve 2005 yılında "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri" konusunu inceleyecek bir komisyon oluşturdu. Komisyon, yankılara neden olan ve Genel Müdürün sık sık söz ettiği bir rapor hazırladı. Ağustos 2008 tarihinde yayınlanan rapor, insanların doğup büyüüp yaşandığı koşulların ve sağlık sistemlerinin temelinde gücün, paranın ve kaynakların, yerel, ulusal ve uluslararası düzeylerde dağılım şeklinin bulunduğunu belirtmektedir. Bu dağılımların da politik tercihlerden etkilendiği saptanmakta, ülkeler içinde ve arasındaki önlenemez ve adaletsiz sağlık düzeyi farklılıklarından bu sosyal belirleyicilerin sorumlu olduğu bildirilmektedir. İstenirse, eşitsizliklerin bir nesil içinde giderilebilecekleri, bunun yöntemlerinin bilindiği iddia edilmektedir. Çözüm olarak insanların yaşam koşullarının iyileştirilmesi için bütün çocuklara nitelikli temel eğitim ve sağlık hizmeti verilmesi, herkesin sağlıklı bir çevre, konut ve suya gereksinimi olduğu, kırsal kalkınmaya öncelik verilmesi ve herkese güvenli bir iş ve sosyal güvence, kapsayıcı ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sağlanması gerektiği belirtilmektedir. Güç, para ve kaynakların eşitsiz dağılımı ile mücadele için ise, ülkelerin adilane vergi toplama kapasitelerinin artırılması, cinsiyet eşitliğinin sağlanması, karar mekanizmalarında toplumdaki tüm grupların temsil edilmeleri, iki taraflı veya bölgesel ekonomik antlaşmalarda sağlık eşitliğinin gözetilmesi, zengin ülkelerin yardım oranını GDP'lerinin % 0,7 sine çıkarmaları gibi öneriler getirilmektedir (Dedeoğlu, 2009).

#### 3.2.1.4. DSÖ 2008 Reform Önerileri

2008 Dünya Sağlık Raporu sağlık sistemlerindeki kabul edilemez açıklıkları gidermek ve temel sağlık hizmetlerini güvence altına almak üzere yapılacak eylemleri 4 reform başlığı altında vermektedir. Bu reformlar, günümüz dünyasında ortaya çıkan sağlık tehditlerine karşı koymada etkili araçlar olma, temel sağlık hareketine hayat veren hakkaniyet değerleri, toplumsal birliği güçlendiren dayanışma ve sosyal adalet ile modernleşen toplumların gittikçe artan beklentilerinin hepsiyle kesişim içinde olma iddiasıyla ileri sürülmektedir (WHO, 2008).

##### 1-Sağlık Güvencesinin Kapsayıcılığı (Evrensel Kapsayıcılık Reformları) (Universal Coverage Reforms)

Özellikle bütün toplumu kapsayan bir güvence ve sosyal sağlık koruyuculuğu hedefini ifade etmektedir. Bu hedefe doğru yaklaşılmasıyla, hakkaniyet ile sosyal adaletin sağlandığı, sosyal farklılıkların yok edildiği ve ayrımcılığın olmadığı bir sağlık sistemi ortaya konmuş olacaktır (WHO, 2008).

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin çoğunun eşitsizlikler üzerinde payı vardır. Bu yüzden bu sorunun çözümü birçok sektörü içine almaktadır. Sağlık eşitsizlikleri aynı zamanda hizmetin bulunabilirliği, erişilebilirliği ve kalitesindeki farklılıklar tarafından, bunların insanlara yüklediği mali yük tarafından ve hatta dil, kültür ve cinsiyete dayalı engeller tarafından şekillendirilmektedir. Herkes için sağlık iddiasındaki temel sağlık hareketi doğrultusundaki bir sağlık sistemi, eşitsizlikleri azaltmak ve hizmetlerin herkese sunulmasını temin etmek zorundadır. Bugün sağlık hizmetleri dün olduğundan daha yaygındır, ancak bu durum hala büyük nüfusların hizmetlerin gerisinde kalmasını engelleyememiştir. Hatta kontrolsüz ticarileşme, hizmeti belli gruplar için daha çok mümkün kılarken, eşitsizlikleri de artırmaktadır. Dünyanın birçok yerinde gelişmekte olan sağlık hizmetleri hakkaniyet ilkesi ile paralel gidememektedir. Bilhassa teknoloji gölgesinde gelişen sağlık hizmetlerini bireyler kendileri satın almak zorunda kalınca, birçoklarının fakirleşmesi kaçınılmaz olmaktadır. Bu yüzden sağlıktaki gelişmeler ve hizmetlerin yaygınlaşması sosyal koruyuculukla paralel olmak zorundadır. Sağlıkta hakkaniyet için böyle bir koruyuculuk şarttır; ayrıca kapsayıcılığın gerçekleşebilmesi yaygın hizmet ağlarının

varlığına bağlıdır. Bu da, sosyal koruyuculuğun gerçekleşmesi için beraberinde sağlık hizmet sunum reformlarına da ihtiyacımız olduğunu göstermektedir (SB, 2008).

## 2- Hizmet Sunum Reformları (Service Delivery Reforms)

Sağlık sisteminin önemli rolü, insanların değişen dünyaya daha çok uyum sağlayabilmesi ve sosyal olarak daha barışık olmasını sağlamak, sağlıkları ile ilgili daha iyi sonuçlar ortaya koyabilmektir. Hizmet reformu, bunları gerçekleştirmek üzere sağlık hizmet sunumunun insanların ihtiyaçları ve beklentileri doğrultusunda yeniden organize edilmesidir (WHO, 2008).

Hizmet sunumu reformlarının ana teması, geleneksel sağlık hizmetini temel sağlık hizmetine dönüştürmektir; sağlık hizmet sunumunu yerel sağlık sistemleri, sağlık hizmet ağları, kapsayıcı sağlık bölgeleri gibi organizasyonlarla hakkaniyet doğrultusunda optimize etmektir. Gittikçe yükselen beklentileri karşılayarak, “sağlık hizmetinin odağına insanı yerleştirip zihin ile bedeni, insan ile sistemi harmonize etmektir” (WHO, 2007).

Hizmet sunum reformları reformlar setinde bir alt başlığı oluşturmasına rağmen, genellikle yüksek profilli olduğundan bazen bütünüyle temel sağlık hizmetleri ajandasını maskeleyebilmektedir. Hatta bu yöndeki gayretlerin ortaya çıkardığı karışıklıklar bazen temel sağlık hizmetlerini ve onu geleneksel hizmet sunum tarzından ayıran özellikleri aşırı derecede basite indirgenme riskine maruz bırakmaktadır. Bilhassa kaynak kısıtlılığı çekilen ülkelerde bu reformlar basite indirgenerek temel sağlık ruhundan uzaklaşmaktadır (SB, 2008).

## 3-Kamu Düzeni Reformları (Public Policy Reforms)

Toplum sağlığı, sağlık sektörü altındaki paydaşların işbirliğinin konusu olmaktan öte bir kapasite ve sorumluluk alanıdır. Bu yüzden üst otoritelerin önderliğinde çoklu sektörel işbirliğini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.



Toplumun yararını gözeten politikaların farklı sektörler arası işbirliği yoluyla hayata geçirilmesi, hem ulusal hem de ülkeler arasında toplum sağlığı girişimlerinin güçlendirilmesi gerekir. Bu şekilde toplum sağlığı eylemleri temel sağlıkla entegre edilerek sağlıklı toplumların oluşturulması sağlanmış olacaktır (WHO, 2008).

#### 4-Liderlik Reformları (Leadership Reforms)

Nicelik ve nitelik sorunu yaşayan insan kaynakları, tanı ve tedavi araçları, her türlü gelişme, değişme ve sosyal olaylarla farklılaşan risk alanları ve bunlara çözüm üretmede yüksek ivme gösteren bilimsel gelişmelerin baskısı altındaki çağdaş sağlık sistemleri çok karmaşık bir hal almıştır. Bir tarafta katı merkezi yönetim ve kontrol anlayışı, diğer tarafta devletin “bırakınız yapsınlar” kayıtsızlığı bulunan iki aşırı uç arasında kararlı bir dengenin sağlanması gerekmektedir. Bu karmaşıklık içinde güçler dengesini, daha doğrusu dengesizliğini dengeleyici, katılımcı, tartışmaya dayalı bir liderlik, sistemin bütünlüğü için çok yararlı ve gereklidir (WHO, 2008).

Toplum sağlığını etkileyen faktörler yelpazesi çok geniştir. Okul müfredatları, endüstri politikaları, gıda ve tüketim ürünlerinin güvenliği veya zehirli atıkların taşınması ve imhası gibi birçok husus toplumun sağlığına önemli etki yapan ve hatta toplumun sağlığını belirleyen unsurlardır. Sağlık dışı sektörlerin gaye ve hedeflerini sağlıkla paralel hale getirebilmek hayati önem taşımaktadır; böylece yukarıda ele alınan kamu politikalarının çerçevesi içinde sağlık önemli bir yer tutacaktır. “Herkes için sağlık” hedefine ulaşmak için sektörler arası işbirliğini sağlamaya yönelik maksatlı ve bilinçli çabalar gereklidir. Bu harikulade karmaşık ortam içinde çok sayıda sektörü sağlık etrafında işbirliğine sevk edebilecek güçlü bir toplumsal liderlik için özünü oluşturmaktadır. İşte bu liderliğe fırsat verecek, çok sayıda sektörle işbirliğine dayalı politika diyalog modelleri tesis edecek tarzda toplumsal kabul ve kamu düzeni oluşturacak yeniden yapılanmalar gereklidir. (SB, 2008)

Bu liderlik kamu sektörü sınırlarının ötesine geçerek, klinisyenlerden sivil topluma, topluluklardan araştırmacılara ve akademisyenlere kadar çok çeşitli paydaşlarla yakın ilişkili olarak var olma durumundadır (WHO, 2008). Genellikle

Sağlık Bakanlıklarının üstlenme sorumluluğu taşıdığı bu liderliğin en önemli araçlarından biri, yeterli ve güvenilir veri toplama ve bunu bilgiye dönüştürerek kararlarında kullanmalarıdır. Bu yüzden sağlık bilgi sistemleri bu alandaki reformların vazgeçilmez unsurlarından biridir.

Bütün gelişmelere ve üzerinde çok tartışılmasına rağmen liderlik konusu hala sağlık sistemleri için önemli bir sorun olarak durmaktadır. Bu liderlik konusu çoğu kez yönetim biliminde sıkça kullanılan “stewardship” kapsamında ele alınmaktadır. Önderlik/ vekilharçlık diyebileceğimiz stewardship, sağlık bakımı ile ilişkili olan her şeyin dikkatli ve sorumlu bir yönetimi olarak tanımlanabilir. Toplumun sağlığını etkileyebilecek bütün sektörlerdeki politikaları ve icraatları yönlendirmeyi kapsar. Doğru planlamalar ve bu planların uygulanmasını sağlayacak araçların geliştirilmesine yönelik stratejik politikaları geliştirme yeteneğini ifade eder. Sürdürülebilirliği ve saydamlığı garanti altına alan bir sağlık sistemi performansını sağlayacak entellektüel birikimin temini anlamına gelir (SB, 2008).

Güçlü bir stewardship fonksiyonu olmaksızın, kaynak geliştirilmesi, hizmet sunumu ve finansman gibi sağlık sisteminin diğer girdileri arasında uyumlu bir düzen kurulamayacaktır. Görevlerin birbiri ile örtüşmesi, başlangıçta fark edilmese de, zamanla güçlü kurumsal yapıların hâkimiyetine yol açacaktır. Bu da, insan odaklı, performansı yüksek bir sağlık sisteminden çok, performansı yüksek bir hâkim kurum ortaya çıkarır. Kurum odaklı yaklaşımların sistem çıktılarını ve insanın mutluluğunu göz ardı etme gibi bir risk her zaman vardır. Bu yüzden temel sağlık hareketi doğrultusunda hedeflere ulaşmak ve performansı yüksek bir sağlık sistemine sahip olmak istiyorsak, sistemin girdileri olan ana fonksiyonları canlı tutmak, yerli yerine oturtmak ve aralarında uyumlu bir bütünlük sağlamak zorundayız. Bu da liderlik reformlarının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (SB, 2008).

### 3.2.2. Avrupa Birliği (AB)

#### 3.2.2.1. Avrupa Birliği'nin Sağlık Konusuna Yaklaşımı

Birlik üyesi ÷lkeler, sosyal politikalarını değiştirme, tek tip veya ÷lkeler üstü bir sosyal politika uygulama yönünde bir düzenlemeye gitmemiştir. Başka bir deyişle, Birliğin, üye ÷lkelere tek tip bir sağlık politikası uygulatma veya uygulamaları birbirine benzetme yönünde bir zorlaması yoktur. Tam tersine üye ÷lkelerin kendi sağlık politikalarına sahip olmaları ilkesi benimsenmiştir (Akdur, 2003).

Üye ÷lkelerdeki sağlık politikaları tamamen ÷lkelere özgü olup, sağlık hizmetleri ulusal düzeyde organize edilmektedir. Bu nedenle, ÷lkeler arasında sağlığın finansmanı, hizmet sunumu, insan gücü uygulamaları ve sağlık mevzuatı konularında derin farklılıklar bulunmaktadır (Ekmen, 2006).

AB, yaşam kalitesini yükseltmeyi hedef olarak benimsediği halde, bu hedefe ulaşmada en önemli unsur olan insan sağlığına yönelik sağlık politikası oluşturmayı ve hizmetlerin iyileştirilmesine yönelik doğrudan düzenlemeleri 1990 yılına kadar gerçekleştirmemiştir. Avrupa Birliği'nde sağlık politikaları, 1999 yılından bu yana Komisyon'un yeniden yapılanması çabaları doğrultusunda Sağlık ve Tüketicinin Korunması Genel Müdürlüğü (Health and Consumer Protection General Directorate) tarafından organize edilmektedir. Birliğin ortak bir sağlık politikası olmamasına karşın, sağlık konusuna bakışı kuruluşundan bu yana çok ağır olarak değişime uğramıştır. Bu değişimi Toplulukları kuran ve geliştiren mevzuatı inceleyerek izlemek mümkündür (Ekmen, 2006).

#### 3.2.2.2. Tek Senet'te Sağlık Konusu

1987 yılında yürürlüğe giren Avrupa Tek Senedi, topluluk ÷lkeleri arasında sağlığın korunması ve mesleki ortamda asgari sağlık koşullarının uyumunu hedefleyen bir işbirliğini gündeme getirmiştir. Bu yaklaşımla, sağlık ile ilgili çalışmalar genel olarak kanser, AIDS ve uyuşturucu bağımlılığı üzerine

yoğunlaşmıştır. Bunlardan “Kansere Karşı Avrupa”<sup>13</sup> adlı çalışma, topluluk halk sağlığı faaliyetleri içinde, en geniş olarak tanınıp en uzun süreli uygulanan halk sağlığı programıdır (Ekmen, 2006).

Avrupa Tek Senedi, Çevre ve Sosyal Politikalar ile ilgili hükümleri ile “yaşam kalitesinin yükseltilmesi” hedefini vurgulamakta ve Avrupa Birliğini salt ekonomik bir birleşme kimliğinden kurtarmaktadır. Tek Senet ile birlikte, Avrupa Topluluğu’nun kuruluşundan bu yana ilk kez, çevre sorunları, doğrudan kurucu antlaşmalar içine dahil edilmiştir. Senet’in çevreyle ilgili alt bölümünde, bu konuda girilecek eylemlerin “insan sağlığını korumaya katkıda bulunmak amacını güden” maddesi ile insan sağlığı konusuna değinilmiştir (Ekmen, 2006).

### 3.2.2.3. Beyaz Kitapta (White Paper)<sup>15</sup> Sağlık Konusu

Avrupa Sosyal Politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla 27 Temmuz 1994 yılında çıkarılan Beyaz Kitap, sosyal politikalar alanında bir kilometre taşıdır. AB’ye üye ülkelerde sosyal politikaların, ekonomik politikaların tamamlayıcısı olarak ve eş zamanlı gerçekleştirilmesine ilişkindir. Bu politikaların içerisinde çalışma alanı, eğitim, barınma ve yaşama koşulları, işyerinde sağlık ve güvenlik, serbest dolaşım, kadın-erkek eşitliği, sosyal güvenlik ve sosyal korunma ve halk sağlığında herkese eşit fırsat (aile yaşamı; ailelerin, yaşlıların, özürülülerin ve marjinal grupların sağlığı da dahil olmak üzere) ve demografik yapı yer almaktadır (Ekmen, 2006).

Amacı, 21. yüzyıla girerken üye ülkelerde yaşayan insanlar için ekonomik refahın eşsiz uyumunu, sosyal birlikteliği ve yaşamın her evresinde yüksek kaliteyi sağlayarak, bir Avrupa sosyal modeli geliştirmek ve korumaktır (Ekmen, 2006).

### 3.2.2.4. Maastricht Antlaşması’nda Sağlık Konusu

Avrupa Birliği’nde sağlığa ilişkin politikaların ve uygulamaların ilk yasal zemini 1993 yılında Avrupa Birliği’ni kuran Maastricht Antlaşması<sup>(17)</sup> ile

oluşturulmuştur (madde 129). Anlaşma, “AB vatandaşlarının sağlığını yüksek düzeyde korumak ve iyileştirmek amacına hukuki bir zemin oluşturmak” bakımından reform niteliği taşımaktadır. Maastricht Anlaşması’na 129. maddenin dahil edilmesi ile komisyon ilk kez halk sağlığının iyileştirilmesi ve korunması konusunda özel bir görev üstlenmiştir (Ekmen, 2006).

Maastricht Antlaşması ile gittikçe artan faaliyet alanlarının içine ”halkın sağlığının korunması” konusu da katılmış bulunmaktadır. Konuya genel yaklaşımı itibariyle Avrupa Birliği, tam rekabete dayalı tek bir ortak pazarın gerçekleşmesini teminen, gittikçe artan bir şekilde mal ve hizmetlerde standardizasyona giderken, sağlık hizmetleri ve tıbbi araç gereç-cihazların niteliği de bundan etkilenmekte, yapılan tüm düzenlemelerde “tüketicinin sağlık ve güvenliğinin korunmasının temel hareket noktası olduğu fark edilmektedir.

#### a. Maastricht Antlaşması Madde 129

- Topluluk, üye ülkeler arasında işbirliğini teşvik ederek ve gerekirse, faaliyetlerine destek vererek, insan sağlığının yüksek düzeyde korunmasının sağlanmasına yardım edecektir.

- Topluluk faaliyeti, hastalıkların, özellikle de uyuşturucu bağımlılığı da dahil, başlıca sağlık felaketlerinin, sağlık bilgisi ve eğitimin yanı sıra bunların nedenlerinin ve bulaşma yollarının araştırılması yoluyla önlenmesine yönelik olacaktır. Sağlık koruma şartları, Topluluğun diğer politikalarında bir unsur teşkil edecektir.

- Topluluk ve üye ülkeler, halk sağlığı alanında üçüncü ülkelerle ve yetkili uluslar arası kuruluşlarla işbirliğini teşvik edecektir (Ekmen, 2006).

#### 3.2.2.5. Amsterdam Antlaşması’nda Sağlık Konusu

AB’nin sağlık alanındaki sorumluluk ve yetkilerinin artışı, AB’nin kurucu antlaşmalarından biri olan Amsterdam Antlaşması (1997) ile dir. Antlaşmada kamu

sağlığı ve tüketicinin korunması ile ilgili XIII. ve XIV. başlıklar altında yer alan 152 ve 153. maddeler, bu alanda yeni düzenlemeler getirmiştir. Yeniden gözden geçirilen maddeler, sağlığın çalışmalarındaki her alana bütünleşmiş edilmesini sağlamak amacıyla, Komisyonun tüm çabalarının idare edilmesi için tasarlanmıştır. 152. madde ile birlikte, AB'den insan sağlığını sadece koruması için değil, aynı zamanda onu geliştirmek için gerekenleri yapması istenmiştir (Ekmen, 2006).

#### a. Amsterdam Antlaşması Madde 152

- Bütün Topluluk politika ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında, yüksek seviyeli bir insan sağlığı koruması temin edilir. Ulusal politikaları tamamlayacak olan Topluluk eylemi, kamu sağlığına, insan hastalıklarının önlenmesine ve insan sağlığı için tehlike yaratan kaynakları ortadan kaldırmaya yöneliktir. Bu eylemler, sağlık konusunda bilgilendirme ve yanı sıra sebepleri, bulaşma yolları ve önlenmelerine ilişkin araştırmaların geliştirilmesi yoluyla, önemli sağlık sorunlarına karşı mücadeleyi kapsar. Topluluk, bilgilendirme ve önleme dahil olmak üzere, Üye devletlerin uyuşturucu bağlantılı sağlık sorunlarının azaltılmasına ilişkin eylemlerini tamamlar.

- Topluluk ve üye devletler, üçüncü ülkelerle ve yetkili uluslar arası kuruluşlarla kamu sağlığı konusunda işbirliğini artırır (Bolayır, 2000).

#### b. Amsterdam Antlaşması Madde 153

- Tüketicilerin çıkarlarını desteklemek ve yüksek seviyeli bir tüketici koruması temin etmek amacıyla Topluluk, tüketicilerin bilgilendirme, eğitim ve çıkarlarını korumaları için örgütlenme haklarının desteklenmesinin yanı sıra, tüketicilerin sağlık, güvenlik ve ekonomik çıkarlarının korunmasına katkıda bulunur (Ekmen, 2006).

### 3.2.2.6. Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nda Sağlık Konusu

3–4 Haziran 1999 tarihlerinde gerçekleştirilen Köln Zirvesi'nin sonuç bildirgesinde, Avrupa Birliği'nin geldiği aşamada, Birlik düzeyinde uygulanan temel hakların, bir Şart'ta toplanmak suretiyle açıklığa kavuŐturulmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Köln Zirvesi'nin bu direktifi doğrultusunda sürdürülen alıŐmalar, Fransa'nın Nice kentinde 7 Aralık 2000 tarihinde Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nın imzalanmasıyla sonuçlanmıŐtır.

Temel Haklar Şartı'nın 35. maddesi sağlık konusuna yer vermiştir. Bu maddede “Herkes, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen Şartlar çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir. Bütün Birlik politikaları ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında yüksek düzeyde bir insan sağlığı koruması hedeflenir” denmiŐtir (Ekmen, 2006).

### 3.2.2.7. Avrupa Anayasası'nda Sağlık Konusu

Avrupa Birliği'nin uyum sürecinde tarihi bir adım olan ve 29 Ekim 2004 tarihinde imzalanan Avrupa Anayasası'nda sağlık konusu öncelikle, “Herkes koruyucu sağlık hizmetlerine eriŐme hakkına ve ulusal yasalarla uygulamalar tarafından belirlenen koşullar altında tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir” ifadesi ile II–95. maddede yer almıştır. Avrupa Temel Haklar Şartı'nda da yer alan bu bölüm aynı Şekilde Anayasa'ya da aktarılmıŐ ve “sağlık hizmetlerine erişim hakkı” anayasal güvenceye kavuşturulmuştur (Ekmen, 2006).

Avrupa Anayasası'nda sağlıkla ilgili ifadelere daha sonra, “Birliğin Koordine Edici, Tamamlayıcı veya Destekleyici Şekilde Faaliyet Gösterebileceği Alanlar” bölümünde, III-278'inci maddede “Halk Sağlığı” başlığı altında rastlanmaktadır. Buna göre;

1. Tüm Birlik politikalarının ve etkinliklerinin tanımında ve uygulanmasında, insan sağlığının yüksek lde korunması sağlanacaktır. Birlik tarafından ulusal

politikaları tamamlayan faaliyetler, halk sağlığının iyileştirilmesi, hastalıklarının önlenmesi ile fiziksel ve zihinsel sağlığa yönelik tehlikelerin önüne geçilmesi yönündedir. Söz konusu faaliyetler, nedenleri, yayılmaları ve önlenmeleri üzerine araştırmaların yanı sıra, sağlık bilgileri ve eğitimin teşvik edilmesi yoluyla, tüm temel sağlık felaketlerine karşı mücadele verilmesini kapsar. Birlik, bilgilendirme ve önleme dâhil olmak üzere, üye ülkelerin uyuşturucuyla ilgili sağlık bozulmalarını azaltma yönündeki faaliyetlerini tamamlar.

2. Birlik, bu maddede anılan alanlarda üye ülkeler arasındaki işbirliğini teşvik eder ve faaliyetlerine destek verir. Üye ülkeler, Komisyon'la bağlantılı olarak, 1. paragrafta belirtilen alanlardaki politikalarını ve programlarını kendi aralarında koordine ederler. Komisyon, üye ülkelerle yakın temas halinde, söz konusu koordinasyonun teşvik edilmesi için özellikle de ana hatlar ve göstergelerin belirlenmesini, en iyi uygulama alışverişinin düzenlenmesini ve düzenli izleme ve değerlendirme için gerekli öğelerin hazırlanmasını amaçlayan girişimler olmak üzere tüm faydalı girişimlerde bulunur. Avrupa Parlamentosu sürekli olarak bilgilendirilir (Ekmen, 2006).

3. Birlik ve üye ülkeler, üçüncü ülkelerle ve halk sağlığı alanında yetkili uluslararası örgütlerle işbirliğinde bulunur.

4. Avrupa yasaları veya çerçeve yasaları, ortak güvenlik konularının yerine getirilmesi için aşağıdaki tedbirleri oluşturarak, bu maddede belirtilen hedeflere ulaşılmasına katkıda bulunur:

a) İnsan kökenli organlar ve maddelerin, kan ve kan türevlerinin kalitesi ve güvenliği konularında yüksek standartlar getiren tedbirler; söz konusu tedbirler herhangi bir üye ülkenin daha sıkı koruyucu tedbirleri sürdürmesini ya da bu tedbirleri uygulamasını engellemez.

b) Doğrudan hedefleri halk sağlığının korunması olan veterinerlik ve bitki sağlığı alanlarındaki tedbirleri alır. Avrupa yasaları veya çerçeve yasaları, Bölgeler Komitesi ile Ekonomik ve Sosyal Komite'ye danışıldıktan sonra kabul edilir.



5. Avrupa yasaları veya çerçeve yasaları aynı zamanda, üye ülkelerin yasalarının ve tüzüğünün herhangi bir şekilde uyumlaştırılması dışında, insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi ile sınırlar ötesi büyük sağlık felaketleri için tasarlanan teşvik edici tedbirleri alır. Söz konusu yasa veya çerçeve yasası, Bölgeler Komitesi ile Ekonomik ve Sosyal Komite'ye danışıldıktan sonra kabul edilir (Ekmen, 2006).

6. Konsey, bu maddede belirtilen amaçlar açısından, Komisyon'un bir teklifi üzerine tavsiyeler de kabul edebilir.

7. Halk sağlığı alanındaki Birlik faaliyetleri, üye ülkelerin sağlık hizmetlerinin ve tıbbi bakımın organize edilmesi ve ulaştırılması konularındaki sorumluluklarına saygı gösterir. Özellikle, 4. paragrafın (a) alt paragrafında belirtilen tedbirler, organların ve kanın bağışı ve tıbbi kullanımı hakkındaki ulusal hükümleri etkilemez (Ekmen, 2006).

Avrupa Halk Sağlığı Birliği (European Public Health Alliance-EPHA) tarafından Temmuz 2002'de Merkezi ve Doğu Avrupa Ülkeleri'nde yapılan bir araştırmada, sağlık için daha fazla finansman kaynağı, bu alandaki karar alma süreçlerine daha fazla katılım, sağlık bilgisinde kalite ve ağlara katılım imkânı talep ettikleri tespit edilmiştir.

Araştırmanın amacı, önceliklerin ve ihtiyaçların tespit edilerek bunların nasıl karşılanabileceğinin belirlenmesidir.

Araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- % 74 finansman yetersizliği
- % 36 karar alma süreçlerine katılımın azlığı,
- % 87 kamu kurumları ile olan iletişimin yetersizliği,
- % 28 sağlık bilgisinde kalite eksikliği,

- % 26 topluluk ağlarına katılım imkânlarının azlığı,
- % 9 internete erişimde yaşanan problemler nedeniyle halk sağlığı alanında engellerle karşılaşmaktadır (Ekmen, 2006).

#### 3.2.2.8. 2000 yılı Sağlık ve Genişleme Raporu

Avrupa Birliği Komisyonu tarafından 2000 yılında hazırlanan Rapor'da, genişleme süreciyle birlikte, sağlık sorunlarının daha da artacağına, üye ülkelerin sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerine ek bir yük bineceğine işaret edilmektedir. Genişlemeyle birlikte sağlık mesleklerinin ve AB vatandaşlarının serbest dolaşımının artması sonucu, aday ülkelerin sağlık durumlarının Topluluk üzerine ekonomik bir yük getireceğine dikkat çekilmektedir (Ekmen, 2006).

Raporun dikkat çeken diğer önemli noktalar şu şekildedir:

- Aday ülkelerin çoğunun sağlık durumu; ekonomik krizler nedeniyle artan eşitsizlikler, gelir dağılımındaki adaletsizlik ve bağımlılık oranlarının yüksek olması gibi nedenlerle oldukça kötü durumdadır.
- Sağlığı tehdit eden unsurlar olan alkol, sigara tüketimi, çevre kirliliği ve giderek artan bulaşıcı hastalıklar aday ülkelerin sağlığı için önemli tehlikeler oluşturmaktadır.
- Aday ülkelerin, doğumda beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm hızları üye ülkelere düşüktür. 1970'li yıllarda AB ülkeleri ve aday ülkeler arasındaki yaşam süreleri farkı 2-3 yıl iken günümüzde bu fark 6 yıla ulaşmıştır.
- Tütün, dengesiz beslenme, kötü yaşam koşulları ve çevre kirliliği nedeniyle aday ülkelerde bazı kronik hastalıklar artmaktadır. Ayrıca cinsel yolla bulaşan AIDS gibi hastalıklar aday ülkelerde daha sık görülmektedir.

- Aday ülkelerin genç nüfusu giderek azalmakta, yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır.

- Sağlığa ayrılan kaynakların, üye ülkelerle aday ülkeler karşılaştırıldığında oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Milli gelirden sağlığa ayrılan pay aday ülkelerde yalnızca %4,5 seviyesindeyken bu oran AB ülkelerinde ortalama %8,5 olarak saptanmıştır (Ekmen. 2006).

### 3.2.2.9. Halk Sağlığı Eylem Programı (2003–2008)

Halk sağlığının tanımı 1952 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından şu şekilde yapılmıştır: “Hastalıkları önleme, daha uzun yaşam süresi sağlama, çevrenin korunması, ruhsal ve fiziksel sağlığını iyileştirilmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, toplumun sağlık bilgisi konusunda eğitimi, erken tanı ve hastalıkların tedavisi için tıp ve hemşirelik hizmetlerinin örgütlenmesi, uygun yaşam standardı için sosyal mekanizmaların gelişimi, böylece bu faydaların, her vatandaşın kendisinin doğuştan hakkı olan sağlık ve uzun yaşama hakkının farkına varmasını sağlayacak şekilde organize edilmesidir” (SB, 1998).

Halk Sağlığı Eylem programı uzun vadede oluşturulması öngörülen “Sağlık Avrupası”nın temellerinden biri olan programın odak noktasını, geniş bir araştırma-geliştirme faaliyeti yürütülerek sağlığın korunması ve sağlık alanında hizmet kapasitesinin güçlendirilmesi teşkil etmektedir (Goril, 2004).

2003–2008 yıllarını kapsayan Halk Sağlığı Eylem Programı aşağıdaki genel hedefler çerçevesinde yürütülmektedir:

- Halk sağlığının iyileştirilmesi amacıyla bilgi ve birikimin geliştirilmesi,
- Sağlığı tehdit eden tehlikelere karşı hızlı ve eşgüdümlü müdahale edebilme kapasitesinin geliştirilmesi,

- Sağlık kalitesinin artırılması ve bu alanda tüm politika ve faaliyetler aracılığıyla sağlığın belirleyici unsurlarına müdahale ederek hastalıklara karşı önlem alınması, üzerinde odaklanılarak Avrupa Birliği çapında yüksek seviyede sağlığa ve refaha katkıda bulunma amaçlanmıştır. Programın diğer amaçları şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlığın ve sağlığı belirleyen unsurların izlenmesi için etkili politikalar retilmesi,

- Sağlık ile ilgili verilerin korunması,

- Sağlık mesleklerine ve sağlık sektöründeki diğer taraflara, resmi bilgi ve veri üretme, toplama, işleme ve yayma,

- Sağlığın izlenmesi için yöntemler ve araçlar geliştirmek,

- Sağlık sorunlarını analiz etmek ve ncelendirmek ve

- Sağlık sisteminin gelişmesine yardım etmek,

- Bulaşıcı hastalık srveyansını güçlendirmek,

- Sağlık risklerini azaltma amaçıyla politikalar geliştirmek,

- Sağlığın yüksek seviyede korunmasını amaçıyla bilgi alışverişinde bulunmak ve tecrübeleri paylaşmak,

- Sağlıkla ilgili araştırmaları ve teknolojik gelişmeleri desteklemek, sağlık ve sağlıkla ilgili alanlarda uygulamalar üzerinde danışmanlık geliştirmek,

- Uygun durumlarda, bu sektördeki aktörlerle işbirliği içerisinde kaynakları harekete geçirmek ve koordine etmek, doğal afetlerde işbirliği yapmak (Ekmen. 2006).

## 4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU, TÜRKİYE VE ÇEŞİTLİ ÜLKE ÖRNEKLERİ

### 4.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir (Öztek, 2011).

### 4.2. Sağlık Hizmetinin Sunumu

Sağlık hizmetleri sunumuna göre üç başlık altında incelenmektedir. Bunlar; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç başlık altında incelenebilir.

#### 4.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Beslenme, sağlık eğitimi, çevre sağlığı, bağışıklama, erken tanı ve aile planlaması gibi konularında çalışmalar yaparak bireylerin hastalığa yakalanmadan kaliteli bir yaşam sürdürebilmelerini amaç edinmişlerdir. Kendi içinde iki bölümde incelenir.

a- Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fizik kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümü bu başlık altında toplanır. Bu başlık altındaki başlıca hizmetler;

- Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi,
- Konut sağlığı,

- Endüstri sağlığı,
- Vektörlerle ( haşerelerle) savaş,
- Hava kirliliği ile savaş,
- Radyasyonla ve gürültü ile savaştır.

Bu hizmet grup ve türlerinden de anlaşılacağı üzere, çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen daha çok, diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendiren bir hizmet grubudur. Sağlık sektörünün bu konudaki temel görevi, danışmanlık, denetim ve yol göstericiliktir.

b- Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri; kişileri dolayısı ile de toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise, en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Başlıcalar

- Erken tanı ve uygun tedavi,
- Aşılama,
- İlaçla koruma,
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,

Hizmet tanım ve türlerinden de görüleceği üzere, bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık personeline yürütülen hizmetlerdir.

#### 4.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık olgusu ortaya çıktıktan sonra yapılan muayene ve tedavi işlemlerinden oluşmakta olup üç basamaktan oluşmaktadır. Bunlar;

a- Birinci basamak sağlık hizmetleri hastalık durumunun yatarak tedaviyi gerektirmediği durumlarda ayaktan teşhis ve tedavi yönteminin uygulandığı kurumlardır.

b- İkinci basamak sağlık hizmetleri, hastanın sağlık kurumuna yatırılarak tetkik ve tedavisinin yapıldığı kurumlardır.

c- Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, üniversite ve dal hastaneleri olarak adlandırdığımız belirli bir hastalığın tedavisi ile ilgili uzmanlaşmış tıp ve teknolojik altyapıya sahip kurumlardır.

#### 4.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Sakat ve çalışma gücünü yitiren kişilere işgücü ve çalışma olanağı sağlamak için hekim ve diğer sağlık personeline yapılan tıbbi rehabilitasyon ile sosyal hizmet sunanlarca iş bulma, işe uyum sağlama gibi hususlarda yapılan sosyal rehabilitasyon hizmetlerini kapsar (Tekin, 2007).

a- Tıbbi Rehabilitasyon: Kaybedilen organ yerine protez takılması veya güçsüzleşen organın, fizik tedavi vb yöntemlerle, yeniden güçlendirilerek kişinin günlük işlerini devam ettirebilme olanağına kavuşturulması türünden çalışmalardır.

b- Sosyal Rehabilitasyon: Fizik ve psikolojik hasarlı kişilerin, bu durumlarına uygun işe yerleştirilmesi veya bakımlarının sağlanması türünden çalışmalardır.

#### 4.3. Türkiye

##### 4.3.1. Planlı Dönem Öncesi

Selçuklu-Osmanlı tıp geleneğinde süreklilik yanında, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda da bir kültür birliğinin varlığı söz konusudur. Cumhuriyetimizin kuruluşu ile birlikte bu yapı geliştirilirken, bütün kurumları ile devlet örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında daha çok batıya dönük bir yol izlenmiştir. Sağlık politikaları bu süreçte, dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalamayarak, temel tercih değişiklikleri göstermiştir (SB, 2008).

#### 4.3.1.1. 1920-1923 Dönemi

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Millet Meclisinin açılışını takiben 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır Bu dönem sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatı olmamış, daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır (SB, 2008).

#### 4.3.1.2. 1923-1946 Dönemi

Cumhuriyetin ilanı sonrası Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam 1937 yılına kadar süren bakanlığı süresince, ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sağlamıştır. 1923 yılında, ülkemizde sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile veriliyordu (SB, 2008).

Bu dönemde,

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928),

- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) gibi halen yürürlükte olan kanunlar dahil çeşitli kanunlar çıkarılmıştır.

Refik Saydam döneminde yürütülen sağlık politikalarında şu dört ilke söz konusudur;

1- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tekelden yürütülmesi,

2- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması,



3- Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması tıp fakültesi, mezunlarına mecburi hizmet uygulaması,

4- Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması (SB, 2008).

Bu ilkeler ışığında;

- Sağlık hizmeti, “ geniş bölgede tek amaçlı hizmet”/ “dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüştür,

- Yasal düzenlemelerle, koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş, her ilçede hükümet tabibi olması hedeflenmiştir,

- Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924’te 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin maaşları artırılmış ancak serbest çalışmaları yasaklanmıştır,

- İllere rehber olmak üzere ilk olarak 1924’te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936’da Haydarpaşa Numune Hastanesi açılmıştır. Daha sonraki yıllarda tamamlanan Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri ile Numune Hastaneleri sayısı 7’ye çıkmıştır (SB, 2008).

#### 4.3.1.3. 1946-1960 Dönemi

Cumhuriyet dönemi ilk yazılı sağlık planı olarak da adlandıracağımız “ Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” 1946 tarihinde Yüksek Sağlık Şurası’ nca onaylanmıştır. Bu plan Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946’da açıklanmıştır. Ancak yoğun bir çalışmayla hazırlanan bu plan kanunlaşmadan, Dr. Behçet Uz, Sağlık Bakanlığından ayrılmak durumunda kalmıştır (SB, 2008).

Yaklaşık bir buçuk yılda kanun tasarısı haline gelen Milli Sağlık Planı, Dr. Behçet Uz, Hasan Saka hükümetinde de (10.8.1947/10.6.1948) Sağlık Bakanı olunca Bakanlar Kurulunda ve TBMM'nin dört komisyonunda görüşülüp kabul edildiği halde, hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşamamıştır.

Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı yasal metin haline getirilerek tümüyle uygulanamamış olsa da, içerdiği düşüncelerden büyük kısmı ülkemizin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir.

Temel yapı olarak, o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır.

Milli Sağlık Planı'nda köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak ilkesi çerçevesinde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu merkezlere iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile onar köylük gruplarda çalışılacak köy ebesi ve köy sağlık memurları atanmaya çalışılmıştır. 1945 yılında 8 adet olan Sağlık Merkezi sayısı, 1950 yılında 22'ye, 1955'de 181'e, 1960 yılında 283'e yükseltilmiştir.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1952 yılında Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) gibi milletlerarası teşekküllerden yardım temin edilerek, Ankara'da 1953'te bir Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi tesis olunmuştur.

Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin çok yoğun olması sebebiyle, nüfus artırıcı politikalar uygulanmıştır. Bu çerçevede sağlık merkezleri, doğumevleri ve enfeksiyon hastalarına yönelik sağlık tesisleri artırılmış ve sağlık insan kaynakları gelişimi konusunda önemli mesafeler alınmıştır.

Doğumda beklenen yaşam süresi ortalama olarak, 1950-1955 yıllarında 43,6 yıl, 1960-1965 yıllarında 52,1 yıl, 1970-1975 yıllarında 57,9 yıl olarak gerçekleşmiştir (SB, 2008).

Birinci on yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olan ve 8 Aralık 1954 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan “ Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temel yapı taşlarından oluşmuştur.

Milli Sağlık Planında ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor, her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması düşünülmüyordu (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan). Milli Sağlık Programında ise 16 sağlık bölgesi yapılanması öngörülmüştür. (Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Seyhan, Sivas, Trabzon, Van).

İnsan kaynakları altyapısı oluşturulması maksadıyla İstanbul ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 1955 yılında öğrenci alımına başlamıştır. 1950 yılıyla 1960 yılı karşılaştırıldığında hekim sayısı 3.020’den 8.214’e, hemşire sayısı 721’den 1658’e, ebe sayısı da 1.285’ten 3.219’a yükselmiştir. Her 3 meslek grubunda da 10 yıl içinde %100’den fazla artış sağlanmıştır.

Hastane ve sağlık merkezlerinin sayısı artırılmış ve yatak sayılarında önemli artışlar sağlanmıştır. Özellikle hizmet alanlarından çocuk hastaneleri, doğumevleri ve verem hastaneleri sayısında artış olmuştur.

1950 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı 118 kurumda 14.581 yatak sayısı var iken, 1960 yılına gelindiğinde 442 kurumda 32.398 yatak sayısına ulaşmıştır. 1950 yılında yüz bin kişiye 9 yatak düşerken, 1960 yılına gelindiğinde bu oran 16,6’ya çıkmıştır.

Sağlık kurumları ve yatak sayılarımızda bu olumlu gelişmeler olurken, sağlık göstergelerimizde de yüz güldürücü iyileşmeler meydana gelmiştir (SB, 2008).

Verem hastalığından ölümler bu dönemde ciddi ölçüde azaltılmıştır. Türkiye’de il ve ilçe merkezlerinde tüberküloza bağlı ölüm hızı 1946 yılında yüz binde 150 iken, 1960 yılında yüz binde 52’ye inmiştir.

Bebek ölüm hızında da önemli düşüşler olmuştur. Bebek ölüm hızı 1950 yılında binde 233 iken, 1960 yılında binde 176’ya düşürülmüştür.

Hem Milli Sağlık Planı ve hem de Milli Sağlık Programında, halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, bir sağlık bankası kurarak sağlık harcamalarının finansmanını buradan sağlamak, ilaç, serum ve aşı gibi malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak gibi hedefler bulunmaktaydı.

Bu çerçevede 1947 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve bir aşı istasyonu hizmete açılmıştır. Bu yıldan itibaren deri içi yolu ile uygulanan BCG aşısı üretimine geçilmiştir. Boğmaca aşısı ise, ülkemizde ilk olarak 1948 yılında üretilmeye başlanmıştır.

Yine bu çerçevede İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) 1946 yılında kurulmuştur. 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır.

Bu dönemde sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapılarını bugünüme taşıyan mevzuat da oluşturulmuştur (SB, 2008).

Türk Tabipler Birliği Kanunu (1953/6023)

Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953/6197)

Hemşirelik Kanunu (1954/6283)

Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956/6643) (SB, 2008).

#### 4.3.1.4 1960-1980 Dönemi

Türkiye’de sağlık hizmetleri, 1982 Anayasası’nın 56. maddesi ile devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet “herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini” düzenlemekle görevlendirilmiştir (Pala, 2007).

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile ilgili Kanun uyarınca kurulmuş, yasal ve örgütsel olarak günümüzde de geçerli olan Roemer’ in sınıflandırılmasına göre Kapsayıcı Tip sayılabilecek bir sağlık sisteminden, 1980 sonrasında yöneldiği ekonomik ve sosyal politikalar paralelinde, Refah Yönelimli tipindeki sağlık sistemi uygulamasına geçmek amaçlı resmi çalışmalar yürütülmektedir.

Arz ve arzın finansmanı ağırlıklı olarak kamu tarafından karşılanmakta, bunun yanında özel sektör muayenehane, poliklinik ve klinikler, hastane, laboratuvar ve görüntüleme birimleri, ilaç, cihaz ve malzeme üreticileri ve satıcıları da büyük bir paya sahip bulunmaktadır (Sargutan, 2006, s. 203).

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başlamış, 1983’te ülkenin tümüne yayılmıştır. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir.

1965’te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarılmış ve “pro-natalist”(nüfusu artırıcı) politikadan “anti-natalist”(nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikaya geçilmiştir.

“Geniş bölgede tek yönlü hizmet” ilkesinin alternatifi olan “dar bölgede çok yönlü hizmet” anlayışına geçilmiştir (SB, 2008).

1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmışsa da, Bakanlar Kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortasının kurulması tekrar öngörülmüştür. 1971'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne gönderilmiş fakat kanunlaşmamıştır. 1974 yılında tekrar Meclis'e sunulan taslak görüşülememiştir.

1978'de Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklanmıştır. 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve tekrar muayenehane serbestliği getirilmiştir (SB, 2008).

#### 4.3.2. Planlı Dönem

##### 1980 Sonrası

1982 Anayasası vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra, bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içermektedir. Anayasanın 60. maddesine göre herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar demektedir. Ayrıca Anayasanın 56. maddesinde “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onların denetleyerek yerine getirir” ifadeleri yer almaktadır. Aynı maddede “Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine” dair bir hüküm yer almıştır.

Anayasamızda, Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler bölüm başlıklı üçüncü bölümde, Ailenin Korunması başlığı altında, 41. madde olarak; “Aile, Türk toplumunun temelidir. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlaması öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar” hükmü yer almaktadır (SB, 2008).

1983 yılında çıkartılarak uygulamaya konulan 2827 sayılı aile planlaması hizmetlerine ilişkin ikinci kanun Anayasamızın söz konusu maddesine de uygun olarak, aile planlaması hizmetlerinin kapsam ve sınırlarını genişletmiştir. 2827 sayılı kanunda aile planlaması (kanunun adı gereği nüfus planlaması adı altında), “fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları” olarak tanımlanmıştır.

Kanunun üçüncü maddesinde özetle, “...Bu maksatla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, özel teşkilat kurmaya, gebeliği önleyici ilaç ve araçları temin veya imal etmeye veya ettirmeye, muhtaç olanlara bu ilaç ve araçları parasız veya maliyetinden ucuz fiyatla vermeye veya verdimeye veya sattırmak için tedbir almaya yetkilidir” denilmektedir. Ayrıca kanunun 4. ve 5. maddelerinde kadında ve erkekte gönüllü cerrahi sterilizasyon ve isteğe bağlı 10 haftaya kadar gebeliklerin sonlandırılması uygulamalarına da izin verilmiştir (SB, 2008).

1987 yılında “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ıkarılmıştır. Ancak bu kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, bütünüyle uygulama imkânı bulunamamıştır.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmış, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütölen bu “Sağlık Sektörü Master Planı Etüt alışması” bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur.

1992 ve 1993’te Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorik çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmışır.

1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Ulusal Sağlık Politikası”; destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri olmak üzere başlıca beş ana bölümü içermektedir (SB, 2008).

1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” adı altında, Bakanlar Kurulu’nca TBMM’ye sunulmuş, ancak kanunlaşmamıştır. 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak, “Sağlık Sandığı” adı altında tanımlanan bir kanun tasarı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderilmiş ancak bu da sonuçlanmamıştır.

1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardır:

1- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,

2- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,

3- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,

4- Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması (SB, 2008).

2003 yılı başı itibariyle Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmış, bu çerçevede daha önce yapılması planlanan ve kalkınma planlarında yer alan konularla, yeni yaklaşımları da içeren bu program ile sağlık sisteminde bir değişim başlatılmıştır (SB, 2007). Bu konuya beşinci bölümde ayrıntılı olarak yer verilecektir.

#### 4.4. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sağlık sistemi “bir aşırılık ve yoksunluk paradoksu” olarak tanımlanmaktadır. Bazı insanlar sağlık hizmetine hiç ulaşamazken ya da çok kısıtlı bir sağlık hizmeti alırken diğerleri de maliyeti çok yüksek ve bazen zararlı olabilen ‘aşırı’ olarak nitelendirilebilecek bir sağlık hizmeti almaktadır.



Starfield, ABD sağlık sisteminin yeryüzünün en az üniversal (en az kapsayıcı) ve en pahalı sistemi olarak nitelendirmektedir (Terzi, 2007).

ABD Özel teşebbüse dayalı sağlık sistemini benimsemiş bulunan ülkelerin başında gelen ABD’de sağlık hizmetleri büyük ölçüde özel teşebbüs eliyle verilmektedir. Bu da sağlık sektörünün kar amaçlı çalışma motifini güçlendirmektedir. Sağlık hizmeti talep finansmanını, üyelerine aracılık yaparak sağlayan özel sigorta şirketleri toplumun % 86’sını kapsar. Geriye kalan % 14’ lük kesimin sigortası yoktur. Bunların büyük kısmı, yoksullara ve yaşlılara verilen düşük katılım paylı (ücretli) sağlık hizmetleri ile ve ulaşabildiği sosyal yardım ve hizmetlerle yetinilir (Sargutan, 2006, s. 121).

ABD hükümeti, sağlık alanında birincil sorumluluğu federasyonlara vermiştir, ancak silahlı kuvvetler, asker emeklileri ve natif Amerikalılar (Kızılderililer) için federal sağlık hizmeti doğrudan merkezi hükümet aracılığı ile sağlanır (Terzi, 2007).

1996 yılı için hemen hemen tüm sağlık ölçütlerinde OECD ülkeleri arasında son sıradadır (Andersson, 1999). OECD ülkeleri içerisinde sağlığın temel göstergeleri ve sosyal belirleyicileri açısından ABD’nin durumu parlak değildir (Terzi, 2007).

ABD, 2000 yılında ulusal gelirin 1/6’ sını sağlık alanına harcamasına ve yıllık sağlık harcaması diğer sanayileşmiş ülkelere çok daha fazla olmasına rağmen benzer ölçüde sanayileşmiş ülkelere kıyasla sağlık göstergelerinde belirgin bir iyileşme gerçekleştirememiştir.

Kişi başına sağlık harcaması 1980-2002 arasında 1300 dolardan, 5400 dolara yükselerek 4 kat artmıştır. Bu artış sağlık sigorta primlerine de yansımıştır. 2005 yılında, sağlık sigorta primleri, ücretlerdeki artışın 5 katına denk gelecek şekilde % 11.2 oranında artmıştır. Kişi başına sağlık harcaması ABD içinde bölgeler arası farklılık gösterir. Ancak, daha yüksek sağlık harcaması yapan bölgelerde sağlık ölçütlerinin diğer bölgelerden daha iyi değildir (Terzi, 2007).

İkinci ve üçüncü basamak hastanelerin, görev alanları tam tanımlanmamıştır. Üçüncü basamak hastanelerde çalışması gereken hekimlerin pek çoğu birinci basamakta hizmet vermektedir. ABD sağlık sistemindeki birinci basamak hizmetleri dar çerçevede kalmıştır. Karlı olmayan birinci basamak hizmetleri özel sektörün ilgisi dışında kalmış ve ikinci plana itilmiştir. Geleneksel olarak, devletin sağlık hizmeti satın alma modeli de koruyucu hekimliği adeta dışlayacak biçimde hastane hizmetlerini ve uzman hekim tarafından verilen sağlık hizmetlerini destekler nitelikte olmuştur. Bu inisiyatifler, ABD sağlık sisteminde, birinci basamak/koruyucu sağlık hizmetlerinin uygun ve yeterli verilmemesine yol açmaktadır (Terzi, 2007).

ABD’ de toplumun % 60’ını çalışanlar oluşturmaktadır. Nüfusun çoğunluğu sağlık güvencesini işverenleri aracılığı ile almaktadır. 2003 yılı verilerine göre toplam nüfus 288 milyondur. 158 milyon kişi (toplam nüfusun % 55’i) işvereni tarafından ödenen sağlık sigortasına sahiptir. Dokuz milyon kişi (% 3) bireysel özel sağlık sigortasına sahiptir. Üç milyon kişide (% 1) devlet memuru/asker/gazi olarak yaşamını sürdürdüklerinden kamu tarafından sigortalanmaktadır. Cepten ödemelerin payı, sağlık güvencesi olmayanlar oranından büyüktür. Çünkü cepten ödemeler yalnızca sağlık sigortası olmayan tarafından değil, ayrıca sigorta şirketinin kapsamadığı hizmetler için sigortalılar tarafından da yapılmaktadır. Özel sigorta şirketleri genellikle hastalanma riski daha düşük olan insanları sigortaladıkları için, sağlık harcamaları oranı kapsam oranından çok daha düşüktür. Kamu harcamaları oldukça yüksektir. Yaşlı ve özürlüler kamusal nitelikli “Medicare” ve “Medicaid” programlarından yararlanmaktadır.

Medicare 65 yaş ve üstündeki kişileri kapsar. Bu destek programından yararlanabilmek için sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olmak ve öncesinde en az 10 yıl ödeme yapmış olmak zorunludur. Bu koşulları yerine getiremeyenler için kişisel katkı yaparak “Medicare” B programına girme şansı tanınmaktadır. Pek çok yoksul ve göçmen “Medicare” koşullarını karşılayamamaktadır (Terzi, 2007).

Medicaid ise çocuklu ve düşük gelirli aileleri, sakat ve körleri, yoksulluk sınırının altındaki ailelerdeki 6 yaşından küçük çocukları ve gebeleri, 4 kişilik yıllık geliri 18.400 doların altında olan ailelerdeki 19 yaşından küçük çocukları kapsamaktadır. 2002 yılı verilerine göre ABD’ de 41 milyon kişi (nüfusun % 14’ ü)

“Medicare” programı içinde, 34 milyon kişi (nüfusun % 12’ si) “Medicaid” programı içindedir. Geri kalan 45 milyon kişi (% 15) ise herhangi bir sağlık güvencesine sahip değildir (Terzi, 2007).

#### 4.5. Küba

Gelişmekte olan ve orta gelir seviyeli Küba, 1959 Devriminden sonra Serbest Pazar temelli sistemden, tamamen devletçe finanse edilen ve yürütülen merkeziyetçi, eşitlikçi sağlık hizmetini amaçlayan sosyalist sağlık sistemine geçmiştir (Sargutan, 2006, s. 193).

1961 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı merkezi düzeyde yeniden organize edilerek adı Halk Sağlığı Bakanlığı olarak değiştirilmiştir. Bütün hastane ve tıbbi kuruluşlar Halk Sağlığı Bakanlığı’na bağlanmıştır. Aynı yıl bütün mezun hekimlere kırsal kesimde iki yıl zorunlu çalışma getiren yasa kabul edilmiştir. Bu yasa halen geçerliliğini korumaktadır (Erkoç, Çağlayan, 2007).

1980’lerin ortasına kadar sağlık sisteminde birinci basamak sağlık hizmeti sunan tek kurum polikliniklerdi. Bu yıllarda 169 belediyenin 423 polikliniği vardı. Nüfus yoğunluğunun düşük olduğu kırsal bölgelerde ise sağlık merkezleri açılmıştı. Buralarda bir genel pratisyen ve hemşire çalışıyordu. 1989 yılında ülke 263 hastane, 420 poliklinik, 229 kırsal ve kentsel sağlık merkezi ve iki ulusal araştırma enstitüsü bulunuyordu. Küba bu dönemde modern üçüncü basamak sağlık kurumlarına, genetik araştırma programlarına, altı kalp hastalıkları merkezine, bir oftalmoloji hastanesine sahipti. Bugün ise ülkede 248 hastane, 470 poliklinik, 165 dış kliniği bulunmaktadır. 21 tıp fakültesi, 838 tıbbi bilimler bilgi merkezi bulunmaktadır.

Devrimden önce tamamen özel sektörün elinde olan ilaç üretim ve dağıtımını adım adım ulusallaştırılmıştır. 1994 yılında sağlık harcamalarının toplamı 1166 milyon pesoyu bulmuştur ve bu miktar 1989’a göre %17 daha yüksektir. Artışın ekonomik kriz ve Avrupa ambargosu ortamında gerçekleşmiş olması ayrıca önemlidir (Erkoç, Çağlayan, 2007).

Küba Halk Sağlığı yasasında ulusal sağlık sisteminin ilkeleri şu şekilde belirlenmiştir:

- a- Hükümet tarafından organize edilen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri,
- b- Bütün nüfusun ulaşılacağı ve parasız, evrensel nitelikli sağlık hizmeti,
- c- Koruyucu hizmetlerin sistemin merkezinde bulunması,
- d- Tıbbi bilimsel ve teknik gelişmelerin güncel olarak uygulanması,
- e- Sağlık hizmetlerine topluluk katılımı,
- f- Uluslar arası işbirliği, sistemin planlı gelişimine kapsamlı yaklaşım (Erkoç, Çağlayan, 2007).

Ulusal sağlık sistemi ulusal, eyalet ve belediye düzeyinde örgütlenmiştir. Bu yapı ülkenin yönetsel yapısıyla uyumludur (Sargutan, 2006, s. 193).

Küba'da sağlık sistemi yalnızca devlet tarafından finanse edilir. Devlet kısıtlı olanaklarına rağmen koruyucu hekimlik hizmetleri, tanısal testleri ve hastanede yatan hastalar için de ilaçları ücretsiz sunmaktadır. Hastalar ayaktan reçete edilen ilaçlar, işitme, diş ve ortopedik protezler, tekerlekli sandalye, koltuk değnekleri vb. malzemeler için cepten harcama yapmaktadır. Fakat cepten harcamalar çok düşük orandadır ve devlet tarafından sübvansede edilmektedir. Devlet düşük gelir gruplu hastalar için söz konusu malzemeleri ücretsiz sağlamakla yükümlüdür.

Küba ABD ambargosuna rağmen sosyalizmin ilkelerinden vazgeçmemiş ve sağlık harcamalarına ayırdığı payı azaltmamıştır. Toplam sağlık harcamalarının % 90'ı genel bütçeden karşılanmaktadır (Erkoç, Çağlayan, 2007).

Hizmetin sunumu;

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Aile Hekimliği Sistemi

Aile hekimliği ekibi bir mahalle ve küçük bir bölgedeki nüfusun sağlık hizmetlerini yönetmektedir.

Aile hekimleri sabahlarını klinikte tedavi edici hizmetlere, öğleden sonralarını ise ev ziyaretlerine ayırırlar. Ev ziyaretleri ile primer korunma hedeflendiği gibi akut bakım ihtiyacı olan ve kronik hastalık nedeniyle rehabilitasyon gereksinimi olan hastalara da evlerinde hizmet götürülür. Aile hekimlerinin görevleri sağlık eğitimi, tanısal testler, doğum öncesi bakım, bağışıklama, beslenmenin izlenmesi, servikal yayma, mamografi hizmetlerini verme, hipertansiyon, tütün alışkanlığı ve stres ile mücadele ve sağlığın geliştirilmesi çalışmalarıdır. Bu organizasyonun hastaneler üzerindeki yükü azaltacağı ve bireylerin sağlık sorunlarının yaşadıkları alanda çözümleneceği düşünülmektedir (Erkoç, Çağlayan, 2007).

#### İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Poliklinikler

Poliklinikler sağlık sisteminin temel birimi olarak tanımlanmış ve bireye ve çevreye yönelik bütün sağlık hizmetlerinin sunumu ile görevlendirilmiştir. Polikliniklerin temel görevleri; ana ve çocuk bakımı, yetişkin sağlığı, diş sağlığı, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, çevre sağlığı, besin kontrolü, okul sağlığı ve mesleki ve iş sağlığı hizmetleridir.

#### Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri: Hastaneler

Hastanecilik hizmetleri de diğer sağlık hizmetleri gibi parasızdır. 1990'ların başında yaşanan ekonomik kriz nedeniyle özellikle ikinci ve üçüncü basamak hizmetler ve ithal edilen malzeme ile ilaçlarda sıkıntı yaşanmıştı. Bu dönemde birinci basamak hizmetlere kaynak aktarımı artırılırken, ikinci ve üçüncü basamaklara yapılan harcamalar azalmıştı (Erkoç, Çağlayan, 2007).

#### 4.6. Almanya

Endüstrileşmiş ve zengin bir ülke olup, refah devleti yönelimli bir sağlık ödediği primlere dayanan zorunlu sağlık (ve sosyal) sigortası uygulanır. Bismarck modeli denilen bu uygulamanın kaynak ülkesidir (Sargutan, 2006, s. 142).

Dünyadaki ilk sağlık sigortası olan Alman sağlık sigortası kuruluşundan bu yana toplumsal gelişmelerle birlikte pek çok değişime uğramıştır. İki Dünya Savaşı yaşanmış ve ciddi ekonomik krizlere rağmen hayatta kalmaya devam etmiştir (Deppe, 2005).

Almanya'da işçilerin sağlık sigortasına yönelik yasanın 1884' te yürürlüğe girmesiyle birlikte Yasal Hastalık Sigortası başlamıştır. YHS' yi kaza, yaşlılık ve işgöremezlik sigortaları izlemiş, böylece yüzyıl dönemin başbakanı Bismarck' ın sosyal yasaları ile sonlanmıştır (Öcek, 2007).

Bu sistemin en önemli ayırıcı özelliklerinden birisi kolektif finansman ve özel hizmet sunumunun beraberliği olan sistemin çekirdeğini çok geniş hizmet kapsamı ile YHS oluşturur. Toplumun % 90' ının sağlığını güvence altına alan kamusal nitelikteki YHS dört temel ilke üzerine kurulur: yardımlaşma, belli bir gelir düzeyine kadar sigorta zorunluluğu, sağlık bakımı hakkı ve özerklik. Hizmet sunumunun en tipik özelliği ise halk sağlığı hizmetlerinin, ayaktan hizmetlerin ve yataklı tedavi hizmetlerinin birbirinden çok kesin sınırlarla ayrılmış olmasıdır (Busse, 2005) .

Sistem üç temel özerk yönetimden oluşur: Hastalık Sandıkları Birliği, YHS Doktorları Birliği, Federal Ortak Komite (Öcek, 2007).

2003 yılında Almanya'da kişi başı sağlık harcaması 2851 Avro iken toplam sağlık harcaması 235,3 milyar Avro ile ulusal gelirin % 11,1' ini oluşturmaktaydı. Almanya 2002 yılında OECD ülkeleri arasında ödeme gücüne göre standardize edilmiş kişi başı sağlık harcamaları bakımından altıncı, sağlık harcamalarının GSMH içindeki yüzdesi bakımından üçüncü sırada yer almıştır. Sağlığın GSMH' daki payının yıllık artışı 1992-2002 arasında % 2.2 olarak bildirilmiştir.

Bütün sistemlerde olduğu gibi YHS üyeleri ve katılım payları belirli kurallar çerçevesinde oluşturulmuştur. Gelirleri belli bir sınırı aşmayan işçiler ve memurlar YHS' ye üye olmak zorundadır. Her yıl gelir oranındaki değişime ve paranın değerine göre belirlenen bu sınır 2005 yılında aylık brüt 3900 Avro düzeyinde tutulmuştur. YHS kapsamındaki bireylerin üçte biri aile üyesi olarak sigortalanmıştır. Katılım payının yarısı çalışan yarısı işveren tarafından karşılanır. Emekliler ve

işsizlerde işverenin yerini emeklilik ve işsizlik sigortası alır. Sosyal yardım alanların katılım payını sosyal yardım kurumları öder. Öğrenciler ve stajyerler katılım payının yedide birini öderler.

YHS hizmet kapsamında farklı oranda ve sürede katılım payı ödeyen kişiler hastalık durumunda aynı hizmetleri talep etme hakkına sahiptir. YHS' nin görevleri aşağıdaki başlıklar altında özetlenebilir.

- İşyerinde hastalıklardan koruma ve sağlığın geliştirilmesi

- Hastalıkların tedavisi (ayaktan hekim ve diş hekimi tedavisi, 18 yaşa kadar ortodontik tedavi, ilaçlar ve yardımcı gereçler, terapi hizmetleri, hastane tedavisi, evde bakım, doğum öncesi ve sonrası bakım, doğum, rehabilitasyon ve sosyal tedavinin bazı alanları)

- Acil sağlık ve kurtarma hizmetleri, bazı sağlık durumlarında hasta nakli

- Hasta eğitimi gibi bazı diğer hizmetler

çalışamayacak durumda olan sigortalılara işverenler ücretlerin altı hafta boyunca öderler, daha sonra, YHS' den hastalık parası alınır (Öcek, 2007).

Cepten ödemeler toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1992-2003 arasında % 10.7' den, % 12.3' e çıkmıştır. Cepten ödemeler, YHS kapsamındaki hizmetler için yapılan ek ödemelerden veya kapsam dışındaki hizmetlerin tamamının ödenmesinden oluşmaktadır. Özel sağlık sigortasında ise Özel Sağlık Sigortalar Birliği çatısı altında toplanan 49 sağlık kurumu bulunmaktadır. Özel sağlık sigortalılar genellikle yüksek gelirli beyaz yakalı çalışanlardan, serbest çalışanlardan ve devlet memurlarından oluşmaktadır.

Hizmet sunumunda, ayaktan sağlık hizmetleri özel kazanç yönelimli olan doktor, dişhekimisi, eczacı, fizyoterapistler, psikoterapist, diş teknisyenleri vb. serbest çalışan sağlık meslek grupları tarafından sunulmaktadır. Muayenehanelerin

yatırımlarını ve sürekli masraflarını doktorlar finanse eder, hizmetlerin karşılığı YHS, özel sigortalar veya hastalar tarafından verilir (Öcek, 2007).

Sigortalılar yılın dörtte birlik bölümü içinde değiştiremeyecekleri bir aile hekimi seçmeye yönlendirilirler. 2000' den bu yana aile hekimlerine ve uzman hekimlere ayrı bir havuzdan ve giderek farklılaşan ödeme cetvelleri üzerinden ödeme yapılmaktadır. Ayrıca 2005' ten itibaren YHS Doktorları Birliği içinde aile hekimleri kotalara göre temsil edilmektedir.

2002 yılında yataklı sağlık hizmetleri konusunda yapılan istatistiğe göre ülkede 1343 koruma ve rehabilitasyon merkezi, 2222 hastane bulunduğu ve 10000 nüfusa 66.3 yatak düştüğü bildirilmiştir. Genel hastanelerin % 41' i vakıflara, % 37' si federal devlete, eyalet devletlerine veya belediyelere ve % 22' si özel sektöre aittir.

Hastanede tedavi için bir sandık hekiminin sevkı zorunludur. Fakat hasta istediği hastaneyi seçebilir. 1991-2002 arasında hastanede kalma süresi % 54 oranında azalırken, olgu sayısı % 20 oranında artmıştır. 1992' de hastaneler ayaktan ve yataklı bakım sektörleri arasında bir bağlantı kurulması amacıyla operasyon öncesi ve sonrası bakıma ve ayaktan operasyonlara açılmıştır. 2004' de hastanelere Hastane Yönetimi Programı (HYP)' na katılarak YHS hekimleriyle işbirliği yapma izni verilmiştir. Hastaneleri temsil eden Alman Hastaneler Topluluğu'nun gücü hastane sahiplerinin çok çeşitlilik göstermesi nedeniyle oldukça zayıftır. Hastanelerin yatırım harcamaları eyalet devletleri tarafından vergiler aracılığıyla finanse edilir, hasta bakımı ile ilgili masraflar ise YHS tarafından karşılanır (Öcek, 2007).



## 5. HİZMETTE DEĞİŞİM

### 5.1. 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları

16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümetin Acil Eylem Planında “Herkesi Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Bunların başlıcaları:

- 1- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- 2- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- 3- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- 4- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- 5- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- 6- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- 7- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- 8- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- 9- Tüm kam kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- 10- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- 11- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi (SB, 2008).

Acil Eylem Planı'nı belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur.

- 1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
  - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
  - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
  - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,

- 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi (SB, 2008).

## 5.2. Yeni Sağlık Politikaları

### 5.2.1. İnsan Merkezli Hizmet İçin Zihniyet Değişimi

Sağlıkta Dönüşüm Programının merkezine “önce insan” anlayışının yerleştirilmesinin sebebi, insanımızın hakkı olan sağlık hizmetinin devlet tarafından sağlanan bir lütuf değil, bir hak teslimi olduğu bilincidir

Vatandaşlarımızın sağlık hizmetine ulaşmalarının önündeki engeller birer birer kaldırılmıştır. Artık insanımız, istediği sağlık tesisine rahatlıkla gidebilmekte, ilacını istediği eczaneden eksik ilaç bahanesiyle geri dönmeden rahatlıkla alabilmekte, kuyruklarda saatlerce beklememektedir (SB, 2008).

Artık ülkemizdeki bütün hastanelerimizde hasta hakları birimlerimiz bulunmakta, hastalar hastanelerimizin büyük çoğunluğunda tercih ettikleri doktorlara muayene olabilmekteler. Hastanelerimiz tıbbi cihaz ve donanım açısından çok iyi seviyelere gelmiş durumdadır. Yirmi bin yeni hasta yatağı oluşturulmuştur. Yeni hastane projelerimizde hasta odalarına banyo, tuvalet konmakta, odalar 1 veya 2 yataklı olarak yapılmaktadır. Yoğun bakım yatak kapasitesi yedi buçuk katına çıkarılmıştır (SB, 2008).

İnsan merkezli bir yönetim anlayışı ve yerinden yönetim ilkesi gereğince; Bakanlık merkez teşkilatının üzerinde olan yetkilerin bir kısmı taşra teşkilatına bırakılmıştır: Birinci basamak sağlık kuruluşlarının açılıp kapatılma ve 24 saat hizmet veren sağlık ocaklarını tespit ve çalıştırma yetkisi, eczanelerin açılıp kapatılma ve ruhsat işlemleri yetkisi, kontrole tâbi müstahzarların satış/sarf hareketlerinin takibi ve personel özlük işlemleri gibi birçok yetki illere devredilmiştir.

Bürokratik işlemleri azaltmak ve hizmet gereği ihtiyaç duyulan tıbbi cihaz ve makine teçhizat alımı ve onarımları ile demirbaş gibi malzemelerin döner sermaye gelirlerinden zamanında temin etmek amacıyla belli limitler dahilinde kurum ita amirine yetki verilmiştir (SB, 2008).

#### 5.2.2. Yaygın ve Eşit Sağlık Güvencesi: Genel Sağlık Sigortası

Sağlıkta Dönüşüm Programı, hakkaniyet ilkesi doğrultusunda, vatandaşlarımızın ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve sağlık hizmetlerini ihtiyaçları ölçüsünde alacakları bir sosyal sigorta modeli geliştirmeyi hedeflemiştir.

Genel sağlık sigortasının yasal ve kurumsal alt yapısı oluşturuluncaya kadar mevcut sosyal güvenlik kuruluşları arasında harmonizasyon sağlanmasına yönelik önemli adımlar atılmıştır. 2004 İlaç Fiyat Kararnamesiyle SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, DPT ve Hazine görevlilerinin dâhil olduğu geri ödeme komisyonu oluşturulmuştur. Böylece farklı sosyal güvenlik kuruluşlarının uyguladıkları farklı geri ödeme mekanizmalarını ortadan kaldıracak, ortak bir model ve strateji geliştirecek yapılanma sağlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birlikte, bütün sosyal güvenlik kurumlarının katılımı ile vatandaşımıza üniversite hastaneleri ve devlet hastaneleri tarafından verilen sağlık hizmetinin sunuş biçimi ve fiyatlandırılmasını kapsayan düzenlemeler yapılmıştır. Tıbbi hizmetleri tanımlayan hizmet adlandırmaları yeniden gözden geçirilmiş, uluslararası kod sistemlerinden de yararlanılarak yeni ve detaylı listeler hazırlanmıştır. Böylece yapılan tıbbi hizmetlerin kayıt altına alınmasında, bütün kurumlarca ortak bir veri tabanı oluşturulmasında, hizmet faturalarının standart hale getirilmesinde önemli adımlar atılmıştır (SB, 2008).

Sağlık hizmet sunucularının hizmet sunum modelleri ve hedef kitleleri arasında birlik sağlanması konusunda radikal değişikliklere gidilmiş ve kamu

sigortacılığı kapsamında olan vatandaşlarımızın özel sağlık kuruluşlarından da hizmet almasına fırsat tanınmıştır. Böylece kamu hastaneleri ile özel hastanelerin hizmet verme tarzı arasında uyum sağlanmıştır. Diğer taraftan devlet hastaneleri ile SSK hastaneleri arasındaki ayrımcılığın ortadan kaldırılmasıyla, kamu hastane işletim modelleri arasında birlik sağlanmıştır.

Bütün sosyal güvenlik kuruluşlarınca ortak bir ilaç veri tabanının kullanılması ile aynı standartlara dayalı, tek elden ilaç takibi ve kontrolünün yapılmasına imkân sağlayan alt yapı oluşturulmuştur. Benzer tarzda tek bir sisteme dayalı hak ediş ve hizmet kontrolünü sağlayacak ortak veri tabanları oluşturulmuştur. Gelir düzeyi düşük olan vatandaşlarımızı kapsayan yeşil kart uygulamasının kapsamı genişletilmiş ve yeşil kart uygulaması gerçekçi ve etkili bir hale getirilmiştir. Böylece düşük gelir düzeyindeki vatandaşlarımız da SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı'ndan farksız bir sağlık sigortası güvencesine kavuşturulmuştur (SB, 2008).

5502 sayılı kanunla Sosyal Güvenlik Reformunun ilk adımı atılmış ve bütün sigorta kurumları yeniden yapılandırılarak Sosyal Güvenlik Kurumu adıyla tek çatı altında toplanmıştır. Ardından çıkarılan 5510 sayılı kanunla bütün nüfusun sosyal güvenlik kapsamına alınmasıyla sağlık hizmetlerine erişimdeki ve finansmandaki eşitsizliklerin giderilmesi hedeflenmiştir.

Geçmişte SSK, Bağ-Kur, ES, kamu çalışanları ve yeşil kartlılar olmak üzere beş farklı kalite ve standartta sunulan kamu sağlık sigortacılığı birleştirilmiş ve tüm vatandaşlarımıza eşit kapsam ve kalitede sağlık sigortacılığı hizmeti verilen bir yapıya dönüştürülmüştür.

Sosyal güvenlik reformunun temel amacı adil, kolay erişilebilir, yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlayan, mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal koruma sistemine ulaşabilmektir.

Sağlık kuruluşları ve hizmet sunucularına kaynak aktarmak yolu ile hizmetlerin sübvansede edilmesi yerine, prim ödeme gücü olmayan vatandaşların sübvansede edildiği sosyal sigortacılık programı başlatılmıştır (SB, 2008).

Tüm nüfusun kapsam altına alınması ile sağlık güvencesine sahip olmayanlar sürekli sağlık güvencesine kavuşturulmuştur. Sağlık güvencesi anlamında farklı standartlarda uygulamaları olan mevcut kuruluşlara tabi sigortalılar arasında eşitlik sağlanmıştır. 18 yaş ve altındaki bütün çocuklar sağlık hizmetlerinden koşulsuz yararlandırılmaya başlamıştır (SB, 2008).

Sağlık Bakanlığı ile birlikte belirlenen yurt içinde tedavinin mümkün olmadığı durumlarda, bütün sigortalılara yurt dışında tedavi olanağı sağlanacaktır. Ayrıca bu kişilerin yol parası, zaruri masraf ve refakatçi giderleri de karşılanacaktır.

Bu arada Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği, vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden eşit ve kolayca yararlanmasını sağlama yolunda yeni bir dönem başlatmıştır. Yürürlükte olan yasalar çerçevesinde farklı sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki vatandaşlarımız sağlık hizmetleri karşısında eşit hale getirilmişlerdir.

Temmuz 2007 başından itibaren birinci basamak sağlık kuruluşlarımızda verilecek hizmetler için vatandaşlarımızdan sosyal güvencesi olmasa dahi hiçbir ücret talep edilmemeye başlanmıştır (SB, 2008).

SGK' nın kurulmasının sonucu olarak GSS sistemine yönelik yeni yönetim düzenlemeleri ortaya çıkmıştır. 2004 yılında bir Geri Ödeme Komisyonu kurulmuştur. Bu komisyon; SGK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, MB, DPT ve Hazine Müsteşarlığı temsilcilerinden oluşmaktadır. Komisyon sağlık hizmetleri, ilaçlar ve SGK' nın geri ödemesini yaptığı sağlık hizmetleri için fiyat belirlenmesinden ve SGK teminat paketinde değişiklikler yapılmasından sorumludur. Bu Komisyon'un altında Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yer almaktadır. Bu alt komisyon Geri Ödeme Komisyonu tarafından karar alınmasını kolaylaştırmak için gerekli teknik çalışmalardan sorumludur. Tüm sağlık sigorta fonları için tek bir Geri Ödeme Komisyonu'nun kurulmasıyla birlikte, önceden var olan parçalı sistemin yerini alan ve tüm fonları etkileyecek ödeme stratejilerinin ele alınmasına yönelik bir mekanizma oluşturulmuştur (OECD ve Dünya Bankası, 2008)

### 5.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık ocaklarının kapasitesi muayene odalarının artırılması suretiyle yapıldı. Yeni ek birimler kiralandı. Yerel yönetimlerce yeni sağlık ocaklarının yapımı teşvik edildi. Bu arada performansa dayalı ek ödeme sistemi ile artan hasta yüküne karşı sağlık çalışanlarına destek sağlandı. Sosyal güvenlik şemsiyelerinin kapsayıcılığı artırıldı. Ancak yine de sosyal güvenlik şemsiyesi dışında kalan küçük bir grup vatandaşımıza da erişebilmek, onların da temel sağlık hizmetlerine ücretsiz olarak erişebilmelerini sağlamak gerekiyordu. Bunu hizmetin sürdürülebilirliğini sağlamadan ve sağlık çalışanlarının motivasyonlarını bozmadan gerçekleştiremezsek hizmet kalitesinde düşme olabilirdi.

1 Temmuz 2007'den itibaren birinci basamak sağlık hizmetleri tamamen ücretsiz vermeye başlanmış oldu. O tarihten bu yana vatandaşlarımız herhangi bir birinci basamak sağlık kuruluşumuza diledikleri zaman başvuruyor, hiçbir ücret ödmeden ve hiçbir belge göstermeden istedikleri hizmeti alabiliyorlar.

Ayrıca 26 Haziran 2008'de yayınlanan Başbakanlık genelgesi ile; acil tıbbi müdahale gerektiren her türlü durumda hastanın uygun bir sağlık kuruluşuna ulaştırılması ve getirildiği sağlık kuruluşunda gerekli acil müdahalelerin öncelikli ve ön şartsız olarak yapılması sağlanmıştır. Özel veya kamu ayrımı yapılmaksızın bütün hastaların nakil ve sevk işlemlerinin 112 komuta kontrol merkezi koordinasyonunda yapılması zorunluluğu getirilerek, hastaların hastane hastahane dolaştırılmasına bağlı oluşabilecek zararların önüne geçilmiştir. Acil tıbbi müdahale gerektiren durumlarda; sosyal güvencesi ve ödeme gücü bulunmayan hastalardan ücret alınmaması, hizmet bedellerinin sağlık kuruluşunun bulunduğu sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından/belediyelerden talep edilmesi, sosyal güvencesi olan hastalardan ise, fark ücreti istenmemesi sağlanarak vatandaşların mağduriyeti önlenmiştir. 5510 sayılı kanunun 1 Ekim 2008'de yürürlüğe girmesi ile bu alanda atılan adımların son halkası da tamamlanmıştır (SB, 2008).

#### 5.2.4. Temel Sağlık Hizmetleri

Sağlıkta Dönüşüm Programına yeni eklenen bileşenlerden biri olan Sağlık Geliştirilmesi ve Sağlıklı Hayat Programları ile genel tıbbi yaklaşımın çok ötesinde, çok daha kapsamlı, sağlık sektöründeki bütün aktörleri ilgilendiren geniş bir sorumluluk alanı oluşturulmasını planlamaktayız. Bu çerçevede işbirliği gereken tüm alanlarda farkındalığı sağlayacak çabaları daha da artıracaktır.

Vatandaşlarımızın sağlıklı hayat programlarına erişiminin sağlanması temel ve öncelikli hedefimiz olacaktır. Ömrün uzaması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele başarısı, ana-çocuk sağlığındaki başarılar sonucunda hastalık yükü sıralamasında kronik hastalıklar ön sıralara çıkmaktadır. Kronik hastalıkların, hastalık yükü sıralamasında daha da ön sıralara geçeceği ve bunun sonucunda tedavi maliyetlerinin yükseleceği beklentisi söz konusudur. Bu sebeple, kronik hastalık risk faktörleriyle mücadele etmeyi önelemek, vatandaşlarımızın kendi sağlık durumlarını kontrol edebilme yetilerini geliştirmek ve koruyucu hekimlik yaklaşımını sağlığın merkezine tamamen yerleştirmek gerektiği aşikârdır (SB, 2008).

##### 5.2.4.1. Sağlık Ocaklarında Yeni Düzenlemeler

Birinci basamak sağlık kuruluşları döner sermaye ile güçlendirilerek teşhis araçları yaygınlaştırılmıştır. Ayrıca bu hizmetlerde çalışan sağlık personeline performansa göre katkı payı verilerek, motivasyon sağlanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin sisteme katılımıyla yeni bir yapılanmaya gidilmiştir. Kasım 2008 itibarıyla 7.122 birinci basamak sağlık hizmet kuruluşu faal halde (içinde hekimi ile birlikte) hizmete devam etmektedir. 2002 yılında 1.572 faal sağlık evimiz mevcut iken Kasım 2008 itibarıyla 4.798 sağlık evimiz faal hale gelmiştir. Bu artış kırsala götürdüğümüz sağlık hizmetinin nicelik ve niteliğini büyük ölçüde yükseltmiştir. Faal sağlık evi (içinde ebisiyle birlikte) sayısında nihai hedefimiz 5.950'dir. 2002 yılında faal sağlık evi oranı %22 iken, 2008 yılı faal sağlık evi oranı % 81'e ulaşmıştır (SB, 2008).

2008 yılında, 2002 yılına göre birinci basamak sağlık hizmet kuruluşlarımızda çalışan hekim sayımız aynı olmasına rağmen yapılan muayene sayıları % 125 artmıştır. Hekim başına düşen hasta sayısında ise sadece % 10'luk bir artış meydana gelmiştir. Kişi başı hekime müracaat sayısı 2002 yılında yılda 3 iken 2008 yılında bu rakam 6,3 olmuştur. Yaptığımız çalışmalar neticesinde hem verimli hem erişilebilir hem de hakkaniyetli bir sağlık hizmet sunumu sağlanmaya başlamıştır (SB, 2008).

Birinci basamakta çözülebilecek sorunlar, artan ilgi ve donanımla büyük ölçüde çözülmeye başlanmış, sistemin üst basamaklarının gereksiz yere meşgul edilmemesi ile kaynak tasarrufu sağlanmıştır (SB, 2008).

#### 5.2.4.2. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri

Acil sağlık hizmetleri üzerinde önemle durulması gereken bir halk sağlığı konusudur. Acil hastalık ve yaralanma hallerinde en kısa sürede bir sağlık ekibiyle birlikte olay yerine ulaşmak, yerinde ilk müdahaleyi yapmak ve kişiyi gerekiyorsa en kısa sürede ihtiyacı olan sağlık yardımını alabileceği bir merkeze ulaştırmak önemlidir. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Komuta Kontrol Merkezlerinin tüm illerimizde dijital altyapıları tamamlanmıştır (SB, 2008).

2003 yılı başında 618 olan tam donanımlı 112 ambulansı sayısı bugün 1.771'e ulaşmıştır. 2003 yılı başında 481 olan istasyon sayısı geçen süre içinde 1.306'ya çıkarılmış ve bu konudaki hedefe ulaşılmış oldu.

112 acil sağlık hizmetlerinde kullanılan tüm ambulanslarımızda Avrupa Standardı sağlandı. Hastaların sarsıntısız naklini sağlayan süspansiyonlu sedye sistemleri, ventilatör cihazları, defibrilatör gibi yoğun bakım imkânları sağlayan cihazlar ile personel ve hastanın güvenlik ve konforunu sağlayan yeni donanımlar uygulamaya kondu. Ambulanslarımıza kasko sigortası yaptırılması sağlandı ve bu sayede kazalarda ambulanslarda görev yapan personel ve hastalarımız teminat altına alınmış oldu (SB, 2008).



Tüm sağlık kuruluşlarına acil başvurularda, sigorta veya ödeme işlemlerinden dolayı beklemeye ve geri çevrilmeye son verildi. Sosyal güvencesi olmayan vatandaşlarımızdan ambulans hizmetleri için ücret alınması kaldırıldı (SB, 2008).

1994 yılında, vatandaşların acil hastalık ve yaralanma hallerinde başvuracağı bir merkezin kurulması ve hastalara olay yerinde ilk tıbbi müdahalenin yapılarak uygun tedavi göreceği bir merkeze ulaştırılması amacıyla 112 acil sağlık hizmetleri tesis edilmiştir (SB, 2008).

- 2002 yılı sonunda 481 olan istasyon sayısını 2008 Kasım ayında 1306 ‘ya çıkardık
- 2002 yılı sonunda 618 olan acil yardım ambulansı sayısını 1771’e çıkardık
- 2002 yılı sonunda 140.000 kişiye bir istasyon hizmet vermekteyken şu an 50.000 kişiye bir istasyon hizmet vermektedir.
- 2002 yılı sonunda 380.000 kişiye acil yardım hizmeti sunulmuşken 2008 yılında 1 milyon 350 bin kişiye acil yardım hizmeti verildi. Son beş yılda 112 acil sağlık hizmetlerinden faydalanan kişi sayısı %180 arttı
- 2004 yılında Bakanlar Kurulu Kararı çıkararak ambulans hizmetlerinden ücret alınmamasını kural haline getirdik.
- Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ambulansların asli personeli olan Paramedik ve Acil Tıp Teknisyenlerine müdahale yetkisi verdik ve 2004 yılından itibaren ilk defa bu meslek grubuna Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev verdik.
- Yoğun kiş şartlarının yaşandığı bölgelerde kullanmak üzere her türlü coğrafi ve iklim şartlarına uygun kar paletli ambulanslar ve snow-track araçları satın aldık. Böylece yolların kapalı olması nedeniyle vatandaşlarımızın hayatını kurtarmak için önüne çıkan engelleri bir bir kaldırdık.

- 2007 yılında ilk 10 dakikada ambulansla vakalara ulaşma ortalaması %92 olmuştur. Bu oran gelişmiş ülkelerin ulaştığı oranlarla aynıdır.

- Ambulans donanımlarında Avrupa standartlarını sağladık, hastaların sarsıntısız naklini sağlayan süspansiyonlu sedye sistemleri ile personel ve hastanın güvenlik ve konforunu sağlayan yeni donanımlar kullanmaya başladık. Ambulanslarımızı yoğun bakım imkânı sağlayan cihazlarla donattık.

- Bakanlığımızca yaptırılan 4 adet hızlı deniz botunu ambulans haline getirerek; İstanbul Sarıyer, Balıkesir Marmara Adası, Çanakkale merkez ve Gökçeada'da 2007 yılı Temmuz ayından itibaren hizmete başlattık.

- 2008 yılı başında 81 ilimizin Komuta Kontrol Merkezlerinin dijital alt yapılarını tamamladık. Bu sayede komuta merkezinden tüm ambulansların takibini, hastanelerdeki boş yatak durumlarının tespitini anlık olarak gerçekleştirmeye başladık.

- 2008 yılında Ankara, Erzurum ve İstanbul illerinden başlamak üzere ambulans helikopterleri göreve başladı.

- 2009 yılından itibaren uçak ambulanslar ile motosikletli acil sağlık ekiplerini hizmete başlatmak üzere tüm hazırlıklarımızı tamamlandı (SB, 2008).

#### a- Tele Sağlık Acil Çağrı Merkezi

Tele Sağlık Acil Çağrı Merkezimiz seyir halindeki Türk, yabancı hava ve deniz araçları yetkili personeline her türlü sağlık ve/veya hastalık ile ilgili soru ve sorunlarında 20 Aralık 2006 tarihinden itibaren danışmanlık hizmeti vermektedir (SB, 2008).

## b- Afetlerde Sağlık Organizasyonu

Yaşadığımız afetlerden elde edilen tecrübeler afetlere karşı daha güçlü ve hazırlıklı olmamız gerçeğini bir kez daha ortaya çıkarmıştır. Özellikle 1999 Marmara depremi sonrasında profesyonel medikal kurtarma ekiplerinin eksikliği hissedilmiştir. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğümüz bünyesinde Afetlerde Sağlık Organizasyonu Daire Başkanlığı kurulmuştur. Afetler ve diğer olağandışı olaylarda gerekli tıbbi hizmetleri yürütmek üzere 81 ilde, kısa adı UMKE olan Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri oluşturulmuştur.

2008 yılında afetlerde sağlık organizasyonu ile hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tek elden ve planlı yapılması, afetlerde profesyonel anlamda medikal kurtarma ve müdahale hizmetlerinin daha hızlı ve etkili olması amacıyla Acil ve Afet Daireleri birleştirilerek Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı şeklinde yapılandırılma gerçekleştirilmiştir.

Bugün itibariyle profesyonel anlamda medikal kurtarma ve müdahale hizmetlerinde görev yapmaya hazır 2.526 UMKE personeli mevcuttur.

UMKE ekiplerimiz özellikle deprem gibi felaketler sonrası enkaz içerisinde sıkışmış veya çıkarılması zaman alacak afetzedelerin medikal tedavilerini olay yerinde yapacak kapasitede bilgi ve malzeme ile donanımlıdır. Böylece afetzedelere olay yerinde müdahale ederek doğru olmayan ya da gecikmiş kurtarmaya bağlı oluşacak ölüm ve sakatlıkları en aza indirmek hedeflenmiştir.

UMKE ekiplerimiz aldıkları eğitim ve özel donanımları ile organizasyon yapısı ve sayısı bakımından dünyanın en büyük medikal kurtarma ekibidir (SB, 2008).

Afetlerde kullanılmak üzere “mobil acil sağlık müdahale üniteleri” oluşturulmuş durumdadır. Bu ünitelerin risk analizine göre belirlenen koordinatör illere dağıtımı 2009 yılı içerisinde tamamlanmış olacaktır. Böylece afetten hemen sonra sağlık hizmetlerini olay yerinde tesis edeceğimiz ünitelerde yapabileceğimiz için, geç müdahaleye bağlı sakatlık ve ölümlerin önüne geçmiş olunacaktır, aynı

zamanda hastanelerde oluşabilecek yığılmalar azalacak ve afetzedelere en kısa sürede tedavi imkânı sağlanmış olacaktır (SB, 2008).

Başta deprem olmak üzere yaşanabilecek muhtemel afetlerde iyi eğitilmiş ve ihtiyaca uygun olarak donatılmış gönüllü ekipler aracılığıyla en kısa sürede medikal kurtarma hizmetlerinin sunulması, en hızlı ve güvenli şekilde hasta/yaralı naklinin sağlanması, nakil sonrasında acil tedavi ünitelerinin ve hizmetinin temini ve tüm işler için gerekli profesyonel yönetim organizasyonunun oluşturulması yoluyla afetlerde ölüm ve sakatlıkların kabul edilebilir sınırlara çekilmesi amacıyla 2004 yılında “Afetlerde Sağlık Organizasyonu Daire Başkanlığı” nı kuruldu.

Dört yıl içinde gönüllülük esasına göre 81 ilimizde oluşturulan Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerinde görev alan 2.526 personelin temel eğitimlerini gerçekleştirdik.

Medikal kurtarma ekipleri, temel teorik ve istasyon eğitimlerinin yanı sıra düzenlenen tatbikatlarla her zaman göreve hazır şekilde çalışmalarını sürdürmektedir (SB, 2008).

#### c- Genel Yoğun Bakım ve Yanık Yatak Sayısı

Acil ve ilk yardım sağlık hizmetlerindeki önemli gelişmeler sonucunda hastaların, sağlık kuruluşlarına nakli hızlanmış olup hastanelerimizde yoğun bakım ve yanık yatak sayılarında ihtiyaçlar ortaya çıkmıştır. Bu çerçevede yoğun bakım ve yanık yatak sayılarında artış sağlamak amacıyla harekete geçilmiş ve sayısal bazda önemli artışlar olmuştur. Genel yoğun bakım sayısı 2008 yılı Kasım ayında, 2002 Kasım ayına göre 7,5 kat artış göstermiştir(SB, 2008).

#### d- Zehir Danışma Hizmetleri

Ülkemizde, başta hekimler olmak üzere, hem sağlık çalışanlarına hem de halka yönelik olarak 24 saat esasıyla hizmet veren alanındaki tek birim Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığının bünyesindeki Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM)'dir.

2007 yılında 497.027 çağrının yapıldığı UZEM, 76.508 zehirlenme vakasına tıbbi danışmanlık hizmeti vermiştir.

Ayrıca, ülkemizde meydana gelen zehirlenmelerde (mantar zehirlenmeleri, botulizm, pestisit zehirlenmeleri, terapötik ilaç zehirlenmeleri vb.) ihtiyaç görülen antidotların tedarik edilerek gerek duyulan hastalara ulaştırılması işlemleri de bu Merkez tarafından yürütülmektedir (SB, 2008).

#### 5.2.5. Anne ve Çocuk Sağlığı

Önemli bir kalkınma göstergesi olan anne ölüm oranı, üreme sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ve kalite seviyesi ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle, sağlık alanındaki uluslararası kuruluşlar anne ölüm oranını ciddi bir biçimde izlemektedirler.

Türkiye’deki anne ölümlerini nedenleri ile birlikte ortaya koyan “Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 “sonuçlarına göre, Ülkemizde Anne Ölüm Oranı yüz binde 28,5’tir. Bu araştırmadan edinilen dersler ışığında Anne Ölümleri Veri Sistemi oluşturulmuş, nedenlerine göre anne ölümleri toplanmaya başlanmıştır. Ülkemizde 2007 yılında 285 anne ölümü mevcut olup, 2007 yılı için anne ölüm oranımız yüz binde 21,3’tür. 2008 yılı, ulusal veri sistemine göre yüz binde 19,5’tir (SB, 2008).

Dünyadaki bebek ölümlerinin yarısından fazlasında temel neden beslenme yetersizlikleridir. Günümüzde güvenli ve sağlıklı beslenme her insanın vazgeçilmez hakkı olarak görülmektedir. Bakanlığımız bunu dikkate alarak beslenme programlarına özel bir önem vermektedir. Bebek beslenmesinde ilk 6 ay sadece anne sütü yeterli olmaktadır. İlk 6 aydan sonra uygun ek gıdalara geçilmesi, vitamin ve mineral eksikliklerine özellikle dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu çerçevede “ Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler” , “Demir Gibi Türkiye”, “Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Geliştirilmesi Programı” ve “İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı” gibi bir dizi program yürütülmektedir (SB, 2008).

## 5.2.6. Bulaşıcı Hastalıklarla Etkili Mücadele

### a- Sıtma

DSÖ, bulaşıcı hastalıklar içerisinde sıtma hastalığını AIDS ve tüberküloz ile beraber ilk üç sırada değerlendirmektedir. Ülkemizde de geçmiş yıllarda önemli bir halk sağlığı sorunu olan sıtma hastalığını gündemimizden düşürmek için, DSÖ stratejileri ve Bakanlığımız politikaları çerçevesinde cesaretli ve akılcı adımlar atılmıştır.

Yıllarca vektör mücadelesi için kullanılan insektisit grupları değiştirilerek daha etkili ve uygun ilaçların alınmasına özen gösterilmiştir. Vektör kontrolü amacıyla sıtma yoğun bölgelerde özel çalışma programları hazırlanmış ve bu programların kontrolü düzenli olarak yapılmıştır. Sıtma yoğun illerde koordinasyon sağlanarak ortak çalışma ve bilgi paylaşımları sağlanmıştır. Sıtma hastalarının tespiti amacı ile sürveyans çalışmalarına ağırlık verilmiş, sürveyans ve tedavi hizmetlerini güçlendirmek amacı ile gezici ekipler artırılarak etkin bir şekilde görev yapmaları sağlanmıştır. Sıtma tanısı alan hastaların tedavilerinde aksama olmamasına özen gösterilmiştir. Belediyeler ve ilgili kamu kuruluşları ile işbirliği içerisinde çalışılmıştır. Tüm bu çalışmalar ile 2002 yılında 10 binin üzerinde olan sıtma vaka sayısı, 2007 yılında 313'e düşürülmüştür. Kasım 2008 sonu itibariyle ülke genelinde sıtma vakası 158'e kadar düşmüştür (SB, 2008).

### b- Verem

Verem (tüberküloz) insanlık tarihi kadar eski bir hastalık olmasına rağmen hala tüm dünyada bir halk sağlığı sorunu olarak önemini korumaktadır. DSÖ'nün raporlarına göre dünya nüfusunun 1/3'ü verem hastası olmaksızın verem mikrobunu almış durumdadır.

Ülkemizde verem mücadelesi, 243 Verem Savaşı Dispanseri, 22 Bölge Tüberküloz Laboratuvarı, 4'ü Çok İlaça Dirençli Tüberküloz (ÇİD-TB) Referans Merkezi, 22 Göğüs Hastalıkları Hastanesi yanında tüm birinci ve ikinci basamak

sağlık kuruluşlarını içerecek şekilde Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı (UTKP) çerçevesinde yürütülmektedir.

Verem Savaşı Dispanserlerinde her yıl 3 milyona yakın poliklinik muayenesi, 2 milyona yakın radyolojik tetkik, 100 binin üzerinde bakteriyolojik muayene yapılmaktadır. 2008 küresel raporunda DSÖ tarafından ülkemizin verem insidansı yüz binde 29, verem prevelansı yüz binde 32 olarak hesaplanmıştır. Verem (tüberküloz) hastalığı ile savaşta, kesin teşhis ve hastalığı bulaştıran vakaların kayıt altına alınması için yayma (smear) yöntemi ile tespit büyük önem taşımaktadır. DSÖ 2004 Küresel Tüberküloz Raporu'na göre, 2002 yılında Türkiye için öngörülen veremli hasta sayısının %62'sine yayma (+) yöntemi ile ulaşılmışken, 2008 Küresel Tüberküloz Raporu'na göre ise 2006 yılında bu oran %80 olarak bildirilmiştir. Böylece bu konuda DSÖ' nün ülkeler için asgari hedef olarak belirlediği %70'in üzerine çıkmıştır. Türkiye olarak bu konudaki hedefimiz %90'ın üzerine ulaşmaktır.

Verem hastalığı uzun süreli tedavi gerektirdiğinden, hastaların uyumu ve kontrol altında olması büyük önem taşımaktadır. Verem hastalığıyla mücadelede "Doğrudan Gözetim Altında Tedavi" uygulamasına 2003 yılında başlanmış olup artık veremli hastalarımızın tedavisi bu yolla yürütülmektedir. Doğrudan Gözetim Altında Tedavi (DGT), verem hastalarının ilaçlarının tam tedavi sağlanıncaya kadar bizzat bir sağlık personeli veya yetkin bir başka kişi tarafından verilmesidir. 2007 yılında ülke genelinde hastaların %90,5'i DGT altında tedavi edilmiştir

Ulusal Tüberküloz Referans ve Araştırma Laboratuvarı olarak hizmet veren RSHMB merkez laboratuvarı, Verem Savaş Dispanserleri ve Bölge Tüberküloz Laboratuvarlarının alt yapılarının geliştirilmesine yönelik olarak, teknik danışmanlık ve eğitim çalışmalarını kesintisiz bir şekilde yürütmektedir. Tüberküloz laboratuvarlarının teknik standardizasyonunun sağlanması amacı ile mikroskopi ve ilaç duyarlılık testlerinde dış kalite kontrol sistemi kurularak 2005-2007 yıllarında 7 merkezde yapılan pilot çalışmalar tamamlanmıştır (SB, 2008).

Veremle mücadele programlarında "sürveyans sistemi" programın takibi açısından son derece önemlidir. 2005 yılına kadar yığılma veri olarak toplanan verem hastalarına ait veriler, 2005 yılından itibaren vaka bazlı olarak kayıt edilmeye ve

hastalar tek tek takip edilmeye başlanmıştır. Bu sayede, veri kalitesinin artmasının yanı sıra çift kayıtların ayıklanması mümkün olmuş ve tedavi sonuçları her bir hasta için ayrı ayrı takip edilebilmiştir. Programın bir diğer ana bileşeni, uzun zaman alan tedavinin aksatılmadan sürdürülmesi ve başarı ile tamamlanmasıdır. Ülkemizde tüm verem ilaçları Bakanlığımız tarafından temin edilmekte ve tüm verem hastalarına ücretsiz olarak Doğrudan Gözetim Altında Tedavi (DGT) şeklinde verilmektedir.

Tedavi sonuçlarının vaka bazlı olarak bildirilebilmesi ve tedavi başarısının da son birkaç yıldır yüksek olması sonucunda 2006 yılında yüz binde 44 olarak hesaplanan verem prevalansı, bir yıl içinde büyük azalma kaydederek 2007 yılında yüz binde 32'ye düşmüştür (SB, 2008).

#### c- Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıklar

2005 yılından itibaren bulaşıcı hastalıklar kontrolü ile ilgili projeler başlatılmıştır. Bu projeler kapsamında merkez ve il sağlık teşkilatında çalışan toplam 46 personele (doktor) ileri düzey epidemiyoloji eğitimleri verilmiş ve verilmeye devam etmektedir. Aynı projeler kapsamında İl Sağlık Müdürlükleri Bulaşıcı Hastalıklar Şubesinde çalışan toplam 240 doktora orta düzey epidemiyoloji eğitimleri verilmiştir. Sahada çalışan yaklaşık 7.000 doktora temel epidemiyoloji kursu verilmiştir. Personel kapasitesindeki bu güçlenme ile salgınlara müdahale erken ve daha bilimsel olmaya başlamıştır. 2005 yılında yenilenen bildirim sisteminin getirmiş olduğu sürveyans farklılıkları ve sahada uygulanan eğitim programları sonucunda su ve besinlerle bulaşan hastalık sayıları azalmaktadır.

2002 yılında 27.550 vaka ve 4 ölüm tespit dizanteri/akut kanlı ishal vaka sayısı 2008 yılında 6.670'e inmiş olup son iki yıldır da bu hastalıklara bağlı ölüm tespit edilmemiştir (SB, 2008).

#### d- Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi

Tıp alanındaki gelişmelere rağmen hastane enfeksiyonları tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Ciddi seyrederek ölümlere neden olabilen hastane enfeksiyonları başta hasta güvenliği olmak üzere sağlık personeli, ziyaretçiler, sağlık



dışı personel ve halk sağlığı için bir tehdittir. Hastaların hastanede yatış süresini uzatıp ülke ekonomisine mali yük getiren hastane enfeksiyonlarının sıklığını önlemler olarak azaltmak mümkündür (SB, 2008).

Hastane enfeksiyonları tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de önemli bir sorundur. Hastane enfeksiyonları konusunda gelişmiş ülkelerde 40-50 yıldır ciddi çalışmalar yapılmasına rağmen, ülkemizde ilgili uzmanlık alanlarının çalışmaları dışında konuyla ilgili çalışmalar ve idari destek çok yetersizdi. Bakanlığımız bünyesinde bu alandaki çalışmalara Eylül 2004’de başlanmıştır.

Hastane enfeksiyonları alanında mevzuat çalışmaları 2005–2007 yılları arasında tamamlanmış olup, uygulamalar “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği; (11.08.2005–25903 RG) kapsamında gerçekleştirilmektedir. Çalışmalar, Bakanlığımız öncülüğünde değişik tıp fakültesi ve eğitim araştırma hastanelerinden alanında uzman kişilerden oluşan, “Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulu” görüşleri ve kararları doğrultusunda yürütölmektedir.

Kaliteli sağlık hizmeti sunumunun geliştirilmesinde önemli araçlardan biri hizmet sunumunun gerektirdiği özelliklere uygun insan gücü yetiştirmektir. İlgili Yönetmelik gereği tüm yataklı tedavi kurumları, bin yatak için tercihen ulusal/uluslararası sertifikaya sahip bir enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanını enfeksiyon kontrol EK hekimi, her iki yüz elli yatak için Bakanlıkça sertifikalandırılmış enfeksiyon kontrol hemşireliği sertifikasına sahip bir hemşiresini enfeksiyon kontrol hemşiresi olarak görevlendirmekle yükümlüdür.

2007 yılından bu yana yapılan enfeksiyon kontrol eğitimleri ile bugüne kadar 145 enfeksiyon kontrol hekimi ile 365 enfeksiyon kontrol hemşiresi Ulusal sertifika sahibi olmuştur (SB, 2008).

Bilimsel Danışma Kurulu çalışmaları ile “Hastanelerde Havalandırma ve Kontrolü” ulusal standardı hazırlanmıştır. Hastane enfeksiyonları alanında yürüttüğümüz ciddi çalışmalar sonucunda 2006 yılından bu yana ulusal verilere ulaşp ulusal politikalar geliştirebiliyoruz. İlgili Yönetmeliğe göre hastane yönetimleri her yılın en geç Şubat ayının sonuna kadar hastane enfeksiyon hızları ve

sürveyans sonuçlarını içeren yıllık faaliyet raporlarını Bakanlığa bildirmekle yükümlüdürler. Bilimsel Danışma Kurulunun desteğiyle hastane enfeksiyonu verilerinin tek merkezde toplanıp analiz edilmesi, analizlerin değerlendirilerek geri bildirimlerin yapılması, hastane enfeksiyonlarının kontrolüne ve önlenmesine yönelik politikaların geliştirilmesi amacıyla “Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sistemi” geliştirilmiştir.

Hastane enfeksiyonlarına ait veriler 2005–2007 yıllarında internet ve normal posta yolu ile formlarla toplanmıştır. 2006 yılında bildirim yapan yataklı tedavi kurumu sayısı 937 iken 2007 yılında bu sayı 1113’e yükselmiştir. 2006 yılında yataklı tedavi kurumlarının %91,0’inde EK komitesi, %89,1’inde EK hekimi, %92,8’inde EK hemşiresi, %74,9’unda EK programı bulunurken bu değerler aynı sıra ile 2007 yılında %91,7, %92,8, %94,6 ve %80,6’ya yükselmiştir.

Benzer şekilde 2006 yılında kurumların %18,4’ünde yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ilişkili enfeksiyon sürveyansı yapılırken bu değer 2007 yılında %26,2’ye yükselmiştir. 2007 yılında kurumların %37,7’sinde cerrahi alan enfeksiyon sürveyansı yapılmaktadır.

Bugün itibarıyla hastane enfeksiyonu hızları sınıflandırılmakta ve persentilleri çıkartılmaktadır. Artık hastaneler sürveyans yaptıkları birimlerde cerrahi alan, invaziv araç ve servis enfeksiyon hızlarını Ulusal hızlarla karşılaştırabilmektedir. Ayrıca antimikrobiyal direnç hızları da değerlendirilmektedir (SB, 2008).

Bakanlığımız bünyesinde geliştirilip Ağustos 2007 tarihinde ulusal kullanıma açılan web tabanlı UHESA (Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı) ile uluslararası standartlarda güncel hastane enfeksiyonu verileri toplanıp analiz edilmektedir. Hastaneler UHESA’ya Bakanlığımız tarafından verilen şifrelerle erişerek hastane enfeksiyonu sürveyans verilerini girmekte, kendi hastane enfeksiyonu bilgilerine ulaşabilmektedir. Sağlık Bakanlığımıza bağlı yataklı tedavi kurumlarının UHESA’ya katılımı Mayıs 2008’de zorunlu hale getirilmiştir. Ağa üye olmayan diğer yataklı tedavi kurumlarından hastane enfeksiyonu verileri yılsonunda UHESA’ya entegre olarak toplanacaktır (SB, 2008).

İyi işleyen bir sürveyans sisteminde standart veri toplama formları ve standart tanı kriterlerinin olması gerekir. Bakanlığımıza ait Ulusal hastane enfeksiyonları sürveyans formları, standart tanı kriterlerini içeren “Cep Kitabı”, “Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi” oluşturularak yataklı tedavi kurumlarına dağıtılmış ve Bakanlığımız web sayfasında da yayımlanmıştır.

Hastane enfeksiyonu sürveyans verilerine zamanında, eksiksiz, tam, doğru ulaşabilmek amacıyla Bakanlığımız tarafından tüm kurumlara mesai saatleri içerisinde telefonla, elektronik posta yoluyla ve web sayfamızda açılan Enfeksiyon Kontrol Danışma Hattı forumu ile destek hizmeti verilmektedir.

Hastane enfeksiyonlarının etkin kontrolü ile hasta bakım kalitesi olumlu yönde artacak, sağlık maliyetlerinde önemli azalma olacaktır (SB, 2008).

#### 5.2.7. Bağışıklama Programları

2002 yılında hedef ocuk nüfusunun aşılama oranı yurt genelinde %78 idi; Güneydoğu’da bazı illerimizde bu oran %50’nin bile altına inmişti. 2007 yılında aşılamada yurt genelinde %96 oranı yakalanmıştır. 2008 yılında % 90’ın altında aşılama oranı olan il kalmamıştır.

2002 yılında aşıya ayrılan bütçe 14 milyon YTL iken, 2008 yılında 205 milyon YTL’ye ulaşmıştır. 2005 yılı sonuna kadar 7 hastalığa (difteri, boğmaca, tetanoz, ocuk felci, kızamık, hepatit-B, verem) karşı aşılama uygulanıyordu. 2006 yılında bütün sağlık kuruluşlarında yapılmaya başlanan Hib, Kızamıkçık, Kabakulak açıları ile koruma sağlanan hastalık sayısı 10’a, Kasım 2008 tarihinden itibaren uygulanmaya başlayan konjuge pnömokok aşısı ile 11’e yükselmiştir. 2008 yılı başından itibaren DaBT-İPA-Hib (Difteri, aselüler boğmaca, tetanoz, inaktif polio, Hemofilus influenza tip b) açıları tek enjektör içinde uygulanmaya başlanmış (beşli karma aşı) bu şekilde bir seferde 5 hastalığa karşı aşılama yapılması sağlanmışır. Böylelikle daha önce 1 yaşına kadar 11 enjeksiyon şeklinde aşı yapılması gerekirken bu sayı 8’e düşmüştür. Aşı ziyareti sayısı da 7 iken 6 ya düşmüştür (SB, 2008).

Rutin okul aşılama programına ek olarak, yürüttüğümüz Hepatit B Kontrol Programı kapsamında; Hepatit B aşısı 2005–2006 öğretim yılında 8. sınıflara, 2006–2007 yılları arasında 7. ve 8. sınıflara, 2007–2008 öğretim yılında ise 3, 4, 5 ve 6. sınıflara yapılmış olup yaklaşık 8 milyon 100 bin çocuk aşılanmıştır. Böylece 1992 ve sonrasında doğan çocukların tamamının primer aşılaması tamamlanmıştır. Ayrıca belirlenmiş risk gruplarındaki erişkinlere de Hepatit B aşısı yapılarak toplumun hepatit B hastalığından korunması sağlanmaktadır.

Kızamıkçık ve Konjenital Rubella Sendromu Kontrol Programı kapsamında 2006–2007 yılında ilköğretim 8. sınıflara ve 2007–2008 yılında ise 3. sınıftan itibaren tüm sınıflara olmak üzere yaklaşık 7 milyon 200 bin çocuğa kızamıkçık aşısı yapılmıştır.

1994 yılında başlatılmış ve 2005 yılında tekrar gözden geçirilmiş olan Maternal Neonatal Tetanoz (MNT) Eliminasyonu Programı kapsamında 2006 yılında 1. ve 2. Tetanoz Aşı Günleri, 2007 yılı Mayıs-Haziran aylarında 3. Tetanoz Aşı Günleri yapılmıştır. 3. Tetanoz Aşı Günlerinde %68 aşılama oranına ulaşılmıştır. 2003 yılında 44 olan yenidoğan tetanozu sayısı 2007 yılında 3'e düşmüştür. Yenidoğan tetanozunda eliminasyon aşamasına gelinmiştir. 2004 yılından bu yana difteri vakası görülmemiştir. Konjuge pnömokok aşısı uygulamasını 2008 yılı Ekim ayında başlattık. Bu uygulama için 84 milyon YTL (59 milyon YTL genel bütçe, 25 milyon YTL merkez döner sermayeden olmak üzere) kaynak ayrılmıştır. Bu kaynakla birlikte aşıya ayrılan bütçe yılsonunda 205 milyon YTL'ye ulaşacaktır.

Kızamık hastalığını ortadan kaldırmak için 2003–2005 yıllarını kapsayan büyük bir aşı kampanyası yapılarak 18 milyon 217 bin çocuğumuz aşılanmıştır. Bu kampanyada aşılama oranı %97 olarak gerçekleşmiştir (SB, 2008).

Subakut Sklerozan Panensefalit (SSPE) vakaları 2005 yılından sonra yıl bazında toplanmaya başlanmıştır. 1995-2005 yılları arasında 1.131 vaka tespit edilmiştir. 2006 yılında 115 vaka, 2007 yılında 58 vaka ve 2008 yılı Kasım ayı sonuna kadar 29 vaka görülmüştür. SSPE kızamık geçirilmesinden ortalama 6 yıl sonra ortaya çıkan bir hastalıktır (SB, 2008).

### 5.2.8. Sağlıklı Çevre Sağlıklı İnsan

Çevre kirliliğinin insan sağlığına yapacağı olumsuz etkilerin önlenmesi, çevresel risk faktörlerinin belirlenmesi ve izlenmesi Anayasal bir görevdir. DSÖ ve Avrupa Birliğinin ilgili birimleri çevre sağlığı konusuna oldukça önem verilmektedir. Bakanlığımızda da bu hassasiyetler çerçevesinde çalışmalar sürdürölmektedir.

Çevre sağlığı hizmetlerimiz kapsamında içme ve kullanma suları, yüzmeye suları, ambalajlı sular, gayri sıhhi müesseseler (sınıf ve sağlık koruma bandı tespiti), konut sağlığı, çalışanların sağlığı, gürültü, kapalı ve açık alan hava kirliliği, iyonlaştırıcı olmayan radyasyon, pestisitler, deterjanlar, havuz kimyasalları, su ve yüzey dezenfektanları, oyuncaklar ve iklim değişikliğinin sağlığa etkileri gibi konular üzerinde çalışmalar yapılmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel unsuru olan çevre ve toplum sağlığı için gerekli şartların, kentsel alanların yanında köylerde de oluşmasını sağlamak amacıyla Sağlıklı Köyler Projesini başlattık. Proje ile köylerimizin mevcut durumlarının tespit edilmesini ve elde edeceğimiz veriler üzerinden köylerin çevre ve sağlık sorunlarının çözümü için ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte yeni politikalar geliştirilmesini amaçlıyoruz. Aşağıda belirtilen alanlarda çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.

- Biyosidal Ürün Kontrolü
- Gıda Toksikolojisi
- Su Güvenliği
- Hava Kalitesi Kontrolü
- Temizlik Maddeleri Kontrolü
- Tıbbi Amaçlı Ürünler İle Enteral Beslenme Ürünleri Kontrolü (SB, 2008).

### 5.2.9. Sağlıklı Beslenme

Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek bütün ölkelerin, daha verimli, üretken ve sağlıklı nesillerin yetiştiği refah bir dünyada yaşamak bütün insanların özlemidir.

Ancak, insanlar günümüzde sağlıkları açısından daha riskli bir yaşam tarzı sürdürmekte, modern yaşamın sağladığı imkânlar sayesinde daha az hareket etmekte ve beslenme alışkanlıkları da olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Oysa sağlığın korunması ve geliştirilmesinde yeterli ve dengeli beslenme ve hareketli bir yaşam tarzının benimsenmesi oldukça önemlidir.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğümüz bünyesinde Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı tarafından 2004 yılına kadar gıda denetimi ve çalışma izinleri ile beslenme ile ilgili hizmetler yürütülmüştür. 5.6.2004 tarih ve 25483 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 5179 sayılı “Gıdaların Üretimi Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun” ile Bakanlığımızca yürütülen gıda ile ilgili hizmetler bu tarihten itibaren Tarım ve Köyişleri Bakanlığı’na devredilmiştir. Bu gelişmenin ardından Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı yeni ihtiyaçlar doğrultusunda “Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı” olarak yeniden yapılandırılmıştır.

Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı’nın görevleri arasında toplumun beslenme konusunda bilinçlendirilmesi, obezite ve toplumda sık görülen beslenme sorunlarının önlenmesi ve daha hareketli bir yaşam tarzının benimsetilmesine yönelik çalışmaların yürütülmesi yer almaktadır. Bu doğrultuda üniversiteler ve ilgili kurumlar ile işbirliği içinde yürütülen çalışmalar aşağıda özetlenmiştir.

- Toplumun Beslenme Konusunda Bilinçlendirilmesi Programı
- Türkiye Obezite ile Mücadele Programı
- Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi (2004)
- Beyaz Bayrak Projesi (SB, 2008).

#### 5.2.10. Alkol, Madde ve Tütüne Bağlı Zararların Azaltılması

Ülkemizde de ilk alkol kullanım yaşının düşme eğiliminde olması ve gençlerimiz arasında alkol kullanımının artışı gibi nedenlerle, Bakanlığımız koordinatörlüğünde ilgili tüm kurum ve kuruluşların katılımı ile alkol kullanımının

azaltılması ve alkolün zararlarının önlenmesine yönelik Türkiye Alkol Kontrol Programı çalışmaları başlatılmıştır. Program hazırlanırken Avrupa’da aynı amaçla uygulanan alkol politikalarından da yararlanılmıştır. Türkiye Alkol Kontrol Programı; alkolün, sağlık, ekonomik ve sosyal açılardan zararları konusunda toplumun bilgilendirilmesi, eğitilmesi ve bilinç düzeyinin artırılması, trafik kazaları, aile içi şiddet gibi alkole bağlı zararların azaltılmasını amaçlamaktadır. Program alkol bağımlılarının birinci basamak tedavi kurumlarından itibaren tespit ve tedavilerinin kolaylaştırılması, alkollü içkilerin satışı ve reklâmı ile ilgili düzenlemelerle hassas grupların korunması, sivil toplum kuruluşları ile işbirliği gibi stratejiler de içermektedir. Bu bağlamda aşağıdaki program yürütülmektedir.

- Alkol Kontrol Programı
- Tütün Kontrol Programı
- Madde Bağımlılığı İle Mücadele (SB, 2008).

#### 5.2.11. Akıl ve Ruh Sağlığı

Ruh sağlığı hizmetlerinde kullanılan ruh sağlığı formlarının ihtiyaca cevap vermemesi nedeniyle özellikle -tanı sınıflandırılması- güncelleştirme çalışmalarına Ekim 2003 tarihinde başlanılmış ve tamamlanmıştır.

13.10.2005 tarih ve 14160 sayılı “Ruh Hastalarının Sevk ve Takipleri Hakkında” genelge ile ruh hastalarının sevk ve takipleri çağdaş hukuka uygun olarak düzenlenmiştir. Genelgede ruh hastalarının vasilik tayini işlemleri de Medeni Kanun’a uygun olarak ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

TCK’ nın 46. maddesine tabi olan, cezai ehliyeti olmayan kişilere yönelik Avrupa Birliği ülkelerinde de uygulanan orta ve yüksek güvenlik sistemlerine haiz birimler (adli psikiyatri yatakları) oluşturulması için çalışmalar sürdürülmektedir. Bu anlamda konuyla ilgili olarak halen faaliyette bulunan bölge hastanelerimizde TCK’nın 46. maddesine tabi adli sebepten muhafaza ve tedavisi gereken hastalardan son beş yıl içerisinde bir yıldan fazla süreli olarak muhafaza edilenlerin sayısı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (SB, 2008).

2005 yılında Hollanda Ermelo Meerkanten Psikiyatri Merkezi ile Türkiye Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi arasında başlatılan işbirliği ile kronik ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik “Kronik Şizofreni Hastaları İçin Toplum Tabanlı Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi Projesi” hayata geçirilmiştir. MATRA projesi ile desteklenen proje 3 yıl süreli olarak uygulanmaya başlamış olup; 2008 yılı sonunda bitecektir. Devamının sağlanması için çalışmalar sürmektedir. Bu projenin amacı, şizofren ve mental retarde hastaların tedavisi için toplum tabanlı ruh sağlığı hizmet kapasitesinin artırılmasıdır (SB, 2008).

Proje ile yataklı tedavi kurumundan ayrılmış şizofrenisi olan ve/veya mental retarde hastalar için toplum tabanlı hizmet sunulması hedeflenmiştir. Bu hastalar için 15 -20 korumalı evin kurulması, yaklaşık 100 hasta için mesleki rehabilitasyon sağlamak ana hedeflerdir ve proje kapsamında hayata geçirilmiştir.

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Çalışmalarına, 3 Ocak 2008 tarihinde Kadından Sorumlu Devlet Bakanlığı ve Bakanlığımız arasında imzalanan “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi” protokolu doğrultusunda başlanmıştır. Koordinatör birimler olarak Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve Bakanlığımızda Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tespit edilmiştir. Bu protokol kapsamında 81 ilden yaklaşık 500 kişinin 5 gün süreli eğitici eğitimlerine Haziran 2008 de başlanmış olup; bu kişilerin kendi illerindeki ilgili personeli (doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru, psikolog, sosyal çalışmacı v.b.) eğitmeleri sağlanacaktır (SB, 2008).

Kasım 2008 tarihi itibariyle eğitici eğitimleri tamamlanmış olup, 2009 yılında 81 ilde saha eğitimlerine başlanacaktır. Bu programlar aşağıdaki gibidir.

- Ruh Sağlığı Kontrol Programı
- 0-6 Yaş Çocuğun Psiko-sosyal Gelişimini Destekleme Programı
- İntihar Olgusu Ve Önlenmesi (SB, 2008).



## 5.2.12 Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak, vatandaşları sağlıklarını ilgilendiren konularda talepte bulunan ve karar veren konuma getirebilmek amacı ile sağlık eğitimi başta olmak üzere, organizasyonel, ekonomik ve çevresel bazda verilen desteklerin bileşimine Sağlığın teşviki veya sağlığın geliştirilmesi (Health Promotion) denilmektedir. Bu alan kişilerin en uygun sağlık durumunun sağlanması yönünde hareket edebilmeleri için yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım eden bir sanat ve bilim dalıdır. Bu amaçla yapılan sağlık eğitimi, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmeyi, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmayı ve kişilerde sağlıkla ilgili düşünce, inanç tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmayı amaçlamaktadır (SB, 2008).

Sağlığın teşviki/geliştirilmesi faaliyetleri:

- Mortalitenin azaltılmasına yardımcı olur,
- Önde gelen risk faktörleri ve altta yatan sağlık belirleyicilerine hitap eder,
- Sürdürülebilir sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yardım eder,
- Sağlığı geniş ölçekli kalkınma gündeminin merkezine yerleştirir.

Tarihsel süreç: Lalonde Raporu (Kanada'luların Sağlığında Yeni Bir Perspektif ) (1974) ile sağlığın teşvikinden kavram olarak bahsedilen ilk rapordur. 1978 Alma-Ata konferansında DSÖ, birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sosyal adalet ve gelişmenin bir parçası olarak tüm dünyada istenen sağlık düzeyine ulaşmada anahtar rol oynadığını kabul etmiştir. Alma –Ata'dan bu yana sağlıkla ilgili pek çok gelişme yaşanmıştır. Birçok hastalığın kişilerin yaşam tarzı ile ilişkili olduğunun anlaşılması, sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin sağlığı olumlu yönde etkileyebildiği gibi olumsuz da etkileyebildiğinin kavranması, bazı hastalıklara ilişkin risk faktörlerini tanımlayan bilimsel kanıtlar, mortalite ve morbiditelerdeki azalmanın yanı sıra yaşam kalitesine ilginin artması ve

sağlık eğitimi ile ilgili geleneksel stratejilerin etkililiklerinin sınırlı olması, bütünlüğe bir yaklaşım olarak 1980 yılında “sağlığı geliştirme” kavramının gündeme gelmesine neden olmuştur. 1986 yılında Ottawa Bildirgesi’nde Sağlık geliştirme, “kişilerin sağlıklarını geliştirmelerinin ve sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarına imkân sağlayan süreç” olarak tanımlanmıştır. Bu tanım sağlığı geliştirme yaklaşımının uygulanması için yapılacak girişimlerin güçlendirici, toplum katılımlı, sektörler arası, eşit ve hakkaniyetli, ulaşılabilir ve çok stratejili olmasını gerektirmektedir.

1997 de Jakarta konferansı’nda sağlık için uluslar arası stratejiler geliştirilmesinin önemi ve sağlığın temel bir insan hakkı olduğu sosyal ve ekonomik gelişme için şart olduğu, sağlığın geliştirilmesinin, kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırarak sağlıklarını geliştirmelerini sağlayan bir süreç olduğu ve sağlığın geliştirilmesinde sağlığın belirleyicilerinin önemi üzerinde durulmuştur. 2005 de Bangkok “Küreselleşmiş Bir Dünyada Sağlık Geliştirme Konferansı”nda sağlığın belirleyicilerini saptamak için gerekli eylemler ve öneriler tanımlanmıştır (SB, 2008).

DSÖ 21. yüzyılda sağlığı geliştirme konusunda 5 temel önceliğin olduğunu belirtmiştir. Bunlar;

1. Sağlık için sosyal sorumluluğun geliştirilmesi
2. Sağlığın gelişmesi için yatırımların artırılması
3. Sağlık için sektörler arası işbirliğinin sağlanması ve artırılması
4. Toplumun kapasitesinin artırılması ve bireylerin güçlendirilmesi
5. Sağlığı geliştirme için alt yapının sağlanmasıdır.

Sağlığın geliştirilmesindeki amaç, doğru sağlık davranışlarının geniş halk kitlelerine uygulanmasının sağlanmasıdır. Bu kapsamda sağlığı geliştirme uygulamaları, kişilerin, kişisel seçim ve sosyal sorumluluklarını geliştirerek kendi

sağlıklarını geliştirmelerini sağlayacak süreci ifade etmektedir. Sağlığı geliştirme uygulamaları sağlıklı politikalar ve destekleyici bir çevre yaratmayı klinik ve tedavi hizmetlerinin ötesinde, sağlık hizmetlerinin tümüyle yeniden düzenlenmesini de kapsamaktadır (SB, 2008).

Sağlık, kişiler ve toplum için önem arz etmektedir. İnsanlar hastalıklara karşı korunmayı, çocuklarını daha sağlıklı bir çevrede büyütmeyi, çalıştıkları işyerlerinin güvenli ve hijyenik olmasını beklerler. Güvenilir ve yüksek kalitede sağlık hizmetlerine erişebilmeye ihtiyaç duyarlar. Bu noktada Sağlık Bakanlıklarının daha sağlıklı tercihleri yapmayı mümkün kılmak ve insanlara doğru, güvenilir bilgi verilmesini sağlayarak sağlıklı kişileri ve hastaları desteklemek, sağlığı teşvik etmek ve beslenme, fiziksel aktivite, alkol tüketimi ve sigara içme gibi sağlığı etkileyen unsurların kontrolüne yardım etmek ve akıl sağlığı gibi önemli sorunlarla ilgilenmek, vatandaşın sadece hizmet alan değil hizmet talep eden bir hale getirilmesini sağlamak amacıyla yeni bir yapılanmaya gitmeleri gerekliliği doğmuştur.

Bakanlığımızda da bu anlayış doğrultusunda ülkemizde var olan hastalıkların araştırılması, bu hastalıklara ilişkin halkın bilinç düzeyinin artırılması ve bu hastalıkları oluşturan risk faktörleriyle mücadele ve koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla öncelik verilerek halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, insanların sağlık konusunda bilinç düzeylerinin artması, sağlık açısından risklerin önceden belirlenerek hastalıklar oluşmadan gerekli önlemlerin alınması ve böylece hastalıklara bağlı kalıcı sakatlıkların, iş gücü kayıplarının ve sağlık harcamalarının azaltılması, toplumun sağlık ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesinin sağlanması amacıyla “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı” ve ayrıca “Kronik Hastalıklar ve Durumlar Daire Başkanlığı” kurulmuştur (SB, 2008).

Bu daireler, sağlık açısından öncelikli sorunlar ve öncelikli grupların tespit edilmesi, hastalıklar ve risk faktörleri konusunda gerekli tarama programlarının planlanması ve yürütülmesi, kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, üniversiteler ve diğer örgün eğitim kurumları, sivil toplum örgütleri, işyerleri vb. ile işbirliği içerisinde ulusal sağlığın geliştirilmesi programlarının yürütülmesi ve bunların “etki değerlendirme” çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve sonuçların

analizi, hizmet sunum alanlarında karşılaşılan sorunlar üzerine araştırma ve geliştirme çalışmalarının koordine edilmesi, uluslararası kuruluşlarla koordinasyon, işbirliği ve ortak sağlığın geliştirilmesi programları yürütülmesinin sağlanması çabalarının yanı sıra, ulusal plan ve politikaların ne kadar benimsendiğinin ve uygulamaya konulduğunun düzenli olarak takip ve değerlendirilmesini sağlamak üzere yapılandırılmıştır.

Sağlığı Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı'nın görev alanı içerisinde, medya, ulusal ve/veya uluslararası kurumlar, sivil toplum örgütleri vb. ile beraber sosyal pazarlama teknikleri de kullanılarak vatandaşların eğitilmesi ve sağlıkları konusunda karar verebilecekleri düzeye getirilmelerine yönelik faaliyetlerde bulunulması, sağlık çalışanlarına ve halka yönelik bilgilendirme kampanyaları yürütülmesi, sağlık danışma hatları ve doğru sağlık bilgi kaynaklarının sağlanması faaliyetlerinin yürütülmesi, sağlığın geliştirilmesi çalışmaları kapsamında gerekli her tür materyalin (afişler, broşürler, rehberler, kitaplar, kitle iletişim spotları vb.) üretilmesi ve dağıtılması ile toplantı, organizasyon ve tanıtım faaliyetleri yer almaktadır (SB, 2008).

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen diğer programlar aşağıda verilmiştir.

- Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleriyle Mücadele
- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı
- GARD: Solunum Yolu Hastalıklarına Karşı Küresel İttifak
- Diyabet Kontrol Programı
- Özürlüler
- DSÖ Avrupa Bölgesi CINDI Programı - Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Karşı Ülke Çapında Entegre Müdahale
- Kronik Hastalık Risk Faktörleri ve Sağlığın Teşviki Eğitimi Sempozyumu
- Sağlıklı Yaşlanma
- Kanser (SB, 2008).

### 5.3. Aile Hekimliği

Sağlıkta Dönüşüm Programı hizmetin merkezine insanı koymuştur. Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin sunumunda bireye en yakın olan, sağlık problemlerinde en kolay ulaşılabileceği ve sisteme giriş kapısı olarak kullanılacak unsur birinci basamak sağlık hizmetleridir. Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık hizmet sunumunu insan merkezli olarak planlarken, birinci basamak sağlık hizmetinde de aile hekimliği uygulamasına geçişı öngörmektedir. Aile hekimliği, sağlığın aile ortamıyla birlikte geliştiiği gerçeğinden hareketle, bireyin sağlığını “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde, biyo-psiko-sosyal çerçevede, doğumdan ölüme bir bütün olarak ele almaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireyin sağlık sorumluluğunun üstlenilmesi ve bireye “tek pencere” sistemi ile yaklaşıłmasının başarıyı artıracaağı bilinmektedir. Bu ilkelere hareketle bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri, bireylerin kendi sececeği doktorlar tarafından yürütölmeye başlanmıştır. Aile hekimliği uygulaması ile doktor-aile sağlığı elemanı ve aile üyelerinin daha yakın ilişkiler kurması, sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesi, sağlık danışmanlığı ve sağlığın geliştirilmesi gibi birinci basamak hizmetlerinde görev yapan doktor ve ekibinin rolünün netleşmesi ve bu rollerin hem hizmet veren, hem de hizmet alanlarca benimsenmesi mümkün olmaktadır (SB, 2008).

Programda genel pratisyen, aile doktoru veya aile hekimi aynı anlamda kullanılmakta, birinci basamakta hizmet vermek üzere özel eğitim almış hekimleri ifade etmektedir. Aile hekimi, anne karnındaki bebekten, ailenin en yaşlı bireyine kadar ailenin bütün fertlerinin sağlığından ve her türlü sağlık sorunlarından sorumludur. Sorumluluğunu üstlendiği kişinin hastalıklardan korunması için gerekli tedbirleri alır, hasta olduğunda her türlü sağlık sorununun çözümlü için yapabileceği her şeyi yapar, çözümlü özel uzmanlık veya özel donanım gerektiren sağlık problemlerinde yapacağı danışmanlık hizmetleriyle kişiyi diğer uzman hekimlere, diş hekimlerine veya ikinci- üçüncü basamak sağlık kurumlarına yönlendirerek, koordinatör görevini üstlenir. Dolayısıyla kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı, sağlık konularında avukatı, onlara yol gösteren ve onların haklarını savunan kişi konumundadır (SB, 2008).

Aile hekimi, genellikle aile bireylerinin ikametlerine yakın ve kolay ulaşılabilir konumdadır. Hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama şartlarını, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Aile hekimi, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri yalnızca bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla, sağlık açısından ortaya çıkabilecek riskler, mevcut sağlık şartları, psikososyal çevre ve varsa diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir. (SB, 2008).

Prof. Dr. Nusret Fişek'in sözleriyle ifade edecek olursak: "Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada yürütülmelidir. (...) Entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımı öğretir. Yaşlıların -varsa gebelerin- periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim yapar. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye gönderir." Sağlık sistemlerinin daha kaliteli ve ekonomik sağlık hizmeti sunmaları için etkili ve kademeli bir sevk zincirinin kurulabilmesi gereklidir. Etkili ve kademeli bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı ise hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu hizmete yönelik talebin ortaya çıkması, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve birinci basamak hizmeti sunan aile hekiminin kendi sorumluluğu altındaki bireylere sunduğu hizmetin kalitesine bağlıdır. Bu açıdan sağlık sisteminin koordinatörü konumundaki aile hekimleri, bireylerin ve hizmet sunucuların zaman kaybına neden olacak şekilde birçok yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici etkiye sahiptirler. Aile hekimleri sağlık harcamalarında israfı önler, ikinci basamakta gereksiz yığılmaları, kuyrukları ve hasta mağduriyetlerini engellerler (SB, 2008).

Aile hekimliği dünyada pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de bir birinci basamak uzmanlığı şeklinde yapılandırılmıştır. Aile hekimliği hizmetinin sunumu için en uygun kişiler de doğal olarak aile hekimliği uzmanlarıdır. Ancak bu noktada ülkemizdeki aile hekimliği uzmanlarının sayısal yetersizliği sahada çalışmakta olan

pratisyen hekimlerin de uygulamada yer almasını zorunlu hale getirmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde aile hekimliği modeli kurgulanırken bazı Avrupa Birliği ülkelerinde olduğu gibi pratisyen hekimlere doğrudan aile hekimliği yapma yetkisi verilebilmesi de mümkündür. Ancak vatandaşlarımıza verilecek sağlık hizmetlerinin kalitesini yüksek tutabilmek için çok daha zor bir yol tercih edildi. Aile hekimliği yapacak hekimlerin standart bir eğitimden geçirilmesine karar verildi.

Sağlıkta Dönüşüm Programının bu önemli hedefini gerçekleştirmek üzere yoğun bir çalışma yürütüldü. Meslek örgütleri ve akademisyenlerin katılımı ile Aile Hekimliği Danışma Kurulu oluşturuldu. Bu kurul düzenli ve disiplinli bir çalışma sonucunda aile hekimliği uygulamasında görev alacak pratisyen hekimlerin eğitim müfredatını hazırladı. İki aşamalı düşünülen eğitimin ilk aşamasında aile hekimliği uygulamasında yer alacak hekimler (aile hekimliği uzmanları hariç) 10 günlük, yardımcı sağlık personeli ise 3 günlük uyum eğitimine tabi tutuldu. Eğitimler konunun uzmanı akademisyenler gözetiminde aralıksız olarak sürdürülmektedir. Kasım 2008 sonu tarihi itibarı ile toplam 22.407 hekim ve 17.720 yardımcı sağlık personeli bu eğitimleri başarı ile tamamlayarak sertifikalarını aldılar.

İkinci aşama eğitim, mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve geliştirilmesini hedefleyen daha uzun süreli bir eğitim olarak planlandı. Bu plan dâhilinde birinci aşama uyum eğitimlerini tamamlayan hekimler 1 yıllık ikinci aşama modüler eğitime tabi tutulacaklar. İkinci aşama eğitim, klinik içerikte 37 bilgi modülü ve 3 adet beceri geliştirme eğitimi olacak şekilde planlandı. İkinci aşama eğitim, internet üzerinden uzaktan eğitim ve yüz yüze eğitimden oluşan karma bir eğitim yöntemi ile verilecektir (SB, 2008).

Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) için ise ağırlıklı olarak halk sağlığı anabilim dalı akademisyenlerinden oluşan bir bilimsel danışma kurulu oluşturulmuş olup, TSM personelinin de hizmet alanlarına özgü bilgi birikimlerinin geliştirilmesi, sertifikasyonu hedeflenmektedir. Bilimsel danışma kurulu ile yapılan yoğun çalışmalar sonucunda TSM personelinin seçilmiş halk sağlığı konularını içeren iki veya üç aşamalı bir eğitimden geçirilmesine karar verilmiştir. İlk aşamada Aralık 2008 tarihinde 6 günlük bir TSM 1. Aşama eğitici eğitimi yapılmıştır.

Toplum sağlığı merkezleri, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri dışında kalan temel sağlık hizmetleri tek çatı altında toplanarak, daha etkili ve verimli hizmet sunmak üzere oluşturuldu. Bu merkezler aile hekimleri için aşılama, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi öncelikli hizmet alanlarında, Sağlık Bakanlığının yıllık programına uygun olarak ve ücretsiz lojistik destekte bulunmaktadır. Böylece, bir anlamda, aile sağlığı ile toplum sağlığı uygulamaları bütünleştirilmiş ve entegre bir birinci basamak yapılanması sağlanmıştır. Süreç içinde aile sağlığı merkezlerinde aile hekimliği uzmanlarının, toplum sağlığı merkezlerinde de halk sağlığı uzmanlarının görev alması planlanmaktadır (SB, 2008).

#### 5.4. Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Sunulması ve Kamu Özel Ortaklıkları

GSS kapsamında SGK yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetlerinin sunumuna yönelik olarak özel kuruluşlarla sözleşme yapmaktadır. Şu anda yaklaşık 1000 özel kuruluşun SGK ile sözleşmesi bulunmaktadır ve bunların 350 tanesi özel hastanedir. Özel hastanelerin “ekstra faturalandırma” yapmasına izin verilmesi gibi hizmet sunuculara ödeme yapılması yöntemleri, özel sektörü SGK ile sözleşme yapmaya teşvik amacıyla SGK’ nın benimsediği bir yöntemdir. Bu mekanizmalar, özel hizmet sunumuna yönelik düzenlemelerin SB tarafından daha da güçlendirilmesi ile desteklenmektedir. 2008 yılı Şubat ayında SB tarafından yeni bir düzenleme kabul edilmiştir. Bu düzenleme, yeni özel ayakta tedavi klinik ve tanı merkezleri için “ihtiyaç ruhsatı” koşulu uygulamasını getirecektir. Bu düzenlemenin ülke genelindeki kamu kuruluşları ve özel kuruluşların etkili, daha kaliteli ve ihtiyaç odaklı bir şekilde işlemlerini sağlayarak önemli pozitif bir etkide bulunması beklenmektedir. 2006’ da sağlık sektörüne yönelik bir KÖO Kanunu kabul edilmiş ve sağlık sektöründe pilot çalışmalar yapmak üzere SB bünyesinde yeni bir Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. 2008 yılı için, özel sektörün yeni SB eğitim ve araştırma hastaneleri inşa etmesini de içeren çeşitli KÖO inisiyatiflerinin uygulanması planlanmaktadır (OECD ve Dünya Bankası, 2008)



## 5.5. Performansa Göre Ek Ödeme, Kalite ve Akreditasyon

Temel Sağlık Hizmetleri ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması Sağlıkta dönüşüm programı, hem hizmet sunan hem de hizmet alan bakımından insan merkezli bir değişim hedeflemektedir. Bu nedendir ki, hizmet sunan açısından 2004 yılından bugüne ülkemize has bir model olarak geliştirilen performansa dayalı ek ödeme uygulamasına geçilmiş, mevcut insan kaynağının daha verimli kullanımını sağlamanın yanında sağlık hizmetinin güçlüğü ve riski doğrultusunda personelin maddi olarak desteklenmesi sağlanmıştır.

PDEÖ sisteminin temel amacı, kamudaki sağlık personelinin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmektir. SDP başlatıldığı zaman, kamu sektöründeki insan kaynakları krizinin SDP hedeflerine ulaşılmasını engelleyebilecek önemli bir etken olacağı fark edilmiştir. SDP'nin başlatılması aşamasında, nüfus başına düşen sağlık personeli oranı, diğer orta gelirli ülkeler ve OECD ülkelerinden daha düşüktü. Kamudaki doktorların çoğu yarı zamanlı olarak çalışmaktaydı ve doktorlar özel sektörde çalışmayı tercih etmekteydi. Sonuç olarak, devlet hastaneleri aşırı kalabalıktı; doktoru görmek için uzun bekleme süreleri söz konusuydu. Hasta ve hizmet sunucularının sağlık sistemine ilişkin memnuniyetleri düşüktü. PDEÖ bu sorunları çözebilecek kilit bir müdahale olarak düşünülmüştür. PDEÖ; hizmet kalitesi, verimlilik ve hasta memnuniyetine odaklanmayı, SB hastanelerinde performans yönetimini artırmayı hedefleyen SDP' nin kritik bir bileşenidir (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

Performansa dayalı ek ödeme, personele hizmete katkısı oranında ödeme yapılmasının yanında, personelin verimliliğini ve motivasyonunu arttıran ve kendi içinde farklı dinamikleri barındıran bir uygulamadır. Uygulama ile kamuda çalışan ve sağlık hizmeti sunan personelin gerek çalışma şartlarının iyileştirilmesi gerekse sağlık hizmeti sunumundaki performansı karşılığı ücret ödenmesi yoluyla verimli ve etkili hizmet sunumu hedeflenmiştir.

2004 yılında bütün ülke genelinde uygulamaya konulan performansa dayalı ek ödeme uygulaması Bakanlığa bağlı sağlık hizmeti sunan tüm kurumlarda başlatılmıştır. Bu kapsamda her basamağın kendine özgü kriterleri ortaya konmuştur.

Bu modelin temel sağlık hizmetlerine ilişkin barındırdığı hususlar tüm basamaklarda farklı bir şekilde karşımıza çıkmaktadır (SB, 2008).

Basamak sağlık kurumlarında koruyucu ve temel sağlık hizmetleri alanında ortaya konan kriterler aşağıda belirtilmiştir.

- Bۆlgeler arası gelişmişlik,
- Merkeze uzaklık,
- Aşılama,
- Bebek izlemi,
- Gebe izlemi,
- Yenidoğan taramaları,
- Aile planlaması yöntemi kullanma oranı vb.
- Verem savaşa ilişkin tanı ve izlem alışmaları (SB, 2008).

Koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin göstergeler ise aşağıdaki bileşenlerden oluşur:

- a) Bebek başına ortalama izlem sayısı,
- b) Gebe başına ortalama izlem sayısı,
- c) HepB1 ařılama yűzdesi,
- d) DBT1 ařılama yűzdesi,
- e) KKK ařılama yűzdesi,
- f) Tarama testleri (Neonatal hipotiroidi, fenilketonűri, talasemi ve benzeri) numune alma yűzdesi,
- g) Modern aile planlaması yöntemi kullanma yűzdesi.

Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile yukarıda sayılan kriterler temel sağlık hizmetlerini güçlendirici kriterler olmakla birlikte aylık periyotlarla yapılan değerlendirmelerle hizmet sunan personelin alacağı ek ödemeye yansıtılmaktadır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında koruyucu ve temel sağlık hizmetleri alanında ortaya konan kriterler aşağıda belirtilmiştir.

- Bilimsel çalışmalara destek,
- Eğitim çalışmalarına destek,
- Kongre, seminer vb. faaliyetlere katılımın desteklenmesi,
- Enfeksiyon kontrolü,
- Laboratuvar Güvenliği

konularında destekleyici ve performansa dayalı cretlendirmeden pozitif bir yararlanım sağlanmaktadır.

Birinci, ikinci ve nc basamak kurumlarda görev yapan tüm sağlık personeline eğitim çalışmaları, kongre, seminer vb. faaliyetlerde görev almaları halinde performansa dayalı ek ödeme yönünden destek verilmektedir. Böylelikle, personelin mesleğine ilişkin bilgi ve birikiminin artması sağlanmakta, daha nitelikli sağlık personeli ile daha kaliteli sağlık hizmet sunumu için gerekli personel alt yapısı oluşturulmaktadır. Sağlık eğitimi, bir diğer yönüyle de vatandaşın bilgilenmesi ve bilinçlenmesi açısından son derece önemlidir.

Yine birinci, ikinci ve nc basamak kurumlarda görev yapan tüm sağlık personelinin yürüttüğü bilimsel çalışmalara da aynı oranda destek verilmekte, yurt içinde ve yurt dışında bilimsel çalışma ve yayın yapan personele daha yüksek oranda ek ödeme yapılmaktadır. Personele yapılan bilimsel çalışma desteği aynı zamanda sağlığın kalitesine ve niteliğine destek vermek anlamına gelmektedir (SB, 2008).

## 5.6. Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi

### 5.6.1. İnsan Kaynakları Durum Tespiti ve zm Planlaması

Türkiye’de hekim ve hemşire sayısı başta olmak üzere sağlık insan kaynaklarında eğitim kalitesinden taviz vermeden sayının arttırılması önemlidir. Her yüz bin kişiye düşen doktor sayısı itibariyle Türkiye DSÖ Avrupa bölgesinin en altında yer almaktadır. Hemşire, fizyoterapist ve diğer ve birçok sağlık çalışanları içinde durum farklı değildir (SB, 2008).

Nüfusumuzun ihtiyacı ve artan sağlık hizmet talebi hekim ve hemşire sayısının artırılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Bununla birlikte eğitimin kalitesi şüphesiz korunmalı, hatta geliştirilmelidir. Türkiye'deki tıp fakültesi öğretim üye sayısı ve yetkinliği bunu sağlayabilecek yeterliliktedir (SB, 2008).

Bu gerçekler ışığında Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Mayıs 2006'da ilgili sektörlerin katılımıyla bir çalışma başlatmıştır. Dünya Sağlık Örgütü ve Harvard Halk Sağlığı Okulu ile birlikte değerlendirme analizi yapılmış "Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi" kitap halinde yayınlanmıştır. Buradaki bulguları değerlendirmek ve politikaların analizini yapmak amacıyla 24-22 Nisan 2007 tarihleri arasında düzenlenen Çalıştayın sonuçları "Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştay" adıyla yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı YÖK ve DPT işbirliğiyle Mart 2008'de Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu yayınlanmıştır. Sağlık insan kaynakları planlaması ve eğitimi Anayasal görevleri olan bu kurumların ortak noktada buluşmaları, gelecek için ümit verici olmuştur. Bu çalışma ve sonrasında devam eden işbirliği ilk meyvesini vermiş olup, YÖK 2008 Tıp Fakültesi öğrenci kontenjanını %30, hemşirelik meslek yüksekokulu öğrenci kontenjanını %15 artırmıştır. Kontenjanlar 2008'de Tıp Fakülteleri için 6 bin ve hemşirelik okulları için (Sağlık Meslek Liseleri ve Hemşirelik Meslek Yüksek Okulları toplamı olarak) 14 bine yükselmiştir.

Nüfusumuzun beklenen artış hızıyla 2023 yılında 83 milyona ulaşacağını varsayarak, kontenjanların önümüzdeki yıllarda da tedricen artırılması ve her yıl Tıp Fakültelerinde ortalama yeni 13 bin, Hemşirelik okullarında 23 bin öğrenci kontenjanı oluşturulması gerektiğini düşünüyoruz. Böylece 2023 yılında 200 bin hekim ve 400 bin hemşire sayısı ile Avrupa ortalamasına yaklaşmamız mümkün olacaktır. Bu rakamlarla her yüz bin kişi için 250 doktor ve 500 hemşireye sahip olacağız. Fizyoterapist ve diğer birçok sağlık disiplininde de aynı yaklaşım büyük önem taşımaktadır (SB,2008).

2023 yılı için aşağıdaki ihtiyaç öngörüsü makul görünmektedir:

- 2008'de kişi başına hekime müracaat sayısı 6,3 civarında olacaktır. Bu sayının önümüzdeki 15 yıl içerisinde yılda 7-8 arasında bir sayıya ulaşacağını

bekliyoruz. Yukarıda ifade edildiği gibi Türkiye nüfusunun 2023’de 83 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Böylece 2023 yılında toplam müracaat sayısının 664.000.000’a ulaşacağını tahmin ediyoruz. ( $83.000.000 \times 8 = 664.000.000$ )

- Kaliteli ve güvenilir bir sağlık hizmeti sunumu için bir hekimin hastasına ortalama olarak 15-20 dakika ayırması gerektiği söylenebilir. Aile hekimlerinin ve ayaktan tedavi hizmeti veren uzman hekimlerin her bir hastasına ortalama 17 dakika ayırdığını varsayarak günde 25 hasta talebini karşılamalarını hedeflemek makul olacaktır. (Ayaktan hasta kabulünde bir hekimin günde ortalama 7 saat hizmet verdiğinden hareketle;  $420 \text{ dk} / 17 = \sim 25$ ).

- Yılda ortalama 220 iş gününden hareketle  $664.000.000 / 220 \text{ gün} = 3.018.181$  müracaat/gün’ün karşılanması gerekecektir.

- $3.018.181 / 25 = 120.727$  hekim / gün oranı elde edilecektir. (Yani 2023 yılında, aynı anda hasta muayenesi yapan 120 bin hekime ihtiyacımız olacaktır).

Elde edilen 120 bin rakamı yalnızca aynı anda muayenede bulunan aile hekimleri ve ayaktan tedavi hizmeti vermekte olan uzman hekimler için gerekli olan rakamdır. Toplum sağlığı hizmetleri, eğitim hizmetleri (verenler ve alanlar dâhil), yataklı hizmetler, ameliyat ve yoğun bakım hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, araştırmalar ve diğer hizmetler de göz önüne alındığında ihtiyacı gerçek anlamda karşılayabilecek sayının 200 bin hekim olduğu görülecektir (SB, 2008).

#### 5.6.2. Sağlık İnsan Kaynağı İstihdamı

Kamu sağlık kuruluşlarında beş yılda 111 bin yeni sağlık personeli istihdam edildi. Mahrumiyet sebebiyle yıllardır sağlık personeli gönderilemeyen sağlık tesislerimizde yeni istihdam edilen 16 bin sözleşmeli sağlık çalışanı görev almıştır. Bu şekilde, uzman hekim açısından en iyi durumdaki ilimizle en kötü durumdaki ilimiz arasındaki oran, 1/14’den 1.3.5’a, pratisyen hekim için 1/9’dan 1.2.7’ye, hemşire-ebe için ise 1/8’den 1.3.8’e düşmüştür. Alt ve üstteki uç noktalarda kalan birkaç şehirle ilgili dengeleme çalışmalarıyla, önümüzdeki birkaç yılda dağılım çok

daha hakkaniyetli hale getirilecektir. Diğer bir istihdam modeli ise, hizmet alımı yoluyla temin edilen temizlik, bilgi-işlem, koruma-güvenlik ve yemek gibi işlerde çalışan personelin istihdamıdır. Bu personelin sayısı 2002 yılında 25 bin civarında iken 2008 yılında 95 bine ulaşmıştır.

2002 yılında Sağlık Bakanlığı ve SSK'ya ait sağlık kuruluşlarında hizmet veren personel sayısı 272 bin iken 2008 yılı Kasım itibariyle 414 bine ulaşmıştır (SB,2008).

### 5.6.3. Personel Atamaları

Sağlık personelinin ülke genelinde dengesiz dağılımının eski dönemin en önemli sorunlarından biri olduğu bilinmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının önceliklerinden birisi de bölgeler arası personel dağılımında farklılıkların kabul edilebilir düzeye çekilmesi, personel istihdamında ünvanlara göre gerçekçi standartlar belirlenerek buna göre insan gücü planlamasının yapılması, atama ve nakillerde objektif ve hakkaniyete uygun bir sistemin kurulması olmuştur.

Kalkınmada öncelikli yörelerde özendirme çerçevesinde sözleşmeli personel istihdamı imkânını tanıyan 4924 sayılı kanun çıkarıldı. Bu sayede, personel istihdamında zorluk çekilen yerlerde görev yapmak özendirildi. Bu yolla Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde 7 bini aşkın yeni sağlık personelinin çalışması sağlandı.

Zaten yetersiz sayıda olan hekimler ağırlıklı olarak büyük şehirlerde çalışma isteği taşıdığından ülkenin daha az gelişmiş bölgelerinde hekim istihdamı zorlaşmaktadır. Herkesin sağlık hizmetine ulaşması anlayışı çerçevesinde, hekimlere teşvik edilmiş devlet hizmeti yükümlülüğü getirildi.

Geçmişteki mecburi hizmet uygulamalarının eksik ve hatalı yönlerini göz önünde bulundurarak, mahrumiyet bölgelerine göre farklı süreler ve daha yüksek ücretler sağlayan daha kabul edilebilir ve sürdürülebilir yeni bir düzenleme yapıldı (SB,2008).

## 5.7. Ulusal İlaç Politikası

Sağlık Bakanlığı kamu adına, ilaç ve eczacılık hizmetleri ile ilgili norm ve standart belirlemek ve bu doğrultuda denetimleri yapmak, ilgili diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yaparak ilaçların akılcı kullanımını teşvik etmek yetki ve sorumluluğundadır. Sağlık Bakanlığının görevi vatandaşlarımızın kullandığı ilaçların etkili, kaliteli, güvenilir bir şekilde uygun fiyatlarla bulabilmesini temin etmektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının amacı vatandaşlarımızın herhangi bir ayrıma tabi tutulmaksızın ilaçlarına erişiminin sağlanması ve bu erişimin sürekliliğinin temin edilmesidir. Bu amacı gerçekleştirmek için yapılanlar şöyle sıralanabilir (SB, 2008).

### 5.7.1. İlaç Fiyatlarında İndirim

Sağlıkta Dönüşüm Programında ilaçla ilgili tespitlerin başında, eski dönem ilaç fiyat artışlarının kanıta dayalı bir temele oturmaması gelmektedir. İlaç fiyatlandırmasıyla ilgili olarak, tüm tarafların üzerinde mutabakat sağlayacakları bir yöntem geliştirilmesine olan ihtiyaç programda açık şekilde vurgulanmıştır. 2004 tarihli “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar”, ülkemizde bugüne kadar var olan kargaşa ve olumsuzlukları ortadan kaldırmış ve ilaç fiyatlandırmasına referansa dayalı sistemle şeffaflık getirmiştir. Bu sayede ilaç fiyatlarında önemli derecede ucuzlamalar olmuş ve fiyatlar Avrupa’da mevcut en düşük düzeylere çekilmiştir. Bu uygulamanın başlamasıyla bine yakın üründe %1 ilâ %80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleşmiştir. Referans sistemi sayesinde halen birçok üründe fiyat düşüşleri devam etmektedir. Ayrıca ilâçta %18 olan KDV oranı %8’e düşürülerek ilâç fiyatlarında önemli bir düşüş daha sağlanmıştır. Tek alıcı konumundaki kamu sosyal güvenlik kuruluşlarının sektörle görüşerek belli oranlarda indirimlerin sağlanması, ilaç fiyatlarının kamuya maliyetini daha da aşağı çekmiştir.

Kamu Maliyesinin yükünü hafifletmek üzere oluşturulan Geri Ödeme Komisyonu ile “Tek Geri Ödeme Sistemi” imkânı sağlanmıştır. Geri ödeme kurumlarımızın ortak kararı ile reçetelenen ilaçlar için en ucuz eşdeğer ilâcın %22 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralı getirilmiştir.

Bu uygulama ile birlikte, sepetin dışında kalan bazı ilaçların firmaları, kamunun ödeme kapsamına girebilmek için fiyatlarını gönüllü olarak tekrar düşürmüşlerdir. Sonuçta kamu maliyesi için önemli tasarruf sağlanmıştır.

Uyguladığımız ilaç politikaları sayesinde beş yılda tüketilen ilaç miktarı %100 artarken kamu ilaç harcaması reel olarak sadece %16 arttı. İlaç politikalarımızla tasarruf ettiğimiz parayı, halkımızın ilâca kolay ulaşması için sarf ettik. SSK'lı ve yeşil kartlı vatandaşlarımızın ilaçlarını serbest eczanelerden alabilmelerini sağladık (SB, 2008).

### 5.7.2. Eczanelerin Herkese Açılması

İlaç fiyatlarında sağlanan avantajlar doğrudan vatandaşımıza yansıtılarak, başta SSK ve Yeşil Kart'lılar olmak üzere vatandaşlarımızın ilaca erişiminin önündeki engeller cesaretle kaldırılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm sürecinde, ilaca düşük fiyatla ve kolayca ulaşabilmek yönünde atılan kararlı adımların sonuçları kamuoyu tarafından yakından gözlenmiştir.

Daha önce ilaçlarını sınırlı sayıdaki hastanelerden almak zorunda kalan, bir kısmı da bu yüzden ilacını SSK'dan alamayan ve cepten ödemek zorunda kalan SSK'lı vatandaşlarımız diğer Türk vatandaşları gibi serbest eczanelerden ilaç alma imkânına kavuşturuldu. Yeşil Kart mevzuatındaki değişikliklerle Yeşil Kart sahibi hastaların ayaktan tedavileri kapsam altına alındı ve yine bu vatandaşlarımızın da serbest eczanelerden ilaçlarını almaları sağlandı. Bütün bu uygulamalar, sağlık sisteminde geçmişte vatandaşlara uygulanan ayrımcılığı ortadan kaldırmıştır (SB, 2008).

### 5.7.3. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetimi

Akılcı ilaç kullanımı konusuna verdiğimiz önem çerçevesinde, özellikle birinci basamak hekimlerine yönelik tanı ve tedavi rehberleri yayımladık. Ayrıca bu konudaki kurumsal yapılanma hazırlıklarımız devam etmektedir.



Halkımızı akılcı ilaç kullanımı konusunda bilinçlendirecek televizyon programlarının hazırlıklarına başladık. Okullarda çocuklara bilgilendirici seminerler verilmesi ve sağlık derslerinin müfredatına bu konunun konulması için Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği geliştiriyoruz (SB, 2008).

#### 5.8. Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç olduğu programda vurgulanmıştır. Sağlık sistemi politikalarının ve yönetim kararlarının bilgiye dayanması gerektiği konusunda hiç kimsenin tereddüdü yoktur.

Sağlık bilgi sistemlerinin kurulması yalnızca teknolojik yatırımlarla gerçekleştirilemez sistemin oluşturulması ulusal ve uluslar arası sağlık bilişim standartları, kodlama, sınıflandırma ve terminolojilerin belirlenmesi, farklı kurumsal düzeylerde toplanan verilerin entegrasyonu ve bu bilgilerin karar süreçlerinde kullanılabilir hale getirilebilmesine bağlıdır.

Öncelikle sağlık hizmeti verilirken iletişim kurulan kurumların standart tanımları, hizmet veren doktorların veri bankası, uluslar arası kabul edilmiş hastalık sınıflaması, ilaç ve tıbbi malzeme kodlamaları gibi standart kodlama sistemleri belirlenmiş ve uyumlaştırılarak sektörde kullanılmaya başlanmıştır.

Elektronik hasta kaydının öncüsü ve sağlık bilgi sisteminin sınırlı bir ölçekte örneği olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi uygulamaya konuldu. Bu yolla Aile Hekimliği uygulanan illerimizde bugüne kadar yaklaşık 17 milyon vatandaşımızın Elektronik Sağlık Kayıtları tutulmaya başlanmıştır (SB, 2008).

Tek Düzen Muhasebe Sistemi devreye alındı. Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi ile insan, malzeme ve mali kaynaklarının izlenmesi ve yönlendirilmesi için doğru ve güncel bilgi desteğinin her düzeydeki yöneticiye sunulmasını sağlandı.

Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi ile Bakanlığımıza bağlı İl Sağlık Müdürlükleri, tüm hastaneler ve Hıfzıssıhha Bölge Müdürlüklerinde ilaç, tıbbi cihaz, malzeme ve hizmet alımları ile ilgili ihale sonuçları görülebilmektedir.

Yeşil Kart Bilgi Sistemi ile yeşil kart sahibi vatandaşlarımızın Emekli Sandığı reçete kontrol sistemine dâhil olmaları sağlandı. İlaç ve Uluslar arası Hastalık Sınıflandırma kodları uygulamaya konuldu. Sağlık bilişiminde ilk defa Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Minimum Sağlık Veri Setleri hazırlanarak Sağlık Kodlama Referans Sunucusu hayata geçirildi.

Yine ilk defa Organ nakli bekleyen vatandaşlarımıza en uygun organı bularak en kısa sürede hizmet vermek ve kayıt dışı organ naklinin önüne geçmek için Organ Nakli ve Doku Bilgi Bankası oluşturuldu. Doktor Bilgi Bankası ile Cumhuriyet tarihi boyunca diploma ve uzmanlıkları tescil edilen doktorlarımıza ait diploma ve ihtisas bilgileri kayıt altına alındı (SB, 2008).

## 5.9. OECD Türkiye İncelemesi - 2008

### 5.9.1. SDP Kapsamında Türkiye'deki Sağlık Kapsamı ve Sağlık Finansmanı Reformları (2003-2008)

Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu'nun işler hale getirilmesi (2008 yılı Ekim ayında) ile birlikte teminat paketlerinin uyumlu hale getirilmesi tamamlanmıştır. Böylece Yeşil Kart sahipleri resmî olarak GSS' ye katılmış; Haziran 2007 SUT' tan beri diğer lehdarların almakta oldukları teminat paketinin aynısını almaya başlamışlardır. Yakın zamanda onaylanan Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu kapsamında, GSS' nin primli ve primsiz unsurlarında da değişiklikler yapılması öngörülmektedir. Primli sistem kapsamında, kamu sektörü ve özel sektördeki mavi yakalılar, çalışan devlet memurları, beyaz yakalılar ve serbest çalışanların emeklilik maaşlarının % 12,5'i toplanacaktır. Bu miktarda işverenin katkısı % 7,5 olacaktır. Primsiz sistem için Yasa, mevcut Yeşil Kart sisteminin (kart almaya) uygunluk ve finansman koşullarını değiştirmektedir. Yeni bir para ve mal varlığı soruşturma sistemi uygulamaya geçirilecektir. Yeni para ve mal varlığı soruşturma

mekanizmasının çeşitli etkilerinin olması beklenmektedir. İlk olarak, şu anda Yeşil Kart kapsamında olan nüfusun bazı kesimlerinin primsiz sağlık sigortasına hak kazanamaması beklenmektedir. Bu grup için Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu indirimli bir prim oranı tanımlamaktadır. Bunun da söz konusu grubun katılımı için teşvik oluşturması beklenmektedir. Primsiz ödemeler (ki bunlar için prim katkılarını Hükümet yapacaktır) ve indirimli prim oranı, kayıt dışı sektör çalışanlarının GSS' ye kaydolmalarını sağlamaya yönelik temel mekanizmalardır. Farklı Sağlık Sigortası Sistemlerinin İdarî Yönden Uyumlu Hale Getirilmesi ve Tek Ödeyici Sisteminin Oluşturulması 5502 sayılı Kanun 2006'da TBMM'ce kabul edilmiştir. 5510 sayılı Kanuna (Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu) ilave yapması amaçlanan bu yasanın amacı 3 ayrı sosyal güvenlik ve sağlık sigorta sistemini (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) tek bir sosyal güvenlik kurumu altında birleştirmektir. Bu yasa, 2006'dan beri uygulanmaktadır. Sonuç olarak, SGK bünyesinde bir GSS Fonu bulunmaktadır. Yeşil Kart dahil olmak üzere tüm sağlık sigorta fonlarının taleplerini işleme almak üzere MEDULA adı verilen bir talep ve kullanım yönetim sistemi kurulmuştur. 2007 SUT'a göre, SGK ile sözleşmesi olan tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarının taleplerini MEDULA sistemiyle sunması gerekmektedir. Birleşik bir talep yönetim sisteminin kurulması, tüm sağlık sigorta fonlarının talep sunma işlemlerini standart hale getirmiş; bu birleşik sistem, GSS kanununun yokluğu halinde dahi sanal bir tek ödeyici sisteminin kurulmasına katkıda bulunmuştur (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

#### 5.9.2. SDP' nin Bugüne Kadarki Değerlendirmesi - 2008

Birçok açıdan SDP' nin içeriği, Türkiye'de 2003 öncesinde var olan sistemin zayıf yönlerini gidermeyi hedeflerken bu sistemin güçlü yönlerine dayanan bir sağlık sistemine yönelik bir dizi reforma ait bir "ders kitabı" gibi görünmektedir. Eski sistem birçok diğer orta gelirli ülkelerde ve bazı OECD ülkelerinde olduğu gibi sağlık sigortasında aşırı bölünmeler ve eksik bir sigorta kapsamı ortaya koymuş; hastanede yapılan, yüksek maliyetli tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. Ayrıca, yeni teknolojilerin getirilmesini sınırlamış; büyük kayıt dışı ve cepten harcamalara yol açacak şekilde hekimlerin çift yönlü (kamuda ve özelde) çalışmalarını teşvik etmiş ve etkililik amaçlı teşvikleri sınırlamıştır. Söz konusu sistem, yoksul kesimin ve

kırsal kesimde yaşayanların sağlık hizmetlerine erişiminde ciddi ölçüde hakkaniyetsizlikler yaratmış ve niteliksiz sağlık hizmeti sunmuştur. SDP/GSS reformları, sistemin temel zayıf noktalarını bertaraf etmek üzere kapsamlı bir projeyi temsil etmektedir (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

Ayrıca SDP/GSS reformları, eski sistemin güçlü yönlerine dayandırılarak tasarlanmıştır. Bu güçlü yönler arasında şunlar sayılabilir: Son on yılda yoksul kesimi hedefleyen Yeşil Kart uygulamasına geçiş. Türkiye'nin birçok bölgesinde devletin sunduğu makul düzeyde kaliteye sahip uzmanlık hizmetleri, canlı bir özel sektör, nüfusun sağlık durumunda iyileşme, nüfusun tüm kesimlerinin özellikle de yoksul kesim ve diğer az hizmet alan gruplara kaliteli hizmete erişimini sağlamayı taahhüt eden bir hükümet ve SB.

SDP' yi yürütmek için atılan adımlar, sistemin işleyişinde önemli gelişmeler oluşturmuş gibi görünmektedir. Sağlık sigortası incelendiğinde, Yeşil Kart'ın kapsamının 2005'te ayakta tedavi hizmetleri ve ayakta tedavi gören hastalara reçete yazılmasını içine alacak şekilde genişletildiğini görüyoruz. Benzer şekilde SSK mensupları da 2004'te tüm hastaneler ve özel eczanelerden yararlanma hakkını elde etmiştir. Bu değişiklikler, 2003 ve 2007 yılları arasında Yeşil Kart sahiplerinin sayısında %7,5 SSK mensuplarının sayısında ise yaklaşık %33 oranında bir artışla ilişkilendirilmektedir. Bu değişiklikler, ayrıca hastanelere erişim ve ilaca yönelik kişi başına düşen harcama miktarında bu gruplar için hızlı artışlara da yol açmıştır. Bunlardan ikincisi bir dereceye kadar ilaç fiyatlarındaki indirimlerle dengelenmiştir.

Kullanıcıların kendi ceplerinden yaptıkları ödemeler azalırken genel olarak sağlık harcamalarının düzeyi; özellikle de devletin bundaki payı, bu dönemde önemli bir artış göstermiştir. Olumlu bir gelişme olarak Türk Hükümeti bu artışları, Türkiye'nin bu dönemdeki güçlü ekonomik büyümesi sayesinde karşılayabilmiştir (SB, 2008).

Aslında SGK ve SB, 2008 itibarıyla sağlık hizmetlerine önemli ölçüde ihtiyaç duyan birçok Türk vatandaşının hizmetlerden makul derecede yararlanabildiği düşüncesini taşımaktadır. Bunun sebebi ise birinci basamak sağlık hizmeti ve hastanede acil servis hizmetine yönelik hiçbir engel bulunmamasıdır. Ayrıca hak

sahibi olmayanların sahtecilik yoluyla sağlık karnelerini kullanmalarına ek olarak Bağ-Kur mensubu ve Yeşil Kart sahibi olmak için geriye doğru seçim olması sebebiyle, “resmî” sigorta kaydı verilerinin, kapsam dışı nüfusun %10 ila 15 olduğunu öngörmesine karşın, önemli ihtiyaçları olan nüfusun büyük bir kesimi devletin karşıladığı sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.

Bu arada, şubat 2005’ten itibaren eski SSK hastanelerini de kapsayacak şekilde SB kuruluşlarına performans yönetim sisteminin getirilmesinin yanında danışmanlık imknlarında yaşanan gelişmelerin, kamu sektöründe uzmanların tam gün çalışması ve hastane faaliyetlerinde önemli artışa yol açtığı görülmektedir. SB’nin yayımladığı son veriler, SB kuruluşlarında tam gün çalışan hekimlerin sayısının 2003’te %11’den 2008’de %73’e yükseldiğini göstermektedir. SB hastanelerinde destek hizmetleri konusunda dışarıdan kaynak temini oldukça artmıştır. Çalışanların birçoğu, özellikle de hemşireler, kamu sektöründe çalışıp atanmaya tabi tutulmaktansa artık kısa dönemli sözleşmelerle çalıştırılmaktadır (SB, 2008).

Yeni aile hekimliği sistemi, Ağustos 2008 tarihi itibarıyla 23 ilde uygulanmaktadır ve 2009 yılı sonu itibarıyla 59 ili kapsayacaktır. Nüfusun yaklaşık %20’si, birinci basamak sağlık hizmetlerini almak üzere aile hekimlerine kaydolmuştur. SB, bu oranı 2009’un ilk çeyreği itibarıyla %50’ye yükseltmeyi planlamaktadır. Pilot projelerle ilgili birtakım değerlendirmeler yapılmaktadır ve belirli sonuçlara ilişkin ilk sonuçlar da alınmaya başlanmıştır. Örneğin, hasta memnuniyeti, aile hekimliği sistemini uygulayan illerde artış göstermiştir. Yeni sisteme geçen illerde birinci basamak sağlık hizmeti kuruluşlarına yapılan başvuru sayısı %27 oranında artış gösterirken bu sistemi henüz benimsememiş illerde %23’lk bir artış görülmüştür. Buna, diğer illerde hastanelere yapılan başvuru sayısında grlen %16’lık bir artış karşılığında aile hekimliği sisteminin olduğu illerde ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara yapılan başvuruların sayısında %1 oranında bir düşüş eşlik etmiştir. Hastanelere yapılan başvurular, aile hekimliği sisteminin uygulanmaya başlanmasından önce % 58 oranındayken aile hekimliği sisteminin benimsenmesiyle bu oran %41’e gerilemiştir. Sevk sistemi cezalarının durdurulmasına karşın, aile hekimliği sistemini uygulayan illerde 2008’de birinci basamağa başvuran kişi sayısı %51, ikinci basamağa başvuran kişi sayısı ise

%49 olmuştur. SB, uygulamaya konan katkı payı kuralları ile, birinci basamağa başvurma oranını %60'a çıkarmayı planlamaktadır. Bu ilk değerlendirmelere göre sistem; sağlık hizmetleri kullanımını, ikinci basamaktan birinci basamağa kaydırarak hasta memnuniyetini artırmıştır. Yeni sistemin sonuçlar üzerindeki etkileri, hâlihazırda yapılmakta olan geniş çaplı değerlendirmelerin sonucunu beklemektir. Bu değişiklikler hekimlerin Türkiye'deki coğrafi bölgelere dağılımında kaydedilen ilerlemelerle, işin hizmet sunumu yönünden de desteklenmiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

### 5.9.3. Satın Alıcı ve Hizmet Sunucu Arasındaki İlişki

SDP' nin önemli hedeflerinden biri, satın alma ve hizmet sunumu işlevlerinin önceki parçalı ve çoklu yapıdan kurtarılması; satın alıcılar ve hizmet sunucular arasında düzgün kurumsal ve hesap verebilirlik ilişkilerinin kurulmasıdır. Bu yöndeki ilk değişiklik, 2005 yılında SSK'nın sunum işlevini SB' ye bırakması ile yapılmıştır. Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu kapsamında, Yeşil Kart programının SGK' na devri planlanmıştır. Fakat Sosyal Güvenlik Yasası, Anayasa Mahkemesi'nden geçemediği ve bu yüzden de planlandığı gibi 1 Ocak 2007'de uygulamaya konmadığı için SB, Yeşil Kart programından sorumlu olmaya devam etmektedir. Bu program kapsamında, SB bütçesinin bir parçası olarak Hazine'den yıllık bir tahsis almakta ve bu fonları, Yeşil Kart sahiplerinin hastane seviyesindeki harcamalarını finanse etmek için kullanmaktadır. Ne var ki, Yeşil Kart programının SGK kapsamına alınmasına hazırlık olarak, Eylül 2007 itibariyle SB hastanelerinden, Yeşil Kart sahiplerinin sağlık hizmeti kullanımı hakkındaki bilgileri SGK' na vermeleri talep edilmektedir. 2006 yılında, hızla artmakta olan SB harcamalarına cevap olarak, SGK, 850 SB hastanesi için sınırlı bir yıllık bütçe (SB hastaneleri için genel bütçe) olması konusunda SB ile müzakerelerde bulunmuştur. Bu düzenleme nedeniyle ve SB, Yeşil Kart programını yönetme işlevini devam ettirdiği için; SB, birinci basamak hizmet sunucuları ve hastanelerinden oluşan büyük bir ağı finanse ederek ve yöneterek egemen bir satın alıcı olarak işlev görmeye devam etmektedir. SB hastanelerinin performansını iyileştirmek amacıyla SB "iç pazarlar"ın bazı unsurlarını hâli hazırda uygulamaya koymuştur. Buna göre SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, SB hastanelerinde kurumsal performans

kriterleriyle bağlantılı bir performansa dayalı ödeme sistemi uygulamaktadır. Esas olarak bunun anlamı, Türkiye’deki satın alıcı ve hizmet sunucu ilişkilerinin dönüşüm geçirmekte olduğudur. SGK ile üniversite hastaneleri ve özel kuruluşlar arasındaki ilişki daha geleneksel bir satın alıcı ve hizmet sunucu modeli bağlamında yürümektedir. Buna göre SGK, her üniversite ve özel hastane ile teminat paketi kapsamında yer alan hizmetlerin sunumuna yönelik sözleşmeler yapmaktadır. SDP’ nin başlangıcında, ödeme mekanizmasında yapılacak değişiklik çok azdı. Sağlık sigortası fonlarının yaptığı ödemeler geriye dönüktü (hizmet başı ödeme). Farklı sağlık sigorta fonları ile değişik hastane türlerinin (yani üniversite, kamu ve özel) fiyat tarifesi ve ödeme mekanizmaları koordineli değildi. SUT kapsamında SGK 2007 yılında, işlemsel ve ICD 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) kodlama sistemlerini esas alarak yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetleri için toplu bir fiyat geliştirmiştir. Bütün sağlık sigorta fonları ile kamu hastaneleri ve özel hastaneler için aynı fiyatın uygulamaya konması, paranın hastayı takip ettiği ileriye dönük bir ödeme sistemine (hizmet başı ödeme sisteminde olduğu gibi) doğru geçiş için atılan ilk adımdır.

Yukarıda bahsedildiği üzere, SB hastanelerine yönelik global bütçe ilk olarak 2006 yılında oluşturulmuştur. Bu, üst limiti olan bir bütçe miktarı olup SB ile yıllık müzakere edilir. Bu bütçe, geçmişteki harcama düzeyleri ile Hazine’nin orta vadeli bütçe tahminlerini yansıtır. SB hastanelerine global bütçeye dayalı olarak SB tarafından belirlenen aylık bir tutar ödenir. Bu ödemeler global bütçe üst limitini karşılayacak şekilde düzenlenir; harcamalar üst limiti aşmışsa, yıl sonu talepleri ödenmeyebilir. 2008 yılı Nisan ayında kabul edilen değişikliğe uğramış Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu, devlet hastanelerine yönelik ödeme mekanizmalarını belirlemektedir. Devlet hastaneleri için, SGK’ nın DRG’ li global bütçeleri kabul etmesi beklenmektedir (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

#### 5.9.4. Mali Koruma ve Hizmete Erişimde Hakkaniyet

2008’de GSS’ yi uygulamaya geçiren mevzuatın kabul edilmesiyle doruk noktasına ulaşan Türkiye’deki etkili sağlık sigorta kapsamını iyileştirmeye yönelik uzun soluklu çabalar, yüksek sağlık harcamalarına karşın hem yoksul kesim için mali

korumayı hem de nüfusun sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetini iyileştirmiştir. Önceki yıllarda sağlık sigorta kapsamının eksik kalması ve nüfus içindeki daha dezavantajlı bazı gruplara yönelik kapsamın yetersiz olması, Türkiye’de belli göstergeler bakımından nispeten daha düşük bir sağlık durumu ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamıştır. Fakat katastrofik sağlık harcamaları yüzünden yoksullaşan nüfusun yüzdesi küçüktür ve daha da azalmaktadır. Bu oran, elde verileri olan diğer ülkelere göre de düşüktür (OECD ve Dünya Bankası, 2008).



## 6. TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARININ KAPSAMI

Özel sektör sağlık harcaması hane halklarının, özel sigorta şirketlerinin, kar amaçsız kuruluşların ve bireylerin kendi hane halkları dışındaki hane halkları için sağlık hizmeti alımıyla ilgili olarak yaptıkları harcamaları ifade etmektedir (SB, 2007). Türkiye’de sağlık hizmeti hem kamu hem de özel sektör tarafından verilmektedir. Diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe de rekabetin olmayışı kaliteyi ve verimliliği düşürmekte olduğu anlayışı vardır. Ancak bu sektörü diğer sektörlerden ayıran en önemli özelliği sağlık hakkının devlet tarafından karşılanması gereken, kazanılmış bir hak olduğu gerçeğini göz ardı etmektedir. Özel sektörün piyasaya girmesiyle kamu üzerindeki mali baskıyı azaltılacağı öngörülmektedir. Bu sektörün piyasalaşması kaliteyi mi arttıracak yoksa hizmette eşitsizliğe mi yol açacak konusu gündeme getirilmemektedir.

### 6.1. Kalkınma Planlarında Özel Sağlık Yatırımlarına Teşvik

Kalkınma planlarında özel sektörü teşvik edileceği konusuna değinilmiş ve bu maddelerin bazıları aşağıda verilmiştir.

Altıncı kalkınma planı; sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının eşitlendirilmesi esas alınacak ve hizmet talebinin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanmasına devam edilecektir (DPT, 1989).

Yedinci kalkınma planı; sosyal güvenlik reformu amaç ve ilkeler Plan döneminde genel sosyal güvenlik ilkelerine uygun olarak kurumların mali yapıları iyileştirilecek ve buna paralel olarak gelir ve aylıkların yükseltilmesiyle kişilerin sosyal güvenlik kurumlarına güvenleri artırılabacaktır. Böylece, devlet asgari gelir düzeyini garanti eden bir sosyal güvenlik hizmeti sağlayacak ve ilave sosyal güvenlik hizmetlerinin özel sigorta programlarıyla karşılanması desteklenecektir (DPT, 1995).

Sekizinci kalkınma planı; kentsel kesim birinci basamak sağlık hizmet kapasitesi geliştirilecek, semt polikliniği uygulaması yeniden yapılandırılacak, piyasa şartlarında hizmet üreten özel sağlık kuruluşlarının imkanlarından yararlanılacak ve aile hekimliği uygulamasına geçilecektir. Kırsal kesimde, yerleşik

nüfusa hizmet veren sağlık ocakları yeniden yapılandırılarak altyapı ve insan gücü imkanları geliştirilecek ve mobil sağlık hizmeti uygulaması etkinleştirilecektir. Özel sektörün sağlık yatırımları ve gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmetleri teşvik edilecektir (DPT, 2000).

Dokuzuncu kalkınma planında da; özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımlar teşvik edilecektir (DPT, 2006) şeklinde yer verilmiştir.

## 6.2. Sağlık Finansmanında Özel Sektör

Türkiye’de özel sigortacılık alanı küçük fakat özel tedavi oldukça yaygındır (%25 özel doktor başvurusu). Hastahane yataklarının % 6’ sı özel kuruluşlarıdır. Özel sigorta yönetim verilerine göre, gelir düzeyi yüksek olanların dışında, çeşitli kesimlerden sigortasız hastalar da hemen hemen aynı sıklıkla doktora gitmişler ve bu kullanımlar alt gelir sınıflarına kadar uzanmıştır.

Hizmetlerin kalitesinde gözle görülür farklılık, bu seçim için belirtilen ana nedeni oluşturmuştur. Dolayısıyla muayenehanelere kıyasla, katkı amaçlı özel sigorta için piyasa oldukça küçük görülebilir (Sargutan, 2006, s. 230).

SDP kapsamında uygulamaya konulan GSS toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemidir. Kanun ile hastaneler ‘tek çatı altında’ toplanmış ve hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı’nın nüfuz alanı genişlemiş, kamu hastanelerinin neredeyse tümünün özertleştirilmesi mümkün hale gelmiştir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008). Aile hekimliği ise, sağlık ocaklarında verilmekte olan hizmeti (birinci basamak sağlık hizmetini) piyasaya entegre edebilmek için ‘herkesin bir doktoru olacak’ masalı ile aile doktorluğu sistemini getirmek isteyen bir uygulamadır. Hekimlerin patronluk yapıp yanına da bir iki tane ‘aile sağlığı elemanı’ (hemşire, ebe vb.) çalıştırmasını koşullayan, kendisi için de iş güvencesinin olmayacağı ve birer işletme gibi çalıştırılması öngörülen birimler aracılığı ile sağlık sisteminin bütün kamusal birimleri işletmeleştirilmiş olacaktır. Hekim işletmeci, hastalar da müşterisi olacaktır (Hamzaoğlu, 2010).

Öte yandan, bir dizi sebepten ötürü, bireysel sigortanın ticari açıdan cazip olma ihtimali fazla değildir. Diş ve ilaç sigortasının ilave edilmesinin düşünülebilmesine karşılık, bunların yönetilmesi de en az aynı ölçüde pahalı çok daha riskli olabilmektedir. Çünkü her iki hizmette de, geniş tercih unsurları vardır ve bunların kullanımını denetlemek zordur. Hastahane sigortasının yönetilmesi daha kolaydır. Fakat devlet hastahanelerinin yatak sayısının nispeten fazla olması, özel hastahane sektörünü, büyük şehirlerdeki lüks piyasa ile sınırlamaktadır (Sargutan, 2006, s. 230).

Sağlık sektöründe özelleştirme de sermayenin merkezileşme ve yoğunlaşma eğilimleriyle doğrudan bir ilişki içersindedir. Sağlık hizmetinin ticarileşmesi ve bu alandaki teknolojinin gelişmesi, özel sağlık pazarlarının hastane şirketleri, özel sigorta kuruluşları, ilaç-tıbbi teknoloji şirketlerinin ve bunların dev birleşmelerinin eline geçmesi şeklinde yaşanmaktadır.

Özelleştirme konusundaki belirgin kavram rekabettir. Oysaki merkezileşme ve yoğunlaşma eğilimlerinin çok fazla olduğu bu sektörde rekabet oldukça sınırlıdır. Özel şirketler, bu durumda genellikle ‘uzmanlaşmış hastaneler’ uygulamasına yönelmektedirler. Kamu kuruluşlarının tüm hastalara bakacak, asgari sayıda klinikleri barındırması söz konusu iken ‘uzmanlaşmış hastaneler’ örneğin sadece parkinson, el cerrahisi, fizik tedavi, radyoloji vb. gibi alanlarda hizmet vermek suretiyle kendi alanında tekel haline gelir. Böylece alanın en vasıflı personelini istihdam edebilme ve istediği fiyatı belirleme olanağını ele geçirir (Belek-Soyer, 1995).

Sağlık hizmetinin özelleştirilmesi, devletin minimize edilmesi anlayışının bir uzamı olarak değerlendirildiğinde, devletin kamu harcamalarını azaltma ve dış açık nedeniyle bütçeden kamu alanlarına ayrılan payı asgariye indirme amacını taşıdığı söylemleri, devletin asli amacını gizlemektedir.

Buradaki kilit nokta sermaye birikiminin belirli üretici güçlerin elinde toplanarak pazar hakimiyetine sahip olma istenci ekseninde ilerleme kaydetmesidir. Devlet bu aşamada sadece bir denetçi görevi görmeli ve bu ilerleyişin kusursuzluğu adına destekte bulunmalıdır. Bu destek, sermayenin kar oranlarının düşme eğilimi

göstermesi sonucu krizler yaşamasında belirgin bir biçimde hissedilir olmalıdır. Devletin özerkliği ve görelî özerkliğinin sınırlarının çizilmesi sermayenin geçtiği bu tarz dönemeçlerde belirgin bir haldedir. Sağlık harcamalarının artış ya da azalış göstermesi, GSYİH' den sağlık harcamalarına ayrılan pay ve bunların kullanımı da bu çerçevede biçimlenmektedir.

Bu kapsamda sağlık sektöründe meydana gelen teknolojik gelişmelerin sağlık kurumlarının işletmeleştirilmesiyle paralel olarak arttığı ve özel sağlık kurumlarının teknolojiyi elinde bulunduran bir güç unsuru olarak kar yaratmayı hedeflediği vurgulanmıştır.

### 6.3. Sektörün Hizmet Sunumundaki Payı

Özel sektörün sağlık hizmetleri sunumundaki rolü; erişim, verimlilik ve sistemin gelecekteki sürdürülebilirliği bakımından kritik önem arz etmektedir. Türkiye, diğer pek çok ülkenin aksine, özel hizmet sunucularına, devlet sigortası altındaki hastaları tedavi etme ve bunun için ödeme almaya izin verme anlamında bir eşit şart ortamı oluşturmaya çalışmıştır. Ayrıca, kamu hastanelerindeki destek hizmetlerinin ihale yoluyla özel sektörden alınmasını teşvik etmiştir. Bunların sonucunda son 5 yıl içerisinde özel sağlık sektöründe belirgin bir büyümenin gerçekleştiği görülmektedir.

Özel sektör hizmet sunumuna ilişkin destekleyici bir politikaya rağmen SB, %70 civarındaki SB hekimlerinin mevcut durumda kamuda tam zamanlı çalışmasını ve özel sektörde çalışmamasını sağlamak için performans ek ödemelerini yükseltmiştir. Yeni aile hekimliği sistemi kurulduğu bazı illerde (örneğin Eskişehir) birinci basamak sağlık hizmetlerinde özel sektör hemen hemen dışarıda kalmıştır. Benzer şekilde, kamu sektöründeki teknolojik büyüme, bazı durumlarda mevcut özel sektör kapasitesini tekrarlayarak özel tanı merkezlerinin üzerinde daha fazla yaşam baskısı kurabilir. Öte yandan SB, zaten az sayıda olan alt dal uzmanlarını özel sektöre kaptırmanın endişesini giderek daha fazla yaşamaktadır. Çünkü ekstra faturalamadan ve kısıtlama olmaksızın hasta sevki sağlayan mevcut politikalardan

dolayı, eksikliklerin olduğu bu yerlerdeki özel sektör kuruluşları, bu uzmanlara, kamu sektörünün verdiği maaşın 1,5-2 katı daha fazla ücret ödeyebilmektedirler.

Kamu sektörü ve özel sektör hizmet sunum kapasitesi bileşimini akılcı hale getirmek için, mevzuat oluşturulmuştur. Bununla birlikte, uzmanlaşmış sağlık personeli, özellikle hekim eksikliği yüzünden yetkililerin özel sektöre yönelik tutumunun bazen çelişkili olabildiği görülmektedir. Uzun vadede, kamu sektörü ve özel sektör arasında canlı bir işbirliği ve rekabet sağlamak amacıyla politikalar matrisi genelde iyi tasarlanmıştır. Ama orta vade de, devlet hastanelerine uygun düzeyde özerklik vermeye yönelik kısıtlamalar yüzünden ve devlet memurluğu şartlarına tabi hastane personeli sayısının, emekliye ayrılma ve istifa sebebiyle azalması yüzünden taviz verilmesi gerekebilecektir. Hükümetin, bu endişeleri dikkatle dengelemesi gerekmektedir. Kamu sektörü ve özel sektör ortak hizmet sunum kapasitesinin etkinliğini en üst düzeye çıkarmanın ana şartları şunlardır: Teşviklerin doğru yapılması ve hizmet sunucu/satın alıcı tarafında eşit şartlar oluşturulması (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

#### 6.4. Türkiye Sağlık Sektöründe Özel Finansmana Genel Bakış – OECD 2008

Özel sektör sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir yere sahiptir. 1999-2006 yılları içinde toplam cari sağlık harcaması içinde özel sektörün payı giderek azalmıştır. Özel sektör sağlık harcamalarının payı 1999 yılında % 38,1 iken 2006 yılında %27,1'dir. Özel Sektör sağlık harcamaları içinde en önemli büyüklük hane halklarının ceplerinden yaptıkları sağlık harcamasıdır. Cepten yapılan harcamanın özel sektör harcamaları içindeki oranı 1999 yılından itibaren bir düşüş eğilimi izlemiştir. Özel sektör sağlık harcamaları içinde hane halklarının cepten yaptığı harcamalar 1999 yılında %74,8 iken bu oran 2006 yılında %69,9 olarak hesaplanmıştır. Toplam sağlık harcaması içinde hane halklarının cepten yaptığı harcamaların payı 1999 yılında %29,1 iken 2006 yılında %19,3'e kadar düşmüştür (SB, 2007).

OECD Health Data verilerine göre 2008 yılı özel sektör harcamaları, Türkiye'deki sağlık harcamalarının %28'ini oluşturmaktadır. Özel finansmanın rolü

(daha önce tartışılan katkı payları ve ekstra faturalandırma konularının ötesinde) önemli olmakla beraber genelde ihmal edilen bir konudur. İsteğe bağlı özel sağlık sigortasının rolü, üzerinde durulması gereken bir konudur. Önemli bir OECD çalışması, OECD ülkelerinde özel sağlık sigortasının farklı rollerini incelemiştir. Türkiye, genel bir sağlık sigortası kapsamı geliştirdiğine ve kapsamlı bir teminat sistemine sahip olduğuna göre, isteğe bağlı özel sağlık sigortası açısından sınırlı bir rol söz konusu olacaktır. Bu rol, teminat paketinde sunulandan daha yüksek konfor standartları ve SGK ile anlaşması olmayan kaliteli ve belirli konularda uzmanlaşmış özel kurumların sunduğu bakım gibi ek hizmetleri de kapsama almak için tamamlayıcı sigorta temin edilmesini de kapsayabilir. İsteğe bağlı özel sağlık sigortasının rolü bu tür bir sistemde kısıtlı olsa da sektörün ayakta kalması ve tüketicinin korunması için nitelikli düzenlemelerin yapılması önem taşımaktadır. Ayrıca yetkililerin, Kanada ve diğer bazı ülkelerde olduğu gibi özel sigortacıların kamu sistemindeki katkı paylarını da kapsama almalarını yasaklayıp yasaklamamayı düşünmesi gerekecektir. Uluslararası deneyimlerin de gösterdiği üzere imkânlarla sahip oldukları sürece kullanıcılar, özellikle devletin birden fazla sigorta programı uyguladığı yerlerde karşılanmayan katkı paylarının ödenmesi için özel sigortalara başvuracaklardır (Örneğin, Fransa nüfusunun %80'i Fransız sosyal sağlık sigortası sistemindeki katkı paylarını karşılamak için Mutuelles'den kapsam satın almaktayken aynı orandaki Medicare lehdarları da ABD'de benzer düzenlemeler yapmaktadırlar.). Ancak, kamunun ihtiyaç duyduğu katkı payı ödemelerinin kapsama alınmasıyla devlet sigorta sistemine ek maliyetler yüklenmektedir; çünkü lehdarlar hizmet noktasında herhangi bir maliyetle karşılaşmadıklarından kamu hizmetlerinden daha çok yararlanma eğiliminde olacaktır. Bu tür bir kapsam yaygın olmadığı için, genel sağlık sigortası kapsamına geçişin bu evresi yetkililerin, isteğe bağlı özel sağlık sigortasına ilişkin düzenleyici politikayı ele almasının tam zamanı olacaktır (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

#### 6.5. Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Payı(%)

Toplam sağlık harcamaları içinde kamu ve özel sektörün payı Tablo.1.'de verilmektedir. Tablolara göre; 1995 yılı itibariyle en yüksek kamu sağlık

harcamalarına en fazla hisse ayıran ülke % 92 oranla Lüksemburg iken aynı ülke özel sağlık harcamalarına % 7,2 pay ayırmaktadır. Kamu sağlık harcamalarına % 52 ile en az pay ayıran ülke olan Yunanistan özel sağlık harcamalarında % 48 oranla yer tutmaktadır. Türkiye'nin OECD üyesi AB ülkelerinde toplam sağlık harcamalarında kamuya ayırdığı pay % 70,2 şeklindedir ve % 77,4 ortalamasının altında kalmıştır. Ancak bazı ülkelere oransal olarak yaklaşmaktadır.

Çek Cumhuriyeti özel sağlık harcamaları payı da %9,7 şeklindedir. Toplam sağlık harcamalarında kamu payı en düşük ülke %60 ile Yunanistan olup bir önceki döneme göre artış kaydetmiştir. Türkiye de %62,9 ile kamu sağlık harcamaları payını azaltmış ülke grup ortalamasının gerisinde seyretmektedir. 1995 yılından 2000 yılına toplam sağlık harcamalarında kamu sağlık harcamalarına ayrılan pay yönüyle Avusturya, Yunanistan, İrlanda, İtalya ve Portekiz hariç tutulduğunda grubun diğer üye ülkeleri bu oranı azaltmaktadır. 2009 yılı verilerine göre; kamu sağlık harcamalarında İngiltere %83,6 oranla birinci sırada yer alırken, %62,6 oranla Yunanistan son sırada yer almaktadır. Özel sağlık harcamalarında ise; İngiltere %16,4 oranında; Yunanistan da %37,4 ile yelpazenin bir ucundan diğer ucuna açılmaktadır. Türkiye kamu sağlık harcamalarında %75,2 oranına çıkış yaparken, özel sağlık harcamalarında %24,8'e gerilemiştir. 1995-2009 arası izlenen dönemde kamu sağlık harcamalarına ayrılan pay ortalama anlamda % 3,5 oranında iniş seyrine girerken, özel sağlık harcamalarında da %0,27 oranında çok küçük miktarda artış yaşanmıştır. Özüyle, özel sağlık harcamalarının yüksek olması temel olarak sağlık hizmetleri sorumluluğunun kamu olduğu AB ve TR' de hakkaniyet, etkinlik ve verimlilik açısından tercih edilen bir eğilim olmadığı belirgindir.

OECD tarafından sağlık politikaları ve sağlık sisteminin verimliliği konusunda ülkeler arasında karşılaştırmalı olarak derlenen yeni veriler, araştırma kapsamındaki tüm ülkelerde kamu sağlık harcamalarının verimliliğini daha arttırmanın mümkün olduğunu göstermektedir.

**Tablo.1.** Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Payı(%)

Kamu

OECD Üyesi AB Ülkeleri / Yıllar	1995	2000	2005	2009
Avusturya	73,9	76,8	76,1	74,5
Belçika	68,7	67,5	72	68,4
Çek Cumhuriyeti	90,9	90,3	83,7	80,2
Danimarka	82,5	82,4	79,3	80,1
Estonya	89,8	77,5	77,2	75,5
Finlandiya	72	71,1	69,5	72,1
Fransa	79,7	79,4	76,9	76,6
Almanya	81,6	79,8	74,3	75,7
Yunanistan	52	60	60,1	62,6
Macaristan	84	70,7	69,7	69,9
İrlanda	72,7	75,3	76,6	79,6
İtalya	70,8	72,5	75,2	77,3
Lüksemburg	92,4	69,8	74,6	74,2
Hollanda	71	63,1	60,5	77,2
Polonya	72,9	70	64,7	68,2
Portekiz	62,6	72,5	67,9	69,9
Slovakya	88,5	85	72,1	67,3
Slovenya	77,7	74	68,9	70,2
İspanya	72,2	71,6	67,8	72,1
İsveç	86,6	84,9	78,8	78,6
Türkiye	70,2	62,9	67,8	75,2
İngiltere (UK)	83,9	79,3	81,9	83,6
Amerika (USA)	44,9	43,2	45,5	48,6
Ortalama	77,4	74,9	72,8	73,9

Özel

1995	2000	2005	2009
26,1	23,2	23,9	20,5
20,7	23	23,5	24,1
9,1	9,7	12,7	16,6
17,5	17,6	16,3	13,7
10,2	22,5	22,9	20,9
28	28,9	25,3	23,6
20,3	20,6	20,3	20,8
18,3	20,2	21,8	21,2
48	40	39,9	37,4
16	29,3	27,3	27,6
27,3	24,7	23,4	20,4
29,2	27,5	24,8	22,7
7,6	14,9	15,1	16
23,2	32	31,4	15,2
27,1	30	29,5	25,4
37,4	27,5	27,2	26,3
11,5	15	23,7	28,2
22,3	26	26,3	25,1
27,8	28,4	28,9	24,8
13,4	15,1	17,4	16,6
29,8	37,1	32,2	24,8
16,1	20,7	18,1	16,4
55,1	56,8	54,5	51,4
21,8	23,7	23,8	22,07

**Kaynak:** Dürrü, Z. (2012). OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi. (WHO, 2011)

- Sağlık harcamalarını sabit tutarak, bütün ülkeler en iyi performans gösterenlerle aynı seviyede etkin olmayı sağlayabilirlerse, OECD genelinde doğum anındaki tahmini insan ömrü ortalama olarak iki yıldan fazla uzatılabilir.



- Ülkelerin üçte birinden fazlasında sağlık harcamalarını sabit tutarak verimliliğin artırılması, ortalama insan ömrünün 2017 yılına kadar olan on yıl içerisinde en az bundan önceki on yıllarda olduğu kadar artırılmasını sağlayabilir.

- Alternatif olarak, sağlık sistemlerinin verimliliğinin artırılması, OECD ülkelerinin kamu harcamalarında ortalama olarak GSYİH' nin %2'sine yaklaşan büyük tasarruflar elde edilmesine yol açabilir (OECD,2011). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlatıldığı yıl olan 2003-2004'ten bu yana sağlığa yapılan kamu harcamalarının artış oranının, sağlığa yapılan toplam harcamaının artış oranına benzer olması ve her ikisinin de GSYİH' nin büyüme hızından çok az daha yavaş olması dikkat çeken bir konudur (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

## 7. SAĞLIK EKONOMİSİ VE KARŞILAŞTIRMALI SAĞLIK HARCAMALARI

### 7.1. Sağlık Ekonomisi Tanımı ve Tarihçesi

Sağlık Ekonomisi, sağlık alanında çalışmalar, sağlık kaynakları, belirli bir sağlık bakım sistemi içinde kaynakların tahsisi, talep ve arz yönetimi şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık ekonomisi kendini oluşturan değişkenlerin birbirini etkilediği dinamik bir sistemdir.

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin oldukça genç bir alt dalıdır. Esas olarak 1960' da ilgi çekmeye başlamıştır. 1970' de ise bu ilginin yaygınlaştığı ve sağlık ekonomisinin önemini giderek arttırdığıdır.

7 Nisan 1948 tarihinde BM tarafından kurulan, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO), 1977 tarihli Genel Kurul Toplantısında belirlediği hedef, Sağlık Ekonomisinin, ekonomi bütünü içinde bir alt disiplin olmasında önemli bir başlangıç teşkil etmiştir. Bu hedef, 2000 yılına dek dünyada herkese sağlık hizmetlerinin sağlanmasıdır. Bu hedefe ulaşılması doğrultusunda, sağlık politikalarına uygun yönetim ve finansman mekanizmalarının geliştirilmesi gereği, sağlık ekonomisi uygulamalarının önemini arttırmıştır (Dürrü, 2012).

Sağlık Ekonomisi, İkinci Dünya Savaşı sonrasında, 1950' de ilk defa ABD'de, tıp fakültelerinde bağımsız bir ders olarak okutulmaya başlanmış; eğitim, savunma, çevre ve enerji ekonomisinde olduğu gibi bu bilim dalı da Avrupa'ya geçmiş, bu yüzyılın son çeyreğinde gerek Amerika'da gerekse Avrupa'da, özellikle doğum yeri olarak ileri sürülen İngiltere'de beşeri sermayenin ön plana çıkmasıyla ekonomistlerin büyük ilgisini çeker bir duruma gelmiştir (Dağlı, 2006).

Ekonomistlerin Sağlık Ekonomisi alanına eğilmelerinin başlıca üç nedeni vardır.

- Sağlık hizmetleri finansmanının önem kazanması,
- Sağlık harcamalarının hızla artması ve sağlık sektörünün ekonomide en çok kaynak kullanan sektör konumuna gelmesi,

- Sağlık sektörünün GSMH içindeki payının hızla büyümesi

Wilensky'e göre sağlık ekonomisinin Amerika' da ki gelişimi; sağlık hizmetlerinin tam olarak yapılması, ödeme sistemlerinin iyileştirilmesi, sigortalı olmayanların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi, kar amaçlı olmayan sağlık kurumlarının geliştirilmesi, nüfusun yaş bileşimi, sağlık personeli arzının değişmesi, sağlık ekonomisindeki değerlendirme tekniklerinin yeni tekniklerle desteklenmesi üzerinde durulmuştur (Tutar, Kılınç, 2007).

Sağlık ekonomisinin, ekonominin alt dalı olması sağlık hizmetlerinin iktisadiliği yönünü ortaya çıkarmaktadır. Bu çerçevede dünya sağlık harcamaları da sağlık ekonomisi göstergeleri çizgisinde şekillendirilmektedir. Sağlık harcamalarının yanı sıra finansman kaynakları ve yöntemleri de ülkelerin öncelikli konuları arasında yer almaktadır (Dürrü, 2012).

## 7.2. Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları ekonomik büyüme üzerinde de etkili olmaktadır. Aísa ve Pueyo (2006)'nun belirttiği gibi daha fazla kamu sağlık hizmeti ortalama yaşam süresini uzatarak, bireylerin tasarruf isteğinin yükselmesi dolayısıyla, hükümet harcamalarıyla ekonomik büyüme arasında olumlu bir ilişki tesis edebilecektir. Aísa ve Pueyo (2006)'nun analizi, özellikle kamu sağlık harcamaları dikkate alındığında, hükümet harcamalarıyla büyüme arasında monoton olmayan bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Buradan da özellikle gelişmekte olan ülkelerde, kamu sağlık harcamalarının yaşam süresi üzerindeki olumlu etkisinin (eğer yeterince güçlüyse) bu yatırımların yol açtığı kaynak kayıplarını telafi edebileceği sonucunu çıkarmaktadırlar (Karagöz, 2009).



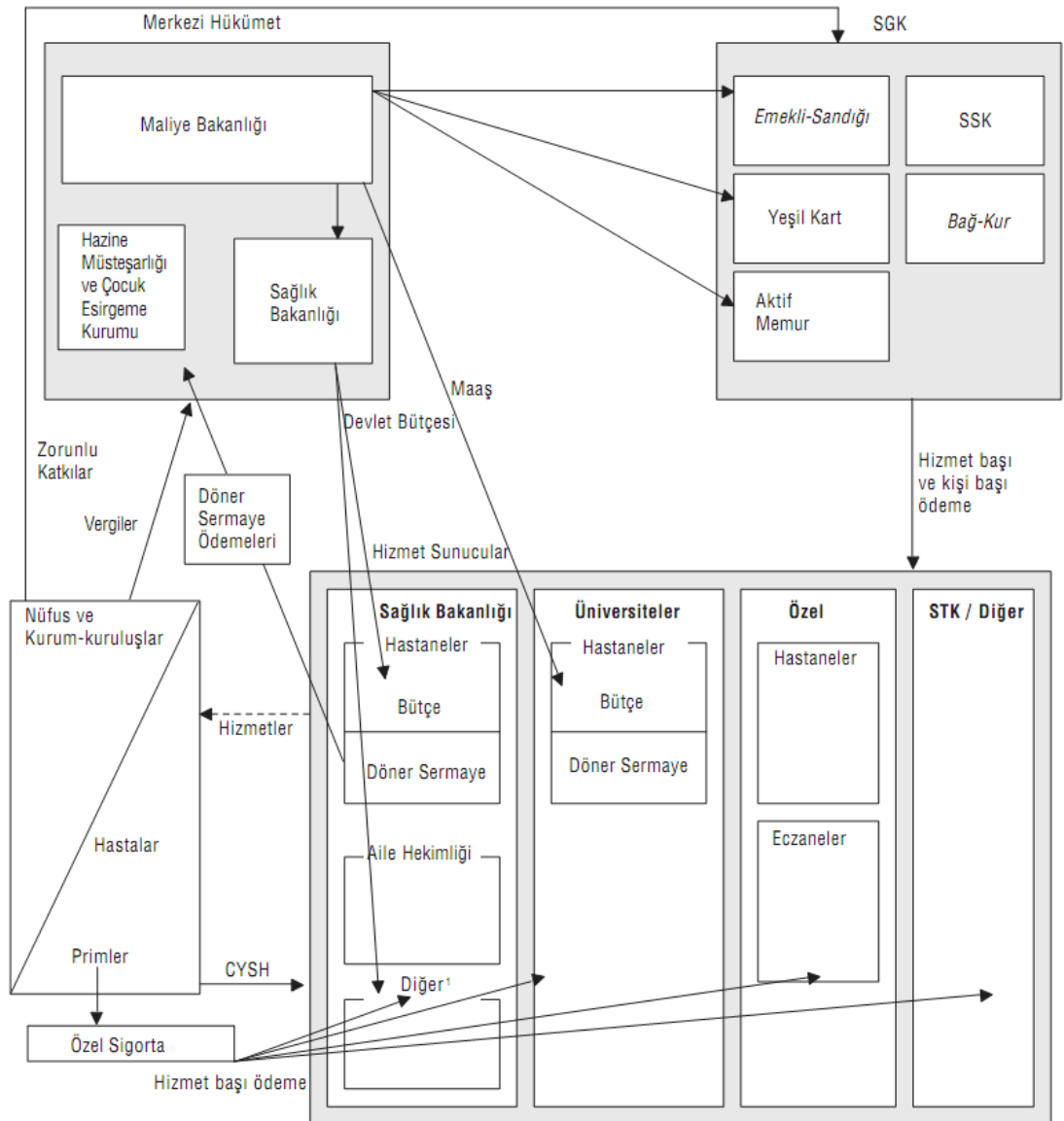
**Şekil.3.** Sağlık Harcamalarındaki Artışa Etki Eden Temel Faktörler

**Kaynak:** (KOBELT; Gisela; Çev. DEĞER, Dr. Çetin, Sağlık Ekonomisi: Ekonomik Değerlendirmeye Giriş (İkinci baskının çevirisi), Office of Health Economics, Londra, 2010:11).

Yapılan araştırmalar sonucunda, gelişmekte olan ya da gelişmiş olan ülkelerin sağlık harcamalarının artış nedenlerinin genelde ortak olduğu kanısına varılmıştır. Sağlık harcamalarının artış nedenleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir. Hansen ve King ve Whyness' a göre ise, ana başlıklar halinde sağlık harcamalarının artma nedenleri, gelirlerin yükselmesi, ihtiyaçların artması ve maliyetlerin yükselmesi olarak verilebilir (Bayram, 2011)

Sağlık harcamalarının en hızlı arttığı dönem 1995-2000 olmak ile birlikte, 2000-2003 arasında artış hızı yavaşlamış, 2003'ten sonra ise tekrar hızlanmıştır (TEPAV. 2010)

Türkiye de Sağlık Sistemi finansmanı karma bir yapıya sahiptir. Bu karma yapı sistemin etkin işleyişini güçleştiren önemli etkenlerden biridir. Bu karmaşık yapı içinde sağlık için yapılan harcamalar temel olarak kamu sektörü ve özel sektör kaynakları tarafından karşılanmaktadır. Kamu sektörü sağlık harcamaları içinde merkezi devlet ve yerel yönetim ile sosyal güvenlik fonları tarafından yapılan harcamalar yer almaktadır. Özel sektör harcamaları çoğunlukla hane halklarının ceplerinden yaptıkları ödemeler, firmaların personel için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kar amacı olmayan kuruluşların harcamalarından oluşmaktadır.



**Şekil.4.** GSS'den Sonra Türk Sağlık Sisteminde Temel Mali Akışlar 2008

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı. (2008) Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları

Alt seviyelerdeki SB kurumlarının, örneğin sağlık ocakları, dispanserler, köylerdeki ocaklar ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarının tek başına yönetilen bir bütçeleri veya döner sermayeleri bulunmamaktadır. Bunun yerine, il sağlık müdürlükleri kuruluşun finansmanını yönetmekte ve birimin operasyonları kontrol etmektedir. Bazı alt seviye kuruluşların döner sermayeleri yakınlardaki bir hastane tarafından da yönetilebilmektedir (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

### 7.3. Ekonomik Göstergeler

#### 7.3.1. Kişi Başı GSYİH (Cari Fiyatlarla PPPs-US\$)

Sağlık ekonomisi ekonomik göstergeler belirtecinden Kişi Başı GSYİH cari fiyatlarla US dolar cinsinden Tablo.2.'de verilmiştir. Gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH), ekonomik aktivite için bir ölçüdür. Tabloya göre; 1990 yılı için Lüksemburg 30408 US\$ ile en yüksek GSYİH' ye sahipken Polonya da 5991 US\$ ile ülke grubunda en düşük kişi başı gelire sahiptir. Türkiye de 5843 US\$ ile sıralamada en sonda yer almaktadır. Ülke grup ortalaması 16390 Cumhuriyeti, Yunanistan, İrlanda, Portekiz, İngiltere ve İspanya ortalamasının altında kalmaktadır. 2000 yılı verilerine göre; keza Lüksemburg en fazla kişi başı geliri elde ederken yıldan yıla sürekli artış eğilimindedir. Polonya da 10568 US\$ ile grupta en düşük kişi başı geliri sahiplenmektedir. Türkiye de ise kişi başı gelir 9171 US\$'a yükselmesine rağmen mukayese yapılan ülkeler ortalamasını tutturamamıştır. 2010 yılı verilerine göre; Lüksemburg kişi başı gelir 89633 US\$'a yükselirken, en düşük kişi başı gelir Polonya da 19784 US\$ olarak verilmiştir. Türkiye de 16398 US\$ ile grup ortalamasının altında kalmıştır. 2010 yılı grup ortalaması 34572 US\$ hesaplanırken, Avusturya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Almanya, İrlanda, Hollanda, İsveç ve İngiltere kişi başı GSYİH 'de ortalamanın üzerindedir. Sıralama sonlarda yer alan Polonya ve Türkiye WHO' ya göre yüksek orta gelir grubuna dahil edilmiştir. Bu iki ülke dışında OECD üyesi AB ülkeleri yüksek gelir grubuna dahildir (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

**Tablo.2.** Kişi Başı GSYİH(Cari Fiyatlarla)

OECD Üyesi AB Ülkeleri / Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009	2010
Avusturya	19457	23502	28773	33409	38814	39768
Belçika	18687	22450	27628	32141	36300	37435
Çek Cumhuriyeti	11875	12813	14994	20366	25563	25299
Danimarka	18462	22993	28826	33196	37680	39476
Estonya	..	6280	9863	16531	19876	20608
Finlandiya	17699	18773	25671	30644	35229	36664
Fransa	17277	20222	25276	29692	33373	33835
Almanya	18389	22493	25952	31366	36332	37567
Yunanistan	12574	14679	18412	24641	29303	28189
Macaristan	..	9032	12114	16952	20275	20325
İrlanda	12991	17908	28680	38675	39562	39778
İtalya	17595	21112	25597	28144	32413	31563
Lüksemburg	30408	38842	53383	68313	84848	89633
Hollanda	17630	21552	29409	35111	40804	42478
Polonya	5991	7483	10568	13786	18920	19784
Portekiz	10678	13071	17089	20656	25055	25609
Slovakya	..	8308	10973	16163	22869	23448
Slovenya	..	12966	17471	23494	27462	27545
İspanya	13269	15989	21323	27377	32247	32076
İsveç	19319	21867	27761	32298	37155	39013
Türkiye	5843	7126	9171	11391	14218	16398*
İngiltere (UK)	16322	19716	26074	32724	35151	35917
Ortalama	16390	17716	23135	28841	33773	34572

**Kaynak:** Dürrü, Z. (2012). OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi. (OECD.StatExtract , OECD Factbook 2010)

### 7.3.2. Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları

Sağlık ekonomisi ekonomik göstergeler belirtecinden Kişi Başına Sağlık Harcamalarına ayrılan pay Tablo.2.' de gösterilmektedir. Tabloya göre; 1990 yılı kişi başı sağlık harcaması en düşük ülkeler; 289 US\$ ile Polonya, 558 US\$ ile Çek

Cumhuriyeti, 628 US\$ ile Portekiz şeklindedir. Yel pazenin diğ er ucundaki kişi başi sağlık harcaması en yüksek olan ÷lke 1764 US\$ ile AB'nin büyük ekonomilerinden biri olan Batı Avrupa ÷lkesi Almanya'dır. Türkiye de 155 US\$ ile yüksek gelirli ÷lke grubunun gerisinde kalmaktadır. 2000 yılı verilerine göre değerlendirildiğinde; minimal noktada 522 US\$ ile Kuzey Avrupa ÷lkesi Estonya yer alırken, kişi başi sağlık harcamalarına ayrılan kaynağın maksimal noktasında 3269 US\$ ile Batı Avrupa ÷lkesi Lüksemburg gör÷lmektedir. Lüksemburg takibinde, 2862 US\$ ile Batı Avrupa ÷lkesi Avusturya ve 2669 US\$ ile bir diğer Batı Avrupa ÷lkesi Almanya konumlanmaktadır. Bu noktadan hareketle Batı Avrupa ÷lkelerinde kişi başi sağlık harcamalarının yüksek olduğu sonucuna ulaşabiliriz. Türkiye'nin kişi başi sağlık harcaması 433 US\$'a yükselirken ÷lke grup ortalamasının gerisinde kalmıştır.

2009 yılı verilerine göre; 4914 US\$ ile Hollanda; 4808 US\$ ile Lüksemburg; 4348 US\$ ile Danimarka kişi başi sağlık harcaması yüksek olan ÷lkelerdir. 1393 US\$ ile Estonya; 1394 US\$ ile Polonya; 2084 US\$ ile Slovakya ise miktarı en düşük kişi başi sağlık harcamalarına sahip ÷lkelerdir. Türkiye'nin kişi başi sağlık harcaması 902 US\$ seyrindeyken medyandan sapmaktadır. 2005 yılı itibariyle en düşük kişi başi sağlık harcamasına sahip Estonya'ya yaklaşmışken, 2009 yılı rakamları gösteriyor ki Estonya'nın yaptığı atağı Türkiye gösterememiştir. Bunun yanı sıra Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması miktarı oldukça düşüktür ve mukayese edilen ÷lkeler ortalamasında 1990 yılı yaklaşık onda biri şeklinde ölç÷mlenirken 2009 yılı yaklaşık dörtte biri seviyesine ulaşabildiyse de açığı kapatamamıştır. Şöyle ki: "Türkiye'nin sağlık harcamaları gelişmiş ÷lkelerin gerisinde dahi olsa, kendi gelirine oranla makul bir düzeyde olduğu" belirtilmektedir.

Dünyada sağlık harcamalarında OECD ÷lkeleri önemli bir yer tutmaktadır. şöyle ki; OECD ÷lkeleri dünya nüfusunun % 18'ini teşkil etmekteyken, 2004 yılı rakamlarına göre 4,1 trilyon dolar tutarındaki toplam sağlık harcamasının % 80'i bu ÷lkeler tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu durumun nedenleri arasında, gelişmiş ÷lkelerde nüfusun giderek yaşlanması, tıp ve ilaç teknolojilerindeki gelişmeler sonucu sağlık hizmetlerinde arzın artması, performans dayalı ödeme sistemi, kalp rahatsızlıkları, kanser gibi kronik hastalıklarda gör÷len artış yer almaktadır. Ayrıca bu ÷lkelerde sağlık harcamaları, milli gelirden daha hızlı artmaktadır.



Sağlıkta yükselen maliyet, vergilendirme ve sigorta ile ilgili problemler kamu finansmanını gündeme getirmiştir. Avrupa'da artan sağlık maliyetlerinin ana unsurları şu şekilde belirtilmiştir: gelecekte yaşlanan nüfus ve kronik hastalık ile ilgili artış, pahalı teknolojik gelişmeler, artan hasta talebi ve daha az sağlıklı yaşam, diğer bir ifadeyle sağlıklı yaşamı devam ettirebilmede pasifize yaklaşımdır.

**Tablo.3.** Kişi Başına Sağlık Harcamaları (\$)

OECD Üyesi AB Ülkeleri / Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009
Avusturya	1623	2239	2862	3472	4289
Belçika	1354	1914	2481	3414	3946
Çek Cumhuriyeti	558	897	982	1475	2108
Danimarka	1540	1869	2383	3152	4348
Estonya	..	..	552	831	1393
Finlandiya	1363	1479	1855	2590	3226
Fransa	1445	2101	2553	3306	3978
Almanya	1764	2267	2669	3353	4218
Yunanistan	845	1261	1451	2352	2724
Macaristan	..	658	853	1411	1511
İrlanda	789	1187	1763	2924	3781
İtalya	1356	1532	2064	2516	3137
Lüksemburg	...	1906	3269	4152	4808
Hollanda	1412	1795	2340	3450	4914
Polonya	289	410	583	857	1394
Portekiz	628	1014	1511	2100	2508
Slovakya	..	..	604	1139	2084
Slovenya	..	984	1453	1978	3579
İspanya	780	1190	1538	2268	3067
İsveç	1592	1741	2268	2958	3722
Türkiye	155	173	433	591	902
İngiltere (UK)	960	1347	1837	2701	3487
Amerika (ABD)	2810	3748	4703	6563	7960
Ortalama	1149	1463	1803	2495	3263

**Kaynak:** Dürrü, Z. (2012). OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi.

Diğer taraftan, kişi başına sağlık harcamaları ile kişi başına düşen GSYİH genel anlamda pozitif korelasyon eğilimindedir. Bazı istisnalar da mevcuttur. Kişi

başına düşen GSYİH benzer düzeyde olan ülkelerde bile, sağlık harcamalarında önemli farklılıklar olabilmektedir. Örneğin, İspanya ve Fransa'da kişi başına düşen GSYİH benzer ama İspanya sağlığı üzerine Fransa'dan % 80 daha az harcamaktadır.

Sağlık sistemi özellikleri ve nüfusun yaşlanması gibi etkenlerin sağlık harcamaları üzerinde çoğaltan etkisi olduğu gerçeğiyle birlikte sağlık harcamalarında büyüme için bir diğer önemli faktör GSYİH büyümesi olarak belirtilmektedir. Ayrıca sağlık sistemlerinin kurumsal özellikleri de sağlık harcamalarının büyüme hızını etkileyebilmektedir. GSYİH ile ölçülen ortalama zenginlik düzeyinin sağlıkla orantılı olduğu açıklanmaktadır (Dürrü, 2012).

### 7.3.3. Ülkelerin SGP ile Kişi Başına Sağlık Harcamaları

SGP tanımsal olarak ülkeler arasındaki fiyat düzeyi farklılaşmasını ortadan kaldıran para birimi dönüştürme oranıdır. Eldeki toplu bir para parite oranı ile farklı bir para birimine dönüştürüldüğünde, tüm ülkelerde aynı sepetteki mal ve hizmetler satın alınabilir. SGP ülkeler arasındaki fiyat farklılıklarını yok ederek, ulusal para birimlerini birbirlerini dönüştüren orandır. Bu bağlamda sağlık harcamaları SGP ile yeniden hesaplanarak reel değerler elde edilmeye çalışılmıştır. Aşağıdaki tabloda ülkelere ait SGP verilerine yer verilmiştir.

**Tablo.4.** Ülkeler itibarıyla Satınalma Gücü Paritesi değerleri, (ABD Doları=1,00)

Ülkeler	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Avustralya	1,39	1,41	1,43	1,48	1,46	1,53	1,56
Avusturya	0,89	0,86	0,87	0,85	0,85	0,85	0,85
Belçika	0,90	0,88	0,89	0,87	0,86	0,86	0,87
Kanada	1,21	1,21	1,21	1,23	1,20	1,22	1,23
Danimarka	8,59	8,32	8,23	8,01	7,89	7,87	7,82
Estonya	0,50	0,52	0,55	0,55	0,52	0,52	0,54
Finlandiya	0,98	0,95	0,94	0,92	0,91	0,92	0,93
Fransa	0,92	0,90	0,89	0,88	0,87	0,87	0,87
Almanya	0,87	0,84	0,83	0,81	0,80	0,81	0,80
Yunanistan	0,71	0,70	0,72	0,70	0,70	0,71	0,71
İrlanda	1,01	0,98	0,96	0,95	0,90	0,86	0,84
İsrail	3,72	3,83	3,74	3,87	4,02	4,02	4,02
İtalya	0,87	0,83	0,82	0,79	0,78	0,80	0,79
Lüksemburg	0,95	0,91	0,92	0,91	0,91	0,92	0,92
Meksika	7,13	7,19	7,38	7,47	7,71	7,93	8,19
Hollanda	0,90	0,87	0,86	0,84	0,84	0,84	0,84
Yeni Zelanda	1,54	1,49	1,50	1,49	1,48	1,51	1,53
Norveç	8,90	8,69	8,77	8,75	8,92	9,01	8,88
Polonya	1,87	1,84	1,84	1,86	1,86	1,86	1,87
Portekiz	0,68	0,66	0,66	0,65	0,64	0,64	0,63
Slovak Cumhuriyeti	0,57	0,56	0,55	0,53	0,51	0,52	0,53
Slovenya	0,61	0,61	0,63	0,63	0,64	0,64	0,63
İspanya	0,76	0,74	0,73	0,72	0,71	0,72	0,72
İsveç	9,38	9,08	8,88	8,77	8,94	9,03	8,95
İsviçre	1,74	1,66	1,60	1,55	1,53	1,52	1,46
Türkiye	0,83	0,85	0,86	0,89	0,92	0,97	1,00
İngiltere	0,64	0,63	0,65	0,65	0,65	0,66	0,68
ABD	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Euro Bölgesi* (17 ülke)	0,86	0,83	0,82	0,81	0,80	0,80	0,80
Avrupa Birliği (27 ülke)	0,84	0,81	0,81	0,78	0,75	0,77	0,77
Çin	3,45	3,47	3,63	3,82	3,76	3,96	4,17
Rusya Federasyonu	12,74	12,64	13,97	14,34	14,48	15,96	18,10
Güney Afrika	3,87	4,00	4,20	4,45	4,74	5,05	5,33

\* Para birimi olarak Euro'yu kullanan AB ülkeleri

**Kaynak :** [http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt\\_id=20](http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=20)

Yukarıdaki SGP verileri ile revize edilen sağlık harcamaları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo.5. SGP ile Kişi Başına Sağlık Harcamaları**

OECD Üyesi AB Ülkeleri / Yıllar	2009	SGP 2009	SGP İLE KB SAĞLIK HARCAMASI
Avusturya	4289	0,85	5045
Belçika	3946	0,86	4588
Estonya	1393	0,52	2678
Finlandiya	3226	0,91	3545
Fransa	3978	0,87	4572
Almanya	4218	0,8	5272
Yunanistan	2724	0,7	3891
İrlanda	3781	0,9	4201
İtalya	3137	0,78	4021
Lüksemburg	4808	0,91	5283
Hollanda	4914	0,84	5850
Polonya	1394	1,86	749
Portekiz	2508	0,64	3918
Slovakya	2084	0,51	4086
Slovenya	3579	0,64	5592
İspanya	3067	0,71	4319
Türkiye	902	0,92	980
İngiltere (UK)	3487	0,65	5364
Amerika (ABD)	7960	<b>1,00</b>	7960

Türkiye’de kişi başı sağlık harcaması diğer ülkelerle kıyaslandığında alt seviyelerde seyretmektedir. Ancak verilen sağlık hizmetlerinin maliyeti açısından inceleme yapıldığı zaman verilen hizmetin ucuz olmasından kaynaklanan farklı bir tablo ile karşılaşmaktayız. Örneğin; bir appendektomi (laparoskopik olmayan) ameliyatının maliyeti ABD’de 28.000 \$, Almanya’da 3.000 \$, Türkiye’de ise 221 \$’ dır. Bu durum Türkiye’de sağlık hizmetlerinin ucuz ve daha kolay ulaşılabilir olduğunu göstermektedir.

#### 7.3.4. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH' deki Payı (%)

GSYİH' nin %'si olarak toplam sağlık harcamalarının payı Tablo.6.'te belirtilmektedir. Tabloya göre; sağlık harcamalarının GSYİH' deki payı en fazla olan ülkeler, 1990 yılı verilerine göre; %8,4 ile Fransa, %8,3 ile Avusturya, Danimarka, Almanya şeklindedir. En az payı sahip olan ülkeler ise; %4,8 ile Polonya ve %4,3 ile Çek Cumhuriyeti şeklinde sıralanmaktadır. Türkiye ise %2,7 oranla paydaşlarından düşüktür. 2000 yılı verilerine göre; GSYİH' nin sağlık harcamaları içindeki payı en yüksek olan grup ülkesi % 10,3 ile Almanya'dır. %5,5 oranla ile de Polonya en az paya sahip ülkedir. Türkiye payını %4,9' a yükseltmiş olsa da grup ülkesinden düşüktür.

2009 yılı verileri değerlendirilirse; en fazla paya sahip ülke %12 ile Hollanda iken, en az paya sahip ülke de %7 ile Estonya' dır. Türkiye %6,7 ile grup ortalamasının gerisinde ancak en düşük paya sahip Estonya' ya yakınsamaktadır. Türkiye 1990 yılı itibariyle OECD üyesi AB ülkeleri ortalamasının yaklaşık beşte ikisi kadar, 2009 yılında ortalamanın beşte dördüne yaklaşarak GSYİH' deki sağlık harcamaları payında kayda değer bir artış göstermiştir. Türkiye toplam sağlık harcamalarının GSYİH' deki payı ve kişi başı toplam sağlık harcamaları konusunda karşılaştırılabilir diğer üst orta gelirli ülkelerdeki oranın biraz altında seyretmektedir (Dürrü, 2012).

Grup ülke ortalaması 1990-2009 yılları arası dönemde ortalama rakamlarla mukayese edildiğinde % 6,9'dan % 9,6 oranına yükselmiştir. Genel anlamda GSYİH' den sağlığa ayrılan pay % 7 ile % 12 arasında değişmektedir. Toplam sağlık harcamaları, sağlık mal ve hizmetlerin yanı sıra sağlık altyapı sermaye yatırımı şeklinde nihai tüketimi ölçer. Hükümetler, ortalama yaşam ömrü artmasına rağmen nispeten genç işgücüne dayalı olarak sigorta primleri ve vergi gelirlerini sağlık sistemlerinin finansmanı için kullanmaktadır. Nüfus yaşlandıkça, daha genç nüfusun vergi veya sigorta ödeme gelirlerinin düşmesi sonucu gelişmiş ülkelerde GSYİH'de sağlık payı giderek artan oranda tüketilmektedir.

**Tablo.6.** Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH' deki Payı

OECD Üyesi AB Ülkeleri / Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009
Avusturya	8,3	9,5	9,9	10,4	11
Belçika	7,2	8,5	9	10,6	10,9
Çek Cumhuriyeti	4,7	7	6,5	7,2	8,2
Danimarka	8,3	8,1	8,3	9,5	11,5
Estonya	..	5,9*99	5,3	5	7
Finlandiya	7,7	7,9	7,2	8,4	9,2
Fransa	8,4	10,4	10,1	11,1	11,8
Almanya	8,3	10,1	10,3	10,7	11,6
Yunanistan	6,6	8,6	7,9	9,5	9,6*07
Macaristan	7,0*91	7,3	7	8,3	7,4
İrlanda	6,1	6,6	6,1	7,5	9,5
İtalya	7,7	7,3	8,1	8,9	9,5
Lüksemburg	5,4	5,6	7,5	7,9	7,8
Hollanda	8	8,3	8	9,8	12
Polonya	4,8	5,5	5,5	6,2	7,4
Portekiz	5,9	7,8	8,8	10,2	10,1*08
Slovakya	..	5,8*97	5,5	7	9,1
Slovenya	..	7,5	8,3	8,4	9,3
İspanya	6,5	7,4	7,2	8,3	9,5
İsveç	8,2	8	8,2	9,2	10
Türkiye	2,7	2,5	4,9	5,4	6,7
İngiltere (UK)	5,9	6,8	7	8,3	9,8
Amerika (ABD)	12,2	13,6	13,4	15,4	17,4
Ortalama	6,9	7,8	7,7	8,7	9,6

**Kaynak:** Dürrü, Z. (2012). OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi. (WHO, OECD, 2011)

GSYİH' nin daha yüksek olduğu ülkelerde, sağlığa büyük miktarda harcama yapılırken ülkeler arasında geniş bir varyasyon söz konusudur. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı piyasa ve sosyal faktörlerin yanı sıra, her ülkenin sağlık sisteminin farklı finansman ve organizasyon yapılarının bir yansıması olarak ülkeler arasında büyük ölçüde değişir. OECD verilerine göre, sağlık harcamalarının, 2001 yılı ekonomik kriz öncesinde dahi, son on yılda ekonomik büyüme üzerine çıktığı ifade edilmektedir.

Son küresel durgunluk ile de GSYİH' nin sağlık harcamaları payındaki artış damgasını vurmuştur. Avrupa dünya nüfusunun % 13'ü kadar popülasyonu bünyesinde taşırken sağlık harcamalarında da dünyanın % 34'ü kadar harcama yapmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre, bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık GSMH' sinin en az % 5'i olması gerektiğini belirterek, bunu az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin önüne ulaşılması gereken bir hedef olarak koymuştur (Dürrü, 2012).

Ülkelerin gelişmişlik seviyesi arttıkça GSYİH' den sağlık harcamaları için daha büyük miktarlarda pay ayrılmaktadır. Sağlık harcaması en yüksek gelişmiş ülke ABD'ye aittir. Dünyada toplam sağlık harcamaları 4,1 trilyon tahmin edilmektedir.

#### 7.3.5. Kişi Başına Düşen İlaç Harcaması ve Tıbbi Malzeme (US \$)

Sağlık düzeyini belirlemede kullanılan ölçütlerden ekonomik göstergelerin alt başlığından biri olan Kişi Başı İlaç Harcaması verileri Tablo.3.'de gösterilmektedir. Tablodaki veri mevcut üye ülkeler 1990 yılı verilerine göre; kişi başı ilaç harcaması 96 US\$ ile İrlanda en düşük miktara sahiptir. 251 US\$ ile de Almanya en yüksek harcama yapan ülkedir.

Türkiye grup ülkelerinde 32US\$ ile en az harcama yapan ülke konumundadır. 2000 yılı itibariyle; Estonya 116 US\$ ile kişi başı ilaç harcaması en düşük ülke; 559 US\$ ile Belçika en fazla harcama payına sahiptir. Türkiye de 115 US\$ ile Estonya'ya yakın gidişat izlemekteyken 1990 yılından 2000 yılına yaklaşık 5 katına çıkmıştır. 2009 yılı eğilimine göre ise, 676 US\$ ile Yunanistan en yüksek harcamayı yapan ülke olurken yelpazenin diğer tarafında 312 US\$ ile Polonya en düşük harcamayı yapan ülke olarak bulunmaktadır. Türkiye'de de miktar 144 US\$ olarak hesaplanmıştır. Şöyle ki, hastanelerde yatarak tedavi gören hastalara sağlanan ilaçlar OECD'de ilaç harcaması içinde yer almazken, Türkiye'de hastalar bu ilaçları önemli oranda kendileri serbest eczanelerden temin etmek durumunda kaldıklarından ilaç harcamalarının yüksek görünmesine yol açmaktadır.

**Tablo.7.** Kişi Başına Düşen İlaç ve Tıbbi Malzemeler

OECD Üyesi AB Ülkeleri / Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009
Avusturya	161	210	351	452	536,7
Belçika	210	309	559,4	602,9	638,2
Çek Cumhuriyeti	117	225	230	365	408,3
Danimarka	115	170	210	270	318,6
Estonya	..	..	116	198	326,4
Finlandiya	128	187	273	402	462,5
Fransa	244	314	421	553	640,2
Almanya	251	291	362	505	628,1
Yunanistan	121	198	275	505	676,7*07
Macaristan	58,8*91	165	276,7*01	439	493,1
İrlanda	96	136	249	482	661,9
İtalya	275	317	454	507	572,2
Lüksemburg	..	229	299	380	406,5*08
Hollanda	135	197	273	..	472,5
Polonya	..	..	207,9*02	240	312,9
Portekiz	156	239	338	454	517,8*08
Slovakya	..	203,8*99	205	363	553,7
Slovenya	..	..	356,1*02	408	484,2
İspanya	155	229	327	507	578,5
İsveç	128	215	316	406	465,5
İsviçre	208	259	349	427	521,3
Türkiye	32	55(94)	115	102	144
İngiltere (UK)	130	205	260	345	381,4
Amerika (ABD)	251	324	533	790	956
Ortalama	169	232	304,5	386	451,3

**Kaynak:** Dürrü, Z. (2012). OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi.

1990-2009 arası dönemde kişi başı ilaç harcamalarında hissedilir artışlar yaşanmaktadır. Dünyanın küresel ilaç harcamalarının % 78' i yüksek gelirli ülkelerde yapılmaktadır. Ayrıca ilaçlar için yapılan harcamaların oranı kişi başına düşük gelirli ülkelerde daha yüksektir.



İlaç tüketim farklılıklarına katkıda bulunabilecek bazı faktörler vardır. Bunlar; reçeteli ilaçlar, doktor davranışı, ilaç, fiyatlandırma ve geri ödemede uygulanan düzenleyici politikalar sağlık sigortası kapsamı içerir. Kişi başına düşen ilaç harcamaları ile gelir düzeyleri arasında negatif ilişki vardır. Buna kanıt olarak bireysel, geleneksel sosyolojik, psikolojik pozisyonlar ilaç tüketim harcamaları üzerinde etkisi sayılabilecek doğal etkenler arasında yer almaktadır. Nüfusun bilgi düzeyi ilaç kullanımını etkilerken, ilaçların atıl kapasiteyle kullanılmadığı da israfa, ek maliyete konu teşkil eder (Dürrü, 2012).

### İlaç Tüketimi

Türkiye’de ilaç giderleri, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Ayrıca, bu giderlerin, (son 20 yıldır neredeyse tüm OECD ülkelerinde gözlemlendiği üzere) genel sağlık giderlerinden daha hızlı arttığı görülmektedir; sebepleri şunlardır:

- Yenilik (eski, daha ucuz tedavilerin yerini alan veya şimdiye dek tedavi edilemeyen vakaları çözen yeni, etkili fakat çok pahalı ilaçlar).
- Sağlık hizmetlerine daha fazla erişim, daha çok hekim (ilaç tedavisi gerektiren diyabet ve yüksek tansiyon gibi mevcut sağlık sorunlarının daha fazla ortaya çıkarılmasını sağlar).
- Yaşam şekli etkenlerine ve yaşlanan nüfusa bağlı ve uzun süreli ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalık insidansında artış.

Başka bir deyişle, akılcı reçete yazımını geliştirme ve ilaçlara ödenen ücreti düşürme amaçlı çabalar özellikle gereklidir. Etkinliği geliştirmeye yönelik öneriler şunları içerir (ilaç yönetim aracının, aşağıdaki unsurlara odaklanarak daha kapsamlı şekilde kullanılması):

(1) Jenerik ilaç piyasasında rekabet oluşturma (en ucuz jenerikler için hasta katkı payından feragat edildiği Almanya, bir rol modeli olarak tanımlanabilir),

(2) Sağlam bir izleme sistemi, geribildirim ve finansal teşviklere bağlı akılcı ilaç kullanımına ilişkin bağlayıcı klinik rehberlerin kullanılmaya başlanması,

(3) İlaçların maliyet etkinliğinin değerlendirilmesinin, geri ödeme kararlarında önemli bir rol oynamasını temin etmek üzere, geri ödeme işlevi ve artan şeffaflık için uzman desteği (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

**Tablo.8.** Yıllara Göre Bazı İlaçların Tüketim Miktarları (Milyon Kutu), Türkiye

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sistemik Antienfektifler <i>Systemic Anti-Infectives</i>	138,0	152,0	221,2	221,0	223,2	220,4	232,8	223,8
Gastrointestinal Kanal ve Metabolizma <i>Alimentary T. &amp; Metabolism</i>	117,1	129,9	182,2	196,0	208,9	218,9	215,8	226,5
Sinir Sistemi <i>Nervous System</i>	126,0	138,3	168,6	171,0	183,6	193,0	190,2	190,3
Solunum Sistemi <i>Respiratory System</i>	105,1	115,9	162,3	179,2	194,4	204,7	232,9	225,6
Kas ve İskelet Sistemi <i>Musculo-Skeletal System</i>	81,0	93,3	150,6	165,0	197,7	209,6	208,4	215,1
Kardiyovasküler Sistem <i>Cardiovascular System</i>	61,4	68,4	107,0	115,2	123,0	135,2	142,4	153,5
Dermatolojide Kullanılan İlaçlar <i>Dermatologicals</i>	38,9	43,3	59,9	66,0	73,8	81,2	79,3	85,4
Kan ve Kan Yapıcı Organlar <i>Blood &amp; Blood Forming Organs</i>	19,7	25,0	35,9	43,4	48,0	54,8	59,6	62,1
Ürogenital Sistem ve Seks Hormonları <i>Urogenital System &amp; Sex Hormones</i>	25,8	28,7	39,8	42,5	45,4	48,5	50,1	54,3
Duyu Organları <i>Sensory Organs</i>	18,7	20,9	29,1	32,3	36,4	41,2	41,9	45,5
Muhtelif <i>Various</i>	9,6	11,1	15,7	18,6	21,5	25,9	32,2	38,4
Sistemik Hormon Preparatları <i>Systemic Hormone Preparates</i>	12,2	13,0	18,2	19,6	20,1	21,1	22,3	23,3
Hastane Solusyonları <i>Hospital Solutions</i>	7,9	8,1	10,3	10,2	10,3	7,5	7,6	7,8
Parazitoloji <i>Parasitology</i>	4,8	5,0	6,0	6,1	5,7	5,6	5,4	5,0
Antineoplastik ve İmmünomodülatör Ajanlar <i>Antineoplastic &amp; Immunomodulatory Agents</i>	1,6	1,6	3,1	3,6	4,0	4,2	4,7	5,2
Teşhis Amaçlı Ajanlar <i>Diagnostic Agents</i>	1,1	1,1	1,9	2,2	2,9	4,8	5,9	8,2
Toplam İlaç Tüketimi <i>Total Pharmaceutical Consumption</i>	769,0	855,7	1.212,1	1.292,1	1.399	1.476,6	1.531,5	1.570,0

**Kaynak:** İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

İlaç tüketiminde, özellikle 2005'te Yeşil Kart ve SSK sistemi üyeleri için kapsamın genişletilmesiyle birlikte, hacim bakımından bir artış görülmüştür. Geçtiğimiz yıllarda çeşitli fiyat düşürme başarıları elde edilmiştir. Bu da paranın karşılığının artmış olabileceği anlamına gelmektedir. Fakat Türkiye'deki ilaç tüketiminin akılcı olup olmadığı ve maliyet etkili olup olmadığı konusunda bazı şüpheler vardır (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

#### 7.4. Türkiye’de Sağlığın Tıbbi ve Tıbbi Olmayan Belirleyicileri

Türkiye’ nin sağlık durumundaki değişimler, hem tıbbi hem de tıbbi olmayan etkenlerce belirlenmektedir. Halk sağlığı için çok sayıda belirleyici olduğunu belirten geniş bir literatür bulunmaktadır. Örneğin, ÷lke içinde ve ÷lkeler arasında ölüm oranının belirleyicileri üzerinde yapılan son incelemede, Cutler ve ark., (2006) hem zaman serilerinde hem de kesit verilerinde, özellikle düşük gelirli ÷lkeler için, kişi başi gelir ile ölüm oranları arasında güçlü korelasyon olduğuna işaret etmişlerdir. Buna ek olarak farklı ÷lke ve dönemlerde ölüm oranlarında iyileşme yarattığını tespit ettikleri etkenler ise şunlardır: Daha iyi beslenme, daha etkili tıbbi olmayan halk sağlığı tedbirleri, eğitim düzeyinin artması ile bazı durumlarda, daha iyi tıbbi bakım. Adı geçen araştırmayı yapanlar; gelirden sağlığa kadar bilinen doğrudan mekanizmaları önemsemeyerek, daha iyi beslenme, daha iyi eğitim ve daha fazla sağlık harcamasının bunlarla değil yüksek gelirle ilintili olduğunu savunmuşlardır. Ters bir sebep sonuç ilişkisi olasılığına da dikkat çekmişlerdir. Sağlık, gelirin önemli bir belirleyicisi olabilir.

Gottret ve Schieber (2006) literatürü araştırarak devletin sağlık harcamaları ile sağlık sonuçları üzerindeki diğer kesit unsurları arasındaki ilişkinin yeni kanıtlar ortaya koymuşlardır. Hükümetin sağlık harcamalarındaki artışların, 5 yaş altı ölüm oranının azaltılması üzerinde, eğitim, yol ve temizlik alanındaki hükümet harcamalarındaki benzer artışlardan daha büyük ve net bir etkisi olduğunu tespit etmişlerdir. Jamison (2006) ise gelişmekte olan ve gelişmiş ÷lkelerdeki sağlık sonuçlarının gelişimini etkileyen kilit unsurları ele almaktadır.

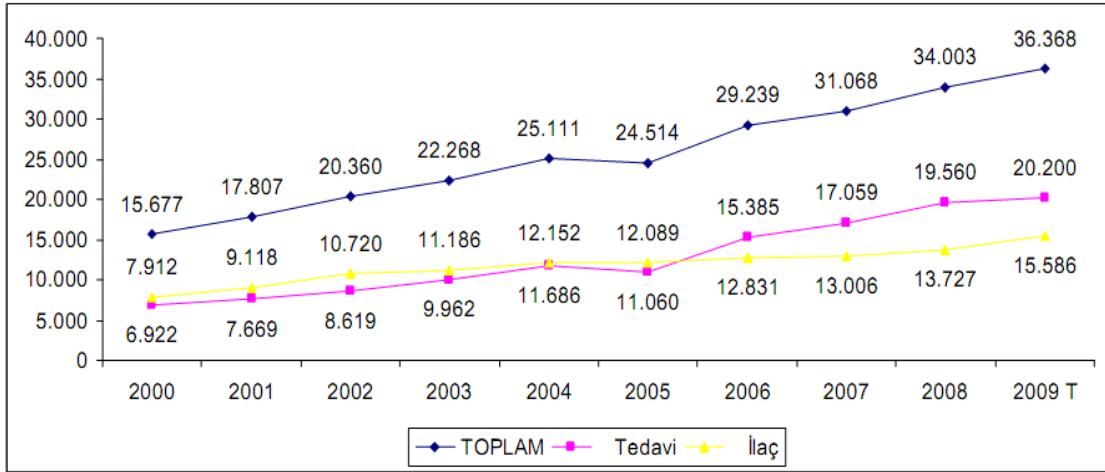
Eğitim ve sağlık arasında nedensel ilişkiye yönelik gittikçe artan sayıda kanıt bulunmaktadır. Eğitim ve sağlık arasındaki ilişi üzerine OECD Eğitim Direktörlüğü tarafından yaptırılan son çalışma, yüksek gelirli ÷lkelerdeki bireylerin sağlık durumunun eğitim seviyesindeki artışla kuvvetli ve pozitif bir şekilde ilişkili olduğunu ve en azından bu ilişkinin bir kısmının nedensel olduğunu – ileri sürmektedir (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

## 8. SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK DENGE ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

### 8.1. Sosyal Güvenlik Kurumunun Mali Politikaları ve Sürdürülebilirliği

2009 yılı sosyal güvenlik sistemi finansman açığının ve buna bağlı olarak Genel Bütçe'den yapılan transferin çok hızlı arttığı bir yıl olmuştur. Sosyal güvenlik sisteminde oluşan yüksek finansman açığının temel nedeni, ekonomide yaşanan daralmaya bağlı olarak istihdam ve ücretler genel seviyesinde yaşanan düşüş nedeniyle hızla azalan prim gelirleridir. Bu açığın kısa vadede sosyal güvenlik sistemi içinde geliştirilebilecek bir önlemlerle azaltılabilmesi ancak sağlık harcamalarını azaltacak tedbirlerle mümkündür. Hükümet tarafından Orta Vadeli Program çerçevesinde böyle bir politika izleneceği açıklanmış ve özellikle ilaç harcamalarında yaklaşık yüzde yirmi oranında gerilemeye yol açacak fiyat düşüşleri hayata geçirilmiştir. 2009 yılı sosyal güvenlik sisteminin mali yapısının olumsuz etkilendiği ve bütçe transferi ihtiyacının ciddi şekilde arttığı bir yıl olarak görülmektedir.

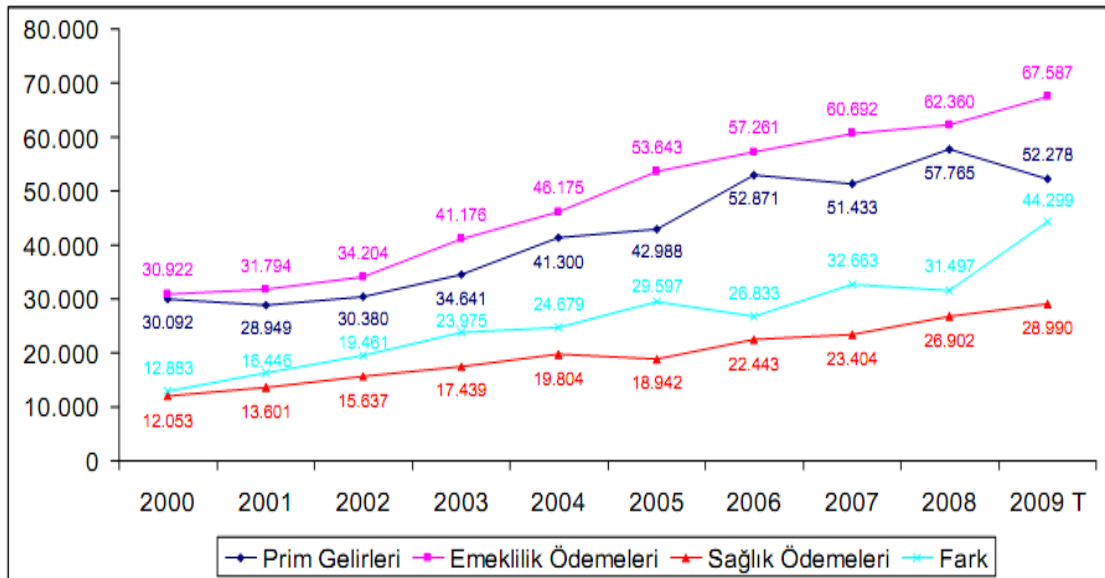
2009 yılında kamu sağlık ödemeleri reel fiyatlarla incelendiğinde toplamda trend dışı bir artış görülmemektedir. Ancak, harcama kompozisyonunda ve artışın kaynağında değişiklik gözlenmektedir. 2009 yılında kamunun toplam sağlık ödemesinin yaklaşık 36 milyar seviyesinde gerçekleşeceği tahmin edilmektedir. 2005 yılından itibaren artış gösteren tedavi harcamaları 2009 yılında kontrol altına alınırken önceki dört yıl reel olarak durağan seyreden ilaç harcamalarında artış görülmektedir.



Şekil.5. Kamu Sağlık Ödemeleri (2009 TL)

**Kaynak:** Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. (2009). Genel Sağlık Sigortası'nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi: 2009'da ne oldu? (SGK Bülten, Bütçe Verileri)

SGK gelir-gider dengesi incelendiğinde ise Kurum'un temel harcama kalemleri olan emeklilik ve sağlık ödemeleri ile prim gelirleri arasındaki farkın yaklaşık %40 büyüyerek 2009 sonunda 44,3 milyar seviyesine ulaşması beklenmektedir. Harcamalarda trend dışı bir artış gözlenmezken açığın bu denli hızlı bir şekilde büyümesi SGK'nın mali yapısının özellikle gelirler açısından ekonominin genel durumuna yüksek derecede bağlı olduğunu göstermektedir.



Şekil.6. SGK Gelir-Gider Dengesi (2009 TL)

**Kaynak:** Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. (2009). Genel Sağlık Sigortası'nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi: 2009'da ne oldu? (SGK Bülten)

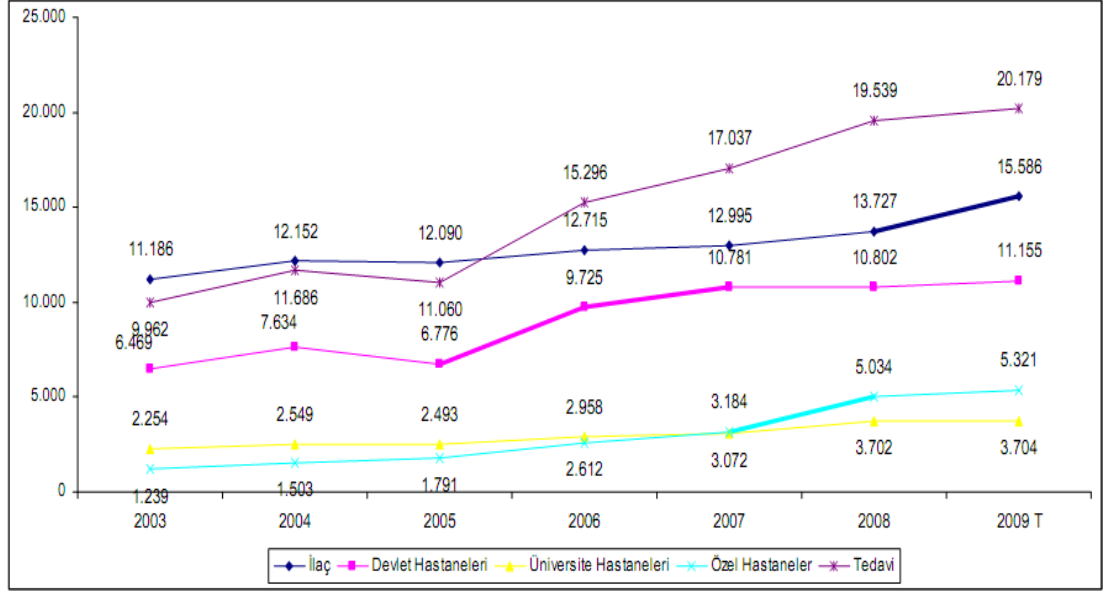
SGK gelir gider dengesindeki bozulmaya, 2009’da başlayan işveren priminin 5 puanlık kısmının devlet tarafından ödenmesi uygulaması da eklenince SGK’ ya yapılan bütçe transferlerinde ciddi bir sıçrama gerçekleşmektedir. 1992 yılında başlayan sosyal güvenlik kurumlarının bütçeden yardım alması süreci boyunca bir yılda yüzde ikiye varan bir bütçe transferi büyümesi yaşanmamıştır.



**Şekil.7.** SGK Bütçe Transferleri (%GSIH)

**Kaynak:** Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. (2009). Genel Sağlık Sigortası'nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi: 2009'da ne oldu? (SGK Bülten)

Kamu sağlık ödemelerinin kompozisyonu detaylı olarak incelendiğinde reform sürecinde sağlık ödemelerinin yıllara göre farklı kaynaklardan büyüdüğü görülmektedir. 2005 ve 2007 yılları arasında sosyal güvenlik kapsamındaki genişleme ile büyümenin ana kaynağı devlet hastanelerine yapılan tedavi ödemeleri olurken 2008 yılında özel hastanelere yapılan ödemeler artışa sebep olmuştur. 2009 yılında ise tedavi ödemelerindeki artış yavaşlamış, 2004 yılından itibaren durağan seyreden ilaç ödemelerindeki artış büyümeye yol açmıştır.



**Şekil.8.** Kamu Sağlık Ödemeleri Kırılımı (2009 TL)

**Kaynak:** Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. (2009). Genel Sağlık Sigortası'nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi: 2009'da ne oldu? (SGK Bülten, Bütçe Verileri)

2009 yılı, reform sürecinde mali sürdürülebilirlik açısından istisnai bir yıl olmuştur. Bir yandan prim gelirlerinde yaşanan hızlı düşüş, diğer yandan emeklilik ve sağlık harcamalarının ekonomik daralmadan etkilenmeyen artış trendi, SGK'nın ihtiyaç duyduğu bütçe transferinin radikal bir şekilde büyümesine yol açmıştır.

Bütçe transferi ihtiyacının yükselmesinde ana etken sağlık harcamaları olmamıştır. Fakat prim gelirlerinin ekonomiye yüksek bağımlılığı mali yapının gelir tarafını büyük ölçüde dışsal hale getirmektedir. Bu yıl uygulanmaya başlanan 5 puanlık prim indirimi esasen kriz döneminde istihdam artırmaya yönelik bir önlem olarak değerlendirilebilir. Emeklilik ödemeleri ise kurumun kaçınamayacağı bir harcama kalemidir. Bu nedenle sağlık harcamaları kısa vadede karar vericilerin müdahale alanı haline gelmektedir. Nitekim Orta Vadeli Programda da ağırlıklı olarak sağlık harcamalarının sınırlandırılmasına yönelik tedbirler üzerinde durulurken diğer giderlerle ilgili herhangi bir somut önlem açıklanmamıştır.

Son beş yıllık reform döneminde toplam sağlık harcamaları genel olarak iyi yönetilmiş olmasına rağmen, istihdam ve ücretler genel seviyesinde yaşanan düşüşün yol açtığı prim geliri kaybı, Genel Sağlık Sigortasının mali sürdürülebilirliğini tehdit eder boyuta ulaşmıştır. Diğer taraftan kısa vadede gelirler bacağına hızlı bir artış

beklemek de gerçekçi değildir. Bu nedenle sağlık harcamalarını radikal olarak baskılayacak önlemlerle sosyal güvenlik sisteminin bütçeye yükünün azaltılması hedeflenmiştir. Orta Vadeli Programın kredibilitesi açısından bu önlemlerin başarıya ulaşması önem taşımaktadır.

Uzun vadede ise sistemin mali yapısının yeniden sürdürülebilir bir patikaya oturtulması, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hedeflediği aile hekimliği, sevk zinciri gibi etkililik ve etkinliği artırıcı reformların kararlı bir şekilde uygulanması ve sistemin gelir bacağına güçlendirici politikaların geliştirilmesi ile mümkün olacaktır. (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı [TEPAV]. 2009).

## 8.2. Sağlık Hizmeti Kullanımının Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkileri

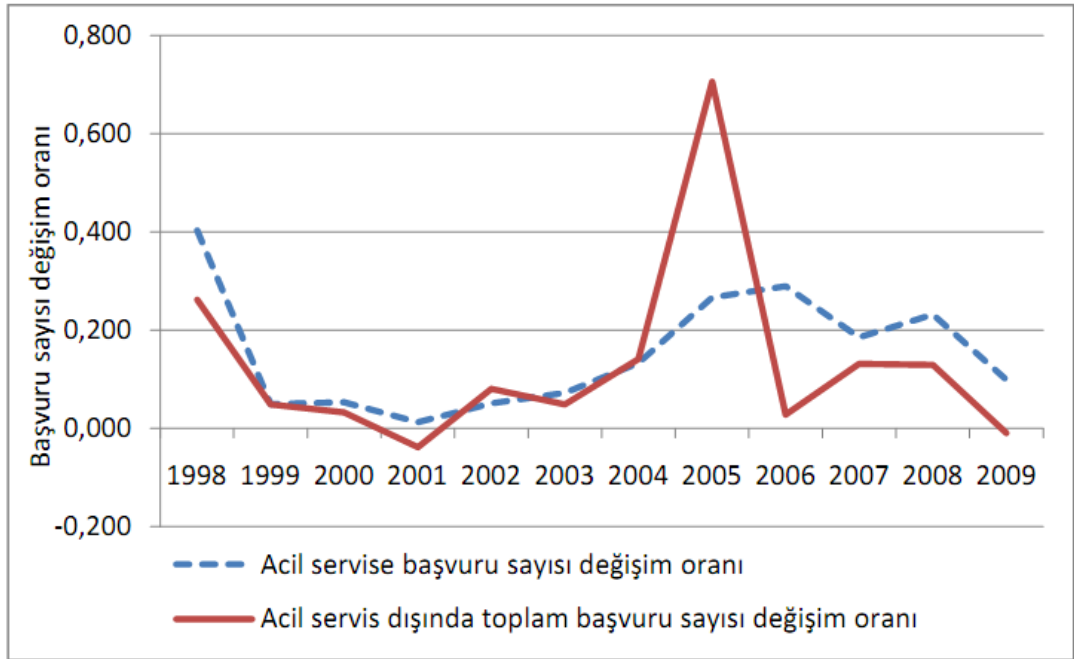
“Sağlıkta Dönüşüm Programı” ve onunla eş zamanlı olarak yürütülen “Sosyal Güvenlik Reformu” Türk sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Bu iki sürecin ortak amaçlarından biri sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve arttırmaktır. Buna yönelik olarak bütün sağlık tesisleri SSK'lılara açılmış, performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulanmaya başlamış, SSK ve Bağ-Kur dâhil tüm kamu sağlık güvencesine sahip kişilerin kamu ve özel kuruluşlardan sevksiz hizmet alması sağlanmış ve yeşil kart kapsamı genişletilmiştir. Reform süreci ile yıllardır süren sağlık harcamaları artışı da hızlanmıştır. Aynı zamanda bu değişimler ile birlikte 1990'lı yıllardan itibaren devam eden muayene sayısı artışı 2003 yılı sonrasında hızlanmış ve 2009 yılında 2003'teki rakamın yaklaşık üç katına ulaşmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştığı ve dolayısıyla arttığı durumda, kişiler sağlık problemleri acilleşmeden sağlık kurumlarına ulaşabildiğinden dolayı acil servislere başvuru oranlarının düşmesi beklenmektedir. Bununla birlikte acil servise başvuru maliyetlerinin normal polikliniğe başvuru maliyetinden yüksek olmasından dolayı, erişim artışı ile birlikte acil servislerden böyle bir tasarrufa da gidilmesi olasıdır. Bu duruma örnek olarak ABD ile ilgili yapılan bir çalışma sonuçları gösterilebilir. Çalışmada, sağlık sigortası olmayan ve sağlık hizmetine ulaşamayan kişilerin sigorta kapsamına alındıktan sonra sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaştığı dolayısıyla arttığı ve acil servislere başvuru oranlarının anlamlı şekilde düştüğü gösterilmektedir.



Ayrıca ABD’de acil servise başvuru maliyeti normal polikliniğe başvuru maliyetinin 4 katına kadar çıkmaktadır. Bu nedenle acil servise başvuruların azalması harcamalar açısından da önem taşımaktadır.

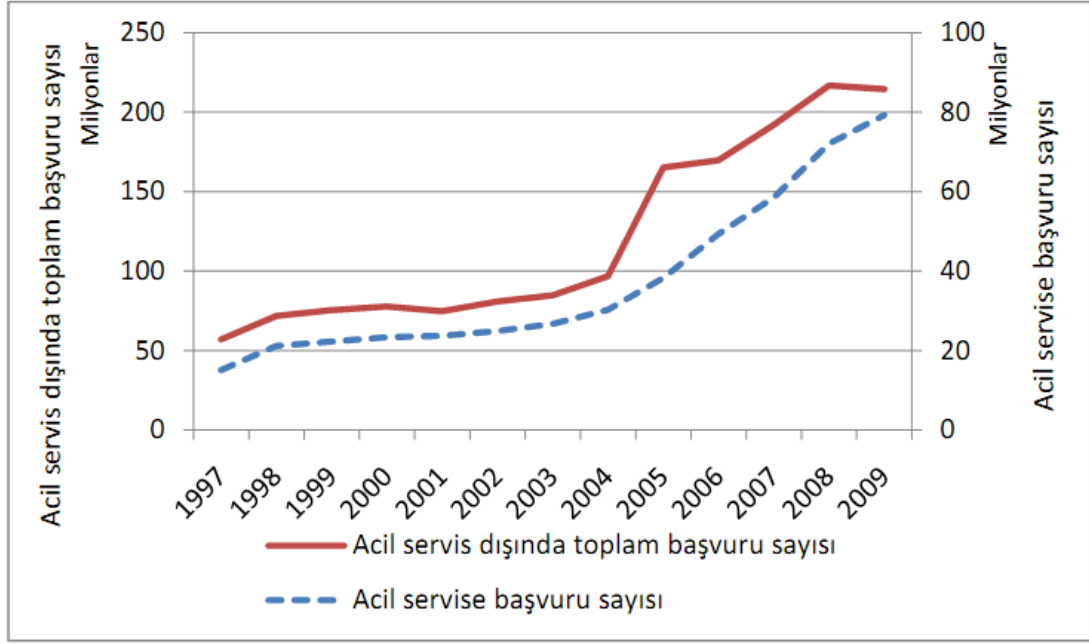
Türkiye’de gerçekleşen sağlık kurumlarına başvuru sayısının artışı benzer şekilde değerlendirildiğinde beklenenin tersine acil servise başvuru sayısının da hızla arttığı görülmektedir. Ayrıca acil servise başvuruların toplam başvurular içerisindeki payı yüzde 27 olup diğer ülkelere göre oldukça yüksek bir orandır. 2003 yılı sonrasındaki değişimlerin de katkısı ile sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ve başvuru sayısındaki artış, acil servis başvurularını negatif yönde etkilememiştir.

1997 yılından itibaren birkaç yıl dışında acil servise başvuru sayıları toplam başvuru sayısından daha hızlı artmış, 2003 sonrasında ise toplam başvurular ile birlikte acil servis başvurularının artışında da hızlanma görülmüştür. Sadece 2004 yılı toplam muayene sayısı artış oranı, acil servis artış oranının üzerinde olmuştur.



**Şekil.9.** Acil servise başvuru sayısı ve toplam başvuru sayısının yıllara göre değişim oranları

**Kaynak:** Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. 2011. TEPAV (2010) Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışını mı ifade ediyor? (Sağlık Bakanlığı istatistikleri)



**Şekil.10.** Acil servise başvuru sayısı ve toplam başvuru sayısının yıllara göre değişimi

**Kaynak: Kaynak:** Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. 2011. TEPAV (2010) Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışını mı ifade ediyor? (Sağlık Bakanlığı istatistikleri)

Acil servis başvurularının hızlı artışının yanı sıra belirli bir dönemde yapılan başvuru sayısı kişi sayısının üzerindedir. Örneğin 2010 yılı 4 aylık veri incelendiğinde, acile başvuru sayısının başvuran kişi sayısının iki katı olduğu görülmektedir. 4 ay gibi kısa bir dönemde kişilerin tekrar tekrar acile başvurmaları, acil servislerin sağlık ocağı ya da poliklinik gibi kullanıldığına işaret etmektedir.

Acil servislerin genel tanımı itibari ile kazalar ve beklenmedik şekilde ortaya çıkan durumlarda başvuru yapılması beklenmektedir. Ciddi ve beklenmedik başvuru sebeplerinden dolayı da ABD örneğinde de görüldüğü gibi acil servise başvuran hastaların maliyetleri normal polikliniklere başvuranlardan oldukça fazladır. Türkiye’de ise acil servise tanımına uygun başvuru yapılmadığını gösteren diğer bir faktör maliyettir. Kişi başına acil servise başvuru ortalama maliyeti 27 liradır. Bu rakam 2. basamak sağlık kuruluşlarında ayakta tedavi kişi başına maliyetinin bile altındadır.

2003 yılı sonrasında gelen yönetmelikler ile hastanelerin acil servise başvuran hastaları hiçbir şekilde geri çevirememeleri, acil servislerden katkı payı alınmaması, mesai saatleri dışında acile başvuru yapılabilmesi ve birinci basamak sağlık kuruluşlarına güven eksikliği kişilerin acil olmayan durumlarda da acil servislere başvurmasını etkileyen nedenlerdendir. 2005 yılında acil servislere başvuran hastaların yüzde 65'ini acil olmayan vakalar oluştururken bu oran günümüzde yüzde 70'lere ulaşmıştır.

Sağlık hizmetlerine erişim arttığında acil servislere başvuru oranlarının düşmesi beklentisi Türkiye'de gerçekleşmemiştir. Acil servis başvuruları toplam başvuru sayılarından daha hızlı artmaktadır. Bunun nedeni ise acil servislere tanımına uygun şekilde başvuru yapılmaması, acil servislerin sağlık ocakları ve poliklinikler gibi kullanılmasıdır. Kısa bir dönemde acil servise başvuru sayısının aynı dönemdeki kişi sayısından oldukça fazla olması ve kişi başına acil servise başvuru maliyetinin düşük olması böyle bir çıkarımı işaret etmektedir. Acil servislerin tanımının dışında sağlık ocakları ve poliklinikler yerine de kullanılmasını etkileyen faktörler arasında, sağlık hizmeti kullanıcılarının birinci basamak sağlık kuruluşlarına güvensizliği, acil sağlık hizmetleri ücretsiz sunulurken diğer hizmetlerden katkı payı alınması, 2003 yılı sonrasında gelen yönetmelikler ile hastanelerin acil servise başvuran hastaları hiçbir şekilde geri çevirememeleri ve mesai saatleri dışında başvuru tercihi yer almaktadır (TEPAV, 2011).

### 8.3. Hastalık Kültürü Geliştirme ve Sağlık Hizmeti Talebi

Bireylerin sağlığa ilişkin inançları, kültürü, geçmişteki sağlık deneyimleri bütündür ve bu bütün bireylerin sağlıklarını geliştirmede yaşamsal bir rol oynar (Canbolat, 2011). Yukarıdaki bahsi geçen örnekteki gibi kişilerin uygulamadaki davranış ve bakış açıları minimize edilemeyecek kadar toplum kültürüne bağlantılı olarak şekillenmektedir.

Sağlık- hastalık ve kültür ilişkisine bakarak denilebilir ki;

1. Kültürel tutum, inanç ve davranışlar bireyin yaşam tarzını dolayısıyla sağlık koşullarını etkiler.

2. Bunlar aynı zamanda bireylerin sağlık hizmetlerine karşı tepkilerini belirler. Sağlık hizmetlerinin geleneksel inançlar göz önüne alınmadan sunulması bu hizmetlerin reddedilme olasılığını artırır. Çünkü bakım verenlerin karşılarındaki bireyin kültürel yapısını bilmeyerek sunacakları hizmet onlara uymayabilecektir.

3. Sağlığı olumsuz yönde etkilemediği düşünülen geleneksel inanç ve uygulamalara saygı gösterme bireylerin güvenini kazandıracak bir yoldur. Çünkü her birey kendi kültürüne sahip çıkar, kültürüne değer verilmesini ister (Canbolat, 2011).

Bir toplumun yaşama biçimi olarak da tanımlanabilen kültür, insanın sağlık algısını etkiler. Sosyokültürel hastalıklar kadar, organik hastalıklar da, kültür kaynağından gelen faktörlerin etkisi altındadır. Sağlık, biyolojik ve çevresel faktörler tarafından olduğu kadar sıklıkla kültürel uygulamalar tarafından da belirlenir.

Sağlık hizmeti sunabilmesi, hizmetlerin sunulan kişiler tarafından kabul edilmesi, hizmetlere halkın katılımının sağlanması ve halkın konu ile ilgili eğitilebilmeleri için toplumun kültürel özelliklerinin çok iyi bilinmesi ve tanınması kaçınılmaz bir koşuldur (Bolsoy, N., Sevil, Ü., 2006).

Beslenmenin fiziki, yaşamsal bir gereksinme olduğu, ama neyin nasıl yenileceğini kültür dünyasındaki değer, inanç ve alışkanlıkların belirlediği bilinmektedir. Bireyin yiyecek türleri ve pişirme yöntemleri, uyku alışkanlıkları, giyinme biçimleri, hastalığı tedavi biçimleri, konut kullanım biçimleri, hastalığı algılama tarzları, yenilikleri kabullenme biçimleri kültüre bağlı ve kültürden kültüre değişen özelliklerdir, dolayısıyla kültürün, hastalıkların oluşumunda ve algılanışında oldukça önemli etkisi olduğu görülebilmektedir. Çünkü biliyoruz ki, hiçbir insan, içinde bulunduğu kültürden bağımsız olarak davranamaz (Bolsoy, N., Sevil, Ü., 2006).

Günümüzde sağlıkla ilgili kültürel özellikler, hemen hemen tüm dünyada taassuba kadar varan bir tıbbi anlayışın etkisi altındadır. Sağlıkla ve hastalıkla ilgili süreçleri, tıbbi terimlerle algılama ve bu çerçevede değerlendirme eğilimi artmaktadır. Dar kapsamlı bilgi ve uygulamalarla, pahalı buluşlarla insan ömrünü uzatma uğraşı içinde olan katı tıbbi yaklaşım insanın nitelikli yaşama potansiyelini kullanamamasına neden olmaktadır. Modern tıp, insanların kendi gerçeklerini yaşama, sorunlarını çözme iradesini tüketmektedir. Buna karşın sağlık kavramı, birtakım düşünce kalıplarından sıyrılıp hayatın içinde ve dinamik bir olgu olarak ele alınmalıdır. Bu nedenle insanlara sağlıklı yaşama sanatını benimsetmek için sağlığın kapsamlı bir kültür anlayışı ile değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çağdaş halk sağlığı anlayışını benimseyen, sağlığı bütüncül bir yaklaşımla değerlendiren, bireylerin katılımcılığına fırsat veren, uygun tercihlerle sorun çözme becerisine sahip bireyler ancak sağlığı destekleyen, değer, bilgi, tutum, davranış ve normlardan oluşan kültürel yapılanmaların ürünü olabilir. Sağlık kültürü her bireyin ya da toplumun hayatı yaşama, kutlama, hayatta mutlu olma, acı çekme ve ölme biçimiyle ilgilidir. Bireyin salt sağlık bilgilerini edinmesi yeterli olmayıp, sağlıkla ilgili değerleri kavrama, yaşam biçimlerini geliştirme, öz değerlendirme yapabilme gibi temel becerilerinin de geliştirilmesi gerekir.

Sağlık kültürünü geliştirmede temel amaç, ülkenin sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Bu da ancak sağlık eğitimi standartlarının, iyi eğitilmiş ve bilinçli bireylerin kendi bilgi ve beceri özelliklerini uygulamaya koymaları ile sağlanabilir (Bolsoy, N., Sevil, Ü., 2006). Toplumun sağlık hizmeti bazında yapılan iyileşmeler ve değişimler konusunda yeterli bilgiye sahip olamamaları olumsuz etkiyi tetiklemektedir.

#### 8.4. Makroekonomik İhtimaller

Tüm OECD ülkelerinde 1981 ve 2002 yılları arasında sağlık alanında artan reel kamu harcamaları konulu yeni bir OECD analizi, sağlık için yapılan kamu harcamalarında ortalama yıllık artışın %3,6 olduğunu göstermiştir. Gelir esnekliğinin 1 olduğu varsayılırsa bu yıllık artışın yaklaşık olarak üçte ikisi, kişi başına düşen

GSYİH' nin artışına bağlanabilir. Artışın çeyreğinden fazlası ise değişen tıbbi teknoloji ve "görelî fiyat etkisi" denen etkinin bileşimine (yani sağlık sektöründeki üretkenlik, bütün olarak ekonomide görülen üretkenlikten daha yavaş artma eğiliminde olduğu için sağlık hizmetlerine ilişkin fiyatların zaman içinde genel enflasyona göre daha hızlı artma eğilimi göstermesine) bağlı olabilir. Yıllık artışın %10'undan daha azı ise demografik değişikliklere dayalı olabilir. Türkiye'de ekonomik büyümeye ilişkin iyimser öngörülerin yanı sıra sağlık hizmetlerinde teknolojik değişime açıklık göz önüne alındığında, büyük olasılıkla, Türkiye'nin önümüzdeki yıllarda diğer OECD ülkelerine benzer bir talep baskısıyla karşı karşıya kalacağı görülmektedir. Son on yıl içinde yalnızca bir OECD ülkesi (Çek Cumhuriyeti) sağlık harcamalarındaki büyümeyi GSYİH büyümesinin altında tutabilmiştir. Esasen, 1990-2006'da sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranla nominal esnekliği, Türkiye için sadece %1,07 iken, tüm OECD ülkelerinin ortalaması %1,29 idi. Diğer bir deyişle, bu süre boyunca sağlık harcamaları Türkiye'de yıllık olarak, GSYİH' den, %7 oranında daha hızlı artmıştır; ancak bu hız, diğer tüm OECD ülkeleri için %29 olmuştur. Yakın geçmişte, harcamalardaki artışları GSYİH artışı ile paralel oranda tutmaya ilişkin Türkiye'nin göstermiş olduğu başarı (çünkü Türkiye genel sağlık sigortasına geçişi tamamlamakta ve hizmet sunum kapasitesini de önemli ölçüde artırmaya devam etmektedir), daha gelişmiş OECD sağlık sistemlerine özgü bu artan maliyet baskıları ile yüzleşmek durumunda kalacak gibi görünmektedir (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

Türkiye için çizilen geleceğe ilişkin makroekonomik görünüm, olumlu olmakla beraber ekonomiyi raydan çıkarabilecek olası riskler olduğu da açıktır (IMF, 2008). OECD'nin geleceğe ilişkin ortalama tahminlerine göre 2010'a kadar yıllık yaklaşık %5'lik bir ekonomik büyüme oranı gerçekleşecektir. Bu da Dünya Bankası'nın ilk tahminlerinin önümüzdeki 25 yıl içinde sürdürülebilir olacağını ortaya koymaktadır. Türk Hükümeti ise 2035'e kadar daha yüksek düzeyde bir ekonomik büyüme oranı tahmininde bulunarak büyümenin %6'dan fazla olacağını öne sürmüştür. Bu farklı büyüme senaryoları, aşağıda yer alan GSS kapsamının maliyeti ve sürdürülebilirliğini değerlendirme çalışmaları için aktüeryal analizlerde kullanılmaktadır.

Konuyla ilgili ve önemli bir soru da sağlık konusuna tahsis edilebilecek ek bir devlet bütçesi için “mali imkân” temin edilip edilemeyeceğidir. Bu, yalnızca gelecekteki ekonomik büyüme oranına değil; aynı zamanda borçlanma, hibeler, hükümlerlik hakkı politikaları ve sektörler arası kamu harcamalarının etkinliğine de bağlı olacaktır. Sağlık ve diğer kamu programlarındaki verimlilik kazanımları ve gelecekteki büyüme, bütçenin; Türk ekonomisinin geleceğe ilişkin mali sürdürülebilirliğini tehlikeye atmadan; GSS’ nin artan maliyetleri, teknolojideki büyüme, görece fiyat değışiklikleri, demografik, epidemiyolojik ve beslenme geçişleri ve diğer hükümet önceliklerini içine alacak şekilde genişlemesine imkân verebilecek midir? Hükümet nispeten düşük olan gelir sağlama çabalarını iyileştirebilir mi?

Türkiye diğer önemli sektörlerden gelen rekabet halindeki talepleri, artan sağlık harcaması baskılarıyla nasıl dengeleyecektir? Genel gelirlerden elde edilen GSS finansmanına primsiz ödemelerin payı, başta önerilen tahmini pay olan GSS maliyetlerinin %25’i düzeyinde mi kalacak; yoksa aşağıda ele alınan politika senaryolarının öngördüğü gibi, genel hükümet bütçesi üzerine sürekli artan bir yük mü bindirecektir? Aşağıda yer alan aktüeryal analiz, etkin harcama kısıtlama politikaları temeline sıkıca bağlı olan bir GSS uygulama programı geliştirme ihtiyacına ilişkin erken uyarılarda bulunmaktadır (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

#### 8.5. GSS Kapsamındaki Alternatif Maliyet Senaryoları

Maliyet kısıtlama tedbirleri olmaksızın, sağlık harcamalarını GSS bünyesinde etkin düzeylerde yapmak pek mümkün görünmemektedir. SGK, Hazine ve DPT uzmanları ile ortaklaşa yürütülen aşağıdaki aktüeryal analiz, Türkiye’de 2008-2033 arasında toplam ve kamu sağlık harcamalarına yönelik alternatif “maliyet kısıtlama” ve “maliyet kısıtlayıcı olmayan” senaryolar sunmaktadır. Burada sunulan iki senaryo farklılık göstermektedir. Bunun sebebi de, farklı maliyet kısıtlama derecelerinden kaynaklanan, sağlık harcamalarının, GSYİH’yi aşan aşırı büyümesine ilişkin alternatif varsayımlardır. Maliyet kısıtlama senaryosu, Türkiye’nin, geçmişte olduğu gibi sağlık harcamalarındaki artışı sağlık harcamasının, 25 senelik tahmin süresi boyunca yaklaşık %7’nin üzerinde yıllık GSYİH artış oranını da aşan yıllık artışı ile kontrol altına almaya devam edeceğini öne sürmektedir. Maliyet kısıtlayıcı olmayan

senaryo, Türkiye'nin; sağlık harcamalarındaki yüzdelerdeki artışın, yıllık %29 oranındaki GSYİH artışını aştığı, genel sağlık sigortasının büyük ölçüde başarıldığı diğer OECD ülkeleri gibi davranacağını öne sürmektedir. Her iki senaryo da yaşlanan nüfusu açıkça hesaba katmaktadır. Maliyet kısıtlama senaryosu altında sağlık harcaması GSYİH' den yılda sadece %1,09 daha hızlı artacaktır. Maliyet kısıtlayıcı olmayan senaryo altında ise sağlık harcaması GSYİH' den yılda sadece %2,41 daha hızlı artacaktır.

Bunu, maliyet kısıtlayıcı bir çaba olmaksızın, mali anlamda karşılanabilir bir bağlama yerleştirmek amacıyla yetkililer, GSYİH payı olarak merkezi hükümet harcamalarından, sağlık harcamalarına yönelik %2'nin üzerinde bir tahsisat yapabilecekler mi? Türkiye'de merkezi hükümet harcaması, mevcut durumda GSYİH'nin %20'sinden biraz daha fazla olduğundan, yetkililer, altyapı ve eğitim gibi kritik kamu harcaması önceliği taşıyan alanlardan %10 oranında kesinti yaparak, bütçenin %10'unu sağlığa yeniden tahsis edebilecekler mi? Alternatif olarak Türkiye, bu tür muhtemel gelecek sağlık harcamalarındaki artışları karşılamak üzere, gelir/GSYİH oranını 2 puan daha artırabilecek mi? Bu rakamlar yuvarlak rakamlar olmasına rağmen, GSS'nin ana şartı olarak sağlık harcamalarını kontrolün önemine işaret etmektedir.

	GSYİH'nin % 'si olarak toplam sağlık harcaması	GSYİH'nin % 'si olarak kamu sağlık harcaması	GSYİH'nin % 'si olarak SGK sağlık harcaması	GSYİH'nin % 'si olarak SGK genel gelir payı	Tüm SGK gelirinin payı olarak SGK genel geliri
<b>Maliyet kısıtlama senaryosu</b>					
2011	5.9	4.6	3.6	1.2	32.9
2033	7.4	5.7	4.5	2.1	46.3
<b>Maliyetin kısıtlanmadığı senaryo</b>					
2011	5.9	4.6	3.6	1.2	33.4
2033	9.7	7.6	6.0	3.5	59.5

Kaynak: Mays et al (yayıma hazırlanıyor)

**Şekil.11.** GSS Kapsamındaki Alternatif Maliyet Senaryoları

**Kaynak:** OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri (2008). Türkiye – ISBN 978-975-590-282-1 –  
© OECD VE IBRD/DÜNYA BANKASI



Farklılıklar oldukça nettir. Maliyet kısıtlama tedbirleriyle, genel sağlık harcaması 2011’de GSYİH’deki %5,9 oranından 2033’te GSYİH’nin %7,4 oranına olmak üzere, %1,5 oranında artacaktır. SGK sağlık harcamasının GSYİH’deki payı %3,6’dan %4,5’e olmak üzere %0,9 puanlık bir artış sergileyecektir. Genel gelir katkısı GSYİH’nin %1,2’sinden %2,1’e yükselecek ve SGK’nin genel gelir payı da, belirgin derecede, ancak sürdürülebilecek ölçüde, büyük olmayan bir artışla, %33’ten %46’ya yükselecektir. Maliyet kısıtlayıcı tedbirler söz konusu olmadığında ise ortaya farklı bir tablo çıkmaktadır: Bu durumda sağlık harcaması baz yılıdaki GSYİH’nin %5,9’undan 3,8 puanlık bir artışla 2033’te %9,7 oranına yükselecektir. SGK sağlık harcamasının GSYİH’deki payı, GSYİH’deki %3,6’lık orandan %6,0’a ulaşacaktır. Daha da problematik olarak, genel gelir katkısı, GSYİH’deki %1,2’lik payını %3,5’e çıkaracak ve tüm SGK gelirlerinin genel gelir payı (katkı oranlarının sabit ve ücretlerin GSYİH ile orantılı olarak arttığı farz edilerek) %33’ten %60’a yükselecektir (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

Türkiye’nin sağlık durumunda meydana gelen bu iyileşmelerden sorumlu çeşitli faktörler olsa da, bunun önemli bir kısmının geçtiğimiz yıllarda sağlık hizmetleri alanında yapılan daha yüksek ve daha etkili harcamalara bağlı olabileceğini ileri sürmek mantıklı görünmektedir. Bununla birlikte, diğer OECD ülkelerindeki harcama seviyelerine bakıldığında sağlık hizmetleri alanındaki toplam harcamaların ve kamu harcamalarının aşırı olmadığı görülmektedir. Ama Türkiye diğer üst orta gelir grubu ülkelerle karşılaştırıldığında, sağlık alanındaki kamu harcamalarının nasıl ölçülürse ölçülsün dünyadaki benzer ortalamalar düzeyinde veya yukarısında olduğu görülmektedir. Ayrıca, 2003’te SDP’ nin başlatılmasından sonraki ilk 3 yıl içinde, sağlık harcamaları hızla artmış olmasına rağmen, sağlık alanındaki toplam harcamalar ve kamu harcamaları Türkiye’deki ekonomik büyüme de hızlı olduğu için karşılanabilir olmaya devam etmiştir (OECD, 2008).

Kişi başı GSYİH’ nin düşük olması, düşük eğitim durumu (özellikle kadınlar arasında), obezite seviyelerinin artması ve yüksek sigara kullanma oranları (en azından erkekler arasında) gibi Türkiye’deki sağlık durumunu belirleyen başka önemli unsurlar da bulunmaktadır. Bu bakımdan Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapılması, en az tedavi hizmetlerine yatırım yapılması kadar önemli olabilir (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

## 8.6. Maliyet Sınırlama, Toplam Harcama Düzeyi ve Mali Sürdürülebilirlik

Genel kapsama sahip yeni Türk sağlık sistemi, cömert bir teminat paketi, hizmet başına ödeme (veya DRG) teşvikleri ve genişletilmiş fiziksel altyapı ve insan sağlığı altyapısı nedeniyle, sürekli maliyet sınırlama baskılarıyla mücadele etmek zorunda olmak bakımından diğer OECD ülkelerine benzeyecektir. Ayrıca, tüm nüfusa sağlanacak çok kapsamlı temel bir teminat paketi, nüfusun beklentilerini sınırlamayacaktır. Erişimin önünde bir kaç finansal engel olacak; uygun katkı payları gerekse bile, hizmet fiyatları yüksek oranda sübvansede edilecektir. Zaman içinde, maliyeti artıran teknolojik değişim, sadece, mevcut hastalara sunulabilen hizmetlerin etkinliğine katkıda bulunmayacak aynı zamanda etkili tıbbi bakımın sunulabildiği hastalık ve hasta yelpazesini de genişletecektir. Tüm bunlar beklenti ve taleplerin yüksek olacağı ve artacağı anlamına gelecektir. Öte yandan, arz yönünde, artan hekim sayıları, gelişmiş ilaç reçete etmek, ulaşılabilir hale gelen yeni tanı hizmetlerini istemek ve hastaları daha üst basamaklara sevk etmek için pek çok yeni fırsata kavuşacaktır. Hastanelere DRG' ye göre yapılan ödeme hizmet başına ödeme sisteminin toplu bir hali özel hastaneler için ekstra faturalandırma imkânıyla birlikte hizmet sunucularını, hizmetleri genişletmek için daha istekli hale getirecektir. GSYİH' de meydana gelebilecek herhangi bir artış, çift taraflı olacaktır. Bu, sağlık konusunda daha fazla kamu harcamasını finanse edecek mali kapasitenin artmasına yardımcı olacaktır. Ancak aynı zamanda, hasta beklentilerini de artıracak ve ters bir görece fiyat etkisi oluşturma sebebi olacaktır.

Yeni Türk sağlık sisteminin bu özellikleri; yalnızca kamu harcamaları ve belki de genel sağlık hizmetleri harcamaları için sisteme maliyet sınırlama “frenleri” koymak için değil aynı zamanda bu frenleri kararlı ve düzenli bir şekilde uygulamak açısından da önemli olacaktır. Türk politika yapıcılarının elindeki ana maliyet sınırlama “frenleri” şunları içermektedir: tüm kamu sağlık hizmetleri harcamalarındaki, SGK' nın özel hastanelere yaptığı ödemeleri de içeren, “sıkı” global üst limitler (Örneğin, Hazine tarafından SGK' nın sağlık bütçesine uygulanacaktır.); hastaların hizmetlere erişimi için uygun düzeydeki katkı payı

ödemeleri; “uygun” düzeye ulaştıktan sonra Türkiye’deki hekim sayısının kontrolü; mikroekonomik verimlilikte sürekli iyileştirmeler. Politika yapıcılarının, aynı zamanda, hastane hekimlerini, karşılaştırılan hastane bütçelerini aştıkları için yaptırma tabi tutma gibi politikaları da içeren, ek ve daha sert risk paylaşım düzenlemelerini değerlendirmeleri de gerekmektedir. Türkiye’ nin harcamalarını az çok son beş sene boyunca kaydettiği belirgin ekonomik büyüme ile aynı doğrultuda tutabilmedeki görünür başarısına rağmen hem OECD deneyimleri hem de yukarıda sözü edilen küresel kanıt, kapsamlı teminat paketinin oluşturduğu genel sigortanın ve Türkiye’nin hızla yaklaşmakta olduğu son teknolojilerin yaygın mevcudiyetini de içeren gelişmiş bir modern sağlık sisteminin ciddi harcama baskıları ile karşı karşıya kalacağını ifade etmektedir (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

## 9. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sisteminde göz ardı edilemeyecek bir iyileşme katedilmiştir. Yapılan reformlarla gerek hizmetin sunumu, gerek bireylerin hizmete ulaşabilirliği aşamasında kaliteyi ve verimliliği arttırmışlardır. Bu kapsamda GSS, Anne ve Çocuk Sağlığı, Aile Hekimliği, Ulusal İlaç Politikası, Temel Sağlık Hizmetleri, Sağlıkın Geliştirilmesi, İnsan Kaynakları Yönetimi, Sağlık Bilgi Sistemi vb. çalışmalar yapılmıştır.

SDP kapsamında, herkese sağlık politikası adı altında yapılan çalışmada gelir seviyesi düşük olan vatandaşların sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanılabilmesi amacıyla kullanılan Yeşilkart uygulaması GSS kapsamına alınmıştır. Sağlık hizmetlerinde hakkaniyeti sağlamak amacıyla uygulanan bu mali politikalar bireylerin sağlıkla ilgili sorunlarını karşılama konusunda önemli bir yere oturtulmuştur. Ancak politikalar yürütülürken halkın istismar yolu engellenmemiş ve kontrol mekanizması geliştirilmemiştir. Bu uygulama gereği devletin vatandaştan hiçbir katkı payı almamış olması SGK bütçesinde finansman açığına neden olan etkenler biri haline gelmiş ve dolayısıyla genel bütçeden yapılan transfer miktarında artış meydana gelmiştir.

Sağlık hizmetinin sunumunda sağlık personelinin eğitimine verilen önem artmış ve sürekli eğitimle kalite standardizasyonu yükseltilmiştir. Buradaki amaç kaliteli hizmet sunarak sağlık hizmetinden elde edilen hizmet çıktısından pozitif yönde etkileşim elde etmektir. Sağlık sisteminde yapılan yenilik ve değişim politikalarında hizmetin sunumuna odaklanılmıştır. Bu çalışmaların kim için yapıldığı, asıl noktanın hizmeti sunma şeklinin değil bu hizmeti alacak olan vatandaşın bunu kullanma becerisi olduğu husus sistem içerisine dahil edilmemiştir.

Halkın daha iyi hizmet alması için yeni ve altı doldurulabilecek reformlar yapılmaktadır. Fakat bunun kullanım yolu ve koşulları konusunda sadece kurum bilgilendirilmektedir. Halkın bu konuda sadece reformun yapıldığı konusunda bilgi sahibi olması onu kullanma hakkının doğduğu bilincini yaratmakta ve kullanma yoluna gitmektedir. Maliyet hizmetin yanlış kullanımından dolayı artmaktadır.

Detay ve kurallar bilinmediği için başka bir açıdan bakıldığında hastaların bu konuyu istismar ettiği kanaatine varılmaktadır.

Bireylerin sağlığa ulaşabilirliği konusunda çok fazla proje yeniden yapılandırılmış, ancak bireyin sağlık ve hastalık hususundaki algı ve davranışları göz ardı edilmiştir. Sağlık personelinin kaliteli hizmet sunması, sunulan hizmetten alınan çıktının verimli olduğunu anlamına gelmemektedir. Önemli olan hizmetin toplum üzerinde yarattığı olumlu etkidir.

Temel sağlık hizmetleri kapsamında halk sağlığı ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Halk sağlığı uygulama programların yapılacağı ve halkın bu konuda bilinçlendirileceği vurgulanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından bireylerin sağlık davranışlarını geliştirebilmesi ve kendi sağlığı konusunda karar verebilecek düzeye getirilmesi amacıyla “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı” birimini kurulmuştur.

Sistemlerin bu kadar hızlı değiştiği ve bir o kadar da hızlı uygulanmaya çalışıldığı böyle bir dönemde alt yapı kurulmadan kaliteyi üstten alta doğru indirgeyerek ve bu hususta sistemin en alt kısmında ama en önemli noktası olan hasta unsurunun yaptırım gücü ve aktivasyonu az olan bu birimlerle eşleştirmek sistemin alt yapısının oluşturulmadan çökmesi anlamına gelmektedir. Çünkü DPT Kalkınma planlarında da koruyucu sağlık hizmetlerine ve halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesine yönelik çok sayıda madde bulunmaktadır. Aynen yukarıda verilen uygulama örneği gibi sadece bunun böyle olması gerektiği bilincinde olduğu vurgulanmış ve uygulamada bir çözüm getirilememiştir.

Ülke bazında koruyucu sağlık hizmetlerini topluma ve onun bileşenlerine entegre etmek zor ve uzun bir süreçtir. Bu sürecin tamamlanması gibi bir kavramdan söz etmekte mümkün değildir. Gün geçmiyor ki yeni bir hastalık kavramıyla, sosyolojik veya çevresel bir değişimle karşılaşmayalım. Zaman ilerledikçe farklılaşmalar kaçınılmaz olmaktadır.

Bu süreci beklerken sadece hizmet kalitesine odaklanmak maliyeti arttırmakta ve ekonomik dengeleri bozmaktadır. Ülkenin ekonomik seviyesinin yüksek olduğu

dönemlerde bu maliyeti karşılayabilirlik düzeyi yüksek olabilir. Ancak yukarıda da belirttiğimiz gibi zaman içinde çok değişik etkenlerle karşılaşabiliyor ve bundan olumlu veya olumsuz etkilenebiliyoruz. Politik veya farklı bir sebepten doğan bir sorunla ekonomik dengenin değişmesi durumunda bu maliyetin nasıl karşılanacağı fikri küçümsenmemeli ve bugünün kararı yarının etkileşimleri de dikkate alınarak verilmelidir.

O yüzden hasta ve yakınlarının bilinçlendirilmesi en azından kurum bazında uygulanmaya başlanmalıdır. Bu uygulamadan kasıt şuanda var olan hasta ve hasta yakını hakları gibi sadece hasta ve yakınlarının bir şikayeti olduğunda başvuracağı birimler değildir.

Sağlığın algılanması ve bunun sosyal davranışı ile ilgili coğrafi bölgeler arası farklılık göstermesinin yanı sıra bölge içinde de çok farklı davranışlarla karşılaşabiliyoruz. Hastalık kavramı toplumsal ilişkiler bağlamında ele alınabileceği gibi, kültürel, ekonomik, siyasal bağlamlarda da ele alınabilir. Toplumlar kendilerine özgü toplumsal ilişkilerle farklılaştıkları kadar, özellikle bu yapılar açısından da farklılaşmaktadırlar. Her bir sağlık kuruluşu kendi kurum davranışı ile hitap ettiği bölge insanının hastalık davranışı arasında bilgi alışverişi yaparak sistemin işleyişini kolaylaştırabilir. Böylelikle bireylerin hizmeti alma konusundaki bilgi ve becerisi geliştirilebilir. Yani hangi durumlarda hizmete yönelmesi gerektiği ve bu hizmeti nasıl kullanacağı konusunda eğitimler verilebilir.

Hastaneler Birliği kapsamında bir çalışma yapılarak sağlık kuruluşlarının hinterlandı belirlenmeli, kurum bazında hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirmesini ve eğitimini sağlayacak birimlere açılmalıdır. Kurum bu uygulamada rasyonel davranmalı ve kurumsal benlik ön planda tutmalıdır.

Sağlık sisteminin işleyişini kontrol altına almak için hizmet sunumunu geliştirmek yeterli olmamaktadır. İlk olarak hizmeti sunulacağı toplum ve özellikleri anlaşılmalı ve sonra bu bilgiler ışığında bir sistem geliştirilmelidir. Dünyanın herhangi bir ülkesinde uygulanan ve o ülkede kabul görmüş bir sistemin doğru olduğu kanaatine varmak kesinlikle yanlıştır. Çünkü sistemler çoğu zaman farklı toplum ve hatta bireyler üzerinde aynı etkiyi yaratmamaktadır.

## KAYNAKLAR

- Akdur, R., (2003) Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No: 17, Ankara, s.51.
- Bayram, Y. (2011). 1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Gelişimi ve Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi.
- Belek, İ., Onuroğulları, H., Ardıç, F., Nalçacı, E., (1998). Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek, İ., Soyer, A., (1995) Sağlıkta Özelleştirme. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Bolayır. C., (2000). İktisadi Kalkınma Vakfı, Amsterdam Antlaşması, İKV Yayınları No:162, İstanbul, s.21
- Bolsoy, N., Sevil, Ü., (2006) Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi: Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi, C.9, S.3, s. 78,81,82
- Canbolat, S., (12 Mayıs 2011) Kültüre Duyarlı Hemşirelik, International Hospital'de sunulan Bildiri, Kültüre Duyarlı Hemşirelik, İstanbul, Türkiye
- Dağlı, G.H. (2006). Türkiye' de Sağlık Sektörünün Yapısı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi.
- Dedeoğlu, N. (2009). Dünya Sağlık Örgütü Ve Sosyal Haklar, Antalya: Akdeniz Üniversitesi Yayınları, s. 194
- Devlet Planlama Teşkilatı (1989). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları
- Devlet Planlama Teşkilatı (1995). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları

Devlet Planlama Teşkilatı (2000). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları

Devlet Planlama Teşkilatı (2006). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları

Dürrü, Z. (2012). OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi.

Ekmen, A. (2006). Avrupa Birliği'ne Tam Üyelik Sürecinde Sağlık Sektöründeki Mevzuat Uyumunda Karşılaşılan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri, Beşinci Genişleme Sürecindeki Ülkelerle Karşılaştırmalı İnceleme. AB Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı

Erkoç, M., Çağlayan, Ç. (2007). Küba Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt 22, s.1-2

Goril, C., (2004). Türkiye'nin Katıldığı Avrupa Topluluğu Programları - Halk Sağlığı Programı, İktisadi Kalkınma Vakfı Yayınları, Yayın No: 181/6, s.5

Hamzaoğlu, O., (2010). Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye'de Sağlıkta Reform-Dönüşüm. Nisan. TES-İŞ Dergisi.

Karagöz, K. (2009) Kamu Sağlık Harcamalarını Belirleyen Faktörler: Ekonometrik Bir Değerlendirme, İnönü Üniversitesi Yayınları, s.3

Kasapoğlu, A, (Ed.) (2008), Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık, Phoenix Yayınevi, Ankara, 2008

OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri (2008). Türkiye – ISBN 978-975-590-282-1 – © OECD VE IBRD/DÜNYA BANKASI



- Öcek, Z. (2007). Almanya Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt 22, Sayı 1-2, s. 83
- Öztek, Z. (2001). Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri. Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı, Sayı. 39, s. 295
- Pala, K. (2007) Türkiye Sağlık Sistemi Nereye Gidiyor?. Toplum ve Hekim Dergisi, C.22, S. 1-2, s. 64
- Sağlık Bakanlığı. Dış İlişkiler Daire Başkanlığı. (1997). Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İle İlişkileri. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları
- Sağlık Bakanlığı. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. (1998) Avrupa Sağlık Reformu-Mevcut Stratejilerin Analizi, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları
- Sağlık Bakanlığı. (2008) Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları
- Sağlık Bakanlığı. (2008) Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları
- Sargutan, E. (2006). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri. Ankara: Hacettepe Üniversitesi. Yayınları.
- Terzi, C. (2007). Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt 22, s.1-2
- Tutar, F. ve Kılınç, (2007) N. Türkiye’ nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi, 9(1):s.50
- Tekin, A. (2007). Sağlık ve Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi.

Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. 2011. TEPAV (2010) Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışını mı ifade ediyor? , Ankara: Matsa Basımevi

Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. (2009). Genel Sağlık Sigortası'nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi: 2009'da ne oldu? Ankara: Matsa Basımevi

Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (2010) Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor? Ankara: Matsa Basımevi

World Health Report 2008 entitled Primary Health Care – Now More Than Ever, WHO, 2008

WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for the Western Pacific. People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems. Geneva, World Health Organization, 2007

[http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt\\_id=20](http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=20)

## ÖZGEÇMİŞ

21 Mayıs 1985 yılı, Ardahan İli Göle ilçesi doğumluyum. İlköğretimi mi aynı ilçede tamamladıktan sonra, orta öğretimimi Erzurum / Şenkaya Sağlık Meslek Lisesi, Tıbbi Sekreterlik bölümünde tamamladım. 2003 yılında bu bölümden mezun olduktan sonra, Tokat / Turhal Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Hastane Yönetimi ve Organizasyon önlisans programına başladım. 2005 yılında mezuniyetimin ardından, Eskişehir / Anadolu Üniversitesi, İşletme bölümüne kaydolup, İstanbul'da çeşitli özel hastanelerde görev aldım ve 2009 yılında lisans eğitimimi tamamladım. 2010 yılında Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimine başladım. Şuanda bir Üniversite Hastanesinde sözleşmeli personel olarak görev yapmaktayım.