



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

**2010 ÖNCESİ ve SONRASI SAĞLIK ve EMEKLİLİK  
SİSTEMİNİN KİYASLI ANALİZİ**  
(Yüksek Lisans Tezi)

**Tezi Hazırlayan: Münire DERİNDAĞ**

İstanbul - 2010



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

**2010 ÖNCESİ ve SONRASI SAĞLIK ve EMEKLİLİK  
SİSTEMİNİN KIYASLI ANALİZİ**  
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:  
**Münire DERİNDAG**

Öğrenci No:  
**070746156**

Danışman:  
Prof. Dr. Muhittin KARABULUT

İstanbul – 2010

## **YEMİN METNİ**

Sunduğum Yüksek Lisans Tezimi, Akademik Etik ilkelere bağlı kalarak hiç kimseden akademik ilkelere aykırı bir yardım almaksızın bizzat kendimin hazırladığıma and içerim. 05/08/2010

Münire DERİNDAG

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

5.8.2010

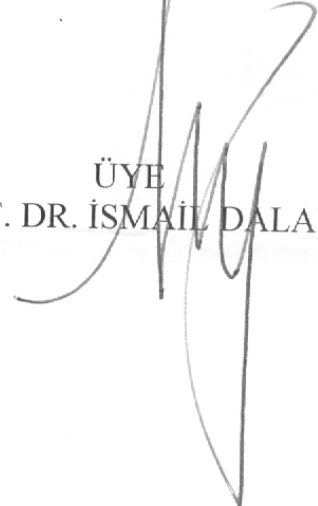
Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 070746156 numaralı *Münire Derindağ*'ın "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "2010 ÖNCESİ VE SONRASI SAĞLIK VE EMEKLİLİK SİSTEMİNİN KIYASLI ANALİZİ" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 21.07.2010 tarih ve 2010/19 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (52) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında oyçokluğu/oybirliği ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 1 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN  
PROF. DR. MUHİTTİN KARABULUT



ÜYE  
PROF. DR. İSMAİL DALAY



ÜYE  
YRD. DOÇ. DR. SEFER GÜMÜŞ



# ***2010 ÖNCESİ ve SONRASI SAĞLIK ve EMEKLİLİK SİSTEMİNİN KIYASLI ANALİZİ***

**TEZİ HAZIRLAYAN: Münire DERİNDAG**

## **ÖZET**

Sağlık ve emeklilik sisteminin mevcut durumunu belirlemek, 2010 yılının öncesinde ve sonrasında yaşanan sorunlara yönelik olarak uygulamalı gerçekleştirilen tez çalışmasında, elde edilen veriler SPSS 15 istatistik programı kullanılarak özel ve kamu sektöründe çalışan bireylerin tutumları ve beklentileri belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca Türkiye'nin 2010 ve öncesinde yaşanan emeklilik ve sağlık sistemleri birçok dünya ülkesi ile karşılaştırılarak eksikliklere yönelik bilgiler verilmiş, Türkiye'de sağlık ve emeklilik sisteminin boyutları belirlenmiştir. Çalışmada dünya ülkeleri ve Türkiye'nin uygulamış olduğu sağlık politikalarına yönelik bilgiler gelişmiş dünya ülkeleri ile kıyaslanmıştır. Türkiye'nin son on yıl içinde gerçekleştirdiği sağlık reformları, sağlık sistemi içinde uygulanan paket programlara yönelik istatistiksel datalar kullanılmış ve analiz edilmiştir. Çıkan sonuçlar değerlendirilerek yorumlar gerçekleştirilmiştir. Uygulamalı olarak gerçekleştirilen tez çalışmasının sonunda "Emeklilik sistemi içinde yaşanan sorunlara, emekli olan bireylerin bu sistem içinde uğradığı problem ve sıkıntılara" yönelik genel bilgiler elde edilmiş çözüm önerileri sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler :** Sağlık, Emeklilik, Kamu, Sistem, Reform, SGK, İstatistik

# ***COMPARATIVE ANALYSIS OF HEALTH AND RETIREMENT SYSTEM BEFORE AND AFTER 2010***

**Presented by: Münire DERİNDAĞ**

## **ABSTRACT**

Behaviors and expectations of individuals working in private and public sector and determination of the current situation of health and retirement systems were tried to be ascertained by using SPSS 15 statistical program in the applied thesis study directed to problems before and after 2010. Besides, information about deficiencies were given by comparing retirement and health systems of Turkey before and after 2010 with other world countries; dimensions of health and retirement systems in Turkey were determined. Information related to health policies of Turkey and other world countries were compared with the developed world countries in the study. Implemented health reforms of Turkey in the last ten years and statistical data directed to implemented package programs in the health system were used and analyzed. Comments were made by evaluating the results following the applied thesis study; general information about “problems in retirement system, problems and inconveniences of retired people within this system” were acquired and solution suggestions were presented.

**Key Words:** Health, Retirement, Public, System, Reform, SGK, Statistics

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

## ÖZET

## ABSTRACT

İÇİNDEKİLER .....	iii
TABLOLAR DİZİNİ .....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	x
RESİMLER DİZİNİ .....	xii

1. GİRİŞ .....	1
----------------	---

BÖLÜM I.....	5
--------------	---

2. SAĞLIK SİSTEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI .....	5
---	---

2.1. Türkiye'nin Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikaları .....	7
--	---

2.2. Türkiye'de Geçmiş ve Şimdiki Dönemde Sağlık Sistemi.....	8
---	---

2.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Ürünleri .....	17
---	----

2.4. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması .....	22
---	----

2.5. Sağlık Sistemi Türlerinin Belirleyicileri ve Ekonomik Göstergeleri.....	24
--	----

2.5.1. Sağlık Sisteminde Ekonomik Belirleyiciler .....	29
--	----

2.5.1.1. Sağlık Ekonomisinin Bir Disiplin Olarak Dünya'da Gelişimi ...	33
--	----

2.5.1.2. Sağlık Ekonomisinin Türkiye'de Gelişimi .....	35
--	----

2.5.2. Politik Belirleyiciler .....	37
-------------------------------------	----

2.5.3. Kültürel Belirleyiciler .....	43
--------------------------------------	----

2.5.4. Türkiye'de Toplumsal Sağlık Sistemi.....	45
---	----

2.5.5. Sağlık Sistemi Gelişmeleri.....	50
--	----

2.5.6. Sağlık Sistemi İçinde Kamu ve Özel Sağlık Yapıları .....	54
---	----

2.5.7. Sağlık Sistemleri ve İnsan Hakları .....	61
---	----

2.5.8. Türkiye Sağlık Sistemi ve AB Uyum Çalışmaları .....	65
--	----

2.5.9. Ulusal Sağlık Sistemi ve Bileşenleri .....	71
---	----

2.5.9.1. Sağlık Sistemi ve İnsan Gücü .....	76
2.5.9.2. Sağlık Sistemi ve Sağlık Yapısı .....	77
2.5.9.3. Sağlık Sistemi ve Teknoloji .....	82
2.5.9.4. Sağlık Sistemi ve Bilgi Yönetimi.....	88
2.6.Sağlık Sistemi ve Ekonomi .....	90
<b>BÖLÜM II .....</b>	<b>98</b>
<b>3. SAĞLIK SİSTEMİ, GİRİŞİMCİLER ve SOSYAL GÜVENLİK.....</b>	<b>98</b>
3.1. Sağlık Sistemi İçinde İşverenler ve Girişimciler .....	99
3.2. Sağlık Sistemi İçinde Yönetim .....	100
3.2.1. Yönetimsel Düzeyler .....	103
3.2.1.1. Yönetimin Tarihsel Gelişimi.....	103
3.2.2. Sağlık Planlaması .....	104
3.2.3. Yürütme ve Yönelme .....	107
3.2.4. Düzenlemeler ve Mevzuatlar .....	109
3.3. Sağlık Hizmetleri – Güvence ve Emeklilik.....	109
3.4. SSK – Emekli Sandığı – Bağ-Kur.....	110
3.5. SGK Yapısı ve İşlevleri .....	113
3.5.1. Sigorta ve Sosyal Güvenlik .....	113
3.5.2. Ticari Sigorta.....	114
3.5.3. Hastalık Sosyal Sigorta .....	114
3.5.4. Sosyal Sağlık Sigortası ve Sağlık Güvenliği.....	114
3.5.5. Özel Sağlık Sigorta Sistemi ve Yapısı .....	114
3.6. Sağlık Sektörü ve Hizmet Arzı .....	118
3.6.1. Sağlık Sektörü ve Arz Sistemleri .....	120
3.6.2. Sağlık ve İnsan Gücü Arzı .....	123
3.7. Sağlık Sektörü ve Maliye Kaynaklar .....	132
3.8. Özel Mali Kaynaklar .....	138
3.9. Sağlık Sistemi İlaç ve Eczacılık Hizmetleri.....	139
3.10. Acil Sağlık Hizmetleri ve Düzenlemeleri .....	141
<b>BÖLÜM III.....</b>	<b>145</b>
4.1. Dünya Ülkeleri Sağlık Sistemleri ve Yapıları.....	145
4.2. Dünya Ülkeleri Sağlık Sistemleri ve Tipleri.....	147



4.3. Dünya Ülkeleri Sağlık Sistemleri Karşılaştırması .....	150
4.4. Türkiye ve Dünya Ülkeleri Sağlık Sistemleri Karşılaştırması .....	153
4.4.1. Ülkelerin sosyo ekonomik açıdan karşılaştırılması.....	155
4.4.2. Ülkelerin sağlık statüsü göstergeleri açısından karşılaştırılması.....	157
4.4.3. Ülkelerin sağlık harcamaları açısından karşılaştırılması.....	158
<b>BÖLÜM IV .....</b>	<b>162</b>
<b>5. 2010 ÖNCESİ VE SONRASI SAĞLIK VE EMEKLİLİK SİSTEMİ</b>	
<b>PERFORMANSININ BİREYLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ</b>	
<b>ÜZERİNE ETKİSİ .....</b>	<b>162</b>
5.1. Çalışmanın Amacı.....	162
5.2. Araştırmanın Problemi .....	162
5.3. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri .....	162
5.4. Anket Formunun Hazırlanması .....	163
5.5. Araştırma Verilerinin Analizi .....	163
5.6. Veri Toplama Yöntemi .....	164
5.7. Güvenlik Ve Geçerlilik Analizleri .....	164
5.7.1. 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının	
güvenirlilik ve geçerlilik analizi .....	164
5.8. Araştırmanın Bulguları ve Yorumları .....	166
5.8.1. Demografik özelliklere ilişkin bulgular.....	166
5.8.2. Katılımcıların demografik özellikleri ile 2010 öncesi ve sonrası sağlık	
ve emeklilik sistemi performansının değerlendirilmesi .....	173
5.8.3. Yaş dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi	
performansının üzerine etkisi .....	175
5.8.4. Cinsiyet dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik	
sistemi performansının üzerine etkisi .....	175
5.8.5. Medeni durumun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi	
performansının üzerine etkisi .....	176
5.8.6. Çalışılan kurumun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi	
performansının üzerine etkisi .....	176
5.8.7. Çalışma durumunun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik	
sistemi performansının üzerine etkisi.....	177

5.8.8. Çalışma yılı dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi.....	177
5.8.9. Kronik sağlık sorunu dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi.....	178
5.8.10.Yaşanılan bölge dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansını üzerine etkisi.....	179
<b>SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>1844</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>1877</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>1955</b>
EK-1. Anket Formu.....	1955
EK-2. Sosyal Güvenlik Kurumunun Yapısı Ve Görevleri.....	1988
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>203</b>

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No:

Tablo 1.	ABD, AB-27 ve Türkiye Sağlık Üretimi Sistemlerinin Karşılaştırılması (2007) .....	6
Tablo 2.	Sağlık Sistemi Tipleri ve Ayırt Edeci Temel Özellikleri .....	23
Tablo 3.	Dünya ülkeleri ve Türkiye'nin hemşire sayısı, ebe ve hemşire sayısı dağılımı .....	39
Tablo 4.	Türkiye'de sağlık ocakları için hekim ve ebe dağılımı en bozuk 10 il (2004) .....	40
Tablo 5.	Doktoru ve ebesi olmayan sağlık ocakları (SO) ve sağlık evleri .....	40
Tablo 6.	Türkiye'de kurumlara göre sağlık insangücü dağılımı (2002).....	41
Tablo 7.	Türkiye'de Yıllara Göre Uzman/Pratisyen Hekim Dağılımı (1970-2002).....	42
Tablo 8.	Seçilen SAİK kategorileri için 10.000 nüfus başına SAİK çalışanı sayısı (2006 – 2010) .....	42
Tablo 9.	Türkiye'de Konsolide Bütçe Giderleri İçinde Sosyal Güvenlik Gideleri	94
Tablo 10.	Seçilmiş Ülkelerinde sosyal koruma gelirleri içinde devlet katkısının payı.....	95
Tablo 11.	Toplam Sağlık Harcamalarının Parasal Büyüklüğü \$.....	96
Tablo 12.	Türkiye'de Sağlık Kurumlarının Dağılımı ve Sayısı 2006 .....	126
Tablo 13.	Sağlık Personeli Dağılım % si Mayıs 2002 - 2006 .....	127
Tablo 14.	Birinci Basamakta Hizmet Veren Kuruluşlar 2006.....	127
Tablo 15.	İkinci ve Üçüncü Basamakta Hizmet Veren Kurumlar 2006.....	127
Tablo 16.	Genel Demografik Göstergeler Yıllara Göre Dağılım .....	128
Tablo 17.	Yıllara Göre Kentsel ve Kırsal Nüfus Dağılımı .....	128
Tablo 18.	Yıllara Göre 0-14 Yaş ve Nüfus 65 Yaş Üzeri Nüfus Dağılımı.....	129
Tablo 19.	İBBS-1'e Göre Kırsal ve Kentsel Nüfus Oranları (%) 2008.....	129
Tablo 20.	Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastane Müracaat Sayısı, Türkiye	130

Tablo 21. Yıllara ve Sektörlere Göre Kişi Başına Hastane Müracaat Sayısı, Türkiye.....	130
Tablo 22. Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı, Türkiye .....	131
Tablo 23. İBBS-1'e Göre Kişi Başına Hastane Müracaat Sayısı, Sağlık Bakanlığı, 2008.....	131
Tablo 24. İBBS-1'e Göre Kişi Başına Hastane Müracaatlarında Sağlık Bakanlığı Oranı, (%), 2008.....	132
Tablo 25. Türkiye'de Büyüme, İşsizlik ve Deflasyon 2009-2010 .....	133
Tablo 26. Sağlık Sektöründe Sabit Sermaye Yatırımlarının Sektörel Payları (Milyon TL) .....	138
Tablo 27. Ulusal sağlık sistemlerinin başlıca tipler.....	148
Tablo 28. Avrupa Sağlık Sistemlerinden İki Temel Model .....	152
Tablo 29. Bazı dünya ülkelerinde ve Türkiye Sağlık Harcamaları .....	154
Tablo 30. Ülkelerin genel sosyo ekonomik durumlarının dağılımı.....	156
Tablo 31. Ülkelerin belli başlı sağlık statüsü göstergeleri .....	157
Tablo 32. Ülkelerin sağlık harcamaları .....	159
Tablo 33. 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının güvenilirlik katsayıları.....	165
Tablo 34. Bireylerin çalışma yılı ile yaş arasındaki ilişkinin dağılımı.....	171
Tablo 35. Bireylerin çalışma hayatı ile yaş arasındaki ilişkinin dağılımı .....	171
Tablo 36. Bireylerin kronik sağlık sorunu ile yaş arasındaki ilişkinin dağılımı ...	172
Tablo 37. 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansına ait tanımlayıcı istatistikleri dağılımı.....	174
Tablo 38. Yaş dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi Anova testi sonuçları.....	175
Tablo 39. Cinsiyet dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi t testi sonuçları.....	176
Tablo 40. Medeni durumun sağlık/emeklilik yaşam kalitesi üzerine etkisi t testi sonuçları .....	176
Tablo 41. Çalışılan kurumun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi Anova testi sonuçları.....	177
Tablo 42. Çalışma durumunun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi t testi sonuçları.....	177

Tablo 43. Çalışma yılı dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi Anova testi sonuçları.....	178
Tablo 44. Kronik sağlık sorunu dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansını üzerine etkisinin t testi sonuçları.....	178
Tablo 45. Kronik hastalık dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansını üzerine etkisinin t testi sonuçları .....	179
Tablo 46. 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının tutum değerlendirme dağılımı .....	180
Tablo 47. Sağlık ve Emeklilik Sisteminin 2010 Öncesi ve Mevcut Durumu...	181

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 1.	Yaş Dağılım Göstergeleri (EK -1 deki Anket Uygulamasının) .....	8
Şekil 2.	Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması, Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması, Kişi Başına Düşen GSYİH ile GSYİH İçinde Sağlık Harcamalarının Payında Meydana Gelen Yıllık Değişiklikler, Türkiye 1999-2000 ile 2005-2006 .....	25
Şekil 3.	Kişi Başına Düşen GSYİH ve Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları OECD Ülkeleri, 2006.....	25
Şekil 4.	Doktor Başına Düşen Hasta Sayısı OECD Ülkeleri.....	27
Şekil 5.	2000 ve 2009 İşsizlik Göstergesi Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu 2009.....	30
Şekil 6.	2007 ve 2009 İşsizlik Göstergesi Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu 2009.....	30
Şekil 7.	İkişer yıllık dönemlerle bazı sağlık personelindeki artış (1993-2002)....	43
Şekil 8.	Türk Sağlık Sistemi'ndeki Akışı.....	49
Şekil 9.	Kurumsal yapı süreçleri ve genel işleyişine yönelik bilgiler .....	55
Şekil 10.	Sağlık kurum ve kuruluşunun yönetim ve organizasyon yapısı.....	57
Şekil 11.	Türkiye'de İlaç Hammaddesi Üretimi “Yıllara Göre Dağılım” .....	72
Şekil 12.	Türkiye'nin 1990 ve 2005 Yılları Arası İlaç Giderleri Grafiği.....	74
Şekil 13.	Sağlık Ekonomisi Sistemi Grafiği.....	92
Şekil 14.	Sağlık hizmetlerinin fiziksel ve sosyal çevresi .....	102
Şekil 15.	İhtiyaç Süreçleri .....	108
Şekil 16.	Türkiye'nin İstihdam Büyüme Oranı 2000-2009.....	134
Şekil 17.	Türkiye'nin İşsizlik Oranları 2007 – 2010.....	135
Şekil 18.	Gelişmekte olan ülkelere fon akımları / Gelişmekte olan ülkelerin milli gelir toplamı, 1976-2008.....	136

Şekil 19.	Mali performans Göstergeleri .....	136
Şekil 20.	Mali Yıllar Bütçeleri .....	137
Şekil 21.	Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı ve Kişi Başı GSYİH, 2006.....	145
Şekil 22.	Bireylerin yaş dağılımı .....	166
Şekil 23.	Bireylerin cinsiyet dağılımı .....	167
Şekil 24.	Bireylerin medeni durum dağılımı .....	167
Şekil 25.	Bireylerin öğrenim durumu .....	168
Şekil 26.	Bireylerin çalıştığı kurumun dağılımı .....	168
Şekil 27.	Bireylerin çalışma hayatı dağılımı .....	169
Şekil 28.	Bireylerin çalışma yılı dağılımı.....	169
Şekil 29.	Bireylerin kronik sağlık dağılımı .....	170
Şekil 30.	Bireylerin yaşadıkları bölge dağılımı .....	170

## RESİMLER DİZİNİ

### Sayfa No:

Resim 1. Muş Sağlık Ocağı 1963 “Sağlık Bakanlığı” .....	78
Resim 2. Diyarbakır Devlet Hastanesi Yanık Yoğun Bakım Ünitesi .....	79
Resim 3. Hasta Taşıma Acil Hava Ambulansı.....	80
Resim 4. Ameliyathane Ankara Numune Hastanesi 2009 .....	81
Resim 5. Ameliyathane Boğaziçi Tıp Merkezi 2010 .....	81



## GİRİŞ

Toplumsal sağlık ve sağlıklı bireylerin devamlılığının sağlanabilmesi için “Devlet, halk sağlığı için sağlık hizmetlerini gerçekleştirmektedir.”<sup>1</sup> Sağlık koşullarının iyileştirilmesi, sağlık sorunlarının oluşmaması ve sağlığı bozacak faktörlerin yok edilmesine yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkinliğinin devam ettirilmesi ve sürdürülmesi gerekir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hizmet miktarının arttırılması için oldukça yüksek maliyetler gereklidir. Oluşan bu maliyetlerin giderilmesi için devlet önemli bir bütçe ayırmak zorundadır. Her geçen gün artan sağlık hizmeti taleplerinin karşılanması için, insan gücü planlaması, stratejik yaklaşım içerisinde toplumun sağlıkla ilgili gereksinimleri ve başvuruları göz önüne alınarak, sağlık kurumlarının amaçları, hedefleri ve olanakları çerçevesinde, sağlık çalışanlarının yeterli nicelik, yüksek nitelik, düzgün bir dağılım, doğru bir zamanlama ve tam olarak istihdamı amacıyla yapılan planlamalar gereklidir.

Doğru bir sağlık hizmetinin sunulması, sunulan hizmetlerin nitelik ve kalitesinin yüksekliğinin sağlanması doğru stratejiler ile gerçekleştirilebilir. Bir ülkenin en değerli serveti olan insanın, iktisadi faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için önce sağlık Şartlarının iyileştirilmesi ve sonra eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekir. Özellikle kalkınma çabası içinde bulunan dünya ülkeleri ve Türkiye, kalkınma çabasının gerektirdiği ve insan unsuru ile ilgili bulunan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu iyileştirmeler doğrultusunda sağlık düzeyi ile ilgili veriler, mevcut ülkenin kalkınmışlık derecesini ortaya koyan en önemli verileri oluşturur.

Türkiye’de sağlık hizmeti kamu kurum ve kurumlarınca ve son yıllarda özel sektör tarafından üretilmektedir. Türkiye’de sağlık hizmeti finansmanı zorunlu kamu

---

<sup>1</sup> ALTAY, A., (2007), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, D.E.Ü. Öğr. Üys. Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, s.34

sigortası, “Sosyal Sigortalar kurumu SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur” ve diğer özel kurumlara ait özel sağlık sigortaları halkın kendi bütçesinden yapılmaktadır.<sup>2</sup>

Doğru bir sağlık insan gücü planlamasının sahip olması gereken sekiz birleşen; “Nicelik, Nitelik, Dağılım, Zamanlama, İstihdam, Gereksinim, Hedef ve Olanaklar” kavramlarının iyi belirlenmesi ve işletilmesi gerekir. Son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda belirtilen sağlık hizmeti ve sağlık sistemlerinde iyileştirilmelerin zorunluluğu vurgulanmaktadır. Buna göre bir uzman hekime 1515, ebeye 1333 hasta düşmesi gerekliliği belirtilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda 44.755 pratisyen hekim ve 50.866 ebe gereksiniminin olduğu belirtilmektedir.<sup>3</sup>

2002 yılı itibari ile Türkiye’de 51.530 pratisyen hekim ve 41.513 ebe olduğunu vurgulayan Sağlık Bakanlığı yaptığı açıklamada pratisyen hekim ihtiyacının olmadığı, fakat açılacak sağlık ocakları için 10.000 ebeye ihtiyaç duyulacağı vurgulamaktadır. Hekimler açısından bakıldığında ise sağlık sistemi içinde birçok doktorun işsizlik, gizli işsizlik, yarı istihdam ve esnek çalışma gibi kavramların konuşulmaya başlanacağı düşünülmektedir. 2010 yılında çıkarılan yasa gereğince uzman hekimlerin tam gün çalışma zorunluluğu sağlık sistemi içinde birçok sorunun yaşanacağını göstermektedir.<sup>4</sup>

Ayrıca halkın ve bireylerin ilaç ihtiyacını sağlayan ve karşılayan yerli ilaç üreticileri ile eczanelerin bulunduğu istikrarsızlık birçok sağlık sorununun yaşanmasına ve sağlık sisteminin çökme noktasına geldiğini göstermektedir. 2005 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne sunulan genel sağlık sigortası kanun tasarısı hızla hazırlanmış ve genel meclise sunulmuştur.

Hazırlanan bu kanun tasarısında sağlık finansman reformuna ihtiyaç duyulmasının nedenleri üzerinde durulmuş, genel sağlık sigortası kanun tasarısı

---

<sup>2</sup> ALTAY, A., a.e.g., s.35

<sup>3</sup> ORHANER, E., (2006), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası”, Ticaret Ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 1.

<sup>4</sup> Sağlık Bakanlığı 20007 [www.Saglik.Gov.Tr](http://www.Saglik.Gov.Tr)

“genel mecliste” eleştirilmiştir. Fakat T.B.M.M. nin de üzerinde durduğu gibi sağlık sistemlerinde hızla dönüşümler gerçekleştirildiği belirtilmektedir.<sup>5</sup>

➤ 2004 Mart itibari ile yürürlüğe giren bir genelge ile SSK ve Sağlık Bakanlığı Hastaneleri birleştirilerek SSK veya Bağ-Kur sigortası olan hastaların kendi hastanelerinden randevu almaması halinde özel anlaşma yapılan özel sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmesinin önü ve yolu bütünüyle açılmıştır. Ayrıca devletin yoksul kesimlere sunduğu imkânlar “Yeşil Kart” gibi hizmetler ile yoksul halkın sağlık ihtiyaçları giderilmeye çalışılmıştır. Fakat bu uygulamada oluşan sistem sorunları nedeni ile yeşil kart sahiplerinin tedavi ve ilaç masraflarını karşılamakta başarısızlıklar ortaya çıkmıştır. Ayrıca emeklilik sistemi ve sağlık sistemindeki geçmiş dönemlerde yaşanan birçok sorun üzerinde önemle durulmuş, bu sorunların sistem içerisinde yok edilmesine çalışılmıştır. Son yıllarda geliştirilen randevu sistemi, yığılmaların önünü kesmiş, yaşlı ve emekli kişilerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmalarına olanak ve imkân sağlamıştır. Uzman hekimlerin tam gün çalışma zorunluluğu, emekli olan bireylerin finansman yetersizliği nedeni ile özel muayene almalarını engellediğinden devlet hastaneleri ve özel anlaşmalı kurumlardan yeterli hizmeti almalarına imkân tanımıştır.<sup>6</sup>

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin etkin olarak kullanılması ve bu etkinliklerin yaratılabilmesi, katma değerlerin yükseltilerek gelişmiş dünya ülkeleri standartlarının yakalanması halkın refahı için vazgeçilmez zorunluluklar arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetleri ve emeklilik sistemi içinde yaşanan birçok sorun nedeni ile gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan Türkiye bu yönde son yıllarda bazı atılımlar gerçekleştirerek nüfusun yoğunluğuna ve ekonomik düzeye yönelik olarak topluma bazı hizmet farklılıklarını sunmaya başlamıştır. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin gerek sunumunda gerek finansman ihtiyaçlarının karşılanmasında yaşanan birçok sorun nedeni ile toplum ve devlet arasında karşılıklı sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar nedeni ile bazı sağlık programlarının sistemsel hataları nedeni ile büyük sorunlar yaşanmaktadır.

---

<sup>5</sup> YILMAZ, H. H., (2007), “İstikrar Programlarında Mali Uyumda Kalite Sorunu”, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, ISBN: 978-9944-927-20-8, Nisan 2007.

<sup>6</sup> DPT, 2005 Yılı Programı, Ankara, <http://Ekutup.Dpt.Gov.Tr/Program/2005.Pdf>, Erişim: 21.05.2010

Emeklilik hizmet sunumunda etkinliğin sağlanmasında öncelikli olarak sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin arttırılması gerekir. Toplumun refah ve huzuru için sağlık ile emeklilik sistemi içinde uygulanan politikaların iyileştirilmesi gerekir.

## BÖLÜM I

### 2. SAĞLIK SİSTEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Sağlık sistemleri toplum ve nüfusun hedeflenen ihtiyaçlarını ülke ekonomisi ve dünya sağlık örgütünün kabul ettiği ve uyguladığı yönetmelikler doğrultusunda uygulanan düzenlemeler bütünüdür. Bazı ülkelerde, sağlık sistemi planlaması piyasa katılımcıları arasında, merkeziyetçi hükümetler ise, sendikalar, yardım kuruluşları, dini veya diğer koordineli organları da içine almak koşulu ile sağlık hizmetlerinin halkın hedeflenen ihtiyaçlarının karşılanması yönünde yapılmaktadır. Toplum ve devletlerin ihtiyaçları ve beklentileri kültür ve ekonomik göstergelere yönelik olarak farklılık ve değişiklikler gösterebilmektedir. Bunun nedeni ülkenin bağımlı olduğu ekonomi ve yönetim şeklinin yanında yaşam kalitesi ve standartları büyük farklılıkların oluşmasına neden olur. Bu gibi durumlarda diğer dünya ülkelerinin sağlık sistemine bakışı ve “Dünya Sağlık Örgütü”nün uygulamaları oluşan sistem üzerinde önemli bir etkidir.

Sağlık sistemi ve sağlık politikaları çerçevesinde ülke sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasının büyük bir önemi bulunmaktadır. Bu anlamda bakıldığında; Türkiye üyesi olduğu 2005 yılından bu tarihe kadar halen devam eden müzakereler sürecinde AB sağlık sistemlerinden yararlanmaktadır. Dünya sağlık sistemleri içerisinde büyük olumsuzluklar ve sorunların yaşandığını belirtebiliriz. Sağlık sistemleri ve işleyişi içinde büyük sorunlar yaşayan ve kötü bir imaja sahip olan ABD, **Başkan Barak OBAMA**'nın katkılarıyla ile köklü bir reform sürecine girmiştir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ülkelerinin sağlık reformları ile yönetim sistemlerinin yanında devlet ve işletmeler için sağlık maliyetlerinin uzun vadeli artışı sınırlamak sağlık maliyetleri nedeniyle aileleri borç veya iflastan korumak , kişilerin sağlık planlarını ve hekim seçebilmesini garanti etmek, korumaya “Koruyucu Sağlık Hizmetlerine” ve iyilik haline yatırım yapmak, hasta güvenliğini ve kalitesini artırmak hükümetlerin asli görevleri arasında yer almaktadır.

Başkan Obama; ile tüm Amerikan vatandaşlarının beklentilerinin karşılanması, ve sağlık kapsamındaki bütün beklentilerin reform ile garanti altına alınması halkın hükümet ve yönetimden beklentilerini karşılamıştır. Bu reform ile iş değiştirme veya işini kaybetme durumunda sağlık güvencesinin sürdürülebilmesini sağlamak ve önceki var olan sağlık koşullarından – problemlerinden dolayı insanların sağlık güvencesi kapsamına alınmasındaki engelleri ortadan kaldırmak amaçlanmıştır. ABD ve AB-27 Ülkelerinin sağlık üretim sistemlerinin karşılaştırması aşağıdaki Tablo (1) gösterilmiştir.<sup>7</sup>

**Tablo 1. ABD, AB-27 ve Türkiye Sağlık Üretimi Sistemlerinin Karşılaştırılması (2007)**

SAĞLIK ÜRETİM SİSTEMİ		ÜLKELER		
		ABD	AB-27	TÜRKİYE
<b>Demografi ve Ekonomi</b>	Toplam Nüfus (000)	301.621	493.822	70.586
	Kişi Başı GSYİH (ABD \$ -SGP)	45.559	35.828	13.604
<b>Sağlık Sistemi Girdileri</b>	GSYİH' den Sağ. Ayrılan Pay %	16	8.92	6
	Kişi Başı Sağ. Har. ABD \$ %	7.290	2.468	813
	Hekim Sayısı (100.000 Kişiye Düşen)	312	322.34	154.27
	Hemşire Sayısı (100.000 Kişiye Düşen)	1057	745.47	310.8
	Yatak Sayısı (100.000 Kişiye Düşen)	310	570.18	284.59
	Alkol Tüketimi (15 +, Kişi Başı Litre)	8.6	9.11	1.2
<b>Sağlık Sistemi Çıktıları ve Sonuçları</b>	Bebek Ölüm Hızı (1.000)	6.7	4.56	20.7
	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	78.1	79.13	71.8
	Anne Ölüm Ölümleri (100.000)	15.1	5.7	21.3
	Sağlık Güvencesi Kapsamı Oranı %	85.3	98	80

Veri Kaynakları: Sağlık Bakanlığı (2010); OECD (2009) ve WHO (2010)

<sup>7</sup> YILDIRIM, H.H., (2010). Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Yanlılığı Ve Tüketici(Lik) Davranışları: Genel Bir Çerçeve Ve Türkiye'nin Durumu. İçinde: BABAĞLU M. Ve ŞENER A. (Editörler): *Tüketici Yazıları (I)*. Tüpadem Yayınları, Ankara, ss. 223-245.

Tablo (1) den çıkarılması gereken ve ABD’de çıkarılan bu reform paketi ve sisteminin Türkiye açısından değerlendirilmesi ve ders çıkartılması gereken yanları ve yönlerini unutmak gerekmektedir. Türkiye’nin sağlık sistem ve sağlık politikaları son yıllarda büyük değişiklikler göstermektedir. Sağlık sistemlerinin ve sağlık hizmet yönetiminin dijital ve bilgisayar sistemleri ile birleştirilerek sağlık hizmet politikalarının daha ciddi atılımlar ile güvence altına alınması toplum refahı ve mutluluğu açısından büyük önem göstermektedir.

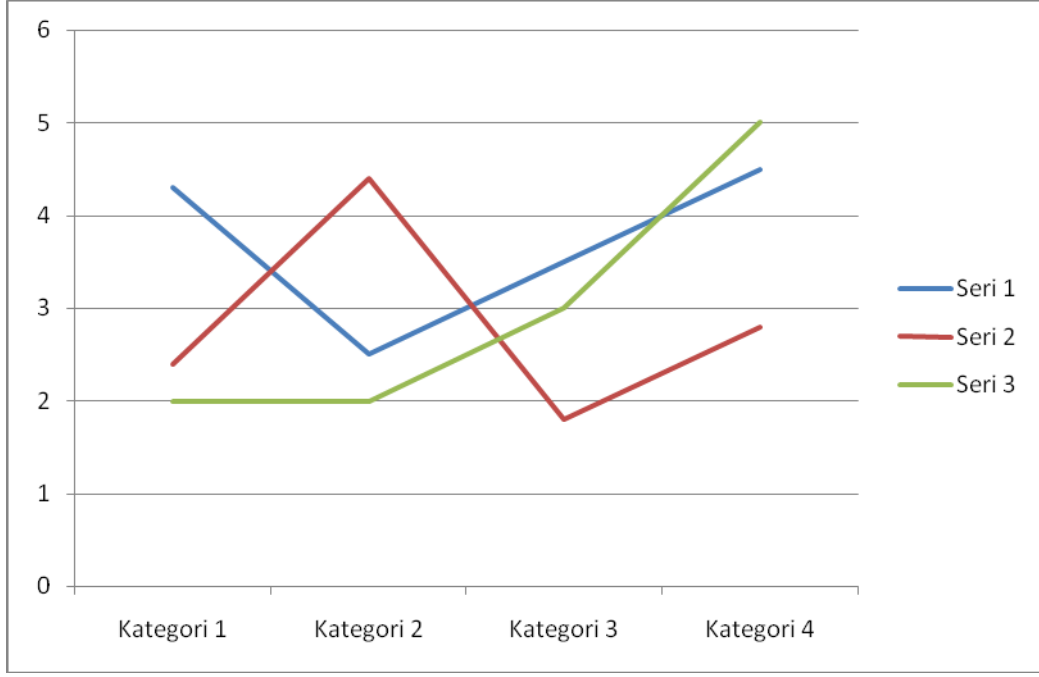
## 2.1. Türkiye’nin Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikaları

Türkiye’nin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyini ele aldığımızda ülkemizin sağlık göstergelerinin tatmin edici olmadığını görürüz. “Ülkemizdeki epidemiyolojik veriler ortaya koymaktadır ki, Türkiye’deki ölüm olaylarının en yaygın nedenleri önlenabilir ve kontrol edilebilir nedenlerdir.” Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içinden temel sağlık hizmetleri için ayrılan paya baktığımızda %2’ler düzeyinde olduğunu görmekteyiz. Temel sağlık hizmetleri için ayrılan bu payın nüfus oranı ile karşılaştırıldığında çok yetersiz olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de nüfus sayısında küçük olsa da yaşanan değişimin ortaya çıkarmış olduğu eğilimler sağlık hizmeti sunumunda bir değişimin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Nüfusun büyük bölümünün kırsal alanda yaşadığı Türkiye’de verilen sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu yönünde çalışmalara, başka bir deyişle kırsal alanda daha yoğun hizmet verilmesi ve bu bölgelere daha fazla yatırım yapılmasının daha zorunlu olduğu ortaya çıkmaktadır. Ancak ülkemiz nüfusu giderek artan oranda kentleşmektedir.<sup>8</sup>

“Avrupa Birliği Ülkeleri ile Türkiye karşılaştırıldığında Türkiye’nin demografik profili daha gençtir. 1990 yılında 15 yaş altı nüfusun toplam nüfusa oranına bakıldığında %35, 65 yaş ve üzerindeki ise %4.2 iken, 1996 yılında bu rakamlar %31.7 ve %4.8 olmuştur. 2025 yılında da 15 yaş altındaki nüfusun %22.9 ve 65 ve üzeri nüfusun %9.0 olması beklenmektedir.”<sup>9</sup>

<sup>8</sup>DPT, (1997), “Ekonomik Ve Sosyal Göstergeler (1950-1997)”, Ankara, s.3

<sup>9</sup> DPT, (1997) “Türkiye Ve Avrupa Birliğindeki Sağlık Politikalarının Karşılaştırılması”; Ankara, s”.4



**Şekil 1. Yaş Dağılım Göstergeleri (EK -1 deki Anket Uygulamasının)**

## 2.2. Türkiye’de Geçmiş ve Şimdiki Dönemde Sağlık Sistemi

Türkiye son yıllarda birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da büyük atılımlar gerçekleştirmiştir. Orta Asya’dan batıya göç eden Türkler, yerleştikleri üç kıtada (Asya, Avrupa ve Afrika) yüzyıllar boyu hüküm sürmüş ve değişik halk kitlelerini idare etmiştir. Günümüzde refah devleti krizi tartışmalarında öne çıkan en önemli sorun sürekli yükselen mali yüküyle sağlık harcamalarıdır. Bugünkü günde olduğu gibi geçmiş dönemde de birçok sağlık harcamaları ve yatırımları gerçekleştirilmiştir. Sağlık ve tıp konusunda Türklerin eski ve köklü bir bilgi ve tecrübesinin olduğu kaçınılmaz gerçektir. Bunun en önemli sebeplerinden biri, onların göçebe ve savaşçı bir kavim olmaları ve savaşlarda yaralananları tedavi etmek için tıp ve sağlık alanında kendilerini geliştirmiş olmalarıdır.



“Eski Türk inancında hakim olan Şamanizm din inancına göre bazı rahatsızlık ve hastalıkların sebebi kötü ruhlar ve bu ruhların oluşturduğu problem ve sorunlardı.”<sup>10</sup>

Türk geleneğine göre bir tür psikoterapi olan bu yöndeki tıp telkinleri tedavi yönünde baya etkili olmuştur. Dini inanışlara göre bu yönde oluşan eğilimler insanların sağlık ve sağlık yönündeki tedavilerinin iyileştirilmesinde önemli rol oynamıştır. Günümüzde ise bu yönde yapılan inanışlar ve tedavi şekli bulunmamaktadır. İslamiyet ve sonrasında ise, Türk kavimleri ön Asya denilen ve Mısır’ı da içine alan bölgede yaptıkları cami ve medreseler ile tıp ilmine büyük katkılar sağlamış ve tıp alanında büyük bilim adamları yetiştirmişlerdir. Büyük Türk tıp bilim adamlarına baktığımızda bunların arasında en ünlü olanları “İbni Sina, Lokman Hekim” gösterilebilir.

XI. Yüzyılda meşhur olan el-Biruni, özellikle oğuzların tıbbının, hekimlerinin ve ilaçlarının meşhur olduğunu bildirmekte ve bu konuda yaptığı çalışmalar bunu işaret etmektedir. Bu dönemde hastalıkların önemli bir kısmını ilaçlarla tedavi eden tıp adamlarının olduğunu geçmiş döneme ait eserlerden görebilmekteyiz. Büyük Selçuklu İmparatorluğu ve sonra Anadolu Selçukluları, gerek Anadolu’da ve gerekse hâkimiyetleri altında bulunan diğer topraklarda hastane, düşük evleri, bakım yurtları, imaret haneler, aş evleri, medreseler gibi topluma mal olmuş yerler imar etmiş ve yapmışlardır. Bu zamanın en ünlüleri arasında ise “Melikşah Zamanında” kırk deve ile taşınabilen seyyar hastane örgütü bulunduğuna yönelik bilgilerdir.<sup>11 12</sup>

Osmanlı döneminin en önemli çalışmalarından biriside hekim başlığına dayalı sağlık çalışmalarıdır. Bunlar XIX yüzyılın ilk yarısından itibaren hayata geçirilmiş çalışmalardır. Özellikle 1837 yılında Harbiye Nezareti’de kurulan bu sağlık sistemi Metep-i Tıbbiye-i Adliye-Şahane Nezaretin’ne devredilerek son bulmuştur. 1850 yılından itibaren ise tamamen kaldırılmıştır.

---

<sup>10</sup> ALTINBAŞ A., (2005), “Tıp Tarihi Ve Ders Notları”, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğrencileri İçin Ders Notları

<sup>11</sup> ERDEMİR D., (2010) “Tıbbi Deontoloji Ve Genel Tıp Tarihi” [www.insanbilimleri.com](http://www.insanbilimleri.com) Erişim: 25.05.2010

<sup>12</sup> İslam Ansiklopedisi. Hak Maddesi. İstanbul; TDV Yayınları. C:15, ss.137-152

1871 yılında uygulamaya konulan sağlık sistemi ise, İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi “Sivil Sağlık Hizmetleri Genel Yönetim Tüzüğüdür”. Osmanlı döneminde her tıp fakültesini bitiren hekimler bu yönetmelik gereği iki yıl mecburi hizmet etmek zorundaydı. Halen günümüzde Sağlık Bakanlığı bünyesinde bu zorunluluk uzman hekimler için geçerliliğini korumaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti sağlık politikalarına baktığımızda ise, 1920 ve 1923 yılı kurtuluş savaşı dönemi TBMM Hükümeti Sağlık Politikaları doğrultusunda 20 Nisan 1920’de ilk defa toplanan TBMM’nin çıkardığı 20 Mayıs 1920 tarih ve 3 numaralı “Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Sureti İntihabına Dair Kanun” ile oluşturulmuştur. 10 farklı bakanlık arasında Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti ide bunların arasında bulunmaktadır. Dr. Adnan ADIVAR, başkanlığında sağlık hizmetleri işletilmeye ve çalıştırılmaya başlanmıştır. İlk öncelikli olarak Ankara Vilayeti Konağında sağlık hizmeti ve yönetimi çalışmaları başlatılmıştır. Daha sonra İstanbul ili sağlık örgütü kurulmuş ve hızlı bir şekilde bu hizmetler yurdun birçok yanına yayılmıştır. Merkezde Hıfzıssıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak kalemleri kurulmuş ve taşrada eski sağlık müdürlükleri, hükümetler, belediye ve tefriş kadrosu üçe çıkarılarak sağlık alanındaki çalışmalar hızla genişletilmiştir. Bu sağlık çalışmalarının en kapsamlı olanın ise o dönem içinde kuduz tedavi merkezinin kurulması ve bu alanda önemli çalışmaların gerçekleştirilmesidir.<sup>13</sup>

1923 ve 1937 dönemindeki sağlık politikalarına baktığımızda ise, cumhuriyet dönemini, ağır ve yaygın bir sağlık sorunları yükü altında ezilmekte idi. Bu dönemde nüfus oldukça yorgun ve sağlık sorunları ile baş başa kalmış durumdaydı. Toplumun büyük bir kesiminde ve özellikle çocuklarda hızlı ve fazla sayıda ölüm vakaları görülmekteydi. Ağır sağlık sorunları ile uğraşması zorlaşan sağlık hizmetleri farklı sağlık politikaları geliştirme yönünde atılımlar gerçekleştirmek için çalışmalarına hız vermiştir.

---

<sup>13</sup> ÖZDEMİR F., a.e.g., s.36

Bu olumsuzluklar altında o zamanın yönetimi ve hükümeti sağlık teşkilatı çatısı altında bir takım oluşumlar meydana getirmek için atılım yapmıştır. Bunlar ise;

- Devletin sağlık teşkilatının güçlü bir hale getirilmesi,
- Doktor sayısının artırılması,
- Numune hastanelerin sayısının artırılması,
- Ebe ve Sağlık memurlarının sayısının artırılması,
- Doğum ve çocuk bakım evlerinin çoğaltılması etkin sağlık hizmeti sunulması,
- Verem sanatoryumlarının kurulması ve bu yönde etkin hizmet sağlanması,
- Sıtma, frengi, trahom ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele,
- Sağlık ve sosyal yardım örgütlerinin güçlendirilmesi ve yapılandırılması,
- Merkez Hıfzıssıhha Müessesesini ve Hıfzıssıhha Mektebinin kurulması,

Bu kararların ardında Refik Saydam sivil yönetimine yönelik olarak bir sağlık örgütü kurulmuştur. Bu örgüt illerde valiliklere merkezde ise sağlık yönetim kurulu yönetimine geçirilmiştir.<sup>14</sup>

Refik Saydam döneminde temelleri atılan Türk sağlık teşkilatının yapısı 1938 ve 1960 döneminde farklılıklar yaratarak yapısında yine değişiklikler meydana getirmiştir. Bu dönemin en büyük olayı ikinci dünya savaşının başlamış olmasıdır. Yeni yeni güç kazanan Türkiye Cumhuriyeti devleti ve halkı ikinci dünya savaşı ile toplanma hızını yavaşlatmıştır. Yine bu dönemin büyük yapılanmalarından birisi de 1945 yılında işçi sigortalarının kurulmasıdır. Bu kurumun kurulması 1952 yılında, kendisine bağlı olarak kurduğu sağlık birimleri ve hastaneleri ile işçilere ve işçi yakınlarına sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır. Refik Saydam döneminde sağlık hizmetleri ve sağlık personelinin istihdamı ve yönetilmesine yönelik olan bakanlık kararları bu kurum vesilesi ile delinmiş oldu. Çünkü kurum kendi bünyesinde sağlık

---

<sup>14</sup> ÖZDEMİR F., a.e.g., s.37

personeli atamaları gerçekleştirmekte ve yapılanmasını buna yönelik olarak yapmaktaydı.

Bu dönemin sağlık bakanı, Dr. Behçet UZ, 1946 ve 1948 yıllarında ikincisi 1954 ve 1955 senelerine den gelecek şekilde iki dönem bakanlık hizmetini yerine getirmiştir. Bakanlığı döneminde bazı çalışmalar gerçekleştirmiş ve bu çalışmalar birinci 10 yıllık milli sağlık planı adı ile hayata geçirilmiştir. Bu planın bazı ana hatlarına baktığımızda ise;<sup>15</sup>

- Koruyucu sağlık hekimliği örgütünün kurulması ve halkın hizmetine sunulması,
- Köylerde sağlık örgütlerinin kurularak güçlendirilmesi,
- İhtiyaca uygun sağlık personelinin yetiştirilmesi,
- Hastane ve sağlık kuruluşlarının çağdaş hale getirilmesi,
- Tüm ülkede yeni sağlık tesislerinin kurulması ve güçlendirilmesi,
- Sağlık harcamalarının finansmanı için Milli Sağlık Bakası ve sağlık sandıklarının kurulması,

Bu plan doğrultusunda hayata geçirilmeye çalışılan program dâhilinde ülke düzeyinde gerçekleştirilmesi 10 yıllık bir sereyi kapsayan bir hareket başlatılmıştır. Fakat hazırlanan bu planın çalıştırılarak hayata geçirilmesi yeterli mali gücün olmaması ve yeterli personele sahip olunamaması nedeni ile çok yavaş çalışması idi.

Demokrat parti döneminde ise “1950” de muayene ve tedavi evleri adlı birimler yerine (Sağlık Merkezleri) yaygınlaştırılması benimsenmiş ve uygulamaya geçilmiştir. Behçet UZ 1954 yılında ikinci kez bakan olduğunda, milli sağlık programı adı ile yeni bir proje hazırlatmıştır. Bu program dâhilinde milli sağlık Planı’na göre daha dar kapsamlı bir proje şeklindedir. Program ve projede sadece sağlık merkezlerine yer verilmektedir.

---

<sup>15</sup> KARATAY A., (2007), “Cumhuriyet Dönemi Korunmaya Muhtaç Çocuklarda Sağlık Politikalarının Oluşumu”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tamamlanmış Doktora Tezi.

Bu dönem sonrasında ise, giderek sağlık hizmetleri ve politikalarında artık gözlenmiştir. Özellikle 1960 yılını takip eden süreçte sağlık merkez sayısı 283'e çıkmıştır. Kaza sağlık idareleri uygulamalarına 1954 yılında geçildiğinden 1960 yılından itibaren bu idareler daha güçlü hale getirilmiştir.

DP dönemin iktidarının, icraatları arasında özel idare hastanelerinin bakanlığa bağlanmasını gösterebiliriz. Bu dönem içinde hastanelerin geliştirilmesine büyük önem verilmiştir. Koruyucu hizmetlere yönelik çalışmalar hız kazanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildi dönem olarak 1961 ve 1983 yıllarını gösterebiliriz. Özellikle bu dönemde ülke içindeki iç kargaşaların yaşanması birçok alanda olduğu gibi sağlık politikaları alanında da büyük sorunların yaşanmasına neden oluşturmuştur. 27 Mayıs 1960'da yönetime el koyan Ordu, sağlık alanında, sağlık örgütlenmesinin yeniden yapılanması, milli ilaç sanayisi, tıp araç ve gereçleri sanayisinin kurulması, yeterli sağlık personelinin yetiştirilmesi gibi ilkeleri hayata geçirmek ve o zaman kullanılan terimle sağlık hizmetlerini devletleştirmek istemekteydi. "İsmet İnönü'nün Başbakan, DR. Kemal Demir'in Sağlık Bakanı olduğu bu dönemde, askeri yönetim tarafından DR. Nusret Fişek Sağlık Bakanlığı müsteşarlığına atanmıştır. DR. Nusret Fişek Müsteşar olmasını takiben Türkiye'de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda bir görüş metni hazırlanmıştır." <sup>16</sup>

Hazırlanan bu raporun içeriğine baktığımızda ise; sağlık sisteminin dayandırılacağı temel anlayışın ne olması gerektiğini irdelendiğini görmekteyiz. Sağlık sistemi modellerinin olumlu ve olumsuz yönlerinin eleştirilerek gerekli yapılandırmaların hızlandırılmasının önemi vurgulanmaktadır. Bu gerçekler ışığında özellikle 1960 ve sonrası dönem içinde büyük sorunların yaşandığını görmekteyiz. Yapılanma ve istikrarsızlıklar nedeni ile sağlık politikalarında köklü yapılanmalar ve çözümlerin yaratılmadığını söyleyebiliriz. Ayrıca ilgili raporda Türkiye'de yürürlükte olan mevzuata göre sağlık hizmetlerinin geniş ölçüde sosyalleştirildiği, bazı alanlarda uygulamanın kısmen başarılı olduğunu fakat istenilen başarının sağlanamadığı belirtilmektedir.

---

<sup>16</sup> ÖZTEK Z., (2008), "1940'larda Sağlık Sorunlarımız", Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmış Yazıları, Eğitim Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, s.77

Başarısızlıkların nedenlerine raporda bakıldığında ise;<sup>17</sup>

- Devlette görev alan hekimlere özel olarak mesleklerini icra etme ve para kazanma hakkının tanınması,
- Türkiye’de halk sağlığının bir ilim olarak tanınmaması ve sağlık yönetimi hizmetleri ile kolektif sağlık tedbirlerini alacak personelin yetiştirilememesi,
- Mali imkânsızlıklar,
- İstikrarsız Politikalar,

Belirtilen bu üç neden ayrıntılı olarak incelendiğinde ise; tababetin sosyaliz’e edildiği bir devirde, memleketsizimizin için de gerek hizmet ve gerekse tıp ahlakı bakımında ideal olan, tababetin sosyaliz’e edilmesidir şeklinde bir sonuca varıldığını görmekteyiz. Tartışılması gereken mesele bunun ne şekilde uygulanacağını belirlemesidir. Sağlık politikaları alanında yapılan birçok planda ileriye dönük ve kalıcı atılımların olduğunu görmekteyiz. Fakat bu planların uygulandığını söyleyebilmek imkânsızdır. Çünkü istikrarsız politikalar ve ülkenin içinde bulunduğu olumsuz şartlar nedeni ile birçok hazırlanan proje ve planın uygulanamadığını görmekteyiz. Ayrıca bir önemli nokta da, hareket planlarının dayanağı ana prensibinin bu olumsuzlukları ortaya koymasındır. Tababetin sosyalizasyonunda alınması gereken bazı tedbirler alınmamış ve uygulanamamıştır. Bu alınması gereken tedbirlere bakıldığında ise;

- Hak sağlığı uzmanları yetiştirecek ve bu sahada ilmi araştırmalar yapacak bir müessese kurulmaması,
- Köy ve mahalle sağlık bölgelerinin oluşturulamaması,
- Tıp fakülteleri öğretim üyelerinin muayenehanelerinin kapatılması,
- Hastane hizmetlerinin sosyalizasyonunun yapılamaması,
- Sağlık personeline ödenecek tazminat, prim, ek ödenek ve mukavele ücretlerinin ödenmemesi,

---

<sup>17</sup> ÖZTEK Z., a.e.g., s.78

Hazırlanan bu rapora göre eğer sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine karar verilirse ayrıntılı bir hareket planının hazırlanması gerektiği önemle belirtilmektedir.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun'un temel ilkelerine baktığımızda ise;<sup>18</sup>

- Eşit,
- Sürekli,
- Entegre,
- Kademeli,
- Öncelikli,
- Ekip yaklaşımı,
- Denetleyen,
- Uygun,
- Kabul edilebilir,
- Nüfus özelliklerine göre,

sağlık hizmetlerinin belirlenmesi gerekir.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin uç birimi olarak düşünölen sağlık evlerinin görevlerine baktığımızda ise;

- Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması,
- Doğum, ölüm ve gebeliklerin tespiti ve diğer kayıt ve istatistiklerin tutulması,
- Sağlık eğitimin sağlanması ve verilmesi,
- Ana – çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin kapsamlı olarak sunulması,
- İlk yardım ve acil sağlık hizmetlerinin yürütölmesi,
- Bulaşıcı hastalıklarla savaşılması ve koruyucu önlemlerin sağlanması,
- Hasta takibi ve sevk hizmetlerinin yürütölmesi,
- Bakanlıkça verilecek diğer görevlerin yerine getirilmesi,

---

<sup>18</sup> ALTAY A., a.e.g., s.35

Birinci basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere ana birim olarak düşünölen sağlık ocaklarının görevlerine baktığımızda ise;

- Bölgelerinde bütün temel sağlık hizmetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi, eşgüdümü ve yönlendirilmesi,
- Çevreye ve topluma yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin kapsamlı olarak yürütölmesi,
- Hizmet bölgesinin epidemiyolojik ve demografik özellikleri doğrultusunda toplumu tanıma, veri toplama, kayıt, istatistik çalışmalarının doğru olarak yapılması ve organize edilmesi,
- Halk sağlığı eğitimin yürütölmesi ve sürekliliğinin sağlanması,
- Okul sağlığı, iş sağlığı hizmetlerinin yürütölmesi,
- İlk yardım ve acil sağlık hizmetlerinin sunulması,
- Aile hekimlerine destek sağlanması,
- Toplum kalkınmasına katkı hizmetlerinin sürdürölmesi,
- Bakanlıkça verilecek diğer görevlerin yerine getirilmesi,

Sosyalleştirmeye yönelik 1962 yılında yapılan çalışmaların ön hazırlıklarında bakanlık bünyesinde kademeli olarak tüm yurda yayılması planlanan fakat bir türlü mümkün olması sağlanamayan çalışmalar ve atılımlar gerçekleştirilmiştir. 1983 yılında ise tüm ölke sosyalleştirme kapsamına alınmıştır.<sup>19</sup>

Günümüzde yürütölen sağlık hizmetlerine baktığımızda ise yaşlı nüfusun artışı ile demografik yapıların değişmiş ve teknolojinin ve farmakolojinin gelişmesiyle maliyetlerin yükseldiğini görmekteyiz. Sistemi yeniden yapılandırmaya ve maliyetleri kısma çalışmaları, sağlık sistemi reformlarının ana meselesi haline gelmiştir. Sağlık reformu tartışmaları 90'lı yıllarda hız kazanmış, bugünkü hükümetin çalışmaları ile hayata geçirilmesi programa dâhil edilmiştir. Sağlık sistemi reformu ile amaçlanan bir yandan tüm nüfusu kapsayan bir modelin yerleştirilmesi, bir yandan da sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki yükün azaltılması yönünde çalışmalar gerçekleştirilmektedir.

---

<sup>19</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, “80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003)”, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.



Geçmiş dönemlerde ve bugünkü yapılan çalışmalardan anladığımız, bugünkü sağlık sisteminin ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde mevcut olan çeşitli seçeneklerin ve reformların arkasındaki varsayımların geçerliliğini değerlendirecek politika araştırmalarına gereksinim olduğudur. Türkiye açısından arzulanan ve beklenen çalışmalar etkin bir sağlık sisteminin oluşturulmasına yönelik alternatifler sunmayı ve reform çalışmalarının gündemde olduğu bir konjonktürde politika süreçlerine katkıda bulunması amaçlanmalıdır. Bu reformlar Avrupa standartları ve sosyal devlet anlayışı çerçevesinde gerçekleştirilmelidir. Sağlık sistemi çalışmaları ve sağlık hizmetlerine yönelik ürünler genişletilmelidir.<sup>20</sup>

### 2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Ürünleri

“Kişilerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalıklarında tedavilerini yapmak, sakat ve kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir.”<sup>21</sup>

Sağlık hizmetlerini üç farklı başlık ve konu içinde inceleyebiliriz. Bunlara baktığımızda ise;

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri,
- İyileştirici, Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri,
- Rehabilitasyon Hizmetleri,

Şeklinde ifade edebiliriz.

**Koruyucu Sağlık Hizmetleri :** Koruyucu sağlık hizmetlerini iki bölümde incelemek mümkündür bunların ilkinde kişiye yönelik sağlık hizmetleri ikincisinde ise çevreye yönelik sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin ilk basamağında kişiyi koruyucu sağlık hizmeti yer almaktadır. Bu hizmet kişiye yönelik yapılan birebir uygulamadır.

<sup>20</sup> ŞENER O., (1996), “Kamu Ekonomisi”, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, ss.28 – 132

<sup>21</sup> KEÇE F., (2009), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, Sağlık Bakanlığı Koruyu Hekimlik Sistemi, Ankara, s.156

Çevreye yönelik sağlık hizmeti ise, çevremizdeki insan sağlığına zararlı olan fiziksel ve kimyasal etkenlere yönelik uygulanan hekimlik ve sağlık hizmetidir. Bu aşamada bağışıklanma, erken tanı, iyi beslenme, aile planlaması, sağlık eğitimi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin genelini gösterebiliriz. Çevresel atıklardan doğabilecek zararların belirlenmesi ve kişi – toplum bilinçlendirilmesinin gerçekleştirilmesi, temiz su sağlanması, çevre kirliliğinin önlenmesi, gıda kontrolünün sağlanması, vektörlerin kontrolü, sanayi ve çevre atıklarının zararsız hale dönüştürülmesi, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin genelinin sağlanması şeklinde ifade edebiliriz.<sup>22</sup>

**İyileştirici, Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri :** Bu basamakta genellikle hizmetleri üç şekilde ele almaktayız. Birinci basamak olarak, ikinci basamak olarak, üçüncü basamak olarak isimlendirilmektedir. Genellikle tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamakta gerçekleştirildiğinden hizmetlerin tümü basamaklar halinde ele alınmaktadır. Bunun temel nedeni ise, bu basamaklar arasında bir hasta sevk zincirinin gerekliliğinin olmasıdır. Genellikle birinci basamakta hastaların tedavilerinin evde ve ayakta yapılmasıdır. Bu basamak genellikle ilk sağlık kuruluşları “sağlık ocakları ve polikliniklerdir.” Bu kuruluşlar genellikle yataksız ve ayakta tedavi yapan kuruluşlardır. Sağlık ocakları, TBC Dispanserleri, Ana – Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması merkezleri bu ilk basamak kuruluşlar arasındadır. Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği yerler ise ikinci basamakta yer alan hastanelerdir. Bu basamakta yer alan hastaneler 50 ile 10, yatak en az 3 ve üstü uzman hekim çalıştıran kurumlardır. Ayrıca ikinci basamak grubunda yer alan hastaneler tam teşekküllü de olabilmektedir. Ruh sağlığı, Verem, Kadın Doğum gibi özel ihtisas gerektiren hastaneler ise üçüncü basamakta yer alan hastanelerdir. Bunlara Kansere Hastaneleri “Onkolojiler”, Ruh Sağlığı Hastaneleri, Sanatoryumlar “Veremle Savaş”, gibi kuruluşlar bu basamak içinde yer almaktadır.<sup>23</sup>

**Rehabilitasyon Hizmetleri :** Genellikle fiziksel yönden sorunlu olan sakat kalmış, ruh sağlığını kaybetmiş, başkalarına bağımlı olarak yaşayan sağlık sorunlarına sahip bireylerin tedavi edilerek topluma kazandırıldığı ya da kazandırılmaya çalışıldığı sağlık kurumları ve kuruluşlarıdır.

---

<sup>22</sup> KEÇE F., a.e.g., s.156

<sup>23</sup> KEÇE F., a.e.g., s.157

İki türlü rehabilitasyon hizmeti sunulmaktadır. Tıbbi olarak sunulan rehabilitasyon, Sosyal “Mesleki” yönden sağlanan rehabilitasyon hizmetleridir. Tıbbi rehabilitasyon, bedensel sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesidir. Sosyal rehabilitasyon ise; sakatlıkları nedeni ile eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışamayanlara yönelik olarak iş öğretme, iş bulma, işe uyum sağlamalarına yönelik verilen hizmetlerin tümünü kapsamaktadır.<sup>24</sup>

Üst kademe sağlık hizmetleri sağlık idaresi başkanlığında işlev çalışanlar ile ülke çapında Sağlık Bakanlığı tarafından, hizmet arz ve talebi alanlarında halka sunulmakta ve verilmektedir. Bunu, hizmet sunduğu, nüfusla sınırlı olarak, ikinci önemli kuruluş olan “Sosyal Sigortalar Kurumu – SGK”nın halka sunduğu sağlık hizmetlerinin tümünü kapsamaktadır. Üst kademe sağlık hizmetleri genellikle yukarıda bahsetmiş olduğumuz üç basamaklı sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi ve devamlılığının sağlanmasına yönelik çalışmalar gerçekleştiren bir organizasyondur. Bu organizasyonun yapısına ve çalışmasına baktığımızda ise;<sup>25</sup>

- Amaçların tespit edilmesi, (ihtiyaçların tespit edilmesi dâhil),
- Uygulanacak ve uygulanan politikaların tayini,
- Planlama ve enformasyon,
- Kaynakların temini,
- İnsan gücü, (eğitim dahil)
- Mali kaynaklar yönetimi ve temini (finansman)
- Diğer yardımcı unsurlar, “bina, taşıt, malzeme, cihaz, donanım vb.”
- Organizasyonun yapısı ve örgütlenme,
- Yönetim sisteminin tespiti ve yapılanması,
- Yönetme ve yöneltme, sevk idare, yürütme, uygulama,
- Standartların belirlenmesi,
- Faaliyetlerin yürütülmesi,
- Üretimin gerçekleştirilmesi,
- Pazarlamanın yapılması,
- Eş güdümün sağlanması,

---

<sup>24</sup> KEÇE F., a.e.g., s.158

<sup>25</sup> DPT, (2001), “Sosyal Hizmetler Ve Yardımlar Özel İhtisas Raporu”, Sekizinci Kalkınma Planı, Ankara.

- Denetim ve değerlendirmelerin uygulanması,

Sağlık hizmetlerinin sağlanması için sağlık kurum ve kuruluşlarının biręok farklı kurum ve kuruluşla i ie olması bir zorunluluk haline gelmiştir. evre kirliliği, katı ve sıvı atıkların hijyenik olarak imhası, hava kirliliğinin önlenmesine yönelik hizmetler bazı bakanlıklar ve bölge kurumları ile organize olarak sağlanmaktadır. Bunların başında belediyeler gelmektedir. Giderek artan evre sorunları nedeni ile koruyucu sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç her geçen gün artış göstermektedir. Kentlere doğru olan hızlı i göç, plansız ve düzensiz yerleşim alanlarının oluşturulması, çarpık yapılanma, alt yapı hizmetlerinin sağlanamaması nedeni ile oluşan fiziki ve çevresel sorunlar insan sağlığını başta olmak üzere evre dengesi üzerinde büyük tahrifatlar meydana getirmektedir. Devletin yetişemediği ve hizmet sunamadığı bölgelerde özellikle evre kirliliğinin oluşturduğu sağlık sorunları biręok geri dönüşü olmayan problemleri ve maliyetleri yönetim ve kamu üzerine yıkmaktadır. Bu durumda çözüm önerilerinin oluşturulması ve hizmet sunumu giderek yavaşlamakta ve imkânsız hale gelmektedir. Bu gibi sorunlarda maliyetler yükselmekte ve yatırımlar gerçekleşememektedir.<sup>26</sup>

Ülkemizde atıkların kontrol ve denetimi belediyeler tarafından gerçekleştirilmektedir. Giderek artan nüfus ve atıkların miktarı hızla yükselmektedir. Bu atıkların çevreye yaydığı fiziksel ve kimyasal sorunların boyutları ise her geçen gün artmaktadır. Türkiye genelinde evsel katı atık miktarı yaklaşık olarak 63.000 ton/gün (1 kg/kişi gün) olarak kabul edilmektedir. Katı atıkların toplam miktarı ve kompozisyonu mevsimlere göre değişiklik göstermektedir. Ayrıca yörelere ve yerleşim yerlerindeki nüfus miktarına göre evsel atık miktarı farklılaşmakta ve değişmektedir. Evsel atıkların dağılımına baktığımız da ise, %65.5 lik kısmını yaş katı atık, %22.5 lik kısmı ise, kül, cüruf, taş, toprak vb., %12.1 lik geri kazanılabilir atıklar oluşurmaktadır.

---

<sup>26</sup> Türk Tabipler Birliği, (2005), “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi”, [Www.Tbb.Org.Tr](http://www.tbb.org.tr). Erişim: 31.05.2010

Bu veriler doğrultusunda 1991 yılında devlet sektörüne ait işyerlerinden arılmadan yapılan atık su deşarjının yaklaşık olarak %75 i denizlere, %12 si şehir kanalizasyonlarına, %12 si dere ve fosseptiklere boşaltılırken, özel sektörde bu değerlerin sırasıyla %19, %14 ve %48 olarak değiştii tespit edilmiştir. <sup>27 28</sup>

Sağlık hizmetleri ve ürünleri yönünden baktığımızda ise, radyasyon güvenliği, temiz su sağlanması, yeterli ve hijyenik ürünlerin sağlanması, hijyen şartlarının oluşturulması, uygun barınma ve konut ortamının yaratılması, vektör denetimlerinin gerçekleştirilmesi, gürültü kontrollerinin sağlanması, toplum kalkınması açısından sağlık hizmetlerinin verilmesi, kişiye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin sağlanması, ana ve çocuk sağlığının devamlılığı, aile planlaması, bağışıklama hizmetleri, “çocuk sağlığı ve aşılama, doğurganlık, aşı ihtiyacı belirleme ve sağlama, aşıların saklanması ve taşınması, aşı kampanyaları, aşı uygulamaları kayıt bildirim sistemi”, endemik hastalıkların önlenmesi, kemoseroprofilaksi hizmetleri, erken tanı hizmetleri “günlük poliklinik hizmetleri, gebe ve çocuk izlemeleri, okul sağlığı, işi giriş muayeneleri, hacca gidiş muayeneleri, çalışanların muayeneleri, kronik hasta muayeneleri, salgınlarda yapılan sörveyans çalışmaları, aşılama öncesi muayeneler”, sağlıklı beslenme hizmetleri, sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele, sağlıklı yaşama standartlarının yükseltilmesi hizmetleri, sağlık kayıtları ve sağlık sicili hizmetleri, sosyal yardım hizmetleri, işçi sağlığı ve iş güvenliği, okul sağlığı, toplu yaşama ortamları sağlık hizmetleri, ilk yardım hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, sağlık kontrolü, seyyar ambulans, ayakta tanı ve tedavi, evde bakım, temel ilaç ihtiyaçları, tıbbi danışmanlık, hasta sevk ve izleme, tıbbi laboratuvar ve görüntüleme, ilaç ve eczacılık, primer sağlık, gıda sağlığı, bitki sağlığı, hayvan sağlığı, madde ve ürün hizmetleri, adli tıp hizmetleri, tersiyer sağlık hizmetleri, özel dal hastane hizmetleri, eğitim hastaneleri, üniversite hastaneleri gibi sağlık ürünlerini ve hizmetlerini belirtebiliriz.

---

<sup>27</sup> DPT, (2001), Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001 – 2005 Devlet Planlama Teşkilatı Yayını Ankara. s.19

<sup>28</sup> DPT, (2001), Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Devlet Planlama Teşkilatı Yayını, Ankara, s.20

## 2.4. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Ülkelerin sağlık sistemlerinin pek çok farklı türde gruplandırılan çalışmalardan biri olan “*Milton I. Roemer Sınıflandırması*”, en çok bilinen ve en yaygın başvurulan biridir. Sağlık sistemi politikalarına göre sınıflandırılmış ulusal sağlık sistemi tipleri başlığı altında “Girişimci ve serbest sağlık sistemi politikaları grubu, Refah yönelimli sağlık sistemi politikaları, Genel ve kapsayıcı sağlık sistemi politikaları grubu, Sosyalist ve merkezden planlanmış sağlık sistemi politikaları grubu” olmak üzere sağlık sistemlerini dört başlıkta toplamış, her grubu ayrıca ekonomik seviye “kişi başı gayri safi milli hasıla” miktarına göre, bütün gruplar için birbirinin aynı olan dört alt grup oluşturulmuştur.<sup>29</sup>

Sağlık sistemi tipleri ve ayırt edici temel özelliklerine baktığımızda geliştirilen sınılmadaki sağlık sistemi tiplerinin her birinin özelliklerinin farklılık içerdiğini görmemizdir. Bu nedenle sağlık sistemi tiplerini farklı açılardan değerlendirmek gerekir. Aşağıdaki tabloda bunları ayrıntılı olarak görebiliriz.

---

<sup>29</sup> ÖCEK Z., Ve SOYER A., (2007), “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz, 2000 – 2004 Fotoğrafi”, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, s.56

**Tablo 2. Sağlık Sistemi Tipleri ve Ayırt Edeci Temel Özellikleri**

<b>Özel Teşebbüs Serbest Pazar Tipi</b>	<b>Refah Yönelimli Tip</b>	<b>Kapsayıcı Bütüncü Tekçil Hizmet Tipi</b>	<b>Sosyalist Merkezi Planlama Tipi</b>
<b>1.</b> Kişisel doğrudan ödeme veya isteğe bağlı özel bazen de kamu hastalık ve sağlık sigortalarıyla talep asıl uygulamalardır. <b>2.</b> Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde var olsa da, asıl unsur değildir. <b>3.</b> Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur.	<b>1.</b> Tüm bireylere yönelik, zorunlu kişisel pirim ödemeli, kamu bazen özel hastalık bazen sağlık sosyal sigortasıyla talep asıl uygulamalardır. <b>2.</b> Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin talebinde asıl unsurdur. <b>3.</b> Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkânlar sunulabilir.	<b>1.</b> Tüm bireylere yönelik, zorunlu, tam kapsamlı sağlık sosyal güvenliğiyle talep ve kamu sağlık hizmet nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamalarıdır. <b>2.</b> Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur, bazen arzda daha az olabilir. <b>3.</b> Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkânlar sunabilir.	<b>1.</b> Tüm bireylere yönelik, zorunlu, toplumun ortak, kolektif sağlık güvencesiyle talep ve toplumun ortak sağlık hizmeti nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamalardır. <b>2.</b> Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur. <b>3.</b> Özel sektör, sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde yer almaz veya istisnadır.

**Kaynak : SARGUTAN E., “Güney Afrika Sağlık Sistemi Araştırması”, Hacettepe Ün. Yayınları, 2010**

Toplumun ortak kolektif sağlık güvencesi; Marksist düşünce ve uygulamada, sağlık örgütünün ve hizmetlerinin sahibi olan toplumun tümünün, yine toplumun tümüne sağlık hizmeti güvencesini vermesi anlamını içermektedir. Sosyal sigorta veya sosyal güvenlik örgütü gibi özel ve ayrı bir yapılanma ve kapsam içinde bir alt hizmet olarak değil, doğrudan doğruya sağlık hizmetleri örgütlenmesi yapısı ve kapsamı içinde, yine doğrudan toplumun ortak güvencesi olarak, kamu adına devlet görevlilerince tüm topluma, ihtiyaçları boyutunda verilir. Görüldüğü gibi, özel teşebbüs ile refah yönetimi sistemler ve kapsayıcı ile sosyalist sistemler birbirine daha yakın yaklaşımlara sahiptir.

Sağlık sistemi tipleriyle ilgili gruplandırmaların ve bu gruplar içinde ele alınabilecek ülkelerin ulusal sağlık sistemlerinin belirgin özelliklerinin incelenmesinde, yukarıdaki kavramların ve tanımlamaların her birinin oluşturulduğu çerçevede göz önünde tutulmalıdır.<sup>30</sup>

## **2.5. Sağlık Sistemi Türlerinin Belirleyicileri ve Ekonomik Göstergeleri**

Türkiye uzun yıllar boyunca OECD üyesi olan yüksek gelir düzeyine yaklaşmış üst ve orta gelir seviyesinde bir ülkedir. Türkiye'nin ekonomik hedefleri ve sağlık reformları yönündeki hedeflerini göz önüne aldığımızda ise, düşük seviyede sağlık harcamalarının olduğunu görmekteyiz.<sup>31</sup>

Türkiye oldukça düşük gelir seviyesi ile sağlık harcamalarını düşündüğünde, Türkiye'nin performansını, son on yıl içindeki verileri doğrultusunda incelediğimizde çok kapsamlı çalışma gerçekleştirmediğini görebilmekteyiz. Ayrıca bu verilerin diğer gelişmekte olan veya gelişmiş dünya ülkeleri ile kıyaslamakta doğru olacaktır.

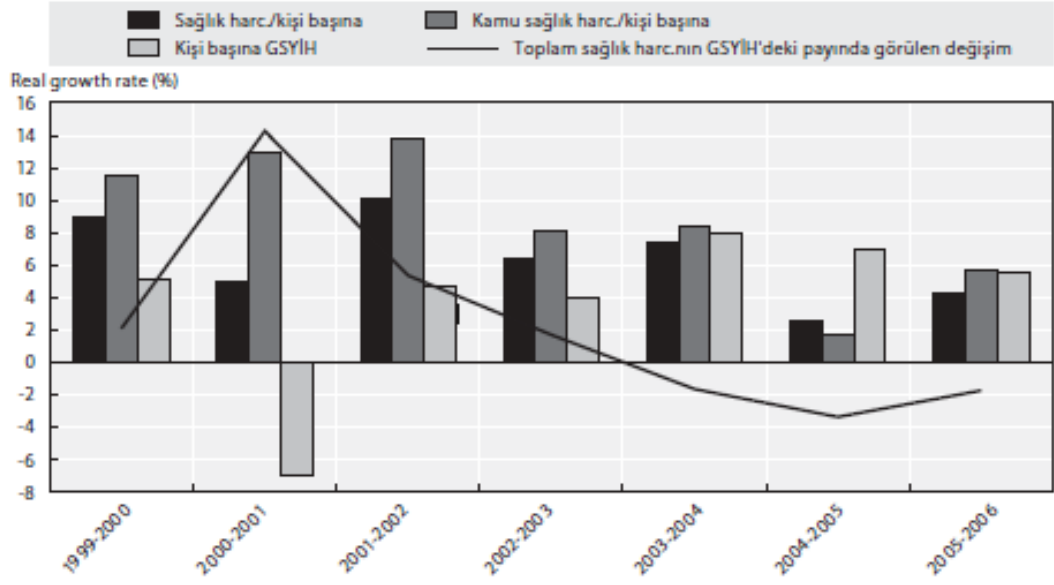
Sağlık sisteminin belirleyicileri aslında ekonomik güç ve ekonomik anlamdaki yatırımlar diyebiliriz. Çünkü birçok alanda olduğu gibi ekonomik istikrar ve ekonomik refah düzeyi her sektörde ve alanda olduğu gibi sağlık alanında da büyük farklılıkların oluşmasına neden ve zemin oluşturmaktadır. Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcamalarına yönelik bilgiler ve kamu sağlık harcamalarına yönelik bilgiler aşağıdaki grafik ve şekillerde verilmiştir.

---

<sup>30</sup> GÜNAY T., (1996), Sosyal Güvenlik Reformu Projesi Çalışmalarının Mevcut Sistem Ve Önerilen Seçeneklerle İlgili Temel Bulgular Ve Seçeneklerin Değerlendirilmesi, Ssk Bülteni, Mayıs-Haziran 1996, Ankara, s.34

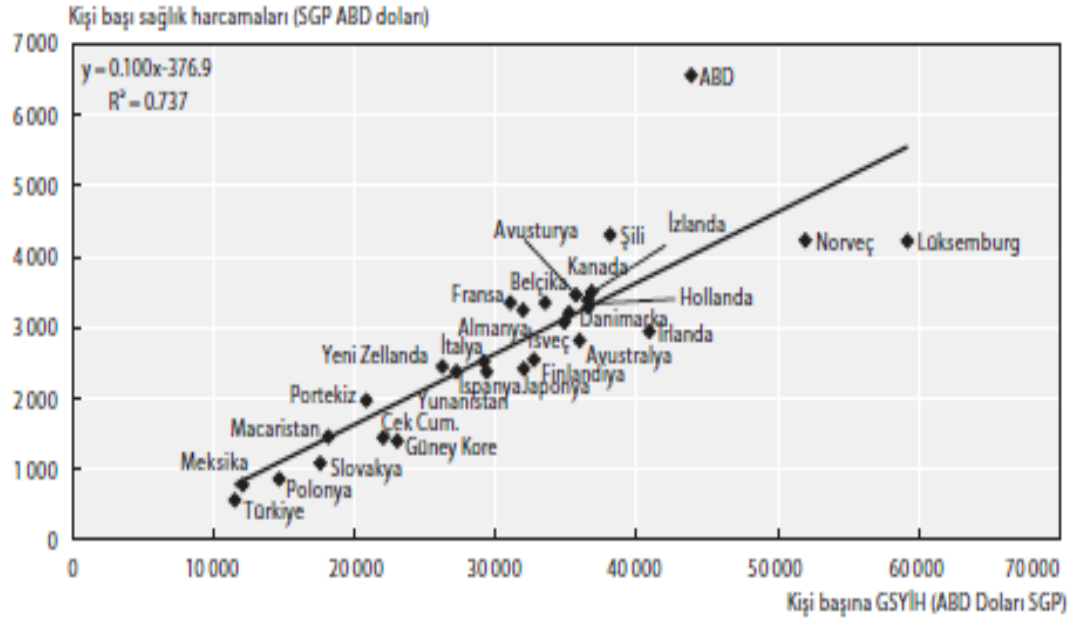
<sup>31</sup> YILMAZ K., (2005), "Ab Üyelğine Doğru Büyüme Dinamikleri (2005-2015)", ss. 115-159





**Şekil 2. Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması, Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması, Kişi Başına Düşen GSYİH ile GSYİH İçinde Sağlık Harcamalarının Payında Meydana Gelen Yıllık Değişiklikler, Türkiye 1999-2000 ile 2005-2006**

Kaynak: OECD Health Data 2008



**Şekil 3. Kişi Başına Düşen GSYİH ve Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları OECD Ülkeleri, 2006**

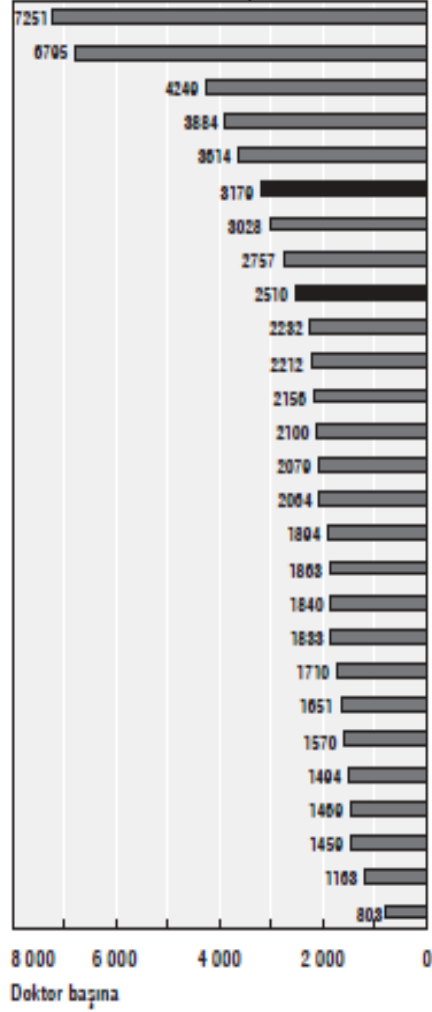
Kaynak: OECD Health Data 2008

Sağlık yatırım ve harcamalarında ekonomik gücün bir göstere olduğunu ve önemini belirtmiştik. Buna yönelik olarak Türkiye’de kişi başına düşen GSYİH’de kişi başına sağlık harcamalarında uzun süreli bir artış olmamasına rağmen, OECD bölgesindeki Türkiye’nin hem kişi başı en düşük GSYİH’ye “10.771 SGP ABD \$) hem de kişi başı en düşük sağlık harcamasına (609 SGP ABD \$) sahip olduğunu göstermektedir. Sağlık harcamalarının GSYİH’deki payı da yukarıda bahsetmiş olduğumuz gibi %5.6 ile OECD bölgesindeki en düşük oran olmuştur. Buna göre toplam sağlık harcamalarının orta gelir düzeyindeki ülkeler ile kamu sağlık harcamaları ister toplam sağlık harcaması içindeki payı, ister GSYİH’nin payı, isterse kişi başına düşen ya da genel devlet harcamalarının payı olarak ölçüldüğünde de diğer üst orta gelir grubundaki ülkeler kadar veya bunlardan fazla harcama yaptığını gözlemekteyiz.<sup>32</sup>

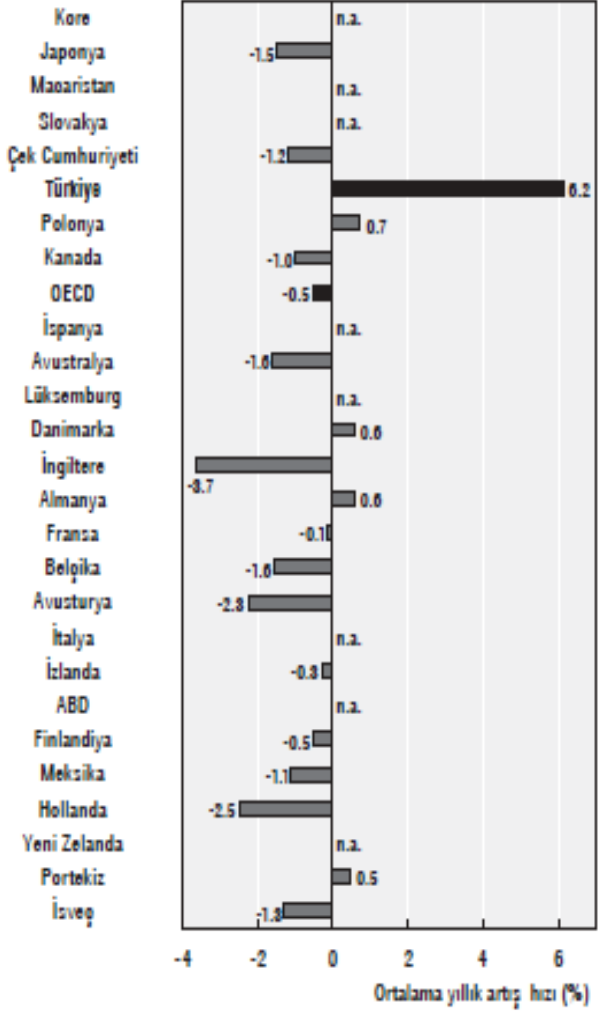
---

<sup>32</sup> Tatar, M., (2005), “Türkiye’de Sağlık Harcamaları İlaç Harcamaları Ve Farmakoekonomi”, I. Uluslar Arası Sağlık Ekonomisi Ve Farmakoekonomi Sempozyumu, Ankara Hilton, Mayıs, S.5

Doktor Başına Düşen Başvuru Sayısı,  
2006 (veya mevcut en son yıl)



Doktor Başına Düşen Başvuru Sayısında  
Ortalama Yıllık Artış Hızı, 1990 - 2006



Not: Türkiye için, 2006 yılı doktor başına başvuru verileri Türkiye Sağlık Kurumu tarafından sağlanmıştır. Türkiye için doktor başına başvurulardaki yıllık ortalama büyüme oranında 1990 için 2008 OECD Health Data ve 2006 için Türkiye Sağlık Kurumu verileri kullanılmıştır

#### Şekil 4. Doktor Başına Düşen Hasta Sayısı OECD Ülkeleri

Kaynak: OECD Health Data 2008 ve Türkiye Sağlık Kurumu SB, Türkiye

Yukarıda yaptığımız açıklamalardan da anlaşıldığı gibi gelişmekte olan dünya ülkeleri ve Türkiye açısından sağlık harcamaları ve yatırımları buna bağlı olarak sağlık politikalarını etkileyen en önemli faktörün ekonomik boyut ve güç olduğunu izlemekteyiz. Ekonomik yetersizlik aslında sağlık politikaları üzerinde önemli sorunların oluşmasına, kişi ve toplum sağlığı açısından büyük hatta geri dönüşü olmayan problemlerin yaşanmasına neden oluşturmaktadır. Gelişmekte olan dünya ülkelerine baktığımızda, bir doktorun hasta sayısının çok yüksek oranda olduğunu görmekteyiz. Yatırımlar ve eğitimin yetersizliği hasta sayısının doktor üzerinde

oluşturduğu olumsuzlukları göstermektedir. 1993 ile 2007 yılları arasında Türkiye’de ve 21 OECD ülkesinde ortalama olarak yıl yıl nasıl hasta sayısı ve doktor performans göstergelerine yönelik bilgileri yukarıdaki grafikte görebilmekteyiz. Türkiye için özellikle 2004 yılında OECD ortalamasını geçtiğini söylememiz mümkündür. Türkiye’de 2004 yılında uygulamaya geçirilmiş performansa dayalı ödeme sistemi ve bununla ilintili olarak doktor maaşlarındaki artışın yukarıdaki grafikte gösterilen sonuçların alınmasına imkan ve olanak sağladığını söyleyebiliriz. Türkiye’de üretkenliği teşvik ettiği gibi bir durum söz konusu olmuştur. Bahsetmiş olduğumuz bu bilgiler ışığında başvuru verileri hem birinci basamakta hem de ikinci basamaktaki başvuruları içine almaktadır. Birinci basamakta performans yönetimi sisteminin uygulamaya geçirilmesi 2002 ile 2007 yılları arasında koruyu birinci basamak sağlık hizmetlerindeki harcamaların üç kat artırılmasıyla desteklenmiştir. Ayrıca hekimleri, yoksun alanlara çekmeyi amaçlayan tedbirler düzenleyici mali teşviklerin bir kısmını atıl sağlık ocaklarının faaliyete geçirilmesi ve sağlık ocaklarındaki muayene odalarında keskin bir artış yapılması da bunu desteklemektedir. 2002’de sağlık ocağı doktorlarının sadece %45’i kendi muayene odasına sahipken 2006’da %95’i bu tür odalara sahip olmaya başlamıştır. Bu değişimlerin faydalı bir sonucu da aynı dönemde hastaların sağlık ocaklarından hastanelere sevk oranının %20’den %6’ya düşmesini sağlamıştır.<sup>33 34</sup>

Diğer önemli gelişmelere baktığımızda ise SSK hastaneleri de dahil olmak üzere birçok kamu hastanesi Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerdeki uzman hekimler gibi çalışmaya başlamıştır. Ayakta tedavi başvuru oranı, 2002 ve 2007 yılları arasında %91 oranında artış göstermiş ve talep açısından bu artış Mayıs 2004’de yeşil kart kapsamına ayakta tedavi hizmetlerinin de dâhil edilmesi ile desteklenmeye başlanmıştır.

Arz açısından ise hizmetlerin yaygınlaştırılması, arttırılan personel sayısı ile desteklenmiştir. Fakat hizmetlerin artışına ise asıl sebep doktorların tam zamanlı olarak çalışmalarının sağlanmasına bağlanması gerekir. 2002 yılında %11’den 2008’de %73’e çıkarılmıştır.

---

<sup>33</sup> AKDAĞ R., (2010), “Muayenehanesi Olan Hiçbir Hekim Kalmayacak”, Ayseder, Sağlık Bakanı, [www.Aysader.Org.Tr](http://www.Aysader.Org.Tr) Erişim: 22.05.2010

<sup>34</sup> ÖZER H., (1997), “Kamu Kesiminde Performans Denetimi Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, Sayıştay Dergisi, Ankara, s.23

Kamu hastanelerinde çok sayıda ek muayene odası sağlanmış ve çoğu doktor kendine ait olan muayenehanelerini kapatmıştır. Daha önce özel muayenehane sahibi olan hekimler, hastalarını kamu hastanelerine transfer etmeye başlamışlardır. Bu değişimlerin arkasındaki en önemli etken ve sebepler ise SDP'nin bir parçası olarak geliştirilen performans dayalı ödeme sistemi kapsamında tam zamanlı çalışma için veriler güçlü teşvikler olmasıdır. Ülke seviyesinde ise başvuru oranı hastanelerin lehine 60/40 olarak kalmıştır.<sup>35</sup>

Sağlık sistemlerinin oluşması ve politikalarının belirlenmesindeki diğer kriterleri incelediğimizde ise ekonomik belirleyicilerin üzerinde önemle durulması gerektiğini belirtmeliyiz.

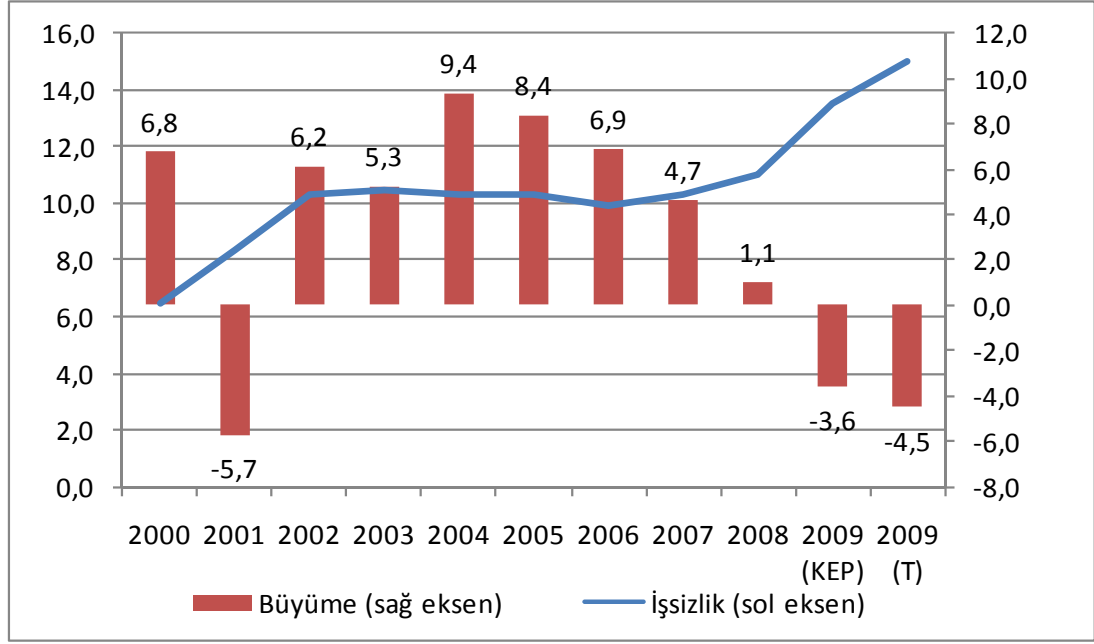
### **2.5.1. Sağlık Sisteminde Ekonomik Belirleyiciler**

Sağlık Ekonomisinin bir disiplin olarak gelişimi 1960'lı yılların sonrasına rastlamaktadır. Sağlık ekonomisi en genel anlamıyla ekonomi biliminin teori, kavram ve tekniklerinin sağlık alanına uyarlanması olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle sağlık ekonomisinin ortaya çıkışı ve çalışma alanlarına değinmeden önce ekonomi bilimi ile ilgili birkaç önemli noktaya değinmekte yarar bulunmaktadır. Ekonomi, temel olarak kaynakların kıtlığı ve bunun sonucunda her alanda kaynakların iyi kullanımını zorunluluğundan ortaya çıkmış bir bilim dalıdır. Son on yılda özellikle 2001 krizi ve ABD'de başlayıp birçok dünya ülkesine yayılan küresel krizin etkileri sağlık sektörü ve sistemi üzerinde de büyük olumsuzlukların oluşmasına neden olmuştur. Özellikle yatırımlar yavaşlamış ve işsizlik oranının artması ile kişilerin sağlık hizmetinden yararlanma oranı düşmüştür.<sup>36</sup>

---

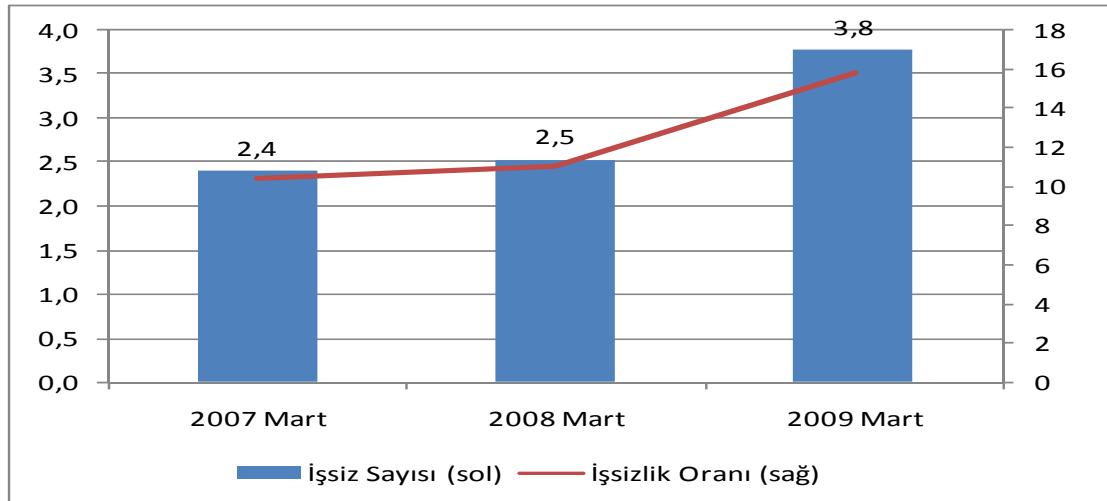
<sup>35</sup> ÜNAL H., (2002), "Türkiye Bilişim Şurası, E-Devlet Çalışma Raporu", Ankara, s.14

<sup>36</sup> \_\_\_\_\_, (2004), Ulusal Hastalık Yükü Ve Maliyet Etkililik Çalışması, Sağlık Bakanlığı, Başkent Üniversitesi, Ankara, [www.Hm.Saglik.Gov.Tr](http://www.Hm.Saglik.Gov.Tr)



**Şekil 5. 2000 ve 2009 İşsizlik Göstergesi Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu 2009**

En genel bakış açısı ile ekonomi, insanların sınırsız ihtiyaçlarını tatmin etmek için kıt kaynakların kullanımını incelemektedir. Kaynakların kıtlığı hem bireysel kararlarda hem de toplumsal kararlarda birçok alternatif arasından seçim yapma zorunluluğunu da beraberinde getirmektedir.<sup>37</sup>



**Şekil 6. 2007 ve 2009 İşsizlik Göstergesi Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu 2009**

<sup>37</sup> Arrow, K.j., (1963), Uncertainty And The Welfare Economics Of Medical Çare Simerican Economic Review 53(3): 941-973.

Bu seçim esnasında toplumsal öncelik alanlarının belirlenmesinde mal ve hizmetleri üretenlerle tüketenlerin davranışı önemli rol oynamaktadır. Ekonomi sadece mal ve hizmetlerin üretimi ile değil üretilen mal ve hizmetlerin nasıl dağıtıldığı ile de ilgilidir. Ekonomik teori, kavram ve teknikler bu süreci açıklamayı, hem mal ve hizmetleri üretenlerin hem de tüketenlerin değişik durumlara karşı gösterdikleri tepkiyi değerlendirmeyi, elde edilen veriler ışığında önceliklendirme kararlarında yol göstermeyi ve bu kararların olası sonuçlarını politika belirleyicilere sunmayı amaçlamaktadır.<sup>38</sup>

Sağlık ekonomisi neden ayrı bir disiplin olarak gelişmiştir? Bu sorunun cevabı, genel olarak sağlığın bir kavram olarak kendine özgü özellikleri ve sağlık hizmeti sunanlarla hizmeti alanların davranışlarının diğer sektörlerde görülmeyen özellikleri ile yakından ilişkilidir.

Tam rekabet koşullarının işleyebildiği piyasalarda mal ve/veya hizmeti sunanlarla satın alanların karşılaştığı ve iki tarafın da memnun olduğu noktada mal ve/veya hizmetin fiyatı belirlenir. Ancak bu etkileşimin gerçekleşebilmesi için olmazsa olmaz bazı şartlar bulunmaktadır. Sağlık sektöründe bu şartlar her zaman oluşmadığı için bu sürece müdahale etmek gerekmektedir. Aksi takdirde hem bireysel hem de toplumsal gereksinimleri en iyi şekilde kullanmak, öncelik kararlarını doğru vermek ve kaynakları en iyi şekilde kullanmak mümkün olmayacaktır. Sağlık hizmetlerinin bu özellikleri, risk ve belirsizlik dışsallıklar kamu malı olma özelliği pazara girişte kurallar ve ölçek ekonomisinin ve varlığı olarak özetlenebilir.<sup>39</sup>

Tüm bu özellikler içinde sağlığı diğer sektörlerin genelinden ayıran en önemli özellik arzın talep yaratabilmesi özelliğidir. Hekim ile hasta arasındaki ilişki çoğu sektörde benzeri olmayan bir şekilde işlemekte ve sağlık piyasasında arz kendi hizmeti için talep yaratabilmektedir. Bu durumun temel nedeni ise doktor ile hastası arasındaki bilgi asimetrisidir. Hastaların tıbbi bakımın etkililiği, kalitesi ya da tedavi almanın veya almamanın etkileri üzerindeki bilgilerinin sınırlı olması, sağlıkları ile ilgili tüm kararları doktora devretmeleri ile sonuçlanmaktadır.

---

<sup>38</sup> \_\_\_\_\_, (1998), Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Harcamaları Ve Finansmanı, Ankara, 2001b

<sup>39</sup> \_\_\_\_\_, (2007), Universidade Católica Portuguesa, Faculty Of Economics, Working Papers, 16

Bir başka ifade ile arz, talebin yerine kendi hizmetleri için karar verme yükümlülüğü ile karşı karşıya kalmaktadır (aracı-vekil ilişkisi).<sup>40</sup>

Sağlık ekonomisinin ayrı bir disiplin olarak gelişmesinin arkasındaki en önemli nedenlerden biri de sağlık sektörünün her toplumda kaynaklar üzerindeki baskısının artması ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kaynakların göz ardı edilemeyecek bir bölümünün bu sektörde kullanılmasıdır. Sağlık harcamalarındaki hızlı ve sürekli artış 1980'lerden sonra her toplumun önemli bir problemi olmuş, bu nedenle kaynakların kullanım alanlarının önceliklendirilmesi ve bu kaynakların kullanım şekillerinin ve sonuçlarının analiz edilmesi önem kazanmıştır. Sağlık ekonomisi genel olarak, karar vericilere tercihlerini yaparken yol göstermeyi amaçlamakta ve kıt kaynakların kullanımının önceliklendirilmesin de kanıta dayalı bilimsel veriler sunmayı hedeflemektedir. Bu çerçevede sağlık ekonomisinin temel alanları aşağıdaki şekilde özetleyebiliriz.

- **Sağlık hizmetlerinin sunumu için kullanılan kaynak miktarı:** Yukarıda da belirtildiği üzere sağlık harcamaları her toplumda önemli boyutlara ulaşmış ve bu harcamaların miktarı, sağlık programları, sağlık kurumları ve nüfusun çeşitli kesimlerine dağılımı sağlık ekonomisinin en önemli uğraş alanlarından biri haline gelmiştir. Kaynakların kullanımı ile ilgili değerlendirmeler yapabilmek için öncelikli olarak bu kaynakların toplam miktarını ve sağlık hizmeti sunucuları ile fonksiyonları arasındaki dağılımını incelemek gereklidir.

- **Kaynakların verimli kullanımı:** Sağlık için kullanılan kaynakların kaynak tahsisinde verimlilik ve teknik verimlilik açısından değerlendirilmesi, bu sektöre ayrılan kaynakların toplumsal faydayı maksimize edecek şekilde kullanılması açısından önemlidir.

- **Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bireyler ve toplum üzerindeki etkisi:** Sağlık için kullanılan kaynakların ve bu kaynakların yönlendiği hizmetlerin bireysel ve toplumsal sağlığın geliştirilmesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi bu alana girmektedir.

---

<sup>40</sup> PARASIZ İ., (2003), "Türkiye Ekonomisi", Ezgi Kitapevi, Bursa, ss.69-72



- **Sağlık hizmetleri arz ve talebinin analizi:** Alternatif hizmet sunum ve finansman şekillerine arz ve talebin tepkisi ve bu tepkinin hem hizmetlerin sunumu hem de sağlık sonuçları üzerindeki etkisi sağlık ekonomisinin önemli alanlarından birini oluşturmaktadır.

- **Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının eşitlik ve adalet açısından değerlendirilmesi:** Bu kapsamda, hizmetlerin sunum ve finansmanında geliştirilen politikaların çeşitli nüfus gruplarının hizmete erişimi ve bu grupların sağlık göstergeleri üzerindeki etkisi ele alınır.

- **Ekonomik değerlendirme tekniklerinin kullanımı:** Son yıllarda hızla gelişen bir alan olan ekonomik değerlendirme tekniklerinin kullanımındaki amaç, gelişen ve halen kullanılmakta olan sağlık teknolojilerinin fayda ve maliyetlerini değerlendirerek kıt kaynakları toplumsal faydanın en çok olacağı yere aktarmayı sağlamaktır.

- **Sağlığın ölçülmesi:** Ekonomik değerlendirme tekniklerinin kullanımı ile de bağlantılı olarak, sağlık hizmetlerinin yarattığı bireysel ve toplumsal faydaların ölçülmesi sağlık ekonomisinin en güncel ve en karmaşık alanı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yukarıda sıralananlar sağlık ekonomisinin alanı ile ilgili genel bir çerçeve çizmektedir. Bu alanlar kendi içinde detaylandırılabilir. Disiplinin gelişmeye başladığı dönemden bu güne kadar yapılan çalışmalar ele alındığında, giderek karmaşıklaşan tekniklerin de kullanımı ile birlikte, sağlık ekonomisinin sağlık kaynaklarının kullanımı ile ilgili her alanda uygulamaları olduğu görülmektedir.

#### **2.5.1.1. Sağlık Ekonomisinin Bir Disiplin Olarak Dünya'da Gelişimi**

Dünyada sağlık ekonomisi literatürü kapsamında değerlendirilebilecek ilk çalışmalar 1931 yılında Amerikan Tıp Birliği tarafından kurulan Tıbbi Ekonomi Bürosu ile başlamaktadır. Bu büronun temel amacı, tıp profesyonellerini ekonomik açıdan ilgilendiren konular üzerinde çalışmak olarak belirlenmiştir.

Bu kısıtlı çalışma alanı nedeniyle bugün anladığımızdan çok daha dar bir kapsamda ele almasına karşın sağlık ekonomisi ile ilgili ilk kavramların kullanıldığı dönem bu büronun faaliyetleri ile başlamaktadır.

1929-1936 yılları arasında da **Milton Friedman** sağlık alanında faaliyet gösteren çeşitli mesleklerin gelir eşitsizliklerini incelemiştir. Ancak gerçekte sağlık ekonomisinin gelişmeye başlaması Selma **Mushkin'in** 1958 yılında yazdığı ve sağlık ekonomisi alanını tanımlamaya çalıştığı makale ile başlamaktadır. **Mushkin** bu makalesinde hızlı gelişen tıbbi teknolojiye ve bunun getirdiği maliyet konusuna özellikle dikkat çekmiş ve sağlıkta piyasa, fiyat gibi konulara değinerek sağlık ekonomisi konusunu ilk kez sistematik olarak ele almıştır.<sup>41</sup>

**Mushkin**, 1962 yılında yazdığı bir başka makalede ise ilk kez sağlıklı bir yatırım olarak gören görüşleri ortaya atmış ve bu çalışma daha sonra sağlık ekonomisinin en önemli yapıtlarından biri olarak kabul edilen **Grossman'in** 1972 yılında yayınladığı çalışmasına temel teşkil etmiştir. Ancak sağlık eko açısından dönüm noktası, 1963 yılında **Kenneth Arrow** tarafından yazılan makale olarak kabul edilmektedir.<sup>42</sup>

**Arrow** bu makalede, sağlık sektörünün en önem özelliklerinden biri olan belirsizlik konusunu incelemiş ve serbest piyasa ekonomisinin kurallarının sağlık sektöründe işlemeyiş nedenlerini tartışmıştır. Bu makaleden sonra 1980'li yıllara kadar ekonominin kavram ve tekniklerinin sağlık sektörüne uyarlanması konusu yoğun bir şekilde tartışılarak çok sayıda yayına konu olmuş ve sağlık ekonomisinin teorik çerçevesi şekillenmiştir. 1980'li yıllarda sonra ise özellikle sağlığın ölçülmesi alanında sağlanan gelişmelerle ve QALY (yaşam kalitesine göre düzeltilmiş yaşam yılı quality adjusted life years) ve DALY (maluliyete göre düzeltilmiş yaşam yılı disability adjusted life years) gibi karmaşık ve tartışmalı kavramların da gündeme

---

<sup>41</sup> Grossman, M., (1972), On The Concept Of Health Capital And The Demand For Health Journal Of Political Economy 80(2):pp.223-255.

<sup>42</sup> Lipsey, R. G., Steiner, P. O., Purvis, D. D. Ve Courant, P. N., (1990), Economics, s.34

gelmesi ile birlikte sağlık ekonomisinin hemen her alanı ile ilgili araştırmalarda ve yayınlarda büyük bir patlama yaşanmıştır.<sup>43</sup>

### 2.5.1.2. Sağlık Ekonomisinin Türkiye'de Gelişimi

Dünyada sağlık ekonomisinin gelişiminin 1960'lı yılların başında başlamasına ve 1980'lere gelene kadar hem teorik hem de uygulama açısından çok önemli bir yol alınmasına karşın, Türkiye'de sağlık ekonomisi ile ilişkili kavramların ilk olarak gündeme girmeye başlaması 1989 yılında *Price Waterhouse* tarafından Devlet Planlama Teşkilatı için hazırlanan *Master* Plan Etüdü ile gerçekleşmiştir. Bu plan ile ilk kez sağlık hizmetlerinde verimlilik, kalite, hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması ve dâhili piyasa gibi kavramlar gündeme gelmiştir. Bu plandan sonra sağlık hizmetlerinde reform, değişen ağırlıkta ve yoğunlukta olmak üzere sürekli Türkiye'nin gündeminde olmuştur. İlk olarak 1993 yılında Türkiye'nin en kapsamlı ilk sağlık politikası dokümanı yayınlanmış ve hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayıran, tüm nüfusu genel sağlık sigortası ile güvence altına alan, hastanelerin dahili bir piyasada birbirleri ile rekabet edecek özerkliğe sahip olduğu, birinci basamakta aile hekimliğine dayalı bir reform paketi ayrıntılı olarak ele alınmıştır.<sup>44</sup>

1996-1998 yılları arasında ilk kez kapsamlı sağlık harcamaları araştırmaları yapılmış ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların büyüklüğü ve bu kaynakların geldiği yere ve fonksiyonlara göre nasıl dağıldığı ortaya konmuştur. Bu çalışmalar, Türkiye'de sağlık harcamalarının ilk kez ayrıntılı olarak ele alınmasını sağlamış ve önemli bir ufuk kazandırmıştır. Yöntem ve dolayısıyla sonuçları açısından OECD (*Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü-Organisation for Economic Co-operation and Development*) ile karşılaştırılabilir çalışmalar ise 2000'li yıllarda bu çalışmaları izlemiştir.

---

<sup>43</sup> Harper And Row, New York. Mcguire, A., Henderson, J. And Mooney, G. (1982), The economics of health care: an introductory text, Routledge and Kegan Paul: London. s.276

<sup>44</sup> TATAR M., a.g.e., s.67

Türkiye'de sağlık ekonomisinin gelişimine katkıda bulunan ve uluslararası karşılaştırılabilirliği olan iki önemli çalışma 2003 yılında tamamlanmıştır. Bunlardan birincisi OECD Sağlık Hesapları Sistemi ile uyumlu Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, ikincisi ise Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik çalışmasıdır.

Her iki çalışmanın sonuçları da, sağlıkta reform hareketinin yeniden ivme kazandığı ve önerilerin somut olarak hayata geçtiği bir dönemde, sağlık politikasını belirleyenlere önemli veriler sağlamıştır. Örneğin Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Türkiye'nin sağlık için ayırdığı kaynakların, gelişmişlik düzeyi ile karşılaştırıldığında önceden bilinenden daha yüksek düzeylerde olduğuna, bu nedenle mevcut kaynakların daha etkili ve verimli kullanımının öncelikli politika olması gerektiğine işaret etmiştir.<sup>45</sup>

Türkiye 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm olarak bilinen yeni bir döneme girmiştir. Daha önceki reform çabaları ile aynı temaları içermesine karşın bu dönemin en önemli özelliği uygulamaya yönelik olarak atılan somut adımlar olmuştur. Bu dönemde sağlık ekonomisi ile ilgili kavramların en yoğun tartışıldığı alanlardan biri ilaç harcamaları olmuştur. Yapılan reformlarla birlikte sağlık harcamaları, özellikle kamu sağlık harcamaları önemli ölçüde artmıştır. Genel olarak benimsenen kamu harcamalarını kısma politikası çerçevesinde öncelikli olarak ilaç politikalarında önemli değişiklikler yapılmıştır. İlacın fiyatlandırılması ve geri ödeme ilkelerinde yapılan değişiklikler sağlık ekonomisinin teori ve yöntemlerinin uygulanmaya çalışıldığı bir alan olarak ortaya çıkmıştır. 2008 yılının başından bu yana Sosyal Güvenlik Kurumu'nda ilacın geri ödenmesine yönelik olarak yapılan çalışmalar ise yeni ilaçların geri ödeme listesine alınmasında farmaoekonomik analizleri zorunlu kılma üzerine odaklanmıştır.<sup>46</sup>

Türkiye'de sağlık ekonomisi dünyadaki gelişmelere paralel olarak gelişmemiş ve sağlık ekonomisi kavramlarının kullanımı yaklaşık 40 yıllık bir gecikme ile ülkemizin gündemine girmiştir. Gündeme girmiş olmakla birlikte, ülkemizin ve reform sürecinin gerekleri düşünüldüğünde, bu alandaki kapasitenin hem nicelik hem de nitelik olarak gerekli düzeye geldiğini ifade etmek henüz mümkün

---

<sup>45</sup> TATAR M., a.g.e., s.68

<sup>46</sup> TATAR M., a.g.e., s.69

görünmemektedir. Oysa yürütülen ve yürütülmesi planlanan reformların başarısı için bu alandaki boşluğun bir an önce doldurulması zorunlu görünmektedir. Bu yapılırken unutulmaması gereken en önemli nokta, sağlık ekonomisinin veya alt bölümlerinin kendi başına istenen faydayı sağlayamayabileceğidir. Bu nedenle, sağlık ekonomisi veya alt başlıkları, en azından bunlar kadar gerekli olan diğer disiplinlere ilişkin bilgi donanımıyla desteklenmelidir. Ayrıca, sağlık ekonomisi yöntemlerini uygulamak için gerekli verileri toplamak ve kullanılması için gerekli şart ve ortamı sağlamak gerekmektedir. Türkiye'de son yıllarda Sağlık Bakanlığı'ndaki sağlık bilgi sistemi ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geliştirilen MEDULA Sistemi ile çok önemli gelişmeler elde edilmiştir. Bu gelişmelerin esas hedefine ulaşabilmesi için veri setlerinin, gerekli veri koruma şartlarına uyularak yaygın olarak kullanılabilmesi için gerekli ortam hazırlanmalıdır. Bu arada, mevcut şartlar ne olursa olsun, sağlık ekonomisinin karar verme/politika oluşturma amacıyla kullanılmaya başlanması, hem verinin nitelik ve niceliğini artırıcı bir rol oynayabilmekte hem de ülkede sağlık ekonomisi kapasitesinin gelişimini hızlandırmaya yardımcı olabilmektedir.<sup>47</sup>

### **2.5.2. Politik Belirleyiciler**

Toplum refah ve sağlığının korunması için doğru politikalar ışığında projelerin geliştirilmesi gerekmektedir. Bunların başında temel bir hak olan sağlıklı yaşam konusunda sağlık hizmetlerinin teknik değil insanı boyutunun önde geldiğini, toplumun öncelikleri ve kaynaklarının herkese sağlıklı bir yaşam ilkesi çerçevesinde seferber edildiğinin gerekliliğinin bilinmesi gerekir. Sağlık hizmeti ve bu hizmetin sunulması bir kamu görevi olduğundan piyasa ilişkilerinden bağımsız bir alan olarak örgütlenmesi düşünülemez. Çünkü sağlık toplum ve çevrenin en önemli bir ögesi ve vazgeçilmezi olduğundan birçok kurum ve kuruluş ile ortak hareket edilmesini zorunlu kılmaktadır.

Sağlık politikalarının belirleyicileri arasında bazı şartlar ve kurallar bulunmaktadır. Bunları farklı başlıklar ve konular içinde incelememiz mümkündür. Genel olarak bu konulara baktığımızda ise; Sağlık politikalarının belirlenmesi, hizmetlerin örgütlenmesi ve sunumu ile ilgili karar süreçlerine tüm idari birimler

---

<sup>47</sup> TATAR M., a.g.e., s.70

düzeyinde ve seçilmiş temsilcilerden oluşan sağlık kuruluşlarının katılımının sağlanması ve bu kuruluşların toplumsal yarar doğrultusunda hazırlanmış, tüm ülkeyi kapsayacak genel sağlık planlarına aykırı olmayacak şekilde bölgeleri ve yerelleri ile ilgili kararları kendilerinin almasının özendirilmesidir.

Etkin bir sağlık hizmet ve politikasının sağlanabilmesi için bazı sağlık ilkelerinin belirlenmesi ve belirlenen bu ilkeler ve politikalar doğrultusunda hareket edilmesi bir zorunluluk haline getirilmelidir. Bu zorunluluk toplum tarafından benimsenmeli ve her kesim için eşit ve adil bir dağılım söz konusu olmalıdır.

Birçok dünya ülkesinde olduğu gibi Türkiye’de de eşit dağılım sağlanmalı hasta ve hasta yakınlarının hakları korunmalıdır. Doğru planlama ile doğru tedavi etkin iletişim ve kalıcı çözümler oluşturulmalıdır. Aşağıdaki tabloda diğer dünya ülkelerine yönelik sağlık çalışanlarına ait dağılım gösterilmektedir.

**Tablo 3. Dünya ülkeleri ve Türkiye'nin hemşire sayısı, ebe ve hemşire sayısı dağılımı**

Ülke	Hemşire/ Hekim Oranı	Hemşire Sayısı	Hekim sayısı	Diş Hekimi sayısı	Hekim/ Diş Hek. Oranı	Eczacı Sayısı
Finlandiya	7,0	2171	311	91	3,4	148
İrlanda	7,0	1676	239	52	4,6	77
Norveç	5,8	2068	367	125	2,9	33
Hollanda	4,0	1328	328	47	7,0	19
Özbekistan	3,5	1011	293	21	14,0	3
Danimarka	3,3	937	284	86	3,3	50
Slovenya	3,3	715	219	59	3,7	35
Bosna Hersek	3,1	445	145	18	8,1	10
Lüksemburg	3,0	768	254	64	4,0	68
İngiltere	3,0	497	164	40	4,1	58
İsveç	2,9	843	287	152	1,9	67
Çek C.	2,8	944	342	65	5,3	49
Arnavutluk	2,8	391	139	41	3,4	3
Belçika	2,6	1075	419	70	6,0	145
Almanya	2,6	955	363	78	4,7	58
Ukrayna	2,6	768	298	39	7,6	47
İzlanda	2,5	869	352	101	3,5	84
Kırgızistan	2,5	684	272	22	12,4	3
Polonya	2,4	527	220	30	7,3	52
Slovakya	2,3	748	326	44	7,4	42
İsviçre	2,2	779	350	44	8,0	63
Hırvatistan	2,1	500	238	68	3,5	68
Romanya	2,1	403	189	23	8,2	7
Litvanya	2,0	798	403	72	5,6	59
Fransa	2,0	669	330	68	4,9	102
<b>TÜRKİYE</b>	<b>2,0</b>	<b>244**</b>	<b>123</b>	<b>24</b>	<b>5,1</b>	<b>34</b>
Rusya Fed.	1,9	793	420	32	13,1	7
Avusturya	1,8	583	323	47	6,9	56
Letonya	1,7	508	291	53	5,5	?
İsrail	1,6	591	375	115	3,3	62
Bulgaristan	1,3	450	344	82	4,2	13
Portekiz	1,2	367	318	43	7,4	78
İspanya	1,1	372	329	44	7,5	79
Macaristan	0,8	281	355	57	6,2	49
Yunanistan	0,8	257	438	115	3,8	69
İtalya	0,5	296	567	57	9,9	105

\*Veriler 2001 yılı veya en son elde edilebilen değerleri içermektedir. Oranlar ayrıca hesaplanmıştır

\*\*Türkiye için hemşire sayısı ebe ve hemşire sayısının toplamıdır

Türkiye’de hasta ve doktor dağılımını incelediğimizde ise; Türkiye’de en az uzman hekim 29 kişiyle Ardahan’da, en az pratisyen hekim 44 kişiyle Bayburt’ta, en fazla uzman hekim 3526 kişi ile İstanbul’da ve en fazla pratisyen hekim 2242 ile yine İstanbul’da çalışıyor. İstanbul’da 3526, Ankara’da 2315, İzmir’de 1748, Bursa’da 849, Antalya’da 641, Adana’da 570, Konya’da 562, Manisa’da 490,

Mersin’de 489 ve Samsun’da 485 uzman doktor çalışırken, Ardahan’da 29, Tunceli’de 30, Bayburt’ta 31, Kilis’te 34, Hakkâri’de 35, Iğdır’da 41, Şırnak’ta 47, Siirt’te 52, Bingöl ve Gümüşhane’de 54 Hekim görev yapmaktadır.”<sup>48</sup>

Pratisyen doktor dağılımına baktığımızda ise İstanbul’da 2242, İzmir’de 2075, Ankara’da 1829, Konya’da 927, Bursa ve Adana’da 879, Antalya’da 863, Mersin’de 695, Manisa’da 643, Samsun’da 618, Bayburt’ta 44, Ardahan’da 47, Hakkari’de 51, Tunceli’de 52, Iğdır’da 63, Kilis’te 65, Bingöl’de 83, Artvin ve Şırnak’ta 91, Kars’ta ise 92 Pratisyen hekim görev yapmaktadır.”<sup>49</sup>

**Tablo 4. Türkiye’de sağlık ocakları için hekim ve ebe dağılımı en bozuk 10 il (2004)**

Hekim Başına Nüfus		Ebe Başına Nüfus	
Ağrı	27.812	İstanbul	18.047
Van	6.340	Ş. Urfa	7.842
Bitlis	5.569	Van	7.473
Hakkari	14.423	Yozgat	6.591
İstanbul	12.110	G. Antep	6.256
Şırnak	11.682	Çorum	5.746
Yozgat	11.670	Diyarbakır	5.442
Ş. Urfa	11.566	Ağrı	5.400
Muş	9.725	Mardin	5.231
Batman	8.702	Şırnak	5.209
<b>TÜRKİYE</b>	<b>5.297</b>	<b>TÜRKİYE</b>	<b>3.278</b>

Kaynak: Sağlık Bakanlığı TSH Gen Müd. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı-2004.

**Tablo 5. Doktoru ve ebesi olmayan sağlık ocakları (SO) ve sağlık evleri**

<sup>48</sup> Türkiye Sağlık Platformu, (2010), [Www.Saglikplatformu.Com](http://www.Saglikplatformu.Com) Erişim: 01.06.2010

<sup>49</sup> Türkiye Sağlık Platformu, (2010), [Www.Saglikplatformu.Com](http://www.Saglikplatformu.Com) Erişim: 01.06.2010



<b>Bölgeler</b>	<b>1990 da Bir ebeye düşen nüfus</b>	<b>2004 de Bir ebeye düşen nüfus</b>	<b>1990-2004 artış oranı</b>
Marmara	2212	5408	2,4
Ege	1704	2080	1,2
Akdeniz	1729	2305	1,3
İç Anadolu	1541	3699	2,4
Karadeniz	1585	2713	1,7
Doğu Anadolu	1603	3107	1,9
G.doğuAnadolu	2522	5167	2,0
<b>TÜRKİYE</b>	<b>1841</b>	<b>3278</b>	<b>1,8</b>

Kaynak: Sağlık Bakanlığı TSH Gen Müd. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı-2004.

**Tablo 6. Türkiye’de kurumlara göre sağlık insangücü dağılımı (2002)**

<b>Sağlık Bakanlığı</b>	<b>SSK</b>	<b>Üniversite</b>	<b>Diğer Kamu</b>		<b>Özel Sektör</b>	<b>TOPLAM</b>
Uzman hekim	15868 (%36)	6230	9478	2598	9486 (%22)	43660
Pratisyen	31462 (%61)	3731	10090	3967	2280 (% 4)	51530
Diş hek.	3211 (%19)	610	904	926	11457 (%67)	17108
Eczacı	779 (% 3)	817	665	236	19825 (%89)	22322
Sağ. mem.	34974 (%71)	2067	3374	4431	4478 (% 9)	49324
Hemşire	45812 (%58)	11698	11267	4175	6107 (% 8)	79059
Ebe	37674 (%91)	1807	169	448	1415 (% 3)	41513

Kaynak: Sağlık Bakanlığı TSH Gen Müd. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı-2004.

**Tablo 7. Türkiye’de Yıllara Göre Uzman/Pratisyen Hekim Dağılımı (1970-2002)**

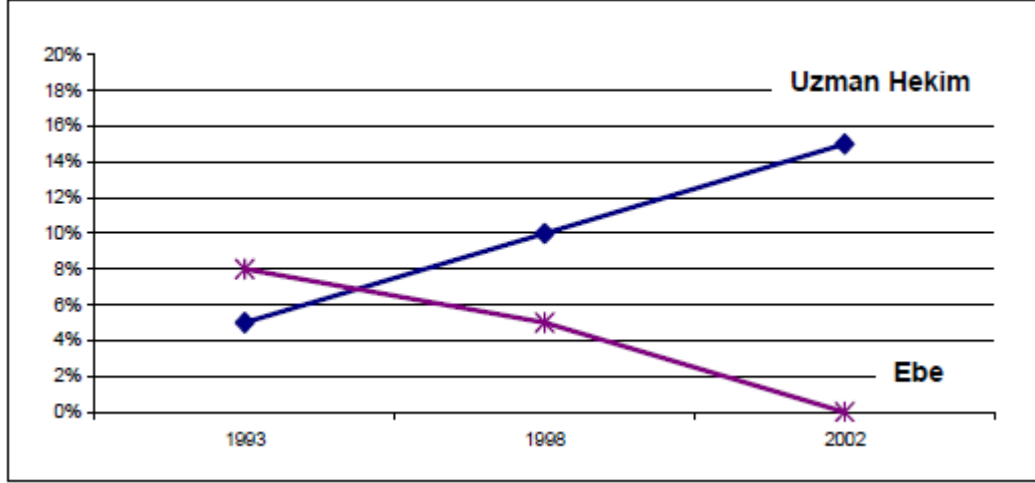
Yıllar	Pratisyen		Uzman		TOPLAM
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
1970	5,025	36,3	8,818	63,7	13,843
1980	10,542	38,7	16,699	61,3	27,241
1985	15,549	42,7	20,878	57,3	36,427
1987	17,418	44,9	21,411	55,1	38,829
1990	25,739	50,8	24,900	49,2	50,639
1992	31,398	55,1	25,587	44,9	56,985
1994	38,268	58,1	27,564	41,9	65,832
1996	39,821	56,1	31,126	43,9	70,947
1998	43,155	55,8	34,189	44,2	77,344
2000	47,053	55,3	38,064	44,7	85,117
2002	51,530	54,1	43,660	45,9	95,190

Kaynak: Sağlık Bakanlığı TSH Gen Müd. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı-2004.

**Tablo 8. Seçilen SAİK kategorileri için 10.000 nüfus başına SAİK çalışanı sayısı (2006 – 2010)**

Karşılaştırma Grubu	DTürkiye’de sağlık personelinin yıllara göre dağılımı oktor	Hemşire	Ebe	Eczacı	Diş Hekimi
Türkiye	14,9*	12,2	5,9	3,4	3,3
WHO-EURO	33,8	67,9	4,4	5,1	5,1
AB	31,5	74,2	3,6	7,2	6,2

Kaynak : MOLLAHALİLOĞLU S., (2010), Sağlık Bakanlığı,



**Şekil 7. İkişer yıllık dönemlerle bazı sağlık personelindeki artış (1993-2002)**

Uzman hekim dağılımlarına baktığımızda bazı illerde ise; Bayburt'ta 27'den 31'e, Iğdır'da 38'den 41'e çıkarken Ankara'da 1589'dan 2315'e, İstanbul'da 2136'dan 3526'ya yükseliş olmuştur. Kilis'te ise pratisyen doktor sayısı 1 yılda 67'den 65'e düşmüştür. İstanbul'da 1865'den 2242'ye yükseliş gerçekleşmiştir.” Bu sayılara baktığımızda belirli bir süre içinde doktor ve hekim sayısının belirli oranlarda yükseldiğini ve sağlık politikalarında iyileştirici ve düzenleyici atılımlar gerçekleştiğini söyleyebiliriz. Bu işleyiş ile sağlık uygulanan sağlık politikalarının sağlık sistemleri üzerinde belirleyici olduğunu söyleyebiliriz. Fakat gelişmekte olan veya kırsal bölgelerde uzman hekim ve pratisyen hekim dağılımının çok da adil olduğunu belirtmemiz mümkün değildir. Sağlık sistemlerinin düzenlenmesi ve işleyişinde bir diğer önemli husus ise kültürel belirleyiciliktir. Toplumun her bölgesi ve hatta dünyanın diğer toplumlarında yaşam şekilleri ve kültür farklılıkları uygulanan sağlık sistemleri üzerinde etkililer oluşturmaktadır.<sup>50</sup>

### 2.5.3. Kültürel Belirleyiciler

Kültür, toplum ve bireyler tarafından “insan” tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesile aktarılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, örf ve adetler olarak tanımlanmaktadır.

<sup>50</sup> Türkiye Sağlık Platformu, (2010), [Www.Saglikplatformu.Com](http://www.Saglikplatformu.Com) Erişim: 01.06.2010

Kültürün yaşamın dokusunu oluşturması ile her insan belli bir kültürün özelliklerini taşır ve bu kültürün yapısı ile şekillenir. Kültür, doğanın yarattıklarına karşılık insanın yarattığı her şeydir.<sup>51</sup>

Bir toplumun yaşama biçimi olarak da kısaca tanımlanabilecek olan kültür, insan tarafından içinde yaşadığı toplumun bir üyesi olarak toplumdan elde ettiği bilgi, inanç, sanat, ahlak, kanun kuralları, gelenek, alışkanlıklar ve yeteneklerin meydana getirdiği karmaşık bir bütündür.<sup>52</sup>

Toplumun kültür yapısı ve düzeyi sağlık açısından da birçok yönde belirleyicilik taşımaktadır. Eğitimli bir toplumun sağlık anlayışı ile eğitimsiz bir toplumun sağlık anlayışı arasında birçok farklılığın olduğunu görebiliriz. Kültürler toplumların şekillenmelerine tutum ve davranışlarının farklılaşmasına yönelik bazı farklılıklar meydana getirir. Bugün doğu bölgesinde halen evde doğum yapmaya çalışan hakımız ve insanlarımız bulunmaktadır. İnanç kavramları nedeni ile erkek doktora muayene olmayan bayanlar, tabuları nedeni ile ilaç kullanmayan bireyler sağlık sistemi üzerinde etkili farklılıklar oluşturabilmektedir. Özellikle son yıllarda gelişen teknoloji sayesinde bazı tutum ve davranışlarda iyeleşmelerin olduğunu gözlemlemekteyiz. Görsel iletişim araçları, gazete, dergi, radyo ve diğer teknolojik ürünler sayesinde toplumun kültür anlayışında da farklılıklar yaratılmaktadır. Kültür farklılıkları nedeni ile toplumun sağlık sistemi değişiklikler gösterebilmektedir. Bölgeden bölgeye hekimlerin ve sağlık personelinin hastayla olan iletişim ve paylaşımı farklılık içermektedir. Gelişmiş bir bölgedeki hasta iletişimi ile gelişmekte olan bir bölgedeki hasta iletişimi arasında büyük oranda farklılıklar gözlenebilmektedir. Bu kültürün oluşturduğu etkenler nedeni ile toplumsal sağlık sisteminin de değişiklik içerdiğini söyleyebiliriz.

---

<sup>51</sup> BEKAR M., (2001), “Kültürler Arası (Transkültürel) Hemşirelik”, Toplum Ve Hekim, ss.136-141.

<sup>52</sup> TÜRKDOĞAN O., (1991), “Kültür Ve Sağlık-Hastalık Sistemi”, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları:2213, Araştırma İnceleme Dizisi, s.79

#### 2.5.4. Türkiye’de Toplumsal Sağlık Sistemi

Dünya ve Türkiye toplumunda sağlık hizmetlerine genel olarak bakıldığında her zaman bazı eksikliklerin olduğunu görebilmekteyiz. Bu eksiklikler genellikle hizmet ve teknolojik eksiklikler olarak karşımıza çıkmaktadır. 6 – 12 Eylül 1978’de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) öncülüğünde 132 ülke ve 60’ın üzerinde dünya yöneticisi ve hükümetlerle yapılan çalışmalarda bu eksikliklerin toplumsal fayda açısından değerlendirilmesi öngörülmüştür. Özellikle 2000 yılında herkese sağlık sloganı ile hareket eden Sağlık Bakanlığı bu alanda çok yönlü çalışmalar gerçekleştirmeye başlamıştır. Özellikle temel sağlık sorunlarına ilişkin bazı çalışmalar gerçekleştirmiştir. Bunların başında çocuk doğum hızı ve ölümü, anne – çocuk sağlığı, sigarasız toplum, gıda ve yeme alışkanlıkları üzerindeki çalışmalar dikkat çekmektedir.<sup>53</sup>

19.07.2009 Tarihinde 4207 sayılı kanunla hayata geçirilen sigara tüketimini engelleyen çalışmalar toplum içinde oldukça ses getirmiştir. Kapalı alanlarda sigara içmeyen ve toplumun sağlığını etkileyen sigara alışkanlığının azaltılması ve sağlık harcamalarına yönelik “sigaranın oluşturduğu” kısıtların oluşturulması açısından büyük önem arz etmektedir. Her ne kadar birçok kişi ve toplum tarafından bu uygulama kabul edilmese de genel anlamda toplumun sağlık sistemi üzerinde önemli bir etki doğurmuştur.<sup>54</sup>

Toplumların ve Türkiye’deki toplumun sağlık sistemi içinde en fazla etkilendiği bir önemli konu ise ilaç temini ve medikal ürünlerde yaşadığı sorunlardır. Kamusal alanda ve özellikle özel sektör sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların yazmış olduğu ilaçlara ve medikal ürünlere yönelik reçetelerin temin edilmesi birçok noktada imkânsız hatta olanaksız hale gelmektedir. Emsal değer teşkil eden ürünlerin kullanımına yönelik uygulamalar nedeni ile birçok sağlık sorunu yaşayan hasta istediği ürünlere ve ilaçlara sahip olamamaktadır. Bu nedenle toplumun sağlık hizmetlerine yönelik bakış açısında büyük farklılıklar meydana gelmektedir. Bunun

---

<sup>53</sup> Tabak, St., (2002), “Sağlık Kültürü Ve Gençlik”. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, s.45

<sup>54</sup> AYAN D, BEDER Şen R, YURTKURAN S., Ve Ark. (2002), “Akraba Evliliğinin Kültür Birikiminde Ve Toplum Hayatındaki Bazı Görünümleri: Dil, Din Ve Tıp. Aile Ve Toplum”, ss.77-89.

en önemli nedenleri arasında kumunun uygulamalarına olan güvensizliktir. Bu bir sistem sorunu olarak da değerlendirilebilir.

Bu konuda birçok çalışma gerçekleştirilmiştir. Özellikle kamu hastaneleri ve kamu kurumlarına yönelik yapılan çalışmalarda sistemsal hataların yoğunlukta olduğu tespit edilmiştir. Hasta hekim ilişkisi, ilaç temini, medikal ürün ve ameliyat malzemelerine yönelik ihtiyaçların giderilmesi konusunda duyulan sorunlar hasta ve toplumsal sistem anlayışı içinde büyük güvensizliklerin oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bu sorunları temel sağlık hizmetleri başlığı altında toplamak gerektiğinde ise;

- Temel sağlık hizmeti vermek üzere eğitilmiş, değişik meslek gruplarından oluşan bir ekip tarafından risk altındakileri belirlemek için evlere ve işyerlerine kadar uzman bir sistemin geliştirilmesi,
- Koruyucu hekimlik, rehabilitasyon, sağlık hizmet süreçlerinin iyileştirilmesi ve teknolojik hız kazandırılması,
- Randevu sisteminde oluşan online de yaşanan sorunların ivedilikle giderilmesi,
- Sağlık sistemi oluşumlarında toplumun görüş ve fikirlerinin alınması,
- Sosyal güvenlik kurumlarının kişiye yönelik ödemelerinde hız kazandırılması ve toplumun bireylerinin bu tip sorunlar ile karşı karşıya kalmaması için yeni yapılanmaların sağlanması,

Çağdaş sağlık anlayışı ve hizmetlerinin tam kapsamlı olarak yürütülebilmesi için, toplumun sağlık sistemi içindeki beklentilerine kulak verilmesi gerekir. Daha önce yaşanan muayene sıralarının giderek azaldığı, toplumun sağlık kurumlarından geçmiş zaman ve sisteme göre daha fazla faydalandığını belirtebiliriz. Fakat bu olanakların da yetersizliği veya sistem içinde oluşmuş olan sorunların giderildiği anlamına gelmemektedir.

Sağlık sistemi ve toplumun beklentileri entegre edilerek oluşabilecek sorunların veya beklenen hizmet anlayışının bu sistem içine yerleştirilmesi ve devamlılığının sağlanması bir zorunluluk haline dönüştürülmelidir.<sup>55</sup>

Türkiye’de yürütülen 224 sayılı Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirilmesi Hakkındaki kanun, TSH’nin herkese eşit ve adil bir şekilde hizmet vermesi, ayrımcılıkların ortadan kaldırılması, bölgesel anlamda eşit hekim ve hizmet dağılımının yapılması toplumun kamu ve sağlık sisteminden beklentilerini tatmin edecektir. Kamu personeline olan ihtiyaç oranının hızla düşürülmesi, özel sağlık hizmetleri veren kurumlardaki oluşan çarpıklıkların hızla giderilmesi gerekir. Çünkü birçok özel sağlık kurumunda yaşanan adaletsiz hizmet ücret alımlarının eşitlenmesi ve bu konuda toplumun bilinçlendirilmesi bir zorunluluktur. Bu zorunlulukların topluma verilmesi ve toplumun eğitilmesi artık kaçınılmaz bir sonuçtur.<sup>56</sup>

Türkiye’de sağlık sisteminin işleyişine yönelik olarak uygulanan yapısal dağılım ve şemasına yönelik bilgiler aşağıdaki grafikte belirtilmiştir. Toplumsal sağlık hizmeti ve sistemi içinde oldukça geniş bir dağılım söz konusudur. Bu dağılımın bağlandığı otorite ve denetim merkezi Sağlık Bakanlığıdır. Bakanlığa bağlı olarak başta kamu hastaneleri, üniversiteler, sağlık ocakları, poliklinikler, özel hastaneler, muayenehaneler, eczaneler, ilaç üreticileri ve medikal ürün sağlayıcıları vb. kurumlardır.

Kurumlar arası iletişim ve bağlantılar toplumsal beklentilere oldukça doğru ve net dönüşümler sağlamaktadır. Özellikle sosyal güvenlik kurumlarının kendi aralarındaki iletişimlerini toplumun hizmet beklentisi açısından büyük önem göstermektedir. Özel sağlık hizmeti sunan kurumların hastalara yönelik uyguladığı bazı hizmetler kişinin ve bireyin kendi imkânları ile ödeme yapmasını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle ödenen meblağın sosyal güvenlik kurumlarından tahsil edilmesi ve gününde alınması hasta hizmet memnuniyetini yükseltecektir. Bu nedenle kurumların teknoloji kullanımı, hız, hizmet farklılıkları, güven ve en önemlisi kişisel haklara saygı bu işleyiş açısından büyük önem arz eder.

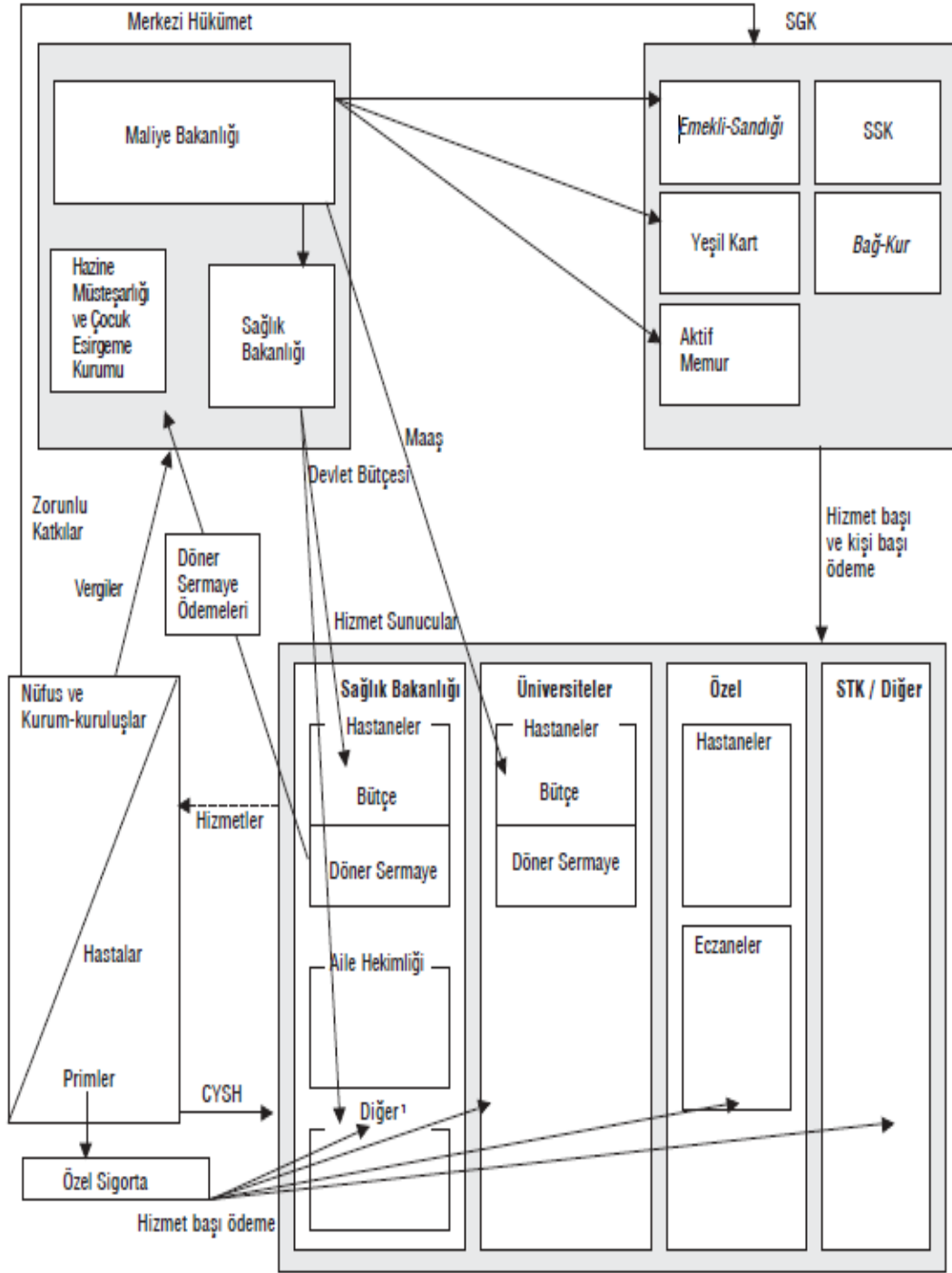
---

<sup>55</sup> KIRIMLA Y., (2002), “Nazar Ve Nazara Karşı Tuzla Yapılan Pratikler”, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır. s.75

<sup>56</sup> YILDIRIM H.H., (2010), *Ab Ve Sağlık Yazıları*, Ankara (Yayınlanmamış Kitap Çalışması), s.90

Hizmet kalitesi sağlık sistemlerinin gelişmesi ile bire bir örtüşen bir sonuçtur. Bunun nedeni ise, iyi bir sağlık sisteminin oluşturulması beklentilere tam anlamı ile çok yönlü cevap verilmesidir. Bu ise, sağlık sisteminin gelişmişliğini göstermektedir. Geliştirilememiş bir sağlık sistemi içinde çok yönlü çarpıklıklar ve sistem hataları oluşacağından istenilen ve beklenen hizmet sunulamayacaktır. Bunun en büyük göstergesi ülke içindeki doğum bebek ölümleri, kronik ve süreklilik gerektiren hastalıklarda bilimselliğin geliştirilememesi ve dışa bağımlı olunması, bazı ilaç ve medikal ürünlerin ithal edilmesi gibi faktörleri gösterebiliriz. Bir kanser vb. benzeri rahatsızlık nedeni ile ülke içinde temin edilemeyen ilaç ve materyaller nedeni ile hastalığın iyileşmesinin gecikmesi sağlık sisteminin işleyişindeki sorunları ve problemleri göstermektedir. Bu nedenle sağlık sisteminin geliştirilmesi ve gelişmesi her yönde hizmet anlayışını etkilemektedir.





Şekil 8. Türk Sağlık Sistemi'ndeki Akışı

Kaynak: Dünya Bankası. 2009

### 2.5.5. Sağlık Sistemi Gelişmeleri

Türkiye yaş ortalaması yönünden ve açısından genç bir nüfusa sahip güçlü bir ülkedir. Toplumun genç olması yeterli iş olanaklarına kavuşturulması ve sosyal güvence haklarının sağlanması bir zorunluluk haline gelmektedir. Genç nüfusa sahip olan Türkiye'nin eğitim alan bireyleri de genç nüfustan oluşmaktadır. Türkiye'de hekimlerin eğitimi bazı aksaklıklara rağmen bir seviyede verilmekte olup, düzenli olarak sürdürülmektedir. Hekim ve sağlık dağılım sistemlerine baktığımızda istihdamın bozuk olmasına rağmen çok sayıda genç ve uzman hekim bulunmaktadır. Sağlık personeli özellikle büyük merkezli tıp merkezlerinde, yüksek teknolojiyi kullanmakta ve yeni uygulamaları rahatlıkla yapabilmektedir.

Türkiye'de sağlık kurumlarının yetersizlikleri ve aksaklıkları olmasına rağmen geleneksel olarak bir çalışma yönetimine ve organizasyonuna sahip bulunmaktadır. Türk toplumu hastalıklarının tedavisi için tıp merkezlerine gitme alışkanlığına sahip bulunmaktadır. Özellikle referans hastanelerinin birçoğunda çağdaş teknolojik donanımın yeterli düzeyde olduğunu bilmekteyiz. Tıp fakültesi hastanelerinin sayısı oldukça yüksektir. Bu alanda çalışmalar hızla geliştirilmeye çalışılmaktadır. Tıpta eğitim seviyesinin düşmesi ve gereksiz yere yüksek sayıda hekim yetiştirilmesi gibi sakıncalar tıp fakültelerin çoğalması ile risk altına girebilmektedir. Yeterli imkân ve donanıma sahip olmayan tıp fakülteleri ve üniversitelerden mezun olanların sunacağı sağlık hizmeti toplumun beklentilerine olumlu yönde cevap vermeyecektir.

Türkiye'de kamu ve özel bazı üniversite ile araştırma eğitim hastanelerinde döner sermaye uygulamaları, DPT ve hükümet politikaları ile desteklenmektedir. Bunun sonucu başta gelişmiş hastaneler olmak üzere döner sermaye sistemleri yerleştirilmiştir. Bu şekilde sağlık sektöründe reel para akışı sağlanmış, hastanelerin profesyonel ve çağdaş işletmeler olabilmesine imkân ve olanak sağlanmıştır. Türkiye'de verimli çalışan hekim ve sağlık personeli için, verimli çalışmayan personele kıyaslandığında finansla açıdan ödüllendirme mekanizması yok denecek kadar kısız oluşturmaktadır.

Bununla birlikte, yeni yasal düzenlemeler ile döner sermaye katkı payına göre hekimlerin aldığı destekle bazı kısıtlı olanaklar sağlanmıştır. Yeni yerleşmekte olan bu modelin geliştirilmesi, verimliliğin ödüllendirilmesine zemin oluşturduğundan doktor hasta ilişkilerinde performans ve hizmet kalitesi yükselecektir.

Türkiye’de özel hastane işletmeciliği ve bu yöndeki gelişmeler miktar ve ölçek açısından oldukça düşüktür. Düşük olması hastane sayısının yetersizliği değil, kalite ve seviye anlamında üniversite hastaneleri seviyesinde olmamasıdır. Bazı özel vakıf üniversitelerine ait olan hastaneler için aynı söylem geçerli değildir. Tek veya iki uzman hekimli çalışan özel hastaneler veya klinikler bulunmaktadır. Bu klinikler yeterli hizmet ve teknolojiye sahip olamadığından istenilen kalitede ürün ve hizmet sunamamaktadırlar.

Düzenli aşılama sayesinde Türkiye’de bebek ölüm hızında son yıllarda oldukça düşüşler görülmektedir. Bu azalma tümüyle olmasa bile kısmen sağlık kurumlarının bu konuyla ilişkili çalışmalarından kaynaklanmaktadır. Son zamanlarda Sağlık Bakanlığının e-sağlık uygulaması ile sağlık ocakları ve ilk sağlık örgütlerinin aileler ile yakın çalışmaları bu oran üzerinde oldukça yüksek seviyelere çıkış göstermiştir. Düzenli aşılamalar ile polio gibi hastalıkların eliminasyonu sağlanmış, dünya çapında büyük tehdit oluşturan HIV enfeksiyonu ve AIDS insidansı, son yıllarda yavaş artışa rağmen Türkiye’de gelişmiş Batı ülkelerine ve Afrika ülkelerine göre daha az yayılım ve oran göstermektedir.

Ayrıca caydırıcı hukuksal cezalar ve etkin sağlık sistemi ile uyuşturucu kullanımına yönelik geniş çaplı çalışmalar gerçekleştirilmektedir. Bu konuda başta 2009 yılında çıkarılan sigara ile ilgili kanun başta gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde, eğitimde, denetimde, örgütlenmede, yetki ve sorumluluk, hiçbir gelişmiş batı ülkesinde olmadığı kadar, merkezi bürokratik ve politik bir örgütlenmeyle, Sağlık Bakanlığı’nın elinde bulunmaktadır. Tarımsal zirai ilaçların kontrolü, GDO’lu ürünler ile ilgili gerekli düzenlemeler, bebek ve çocuklara yönelik kullanılan gıda ürünleri ile medikal ürünler üzerindeki yaptırımlar hiç göz ardı edilmeyecek kadar önemli çalışmalardır.

Türkiye açısından yukarıda saydığımız olumlu yönlerin dışında olumsuzluklar da bulunmaktadır. Bunlarda hiç göz ardı edilmeyecek hatta biran önce çözüme kavuşturulması gereken sorunlar arasında yerini almaktadır. Sağlık kuruluşlarının çoğunun ve personelinin kontrolünün, merkezi ve politik bir kuruluş olarak Sağlık Bakanlığının elinde bulunması, hükümetlerin politik menfaatlerini arttırmakta, ancak ülkenin sağlık sorunlarının çözümünde yetersiz kalmaktadır.

Türkiye’de sağlık politikaları, ülkenin sağlık sorunlarına gerçekçi, akılcı ve kalıcı çözümler getirmekten çok, hükümet ve yönetim politikalarının seçimle tabandan gelen tepkileri önleyebilmeleri prensibi üzerinde oturtulmuştur. Bu durum sağlık konusunun popülist yaklaşımlarının hedefi haline gelmesine engel olamamaktadır. Sağlık sorunlarına idari yaklaşımların çoğu, günümüzde sağlığın tüm ülke düzenini kavramaktan uzak kalmıştır. Türkiye’de sağlık sorunlarının çözümünde akılcılık ve gerçekçilik birer dünya görüşü haline dönüştürülmeli ve benimsenmelidir.

Ayrıca sağlık sektörü için ayrılan kaynaklardaki yetersizlik ve mali imkânsızlıklar yeterli yatırımların ve harcamaların yapılamamasına zemin oluşturmaktadır. Sağlık sektörü için aktarılan kaynakların %41’i genel vergi ve fon gelirlerince sübvansede edilerek karşılanmaktadır. Sağlık sigortası ve emekli sandığınca sağlık için alınan primlerden bağımsız olan bu vergi ve fonlar ise, gerçek toplama nedeni tedavi edici sağlık sektörünün desteklenmesi değil, ülkenin kalkınmasıyla ilişkili reel yatırımlardır. Aktarılan bu paranın büyük bir bölümü iş verimliliği düşük personel harcamaları ve tedavi edici tıp uygulamalarını oluşturmaktadır. Türkiye’nin sağlık için devlete bağlı kurumlar yoluyla harcadığı gerçek toplam harcama belirli değildir. İçlerinde TBMM, MSB, Askeri Hastaneler ve Merkez Bankası gibi kuruluşların bulunduğu birçok devlet kurumu, kendi personel ve yakınlarının sağlık harcamaları için, sigorta primi ödeyen vatandaşlara dahi sağlanmayan özel ayrıcalıklar sunmaktadır. Kamu kaynaklarından sağlanan tüm bu kalemler göz önüne alındığında ortaya çok daha değişik bir israf, çifte standart ve eşitsizlik tablosu çıkabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman yönetimi, profesyonel nitelikte, alanlarında yeterlilikleri kanıtlanmış kişilerce değil, kalifiye olmayan kişilerce yapılmaktadır.

Sonuçta, sağlık sektöründe gelir ve gider dengesi tümüyle bozulmuş büyük iç borçlanmalara gidilmiş sağlık sisteminin açıkları, prensipte bu amaç için toplanmayan genel bütçenin vergi ve fonlarınca karşılanmaya çalışılmış ve sistem reel anlamda iflas etmiştir.

Türkiye Avrupa Birliğince uyum süreci içine girmiştir. Sağlık alanında eğitim, sağlık hizmeti ve finans konularında akılcı değişimlere yol açabilir bir yenilik başlatmıştır. Bu açılım ve yenilikler Türkiye açısından bir fırsat oluşturmaktadır. Avrupa birliği ile entegrasyon sağlık teknolojisindeki harcamaları azaltacak bir boyutta getirmiştir. Türkiye'nin Avrupa Birliğine katılımı Türk hekim ve sağlık personelinin Avrupa ülkelerinde iş bulabilme imkânını doğurmaktadır.

Türkiye Avrupa birliği süreciyle birlikte yeni reformlar getirmek ve geliştirmek zorunda kalmaktadır. Bu reformlar sayesinde gelişmekte olan bölgeler ile gelişmiş olan bölgeler arasındaki adaletsiz dağılım dengeye getirilmeye çalışılmaktadır. Teknolojik üstünlük ve zaman faktörü açısından gerekli çalışmalar, bu alandaki yatırımlar ve özellikle yetişmiş kalifiye personel açığı hızla Avrupa standartlarına taşınmaya çalışılmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri alanında en büyük tehdit, hükümetlerin sağlık sektöründe akılcı düzenlemeleri içeren politik iradeyi gösterememeleri ve şimdiki durumun sürmesidir. Bu durum kısaca şu tehlikeleri ortaya çıkarmaktadır: sağlık alanında kamu kaynaklarının boşa harcanması; bütçe için büyük bir iç borçlanma kapısı oluşturması; sağlık sistemindeki bozuklukların Türk toplumunun sağlığını tümüyle tehlikeye sokması; sonuçta ülke ekonomisi ve düzeninin bozulması.

Çağdaş ekonomi kurallarının sağlıklı bir şekilde işletilememesi sonucunda Türk Hastaneleri tümüyle çalışamaz hale gelebilir. Tıbbi hizmet, teknoloji ve malzemenin fiyatları, kısaca maliyet, her geçen yıl büyük bir oranda artmaktadır. Bu durum, sadece Türkiye'nin değil, gelişmiş Batı ülkelerinin sağlık sektörleri ve ekonomileri için de ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Çağdaş gelişmelere uygun ve yeterli sağlık hizmeti gelecekte hiçbir toplum tarafından finanse edilemeyebilir. Türkiye'nin son 20 yılda yürüttüğü düşük kaliteli ve gerektiğinden çok sayıda hekim ve uzman hekim yetiştirme politikaları, zorunlu devlet hizmeti yasaları gibi

uygulamalar Türkiye'nin çok sayıda, yetersiz, işsiz veya gizli işsiz konumundaki hekimle dolmasına yol açmıştır. Ülkedeki iyi yetişmiş öğrencilerin çoğu artık eskiden olduğu gibi hekimlik mesleğini seçmemektedir. Bu durumların doğal sonucu, hekim hatalarının ve yanlış tıbbi uygulamaların artışı olacaktır. Gelecekte bu durum çözümü çok zor olan ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak belirecektir.

Sağlık sektörünün en temel itici gücü toplumun sağlığa olan zorunlu ihtiyacıdır. Bu ihtiyacın yol açtığı arayış diğer hiçbir sektörde bulunmayan bir itici güç olarak ortaya çıkar. Bu nedenle, birçok gelişmiş Batı ülkesinde, tedavi edici sağlık sektörü alanında, altyapı, teşvik ve yasal düzenlemeler dışında kamu kaynaklarından büyük finansal destek verilmesine gerek kalmamaktadır. Türkiye'nin genç nüfusu yeni çözüm arayışları için önemli bir faktördür. Avrupa Birliği uyum süreci sağlık hizmetleri alanındaki sorunların çözümünde bir itici güç olabilir.

Bu gerçekler doğrultusunda sağlık sistemi içinde kamu ve özel kurum yapılarında da hızla değişiklik ve radikal farklılıkların kalıcı olarak düzenlenmesi gerekir. Bunların içinde özel sağlık kurumlarının kalitesiz hizmet anlayışı ve hasta memnuniyetine yönelik olumsuzluklar hızla giderilmelidir. İlaç ve medikal ürünlerin kullanımına ve dağılımına yönelik köklü çözümler üretilmelidir. Bunların başında kamu ve özel kurum yapılarının işleyişi ele alınmalıdır.<sup>57</sup>

#### **2.5.6. Sağlık Sistemi İçinde Kamu ve Özel Sağlık Yapıları**

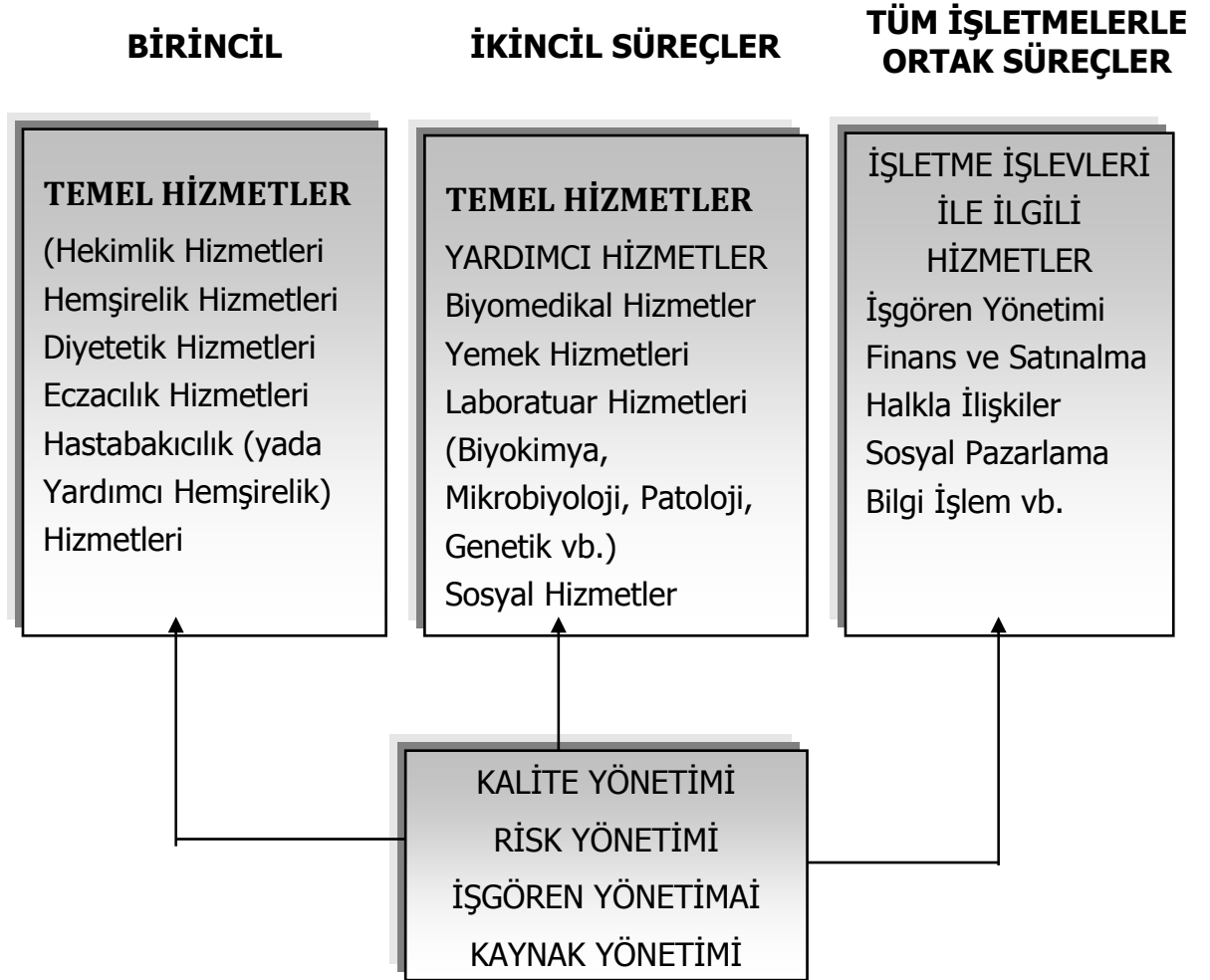
Türkiye ve tüm çağdaş toplumlarca anayasal bir hak olarak görülüp, güvence altına alınan sağlık ile ilgili tüm süreçleri oluşturan ve tüm sistemin odağında yer alan sağlık kurumlarının yönetimi ve yapıları oldukça karmaşık bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla sağlık kurumları, işletme ve yönetim kavramlarının tanımlaması gerekli hale getirmektedir.

Dünya sağlık örgütünün sağlık konusundaki “bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali” olarak tanımlamış olduğu sağlık kavramını olumsuz olarak etkileyen her türlü

---

<sup>57</sup> Türk Kardiyoloji Derneği, “Ulusal Kalp Sağlığı Politikaları Semineri 63” [www.tkd-online.org](http://www.tkd-online.org)  
Erişim: 01.06.2010

neden ve sorun sağlık yönetimi içine girmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin ve sisteminin sağlık kurum ve kuruluşlarınca istenilen ve kaliteli bir şekilde hukuka uygun olarak sağlanması gereklidir. Bu bir anayasal haktır. Kurumsal yapı süreçleri ve genel işleyişine yönelik bilgiler aşağıdaki tablo ve grafikte verilmiştir.



**Şekil 9. Kurumsal yapı süreçleri ve genel işleyişine yönelik bilgiler**

Hastanelerde sunulan hizmetler, tüm uluslarca anayasal bir hak olarak güvence altına alınan ve tanımlaması oldukça güç bir kavram olan sağlıkla ilgili hizmetleri üreten işletmelerdir. Bu özellik ise hastanelerin yönetimi ve işlevlerini daha da karmaşık hale getirmektedir. Günümüzde sağlık kurumları işletmeciliği ve yöneticiliği, genellikle inanılmaz karmaşıklık ve boyutlarda bir kurumu işletir, çok büyük bir bütçenin sorumluluğunu taşır ve yüze yakın değişik hizmet gören

profesyonel, yarı profesyonel ve yardımcı personelin uyumunu sağlamak zorundadır. Ancak bir işletme olarak hastanelerin yönetimi söz konusu olduğunda öncelikle hastanelere özgü özelliklerin tanımlanması bir zorunluluk haline gelmektedir.

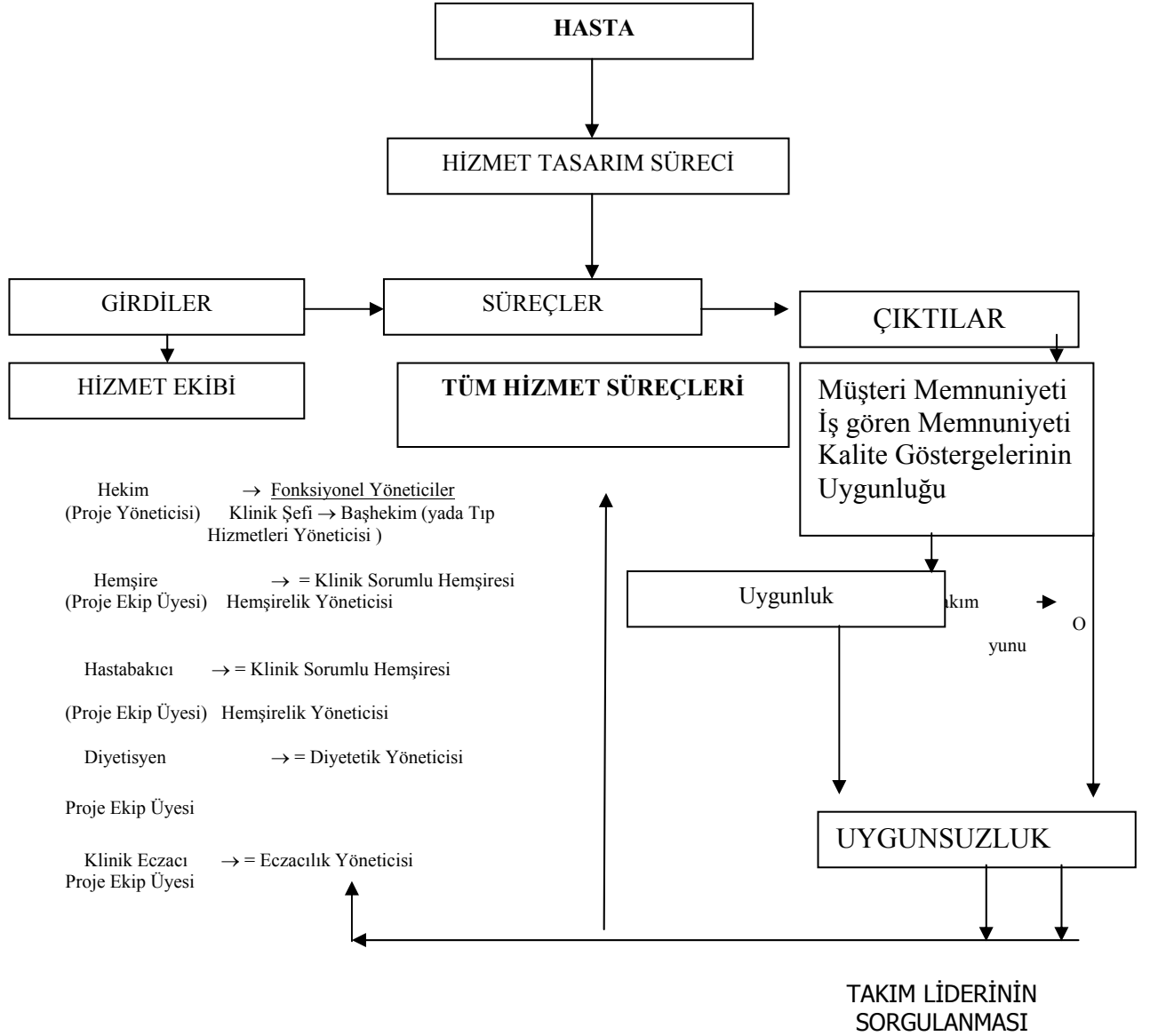
Sağlık kurum ve kuruluşlarında her bir hasta için hizmet üretim sürecini yukarıdaki şekilde göstermiş bulunmaktayız. Yer verilen hizmet öğelerinden bir karma oluşturularak talebe yanıt verilmektedir. Bu durum ise birbiri ile aşırı işlevsel bağımlı hizmet süreçlerinin sıfır hata hedefine ulaşmaya yönelik olarak bir araya getirilmesini gerekli kılmaktadır. Dolayısıyla bu karma içinde yer alan herhangi bir hizmet sürecinde yaşanan kalite sorunu ise ihale olarak diğer hizmet süreçlerine yansımaktadır. Olaya dar bir kapsamda, yönetim açısından baktığımızda temel hasta bakım hizmet ekibi ya da takım üyeleri girdi süreç ve çıktı bağlamında oldukça geniş bir ağ şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık kurum ve kuruluşları içinde yer alan hastaneler matris yapı örgütleridir. Matris organizasyon, faaliyetlerin fonksiyonel esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyon üzerine proje organizasyonun monte edilmesiyle ortaya çıkan bir yapı bütünüdür. “Matris organizasyon yapısı, tarifi icabı, dikey ve yatay ilişki olmak üzere iki ayrı ilişki üzerine kurulmuş bulunmaktadır.”<sup>58</sup> Sağlık kurum ve kuruluşlarının birbiri ile olan ilişkileri hem dikey hem de yatay olmak üzere iki yönlü işlemektedir. Dikey eksen içinde yönetim kademesi ve idari kısım bulunurken yatay eksen içinde ise genellikle yönetilen ve hizmet eden alt personel bulunmaktadır. Bu nedenle her iki eksen arasında ilişkilerin kurumsal yapı gereği doğru işlemesi ve işletilmesi gerekmektedir. Bunun en önemli nedenleri arasında işleyiş içinde oluşabilecek sorunlar bütün yapıyı ilgilendirdiğinden sistem içinde büyük sorunların oluşmasına neden olur. Her iki yapı içinde oluşan işleyiş yetki uygulaması şeklinde en üst noktadan en alt noktaya kadar silsile yolu izlenmektedir. Amir komuta zinciri sağlık işletme ve yönetiminde oldukça önemli bir konudur. İşleyişin sorunlu hale gelmesi hasta, hekim, kurum ve kuruluşların birbirleri ile olan ilişkilerini zedeleyeceğinden sorunların bu iki yapı içinde oluşmadan çözülmesi gerekir. Sağlık kurum ve kuruluşlarının işleyişi ve hasta – kurum işleyişini gösteren diyagram tablosu aşağıda gösterilmiştir.

---

<sup>58</sup> MUGAN C.Ş., (2008), “Muhasebe Öğretim Ve Öğrenim Yöntemleri İle Ders Başarı Arasındaki İlişki”, ODTÜ, İİBF Dergisi, Ankara, s.34





**Şekil 10. Sağlık kurum ve kuruluşunun yönetim ve organizasyon yapısı**

**Kaynak: Muğan Can Şınga (2009)**

Yönetim ve organizasyon yapısı karmaşık olan sağlık kurumlarında yönetim sistemleri oldukça farklılık göstermektedir. Türkiye’deki sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin uluslar arası planda en üst düzeyde olması amaçlanmaktadır. Dünya sağlık örgütünün “Alma Ata” konferansında ele alınan ilkeler doğrultusunda hastane enfeksiyonlarının önlenmesi kılavuzu Sağlık Bakanlığı’nın Hasta hakları yönetmeliğın temel alınmaktadır. Bu kurumsal sağlık hizmetleri yapısı açısından büyük önem göstermektedir. Bu konu ile hastane yönetimi yakından ilgilenmek zorundadır.

Sağlık kurumlarında ilk öncelikle hastanın kaydı yapılarak ilgili kliniğe yönlendirmesi ile başlayan süreç hastanın hastalık serüvenine yönelik olarak şekillenmektedir. Sağlık kurum yönetimi bütün bölümlerin ve bağlantıların gösterildiği organizasyon şemasını ortaya koyarak, işleyişin genel niteliklerini belirlemektedir.

Birçok sağlık kurum ve kuruluşunun yapısında olduğu gibi eğitim ve oryantasyon sistemleri süreklilik halinde güncel tutulmaktadır. Sağlık Bakanlığının en önemli uygulamaları arasında yer almaktadır. Hasta hekim arasındaki uyum, iletişim ve performans ile verimlilik ilkeleri her zaman dikkate alınmaktadır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarının bir diğer yapısı ise iş memnuniyetinin sağlanması, sürekliliğin geliştirilmesi, yönetim ve yönetilenlerin birbirleri ile olan uyumu, iş memnuniyetinin sağlanan doyum ve bu doyum ile sağlanan verimlilik takip edilmelidir. Adil ve şeffaf bir şekilde yönetim gerçekleştirilmeli, personel arasında ast üst ayrımı yapılmaksızın gerekli işleyiş sağlanmalıdır.

Sağlık kurumlarının en önemli işleyişini sağlayan hasta ve hastalıkların iyileştirilmesinde önemli rol oynayan tıbbi cihazlar kullanımı ve alım satımı kurumsal yapı açısından büyük önem arz eder. Bu cihazların uygun ve kaliteli bilgi personel tarafından kullanılması etkin verimlilik sağlayacağından sağlık kurumları açısından önemlidir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarının kullanmış olduğu malzemeler yine kurum yapısı açısından büyük önem gösterir. Doğru teşhis ve doğru malzeme ile istenilen sonuca daha hızlı ulaşılabilecektir. Kurumsal yapı gereğince özellikle kamu kurumlarına bağlı hastanelerde satın alma işlemlerinde gereksiz ve ihtiyaç dışı malzemelerin alınması ve tüketilmesi hem israf olgusu yönünden önemli bir noktayı kapsamaktadır. Hem de kamu üzerinde büyük mali yük oluşturmaktadır. Bu nedenle satın alma işlemi uzman personel tarafından gerçekleştirilmeli ve kurumun genel yapısı ile koordinasyon içinde olmalıdır.

Ayrıca kullanılan malzeme ve personele ait teçhizat ile ekipmanların özellikle ilaçların sağlıklı ortamlarda bozulmadan ve yıpranmadan saklanması kurumsal yönetim ve yapı açısından önemli bir noktayı kapsar.<sup>59</sup>

İş yükü ve yetersiz zaman nedeni ile kamu kurum ve kuruluşlarına yönelik hizmet veren hastane ve kurumlar, bazı tetkikler için dışarıdan özel kurum ve kuruluşlardan hizmet almaktadır. Böyle durumlarda gereksiz harcama ve ihtiyaç duyulmayan talepler kurum yönetimi tarafından takip edilmeli, ihtiyaç gerektirmeyen harcamalara yönelik olarak gerekli tedbir ve önlemler alınmalıdır. Polikliniklerde açılan hasta ziyaret defterleri, dışarıdan alınan malzeme bilgileri, tetkik sonuçları ve harcamaları, hekimin onayı ve hekim sonucu, değerlendirmeler ve süreçle ilgili işleyiş kurum yapısı açısından önemli olduğundan yönetim tarafından dikkatle izlenmeli ve takip edilmelidir.<sup>60</sup>

Hasta bilgileri özel gizlilik içinde saklanmalı hasta hekim ilişkileri bu süreç içinde takip edilmelidir. Bunun en önemli nedeni hasta haklarının korunmasıdır. Çünkü sağlık kurumlarının yapısında bu gizlilik çerçevesinde hareket edilmesi bir zorunluluk halindedir. Bunun en önemli nedenleri arasında ise, hasta haklarının hukuksal garanti altına alınmış olmasıdır. Hastanın dosyası ve tüm kayıtları her an ulaşılabilecek şekilde en yaygın, su, hırsızlık gibi etkilerden kesinlikle korunmalı ve en az 10 yıl olmak üzere arşivlerde saklanmalıdır. Bu ilke kurumsal yapı açısından önemlidir.

Sağlık kurumlarının vizyon ve misyonlarında hasta hakları başta olmak üzere kaliteli ve etkin hizmet verilmeli, hasta memnuniyetin sağlanması gerekir. Ayrıca hasta şikâyetleri ve önerileri kurumsal yapı açısından önem arz ettiğinden süreklilik halinde izlenmelidir. Klinik araştırmalarına yönelik olarak hastalardan izin alınmalı izinsiz araştırma ve tetkikler yapılmamalıdır. Bu durum kurumsal yapı açısından büyük önem gösterir.

---

<sup>59</sup> ALPUGAN O., (1991), Hastanelerde Verimlilik Sorunu I .Verimlilik Kongresi, Mpm Yayını, Yayın No: 454, Ankara, s.70

<sup>60</sup> YUMUŞAK N.U., (2000), “Hasta Bilgilendirme Formu, Hastane Bilişim Sistemi, Ve Eşrefpaşa Belediye Hastanesinde Uygulaması”, D.E.Ü. Müh. Fak. Endüstri Mühendisliği Yayınlanmamış Bitirme Projesi, İzmir, s54

Çünkü izinsiz ve rızasız yapılan işlemler hekim açısından ve kurum açısından büyük mali sorunlar oluşturduğundan ilgili kurum bünyesinde gerekli takipler ciddiyet ile takip edilmelidir.<sup>61</sup>

Sağlık kurumlarında iç denetim yapısı gereğince yeterli kalite eğitim görmüş olan çalışanlardan oluşan bir kalite denetim grubu kurulmalı bu grup ay, üç ay, altı ay ve yıllık olmak üzere iç denetimler gerçekleştirmelidir. Bu denetimler mali, hasta memnuniyeti, performans, satın alma, verimlilik, tüketim ve çevre açısından gerekli olan hukuki ve özel stratejiler doğrultusunda takip ve kontrol edilmelidir.

Günümüzde geline son teknoloji sayesinde birçok sağlık kurum ve kuruluşu bilgisayar sistemlerinden ve bilgisayarlı yönetim organizasyon sistemlerinden yararlanmaktadır. Bilgisayar kullanımı her geçen gün artış göstermekte olup, bu sistem artık bir vazgeçilmez haline gelmiştir. Bilginin ve zamanın en önem kazandığı günümüzde birçok kullanım alanına sahip bilgisayarların aktif rol oynadığı sağlık kurumlarında bilgisayarlı sistemler artık kurumsal imaj ve yapının en önemli öğeleri arasına girmiştir. 1960 lı yıllarda çok karmaşık muhasebe hesaplarının yapılabilmesi amacı ile tasarlanan ve üretilen bilgisayarlar, hastane ve sağlık kurumlarının kullanımına 1963 yıllarda girmiştir. Bu süreçten itibaren hızlı bir şekilde kendini güncelleyerek gerekli atılım ve çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Artık günümüzde bilgisayarla yapılan ameliyatlara, tetkikler, araştırmalar sağlık kurum ve kuruluşlarının yapısı içinde yerini almıştır ve vazgeçilmezler arasına girmiştir.<sup>62</sup>

Tıpta bilgisayar uygulamaları ile ilgili olarak ilk çalışma 1963 yılında “KAISER-PERMANENTE” California ve Wisconsin Hospital gibi hastanelerde hasta kayıtlarının tutulması ile başlamıştır. Daha fazla yataklı hastanelerde başlayan uygulamalar pratik ve verimlilik açısından yeterli bulunmuştur. 1960 yılında MC AUTO firması tarafından geliştirilen paylaşımlı tıpta sistemler “Shared Medical System” adlı kiralık bilgisayar sistemleri kabul görmüştür. Bugün Amerika da 450 yi geçkin hastane halen bu sistemden faydalanmaktadır.

---

<sup>61</sup> SEÇİM H., (1991), “Devlet Hastanesinde Kalite Çemberleri Uygulaması”, Verimlilik Kongresi, Mpm Yayını, Yayın No: 456, Ankara, s.21

<sup>62</sup> SOYSAL M., KENANOĞLU G.T., HAŞEMOĞLU A., (1993), “Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı”, Mpm Yayınları, Yayın No: 486, Ankara 1993, ss.21-69

Birçok sağlık kurum ve kuruluşunun vazgeçilmezi olan bilgisayarlar bir sicil kaydı yaptığı gibi birçok araştırma ve tetkik içinde kullanılmakta kurumsal yönetim ve işleyiş açısından önem göstermektedir. Genel veri tabanlarının oluşturulması, bu tabanlarda oluşabilecek bir hatanın hızla tespit edilmesi ve taranması kullanılan bilgisayar sistemleri ile sağlanmaktadır.

1980 li yıllarda bilgisayar sistemleri, tıbbi kimya laboratuvarlarının otomasyonunda, hastaların tıbbi kayıtlarının tutulması, durumları kritik hastaların izlenmesi, EKG (2005-2010) “elektrokardiyografi” nin yorumlanması gibi teşhis destek hizmetlerinin gelişmesinde ve son yıllarda tıbbi görüntüleme ve tıbbi karar verme konularında kullanılmaya başlanmıştır. Bilgisayar işlem süreçleri aşağıda gösterildiği tarihler ile hayat bulmuştur.

- 1960□lı yıllarda toplu veri işlem
- 1970□li yıllarda on-line veri işlem
- 1980□li yıllarda metin grafik işlem
- 1990□lı yıllarda görüntü işlem

Yukarıda bahsetmiş olduğumuz gibi, sağlık sistemlerinde kurumsal işleyiş ve yapı büyük önem göstermektedir. Bu nedenle kurumsal yapının ve işleyişin hasta hakları başta olmak üzere insan haklarına eşit bir şekilde dağılım göstermesi gerekir. Sağlık sistemleri içinde insan hakları ve hasta hakları büyük önem gösterir.

### **2.5.7. Sağlık Sistemleri ve İnsan Hakları**

Sağlık hakları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de anayasal bir haktır. Bu nedenle hakların amacı insan sağlığının yüksek düzeyde korunması ve sağlık hizmetlerinin yüksek kalitede verilmesini sağlamaktır. Haklar, ırk, din, cinsiyet, yaş ve mali güç fark etmeksizin herkes için eşit şekilde verilmelidir. İnsan sadece insan olmasından dolayı doğuştan bazı hakları kazanarak dünyaya adımını atmaktadır. Hak kavramı evrensel bir kavramdır. Kısaca “Hak”, hukuk kurallarının kişilere tanıdığı yetki olarak tanımlanmaktadır. İnsan hakları ilk kez 1215 yılında İngiltere’de

tanınmıştır. Resmi olarak 18. Yüzyıl sonlarında Amerika Haklar Bildirgesi ve 1789 Fransız insan ve vatandaş hakları evrensel bildirgesi yayınlanmıştır.<sup>63</sup>

Buna göre her birey eşit ve aynı haklara sahip bulunmaktadır. İnsan haklarını kısaca; tüm insanların her açıdan doğuştan eşit ve özgür olması diye tarif etmek mümkündür. Söz konusu bu özgürlük, başkalarının haklarına saygılı olmak ve bu hakları çiğnememe zorunluluğu ile dengelenmiştir. Çeşitli insan hakları bulunmaktadır. Hasta hakları da temel insan haklarından birisidir. Genel olarak hasta haklarına baktığımız da ise;

➤ **Koruyu Tedbirlerin Alınması Hakkı:** Her bir birey hastalıktan korunmak için uygun hizmet alma hakkına sahiptir. Bu amaca ulaşmak için sağlık hizmetlerinin görevi, sağlık hizmetlerinden ve bilimsel araştırma sonuçları ile teknolojik yeniliklerden herkesin yararlanmasını sağlamaktır.

➤ **Yararlanma Hakkı :** Her birey sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri herkese eşit olarak verilmeli ve hastalığın türü, zamanı, ikamet yeri veya mali kaynaklar konusunda ayırım yapılmamalıdır.

➤ **Bilgi Hakkı :** Her bireyin kendi sağlık durumu hakkında, mevcut sağlık hizmetleri ve onlardan nasıl yararlanabileceği konusunda ve tüm bilimsel araştırma ve teknolojik yenilikler ile ilgili bilgi alma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti verenler, hastanın kolay ulaşabileceği ve anlayacağı dilde bilgi vermek zorundadır. Hastaların kendi dosyalarında ve kayıtlarında kendileri ve hastalıkları ile ilgili bulunan bilgileri alma, fotokopi ile çoğaltma, soru sorma ve hata varsa onların düzeltilmesini talep etme hakkı vardır.

➤ **Rıza Onay Hakkı :** Kendi sağlığı ile ilgili kararlara iştirak edebilmesi için her birey ilgili bilgileri alma hakkına sahiptir. Bu bilgiler bilimsel araştırmalar katılım dâhil olmak üzere herhangi bir işlem ve tedavi için şarttır. Sağlık hizmeti verenler gerçekleştirecek herhangi bir ameliyat veya tedaviye ilişkin tüm bilgileri riskleri, sıkıntıları, yan etkileri ve alternatif durumları ile ilgili bilgiler dâhil olmak

---

<sup>63</sup> ARSLAN M., (2009), “Demokrasi ve İnsan Hakları”, Kırıkkale Üniv.Sos.Bil.Dergisi, Kırıkkale,

üzere hastalara vermek zorundadır. Hastanın tedavi veya tıbbi müdahaleye itiraz etme hakkı veya tedavi sürecinde kararını değiştirip devam edilmesine karşı itiraz etme hakkı vardır. Hasta sağlık durumu ile ilgili bilgilendirilme konusuna itiraz hakkına sahiptir.

➤ **Özgür Seçim Hakkı** : Yeterli bilgiye sahip her birey farklı tedavi yöntemleri ve tedaviyi verecek kişiler arasında seçim yapma hakkına sahiptir. Hasta, hangi teşhis ve tedavi yöntemin kullanılacağı ve doktor, uzman veya hastane seçimi konularında karar verme hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, bu tedaviyi uygulayacak çeşitli sağlık kurumları ve doktorlar ile alınan sonuçlar hakkında bilgi vererek bu hakkın kullanılabilmesini temin etmelidirler. Bu hakkın kullanımını kısıtlayan tüm engeller kaldırılmalıdır.

➤ **Özel ve Gizlilik Hakkı** : Her birey kişisel bilgilerinin; sağlık durumu, yapılan teşhis ve tedavi konularında bilginin yanı sıra teşhis ve tedavi yapılırken veya özel ziyaretlerinin gizliliğinin muhafazası hususunda, gizli tutulmasını talep etme hakkına sahiptir. Bir bireyin sağlık durumuna veya ona uygulanan tedaviye ilişkin bilgi ve veriler gizli olmalı ve muhafaza edilmelidir. Tıbbi müdahale sırasında bile kişisel gizliliğe saygı gösterilmeli, yani uygun ortamda yapılmalı ve gerçekten orada bulunması gerekli olan kişiler nezdinde yapılmalıdır.

➤ **Hastaların Vaktine Saygı** : Her birey hızlı ve önceden belirtilen süre içerisinde gerekli tedaviyi alma hakkına sahiptir. Bu hak tedavinin her aşaması için geçerlidir. Belli bir süre içinde verilmesi gereken hizmetler dikkate alınarak bekleme sürelerinin belirlenmesi sağlık hizmetlerinin görevidir. Önceden belirlenen süre içerisinde sağlık hizmeti verilemezse aynı kalitede alternatif hizmetler kullanım ihtimali garanti edilmeli ve bundan kaynaklanan harcamalar makul bir süre içerisinde hastalara geri ödenmelidir. Doktorlar hastalarına bilgi verme süresi dâhil olmak üzere yeterli zaman ayırmalıdır.

➤ **Saygınlık Görme** : Her bireyin, saygı, itina ve ihtimam gösterilerek, güler yüzlü, nazik, şefkatli ve hijyenik şartlar sağlanmış, gürültü ve rahatsız edici bütün etkenler bertaraf edilmiş bir ortamda sağlık hizmeti alma hakkı vardır.

➤ **Dini Vecibeleri Yerine Getirme Hakkı** : Kuruluşun imkanları ölçüsünde ve idarece alınan tedbirler çerçevesinde, dini vecibelerini yerine getirme hakkı vardır.

➤ **Ziyaret ve Refakatçi Hakkı** : Her bireyin, kurum tarafından belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ziyaretçi kabul etme, mevzuat ve imkanlar ölçüsünde ve hekimin uygun görmesi durumunda refakatçi bulundurmaya isteme hakkı vardır.

➤ **Kalite Standartları Hakkı** : Her birey yüksek kalitede sağlık hizmetinden yararlanma hakkına sahiptir. Kaliteli sağlık hizmeti hakkı, sağlık kurumları ve sağlık personelinin teknik performans, konfor ve insan ilişkileri açısından tatmin edici seviyelerde sunum yapmasını gerektirir.

➤ **Güvenlik Hakkı** : Kötü işleyen sağlık hizmetlerinden, tıbbi yanlışlık ve hatalardan meydana gelen zararlardan her bir bireyin korunma hakkı vardır ve yüksek güvenlik standartlarını karşılayan sağlık hizmetleri ve tedavilerinden de yararlanma hakkı vardır.

➤ **Yenilik Hakkı** : Her birey uluslararası standartlara göre, yeniliklerden teşhis prosedürleri dahil olmak üzere yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık Hizmetlerinin görevi, özellikle az rastlanan hastalıkları dikkate alarak araştırmalar yapmak ve onları desteklemektir.

➤ **Gereksiz Ağrı/Acı ve Sıkıntıdan Sakınma Hakkı** : Her birey hastalığının her evresinde, mümkün olduğu ölçüde acı ve sıkıntıdan korunma hakkına sahiptir. Sağlık Hizmetleri, bu amaçla hastanın tedavisinin kolay ve rahat geçmesi için gerekli tedbirleri almalıdır.

➤ **Kişisel Tedavi Hakkı** : Her birey kendi kişisel ihtiyaçlarına göre teşhis ve tedavi programlarını yönlendirme hakkına sahiptir. Sağlık Hizmetleri, bu amaçla tedavi hakkını her zaman ilk sırada tutan esnek programlar temin etmelidir.

➤ **Şikayet Hakkı** : Her bireyin bir zarar gördüğünde şikayette bulunma hakkı vardır. Sağlık Hizmetleri, hastalara sahip oldukları haklar konusunda bilgi



vermelidir. Şikayet, belli bir süre içerisinde sağlık hizmetleri yetkilileri tarafından yazılı olarak cevaplandırılmalıdır.

➤ **Tazminat Hakkı** : Sağlık tedavisi sırasında fiziksel veya manevi ve psikolojik zarar gören bireyin kısa bir sürede tazminat alma hakkı vardır. Sağlık Hizmetleri, sorumluluğun gerçekte kimde olduğu tespit edilemese bile, zararın nedeni ve önemi ne olursa olsun tazminat hakkının her zaman var olduğunu temin etmelidir.

Yukarıda beyan etmiş olduğumuz hasta hakları AB uyum yasalarında uygulanması zorunlu hale getirilmiş bir çalışmadır. Bu zorunluluk nedeni ile Türkiye hasta haklarına ve hastalar yönelik uyguladığı sağlık sistemini AB standartlarında uygulamak zorundadır.

#### **2.5.8. Türkiye Sağlık Sistemi ve AB Uyum Çalışmaları**

Türkiye yaklaşık olarak 50 yıldır Avrupa birliği sürecindedir. Avrupa Birliği “AB”, yetkilerini sağlık ve sağlık hizmetleri dâhil sosyal alanları da kapsayacak biçimde genişletmiş, genişletmeye de devam etmektedir. AB’nin sağlık alanındaki doğrudan yetkilerine ek olarak özellikle serbest dolaşım bağlamında iç Pazar dinamiklerinin sağlık ve sağlık hizmetleri üzerine önemli etkileri olduğunu söyleyebiliriz.<sup>64</sup>

Türkiye AB sağlık alanında oldukça geniş şekilde yol almaktadır. Bu çerçevede AB, üye ülkelerinin, organizasyonu ve finansmanı yetkisi bireysel üye ülkelerin kendisindedir. AB, üye ülkelerinin tek başlarına yetmediği yerde veya katma değer yaratılabilecek noktada devreye girmektedir. AB politikaları ve uygulamaları üye ülkeleri olduğu kadar aday ülkeleri de yakından ilgilendirmektedir.<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> YILDIRIM H.H., YILDIRIM T., (2005), “Avrupa Birliğin’ce Uyum Ve Katılım Sürecinde Türk Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirmeler”, 1. Baskı, Ankara, Temmuz, s.74

<sup>65</sup> Resmi Gazete, “Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”, Resmi Gazete, Kanun No: 5754, Ankara 8 Mayıs 2008

Türkiye AB uyum sürecinde sağlık reformları alanındaki değişim, tadilat veya düzeltme olarak algıladığımız şekilde sağlık alanında oldukça geniş anlamda değişime gitmektedir. AB perspektifi göz önünde bulundurulduğunda, Türk sağlık sistemi arenasında sağlık reformlarının birbirinden bağımsız ancak zaman zaman örtüşen veya içleşen şekilde iki ana kulvardan gerçekleştirilmeye çalışıldığı belirtilebilir.

Bunlardan birinci AB perspektifi gözetilerek AB'ye uyum süreci ve dinamiği kapsamında gerçekleştirilen reformlar, ikincisi ise AB süreci ile doğrudan bir ilgisi olmayan ancak gerek dışsal ve gerekse de içsel faktörler nedeni ile uzun süreden beri gündemde olan ve son olarak da Sağlıkta Dönüşüm Programı “SDP” olarak isimlendirilen ve gerçekleştirmeye çalışılan sağlık reformlarıdır.

Bölgeselleşme bağlamında AB, Uluslararası Küresel Sistem'in mimarisinde önemli bir rol oynamaktadır. AB, uluslar üstü “*supra-nasyonal*” bir örgütlenme çatısı altında ulusal egemenliklerinden ödün vermeye yavaş yavaş alıştıran Avrupa'nın ekonomik açıdan önemli güçlerinin, zaman içinde küresel sisteme katılmaları, giderek tümüyle Küreselleştirilmeleri daha kolay olabilecektir.<sup>66</sup>

AB, temelleri 1951'de atılan, üyelerinin ekonomik, sosyal, siyasal vb. birçok konuda uyum sürecini ileri bir düzeye taşımış ve “*Maastricht*” anlaşmasıyla ekonomik bir topluluk konumu kazanmıştır.

Dahası, AB izleyen aşamada siyasal birlik hedeflemektedir. Birlik Anayasası hazırlanmış ve imzaya açılmıştır. 2007 yılı sonunda yürürlüğe girmesi öngörülmüş olan AB uyum yasaları Türkiye'ye yönetimi tarafından uygulanmaya başlanmıştır. Ayrıca AB dışında başka büyük bölgesel ekonomik birlikler de bulunmaktadır.

ABD, Kanada ve Meksika'yı içine alan Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşması “*North America Free Trade Agreement NAFTA*” bu yapılanmalardan ikincisidir. Üçüncü önemli ekonomik kutup ise Asya Pasifik Ekonomik İşbirliği Örgütü “*Asia-Pacific Economic Cooperation, APEC*” olarak adlandırılan, Japonya

---

<sup>66</sup> Kissinger H. With Nafta: (1993)Us Finally Create A New World Order. Los Angeles Times, July, s.18.

ve çevresindeki Asya-Pasifik ülkelerinin oluşturdukları ekonomik bütünleşme girişimidir.<sup>67</sup>

Türkiye'nin AB'ye giriş sürecinde, Birliğe sistematik, bütüncül ve dönüşümsüz uyumu bağlamında yapması gereken yasal düzenlemeleri belirten bir "Ulusal Program" vardır (Ulusal Program 2001). 24 Mart 2001 tarih ve 24352 sayılı Resmi Gazete ekinde yayınlanan ve çok kapsamlı bir metin olan ilk Ulusal Program'da 800 sayfalık bir talep ve istekte bulunulmuştur. Türkiye'den, sağlık alanında özellikle ticarete konu malların standartları ve bu standartları sağlayabilecek çok kapsamlı mevzuat metinlerinin hızla geliştirmesi beklenmektedir.

Türkiye'ye, AB'ye giriş sürecinde *Maastricht* Ölçütlerinden, Kopenhag Ölçütlerine dek bir dizi çok yoğun ekonomik ve siyasal ölçütü ön koşul olarak koyan AB üyesi ülkeler; kendi çıkarlarını yakından ilgilendiren vize, gıda dışalım, emeğin serbest dolaşımının engellenmesi gibi konularda ayrıntılı mevzuat metinleri ve katı kotalar ileri sürerken; sağlık ve sosyal güvenlik söz konusu olduğunda, onlardan çok geri sağlık göstergelerine sahip olan Türkiye'de, bu ana sektörler ayrılana kamu kaynaklarının kendilerinde olan rakamlardan çok geri kalmasından herhangi bir rahatsızlık duymamaktadırlar.

"Aksine, imzalanan çok yanlı (*tarafli*) anlaşmalarla da toplum sağlığının serbest piyasanın eline bırakılması öngörülmektedir."<sup>68</sup>

Fakat AB uyum yasaları gereğinde Türkiye'nin uyması istenilen sağlık reform başlıklarına baktığımızda ise;

- Pronatalist Politika "Nüfus Artışını Destekleyici" izlenmesi,
- Yaşlanma ve yaşlı nüfusun giderek ağırlaşan mediko – sosyal sorunlarının demografik olarak çözümlenmesi,
- Temel sağlık haklarının önemli ölçüde garanti altına alınması,

---

<sup>67</sup> SOYAK A. (2002), Ay İc. Küreselleşme Sürecinde, Bölgeselleşme Eğilimlerinin Dinamikleri. (Editör) Küreselleşme'de. 1. Baskı. İstanbul: Om Yayınları, ss.51-98

<sup>68</sup> ÖZEN M., (2002), "Hizmet Ticareti Anlaşmasının (Gats) Sağlık Alanına Etkileri". Toplum Ve Hekim, ss.8-182

- Egemen model ve korunmaya çalışılan devlet gözetiminde sigortacılık düzenlemelerinin gerçekleştirilmesi,
- Kazanılmış toplumsal hakların korunmaya alınması,
- Sayısal kayıt sisteminin oluşturulması,
- Adil ve etkin bir vergi sisteminin yapısal olarak sağlanması,

Konularında Türkiye'den yukarıdaki çalışmalara yönelik yaptırımlar istenmiştir. Bu çalışmalar doğrultusunda Türkiye 2007 yılından itibaren AB uyum süreci kapsamında gerekli çalışmalara başlamış ve hız vermiştir. Birçok sağlık alanında yeni gelişimler sağlanmış ve sağlanmaya da devam etmektedir. Sağlık reformları konusunda yeni ilkeler, ortak programlar, yükümlülükler doğrultusunda ve çerçevesinde AB sağlık mevzuatına uygun olarak başlıklar altında geliştirilmeye başlanmıştır. Bu başlıklara baktığımızda;<sup>69</sup>

- Birincil hukuk anlaşmaları “Anayasa”
- Tüzükler (Regulations)
- Yönergeler (Directives)
- Kararlar (Decisions)
- Tavsiye ve Görüşler (Recommendations and Opinion)

AB uyum yasalarında; temel değişim olarak ortak devlet; temel mantık olarak ise; AB felsefesini benimseme ilkeleri ve yasaları yatmaktadır. Geliştirilmiş özet olarak bu süreç 4 farklı ana başlık ve kulvar altında yaşama geçirilmeye çalışılmaktadır.

- Ekonomik serbestlik (Liberalizasyon)
- Siyasal serbestleşme
- Dünya ile rekabet
- Sürekli göneç (Refah artırımlarının sağlanması)

1957 yılında yapılan Roma antlaşması ile yalnızca ticaret ve ekonomide bütünleşme hedeflenen bu çalışmalarda, doğrudan sağlıkla ilgili bir düzenleme yoktu. Fakat sürecin ilerlemesi ve beklentilerin farklılaşması nedeni ile yaşam

---

<sup>69</sup> ARSLAN M., a.e.g., (2009)

niteliğinin yükseltilmesiyle birlikte sağlık alanında da bazı değişiklikler yapılarak hayata geçirilmiştir. Bu yeni uygulama ile birlikte AB yasalarında hastalara iyi muamele, iş hastalıkları ve kazaları, personel sağlığı ve hakları, serbest dolaşım ve buna yönelik diğer uygulamalar hızla hayata geçirilmiştir.

1987 Avrupa Tek senedi, 100 a ve 118 a maddeleri ile doğrudan sağlığı ilgilendiren maddeler AB'nin temel kaynaklarına girmiştir. Hak sağlığı programları hayat bulmuş ve hız kazanmıştır. 1993 yılında yürürlüğe giren Maastricht anlaşması 5. Ve 129. Maddeleri, sağlığın desteklenmesi ve hastalıkların önlenmesi konularında AB'ni yetkilendirmiştir.<sup>70</sup>

1994 yılında beyaz kitap yayınlamış bu konular beyaz kitap içinde geniş olarak yer almıştır. 1997 yılında Amsterdam antlaşması, md. 152 ile tüm sağlık programları birleştirilmiştir. İstihdam endüstriyel ilişkiler ve sosyal işler genel müdürlüğü altında halk sağlığı ve işyeri güvenliği bölümleri kurulmuştur.<sup>71</sup>

1957 yılında yapılan anlaşmaya göre ticaret ve ekonomide bütünlük sağlanmasına yönelik yaptırımlar bulunurken, 95 ve 153 ncü maddelerde tüketiciyi koruma altına alan yaptırımlar bulunmaktaydı. 95, 152, 300 ncü maddelerde halk sağlığına ilişkin alanlar yer almakta fakat çok kapsam bulunmamaktaydı. 37, 95, 152 nci maddelerde ise gıda güvenliği, hayvan ve bitti sağlığına yönelik çevreyi kapsayan yönetmelik ve yaptırımlar vardı. AB Anayasa taslağı imzaya açıldıktan sonra, Türkiye'de bu Anayasaya imza koymuş 2007 yılında yürürlük alması hedeflenmiştir. Türkiye'nin bu anlaşmada imza koyduğu başlıklara baktığımızda ise;<sup>72</sup>

- Çevre kalitesinin korunması ve geliştirilmesi,
- İnsan sağlığın korunması,
- Tüm politika ve uygulamalarda çevrenin gözetilmesi kurallara bağlanması,
- Çocukluk solunum hastalıkları, astım ve alerjiler,
- Nörolojik “Sinirsel” gelişim hastalıkları,

---

<sup>70</sup> SALTİK A., (2010), “Türkiye Avrupa Birliği İlişkileri Sürecinde Türk Sağlık Politikaları”, Ankara Üniv.Tıp.Sürekli Yayınları, Ankara.

<sup>71</sup> SALTİK A., a.e.g., (2010),

<sup>72</sup> SALTİK A., a.e.g., (2010),

- Çocukluk kanserleri,
- Endokrin “Hormonel” bozukluklar,
- Hava kalitesi,
- Su kalitesi,
- Gürültü denetimi,
- Atıkların denetimi,
- Nükleer enerji ve radyasyon,
- İklim değişikliği,
- Tüketicilerin sağlığının korunması ve güvenliği,
- Tüketicinin bilgilendirilmesi,
- Hakkaniyet,
- Ulaşılabilirlik,
- Dayanışma,
- Sağlık bakımı ve güvencesi,
- Sürdürülebilirlik,
- Akıllı elektronik sağlık kartı,
- Sağlık telematiği,
- AB vatandaşlığı,
- Çevrim içi sağlık hizmetleri “On – line”
- Sürveyans ve epidemiyolojik araştırmalar,
- Biyoterörizm önlemleri,
- Sağlıkta küresel işbirliği ve tematik alan çalışmaları,
- Erken uyarıcı sistemlerinin geliştirilmesi,<sup>73</sup>

Konularında çalışmalara hız verilmiş ve Türkiye bu alandaki çalışmalarını yeniden yapılandırmak için çalışmalara başlamıştır. AB uyum yasaları konusunda Türkiye bazı çalışmalar gerçekleştirirken, ulusal sağlık sistemi içindeki temel bileşenlerine de gerekli yatırımlarını gerçekleştirmeye devam etmektedir.<sup>74</sup>

---

<sup>73</sup> SAYIN İ. H., (1998), “Avrupa Birliği Sayıştayı”, Sayıştay Dergisi, Sayı: 175, Cilt:2 Ankara.

<sup>74</sup> SAYIN İ. H., a.e.g., (1998),

### 2.5.9. Ulusal Sağlık Sistemi ve Bileşenleri

Ulusal sağlık sistemi içinde öncelikli olarak kalite ve sağlık sistemi stratejilerini gösterebiliriz. Sağlık sisteminin farklı düzeylerinde kalite sisteminin uygulanması ve programa dahil edilmesi sistemin işleyişi yönünden büyük katkı sağlayacaktır. Ulusal sağlık sistemleri içinde etkin yönetim ve kullanım alanlarına yönelik çalışmalar yer almakta, ekonomik yönde istikrar, eşit kalite de hizmet, her bölge ve bireye adil dağılım, etkin tedavi sistemleri, yeterli ve uzman hekim, teknolojik dağılım, dışa bağımlılıktan sıyrılmış bir yönetim anlayışı, dünya sağlık örgütünün belirlediği çerçevede sağlık hizmetlerinin devamlılığı ve etkinliği ayrıca sürekliliğinin sağlanması, bulaşıcı ve kronik rahatsızlık ve hastalıklarda etkin tedavi yöntemi ve eğitim, anne – çocuk sağlığında yeterlilik ve eğitim, sağlık kurumlarının etkin yönetimi ve yeterliği, hasta hekim ilişkilerinin düzenlenmesi, hastaların bürokratik ve resmi işlemlerde rahatlığı, zaman faktöründe verimlilik yönlerinin çok etkili bir şekilde yapılandırılması ve işletilmesi gerekmektedir.

Ulusal sağlık planlamaları ve ulusal sağlık sistemleri üzerinde oluşan sorunların çözümleri hakkında bilgi inşa etmek ve sağlık sisteminin farklı düzeylerinde bu çözümlerin planlanması ve uygulanması amacıyla yapılan faaliyetleri içeren geniş bir uygulama sistemi oluşturulmalıdır.<sup>75</sup>

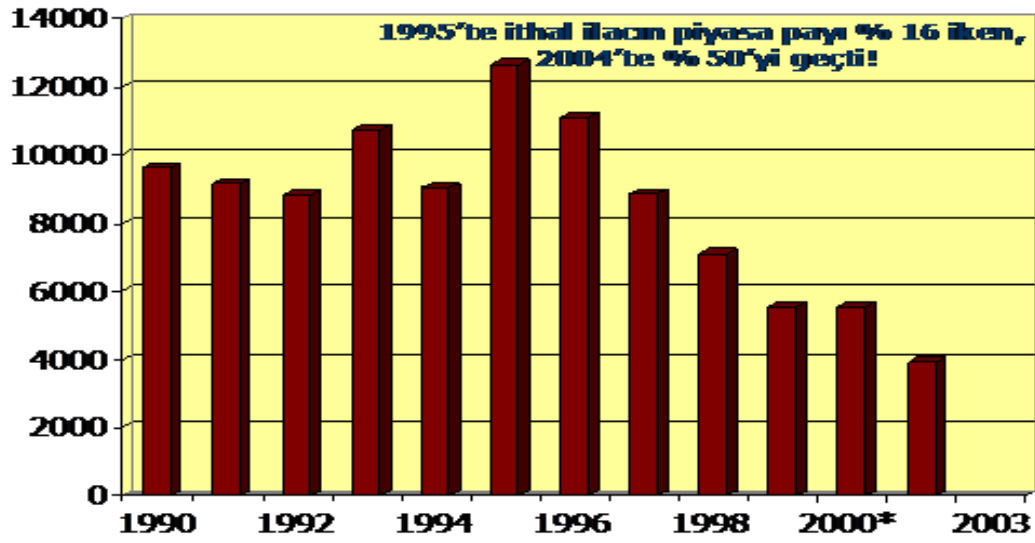
Sağlık sistemleri içinde 0 – 1 ile 18 yaş altı çocuklarda eğitim yönündeki çalışmalar AB standartlarında uygulanmalı ve dünya sağlık örgütü ile planlı hareket edilmelidir. En geniş anlamıyla bu faaliyetler ve eylem planları, sağlık hizmetlerine erişimi çok az düzeyde olan yoksul ve marjinal özel ilgiye sahip kimsesiz sosyal devlet anlayışı çerçevesinde topluma hizmet sunulmalıdır. Toplumun beklentileri karşılanmalı ihtiyaçlar giderilmelidir. Etkin ve kalıcı sağlık hizmeti sağlanmalıdır. Ulusal sağlık hizmeti kapsamı içinde en önemli sorunların başında ilaç temini ve ilaç ham maddesinin sağlanmasıdır. Son yıllarda sağlık sistemi bileşenlerinin en önemli sorunları içinde yer alan ilaç temini, “eczacılık” hizmetleri ile halkın ihtiyaçlarının

---

<sup>75</sup> Federal Ministry Of Labour, Health And Social Affairs. Quality In Health Care: Opportunities And Limits Of Cooperation At Eu-Level. Vienna, 1998, [Http:// Www.Bmags.Gv.At](http://www.bmags.gv.at) (Sağlık Bakımında Kalite: Ab Düzeyinde İşbirliğine Yönelik Fırsatları Ve Limitler)

giderilmesine yönelik yapılan uygulamalar kamu açısından büyük sorunlar oluşturmaktadır.

Türkiye artık sağlık alanının bazı alanlarında dışa bağılılığından kurtulmuştur. Bunların başında dışarıdan ithal etmiş olduğu birçok ilacı kendi üretir hale gelmiş ve ulusal alanda çalışmalar gerçekleştirmiştir. Özellikle Milli Savunma Bakanlığı bünyesinde askeri kurumların üretmiş olduğu ulusal ilaç sanayisini örnek gösterebiliriz.



Şekil 11. Türkiye’de İlaç Hammaddesi Üretimi “Yıllara Göre Dağılım”

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof.Dr.Salık” a göre Türkiye’de her yıl ilaç giderleri aşağıdaki şekilde görüldüğü gibidir. 1995 ve 1996 yılları arasında ilaç giderlerinin arttığını ve giderek de artış gösterdiğini görmekteyiz.<sup>76</sup>

1 Ocak 1996’da AB ve GB anlaşmaları ile 1999’da Türkiye ilaçta patent ile ilgili ilk yasa uygulaması kararnameyi çıkarmıştır. AB ve GB sürecinin baskıları ile

<sup>76</sup> ARSAVA F. (2000), “Amsterdam Antlaşması’nın Avrupa Birliği’ne Katkıları”, Ankara Üniv. Siyasal Bilgiler Fak. Yay. 589, Ankara, ss.28.



ilaçta patent uygulamasına erken geçilmiştir. Bu uygulamalar ile Türkiye’de ilaç pazarının büyüme hızı artmış ve dünyada ikinci sıraya yerleşmiştir.<sup>77</sup>

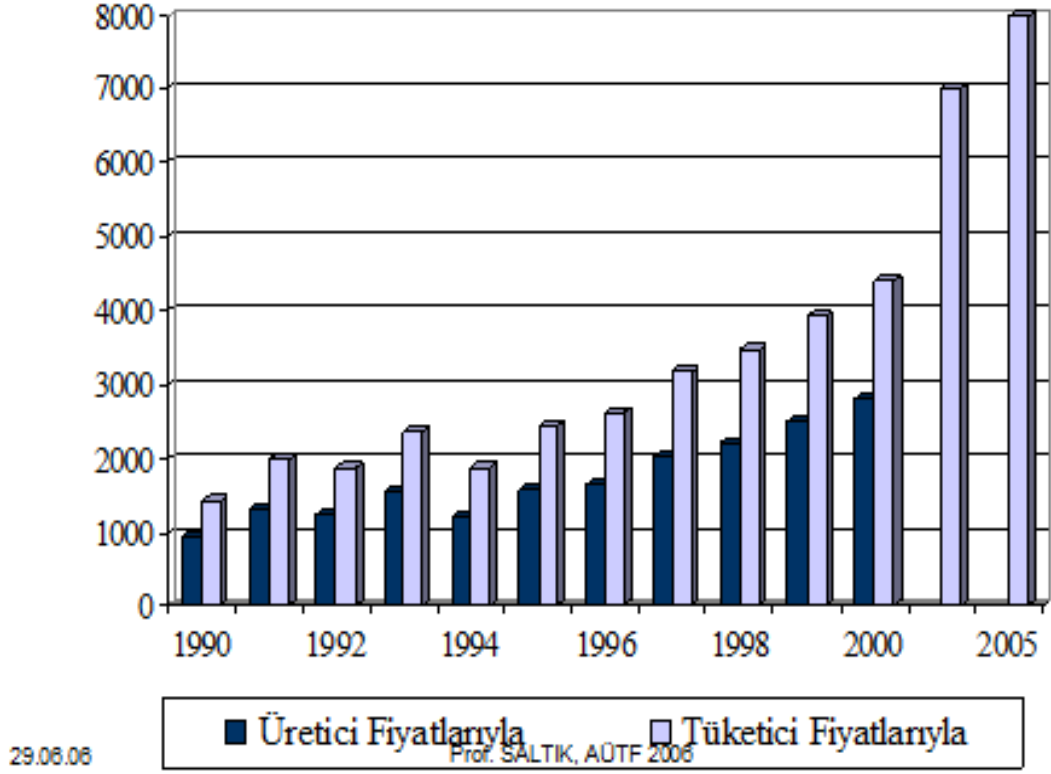
Türkiye’de çok uluslu işletmeler ilaç ham maddesi üretiminde çarpıcı ve dramatik düşüşler göstermiştir. İlaç giderlerindeki artışlar ve tırmanmalar nedeni ile yerli üretimde düşüşe geçmiştir. DTÖ ile bağitlanan çok taraflı yatırım anlaşmaları ile “CTYA, MAI” değinilen yabancılaştırmanın uluslar arası hukuksal zemini hazırlanmıştır. Ulusal türevlerinde Türkiye çok ciddi oranlarda dışı bağımlı duruma düşürülmüştür.

1930 lu yıllarda Türkiye Sivas ilinde çok yüksek oranlarda aşı üretirken bugün dışarıdan aşı alır hale gelmiştir. Yerli ilaç sanayisinde yabancı sermaye payı giderek artış göstermiş, ulusal AR-GE giderleri ciddi şekilde düşüşe geçmiştir. Sağlık Bakanlığının bir televizyon programında 27.07.2005 tarihinde, ilaç giderlerinin 2004 yılında 9 Kattilyon TL olduğu belirtilmiştir. İlaç giderlerinin dünya içindeki dağılımına baktığımızda ise OECD ülkelerinde %17, ABD’ de ise %11 civarında olduğunu istatistiksel olarak belirtebiliriz.<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> Ankara Ticaret Odası Yayınları, “Ato”, Mayıs 2005

<sup>78</sup> ARSAVA F., a.g.e., s.28



**Şekil 12. Türkiye'nin 1990 ve 2005 Yılları Arası İlaç Giderleri Grafiği**

Sağlık bileşenlerinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için bazı konu başlıklarına baktığımızda ise;

- Etkili,
- Verimli,
- Hakkaniyete uygun şekilde örgütlenmesi, finanse edilmesi ve sunulmasıdır.
- İnsan merkezli
- Sürdürülebilir
- Sürekli kalite gelişimi
- Katılımcı
- Uzlaşmacı
- Gönüllü
- Güçler ayrılığı
- Desentralizasyon

- Hizmette rekabet
- Politika geliştiren,
- Standart koyan
- Denetleyen

Sağlık sistemlerinin yerine getirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin arttırılması, verimlilik, hakkaniyet, insan merkezli, sürdürülebilir, süreklilik, kalite, katılımcı, gönüllü, güçlülük, hizmette rekabet, standart hizmet kalitesi ve sürekliliği, denetlemeci bir yönetim sağlık sistemlerinin bileşenleri arasında yer almaktadır.<sup>79</sup>

Ulusal sağlık bileşenleri arasında sağlık sigortası, insan gücü, sağlık yapısı, sağlık teknolojisi, sağlık bilgi sistemi yönetimi, sağlık sistemi ve ekonomik yönetim, girişimcilerin teşvik edilmesi, sağlık planlamalarının yapılması, yürütme ve yöneltme politikaları ile düzenleme ve mevzuatların uygulanması.<sup>80</sup>

Kamuya yönelik ve hukuksal çerçevede sağlık sistemleri fonksiyonlarına baktığımızda ise;

- Planlama,
- Yürütme/yöneltme,
- Düzenleme,
- Mevzuat,
- İnsan gücü,
- Teçhizat,
- Malzeme, “ilaç ve bilgi”
- Kamu ve mali kaynakların etkin kullanımı,
- Mahalli idarelerin etkinliği,
- Dış yardım ve dış yardımların etkin kullanımı,
- Kişisel imkanlar ve etkinlikleri,
- Sosyal güvenlik yapısı ve istikrarı,

---

<sup>79</sup> DPT, (2006), 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı, “Kırsal Kalkınma Politikaları Özel İhtisas Alt Komisyonu Raporu”, Ankara, s.21

<sup>80</sup> DPT, (2006), 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı, “Kırsal Kalkınma Politikaları Özel İhtisas Alt Komisyonu Raporu”, Ankara, s.22

- Birincil, ikinci, üçüncül ve özel sağlık kurumlarının yönetimi ve etkinliği,
- Gönüllü sağlık organları ve yönetimi,
- Özel sağlık sigortaları ve kullanımına yönelik mevzuatlar,
- Sağlık hizmeti ve sağlık sistemlerinin içinde bulunduğu pazar,

Ulusal sağlık sistemi bileşenlerinin konu başlıkları dâhilinde irdelenmesi ve daha geniş kapsamda ele alınması gerekmektedir. Gelişmiş dünya ülkelerinin sağlık sistemleri üzerinde oluşturduğu politika ve yönetimleri geliştirmekte olan dünya ülkeleri için model alınmalı ve bu yönde çalışmalar gerçekleştirilmelidir.<sup>81</sup>

### **2.5.9.1. Sağlık Sistemi ve İnsan Gücü**

Sağlık sistemi içinde yetişmiş insan gücü ve yeterliliği büyük önem taşımaktadır. Bunların içinde doktor, sağlık personeli, teknik personel, tıbbın gelişmesi ve diğer personel sayılarının artırılarak sağlık sistemi içine dahil edilmesi işleyiş açısından vazgeçilmezdir. Bunları başı başlıklar altında incelemek istediğimiz de ise;

1. Hastane yapıları, yönetimi ve hizmet verenleri,
2. Ağız ve Diş sağlığı uygulamaları,
3. Veterinerlik hizmetlerinin sağlanması,
4. Bulaşıcı Hastalıkların önlenmesi ve hukuki yaptırımlar “AIDS” gibi,
5. Genel ayakta sağlık bakımı birimleri çalışanları,
6. Özel grup sağlık poliklinikleri ve uzan personel yapısı,
7. Uzun süreli bakım üniteleri ve teknik personel yapısı,
8. Çevre sağlığı korunması ve yapıları,
9. Diğer sağlık kurumlarının özelleştirilmesi, özel sağlık kurumlarının iyileştirilmesi ve dünya sağlık örgütü standartlarına yönelik denetlenmesi ve yapılandırılması,
10. Sağlık teçhizat ve ekipmanlarını etkin şekilde kullanılmasına yönelik eğitim ve nitelikli personel yapısı,

---

<sup>81</sup> DPT, (2006), 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı, “Kırsal Kalkınma Politikaları Özel İhtisas Alt Komisyonu Raporu”, Ankara, s.23

11. Sağlık hizmetlileri, “hasta bakıcıları, hasta refakatçileri” nin yeterli bilgiye sahip olması, uzun süreli sağlık hizmeti ve bakımı almak isteyen hastalara yönelik etkin hizmet verilmesinin sağlanması,
12. Eğitim ve yeterli bilgi ile donanımın personele sağlanması,
13. Eğitim programlarının sürekliliğinin sağlanması ve etkinliğinin artırılması,

Yukarıda sözünü ettiğimiz konu başlıkları altında hükümet ve yönetimin etkin sağlık politikaları çerçevesinde insan gücü ve insan gücü ile ayrılmaz değerlerin bütünleştirilerek gerekli yaptırımların sağlanması, sağlık sistemine yönelik işleyişin gerçekleştirilmesi zorunluluğu yaratılmalıdır. Bu zorunluluk çerçevesinde kalite ve AR-GE için gerekli yatırımlar yaratılmalı hizmet yönetim politikaları gerçekleştirilmelidir.

#### **2.5.9.2. Sağlık Sistemi ve Sağlık Yapısı**

Türkiye'nin sağlık sistem ve yapısına baktığımızda üniversite hastaneleri, hastaneler, sağlık ocakları, özel sağlık kuruluşları ve uzman hekim muayenehaneleri gelmektedir. Tam zamanlı çalışma sistemi etkin hale getirildikten sonra uzman hekim muayenehanelerindeki düşük hastane bünyelerine taşınmıştır. Özellikle hastane dışında özel muayenehanesi bulunan uzman hekim ve akademik personel performansa dayalı sağlık sistemi içinde artık hastane bünyesinde çalışmalarını gerçekleştirmektedir.

Bu çalışmaların etkin bir şekilde devamı yine sağlık yönetim sisteminin uyguladığı politikalara bağlıdır. Gelişmiş seviyeleri ne olursa olsun, ülke sağlık sistemlerinin oluşumlarını önemli bir şekilde etkileyen unsurlar yaratılan kaynaklardır. Bu kaynakların yaratılması sağlık sistem yapısı açısından önemlidir. Teknolojik yapı ve üstünlük, bilgi sistemlerinin yönetimi ve uygulanması, bilgisayar teknoloji ile teknik ekipmanların bütünleştirilmesi sağlık sistemi yapısı açısından önem arz eder. Özellikle gelişmiş dünya ülkelerinde kamuya ait sağlık kurumlarının özel sağlık kurumları ile bilgisayar ağı üzerinden haberleşmesi ve bu sistem aracılığı ile bilgi transferlerinin sağlanması hasta hizmet kalitesinde büyük etki

doğurmaktadır. Hem hızlı, kaliteli, etkin, memnuniyet ve daha az maliyetler ile performans düzeyi yükselmektedir.



**Resim 1. Muş Sağlık Ocağı 1963 “Sağlık Bakanlığı”**

Yukarıdaki resimde görüldüğü gibi geçmiş dönemde bir noktadan başka bir noktaya gidebilmek için dahi günlerce seyahat edilmesi gerekirken artık günümüzde etkin sağlık hizmetleri ve kullanılan teknoloji el hızlı müdahaleler yapılabilmektedir. Bunun en büyük faydası ölüm hızlarının azaltılması, hasta oranlarının düşürülmesi, hızlı tedavi süreci, etkin ve kalıcı sağlık yönetimi, memnuniyet, performans, maliyet, iletişim ve beklentilere cevapların artırılmış olmasıdır. Günümüzde artık daha modern hastaneler, teknolojik sistemi benimsemiş ve kullanımını devam ettiren, uzman ve nitelikli personel çalıştıran, donanımlı ve gelişmiş hizmet anlayışı ile hasta memnuniyeti sağlayan kurumlar giderek artış göstermektedir. Sağlık sistemi yapısı içinde bulunan bu hastane ve kuruluşlar özel ya da kamuya ait olsun etkin denetim ve kalıcı sağlık sistemleri politikaları çerçevesinde daha ileri düzeye taşınabilir.



**Resim 2. Diyarbakır Devlet Hastanesi Yanık Yoğun Bakım Ünitesi**

Bugün Türkiye’de birçok sağlık kuruluşu artık kendi kendini imar eder hale gelmiştir. Daha önce uzman hekim dahi bulamayan bölgeler artık teknolojik yatırımlar ile kapsamlı yoğun bakım ünitelerine, hasta bakım odalarına, arttırılmış hasta yataklarına ve polikliniklerine sahip bulunmaktadır. Yukarıdaki resimde görülen Sağlık Bakanlığının sağlıkta dönüşüm programı kapsamında alt yapısını güçlendirdiği doğu ve güneydoğu’daki hastaneler, artık batı illerinden sevk edilen hastalara bakar hale gelmiştir.

Türkiye’de ve birçok gelişmiş dünya ülkesinde hava ambulansları Diyarbakır Dicle Üniversitesi Hastanesi’ne İstanbul ve Ankara’dan 30 hasta sevk edilmiş, hastane bünyesinde bulunan çocuk nöroloji ve onkoloji bölümlerine sevk edilen bu hastalar kullanılan teknoloji ve kaliteli hizmet anlayışı ile tedavi altına alınmıştır. Ayrıca bu bölgede daha önce bulunmayan sağlık teçhizatları artık kronik ve tedavisi

uzun süren hastalıklara yönelik tedavi hizmetleri sunmaya başlamış dünya ülkeleri ile yarışır hale getirilmiştir.<sup>82</sup>



**Resim 3. Hasta Taşıma Acil Hava Ambulansı**

Türkiye’de ve birçok gelişmiş dünya ülkesinde hava ambulansları ile hastalar bir noktadan bir noktaya taşımaktadır. Kara taşıtlarının giremedi veya ulaşamadığı noktalara bu hava ambulansları ile rahatlıkla ulaşım sağlanabilmekte hastalar hızlı bir şekilde hastanelere yetiştirilmektedir.

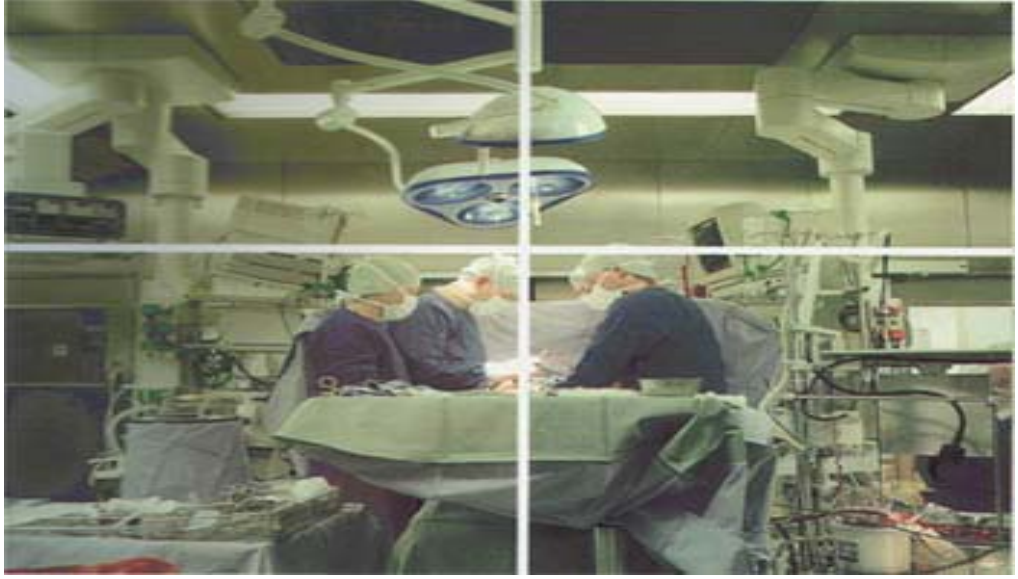
---

<sup>82</sup> Yeni Şafak Gazetesi Köşe Yazısı, Yayın Tarihi: 12.12.2008





**Resim 4. Ameliyathane Ankara Numune Hastanesi 2009**



**Resim 5. Ameliyathane Boğaziçi Tıp Merkezi 2010**

Günümüzde artık son teknolojik ile donatılmış ameliyathaneler ve teknik personelle sağlık sistemlerine devam etmektedir. Artık çağın gerektirdiği ve günün nimetlerinden yararlanan kurum ve kuruluşlar teknolojinin her türlü avantajını kullanmaktadır. Sağlık sistemlerinin yapılarında artık olmazsa olmazlar arasında yer alan teknoloji sağlık personelin eli ayağı haline gelmiştir. Bilgi teknolojilerini de göz ardı etmemek gerekmektedir. Çünkü bilgi teknolojilerinin de sağlık sistemleri yapısı içinde hiç de hafife alınmayacak kadar potansiyel bir faydası söz konusudur.

### 2.5.9.3. Sağlık Sistemi ve Teknoloji

Gelişmiş ülkelerin ve gelişmekte olan ülkelerin en yoğun olarak çalıştığı alan teknolojik üstünlük ve teknolojik güçtür. Bugün dünyanın en gelişmiş G8 ülkelerine baktığımızda teknolojik alandaki üstünlüklerini görmekteyiz. ABD, İngiltere, İsrail, Almanya, Fransa, İtalya, Rusya, Japonya, Kanada, Avustralya gibi gelişmiş dünya ülkelerinin kullandığı teknolojiye baktığımızda özellikle ağır sanayi ve bilim teknoloji alanındaki çalışmaları dikkat çekmektedir. Türkiye ağır iş sanayisi ve savunma sanayide dışa bağımlı bir haldedir. Özellikle savunma sanayi konusunda ABD ve İsrail ile olan ilişkileri dikkat çekmektedir. Bunun yanında Almanya, İngiltere, Fransa ve İtalya da Türkiye'nin teknoloji yönünden yoğun olarak işbirliği yaptığı dünya ülkeleri arasındadır. Teknolojik üstünlük dünya ülkelerine farklı stratejiler ve özellikler getirmektedir. Birçok dünya ülkesi gibi Türkiye'de özellikle sağlık sistemleri ve bilim teknoloji alanında geniş AR-GE çalışmaları gerçekleştirmekte bu konuda çok yönlü çalışmalar yapmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ülkelerinin belirli alanlarda kıyaslanma bilmesi için teknolojik üstünlüklerinin göz önünde bulundurulması gerekir. Temel göstergelerin başında teknoloji ve bilgi kullanımı gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde arz, talep ve finansman arasında dengesizlik, yönetim ve organizasyon, insan kaynakları gibi noktalarda ortaya çıkan sorunlar nedeniyle, dünya sıralamasında kimi ülkelerin gelişmiş düzeyi düşük kalmaktadır. Türkiye'de uygunsuz ya da yetersiz strateji ve politikalar, etkili biçimde oluşturulamayan ya da iyi koordine edilemeyen planlar, sağlık hizmet sunumunda hedeflere ve kaynaklara uygun olmayan yapısal ve organizasyon-el özellikler, sorun üreten ve bu sorunları çözemeyen yönetim, etkin kullanılmayan kaynaklar, uygun formasyona sahip olmayan ya da yanlış istihdam edilen personel ve yetersiz teknolojik altyapı nedenleriyle sağlık alanında sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Türkiye açısından teknoloji ve teknolojinin kullanımına baktığımızda ise, 1990 yıllarında sağlık hizmetlerinde yönetimden kaynaklanan sorunların 2000 li yıllarda da devam ettiğini görmekteyiz. 1990 lı yıllarda sağlık hizmetleri birçok başlık altında toplanmakta ve yetkiler merkezci yönetim sistemi ile gerçekleştirilmekteydi. Bu durum yapı ve koordinasyon sistemleri üzerinde büyük sorunların oluşmasına ve maliyetlerin artmasına neden oluşturmaktaydı. Bu

sorunların bütün hale gelmesi ile 2000 li yıllarda potansiyel bir sağlık sistemi sorunu ortaya çıkmıştır. Bunu sorunlar nedeniyle kaynaklar verimli olarak kullanılamamakta ve istenilen hizmet tam anlamı ile verilememektedir. Sağlık hizmet ve sunumu kalite yönetimi açısından yetersizlik içermektedir.<sup>83</sup>

Fakat bugün ise artık teknolojinin nimetleri birçok sağlık alanı içine girmiş ve yoğun olarak kullanılmaya başlamıştır. Bunların başında özellikle yoğun bakım üniteleri, ameliyathaneler, laboratuvarlar, MR üniteleri ve diğer üniteler teknolojiyi çok yoğun kullanan alanlardır. Sağlık sektörüne ilişkin, Türkiye'nin yirmi yıl içindeki değişikliklerini belirleyen temel eğilimler ve itici güçlerine baktığımızda ise aşağıdaki başlıklar altında toplamamız mümkün olacaktır.

- Sağlık harcamalarını kısıtlamaya yönelik politikalar baskısının artacak olması,
- Artacak olan ortalama yaşam süresi ve buna bağlı sağlık hizmetlerine talebin artması,
- Sağlık hizmeti satın alma gücünün artması,
- Evde hasta bakımının artması,
- Hasta-vaka oryantasyonunun önemi,
- Bilişim teknolojisinin sağlık sistemindeki öneminin giderek artması,
- Endüstride konsomasyonların çoğalması,

Sağlık sistemleri içinde bu eğilim ve itici güçler de dikkate alındığında sağlık sistemine ilişkin Türkiye'nin güçlü ve zayıf yönlerini dikkate almak gerekir. Bunlara baktığımızda ise;<sup>84</sup>

- Teknoloji kullanımına olan yatkınlık ve ilgi,
- Haberleşme altyapısının yeni ve iyi düzeyde olması,
- Avrupa'ya olan coğrafi yakınlık,
- AB üye olma sürecine girilmiş olması,
- Genç ve dinamik bir toplum yasına sahip bulunması,

---

<sup>83</sup> Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikaları, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara; Mart 1993, s.47

<sup>84</sup> Türk Tabipler Birliği, (2007), "Kentler, Sağlık Ve Sağlık Hizmetleri", Ankara Haziran, [Www.Ttb.Org.Tr](http://www.ttb.org.tr) Erişim:01.06.2010

- Son yıllarda uluslar arası eğitim almış sağlık ile ilgili geç beyinlerin ve bireylerin arması,

Türkiye'nin zayıf kaldığı yönlerine baktığımızda ise;

- Sağlık Finansmanı,
- Ekonomik instabilizasyon,
- Yüksek enflasyon ortamının kronik olarak devam etmesi,
- Sağlıkta AR-GE'nin çok zayıf olması,
- Teknoloji üretimindeki kısırlık,
- Uzun vadeli Türkiye'nin ihtiyaçlarına cevap verebilecek bir sağlık sistemi çözümünün,
- Eksikliği ve dolayısıyla uygulayamaması,

Türkiye açısından sağlık sektörüne ilişkin olarak tehdit ve fırsatları dikkate aldığımızda ise;

#### **Fırsatlar;**

- AB'ye giriş süreci
- Genç ve dinamik nüfus
- Uluslararası platformlarda başarılı sağlık konusunda uzmanlarımızın varlığı
- Bölgenin teknoloji açısından güç merkezi olması
- Sağlık konularındaki yazılım konularında yatırım merkezi olma
- Sarf malzemeleri üretiminde başarılı olma.
- Proses optimizasyonları ve Bilişim Teknolojisinin kullanımı ile potansiyel kullanımının rasyonelizasyonu,
- Erken teşhisin önemi ve önleyici hekimlik,

#### **Tehditler;**

- Ekonominin iyileşmemesi nedeniyle sağlık yatırımlarını azalması ve arz – talep dengesinin giderek açılması,

- Sağlık sisteminin iyileştirilememesi nedeniyle yanlış yatırımların devam etmesi,
- Teşvik ve yatırım politikalarında uygun gelişmelerin olması nedeniyle sağlık hizmeti arzındaki eksiklikler ve hataların artması,

Türkiye, yapılan bu değerlendirmelerin ışığında 2023 yılında, sağlık sektörüne yönelik olarak vizyonunu belirlemelidir. Bu vizyonun nasıl olması gerektiğini belirtmek istersek konu başlıklarını da belirtmemiz gerekmektedir. Türkiye 2023 yılı içinde sağlık sektörüne ilişkin vizyonu, sağlık teknolojisi ve özellikle yazılım ve sarf konularında üretken bir güce sahip olmalıdır. Bilişim alt yapısı ile sağlık teknolojisini ülke genelinde “**Benchmark**” olacak şekilde kullanan ve diğer dünya ülkelerine bu konularda **know-how** satan bir ülke konumunda olmalıdır. Bu vizyon içinde moleküler ve genetik teknoloji konularını eklemek ve bu alanda çalışmalarını hızlandırması gerektiğini belirtmezi gerekmektedir. Özellikle genetik alanda yatırımların ve çalışma alanlarının genişletilerek ülke geneline yayılması gerekmektedir. Bu vizyonun gerçekleştirilebilmesi için hangi sosyo-ekonomik hedeflere ulaşmamız gerektiğini de iyi belirlememiz gerekmektedir. Bunlara baktığımızda ise;<sup>85</sup>

- Sağlık hizmetinin ülke genelinde standartlar çerçevesinde verilmesinin sağlanması,
- İletişim altyapısının ülke genelinde hızlı olarak hizmet verebiliyor olması gerekir,
- Sağlık sisteminin entegrasyonu,
- Sağlık finansman probleminin çözülmüş olması,
- Sağlıklı bir veri bankasının kurulması ve işlemesi,
- Belirtilen alanlara yatırımlar için teşvik ve kolaylıkların sağlanması,
- Erken teşhis ve önleyici bakım yönünde sistemin kurulması,
- Sağlık sektöründe yabancı dil bilme düzeyini artması,
- Ar-Ge konularında çalışmaların ve sonuçları artması,

---

<sup>85</sup> Türk Tabipler Birliği, (2007), “Kentler, Sağlık Ve Sağlık Hizmetleri”, Ankara Haziran, [Www.Ttb.Org.Tr](http://www.ttb.org.tr) Erişim:01.06.2010

Türkiye'nin sosyo-ekonomik hedeflere ulaşmak için sahip olması gereken teknolojilerin neler olduğuna baktığımızda ise;<sup>86</sup>

- İletişim altyapısı,
- Erken teşhis için gerekli sistemler ve bunları doğru/etkin kullanımı için doğru ve eğitilmiş sağlık personelleri,
- Moleküler ve genetik teknolojisi konusundaki uygulamalar (Ör: Genetik ve Protein Çipleri, yani silikon bir çip üzerinde binlerce moleküler marker bulunan teşhise yönelik tırnak büyüklüğünde laboratuvar),
- Yeni ilaçlar ve kontrast maddeleri,

Türkiye'nin bu teknolojiler açısından güçlü ve zayıf yönlerini irdelediğimizde ise;<sup>87</sup>

#### **Güçlü Yönleri;**

- İletişim altyapısı
- Genç ve dinamik nüfus
- Yeni nesil sağlık uzmanlarının teknoloji ve yabancı dile olan yatkınlıkları
- Köklü ve iyi eğitim veren üniversitelerin varlığı

#### **Zayıf Yönleri;**

- Zayıf Ar-Ge çalışmaları,
- Genel bir vizyon ve politikanın olmaması,
- Sağlık eğitimi kalitesinin homojeni-te göstermemesi,
- Sağlık finansmanındaki zorluklar,
- Ekonomiden sağlığa ayrılan payın düşüklüğü,

---

<sup>86</sup> Türk Tabipler Birliği, (2007), "Kentler, Sağlık Ve Sağlık Hizmetleri", Ankara Haziran, [Www.Tb.Org.Tr](http://www.tb.org.tr) Erişim:01.06.2010

<sup>87</sup> Türk Tabipler Birliği, (2007), "Kentler, Sağlık Ve Sağlık Hizmetleri", Ankara Haziran, [Www.Tb.Org.Tr](http://www.tb.org.tr) Erişim:01.06.2010

Türkiye açısından bu teknolojilerin ileriye yönelik olarak tehdit ve fırsatlarının da olduğunu unutmamamız gerekmektedir. Bunları bazı konu başlıkları altında incelediğimizde ise;<sup>88</sup>

#### **Fırsatları;**

- İletişim altyapısı ile tüm ülke genelinde iyi sağlık hizmeti arzı,
- Sağlık harcamalarında verimliliğin artması ile masrafların düşmesi,
- Hedefsel, selekti ve erken teşhis-tedavi,
- Know-how'ın diğer ülkelere satılması,
- Bölgenin sağlık konusunda çekim merkezi olması,

**Tehditleri;** 2023 yılında mevcut yüksek genç nüfusun yaşlanması ile sağlık hizmetlerine olan arz talep dengesizliğinin daha da açılması beklenen bir gerçektir. Buna yönelik olarak bazı tehditler Türkiye açısından oluşmaktadır. Bunlar ise aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir.

- Teknoloji ve know-how ithalatı için daha fazla paraların yurtdışına gitmesi,
- Hastalarımızın sağlık hizmetlerini daha fazla yurtdışından almaya başlamaları,
- Artan maliyetler ile sağlık hizmeti çarkının devlete ve çalışanlara daha büyük maliyet külfet getirir hale gelmesi,

Sağlık teknolojilerinin tek başına kullanımı söz konusu değildir. Çünkü sağlık teknolojileri ile ayrılmayan bazı diğer alanlar ve çalışma zorunlulukları vardır. Bunların başında bilgi sistem yönetimi ve sağlık sistemi teknik kullanıcılarıdır. Bu parçalarında sağlık teknolojisi ile bütünleşmesi gerekmektedir.<sup>89</sup>

---

<sup>88</sup> Türk Tabipler Birliği, (2007), “Kentler, Sağlık Ve Sağlık Hizmetleri”, Ankara Haziran, [Www.Tb.Org.Tr](http://www.tb.org.tr) Erişim:01.06.2010

<sup>89</sup> Türk Tabipler Birliği, (2007), “Kentler, Sağlık Ve Sağlık Hizmetleri”, Ankara Haziran, [Www.Tb.Org.Tr](http://www.tb.org.tr) Erişim:01.06.2010

#### 2.5.9.4. Sağlık Sistemi ve Bilgi Yönetimi

“Sözlük anlamıyla bilgi, öğrenme, araştırma ve gözlem yoluyla elde edilen her türlü gerçek, malumat ve kavrayışın tümüdür. Bilgi, çok farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Bilgi doğruluğu ispatlanmış inançlardır.”<sup>90</sup>

“Bilgi, önceden belirlenen bir dizi sistematik kural ve prosedüre uygun bir biçimde işlenmiş enformasyondur. Bilgi, sosyal varlık olan insanlar arasındaki iletişim sırasında paylaşılan, aktarılan ve yeniden şekillendirilen tecrübe ve enformasyonlardır.”<sup>91</sup>

*Allee, 1997;* Bilgi, belirli bir durum, sorun, ilişki, teori veya kurala ait veri ve enformasyondan oluşan anlayışlardır.

*Bennet 2000;* Bilgi içinde yaşadığımız dünyayı ve olayları yorumlamak ve yönetmek için uyguladığımız bir dizi anlayış, kavrayış ve genellemeler ile bize güçlü bir kavrayış ve bakış açısı kazandıran her türlü zihni faaliyettir. Bilgi, sosyal olaylarda karşımıza çıkan eylem ve olayları anlamamıza yardım eden işaret ve kodlamalardır. Bilgi, insanların ve organizasyonların etkin bir biçimde eylem gerçekleştirmeleri için sahip olmaları gereken kapasitedir.

Bilgiyi daha iyi tanımlamak için benzer bazı kavramların anlamı ile bilginin anlamı arasındaki farklılıkların ortaya konması gereklidir Bilgi, veri ve enformasyon gibi daha ham anlam formları ile anlayış-kavrayış ve akıl-bilgelik gibi daha karmaşık ve işlenmiş anlam formları arasında yer alır. Veri, gözlemlenebilen, ölçülebilen veya hesaplanabilen bir davranış ya da tutuma ait değerdir.<sup>92</sup>

Veri, kavramsal bir çerçeve ve yapı içerisinde bulunan bir tür enformasyondur. Enformasyon verileri ve belirli yorum ya da işlemleri içerir ve verilere göre daha belirli bir çerçeveye sahiptir. Başka bir ifade ile enformasyon elde edilebilen, filtrelenen ve işleminden geçirilen verilerdir.

<sup>90</sup>AKTAN C.C., “Kaliteli Bilgiyi Belirleyen Faktörler”, [Www.Canaktan.Org.Tr](http://Www.Canaktan.Org.Tr), [Www.Bilgiyönetimi.Org.Tr](http://Www.Bilgiyönetimi.Org.Tr) Erişim:01.06.2010

<sup>91</sup> AKTAN C.C., [Www.Canaktan.Org.Tr](http://Www.Canaktan.Org.Tr), [Www.Bilgiyönetimi.Org.Tr](http://Www.Bilgiyönetimi.Org.Tr)

<sup>92</sup> GİRAY A.Ü.,(2001), Sağlıkta Avrupa Birliğine Doğru, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı, Yeni Türkiye Medya Hizmeti Yayınları, Yıl: 7, s.40



Bilgi, deney, tecrübe, yorum ya da fikrin bir araya gelmesi ile oluşan enformasyondur. Bilgi, sosyal olaylarda, karar ve eylemler için uygulanmaya hazır yüksek değerde bir enformasyon şeklidir.<sup>93</sup>

Bilgi kişisel anlamda düzenlenmiş enformasyondur ve genelde deney ve tecrübelerin bileşiminden oluşur. Anlam piramidinin en üstünde yer alan akıl ve bilgelik ise, sosyal olaylarda doğru ya da yanlış olanı ayırt etmemize yarayan bütün bilgileri kapsar. Sosyal olayların nedenlerini doğru bir şekilde kavramamıza ve en doğru ya da en güzeli seçmemize yardımcı olan anlama, kavrama ve akıl yürütme aşamalarında isabetli karar almamız bilginin sistematik bir biçimde işlenmesi, gözlem ve tecrübelerle yeniden şekillendirilmesi halinde mümkün olabilir. Bu aşama anlam piramidindeki son aşamayı, yani akıl-bilgelik aşamasını simgeler.<sup>94</sup>

*Martensson, 2000;* Anlam şemasını göz önüne alarak bilginin temel özellikleri birkaç ana başlık altında toplanabilir. Bilgi kolayca biriktirilip saklanamaz. Bilgi bilgisayarlardan daha çok insanların beyininde yer alan şeylerdir.

Bilgi, hammaddelerde olduğu gibi, ihtiyaç duyulduğunda işçilerin kullanımına sunulabilmesi için genellikle, depolanamaz, kodlanamaz veya istiflenemez. Enformasyon, insan akli ile işlenmediği sürece değersizdir ve bilgi haline gelmez. Bilgi, insan akli ile enformasyonun işlenmesi, yaratılması, düzenlenmesi veya kullanılmasıdır. Bilginin oluşma süreci, olay ve verilerin genel enformasyonları oluşturacak şekilde organize edilip yapılandırılması ile başlar; belirli bir kullanıcı grubunun ihtiyaçlarına uygun bir biçimde yeniden düzenlenip filtreden geçirilmesi ile sürer ve belirli bir düzen ve yapıya kavuşmuş bu enformasyonu bireylerin özümseyip bilgiye dönüştürmeleri ile son bulur. Bu dönüştürme süreci bireylerin tecrübe, davranış ve içinde buldukları koşullardan etkilenir. Bilgi, tecrübe, yorum ve içinde bulunulan şartları bünyesinde barındıran enformasyondur ve yeni bir bakış açısının ortaya çıkmasına yol açar. Bilgi, kullanılmadığında herhangi bir anlam ifade etmez. Bilgi, karar ve eylemlere uygulanmaya hazır yüksek değerdeki enformasyondur.

---

<sup>93</sup> TATAR M., TATAR F, (1998), Yerel Yönetimler ve Sağlık, Türk Belediyecilik Derneği, Ankara. s.65

<sup>94</sup> GİRAY A.Ü., a.g.e., s.65

Sağlık sisteminin en önemli noktalarından birisi ise bilgi yönetim sistemidir. Bilgi yönetimi, hiper rekabetin söz konusu olduğu global ekonomide organizasyonların sahip oldukları kaynakları daha etkin bir şekilde kullanma ihtiyacının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Tek belirli şeyin belirsizlik olduğu bir ekonomik ortamda ve yönetim sistemlerinde bilgi sistemlerinin kullanım zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Aktif ve sistematik bir bilgi yönetimi işletmelerin ve diğer organizasyonların etkinliği ve rekabet gücü için son derece önemlidir. Bilgi yönetimi, organizasyonların kültürlerinin bir parçasıdır. Bilgi yönetimi sistemi ise organizasyonların faaliyetlerini stratejik, taktiksel ve operasyonel açılardan etkileyebilen ve böylece insan kaynakları yönetimi, üretim, kontrol, örgütlenme, kalite, finansman, ar-ge, bilgi teknolojileri yönetimi ve diğer faaliyet alanları üzerinde olumlu etkiler oluşturabilme potansiyeline sahiptir.

Sağlık sistemleri içinde bilgi yönetim ve sisteminin önemi büyüktür. Bu nedenle bilgi sistemleri ile entegre olmuş bir yönetim anlayışı ile sağlık sistemlerinin daha kalite ve verimlilik sağlamaması mümkün değildir. Bilgi sistemlerinin tam anlamı ile kullanılmaması nedeni ile oluşabilecek sorunlar arasında yönetim sistemlerinin çökmesi, finansal yönetimin istikrarsızlığı için gerekli alt yapı ve yatırımların sağlanamaması hizmet kalitesinin düşmesi, iş veren ve girişimcilerin geri çekilerek sistemin işleyemez hale dönüşmesine zemin hazırlayacaktır. Bu nedenle sağlık sistemleri içinde bilgi sistemlerinin yönetilmesi ve kullanılması bir zorunluluk haline gelmiştir. Sağlık sistemi ve bilgi sisteminin bütünleşik bir yapı parçası ise ekonomi yönetimidir. Sağlık sistemleri içinde sağlık giderleri, finansal yönetimi ve ekonomik bütünlüğü işleyiş açısından önemlidir.

## **2.6.Sağlık Sistemi ve Ekonomi**

Sağlık ekonomisi genel ekonomi bilimi kurallarının sağlık sektörüne uygulanmasıyla bu kuralların sağlık sektörüne adapte edilmesiyle ortaya çıkan uygulanabilir bir alt daldır.<sup>95</sup>

---

<sup>95</sup> TOKAT M., (2008), “Sağlık Ekonomisi”, H.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi, Ankara, s.78

Sağlık ekonomisi, “sağlık sektörüne ayrılan kaynakların en iyi şekilde en ekonomik, etkili verimli, rasyonel” olarak kullanılması ve en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi bölüştürmek şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık sistemleri içinde oluşan ekonomiyi ilgilendiren alt başlıklara baktığımızda ise;

- Emek, “İş Gücü”,
- Sermaye,
- Toprak,
- Girişim,
- Girişimci,

Sermaye içine giren ve sermayeyi kapsayan sistem ürünlerine baktığımızda ise;

- Tıbbi cihazlar,
- Hasta yatakları,
- Yatan hasta sayısı,
- Yatan işgal oranı,
- Tomografi cihazları,
- Röntgen cihazları,
- Tıbbi sarf malzemeleri,
- İlaç ve diğer ürünler,

Toprak içine giren finansal ürünlere baktığımızda ise;

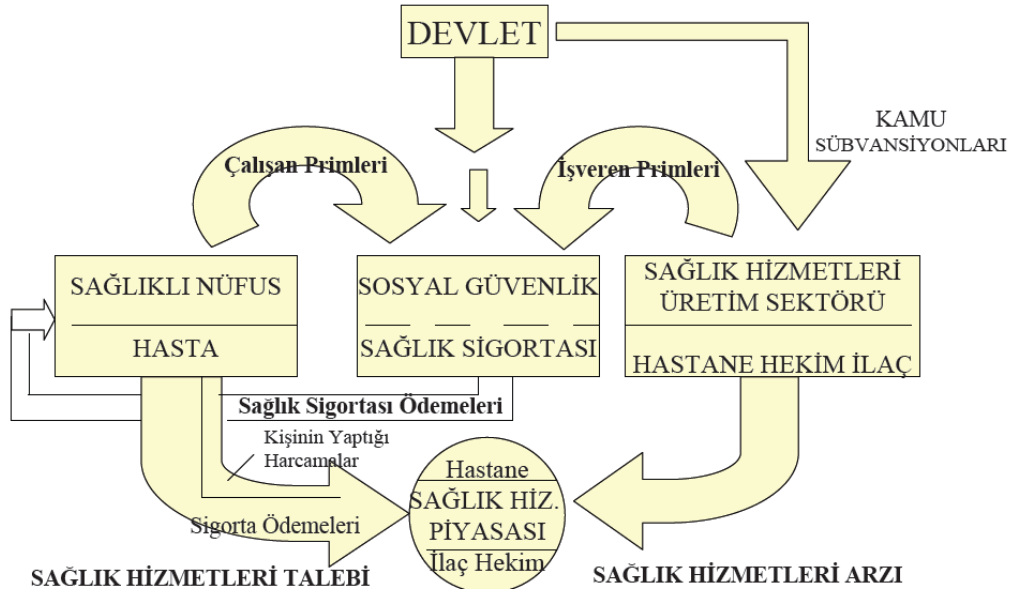
- Binalar,
- Sabit Yatırım Amortismanları,

Sağlık ekonomisini doğrun bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlara baktığımızda ise;

- Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği,
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşıması,

- Sağlık hizmetlerine olan talepler,
- Sağlık hizmetlerinde kişinin talebi,
- Hastanın almış olduğu sağlık hizmetinin kalitesi ve karakteri,
- Sağlık hizmetlerinin çoğunun kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlı olması,

## SAĞLIK EKONOMİSİ SİSTEMİ



Şekil 13. Sağlık Ekonomisi Sistemi Grafiği

“2003 yılında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) tarafından “Sosyal Hizmetler ve Sosyal Yardım Temel Kanunu Tasarısı Taslağı”, “Emeklilik Sigortası Sistemi ve Emeklilik Sigortaları Kurumu Kanunu Tasarısı Taslağı” ile “Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanunu Tasarısı Taslağı” adını taşıyan üç ayrı yasa tasarısı hazırlanmıştır. Sekizinci gözden geçirme sürecinin gereği olarak Uluslararası Para Fonu’na gönderilen 15 Temmuz 2004 tarihli Niyet Mektubunda Türkiye’nin kamu maliyesi performansındaki kalıcı bir iyileşmeyi desteklemek amacıyla, yapısal reform programının uygulanmasına devam

edilmekte olduğu belirtilmiştir. Performans kriteri olarak sosyal güvenlik reformunun yapılacağı açıklanmıştır.”<sup>96</sup>

Türkiye’de geçen yıllarda yaşanan deneyimler Niyet Mektuplarında yer verilen “niyetlerin” yaşama geçmesi yönünde hükümetlerin somut adımlar atmaktan çekinmediklerini göstermektedir. Bu nedenle Hükümetin, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığının (SGKB) attığı adımlar ve girişimler yakından izlenmelidir. 2004 yılı sonbaharında sosyal güvenlik reformuna ilişkin yasa tasarılarının tümünün olmasa bile, genel sağlık sigortasının (GSS) kurulması ile emeklilik kurumlarının birleştirilmesine ilişkin düzenlemeleri içeren yasa tasarılarının Türkiye Büyük Millet Meclisi gündemine sunulacağı açıktır.<sup>97</sup> Reformun bir diğer bileşeni olan sosyal yardım ve hizmetlere yönelik tasarlanan reformun niyet mektubunda öngörülmediği görülmektedir. Son olarak, 29 Temmuz 2004 tarihinde ise, ÇSGB ile SGKB tarafından hazırlanan “Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi (Taslak Metin)” adını taşıyan bir çalışma kamuoyuna sunulmuştur (ÇSGB, 2004). Taslağın sonunda reformun temel adımlarının hangi zaman aralıklarında gerçekleştirilmesinin planlandığı tablo olarak gösterilmiştir. 2005 yılının ilk üç ayında yasa tasarılarının TBMM’nde görüşülerek yasalaşması öngörülmüştür. Bu planlamaya göre 2007 yılının Aralık ayında reform süreci bitecektir.<sup>98</sup>

Sağlık hizmetlerinin tümünden katılım payının isteneceği açıktır. Katılım payının hangi oranda olacağı belli değildir. Koruyucu sağlık hizmetlerinden ya da aile hekimliği hizmetlerinden yararlanma sırasında katılım payı ödeme zorunluluğunun olup olmayacağı açıklama bekleyen bir diğer konudur. Çok yüksek harcama gerektiren sürekli veya önemli hastalıklara ilişkin sağlık hizmetlerinden yararlananların ödeyeceği katılım paylarının miktarı da yüksek olacaktır. Yüksek miktarda katılım payı ödeme gücü olmayanların durumlarının ne olacağı belirtilmemiştir. Maliyete katılım zorunluluğu yalnızca sürekli ve önemli hastalıklara

---

<sup>96</sup> Başbakanlık (2004), “15. Temmuz 2004 Tarihli İmf Başkanına Gönderilen Mektup”, ([http://www.hazine.gov.tr/standby/8ggnm/Sekizinci\\_Gg\\_Niyet\\_Mektubu\\_Tercume.Pdf](http://www.hazine.gov.tr/standby/8ggnm/Sekizinci_Gg_Niyet_Mektubu_Tercume.Pdf)) (22.08.2004)

<sup>97</sup> DİE, (2004), “Hanehalkı İşgücü Anketi 2004 Yılı I. Dönem Geçici Sonuçları”, Die Haber Bülteni (www.die.gov.tr)

<sup>98</sup> BAŞESKİOĞLU M., (2004b), “Sosyal Güvenlik Reformu”, Ntvmsnbc Yakın Plan Programı-30.07.2004, (<http://www.ntvmsnbc.com/news/280488.asp>)

maruz kalmış bireylerin sorunu değildir. Yoksullar, düşük gelirliler, yaşlılar ve kalabalık aileler gibi ekonomik, sosyal ya da sağlık bakımından özel risk grubunda yer alanların sağlık hizmetlerine ulaşmasında engeller yaratacaktır.

Katılım payı nedeniyle bu gruplarda yer alanlar hastalıkların daha kolay kontrol altına alınabileceği, daha kolay ve az masrafla iyileşebilecekleri erken aşamada sağlık kuruluşlarına başvurmadan çekinebileceklerdir. Bireysel özel sağlık harcamalarını arttırmaya amaçlayan ikinci önemli düzenleme kaliteli ve iyi bakım masrafıdır.<sup>99</sup>

**Tablo 9. Türkiye’de Konsolide Bütçe Giderleri İçinde Sosyal Güvenlik Giderleri**

Yıl	Konsolide Bütçe Giderleri		Konsolide Bütçeden Sosyal Güvenlik Açıkları İçin Yapılan Giderler		Konsolide Bütçenin Diğer Tüm Giderleri	
	(Milyar TL)	%	(Milyar TL)	%	(Milyar TL)	%
1990	68.355	100	1.225	<b>1.79</b>	67.130	98.21
1991	132.401	100	1.599	<b>1.20</b>	130.802	98,80
1992	225.398	100	4.000	<b>1.77</b>	221.398	98,23
1993	490.438	100	11.000	<b>2.24</b>	479.438	97,76
1994	902.454	100	34.480	<b>3.82</b>	867.974	96,18
1995	1.724.194	100	108.205	<b>6.27</b>	1.615.989	93,73
1996	3.961.308	100	335.300	<b>8.46</b>	3.626.008	91,54
1997	8.050.252	100	760.000	<b>9.44</b>	7.290.252	90,56
1998	15.614.441	100	1.400.000	<b>8.96</b>	14.214.441	91,04
1999	28.084.685	100	2.750.000	<b>9.79</b>	25.334.685	90,21
2000	46.705.028	100	3.321.098	<b>7.11</b>	43.383.930	92,89
2001	80.579.065	100	5.112.000	<b>6.34</b>	75.467.065	93,66
2002	115.682.350	100	11.205.000	<b>9.68</b>	104.477.350	90,32
2003	140.454.842	100	15.922.000	<b>11.33</b>	124.532.842	88,67

(Muhasebat, 2004)

**Hutsebaut, 1997;** Sosyal güvenlik sisteminin finansmanında kullanılan iki önemli kaynak vergi gelirleri ve katkılardır (prim). Vergi ve katkılardan elde edilen gelirlerin sosyal güvenliğin finansmanında taşıdıkları önem ülkeden ülkeye değişmektedir. Sosyal sigorta geleneğine dayalı ülkelerde sosyal güvenlik gelirlerinin en önemli kaynağı katkılardır. Sosyal yardımların yaygın olduğu ülkelerde

<sup>99</sup> KAPAR R., (2004), “Taslak Metne İlişkin Eleştiriler, Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerileri”, Sosyal Güvenlik Kurum, Ankara, s.65

vergilerden elde edilen gelirler finansmanda öne çıkar. Son yıllarda sosyal güvenliğin finansmanında katkı gelirlerinin yoğun olduğu ülkelerde vergi gelirlerine, vergi gelirlerinin yoğun olduğu ülkelerde ise katkı gelirlerine önem vermek gibi bir eğilim gözlenmektedir.

Bir başka deyişle, iki farklı sistemin finansman bakımından birbirine yakınlığı anlaşılmaktadır. Aşağıdaki tabloda Avrupa ülkelerinde sosyal korumanın finansmanına devlet tarafından yapılan katkının payı gösterilmektedir.<sup>100</sup>

**Tablo 10. Seçilmiş Ülkelerinde sosyal koruma gelirleri içinde devlet katkısının payı**

Seçilmiş Avrupa Ülkelerinde Sosyal Koruma Gelirleri İçinde Devlet Katkısının Payı										
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
AB-15	-	32,9	32,7	32,2	32,4	32,9	35,1	35,7	35,6	36,0
Danimarka	82,0	81,5	73,0	69,7	68,0	66,8	66,2	65,2	63,9	62,6
Almanya	27,2	29,3	28,7	28,5	30,3	30,2	31,2	32,8	32,2	32,6
Fransa	18,1	19,9	21,5	21,5	21,9	23,9	30,9	30,4	30,5	30,4
İtalya	30,2	29,7	33,1	30,0	29,3	29,5	38,2	38,9	40,4	41,1
İngiltere	47,6	52,5	51,0	50,5	49,5	48,0	46,4	46,9	46,4	48,2
Hollanda	22,4	21,7	16,7	17,1	16,9	16,5	15,9	14,8	14,4	16,3
İspanya	27,9	31,0	28,4	30,3	28,6	27,9	28,1	28,0	27,1	26,7

(EUROSTAT, 2004b: 93)

Sağlık sistemi içinde ekonomiyi etkileyen bazı faktörler vardır bunlara baktığımızda ise;

- Fiyat,
- Gelir,
- Tüketicinin zevk ve beklentileri,
- İleriye yönelik fiyat beklentileri,
- Diğer mal veya hizmetlerin fiyatları,
- Yaş, Cinsiyet, Kültür, Eğitim ve İnançlar,

<sup>100</sup> BAŞESKİOĞLU M., (2004a), “Önsöz”, (İçinde), “Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi (Taslak Metin)”, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, ([Http://Www.Calisma.Gov.Tr/Projeler/Sos.Guv.Oneri.Pdf](http://www.calisma.gov.tr/projeler/sos-guv-oneri.pdf)). (21.08.2004)

Sağlık sisteminde arzı etkileyen faktörlere baktığımızda ise;

- Fiyat,
- Yatırım,
- Teknoloji,
- Kapasite,

Bazı Dünya ülkelerinin sağlık sistemi içindeki finansal kaynak ve harcamalarına baktığımızda aşağıdaki tablo bilgileri bize gerekli olan doneleri vermektedir.

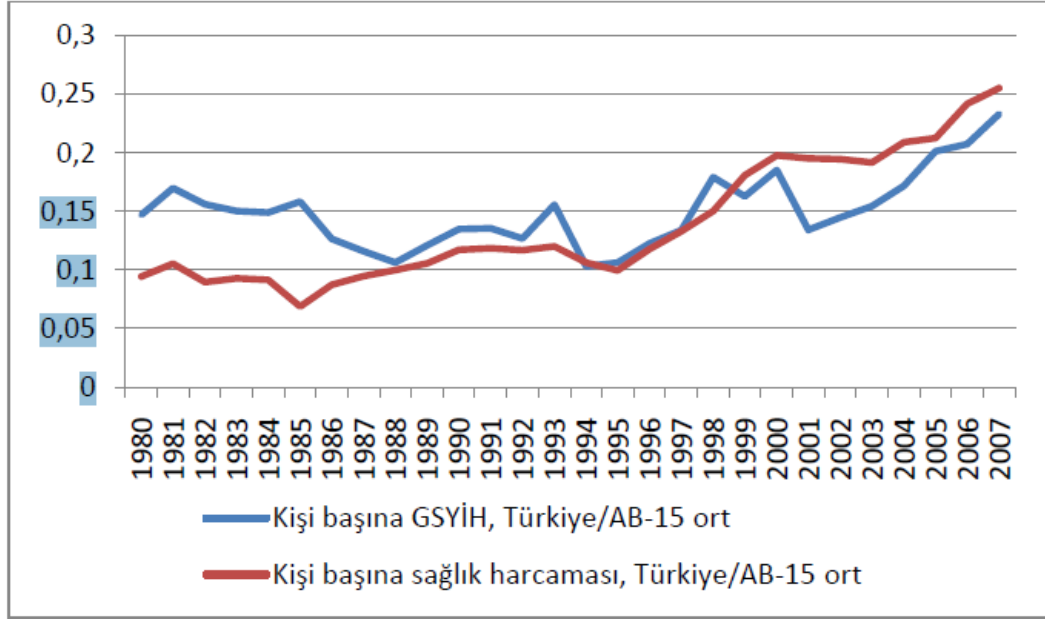
**Tablo 11. Toplam Sağlık Harcamalarının Parasal Büyüklüğü \$**

Ülkeler	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>1. Grup</b>							
İngiltere	79501	83598	91057	49445	104473	104723	108716
Finlandiya	9793	9792	8962	7670	8835	7987	8443
İsveç	20243	22720	20361	15852	21220	20131	19121
Danimarka	14793	15142	13902	9758	14729	13217	13641
İrlanda	4527	4847	5142	2464	5967	6003	6593
<b>2. Grup</b>							
U.S.A	973033	102541	1073992	547280	1196250	1280872	1391721
İsviçre	30645	30571	26669	15942	27723	25560	-
Japonya	358765	323076	294790	187528	333696	363543	-
<b>3. Grup</b>							
Almanya	260806	258926	224953	111620	223858	197117	198217
Hollanda	34821	34099	30567	18440	34585	31905	34238
Avusturya	20179	20102	16307	8995	16857	15325	-
Fransa	147990	147789	131558	-	133862	121223	124540
<b>4. Grup</b>							
İtalya	81077	92121	90244	64937	92378	87423	91492
İspanya	46390	46531	41947	21859	45098	41668	43726
Portekiz	8931	9508	9162	3427	10017	9555	10089
Yunanistan	11312	11854	11485	4314	12072	10729	10949
<b>5. Diğer Grup</b>							
Meksika	16240	17136	21559	-	26597	32215	39851
Kore	22844	25748	23913	7531	22564	27127	-

**Kaynak:** OECD Health Data/2003



**Şekil 14: Kişi başına toplam sağlık harcaması ve GSYİH, Türkiye/AB-15 ortalaması (1980-2007)**



Kaynak: WHO-HFA Database ve Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2008.

Sağlık hizmetinin sunulması esnasında, var olan finansmanları yönetmekle yükümlü olan yöneticiler bu finansmanları kamu yarınını dikkate alarak hareket etmeleri gerekmektedir. Daha önceleri bu alanda yapılan hatalar, sağlık sistemindeki maliyetleri ciddi derecede arttırmıştır. Bu sebeptir ki gerek sağlık sektörü gerekse diğer kamu sektörlerinde yöneticilerin dikkat etmesi gereken öncelikli konu şeffaflıktır. Şeffaflıkla kayıt altına alınmış bütün işlemlerdeki amaç kamu zararının ortadan kaldırılmasıdır.

Gelişmiş olan ülkelerle gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemine ayırdıkları bütçeye baktığımızda aralarında ciddi farkların olduğunu görmekteyiz. Ülkemiz açısından düşündüğümüzde bu farkın kaldırılması için ya devletin bu alandaki vergileri artırması gerek ya da çalışanların primlerini ödemekle yükümlü işverenlerin bu primlere ek olarak prim ödemeleri gerek. Bu açıdan işverenlerin finans kaynaklarına doğrudan ciddi bir etkisi vardır.

## BÖLÜM II

### 3. SAĞLIK SİSTEMİ, GİRİŞİMCİLER ve SOSYAL GÜVENLİK

1923 – 1932 yılları arasında Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık sistemi ve sosyal güvenlik yapısı üzerinde büyük değişiklikler ve çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaların işleyişinde ve yürütülmesinde en önemli faktör politik çalışmalardır. Bu politikalar çevresinde özel sektörü “Girişimci” sınıfına bir takım geliştirici teşvikler sunulmuştur. Girişimci sayısında büyük artışlar gözlenmiştir. Fakat gerçekleştirilenler, devletin beklentilerinin ve ihtiyaçlarının altında olduğundan 1932 yılında söz konusu politikalar terk edilerek kullanılmaz hale gelmiştir.

Türkiye Cumhuriyetinin öncesinde ve sonrasında Türk halkı büyük sorunlar yaşamış ve bu sorunlar savaş şeklinde halkın üzerinde birçok olumsuzlukları doğurmuş, sistemler çökmüş, ekonomik güç kaybedilmiş ve sistem durma noktasına gelmiştir. Kurtuluş savaşını kazanan Türkiye Cumhuriyeti ülkenin imarına ve kalkındırılmasına yönelik atılımlara başlamış ve gerekli yapılanmaya hız vermiştir. Özellikle bozulan ve işlemeyen atıl sistemler işletilmek üzere yeniden yapılandırmaya başlanmıştır. Bu yöndeki teşebbüs ve çabalar Cumhuriyet öncesi dönemde de mevcudiyetini korumuştur. Osmanlı toplumunda fabrika üretimine geçmek ve girişimci sınıf yaratmak çabaları tazminat dönemi ile birlikte start almıştır. XIX. Yüzyılın sonlarında doğru girişimci sınıfın zayıf olmasının zararları görülmüş ve teşebbüs fırsatları doğrultusunda girişimci sınıfı güçlendirmeye yönelik faaliyetler ve çalışmalar hız kazanmıştır.

“Özellikle II. Meşrutiyet dönemi, iktisadî uyanışın başladığı bir dönemdi. Bu dönemde millî ekonominin geliştirilmesi ile bir girişimci sınıfın yaratılması özdeş olarak kabul edilmeye başlanmıştır. "Millî iktisat" adı verilen politikalarla Müslüman-Türk unsur girişimciliğe teşvik edilmiştir.

1913 Teşvik-i Sanayi Kanunu ile sanayicilere önemli imtiyazlar ve muafiyetler tanınmıştır. I. Dünya Savaşı sırasında ekonomi gümrüklerle korunmuş; yabancılara verilmiş imtiyazlar kaldırılmış; millî bankaların kurulması teşvik edilmiştir. Bu dönemde uygulanan politikaların sonucu olumlu olmuştur. Zira geçmiş döneme kıyasla bu dönemde sanayi ve ticarete atılan Müslüman-Türk unsurunun sayısı artmıştır.”<sup>101</sup>

1923 yılından itibaren Türkiye Cumhuriyeti devleti büyük çalışmalara imzalar atmış, savaştan yenik çıkan ve ekonomisi çökmüş bir ülke olarak yeniden yapılanmaya ve birçok alanda gelişmeye yönelik projelerine hız vermiştir. Bu projeler arasında sağlık sistemi ve sosyal güvenlik sistemine yönelik de birçok çalışmalar gerçekleştirilmiştir.

### **3.1. Sağlık Sistemi İçinde İşverenler ve Girişimciler**

Birçok alanda geçerliği olan olmazsa olmazlar arasında yer alan iktisadi gelişme düzeyi ve ekonomik güç, Türk girişimci sınıfı içinde büyük önem gösterir. Yapılan iktisat kongrelerinde ve ekonomi platformlarında yer alan özel girişimci sınıfı ve işletmeleri ekonomik güç ve yeterlilik gereğince bazı çalışmalar gerçekleştirmektedir. Bu çalışmalar kamu ve özel sektör arasındaki ilişki ve çalışmaların işleyişini belirlemektedir. Sağlık sistemi içine girmiş, sağlık sisteminin bir parçası haline dönüşmüş olan özel girişimci ve işletmeler artık vazgeçilmezler arasında yer almaktadır. Birinci sırada yer alan sendikalar, ilaç üreticisi kurumlar ve işletmeler, çevre örgütleri, finans kurumları, vakıflar, özel hastaneler ve işletmeler, medikal üreticileri ve işletmeleri, akademik kurumlar ve kuruluşlar ve özel sağlık personeli.

Özel sağlık kurum ve kuruluşları ile girişimcilerin yaratılması ve imarı Türkiye’de olduğu gibi birçok dünya ülkesi içinde gerekli olan çalışmalardır. Kamunun yaratamadığı bazı istihdam ve hizmetlerin bu özel işveren ile girişimciler tarafından sağlanması ve yaratılması ülke ekonomisi başta olmak üzere hizmet sektörü içinde vazgeçilmezler arasında yerini almaktadır.

---

<sup>101</sup> ALTIPARMAK A., “Türkiye Cumhuriyetinin İlk Yıllarında Girişimci Sınıfın Güçlendirilmesi”; [www.balikesir.edu.tr](http://www.balikesir.edu.tr) Erişim:02.06.2010

Özel girişimciler ve işletmelerin yaratılması bu sınıfın oluşturulması için çabalar sarf edilmesi kamu yararına büyük olanaklar sağlamaktadır. Kamunun yetersiz kaldığı veya hizmet sisteminin çeşitlendirilmesi ve genişletilmesi, kamu bünyesinde istihdam edilemeyen iş gücünün özel sektör tarafından istihdam edilmesi ve ekonomiye yarar sağlaması açısından büyük önem arz eder. Bu zorunluluk kamunun iktisadi bakımdan zayıflığı ve girişimci ile özel sektörün bu alanda yatırım yaparak kamu yararına işletilmesidir.

Özel işverenler bakımından konuyu incelediğimizde ise; özel sağlık kurum ve kuruluşları, eczaneler, medikal ürün üreten ve hizmetini sunan kuruluşlar sağlık sisteminin artık bir parçası haline gelmiş ve kamu yarına hizmet etmeye etmektedir. Fakat her ne kadar kamu yararına hizmet eden bu teşekküller olsa da bun kurum ve kuruluşların sağlık sistemi içinde yönetimi de büyük önem arz eder. Yürütme, yönetme, denetim ve istihdamın sürekliliği kamu açısından farklı bir çalışma alanını oluşturur.

### 3.2. Sağlık Sistemi İçinde Yönetim

Sağlık sistemi içinde yönetim farklı bilim dallarınca farklı biçim ve şekillerde tanımlanmaktadır. Bu tanımlamalar uzmanlık sistemine yönelik de farklılık gösterebilmektedir. Ekonomistlere göre farklı, işletmecilere göre farklıdır. Siyasal bilimcilerin işletme yönetimine bakışları ise diğer iki grup içinden daha da fazla farklılık göstermesidir. Yönetim bir otorite sistemi olarak kabul edilmektedir. “Toplum bilimciler göre yönetim, bir sınıf veya saygınlık sistemidir. Hatta yönetim bilicilerinin üzerinde anlaştığı bir tanım vermek imkânsızdır.”<sup>102</sup>

Yönetimde başkaları üzerinde otorite kurma yaklaşımı, kamu yönetimine ait bir yaklaşım şeklidir. Kamu yönetimi, yönetimden çok idare anlamında kullanılmaktadır. İngilizcede bu ayrımı yapmak için “*management*”, yönetim “*administration*” idare kavramları kullanılmaktadır.

---

<sup>102</sup> MUTLU E.C., (2008), “İşletmelerde Yönetim Ve Organizasyon”, Anadolu Üniversitesi Yayınları, A.Ö.F. Ders Notları Eskişehir, s.87

Yönetim ve organizasyon kavramının tanımı yapılırken diğer bir yaklaşım da bu sürece yönetim fonksiyonları açısından bakmak şeklindedir. Yönetim, planlama, örgütlenme, liderlik ve kontrol fonksiyonlarının yardımıyla eldeki kaynakların etkin ve verimli şekilde kullanılmasını sağlamaktır. <sup>103</sup>

Yönetim ve yönetim organizasyonun özelliklerini bazı başlıklar altında toplamamız mümkündür.

- Yönetim bir grup faaliyetidir.
- Yönetimin beşeri özellikleri bulunmaktadır.
- Yönetim bir işbirliği faaliyetidir.
- Yönetimin amaç ve özelliği bulunmaktadır.
- Yönetim iş bölümü ve uzmanlaşma faaliyetidir.
- Yönetim bir koordinasyon faaliyetidir.
- Yönetim bir yetki ve emir komuta faaliyetidir.
- Yönetim evrensel bir süreçtir.

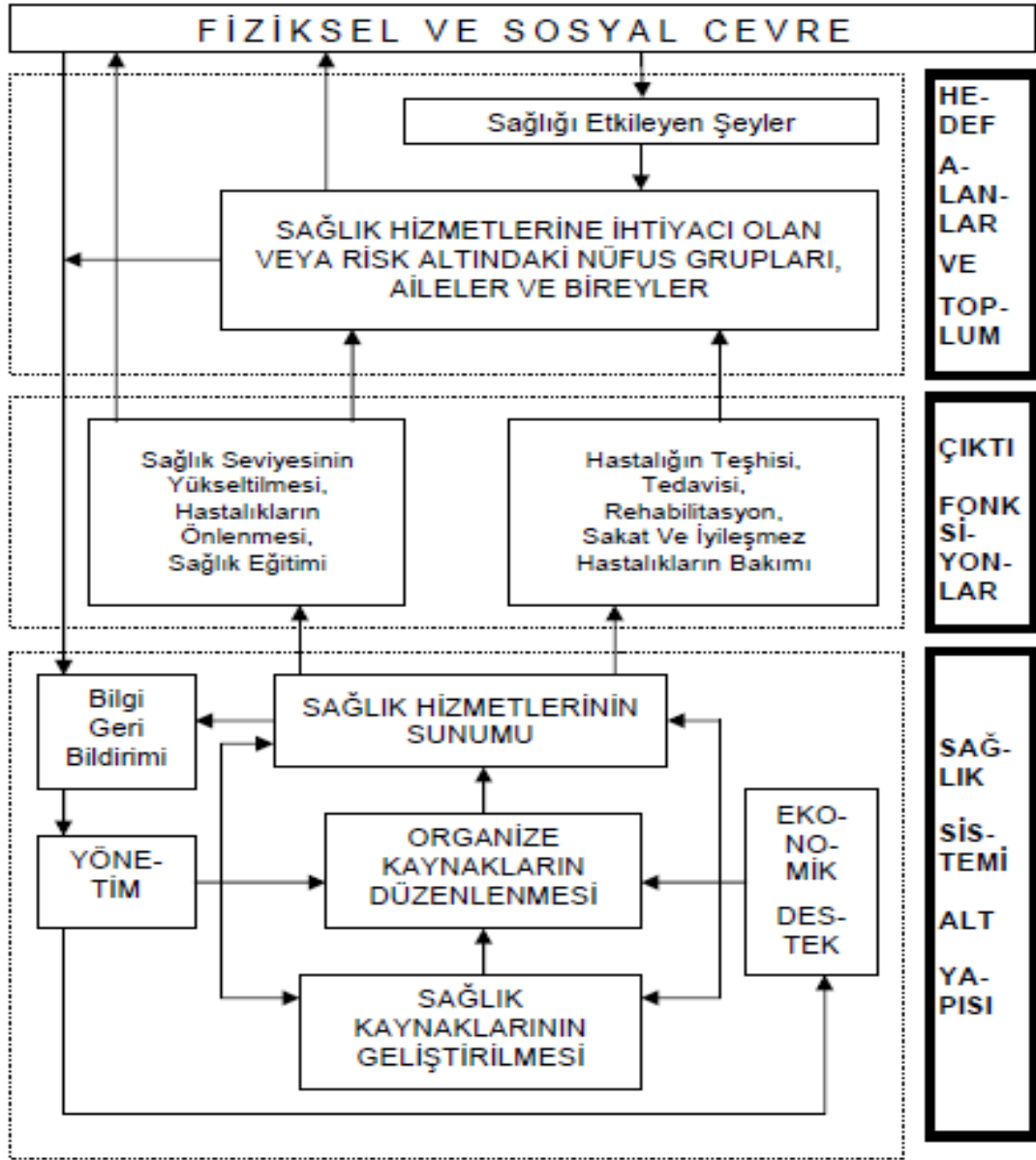
Yönetim organizasyon sistemi içinde yönetici kavramını unutmamak gerekmektedir. Yönetici, kavramı ile ilgili olarak son yıllarda, hem tanım olarak hem de terim olarak değişiklikler ortaya çıkmıştır. Yönetim işinin bünyesinin değişmesine paralel olarak “yönetici” terimi yerine, bu değişimleri ve gelişmeleri daha iyi ifade ettiği düşünülen başka terimler kullanılmaya başlanmıştır. Yönetici kavramı başlıklarının yerini almaya çalışan terimlere baktığımızda ise; <sup>104</sup>

- Koç, (Coach)
- Kolaylaştırıcı, (Facilitator)
- Mentor, (Koruyucu)
- Mümkün Kılıcı, (Enabler),
- Destekleyici, (Sporsor)

---

<sup>103</sup> KOÇEL T., (2003), “İşletme Yöneticiliği”, Beta Yayınları İstanbul, s.29

<sup>104</sup> KOÇEL T., a.g.e., s.25



**Şekil 14. Sağlık hizmetlerinin fiziksel ve sosyal çevresi**

“Yönetici, kar ve risk başkalarına ait olmak üzere ekonomik mal veya hizmet üretmek veya pazarlamak için üretim faktörlerini doğal kaynaklar, emek, sermaye, girişimci, bilgi ve kaynakları ele geçirip, düzenli bir biçimde bir araya getiren ve böylece kurulan ya da çalışmakta olan işletmeyi amacına uygun çalıştırma sorumluluğunu üstlenen kişidir.”<sup>105</sup>

<sup>105</sup> TENGİLİMOĞLU D., IŞIK O., AKBOLAT M., (2009), “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, Nobel Yayınları, Ankara Kasım, ss.2-3

### 3.2.1. Yönetimsel Düzeyler

Yönetim denildiğinde yalnızca üst düzey yönetimi kapsayan bir süreç aklı gelmemelidir. Gerçekten yöneticiler büyük, küçük, özel, kamu, bütün örgütlerde çeşitli düzeylerde iş gören kişi ve bireylerdir. Geleneksel olarak yönetimsel düzeyler, hiyerarşik düzeyler açısından sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflamaya göre yönetim kademesi; üst yönetim “*Top or Senior Management*” orta düzey yönetimin “*Middle Management*” ve alt düzey yönetim “*Supervisory Coordinative Level*”, olmak üzere üç grup altında incelenebilir. Başka bir ifade ile politika düzeyi, yönetimsel ve koordinasyon düzeyi ve uygulama düzeyi olarak adlandırılmaktadır.<sup>106</sup>

#### 3.2.1.1. Yönetimin Tarihsel Gelişimi

Yönetim oldukça eski bir kavramdır. Yöneten ile yönetilenin ortaya çıktığı ilk çağlardan beri yönetim uygulamalarını görmek olağandır. Ama yönetimin bir bilim olarak ortaya çıkışı, sistemli bir bilgi kümesi oluşturma çabaları 19 ncu y.y. başlamıştır. Yönetimin bilimi ve organizasyon teorileri 4 yaklaşım olarak ele alınmakta ve değerlendirilmektedir. Bunlara baktığımızda ise;

- Klasik Yönetim Yaklaşımı,
- Bilimsel Yönetim Yaklaşımı,
- Yönetim Süreci Yaklaşımı,
- Bürokrasi Yaklaşımı,

Sağlık sistemi içinde yer alan yönetim anlayışı ise sağlık planlaması ile başlamaktadır. Sağlık sisteminin en önemli süreçlerinden birisini sağlık planlaması oluşturmaktadır. Bu nedenle yönetim sistemi ve yönetim kalitesi sağlık sistemi açısından büyük önem gösterir.

---

<sup>106</sup> Huse F. E., (1979), “The Modern Manager” St. Paul, Mn, West Publishing Co, Ss.9-11

### 3.2.2. Sağlık Planlaması

Birçok dünya ülkesi ve Türkiye açısından sağlık planlaması büyük önem arz eder. Toplumun sağlık açısından değerlendirilmesi, ihtiyaçların belirlenerek gerekli planlamalar doğrultusunda işlemlerin gerçekleştirilmesi hem kamu hem de toplum açısından önemlidir. Sağlık hizmetlerini planlı gelişmesini gerçekleştirmek için, akılcı ve mantıklı bir şekilde, ülkenin medikal hizmet ihtiyacını ülkenin kaynakları ile iyi dengelemek gerekmektedir. Medikal hizmet alanında teknolojik gelişmeler ve birikimleri nazarı dikkate alınmak kaydı ile yapılan planlamalar uygulanan sistemle bütünleştirilmelidir. Sağlık planlaması kapsamında ve çerçevesinde yapılan sağlık planları, ülkenin ihtiyaçlarına göre özel şekiller alabilir. Aynı zamanda milli sağlık planı, ülkenin sosyal ve ekonomik planının bir parçasıdır. Sağlık planının ülkenin ihtiyaçlarına uygun bir şekilde yapılabilmesi için, ülkenin kaynaklarını ve ihtiyaçlarını belirleyecek istatistiklerin hazırlanması gereklidir. Sağlık planlamasının yapılması bir amaç şeklinde düzenlenmelidir. Bu amaç kamu ve kurumların menfaat ve faydasına yönelik oluşturulmalıdır. Toplum ve bireylerin bu amaçlar doğrultusunda kapsamlı olarak gerekli hizmeti almalıdır.<sup>107</sup>

Sağlık planlamasının amaçlarına baktığımızda ise;

- Medikal hizmet arz ile talep durumunun saptanması,
- Taleplerin eldeki kaynaklara göre karşılanması,
- Ülkenin sosyo-ekonomik ihtiyaçlarına en uygun yatırım planına dönüştürülmesi,

Yukarıdaki bahsettiğimiz planlamanın gerçekleştirilebilmesi içinde bazı şartlar gereklidir. Bunlara baktığımızda ise;

- Kapsamlı dengeli ve önceliklerin saptanması,
- Esneklik, gelişime açık olması,
- Kaynakları ve stokları en iyi şekilde kullanan,

---

<sup>107</sup> ÇETİNER S., (2008), “Sağlıkta Teknoloji Planlamamız Ne Durumda”, Hastane Sağlık Yönetimi Dergisi, ISSN, ss.1302-3136.



- Fiili ve potansiyel personel ihtiyacının planlanması ve gerekliliklerin yerine getirilmesi,

Sağlık planlamaları yapılırken bazı evler bulunmaktadır. Planlamalar bu evrelerden geçerek hayata geçirilir. Bu evrelere baktığımızda ise;<sup>108</sup>

- Problemlerin ve kaynakların, değişen gelecek durumlara projeksiyonu,
- Kaynak sınırlamaları ışığında politika seçeneklerinin gözden geçirilmesi,
- Politika belirlenmeli,
- Politika amaçlarının başarısını ölçmek için değerlendirme işlemlerinin uygulanması,
- Planlamanın bir üst aşaması için önceki deneylerden sonuçlar çıkarılmalı,
- Gelişmenin ihtiyacı olan bilgiler toplanmalı,
- Sağlık sektörü çıktısını ölçmek için demografik ve epidemiyolojik indisler çıkarılmalı,
- Risk faktörleri belirlenmeli,
- Hizmet dağılımları planlanarak hayata geçirilmelidir.

Dünya ülkelerin birçoğu tedavi kurumları, personel, tedavi hizmetleri, koruyucu hekimlik hizmetleri, organik bir şekilde büyümektedir. Bir seviyeden sonra, büyüyen sağlık hizmetleri de sosyal, kültürel ve ekonomik parametrelerle etkilenmeye başladığı görülmektedir. İktisadi planlamanın da zorlanmasıyla organik bir gelişmenin yerini, düzenli ve etkin bir gelişme almaktadır. Sağlık planlamasının yapılmasını zorunlu kılan diğer faktörlere baktığımızda ise;

- Sağlıktaki düzelmeler sonucu ortaya çıkan üretim artışları,
- İlerideki tıbbi bakım giderlerinin ve muhtemel kayıplardan tasarruflar,
- İşgücü kayıplarının azaltılması ve çalışma yaşının uzatılması,
- Toplumun sağlık standardının yükseltilmesi,

---

<sup>108</sup> EROL D., (2009), “Metropolitan Tanımları Ve Metropolitan Planlama”, Gazi Üniv.Müh.Fak. Yayınları, Ankara, s.90

Yukarıda başlık altına aldığımız zorluklar, bilgi birikimi ve aşağıda gösterilen üç temel sorundan doğmaktadır. Planlama anında mantıklı bir karara varmanın zorlukları, Kara anında maruz kalınan psikolojik baskılar, Yerinde bir karara varırken, kararı etkileyen faktörler üzerinde karar vermenin kontrol eksikliği sağlık planlaması, politik ve ekonomik yapısı ne olursa olsun her ülke için bir koşuldur.

Planlamayı sağlayabilmek için, sağlıkla ilgili her düzeyde bilgiyi koordine edebilecek bir ekibe gereksinim vardır. Sağlık programlaması için uygun bir enformasyon sistemine gereksinim vardır. Üst planlama komitesi, bağlı buldukları bakanlık tarafından sınırlandırılmamalı, diğer bakanlıklar, kuruluşlar ve sektörlerle iletişim olanakları sağlanmalıdır. Planlama basit olabileceği gibi karmaşıktadır. Önemli olan, basitliğine ve karmaşıklığına bakılmaksızın sistemin diğer disiplinlerle bilgi alışverişine girmesidir.

Zaman zaman planlama süreci kesilip değerlendirmeler ve düzeltmeler yapılmalıdır. Asıl mesleği sağlık olan veya olmayan uzmanlara planlama eğitimi, ayrıntıda da ‘sağlık üzerine planlama’ eğitim sağlanmalıdır.<sup>109</sup>

En iyi eğitim, planlamayı yaparak öğrenmektir. Araştırma, planlamada önemli rol oynar. Sağlık planlaması konusundaki konferanslar sık sık tekrarlanmalı, ülkeler arasında bilgi alışverişine olanak sağlanmalıdır. Problemlerin ve sorunların ülkeden ülkeye farklılık göstermesine karşın, çözümlerde bir standartlaşmaya gidilmeli böylece sorunların çözümü kolaylaştırılmalıdır. Sağlık personelinin karşı karşıya olduğu terimler standartlaştırılmalı, kullanıcı bunlardan haberdar edilmelidir.

110

Değişik ülkelerden sağlık planlaması ve değerlendirilmesi üzerine enformasyon toplanmalı, bir merkezde değerlendirilmeli ve kullanılabilir bir biçime dönüştürülmelidir. Ülkeler, sağlık planlamacıların eğitimi için malzeme toplamalı, birleştirmeli ve bunları kullanıma sunmalıdır.

---

<sup>109</sup> ŞİMŞEK M. Ş.,(200), “Zaman Yönetimi Ve Yönetimsel Zamanda Etkinlik”, Gazi Kitap Evi, Ankara, ss.173-177

<sup>110</sup> AYDIN S., (2008), “Sağlık Sistemi Yaklaşımı İle Kalite Güvenlik Stratejileri Geliştirme Klavuzu”, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara Kasım. s.67

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), ülkeler yararına normlar, tanımlar, standartlar, kalıp-süreçler belirleyerek bu koordinasyonu kısmen üstlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık planlaması ve değerlendirmesiyle ilgili araştırmaları sürdürmede, bu konu ile ilgili eğitimde bir anahtar görevi görür. Sağlık planlaması ve yürütülmesi ise farklı bir konu altında incelenmelidir. Çünkü sağlık planlaması yapılırken bazı yürütme ve yöneltme uygulamaları ile karşılaşılabilir. Bu karşılaşılan sorunlara yönelik olarak yürütme organlarının doğru uygulanması gerekir.<sup>111</sup>

### 3.2.3. Yürütme ve Yöneltme

Yürütme ve yöneltme farkı konu başlıkları altında incelenmesi gereken yönetim fonksiyonlarıdır. Yöneltme ve yürütme yönetim fonksiyonunun üçüncü aşamasını oluşturmaktadır. Yönetim sürecinde planlama örgütlenme eylemlerinden sonra kurulan örgütün faaliyete geçirilmesine sıra gelir. Bu işi yerine getirecek fonksiyonu yöneltme veya yürütme şeklinde gerçekleştiririz. “Yöneltme mevcut kaynakları akılcı ve etkin biçimde kullanarak örgütlenmiş yapıyı önceden belirlenen amaçlara yönlendirme işlemidir.” Yöneltme işlevi yapılan planlara göre bir örgütü yürüten yönetsel bir çalışmadır. Yöneltme çalışması bir pilotun uçağı havaalanına veya kaptanın gemiyi limana götürmesi gibidir.<sup>112</sup>

Yöneltme işlemi yürütmeden farklı bir biçimde yerine getirilmesi geniş ölçüde emirler niteliğindedir. Emir – kumanda işlevinin demokratik ya da otokratik olması geniş ölçüde toplumun sosyal ve kültürel yapısı ile ilgilidir. Emirler yazılı veya sözlü şekildedir.

Sağlık işletmelerinde bir yöneltme sisteminin gerçekleştirilmesi verimli bir bağ veya iletişim mekanizmasının kurulmasına sıkı sıkıya bağlıdır. Yöneltme; özü bakımından, tek yanlı ve yukarıdan aşağıya doğru işleyen bir işlevdir. Sağlık işletmelerinde de sistem yukarıdan aşağıya doğru iniş gösterir. Emirler üstten gelir astların üstlerine emretmesi söz konusu değildir.

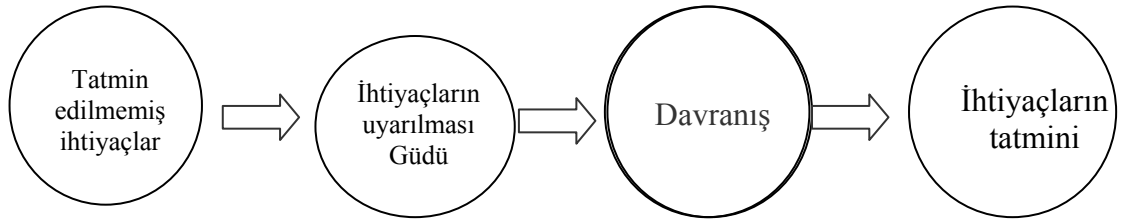
---

<sup>111</sup> AYDIN S., a.e.g.,

<sup>112</sup> ALPUGAN O., (2006), “Yöneltme”, Dokuz Eylül Üniv.Sos.Bil.Fak.Dergisi, İzmir, ss.21-28

Sağlık işletmelerinde yöneltme, ancak örgütün üst düzeyinde bulunanların etkili kararlar alabilmeleri ve etkin emirler verebilmeleri için alt kademelerden yukarıya doğru birçok bilgilere veya verilere gereksinimleri olacaktır. Buna da etkin bir iletişim sistemi sağlayacaktır. İşleyişin devamlılığı ve sistemli olarak işletilebilmesi için etkin iletişim sisteminin oluşturulması bir zorunluluktur.

Yürütme ve yöneltmede ihtiyaçlar belirlenir bu durumda öncelikli olarak işletmelerin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve buna yönelik olarak yönetme ve yürütme sistemleri oluşturulmalıdır. Aşağıdaki şekilde bunu izleyebilmekteyiz. Öncelikli olarak tatmin edilmemiş ihtiyaçlar, ihtiyaçların uyarılması, davranış, ihtiyaçların tatmini şeklinde izleyen bir hiyerarşik bir yapı mevcuttur. Sağlık sistemleri içinde de bu sistem aynıdır. Emir komuta zinciri şeklinde işlemler yürütülmektedir.



**Şekil 15. İhtiyaç Süreçleri**

Yöneltme ve yürütme işlemleri bazı kurallara bağlıdır. Hiçbir yönetici kendi istediği doğrultuda yönetme yapamaz. Bu yönetim şeklini oluşturan bazı yaptırımlar ve hukuki kurallar bulunmaktadır. Bu kurallara uygun olarak yönetme ve yürütme yapılabilir. Düzenlemek ve mevzuatlar dâhilinde gerekli işlemler gerçekleştirilir ve yürütülür.

### 3.2.4. Düzenlemeler ve Mevzuatlar

Sağlık sistemi içindeki düzenleme mevzuatlara baktığımızda bazı maddeler doğrultusunda düzenlendiğini görmekteyiz. Bu maddeler ve içerikleri “EK-B” de geniş olarak verilmiştir.

### 3.3. Sağlık Hizmetleri – Güvence ve Emeklik

“Hızlı gelişen dünya da yeni üretim ve hizmet kolları ortaya çıkmakta, mevcut olan hizmet ve üretim kolları ise gelişim göstererek daha da büyümektedir. Bu gelişme insanlar için birçok avantaj ve kolaylıklar sunmakta iken, birçok risk ve tehlike faktörlerini de beraberinde getirmektedir.”<sup>113</sup>

Türkiye ve diğer gelişen dünya ülkelerinde de çalışanlara yönelik iş riskleri ve tehlikeleri gün geçtikçe artmaktadır. Dünyanın çeşitli ülkelerinde, çalışanların iş ortamlarına, çalışma koşullarına ve çalışan sağlığına ilişkin kanunsal düzenlemeler yapılmakta ve her çalışanın iş ve işe bağlı sağlık ve güvenlikleri devlet güvencesi altına alınmaktadır. Devletin sosyal devlet anlayışı ile halkının ve toplumun diğer bireylerine yönelik uyguladığı sağlık güvencesi ve sosyal güvenlik hizmetleri sağlık sistemi içinde önemli bir yeri kapsamaktadır.

“Bu gelişim ve uygulamaların paralelinde Türkiye, Avrupa Birliği (AB) üyelik müzakerelerinin de etkisi ile çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda kendi mevzuatının AB mevzuatına uygunluğunu artıracak düzenlemelerde bulunmuştur.”

<sup>114</sup>Çalışan ve emekli olan birey ve toplum üyelerinin sağlığı ve güvenliği konusunda yapılan birçok mevzuat düzenlemelerinde AB’ye fazlaca atıfta bulunulmuştur.

---

<sup>113</sup> TANRIVERDİ H., (2009), “112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sosyal Güvenlik Mevzuatlarından Kaynaklanan Çalışma Sorunlarının İncelenmesi”, 1. Acil Tıp Teknisyenliği Sempozyumu, İzmir 4-5-6 Aralık. ss.22

<sup>114</sup> TANRIVERDİ, H., a.g.e., s.23

Devletin asli ve sosyal görevleri arasında toplumun sağlığı ve sosyal güvenliğini sağlaması yönünde sorumluluğu bulunmaktadır. Oluşmuş veya oluşabilecek sağlık sorunlarına ilişkin güvence yaratılması ve bunun toplum üzerinde işleyişini sağlaması gerekmektedir. Bu nedenle çalışan ve emekli olan toplum bireylerinin tam olarak bu hizmet ve güvenceden yararlanabilmesi için sosyal güvenlik sisteminin işleyişini çok yönlü ve kapsamlı olmalıdır. Türkiye’de sosyal güvenlik hizmetleri “SGK” Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından gerçekleştirilmektedir. SGK nın bünyesinde bulunan SSK, Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur toplum adına sosyal güvenlik ve emeklilik hizmetlerini yürütmektedir. Yenilenen sosyal güvenlik yapısı ile bu üç kurum tek çatı SGK altında toplanmıştır.

### **3.4. SSK – Emekli Sandığı – Bağ-Kur**

Türkiye’de faaliyet gösteren ve üyelerine veya bakmakla yükümlü oldukları yakınlarına belirli koşullar gerçekleştiğinde yaşlılık, malullük ve ölüm sigortası adı altında aylık veren sosyal sigortalar kurumları, memurlar için emekli sandığı, işçiler için sosyal sigortalar kurumları, bağımsız olarak işletme ve ticaret yapan kurum çalışanlarına ise bağ-kur hizmet vermektedir.<sup>115</sup>

“Dünyada kamusal emeklilik olarak bilinen ve çalışan kesimlerin katılma zorunluluğunda oldukları, devletin yönetimi ve denetimi altında faaliyet gösteren birinci ayak sosyal sigorta kurumları, ülkemizde de emeklilik sisteminin zorunlu birinci ayağını oluşturmaktadır. Zorunluluk veya gönüllülük esasına dayalı olarak işyeri veya işkolu bazlı faaliyet gösteren ikinci ayak mesleki emeklilik programları ülkemizde yeterince gelişmemiş ve Ordu Yardımlaşma Kurumu (OYAK) örneğinde olduğu gibi kısmi uygulamalarla sınırlı kalmıştır. Mesleki emeklilik ayağının olmadığı ölkelerde ikinci, olduğu ölkelerde ise üçüncü ayak olarak hayat sigortası ve bireysel emeklilik adı altında özel emeklilik programları faaliyet göstermektedir.<sup>116</sup>

<sup>115</sup> Tisk, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu “Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri Ve Gelişimi”, Ankara 2010 [www.tisk.org.tr](http://www.tisk.org.tr) Erişim:03.06.2010

<sup>116</sup> Tisk, Ankara 2010 [www.tisk.org.tr](http://www.tisk.org.tr) Erişim:03.06.2010

• **Emekli Sandığı** : Genel olarak kamu kesiminde memur olarak çalışanlara ve onların bakmakla yükümlü olduğu kişilere sosyal güvence veren bir sosyal güvenlik kuruluşudur.<sup>117</sup> 18 Yaşını doldurmuş Türk vatandaşlarından belli yerlerde ve belirli işlerde çalışanlar Emekli sandığına iştirakçi olabilmektedir. Emekli sandığının, 30 Haziran 2003 tarihi itibariyle 2.424.679 iştirakçisi ve 1.433.818 emekli, malul, dul ve yetim sigortalısın bulunmaktadır.<sup>118</sup> Emekli sandığının finansmanı, kesenekler, karşılıklar, hazine katkısı ve öteki gelirlerden sağlanan kaynaklardan oluşmaktadır. Giriş keseneği, emekli sandığın bağlı bir göreve başlayanlardan emeklilik keseneğine esas ilk aylıklardan bir defaya mahsus olmak üzere %25 oranında alınmaktadır.<sup>119</sup> Giriş keseneğinin alındığı ilk ay için ayrıca aylık kesenek kesenek alınmamaktadır. Aylık kesenek, iştirakçilerden her ay emeklilik keseneğine esas aylıkları üzerinden %16 oranında alınmaktadır.<sup>120</sup> Artış keseneği, emekliliğe esas aylık veya ücretleri yükselenlerden ilk aylıkların farkı kadar olmakta ve bu fark artış keseneği olarak emekli sandığına gönderilmektedir.<sup>121</sup>

• **Sosyal Sigortalar Kurumu**: Bağımlı çalışan gruplarından işçilere ve onların bakmakla yükümlü oldukları kişilere sosyal güvence veren bir sosyal güvenlik kuruluşudur.<sup>122</sup> Aralık 2002 tarihi itibariyle 5.257.000 aktif sigortalısı olan SSK'nın, 3.621.213 kişi malullük, yaşlılık ve ölüm aylığı alan pasif sigortalısı bulunmaktadır.<sup>123</sup>Sosyal Sigortalar Kurumunun finansmanı genel olarak işçi ve işverenlerden alınan primlerle sağlanmaktadır. İş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası için prim oranı yapılan işlerdeki 12 tehlike sınıfına göre %0,5 dilimlik artışlarla sigortalının kazancından %1,5 ile %7 oranında değişmekte ve tamamını işveren ödemektedir. Hastalık sigortası için toplam prim oranı, sigortalının prime esas kazancının %11'i oranında olup bunun %5'i sigortalı, %6'sı da işveren payı olmaktadır.

<sup>117</sup> 08.06.1949 Tarih 5434 Sayılı Kanun, 17.06.1949 Tarih Ve 7235 Sayılı Rg

<sup>118</sup> Belirli Yerler Ve Belirli İşler İçin Bkz. 5434 Sayılı Kanun: Md.12.

<sup>119</sup> Daha Ayrıntılı Bilgi İçin Bkz. Emekli Sandığı Erişim Sitesi (Www.Emekli.Gov.Tr).

<sup>120</sup> 25.08.1999 Tarih Ve 4447 Sayılı Kanunla Getirilen Bu Koşullar Eski Çalışanlar İçin Geçiş Dönemleri İle Esnekleştirilmiş, Ancak Anayasa Mahkemesinin Geçiş Koşullarını İptal Etmesi Üzerine 23.05.2002 Tarih Ve 4759 Sayılı Kanunla (01.06.2002 Tarih Ve 24772 Sayılı Rg) Söz Konusu Geçiş Koşulları Daha Da Esnekleştirilmiştir.

<sup>121</sup> 1479 Sayılı Kanun Md.52.

<sup>122</sup> 17.07.1964 Tarih Ve 506 Sayılı Kanun, 29, 30, 31.07.1964 Ve 01.08.1964 Tarih Ve 11766-11779 Sayılı Rg.

<sup>123</sup> Daha Ayrıntılı Bilgi İçin Bkz. Sosyal Sigortalar Kurumu Erişim Sitesi (Www.Ssk.Gov.Tr).

Analık sigortası primi, sigortalının prime esas kazancının %1'i oranında olup, sigortalının erkek veya kadın, bekâr veya evli olmasına bakılmaksızın işveren tarafından ödenmektedir. Malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi oranı, sigortalının kazancının %20'si oranındadır.<sup>124</sup> Bunun %9'u sigortalı, %11'i işveren payıdır. İşsizlik sigortası primi oranı sigortalının kazancının %7'si oranındadır.<sup>125</sup> Bunun %3'ü işveren, %2'si sigortalı ve %2'si de devlet payı olarak ödenmektedir. Sigorta kollarının genel toplamına bakıldığında sosyal sigorta prim oranları sigortalılar için kazançlarının %16'sı işverenler için ise %22,5-28'i kadar olmaktadır.

**Bağ-Kur** : Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu'nun kısa adı Bağ-Kur olup, genel olarak bağımsız çalışanlara sosyal güvence vermektedir.<sup>126</sup> [30 Haziran 2003 tarihi itibarıyla 3.350.104 aktif sigortalısı olan Bağ-Kur'un, yaşlılık, malullük ve ölüm aylığı alan 1.427.651 pasif sigortalısı bulunmaktadır.<sup>127</sup> Bağ-Kur'un finansmanı genel olarak toplanan primlerle sağlanmaktadır. Sisteme ilk girerken ilk 12 basamak içinde istenen basamağın seçilebildiği Bağ-Kur'da toplam 24 basamak vardır. Her basamakta bekleme süresi bir yıl olup 12. basamağa kadar prim ödenmesine ve talep edilmesine bakılmaksızın kurum tarafından basamak yükseltilmektedir. 12. basamaktan sonra basamak yükseltilmesi için son basamakta iki yıl geçmesi, sigortalının yazılı talepte bulunması ve talep tarihinden önceki ayın sonu itibarıyla de prim ve diğer borçlarını ödemiş olması gerekmektedir. Her basamak yükseltilişinde sigortalılar bir defa basamak yükseltme farkı ödemektedir.<sup>128</sup> Zorunlu sigortalılık dışında isteğe bağlı olarak ev kadınları ve Türkiye'de ikamet eden yabancılar Bağ-Kur sigortalısı olabilmektedir.<sup>129</sup> Prim oranları, sigortalının bulunduğu gelir basamağının %20'si yaşlılık, malullük ve ölüm sigortası için, %20'si de sağlık sigortası için olmak üzere toplam %40 oranındadır.<sup>130</sup> Ayrıca ilk girişte %25 oranında giriş keseneği alınmaktadır.<sup>131 132</sup>

<sup>124</sup> Maden İşlerinin Yer Altı İşlerinde Çalışanlar İçin Bu Oran %22 Olup, %13'ü İşveren, %9'u Sigortalı Tarafından Karşılanmaktadır.

<sup>125</sup> İşsizlik Sigortası Fonunda Biriken Miktar İhtiyacın Çok Üzerinde Olduğundan 2002, 2003 Ve 2004 Yılı Bütçe Kanunlarına Koyulan Hükümlerle 2002, 2003 Ve 2004 Yılında İşsizlik Sigortası Primi, Katkıda Bulunanlar İçin 1'er Puan Azaltılarak Toplam %4 Oranında Alınmıştır.

<sup>126</sup> 02.09.1971 Tarih Ve 1479 Sayılı Kanun, 14.09.1971 Tarih Ve 13956 Sayılı Rg;

<sup>127</sup> 10.1983 Tarih Ve 2926 Sayılı Kanun, 20.10.1983 Tarih Ve 18197 Sayılı Rg.

<sup>128</sup> Daha Ayrıntılı Bilgi İçin Bkz. Bağ-Kur Erişim Sitesi (Www.Bagkur.Gov.Tr).

<sup>129</sup> 1479 Sayılı Kanun Md.52.

<sup>130</sup> 1479 Sayılı Kanun Md.24.

<sup>131</sup> Basamaklara Göre Prim Oranları İçin Bkz. Bağ-Kur Erişim Sitesi (Www.Bagkur.Gov.Tr).



Genel olarak; gelişmiş ülkelerde gönüllülük esasına dayalı, gelişmekte olan ülkelerde ise zorunluluk esasına dayalı özel emeklilik programları, ülkemizde de gönüllülük esasıyla hayat sigortacılığı olarak yıllardan beri, çalışmamızın esas konusunu oluşturan bireysel emeklilik sistemi olarak ise 27 Ekim 2003 tarihinden itibaren fiilen bulunmaktadır.”<sup>133</sup>

### 3.5. SGK Yapısı ve İşlevleri

“Sosyal sigorta kolları ile ilgili ilk kanun, 27.06.1945 tarihli, 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunudur. Bu Kanunun 1945 yılında yürürlüğe girmesi ile İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası uygulanmaya başlamıştır. Anılan Kanuna paralel olarak 16.07.1945 tarihinde 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu çıkarılmıştır. Bu Kanunun 01.01.1946 tarihinde yürürlüğe girmesi ile İşçi Sigortaları Kurumu doğmuştur. İşçi statüsünde çalışanlara ilişkin sigorta kollarına ait çeşitli kanunlara dağılmış bulunan düzenlemeler, sosyal güvenlikle ilgili özel hükümler içeren 1961 Anayasasının yürürlüğe girmesini takiben yeniden gözden geçirilerek, 17.07.1964 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nda birleştirilmiştir. 01.03.1965 tarihinde yürürlüğe giren bu Kanunla, İşçi Sigortaları Kurumu, Sosyal Sigortalar Kurumu adını almış, işçi statüsünde çalışanların sosyal güvenlikleri alanında yeni, çağdaş hak ve olanaklar sağlanmıştır.”<sup>134</sup>

#### 3.5.1. Sigorta ve Sosyal Güvenlik

Güvencenin, kişilerden alınan sigorta primi adlı peşin ödemeler karşılığında ve teorik olarak bu bedelin karşılığı olan önceden belirlenmiş hizmet paketi ile sınırlı olarak verilen bir diğer biçimidir. Prim gibi özel bir ödeme olmadan, devletin sosyal politikaları kapsamında kamu bütçesinden ayrılan kaynaklarla ve tüm bireylere yönelik bir sosyal dayanışma niteliğinde olması sebebiyle “sosyal”, devlet garantisinde sosyal güvenlik sağlamak amacıyla ve sigortadan daha güçlü bir kaynak

---

<sup>132</sup> 1479 Sayılı Kanun Md.49.

<sup>133</sup> Tisk, Ankara 2010 [Www.Tisk.Org.Tr](http://www.tisk.org.tr) Erişim:03.06.2010

<sup>134</sup> Sgk, [Www.Sgk.Gov.Tr](http://www.sgk.gov.tr) Erişim: 06.06.2010

ve kapsam içinde verilmesi sebebiyle “güvenlik” nitelendirmeleriyle vurgulanan bir diğer güvence türüdür.<sup>135</sup>

### **3.5.2. Ticari Sigorta**

Özel sektör sigorta kuruluşlarının prim karşılığında herhangi bir konuda verebilecekleri ticari hizmet ve garantidir.<sup>136</sup>

### **3.5.3. Hastalık Sosyal Sigorta**

Aynı niteliklere sahip tüm bireylere aynı kapsamda ve prim karşılığında belli konularda sosyal/toplumsal nitelikli devlet güvencesidir. Hastalık sigortası, genellikle hastalık hallerinde ihtiyaç duyulabilecek sağlık konusunda devlet güvencesidir.

### **3.5.4. Sosyal Sağlık Sigortası ve Sağlık Güvenliği**

Kişilerin ve bireylerin, ihtiyaçları olabilecek kişiye yönelik koruyucu, geliştirici ve tedavi edici, tüm sağlık hizmetlerinin prim karşılığında verileceğini içeren devlet güvencesidir.<sup>137</sup>

### **3.5.5. Özel Sağlık Sigorta Sistemi ve Yapısı**

Çalışanların Özel sağlık sigortası priminin çalışanlarca veya işverence ödenmesine göre gider kabul edilme ve vergileme değişmektedir. Çalışanlara ait Özel sağlık sigortası gider olarak yazılabilmektedir. Çalışanların kendileri, eşleri ve 18 yaşından küçük çocukları için yaptırdıkları sigorta poliçesi primleri gider olarak kabul edilmektedir. İşveren tarafından çalışanların sigortalanması durumunda bu

---

<sup>135</sup> SARGUTAN E., (2006), “Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri”; Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, ss.53-54-55

<sup>136</sup> SARGUTAN, E., a.g.e.,ss.53-54-55

<sup>137</sup> SAVAŞ B.S., (2001), Türkiye Sağlık Sistemi, Kısa bir Bakış, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayınları, Ankara, Yıl:7, Sayı:39, s.24

çalışanlar için ek bir fayda sağladığından çalışanların ücretine ilave edilip vergiye tabi tutulması gerekmektedir. Fakat bunu yaparken de brüt ücretlerinin % 5 i ne kadar olan prim tutarları ücretten düşülebiliyor.<sup>138</sup>

Bireysel emeklilikte bu oran %10. Ancak çalışanlar primlerini kendileri öderlerse primler ücrete ilave edilmeyip %5 veya %10 oranına kadar ücretlilerin matrahlarından düşülebilmektedir. Düşme işlemi bordroda özel sigorta primleri için ek bir sütun açarak buraya yazılabilir. Ücret matrahından düşülebilmesi için ödenmiş olma şartı var. Bordronun tahakkukunda ise: Çalışanların kendi ödemiş oldukları özel sağlık sigorta primleri brüt ücretin %5 ine kadar olan kısmı bordroda aynen SSK İşçi hissesi sütunu gibi ayrı bir sütunda gösterilip vergi matrahından düşülüyor ancak herhangi bir tahakkuk yapılmamaktadır. Sadece bir indirim unsuru olarak dikkate alınmaktadır. Eğer çalışanların özel sağlık sigortalarını işletmeniz ödüyorsa brüt ücrete ilave edilmelidir. Ancak brüt ücretin %5 ine isabet eden kısmı yine ayrı bir sütunda indirim unsuru olarak alınmalıdır.<sup>139</sup>

Gelir Vergisi Kanunu'nun 4697 sayılı kanunla değişmeden önceki hükmüne göre, şahıs sigorta primlerinin gayrisafi ücret tutarından indirilebilmesi için;

- Şahıs sigorta şirketlerine ödenen şahıs sigorta primlerini, mükellefin şahsına, eşine ve küçük çocuklarına ait olması,
- Sigorta şirketinin Türkiye'deki kain ve merkezinin Türkiye'de olması,
- Sigorta mukavelesinin bu nitelikteki şirketlerle yapılması,
- Sigorta priminin ödenmiş olduğunu, sigorta şirketi tarafından verilen fatura veya makbuz asılları ile belgelendirilmesi,<sup>140</sup>
- Sigorta priminin ödendiği ayda elde edilen ücret üzerinden kanunla kurulan sosyal güvenlik kurumlarına "Emekli Sandığı, SSK, veya 506 Sayılı Kanun'un geçici 20. Maddesine göre kurulan özel emekli sandıklarına" hizmet erbabı hissesi olarak hesaplanan prim veya aidatın aylık tutarını aşmaması gerekmektedir.<sup>141</sup>

<sup>138</sup> KIZIL A., (2009), "Özel Sağlık Sigortası", T.M.M.O. (Tüm Mali Müşavirler Odası) Yayınları, Sayı: 205 Cilt:6 İstanbul.

<sup>139</sup> KIZIL A., a.e.g., (2009),

<sup>140</sup> KIZIL A., a.e.g., (2009),

<sup>141</sup> KIZIL A., a.e.g., (2009),

4697 sayılı kanunla değişik hükmüne göre, bireysel emeklilik sistemi dışında şahıs sigorta poliçeleri için ödenen primlerde, “ödendiği ayda elde edilen ücretin %5’ini ve yıllık olarak asgari ücretin yıllık tutarını aşmayacağı belirlenmiştir. Bu hükme göre, şahıs sigorta şirketlerine ödenen şahıs sigorta primlerinin gider olarak indirilmesine esas olan ve yukarıda belirtilen şartlardan dört tanesi 4697 sayılı kanun’un yürürlüğe girmesi ile aynen devam etmektedir. Sadece hizmet erbabı hissesi olarak hesaplanan prim veya aidatın aylık tutarı yerine, elde edilen ücretin %5’i ve yıllık olarak asgari ücretin yıllık tutarını aşmayacak şekilde değişiklik suretiyle indirilmesi esas tanınmıştır. Ücretliler adına işverence karşılanan şahıs sigorta primlerinin çalışanlar açısından değerlendirilmesi yapıldığında ise;

- Çalışanların ücretlerinden kesilmek suretiyle işverence ödenen şahıs sigorta primleri şahıs sigorta primleri, sigorta şirketi hizmet erbabı tarafından doğrudan doğruya ödenmeyip, işverenler aracı kılınmak suretiyle hizmet erbabının ücretinden kesilerek ödenmesi halinde “grup sigortası gibi”

1. Sigorta mukavelesinin bir örneğinin işverende bulunması,
2. Bu mukavelede sigorta priminin ödeme dönemlerinin belirlenmesi,
3. Bu dönemler için ödenecek prim tutarının belli edilmiş olması şartıyla,ü ücretin vergi matrahının teyidinde her bir kişi için ayrıca fatura veya makbuz aranmaksızın, indirim konusu yapılabilmektedir.

Çalışanlar adına işverence yatırılan şahıs sigorta primlerinin ücretliler açısından değerlendirilmesi, 193 sayılı gelir vergisi kanununun 61. Maddesine göre, hizmet erbabı adına işveren tarafından ödenen sigorta primleri, “grup, sağlık ve can sigorta primleri gibi” ücretliye sağlanan bir menfaat niteliğinde olduğundan, ücret olarak kabul edilmesi gerekir. Ancak, ücret olarak kabul edilen, brüt ücretle ilave edilecek söz konusu primler, aylık ücretin %5’ini aşmayacak kısmı, ücretin safi tutarının tespitinde gayrisafi ücret tutarından indirilmesi gerekecektir.<sup>142</sup>

---

<sup>142</sup> KIZIL A., a.e.g., (2009),

“Gelir vergisi kanunu’nun (GVK) 40. Maddesinin 1 numaralı bendinde, “Ticari kazancın elde edilmesi ve idame ettirilmesi için yapılan gelen gelirlerin” safi kazancın tespit edilmesinde, ticari kazançtan indirileceği hükme bağlanmıştır. Genel giderler içerisinde personele yapılan ve ücret kapsamına giren ödemelerde yer almaktadır. Bu çerçevede, hizmet erbabı adına işveren tarafından ödenen sigorta primleri, “Grup, Sağlık ve Can Sigortası Primleri”, ücret olarak kabul edildiğine göre, GVK,’nın 40. Maddesinin 1 numaralı bendi uyarınca, ticari kazancın safi tutarının tespitinde genel gider olarak dikkate alınması gerekir. Bu durumda, işverenlerin ücretliler adına ödedikleri şahıs sigorta primleri, gerek ücretliler açısından vergi yönünde bir yük getirmekte aksine avantaj sağlamaktadır.”<sup>143</sup>

Özel sağlık sigortalarında tipik “kişisel ihtiyaçlar için doğrudan kişisel ödeme veya sadece hastalık yahut genel sağlık hizmetlerini içeren isteğe bağlı ve kişisel prim ödemeli özel sağlık sigorta ağırlıklı sağlık hizmetleri talebi” olarak değerlendirilmektedir.<sup>144</sup>

Bu yapılan uygulamada, sağlık hizmetleri talebinin, genellikle “herhangi bir sebeple” doğrudan ya da kişisel ödemelerle veya özel sigorta aracılığıyla prim şeklinde yarı doğrudan ödemelerle ücret karşılığında kamu veya özel sektör hizmet arz edicilerinden satın alınarak karşılanması esas alınmaktadır.<sup>145</sup>

Bu tipteki uygulamaların önemli olan noktası, kişisel sağlık hizmeti ihtiyaçlarının talebi için, esas olarak kişilerin doğrudan veya prim ve benzerleri türünde yarı doğrudan harcama yapmak zorunda olmaları, buna karşılık, devletin diğer gelirlerinden ayrılan pay ile birlikte kişilerin gelirleri, varlıkları, refahları oranında verdikleri vergilerin belirsiz bir bölümüyle bu hizmetlerin giderlerine dolaylı olarak katılımlarıyla oluşan kamu kaynakları kullanımının çok daha az olmasıdır.<sup>146</sup>

---

<sup>143</sup> ARPAÇ S., (2002), Ymm (Yeminli Mali Müşavir), “Şahıs Sigorta Primleri İle Bireysel Emeklilik Sistemlerinde Ödenen Katkı Paylarının İndirilmesi”, Maliye Bakanlığı Dergisi Ağustos. S.78

<sup>144</sup> YİĞİT Ş.A., (1999), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını, No:22, İstanbul, s.122

<sup>145</sup> YİĞİT, Ş.A., a.g.e., s.123

<sup>146</sup> SARGUTAN E., a.g.e., s.55

Sağlık güvencesi imkânı, genellikle maddi olanağı olanların gönüllü olarak sağlık sigortasına katılmasıyla sağlanmaktadır. Bu sebeple teorik olarak, nüfusun sadece maddi imkânı olan kısmı sağlık hizmeti güvencesi edinebilmektedir.<sup>147</sup>

Öte yandan, ekonomik doktrinin teorik olarak öngördüğü, “arz ve talebin birbirlerini serbest Pazar ortamında serbestçe karşılayıp dengelemesi” esasının, uygulamada, beklenen olumlu, ihtiyaca uygun, dengeli, adil, toplum yararına sonuçlarının alınmasında çoğu zaman yetersiz kaldığı da gözlenmektedir. Diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de arz ve talep dengesinin pazarda gerçekten serbest biçimde gerçekleşmemesinin ve sağlık hizmetlerinin Pazar şartlarına uyumsuzluğunun yarattığı sonuçların, sağlık sisteminden beklenen yararları olumsuz olarak etkilediği de görülmektedir.

### **3.6. Sağlık Sektörü ve Hizmet Arzı**

Sağlık mal veya hizmetleri taşıdığı özellikler nedeniyle ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklı bir kategoride ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bir takım özellikleri bulunmaktadır. Dışsallık, belirsizlik altında tercih, asimetrik bilgilenme, hastalık riskinin ve tüketimin miktarının önceden belirlenmemesi gibi, bu hizmetlerin üretildiği sağlık hizmetleri piyasasına özgü koşullar ve farklı bir piyasa yapısı ortaya çıkmaktadır.<sup>148</sup>

Sağlık hizmetleri sistemi içinde üretilen mal ve genel ekonomik kategorilerden birtakım farklılıkları sağlık malının yapısından kaynaklanmaktadır. Bu sağlık hizmeti ürünlerine ticari açıdan baktığımızda, gözlük, tekerlekli sandalye, kalp pili, ilaç, ameliyat malzemeleri, cihazlar, giysiler, yatak ve diğer ürünleri sunan ve bu ürünlerin bulunduğu sistem içindeki her birim sağlık hizmet arzı içinde yer alan ticari yapılarıdır.

Sağlık hizmetlerinin ertelenmesi gereği de sağlık hizmetinin diğer bir özelliğidir. Sağlık hizmetleri çoğu kez ortaya çıktığı anda karşılanmak zorundadır.

---

<sup>147</sup> SAVAS B.S., a.g.e. s.26

<sup>148</sup> MUTLU A.,(2002), “Abdülkadir Işık, “Sağlık Ekonomisi Politikaları”, M.Ü. Maliye Araştırma Ve Uygulama Merkezi, Yayın No: 14.

Özellikle acil olarak, kişiye ağrı ve acı veren ve sağlığını tehlikeye düşüren veya düşürecek olan sağlık hizmetinin talebi ertelenemez ve ivedi olarak yerine getirilmesi gerekir. Sağlığın bireyin ölümü ile bile sonuçlanabilmesidir.

Sağlık hizmetinin kapsam ve boyutunu hizmeti kullanan değil bu hizmeti sunan doktor saptayabilir. Sağlık hizmeti içinde tüketici konumunda olan hasta, ekonomik ödeme gücü ve imkânları nedeniyle doktorla verilecek hizmetin boyutunu tartışamaz ve pazarlık edemez. Hastanede yatma süresini ve verilecek ilaçların kullanım süresi ile dozajı, içeriği ve diğer özellikleri hastanın tedavisini üstlenen doktor tarafından belirlenir. Bu durum, sağlık hizmetinin tüketicisinin diğer mal ve hizmet tüketimlerinde olduğu gibi anlamlı bir inisiyatifini ortadan kaldırmamaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin verilen hizmeti deneme şansları kesinlikle yoktur. Sağlık hizmeti çıktısı doğrudan paraya veya maddi bir değere çevrilememektedir. Sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde sunumunun yapılması hastanın iyileştirilmesi gerekir. Bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek kamu ve hükümetlerin görevidir. Verilen sağlık hizmetleri yine kamu ve hükümet tarafından, yetkili organları ile denetlenir. Bir ülkede bebek ölüm hızı ve oranı, bulaşıcı hastalık gibi toplumun genelini ilgilendiren konularda yetersizlik ve ihmaller var ise; bunun denetim ve gözetimi hükümet ve yetkili organlar tarafından gerçekleştirilerek gerekli yaptırımlar uygulanmalıdır. Sağlık hizmet arzının ilk basamağını oluşturan sağlık ocakları, poliklinikler, hastaneler ve diğer sağlık kurumlarının verdiği hizmetlerin geneli sağlık hizmet arzının içinde direkt olarak hastaya sunulan hizmet türünü oluşturur. Fakat sağlık hizmet arzının tam ve yeterli düzeyde verilebilmesi için bazı materyal ekipmanlarında olması gerekir. Bu materyal ve ekipmanlar sağlık kurumlarının içinde üretilebildiği gibi dışarıdan da temin edilebilmektedir.

Sağlık hizmetlerini bazı başlıklar altında toplayabiliriz. Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmeti, tedavi edici sağlık hizmeti, rehabilitasyon hizmetleri şeklinde belirtilebilir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin içinde oluşabilecek sorunlar ve sağlık problemlerine yönelik önceden alınan güvenlik tedbirleridir. Bunların içinde çocuk aşıları, aile planlamasını örnek gösterebiliriz. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üstü olan tedavi edici sağlık hizmetleri, oluşmuş ve oluşabilecek risk taşıyan hastaların tedavi edilme sürecidir. Bu süreçte ilk basamak sağlık kurumlarından en

üst basamak da bulunan sağlık kurumları hizmet verirler. Rehabilitasyon sağlık hizmetlerinde ise etkili bir şekilde hastanın bilgilendirilerek gerekli ihtiyaçların sağlanmasıdır. Bu hizmetlerin amacı söz konusu kısıtlılık haliyle karşılaşılan bireylerin bu halleriyle yaşama alıştırmaları ve kendileri, aileleri ve çevreyle olan uyumsuzlukları uyumlu hale getirilmesidir. Sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi ve bu hizmetlerin kapsamı bir arz şeklinde gerçekleştirilir. Kurumların en fazla uzman olduğu konular verilen hizmetin arzı üzerinde etkilidir.

### 3.6.1. Sağlık Sektörü ve Arz Sistemleri

Sağlık sektörü arz sistemleri bazı genel özellikler taşımaktadır. Hemen hemen bütün dünya ülkelerinde aynı şekilde işlemektedir. Sağlık sektörü arz sistemini başlıklar altında topladığımızda ise;

- Sağlık sektörü arz sistemlerinin karmaşık bir üretim yapısı bulunmaktadır.
- Sağlık sektörü, tüm sağlık hizmeti çıktısına yönelik hizmet ve mallar üreten, eğitimden kimya sektörüne kadar farklı alanlarda yayılmış çok sayıda üretim ve arz birimlerini barındırır.
- Temel olarak kar amacı için değil, varlığının devamı için gerekli olan kazancı sağlamakla yetinerek çalışmalarını beklenir.
- Hizmet piyasası – pazar serbest değildir. Arz ediciler talebi kuvvetler etkilemektedir.
- Tabip, arzın her yönüyle birincil belirleyicidir.
- Bu sebeple, daha geçerli hizmet ve rekabet ortamı sağlayabilmenin, sağlık hizmetlerinin var olmasının, nicelik ve nitelik yeterliliğinin ön şartı, başta tabip olmak üzere, yeterli ihtiyaçtan fazla sağlık insan gücüne sahip olmaktadır.
- Arz piyasasına genellikle serbestçe girilemez. Diploma ve benzeri yeterlilik ön şartları vardır. Bu şartlar kamu yönetimince denetlenmektedir. Bu sebeple arz ve rekabet sınırlı ve sınırlıdır.
- Bu durum, geleneksel şifa gibi kalitesiz hizmet sunucularının veya kendini tedavi ve tedaviden vazgeçme gibi sonuçların ortaya çıkmasına neden oluşturur.
- Benzer ve diğer sebeplerle, güçlü tekelleşme eğilimleri oluşabilmektedir.



- Meslek kuruluşlar, ürün ve hizmetlerin asgari fiyatlarını belirlemede monopol etki yaratabilmektedirler.

- Hizmet sonuçların dayanışma içine girerek denetim güçlerini arttırma olasılıkları fazladır.

- Sigorta, sosyal güvence ve başka biçimlerde örgütlenmemiş tüketicilerin benzer bir güçleri bulunmamaktadır.

- Hizmet sunucuların dayanışma içine girerek denetim güçlerini arttırma olasılıkları oldukça fazladır.

- Sigorta, sosyal güvence ve başka biçimlerde örgütlenmemiş tüketicilerin benzer bir güçleri bulunmamaktadır.

- Hizmet suçular, talebin daha yoğun olduğu bölgelerde toplanarak, hizmet dağılımının yapısını bozabilirler.

- Arz bir yandan hızla gelişen ve değişen bir teknolojik yapıya sahipken, diğer yandan da teknolojinin gelişmesine büyük ivme kazandırır.

- İleri, karmaşık ve pahalı teknolojiler aşırı teknoloji kullanımında, dışa bağımlılıkta, arz kısıtlılığında ve tekelleşme eğiliminde önemli rol oynarken, başarıyı arttırıcı ve rutin işlemlerde fiyat düşürücü etkiler de yaratmaktadır.

- Arzın önemli ölçüde dışsallığı vardır. Piyasayı olumsuz olarak etkileyebilir.

- Arz ve talep sistemlerinin aynı yapı içinde bulunması, hizmetlerin denetimini kısıtladığı için sakıncalıdır. Bu sebeple mümkün olduğunca ayrı ve birbirinden bağımsız yapılandırılmaları gerekir.

- Arz sistemlerinde teşhis, tedavi, eğitim, araştırma, danışma hizmetleri bir arada bulunabilir. Bu hizmette birliktelik sağladığından yararlıdır.

- Arz sisteminin etkileri hem ekonomik hem de ekonomik olmayan yararlar sağlayabilir.

- Bu etki, hem nicelik hem de nitelik artışlarına yol açabilir.

- Arz sisteminin sonuç ürünlerinin nicelik ve nitelikleri ile sonuçlarının ölçülüp değerlendirilmesi her zaman kolay olmadığından, hangi ölçüm kriterlerinin kullanılacağı tartışmalıdır

- Bu sebeplerle, kamu teşebbüsleri hizmet ve mali üreticisi ve arz edicisi – sunucusu veya denetçisi olarak genellikle piyasaya girebilmektedir.

- Aynı sebeplerle, kamu yönetiminin hizmet ve mallar üzerinde fiyat denetimi yapması da yaygınlıkla söz konusu olabilmektedir.

- Arzın yetersizliği sosyal sorunlar yaratabilmektedir.

- Bazı durumlarda sağlık hizmetinin kendisine kıyasla otelcilik, eğitim, danışmanlık hizmetleri daha fazla ağırlık kazanabilmektedir.

- Arz sistemi ürünlerinin maliyeti sürekli olarak ve büyük oranlarda arttığından, kriz ortamına girilmemesi için optimum maliyet ve arz gereklidir.

- Arz ve talebi etkileyen unsurların çoğu ekonomik türdendir ve ekonomik unsur en güçlü etkidir.<sup>149</sup>

- Sağlık hizmetleri “kamu malı”^olma niteliğini taşır ve bu hizmetleri üreten ve arz eden kim olursa olsun, bunların yeterli kalite, kantite ve bedelle mevcut bulunmasından ve ihtiyacı olanlarca en uygun şartlarla ve ihtiyacı olduğu kadar elde edilebilmesinden devlet sorumludur. Bu görev sorumluluklar devredilemez. Devlet sağlık hizmetlerini ister kendisi bizzat üretsın ister başkalarının üretmesine imkân yaratsın, yukarıda belirtilen şartlarda mevcut bulundurmak ve ulaşılabilir, yararlanılabilir zorundadır.

- Bu sebeple, sorumluluklarına sahip çıkan bir devletin, sağlık hizmetleri arz ve talep sistemleri ile arz ve talebin finansman sistemlerine müdahale ve düzenlemeler getirmesi, bu alanı asli ve birincil görev ve sorumlulukları arasında benimsemesi gerekmektedir.

- İyi bir sağlık hizmetinin nitelikleriyle ilgili hususların tüm fertler ve toplum kesimleri bakımından en iyi şekilde gerçekleşmesi ihtimalinin artması için, hizmetleri üreten ister kamu ister özel sektör olsun, görev ve sorumlüğün devlette olduğunu ve tüm fertlerin sağlıklı güvencesinin bulunduğu sosyal sağlık hizmetleri uygulamasının olduğu ortamlara yaklaşılması hedeflenmektedir.

- Sağlık hizmetlerinde en büyük olumlu sonucu sağlamak yönünde “sektörler arasında, arz ve talep sistemleri arasında, kurumlar ve kesimler” arasında, birbirlerini tamamlayarak en büyük olumlu sonucu sağlamak yönünde bütünlük ve devamlılık sağlamalıdır.<sup>150</sup>

---

<sup>149</sup> SEPTOĞLU A.S., (2008) “Sağlık İnsan Gücü Planlaması”, Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ankara. s.43

<sup>150</sup> SARGUTAN E., a.e.g., s.66

### 3.6.2. Sağlık ve İnsan Gücü Arzı

“Anayasamızda bir hak olarak tanımlanan sağlık yaşama şartlarının oluşturmak devletin sorumluluğuna tevdi edilen bir görevdir. Sağlık hizmetleri, ertelenemez ve vazgeçilemez özellik taşır.”<sup>151</sup>

“Sağlık hizmetleri sunumunda temel unsur, insandır. Daha etkili bir sağlık hizmeti sunabilmek için fiziki mekânlara ve iyi bir donanıma ihtiyaç vardır. Fakat bunlardan çok daha önemlisi bunları kullanacak insan gücüne ihtiyaç vardır.”<sup>152</sup>

“Sağlık insan gücü, kamu ya da özel tüm sağlık kurumlarında toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personeldir. Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlık insan gücü marifetiyle sunulmaktadır.”<sup>153</sup>

“Sağlık insan gücü (*Health Manpower*) teriminden kamu sektöründe ve özel sektörde her çeşit sağlık hizmetini üreten personelin tümü anlaşılır. Geleneksel olarak bu hizmet sadece hekimler tarafından üretilirdi. Hekimlik teknolojisi geliştikçe pek çok sağlık meslekleri oluşmuş ve sağlık hizmeti bir ekip hizmeti haline dönüşmüştür. Birçok yazar sağlıkla ilgili meslekleri sınıflama çabalarına girişmiştir.”  
Bu sınıflandırmalara baktığımızda ise;

- **Dünya Sağlık Örgütü’nün bir komitesi sağlık mesleklerini**
  1. Sağlık mesleklerinde çalışanlar,
  2. Tıp dışı bilim dalında yetişenler,
  3. Standart eğitim düzeyi altındaki personel olmak üzere sınıflamayı önermiştir.
- **Dünya Sağlık Örgütü yayınladığı insan gücü istatistiklerinde sağlık personelinin 29 başlık altında toplamaktadır.**
  1. Hekimler,
  2. Yardımcı hekimler,

<sup>151</sup> SEPTOĞLU A.S., a.e.g., s.43

<sup>152</sup> SEPTOĞLU A.S., a.e.g., s.44

<sup>153</sup> SEPTGOĞLU A.S., a.g.e., s.44

3. Çok görevli sağlık yardımcıları (yardımcı sağlık personeli)
4. Diş hekimleri,
5. Dişçiler (Diş teknisyenleri)
6. Diş hekim yardımcıları. Bunlar diş hekimi ve dişçilere yardım ederler.  
Diş tedavisi yapamazlar,
7. Eczacılar,
8. Eczacı yardımcıları,
9. Veterinerler,
10. Hayvan sağlık yardımcıları,
11. Ebeler,
12. Yardımcı ebeler. Bunlar denetim altında bağımsız ebelik hizmeti yaparlar,
13. Yardımcı ebe-hemşireler,
14. Hemşireler,
15. Yardımcı hemşireler,
16. Ebe ve hemşire yardımcıları. Bunlar yakın denetim altında çalışırlar.
17. Fizyoterapistler,
18. Laboratuvar teknisyenleri,
19. Laboratuvar teknisyen yardımcıları. Bunlar laboratuvarlarda yakın denetim altında verilen işleri yaparlar.
20. Tıp fizikçileri,
21. Tıp radyoloji teknisyenleri,
22. Tıp radyoloji teknisyen yardımcıları,
23. Sağlık mühendisleri,
24. Çevre sağlığı teknisyenleri,
25. Çevre sağlığı teknisyen yardımcılar,
26. Diğer sağlık personeli; Bunlar ( Biyokimyacılar, Biyologlar, Entomologlar, psikologlar, Beslenmeciler, Sağlık İstatistikçileri ve Tıp Kütüphanecileri bu sınıf içine girmektedir)
27. Diğer teknik personel, bunlar; Kardiyoloji teknisyenleri, Ensefalografi teknisyenleri, Gözlükçüler, Ortopedi teknisyenleri, İşitme cihazı teknisyenleri, İstatistik teknisyenleri bu sınıfa girer.
28. Diğer yardımcı personel, bunlar; Mikroskopistler, Laboratuvar hizmetlileri ve film banyo teknisyenleri bu sınıf içine girerler.

29. Geleneksel Hekimlik Uygulayıcılar. Bunlar: Ottan ilaç yapanlar, Hint hekimleri, eğitim görmemiş hekimler ve ebe nineler bu gruba girer.
30. Sağlık insan gücü sınıflaması hizmet niteliğine ve eğitim düzeyine göre de yapılabilir.

Sağlık meslek gruplarının sınıflandırılmasına baktığımızda ise;<sup>154</sup>

- **Kişiyeye Yönelik Hizmet Yapanlar**

1. Hekim,
2. Diş Hekimi,
3. Hemşire,
4. Ebe,
5. Fizyoterapist,
6. Psikoterapist,
7. Diyetisyen,
8. Optometrist vb.,

- **Çevreyeye Yönelik Hizmet Yapanlar**

1. Sağlık mühendisi,
2. Veteriner,
3. Sağlık Memurları,
4. Çevre sağlığı Teknisyeni vb.

- **Laboratuvar Personeli ve Diğer Bilimciler**

1. Mikrobiyolog,
2. Biyokimya uzmanı,
3. Hematolog,
4. Patolog,
5. Sağlık fizikçisi,

---

<sup>154</sup> SEPTOĞLU A.S., a.e.g., s.43

6. Röntgen uzmanı,
7. İstatistik uzmanı ve,
8. Sağlık eğitimcisi vb.

- **Sağlık Alanında Uzmanlaşmış Destek Personeli**

1. Hastane İdaresi,
2. Tıbbi Sekreter,

- **Genel Hizmetler**

1. Daktilograf,
2. Şoför,
3. Temizlikçi vb.

**Tablo 12. Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Dağılımı ve Sayısı 2006**

KURULUŞUN ADI	HASTANE SAYISI	YÜZDE DAĞILIMI (%)
Sağlık Bakanlığı	795	66,4
Üniversite	53	4,4
Milli Savunma Bakanlığı	42	3,5
Özel	293	24,2
Diğer Kamu	15	1,5
<b>TOPLAM</b>	<b>1198</b>	<b>100</b>

**Kaynak:** T.C.Sağlık Bakanlığı, (2006)

Türkiye’de sağlık personeli ve hizmet erbabının dağılım yüzdelerine baktığımızda aşağıdaki oranları görmemiz mümkündür. Bu veriler Türkiye’nin 2002 yılı Mayıs ayına ait verilerdir.

**Tablo 13. Sağlık Personeli Dağılım % si Mayıs 2002 - 2006**

Uzman Hekim:	%76
Pr.Hekim:	%79
Diş Tabibi:	%38
Eczacı:	%19
Hemşire:	%63
Ebe:	%72
Sağlık Memuru:	%56

**Tablo 14. Birinci Basamakta Hizmet Veren Kuruluşlar 2006**

<b>KURULUŞUN ADI</b>	<b>KURULUŞ SAYISI</b>
Sağlık Ocağı	6.203
Sağlık Evi	11.740
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	234
Verem Savaş Dispanseri	259
<b>TOPLAM</b>	<b>18.436</b>

**Tablo 15. İkinci ve Üçüncü Basamakta Hizmet Veren Kurumlar 2006**

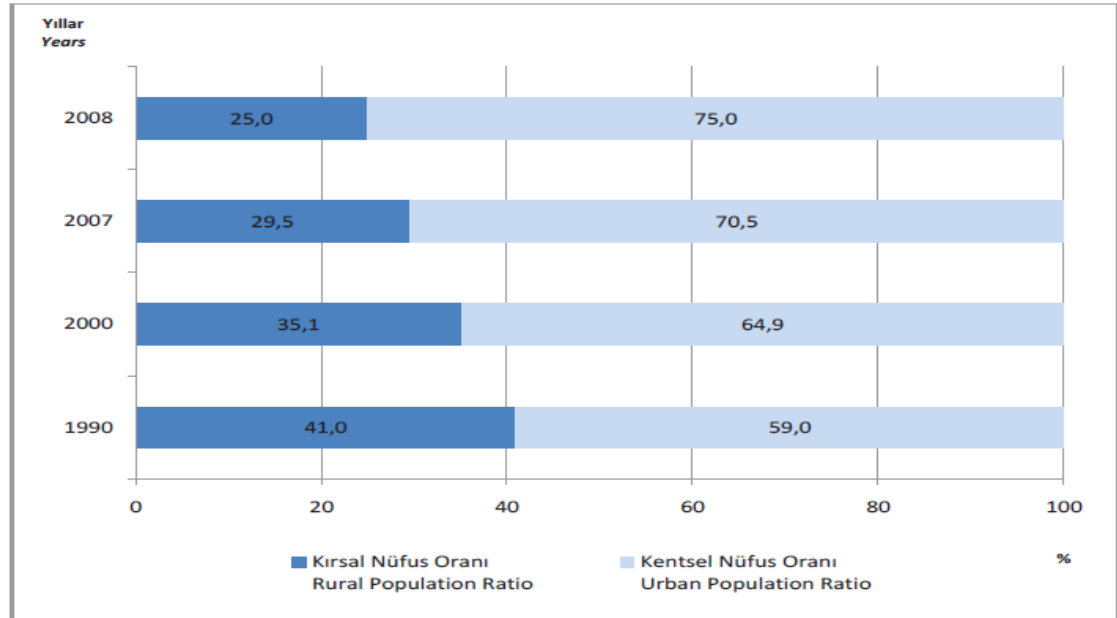
<b>KURULUŞUN ADI</b>	<b>HASTANE SAYISI</b>	<b>YÜZDE DAĞILIMI (%)</b>
Sağlık Bakanlığı	795	66,4
Üniversite	53	4,4
Milli Savunma Bakanlığı	42	3,5
Özel	293	24,2
Diğer Kamu	15	1,5
<b>TOPLAM</b>	<b>1198</b>	<b>100</b>

**Tablo 16. Genel Demografik Göstergeler Yıllara Göre Dağılım**

	1990	2000	2007	2008
Toplam Nüfus (1000) Total Population (1000)	56.473	67.804	70.586	71.517
Kırsal Nüfus Oranı (%) Rural Population Ratio (%)	41,0	35,1	29,5	25,0
Kentsel Nüfus Oranı (%) Urban Population Ratio (%)	59,0	64,9	70,5	75,0
0-14 Yaş Nüfus Oranı (%) 0-14 Aged Population Ratio (%)	34,9	29,8	26,4	26,3
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%) 65 and 65+ Aged Population Ratio (%)	4,3	5,7	7,1	6,8
Yıllık Nüfus Artış Hızı (%) Annual Population Growth Rate (‰)	17,0	13,8	11,8	11,5
Kaba Doğum Hızı (%) Crude Birth Rate (‰)	24,1	20,3	18,1	17,9
Kaba Ölüm Hızı (%) Crude Death Rate (‰)	7,1	6,6	6,4	6,4
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına) Total Fertility Rate (Per Woman)	2,9	2,4	2,1	2,1

**Kaynak:** TÜİK, 1990, 2000 yılları Genel Nüfus Sayım Sonuçları, 2007 ve 2008 yılları ADNKS Sonuçlarıdır.  
**Source:** TURKSTAT, 1990, 2000 General Population Census and 2007, 2008 ABPRS results.

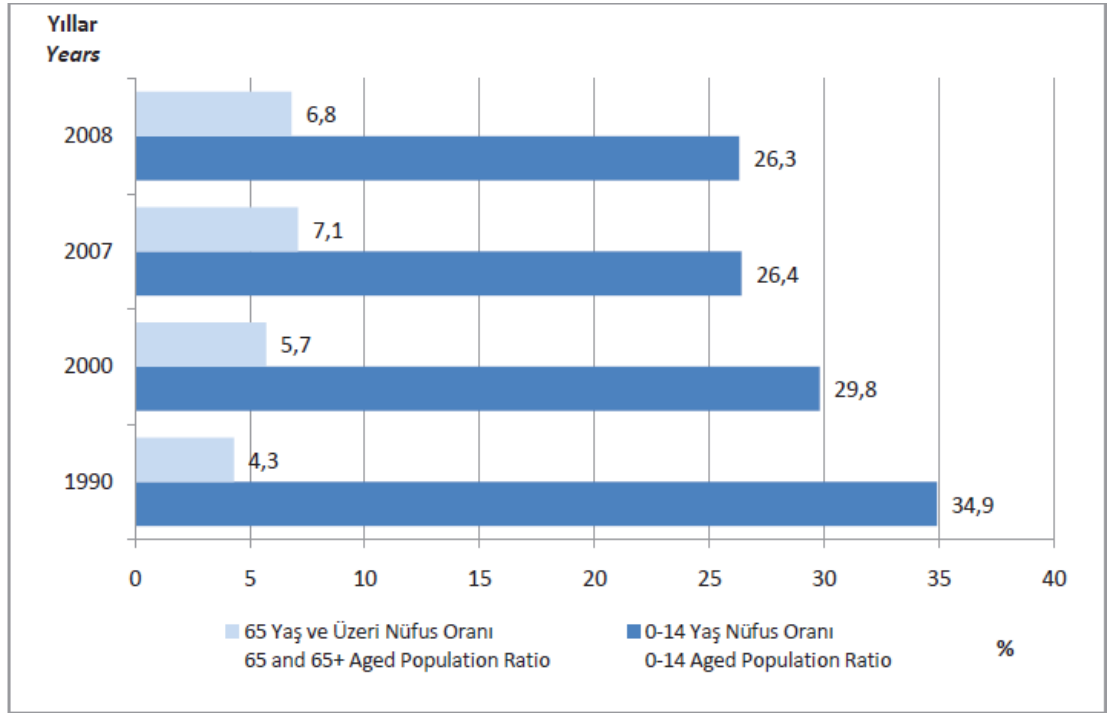
**Tablo 17. Yıllara Göre Kentsel ve Kırsal Nüfus Dağılımı**



**Kaynak:** TÜİK, 1990, 2000 yılları Genel Nüfus Sayım Sonuçları, 2007 ve 2008 yılları ADNKS Sonuçlarıdır.  
**Source:** TURKSTAT, 1990, 2000 General Population Census and 2007, 2008 ABPRS results.

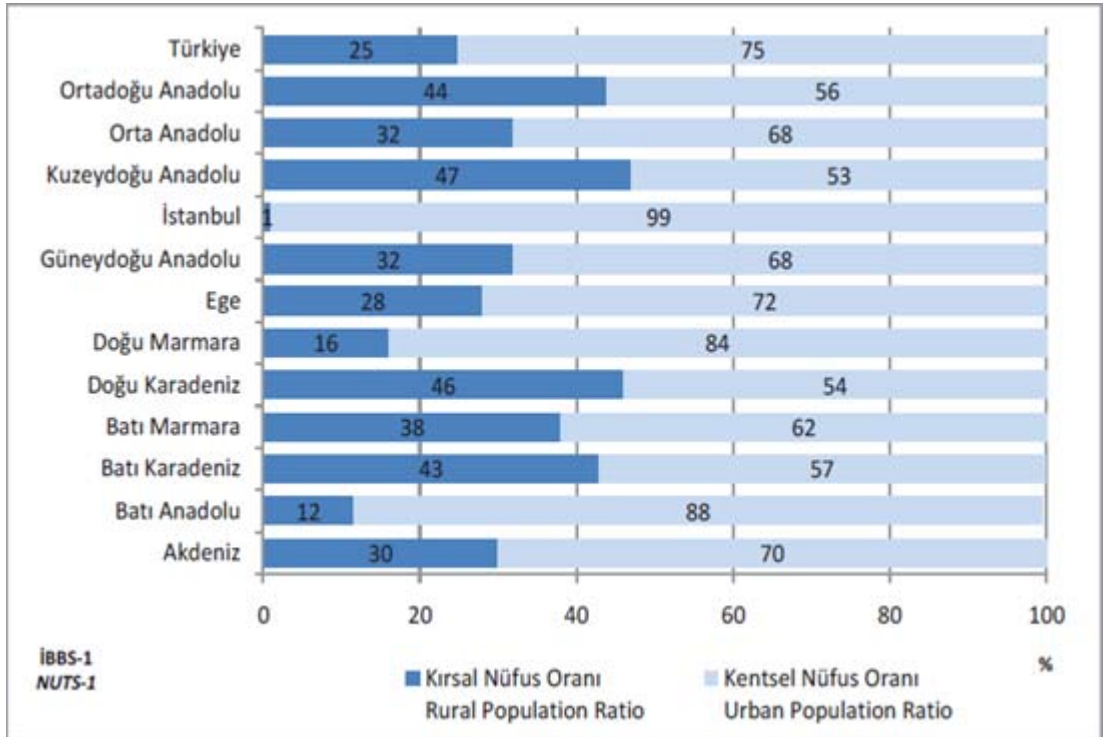


**Tablo 18. Yıllara Göre 0-14 Yaş ve Nüfus 65 Yaş Üzeri Nüfus Dağılımı**



Kaynak: TÜİK, 1990, 2000 yılları Genel Nüfus Sayım Sonuçları, 2007 ve 2008 yılları ADNKS Sonuçlarıdır.  
Source: TURKSTAT, 1990, 2000 General Population Census and 2007, 2008 ABPRS results.

**Tablo 19. İBBS-1'e Göre Kırsal ve Kentsel Nüfus Oranları (%) 2008**



**Tablo 20. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastane Müracaat Sayısı, Türkiye**

	2002	2006	2007	2008
Sağlık Bakanlığı <i>Ministry of Health</i>	109.737.182	189.422.137	209.630.370	216.723.712
Üniversite <i>University</i>	8.891.333	12.588.872	15.025.079	18.290.800
Özel <i>Private</i>	5.680.954	15.529.416	24.485.650	38.688.313
Toplam <i>Total</i>	124.309.469	217.540.425	249.141.099	273.702.825

**Tablo 21. Yıllara ve Sektörlere Göre Kişi Başına Hastane Müracaat Sayısı, Türkiye**

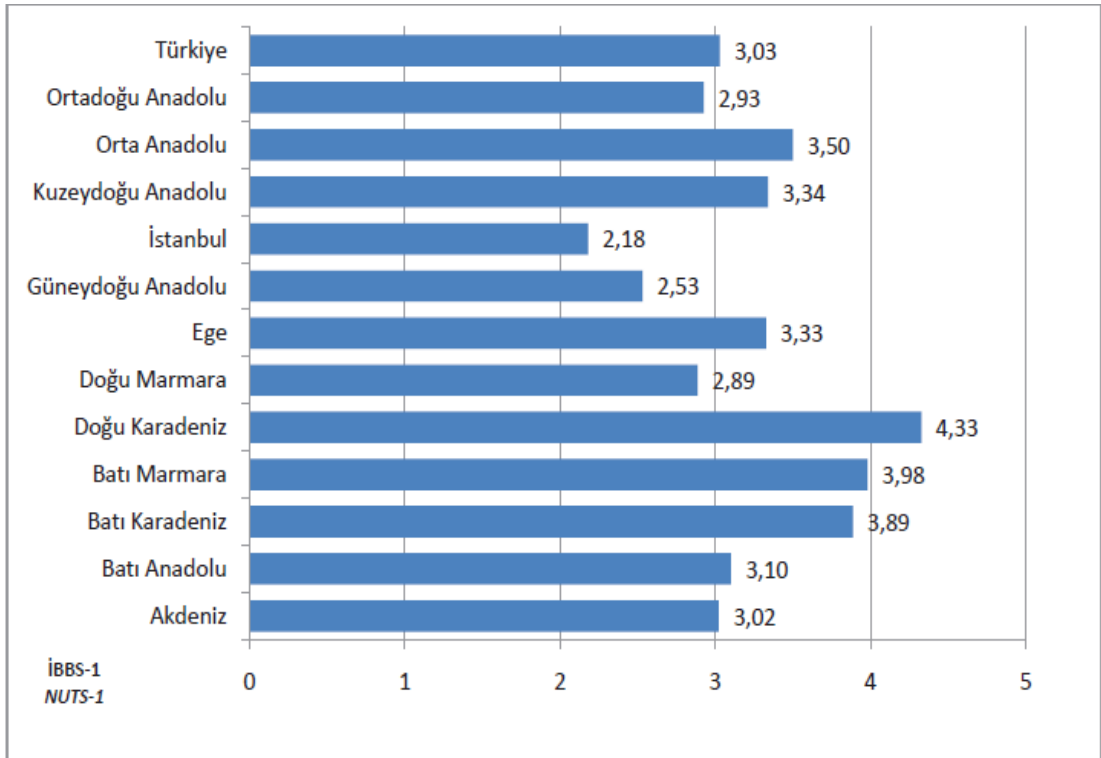
	2002	2006	2007	2008
Sağlık Bakanlığı <i>Ministry of Health</i>	1,66	2,73	2,98	3,03
Üniversite <i>University</i>	0,13	0,18	0,21	0,26
Özel <i>Private</i>	0,09	0,22	0,36	0,54
Toplam <i>Total</i>	1,88	3,13	3,55	3,83

**Tablo 22. Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı, Türkiye**

	2002	2006	2007	2008
<b>Sağlık Bakanlığı</b> <i>Ministry of Health</i>	4.169.779	5.379.198	5.674.935	5.959.585
<b>Üniversite</b> <i>University</i>	781.990	1.165.277	1.262.973	1.386.449
<b>Özel</b> <i>Private</i>	556.494	1.220.176	1.782.381	2.338.211
<b>Toplam</b> <i>Total</i>	5.508.263	7.764.651	8.720.289	9.684.245

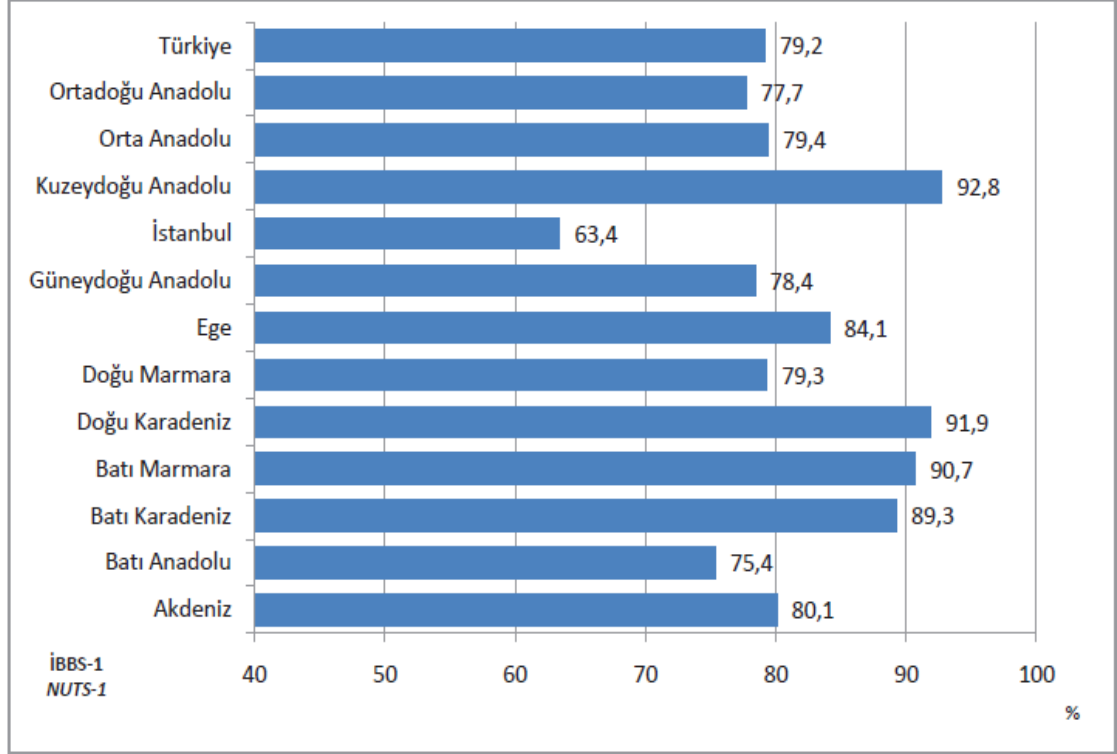
Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

**Tablo 23. İBBS-1'e Göre Kişi Başına Hastane Müracaat Sayısı, Sağlık Bakanlığı, 2008**



Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Nüfus: TÜİK

**Tablo 24. İBBS-1'e Göre Kişi Başına Hastane Müracaatlarında Sağlık Bakanlığı Oranı, (%), 2008**



Kaynak : Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Nüfus: TÜİK

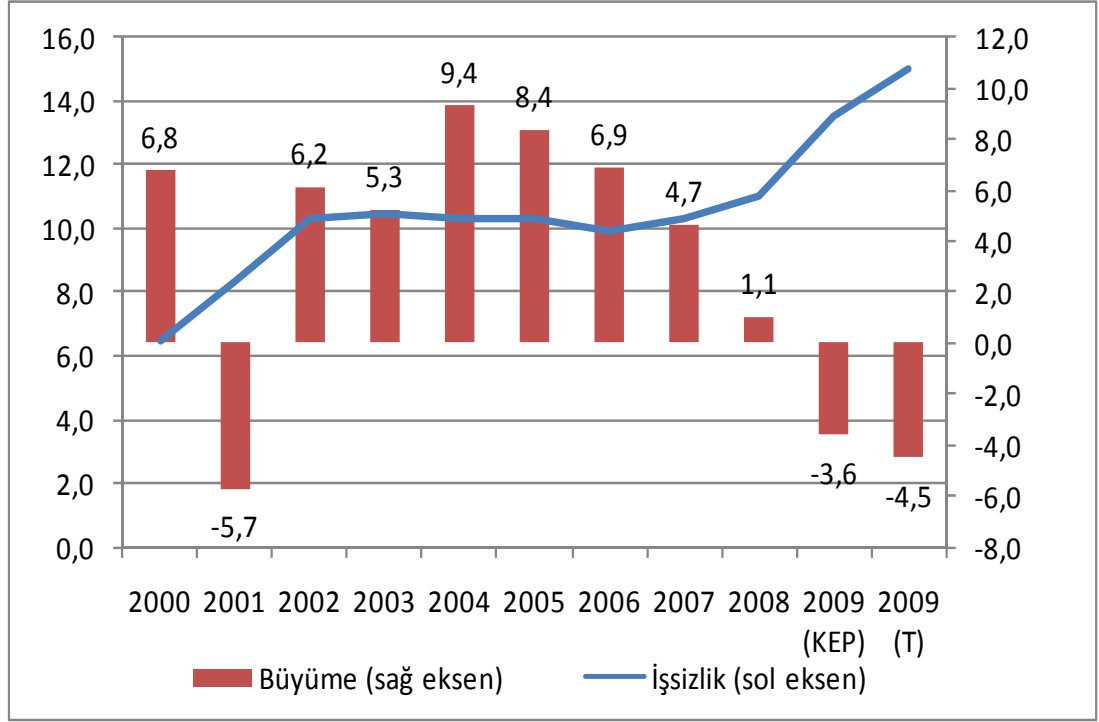
### 3.7. Sağlık Sektörü ve Maliye Kaynaklar

Maliye Bakanlığı Politikası diğer iktisat politikası araçlarından farklı doğrudan hükümetin belirleyici olduğu bir politika alanı konumundadır. Bu çerçevede, maliye politikası içinde kamu sağlık politikaları diğer ekonomi politikalarından farklı olarak ülkenin siyasi karar alma süreci çerçevesinde şekillenmektedir. Sağlık Bakanlığının sektör açısından en büyük mali kaynağı maliye bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığı ihtiyacı olan bütçesini Maliye Bakanlığından sağlamaktadır. Daha sonra, hastanelerde hastalardan alınan katılım ve diğer muayene ücretleri, tetkik ve diğer ücretler ile çalışanlardan kesilen sağlık primleri olarak düşünülebilir.

**Tablo 25. Türkiye’de Büyüme, İşsizlik ve Deflasyon 2009-2010**

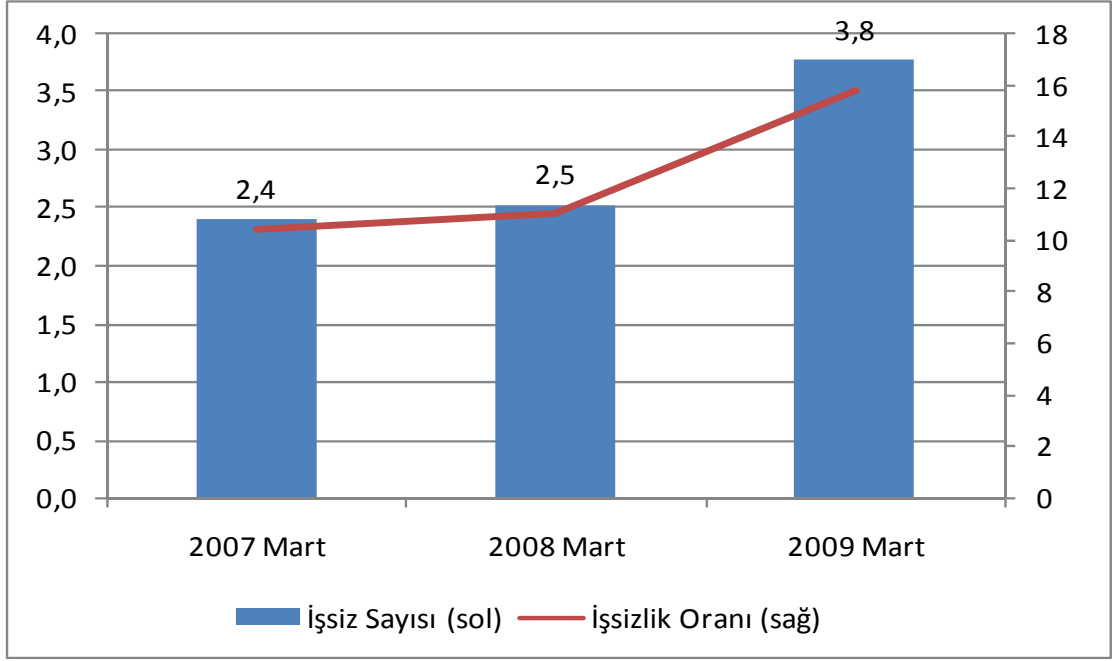
Büyüme hızları (%)	2009 yılı tahminleri			2010 yılı tahminleri		
	Nisan '09	Ocak '09	Fark	Nisan '09	Ocak '09	Fark
Dünya	-1.3	0.5	-1.8	1.9	3.0	-1.1
ABD	-2.8	-1.6	-0.1	0.0	1.6	-1.6
Euro Bölgesi	-4.2	-2.0	-2.2	-0.4	0.2	-0.6
Japonya	-6.2	-2.6	-3.6	0.5	0.6	-0.1
Gelişmekte olan piyasalar	1.6	3.3	-1.7	4.0	5.0	-1.0
Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri	-3.7	-0.4	-3.3	0.8	2.5	-1.7
Çin	6.5	6.7	-0.2	7.5	8.0	-0.5
Hindistan	4.5	5.1	-0.6	5.6	6.5	-0.9
Türkiye	-5.1	-1.5	-3.6	1.5	3.5	-2.0
Rusya	-6.0	-0.7	-5.3	0.5	1.3	-0.8
Brezilya	-1.3	1.8	-3.1	2.2	3.5	-1.3
<b>Enflasyon Tahminleri (Ortalama, %)</b>						
Gelişmiş Ekonomiler	-0.2	0.3	-0.5	0.3	0.8	-0.5
Gelişmekte olan piyasalar	5.7	5.8	-0.1	4.7	5.0	-0.3
<b>Petrol (US\$, ortalama)</b>	<b>52</b>	<b>50</b>	<b>2.0</b>	<b>63</b>	<b>62</b>	<b>0.1</b>

Türkiye hızla nüfusu artan bir dünya ülkesi olarak büyüme hızı da bu ivmeye göre şekil almaktadır. Özellikle 2000 ve 2009 yıllarındaki büyüme hızına baktığımızda 2003 ve 2004 yıllarına göre düşüşte olduğunu görmekteyiz. Bunun en önemli nedenlerinden birisi küresel mali krizin etkileridir. Sağlık giderleri ve harcamaları ayrılan bütçeye paralel olarak gerçekleştirildiğinden büyüme hızı ve ekonomik istikrar bunun üzerinde çok etkilidir. Dünya ülkelerinde de durum aynıdır. Ayrılan bütçenin yetersiz olması verilen sağlık hizmet ve olanaklarının da yetersiz kalmasına neden oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığının en büyük mali kaynağı hastaneler ve sağlık kesintileridir. Toplumun ekonomik düzeyinin yetersizliği mali gücün yetersiz kalmasına zemin oluşturmaktadır.



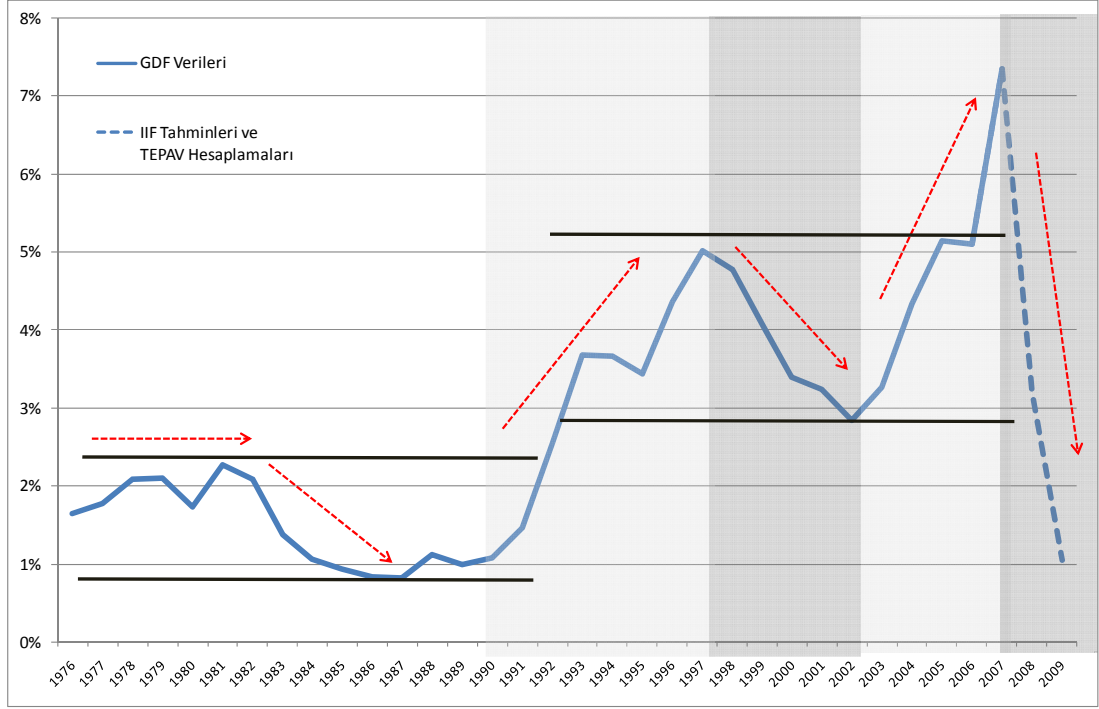
**Şekil 16. Türkiye'nin İstihdam Büyüme Oranı 2000-2009**

Türkiye Cumhuriyeti hızla artan bir işsizlik oranına sahip bulunmaktadır. Artan işsizlik ve gelir düzensizliği, fakirleşen halk yeterince sağlık hizmetinden ve istihdamından yararlanamamaktadır. Bunun en büyük nedenleri arasında ekonomik yetersizlik ve yaratılmayan istihdam alanlarıdır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık sistemlerindeki oluşan bu açık hem kamu hem de devlet üzerinde önemli oranda ekonomik kayıplara neden oluşturur. Bunun en büyük göstergesi devlet tarafından karşılanan yeşil kart sahiplerine verilen sağlık hizmetleridir. İşsizlik ve istihdam eksikliği hem devlet hem de sağlık sektörü üzerinde büyük yük oluşturmaktadır.

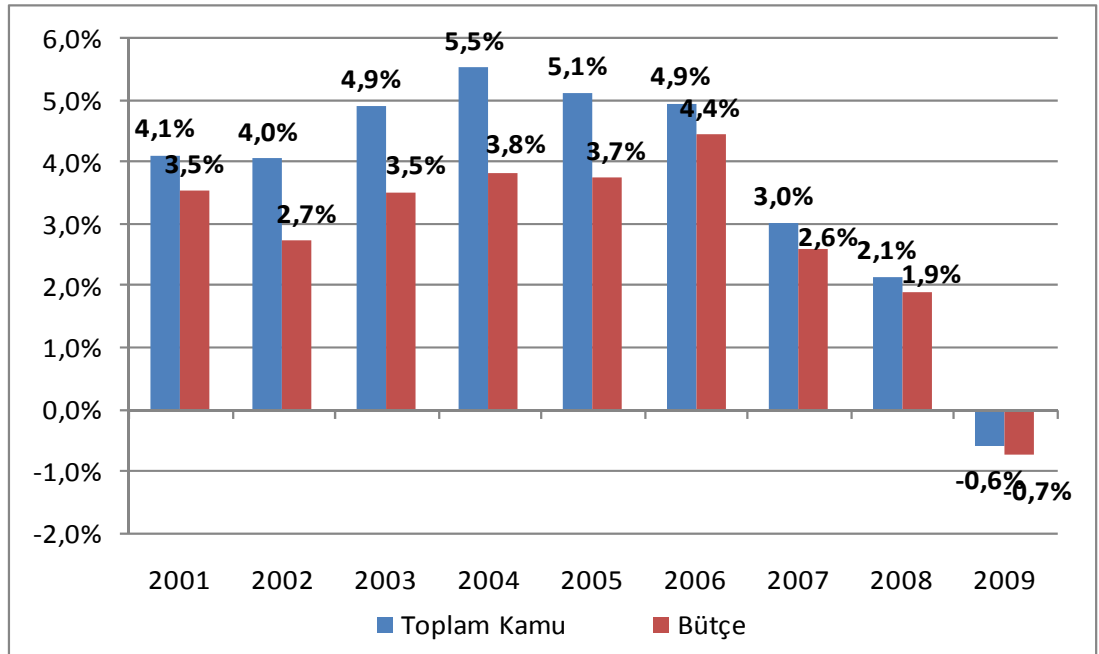


**Şekil 17. Türkiye'nin İşsizlik Oranları 2007 – 2010**

Türkiye sanayi alanında her ne kadar fazla imkana sahip gibi görünüyorsa da yeterince teknolojiye yararlanabilen bir ülke konumunda değildir. Tarım sektörüne yönelik çalışmalar gerçekleştiren Türkiye sanayisinin en büyük üretim noktası tekstil ve buna dayalı yan sanayi gruplarıdır. Üretim endeksti ne baktığımızda kapasite kullanım oranlarında büyük farklılıklar olduğunu görmekteyiz. Özellikle sanayi grubu içinde yer alan istihdam eksikliği yine devlet ve sağlık hizmetleri üzerinde büyük yük oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığının mali gelirleri arasında yer alan bu gelir grubundaki yetersizlik hizmete yansımaktadır.

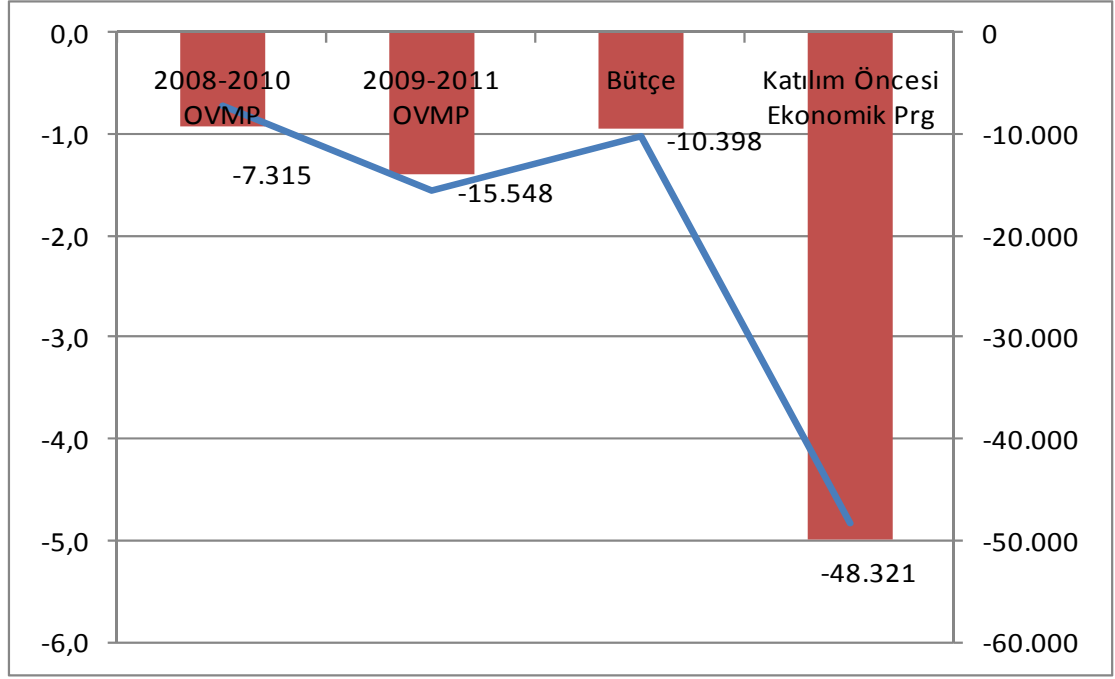


**Şekil 18. Gelişmekte olan ülkelere fon akımları / Gelişmekte olan ülkelerin milli gelir toplamı, 1976-2008**



**Şekil 19. Mali performans Göstergeleri**





**Şekil 20. Mali Yıllar Bütçeleri**

Türkiye açısından sağlık alanındaki ve Sağlık Bakanlığının bütçelerine yönelik bilgiler yukarıdaki grafikte gösterilmiştir. 2008 ile 2010 yılları bütçesine baktığımızda diğer yıllara oranla oldukça fazla ivme kazandığını görmekteyiz. Artan bu ivme ve ekonomik yükseliş hem sağlık sektörü hem de devlet bütçesi üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Artan işsizlik ve maliyetlerin giderek yükselmesi nedeni ile sağlık alanındaki yatırımlara yeterince kaynak aktarılamamakta olup, istenilen kalitede hizmet de tam anlamı ile verilememektedir. Sağlık sektörünün ve Bakanlığının özel mali gelirlerine ve kaynaklarını da kullandığını bilmekteyiz. Bu özel mali kaynaklar birçok farklı alandan sağlanabilmektedir.<sup>155</sup>

<sup>155</sup> YILMAZ H.H., (2009) “Son Dönem Ekonomik Gelişmeler Çerçevesinde Kamu Sağlık Harcamalarının Sürdürülebilirliği”, A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Maliye Bölümü, Haziran. s.65

### 3.8. Özel Mali Kaynaklar

Sağlık alanında özel harcamalar, kişilerin kendi bütçelerinden ve özel sigorta programlarınca karşılanan kaynaklardır. Kişisel harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı %20 civarındadır. Bu harcamaların büyük bir kısmını özel sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar, diğer kısmını da hastane döner sermayelerine yapılan resmi ödemeler oluşturmaktadır.

Dünya Bankası raporuna göre;

- Bağkur'luların %40
- SSK'lıların %17
- Emekli Sandığı'nın %10
- Hiçbir sağlık güvencesi olmayanların %30'u

Özel sağlık sunucularından yararlanmaktadır.

Sağlık alanında sabit sermaye yatırımları; kamu kesiminin özel kesime göre ağırlıklı olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 26. Sağlık Sektöründe Sabit Sermaye Yatırımlarının Sektörel Payları**  
(Milyon TL)<sup>156</sup>

Yıllar	Kamu (miktar %)	Özel (miktar %)	Toplam (miktar %)
2003	936 5,6	1592 4,0	2578 4,4
2004	1141 5,7	2329 3,8	3470 4,3
2005	1602 6,3	3004 4,2	4606 4,8

Özel mali kaynaklar

- Özel sektör kuruluşlarının doğrudan sağlık hizmeti talebi harcamaları
- Kişiler Hane Halkının doğrudan sağlık hizmeti talebi harcamaları
- Kişiler Hane Halkının dolaylı sağlık hizmeti talebi harcamaları

olarak sınıflandırılabilir.

- Özel sektör kuruluşlarının doğrudan sağlık hizmeti talebi harcamaları;
  - Öz kaynaklar

<sup>156</sup> DPT, (2005), Temel Ekonomik Göstergeler, Ağustos, s. 35

- Borç, kredi, yardım ve benzerleri
- İşçi sağlığı ve iş güvenliği harcamaları
- İş yeri sağlık harcamaları
- Sağlık güvenliği veya sigortası işveren prim payı dolaylı sağlık harcamalarıdır.

Özel sektör kuruluşlarının doğrudan sağlık hizmeti talebi harcamaları; harcamayı doğrudan yapan sağlık güvenliği kurumunun kaynak ve talep harcamaları içinde yer almaktadır.

- Kişiler Hane Halkının doğrudan sağlık hizmeti talebi harcamaları
  - Öz kaynaklar
  - Borç, kredi, yardım ve benzerleridir.

Mali kaynaklardan kişilerin veya hane halkının sağlık hizmeti talebi için kendilerinin doğrudan yaptıkları sağlık harcamalarıdır.

- Kişiler Hane Halkının dolaylı sağlık hizmeti talebi harcamaları
  - Öz kaynaklar
  - Borç, kredi, yardım ve benzerleridir.

Mali kaynaklardan kişilerin veya hane halkının sağlık hizmeti talebi için sosyal veya özel zorunlu veya isteğe bağlı sağlık güvenliği veya sigortası amacıyla prim ve diğer ödemelerle dolaylı olarak yaptıkları harcamalarıdır.<sup>157</sup>

### **3.9. Sağlık Sistemi İlaç ve Eczacılık Hizmetleri**

İlaç ve sağlık hizmetleri 1991 yılından sonra belediyeler ve özel sektörle birlikte verilmeye başlanmıştır. Ülkede sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak için üniversite, tıp okulları ve tıp kolejleri mevcuttur.<sup>158</sup>

---

<sup>157</sup> ALTAY, A., s.35

<sup>158</sup> SARGUTAN E., (2006). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri - Kavram, Metot Ve Uygulamalar, Ülkelerin Sağlık Sektörlerinin Genel Sistem Ve Mali Yapıları, Sağlık Sistemi Tipleri Ve Belirgin Özellikleriyle Ülke Örnekleri, Türkiye Sağlık Sektörünün Sistem Ve Mali Yapıları. Hacettepe Üniversitesi Yayını, Ankara, s.143

İlaç, insan sağlığı ile direkt ilgili olduğundan ve hayati bir önem taşıdığından pazarlama hizmeti de diğer mallardan farklılık arz etmektedir. İlaç hizmeti ile ilacın dağıtım zincirinin son halkası olan, eczacılık hizmetlerinin pazarlaması bir bütün içinde değerlendirilmelidir. Çünkü pazarlamaya konu olan ürün ilaç gibi görünse de, ilaç ile birlikte eczacılık hizmetlerinin de başarıyla pazarlanması ilaç suistimallerinin önlenmesi ve rasyonel ilaç kullanımının sağlanması konularında etkileyici bir unsur olarak rol oynamaktadır.<sup>159</sup>

Eczacılık hizmetlerinin pazarlamasında önemli olan nokta bu faaliyetlerin fiziksel anlamda son tüketici olan hastaların düşünülerek yapılıyor olması yani hasta odaklı olmasıdır. İlaç pazarlaması ise hastalarla beraber ağırlıklı olarak dağıtım kanalı içerisinde yer alan araçlara yönelik faaliyetleri de kapsadığı belirtilmektedir.<sup>160</sup>

İlaç pazarlaması içerisinde eczacılık hizmetlerinin pazarlaması da yer aldığından eczacılık hizmetlerine dahil olan hastane eczacıları, serbest eczacılar, sosyal güvenlik kuruluşları ve ilgili diğer bireylere ek olarak ilaç üreticileri ve ecza depoları ilaç pazarlaması için yapılan faaliyetlere de konu olmak durumundadırlar. Dolayısıyla, eczane hizmetleri ilaç pazarlamasının alt bir unsuru olarak gözükürken İlaç ve eczacılık hizmetlerinin her ikisinin de kesişen ortak noktalarının, faaliyetlerinin mevcut olduğu görülmektedir.<sup>161</sup>

Eczacılık hizmetleri alanında gerçekleştirilen tüm pazarlama faaliyetlerinin aynı zamanda ilaç pazarlamasının da alanına girmesi onun durağan ve edilgen bir süreç olmasından ziyade aktif ve dinamik bir süreç olduğunu göstermektedir.<sup>162</sup>

---

<sup>159</sup> BİLGİNER E., (2002), “ Türk İlaç Sanayii’nde Pazarlamada Tanıtımın Rolü” Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, S:43.

<sup>160</sup> YÜKSEL C.A., (2000), “ İlaç Pazarlaması, Reçetesiz İlaçlara Karşı Türk Eczacılarının Kanaat Ve Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Pilot Araştırma”’s.9  
Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, S: 10.

<sup>161</sup> YÜKSEL C.A., a.g.e., s.10.

<sup>162</sup> YÜKSEL C.A., a.g.e., s.10.

### 3.10. Acil Sağlık Hizmetleri ve Düzenlemeleri

Sağlık Müdürlüklerinin acil sağlık hizmetleri; şubesi bünyesinde kurulu il ambulans servisine bağlı; konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, hastalık ve yaralanma durumlarında ayrıca olağan dışı durumlarda, tam donanımlı ambulans, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında sunulan tüm sağlık hizmetleridir.<sup>163</sup>

Acil sağlık sistemi hizmet akışı;

- Acil yardım çağrısı
- Çağrının değerlendirilmesi
- Yönlendirme,
- Talebin yönlendirilen birim tarafından karşılanması
- Nakil
- Hastane acil servisine ulaşması,
- Hastane acil servisi tarafından yürütülecek işlemler,
- Merkeze sunulan hizmet ile ilgili bildirimlerin yapılması<sup>164</sup>

Hastane öncesi acil tıp hizmetlerinin organizasyonu, etkili dağılımı, Amerika Birleşik Devletlerinde 1960 yıllarındaki bir gelişmedir.<sup>165</sup> Ülkemizde ise 1986 yılında 077 Hızır Acil organizasyonu ile büyük şehirlerimizde hastane öncesi Acil Sağlık hizmetlerine başlanmıştır.<sup>166</sup>

Modern tıbbi yaklaşımlarda atılan adımlar, araç gereçlerdeki teknolojik gelişmeler ve hedef toplumun daha geniş bir coğrafik alanda hizmet beklemesi gibi nedenler acil sağlık hizmetlerinde eskiye göre bazı değişimlerin olmasını zorunlu kılmıştır. Doğal veya doğal olmayan nedenlerle ortaya çıkan ya da çıkması olası

<sup>163</sup> ERYILMAZ M., (2005), Afetin Potansiyelleri. In: Eryılmaz M, Dizer U, Editors. Afet Tıbbi Kitabı. Ankara: Ünsal Yayınları; ss. 29-60.

<sup>164</sup> Sağlık Bakanlığı (2001,) Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, S.103-106

<sup>165</sup> SERGIENCO E.M., Md. Thomas N. Bottoni, Md. (2006), Current Emergency Medicine Diagnosis&Treatment, Çeviri: Dr. Doğan Niyazi ÖZGÜÇELİK, Güncel Acil Tanı& Tedavi, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. s. 6.

<sup>166</sup> TÜLAY Ü., KENAN U., (2001), Acil Yardım Ve Kurtarma Hizmetleri İçinde, S. Songül Y., Tülay Ü., Kenan U., Ümit E., Hakan A., Yazarlar, Ambulans Hekimliği El Kitabı. Ankara: Güneş. s.1.

toplu yaralanmalara karşı yeni davranış biçimleri oluşturulması gerekmiştir. Bu gerekliliklerin perspektifinde Acil Sağlık Hizmetleri (ASH) son 15 yılda dünyada ve ülkemizde büyük gelişmeler göstermiştir. Özellikle 1990'lı yıllarda akademik alanda ve hizmet sahasında önemli gelişmeler sağlanmıştır. 1999 büyük Marmara depremi'nden sonra toplumda ve siyasi idarelerin gündeminde her zaman yer alan ASH, ülkemizde de özellikle son dönemde dinamik alt yapısı ile son derece üretken ve diğer sağlık alanlarına önder ve örnek bir yapılanma göstermektedir.

Özellikle hastane öncesi sağlık hizmetlerinde paramedik çalıştırılması yerinde bir uygulamadır. Ancak uluslararası örneklerinde olduğu gibi afilliye oldukları merkez ya da sorumluluklarının verildiği, yeterliliklerinin gözlemlendiği hekimlik müessesesi kurulmadan tek başlarına görevlendirilmeleri sakıncalı olacaktır.

Bu düzenleme acilen gerçekleştirilmeli, paramediklere acil ambulans hizmetlerinde çok aktif olarak rolleri verilmeli ve yasal prosedürleri tüm ayrıntılarıyla hazırlanmalıdır. Paramedikler tüm gün ve vardiyalı çalışacak şekilde hizmete başlatılmalıdır.

Acil sağlık hizmetleri düzenlemeleri; yurt sathında eşit, ulaşılabilir, kaliteli, süratli ve verimli olarak yürütülmesini sağlamak amacıyla, sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti ile ilgili olan bütün kurum ve kuruluşların uymakla mükellef oldukları esaslar ile bu kuruluşlar arasında koordinasyonun temin edilmesine ve Bakanlık tarafından yürütülecek olan acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esasları belirlemektir.<sup>167</sup>

Acil sağlık hizmetlerinde temel hizmet birimleri;

a) Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü: Müdürlük adına acil sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmaları koordine eden, planlayan, ildeki tüm ambulansların ruhsatlandırma ve denetimini yapan, hastane acil servislerini koordine eden ve denetleyen, il düzeyindeki ilkyardım eğitimlerinin verilmesini organize eden ve bununla ilgili ilkyardım eğitim merkezlerinin ruhsatlandırılması ve denetimini yapan,

---

<sup>167</sup> Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 11.05.2000; Sayı: 24046

il sağlık afet planlarının hazırlanması ve uygulanmasının koordinasyonunu sağlayan, acil sağlık hizmetleri ile ilgili tüm verileri toplayan ve değerlendiren birimdir.<sup>168</sup>

b) İl Ambulans Servisi Başhekimliği: Ambulans hizmetlerinin il düzeyinde organizasyonunu, yönlendirilmesini, uygulanmasını ve değerlendirilmesini, hizmete katılan kurum ve kuruluşlar arasında işbirliğini sağlayan, merkez ve istasyonlarda görev yapan personelin hizmet içi eğitimleri ile sevk ve idaresini yapan, merkez ve istasyonlarda kullanılan tüm araç ve gereçlerin temin, kayıt, bakım ve onarımlarını sağlayan, hizmetle ilgili tüm kayıt ve istatistikleri tutan, merkezin de içinde olduğu, kendisine ait binası ve personeli olan birimdir.

c) Hastane Acil Servisleri: Yataklı tedavi kurumları bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen birimdir.

Acil sağlık hizmetleri merkezinin görevleri;

a) Merkeze ulaşan acil yardım çağrılarını değerlendirmek, çağrılara göre verilmesi gereken hizmeti belirleyerek, kişiyi veya hizmet birimini yönlendirmek,

b) Hizmetin verilmesi sırasında, hizmete katılan kurum ve kuruluşlar arasında işbirliğini sağlamak,

c) Hizmet ile ilgili kayıtları tutmak ve tutulan kayıtlar üzerinden hizmet istatistiklerini çıkarmak,

d) Olağandışı durumlarda, olay yerine hızlı müdahale edilmesini ve gerekli kayıtların tutulmasını sağlamak,

e) Başhekimlikçe verilen diğer görevleri yapmak.

“Acil Sağlık Hizmetleri” haftanın 7 günü 24 saat ve tüm yıl aralıksız hizmet vermek zorunda olan; dini ya da resmi tatil, izin, hastalık veya istirahat, bakım-onarım-restorasyon nedeniyle işe ara verilmesi ya da eksik personel ve malzeme

---

<sup>168</sup> Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 11.05.2000; Sayı: 24046

nedeniyle iş üretiminde düşüşü kabul edilmeyen; müracaat eden her hastaya sağlık hizmeti vermekle yükümlü, sağlık sisteminin önemli bir dinamiğini oluştururlar.<sup>169</sup>

Sorunların çözümünde kurumlar arası koordinasyon, bilimsel danışmanlık, hastane acil servisleri arasında entegrasyon, teknolojik alt yapı, personel, finans ve eğitim atmaktadır. Acil sağlık sisteminde yapılacak iyileştirme için acil sağlık danışma kurulları oluşturulup çalıştırılmalı, tıbbi denetim ve değerlendirmelerin yapılmasını sağlamalı, afetlerde

sağlık hizmetleri planlanmalıdır. Personel bu konuda bilinçlendirilmeli ve bilgilendirilmeli, eğitim merkezleri kurulmalı, eğiticiler yetiştirilmeli, haberleşme imkanları ve merkezleri oluşturulmalı, organizasyonda başarılı olunmalıdır.

“Acil Sağlık Hizmetleri”nin T.C. Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda bir toplantı yapması ve bu toplantı sonuçlarının ilgili kurum ve kuruluşların onay ve olurlarına sunularak hizmete geçirilmesi gerekir.

Öncelikle herkes tarafından kabul edilen bazı sorunlar derhal çözüme ulaştırılmalı, çözümü zaman alacak sorunlar için uğraşılmalı ve ASH’ de dinamizm yüksek tutulması gerekmektedir.

---

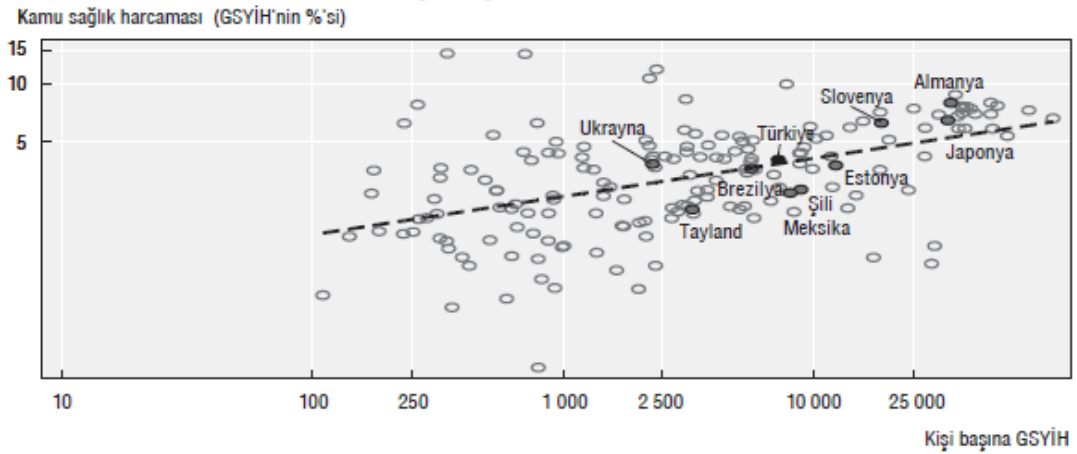
<sup>169</sup> Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 11.05.2000; Sayı: 24046



## BÖLÜM III

### 4.1. Dünya Ülkeleri Sağlık Sistemleri ve Yapıları

Dünya ülkelerinde sağlık hizmetlerinin sunumu, finansman yöntemleri ve organizasyon yapıları yönünden farklılık gözlenmektedir. Ulusal sağlık Hizmetleri aracılığı ile nüfusun tamamına sağlık hizmeti sunmayı amaç İngiltere ve İsveç gibi ülkeler karşısında A.B.D. ve Japonya gibi sağlık sisteminde tamamen özel sağlık sigortası programlarını yoğun biçimde kullanan ülkeler yer aldığı görülmektedir. Dünya sağlık sistemlerinin çoğunda 1970’li ve 1980’li yıllardan itibaren sağlık harcamalarının değişik nedenlerle hızlı bir şekilde arttığı belirtilmiştir. Sağlık harcamalarının çoğunun (dörtte üçünün) kamu finansman kaynaklarından karşılandığı belirlenmiştir.<sup>170</sup>



Şekil 21. Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı ve Kişi Başı GSYİH, 2006

<sup>170</sup> Rublee, D.A., (1992) "International Health Expenditure Trends: The United States Compared To Other Market-Oriented Countries", Health Care Systems And Their Patients: An International Perspective, Der. Rosenthal M.M.,-Frenkel M., 9-18, Westview Press, Oxford, s. 10.

Sağlık harcamalarının çok olması her zaman için en iyi sağlık düzeyinin elde edileceği anlamına gelmediği belirlenmiştir.

Gelişmiş ülkelerde sağlık sistemlerinde değişiklik ve yeniliği gerektiren etkenlerden biri demografik yapıda meydana gelen değişikliklerdir. Nüfus artışıdaki azalma, bebek ölüm oranlarındaki düşüş ve yaşam beklentisindeki artış ülkelerin yaş profilinde değişikliklere neden olmuştur.

Gelişmiş ülkelerde teknolojik yenilikler ve gelişmeler ise etkinlik artışlarını beraberinde getirmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve geliştirilmesinde gelişmiş ve özellikle de gelişmekte olan ülkelerde kaynakların yetersizliği nüfusun tamamına yeterli ve düzenli hizmet sağlanmaması maliyet ve harcama kontrollerinin yerine geliştirilmemesi gibi sorunların varlığı sürmektedir.

Ulusal Sağlık Sistemi, kökleri 19.yüzyılın küçük işçi sigortalarına ve Dostluk Derneklerine dayalı bir kurumdur. 1991'de **Lloyd Goerge** tarafından geliştirilen bu hizmet birimleri, belli bir gelir düzeyinin altındaki işçiler için Ulusal Sağlık Sigortası Yasası'na dönüştürülmüştür. II. Dünya Savaşı öncesi güçlenen işçi sınıfının iktidar olma sürecini engelleyebilecek önlemler arasında örgütlü bir sağlık hizmeti modeli de düşünülmüştür.

1930'larda Sağlık Bakanlığı'nın girişimiyle Sovyetler Birliği'nde ve diğer Doğu Avrupa ülkelerinde biçimlenen model incelenmeye ve tartışılmaya başlanmış, oluşturulan tasarı 6 Kasım 1946'da yasalaştırılarak 1948'de uygulanmaya konmuştur. Kısa zamanda benimsenen sistem 1974'te ilk büyük değişikliğe uğramış ve iyice yerleşmiştir.

İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi NHS (**National Health Service**), kendisine özgü bir temel felsefe ve örgütlenmeye sahip olması nedeniyle sağlık sistemleri içinde haklı bir öneme ve şöhrete sahiptir.

NHS' yi diğer batılı ülkelerin sağlık sistemlerinden ayıran iki temel özellik vardır.<sup>171</sup> Bunlardan ilki, hemen Rum batı ve ileri kapitalist ülkelerde sağlık sistemlerinin finansmanında sigortacılık uygulamalarına değişik oranlarda yer verilirken, NHS' de sistem sadece genel vergilerle finanse edilmekte ve sigortacılık çok az olarak bulunmaktadır. Diğeri ise, İngiltere'de GSMH' den sağlığa ayrılan pay diğer batılı ülkelere daha az olmasına rağmen sağlık düzeyi göstergeleri daha iyidir. Yani NHS' de daha az harcama ile daha iyi sağlık hizmeti verilmektedir<sup>172</sup>.

#### 4.2. Dünya Ülkeleri Sağlık Sistemleri ve Tipleri

**Milton I. Roemer** sınıflandırması, ülkelerin sağlık sistemlerini pek çok farklı türde gruplandırılan çalışmalardan biridir. En çok bilinen ve yaygın başvuru alanlarından biridir.

Sağlık sistemleri karşılaştırılırken **Milton I. Roemer'in** önerdiği “Ekonomik seviye ve sağlık sistemi politikalarına göre sınıflandırılmış ulusal sağlık sistemi tipleri” gruplaması esas alınacaktır. **Roemer** bu grupları;

- Girişimci ve serbest sağlık sistemi politikaları grubu
- Refah yönelimli sağlık sistemi politikaları grubu
- Genel ve kapsayıcı sağlık sistemi politikaları grubu
- Sosyalist ve merkezden planlanmış sağlık sistemi politikaları grubu olarak sınıflandırmıştır.

**Roemer** sınıflandırmasındaki önemli hususları;

- Ülkelerin sağlık sistemi hizmet arz ve talebinde kamu veya özel unsurların yaygın ve baskın olan durumunu esas alan dört ölçüt
- Ülkelerin gelişmişlik ve gelir düzeylerini esas alan dört ölçüt esas alınarak 16 grup altında toplanmıştır.

<sup>171</sup> Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, A.G.E. , Madde:89

<sup>172</sup> SERİN İ., (2001), “Genel Sağlık Sigortası Ve Türkiye Uygulanabilirliği”, M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Y.L. Tezi, İstanbul. s.146.

**Tablo 27. Ulusal sağlık sistemlerinin başlıca tipler**

Ekonomik seviye	Sağlık sistemlerin örgütlenme derecesi		
	Orta derece örgütlenmiş	İyi örgütlenmiş	Çok iyi örgütlenmiş
Gelişmiş (Refah) Ülkeler	Örgütlenme çoğulcu çok sayıda program var. Özel teşebbüs ağırlıklı ve bir programın parçacı değil, serbest. Finansman çeşitli ve çoğunlukla doğrudan kişisel veya kar amaçsız sigortalarla. Yönetim çoğulcu ve esnek. Planlama mahalli ağırlıklı. Kontrol ve standardizasyon güçlü. Sistemde bazı yetersizlikler var.	Kaynaklar nispeten bol. Eğitim ve binalar devletin. Hizmetler tüm topluma. Programlar hükümetçe. Muayenehane var. Kaynakları bütçe ve sigorta fonları. Mahalli yönetimlere yetki devri vardır. Yönetim yapısı oldukça üniform. Kontrol ve standardizasyon sistemleri güçlü.	Hekim sayısı çok. Diğer kaynaklar sınırlı. Finansman kamudan. Kaynak ve harcamalar hükümette / bakanlıkta. Hizmetler tek tip Personel maaşlı memur. Serbest hekim sınırlı. Koruma ve tedavi entegre Yönetim üniform ve hiyerarşik. Hizmetler yerel. Merkezi plan ve karar.
	ABD. Tip 1	FRANSA Tip 2	İNGİLTERE Tip 3
Gelişmekte olan (Geçişteki) Ülkeler Kişi Başına GSMH: ABD \$ 3000-400, çoğunlukla - 1.500 ABD \$ Kaynaklar daha sınırlı	Hekim ve hemşire az Geleneksel sağlık (üfürükçü çıkıkçı vs.) uygulaması var. Hekimler çoğunlukla serbest çalışır. Örgütlenme zayıf. Bakanlık ve bakanlık dışı programlar var. Yerel yönetimler yetkisiz. Koruyucu hizmetler hükümette ve zayıf. Masraflar çoğunlukla kişilerce. Yönetim zayıf. Hükümet seviyesinde koordinasyon hizmet eşit değil.	Daha iyi örgütlü. Kır-kent farkı var. Hastaneler büyük şehirlerde ve büyük. Hekimlerin çoğu resmi ancak serbest çalışma da yaparlar. Bakanlık iyi örgütlü fakat, kaynak ve hizmet parçalı (sosyal sigorta benzeri) Koruma ve tedavi devlet birimleriyle. Finans: Bütçe+sigorta (toplumsal finans) En önemli finans kaynağı sigorta. Hizmet, koordinasyon, kontrol devletin ve iyi organize. Yerel yönetimin rolü sınırlı. Yerel yönetimin rolü sınırlı. Hizmette eşitlik gayretli.	Personel bol, kaynaklar tip 5 ten daha kıt. Kaynakların tümü hükümette. Serbest rekabet yok gibi. Bakanlık yerel yönetimle üniform. Koruma ve tedavinin tümü hastanelerde. Finansmanın hemen tamamı bütçeden. Harcamalar çoğunlukla yerel. Yönetim oldukça desantralize. Merkezi planlama esas. Standartlar var fakat yerel özellikli.

	ENEZÜELLA Tip 4	MEKSİKA Tip 5	KÜBA Tip 6
Az gelişmiş (Fakir) Ülkeler Kişi başına GSMH: 400 ABD\$ ve aşığı, çoğunluğu- 300 ABD\$. Kaynaklar fakir.	Sağlık kaynakları çok az. Çoğu sömürge olmaktan yeni kurtulmuş. Sağlık personeli ender ve başkentte toplanmış, çoğu vakitleri serbest çalışmada. Hastaneler büyük şehirde ve anlamsızca gösterişli birbirinden uzak. Geleneksel hekimlik yaygın. Sağlık harcamaları çoğunlukla bütçeden. Halk sağlığı hükümetin. Yönetim personeli memur ve sayıları az. Gönüllü örgütler az ve zayıf. Finans çok az ve geriliyor. İleriye yönelik bir programları yok.	Kaynaklar 7. Tipten daha iyi ve organize. Kaynaklar artmakta. Personel ve hastaneler şehirde. Kırsal alana hizmet götürme çabaları artıyor. Doktorların çoğu devlete, azı özel çalışır. Bazı ülkelerde öze çalışma yasak. Yönetim hükümettedir. Yerel idare primer hizmetleri yüklenmekte. Özel yatırımlar görülüyor. Gönüllü örgütler daha çok. Dini misyonlar görev alıyor.	Kaynak ve hizmetler daha örgütlü, her seviyede devlet güdümünde, Primer sağlık hizmeti gelişimi için destek. Kırsal alanın da şehirler gibi gelişmesine çalışılıyor. Geleneksel tıp yaygın fakat entegre ediliyor. Özel çalışma artıyor. Özel sigorta gelişiyor. Hükümet yetkilerini yerel yönetime devrediyor. Standartlar katı. Koruyucu hizmetler güçlü, çevre sağlığı gelişiyor. Bağışıklama, aile planlaması ve eğitimde gelişme yüksek
	SUDAN Tip 7	KENYA Tip8	VİETNAM Tip 9

**Kaynak: Sargutan, E., 2006**

### 4.3. Dünya Ülkeleri Sağlık Sistemleri Karşılaştırması

İki veya daha fazla ülke sağlık sisteminin karşılaştırmalı sağlık sistemleri yaklaşımı kavramı, istenilen yönlerini birbiri ile karşılaştırarak, kullanılabilir ve sonuçlara kıyaslamalarla ulaşmayı amaçlayan bir araştırma yöntemini nitelemektedir.<sup>173</sup>

Ülkeler arasında her alanda olduğu gibi sağlık sistemleri alanında da çok yoğun bir bilgi alışverişi olmaktadır. Bu bilgi alışverişi, 1980'li yılların sonunda ve 1990'lı yılların başında dünyada çeşitli sistemlere ve bu arada da ülke sağlık sistemlerine, politikalarına ve hizmetlerine de kuvvetle etki eden küreselleşme dinamikleri ve bunun bir yansıması olan liberal ekonomik ve siyasal politikalar paralelinde de gittikçe arttığı belirlenmiştir.<sup>174</sup>

Sağlık sistemlerinin karşılaştırmasının çeşitli nedenleri ve zorlukları olduğu belirlenmiştir. Sağlık sistemleri sınıflandırmasında en yaygın olanı Roemer (1993) sağlık sistemi sınıflandırmasıdır.

**Roemer'a** (1993) göre sağlık sistemlerinin incelenmesi ve karşılaştırılmasının nedenleri;

- \* başka ülkelerin sağlık sistemlerini öğrenmek,
- \* kendi sağlık sistemimizi anlamak konusunda bize perspektif kazandırması,
- \* değişik şartlar altında sağlıkla hakkaniyeti başarmanın stratejilerini gözleme imkanı vermesi,
- \* Sağlık sisteminde maksimum verimliliği başarmanın yöntemlerini anlamak,
- \* sağlık sistemlerinin toplumun sağlık statüsü üzerinde nasıl bir etki yarattığını öğrenilmesi,
- \* bilimsel genellemeler yapmaktır.

---

<sup>173</sup> SARGUTAN E., a.g.e., s.56

<sup>174</sup> YILDIRIM H.H, TARCAN M. (2000). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler. İçinde: *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi*. Editörler: TATAR M, ERİGÜÇ G, ŞAHİN İ.. 20-21 Mayıs 2000. Ankara, ss. 577-592.

Sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasının zorlukları;

- Karşılaştırmanın doğasında zorluk olduğu,
- Sonuçlar yanıltıcı olabilir
- Göstergelerde, tanımlamalarda standartlar yoktur
- Sistemlerin performanslarını ölçmenin zorluğu
- Sosyo-ekonomik parametreleri belirlemek ve genellemek zordur.
- Politik bilginin transferi zordur ve zaman alıcıdır.
- Her ülkenin sağlık sistemi; ülkenin tarihine, coğrafyasına, politik

kültürüne vb gibi birçok değişkene bağlı olduğu saptanmıştır.<sup>175</sup>

**Roemer**(1993)'e göre sağlık sistemi sınıflaması;<sup>176</sup>

1. Serbest piyasa tipi özellikli sağlık sistemleri
2. Refah yönelimli tipteki sağlık sistemleri
3. Kapsayıcı tipteki sağlık sistemleri
4. Sosyalist tipteki sağlık sistemleri

1. Serbest piyasa tipi özellikli sağlık sistemleri; Sağlık, ağırlıklı olarak piyasa koşullarına bırakılmıştır. İleri düzeyde endüstrileşmeyi sağlayan ülkeler arasında ABD sağlık sistemi en tipik örneğidir.

2. Refah yönelimli tipteki sağlık sistemleri; bu tip sağlık sisteminin temelini sosyal sigortacılık oluşturmaktadır. Bu sistem Almanya'da 1883 yılında **Bismarck'ın** sosyal reformu çerçevesinde hastalık sigortası, kaza sigortası, yaşlılık ve sakatlık sigortasıyla ilgili kanunların çıkışıyla başlamaktadır. Almanya, Belçika, Fransa, Kanada, Japonya ve Avustralya bu sistemin endüstrileşmiş ülkelerdeki örnekleridir.

3. Kapsayıcı tipteki sağlık sistemleri; sağlık sistemleri 2. Dünya savaşı sonrasındaki politik gelişmeler ile birlikte kapsayıcı tipe doğru bir gelişme

---

<sup>175</sup> Klein R. (1997). Learning From Others: Shall The Last Be The First? *Journal Of Health Politics, Policy And Law*. Vol. 22, s.5

<sup>176</sup> Roemer M.I. (1993). National Health Systems Throughout The World. *Annual Review Of Public Health*. Vol. 14: 335-353.

göstermiştir. Sistemin bütün nüfusu kapsamı, finansmanın tamamen genel vergilerden sağlanması, doktor ve diğer sağlık personelinin ücret sistemi ile istihdam edimleri ve sağlıkla ilgili faaliyetlerin tamamının hükümet kontrolünde sunulması sağlanmıştır. En tipik örneği ise İngiltere sağlık sistemidir.

4. Sosyalist tipteki sağlık sistemleri; bu sistemde doktor ve sağlık insan gücü kamu denetimine girmesi, teoride sağlık hizmetleri herkesin kullanılabileceği bir yapıya bürünmesidir. Bu sisteme örnek eski SSCB ve eski MDA ülkeleri.

Sağlık sistemi sınıflamasında bir diğer sınıflama ise, **Bismark** ve **Beveridge** sistemi ayrımıdır.<sup>177</sup>

**Tablo 28. Avrupa Sağlık Sistemlerinden İki Temel Model**

<b>Beveridge Sistemi</b>	<b>Bismark Sistemi</b>
Genel Vergilerle finanse edilmektedir	Ağırlıklı olarak katkılar yoluyla finanse edilmektedir (ücretlerle bağlantılı)
Evrensel Kapsam	Sağlık sigorta fonları yoluyla kapsam veya meslek başına fonlama, bölge başına, politik gruplar başına
Kamu altyapısı (Hastaneler) doktorlar maaşlı çalışmaktadır	Karma altyapı (kamu ve özel) Bağımsız doktorlar, hizmet başı ödeme
Önemli düzeyde devlet müdahalesi	Devlet tarafından organizasyon sağlanır ancak devlet tarafından işletilmez
Hükümet tarafından merkezi olarak planlama (Sağlık Bakanlığı)	Kompleks yapı, çok sayıda kuruluş
Danimarka, Yunanistan, İspanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, Finlandiya, İsveç ve İngiltere	Belçika, Almanya, Fransa, Lüksemburg, Hollanda ve Avusturya

**Kaynak:** Yıldırım H.H. (2004). *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Avrupa Birliği'ne Üye ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Teknik Verimlilik Analizi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi AD, Ankara (Yayınlanmamış doktora tezi).

<sup>177</sup> YILDIRIM H.H. (2004). Avrupa Birliği Sağlık Politikaları Ve Avrupa Birliği'ne Üye Ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Teknik Verimlilik Analizi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Abd, Ankara (Danışman: Doç. Dr. İ. Sahin). s.54



#### 4.4. Türkiye ve Dünya Ülkeleri Sağlık Sistemleri Karşılaştırması

Ülkelerin sağlık sistemlerinin çeşitli nedenlerle birbirinden farklılık göstermesi sonucu ortaya çıkan bütün bu güçleştirici hususlar sebebiyle, sağlık sistemleri ve politikaların tümüyle bir başka ülkeye aktarılması ve uygulanması imkansız olsa da, bunların bazı yaklaşım ve uygulama sonuçlarından diğer sağlık sistemlerinin yararlanması mümkün ve faydalı olmakta, bazı genellemeler yapılarak kullanılabilir sonuçlar elde edilebilmektedir<sup>178</sup>

Bugün gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerine bakıldığında, sistemin özelliklerini ve organizasyonunu yansıtan demografik yapı ile hastalık ve ölüm oranları gibi temel sağlık ölçütlerinin dünya standartları düzeyinde olduğu görülmektedir. Sanayileşmiş toplumlarda 65 yaş ve daha üzerindeki nüfusun giderek artması, sağlık harcamalarının dağılımını önemli ölçüde değiştirmektedir. Bu ülkelerde yaşlı nüfus, toplam nüfusun yaklaşık olarak %15-17 oranına ulaşmış ve bu nedenle, sağlık bakım kaynaklarının %30 hatta %40'ı yaşlıların bakım hizmetleri için ayrılır hale gelmiştir. Bu yönüyle, sanayileşmiş modern toplumlarda sağlık sisteminde yaşanan sorunların esas olarak, zayıf ekonomik yapıdan ziyade demografik yapıda meydana gelen değişiklikler ve gelişmiş toplum olma özelliklerinden kaynaklandığı söylenebilir. Dolayısıyla sağlık sistemlerinde yapılması düşünülen değişiklikler, daha modern sağlık hizmetlerinin nasıl sunulabileceği yönündeki düşüncelere bağlı olarak şekillenmekte ve yeni finansman kaynakları yaratma çabalarının temel nedeni de bu olmaktadır<sup>179</sup>

---

<sup>178</sup> Roemer M. I. (1991) National Health Systems Of The World, Volume 1,2, Oxford University Pres, New York, S.7

<sup>179</sup> ÇALIŞKAN Zafer, (1999), Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin Finansman Kaynakları Yönünden Türkiye'de Uygulanabilirliği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, s.63.

**Tablo 29. Bazı dünya ülkelerinde ve Türkiye Sağlık Harcamaları**

Ülkeler	Toplam Sağlık Harcamaları (GSYİH %)		Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)		Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Sektörünün Payı (%)	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005
İngiltere	7	8,3	1821	2724	71	87,1
Almanya	10,1	10,7	2225	3287	81,6	76,9
Fransa	9,9	11,1	2065	3374	78,6	79,8
İtalya	7,3	8,9	1562	2532	70,8	76,6
Hollanda	8,3	9,2 (2004)	1821	3094 (2004)	71	62,5 (2002)
Finlandiya	7,5	7,5	1429	2331	75,6	77,8
Çek Cum.	7	7,2	915	1479	90,9	88,6
İsveç	8,1	9,1	1733	2918	86,6	84,6
Portekiz	7,8	10,2	1096	2041	62,6	72,3
Avusturya	9,8	10,2	2250	3519	71,5	75,7
Türkiye	3,4	7,6	187	586	70,3	71,4

Kaynak: OECD, Health Data 2007.

OECD sağlık verilerine göre; Dünya ülkeleri içinde, 2005 yılı itibariyle 3374\$ ile Fransa ve 3519\$ ile Avusturya'nın kişi başına sağlık harcaması en yüksek olan ülkelerdendir. Fransa, GSMH'sının %11,1'ni doğrudan sağlık hizmetlerine harcayan ve dünya ülkeleri içinde GSMH'sından en büyük pay ayıran ülke konumundadır. OECD sağlık verilerine göre; Türkiye'de kişi başına yıllık sağlık harcaması, 586\$ olup, bu miktar Türkiye GSMH'nin %7,6'sına denk düşmektedir.

Bu verilerden de anlaşılacağı üzere, bazı dünya ülkelerinde kişi başına yıllık sağlık harcaması Türkiye'ye göre yüksektir. Başka bir anlatımla, Türkiye'de GSMH'dan sağlığa ayrılan pay dünya ülkelerinin çoğundan küçüktür.

Bazı dünya ülkeleri ile kıyaslandığında, Türkiye toplumu oldukça genç, çok doğuran ve nüfusu hızla artan bir toplumdur. Nitekim dünya ülkelerinde 15 yaşın altındaki nüfusun, tüm nüfusa oranı %16 ile %19 arasında değişirken bu oran Türkiye'de %31'dir. Sonuç olarak, Türkiye ve dünya ülkelerinde sağlık hizmetleri ve sağlık düzeyini kıyasladığımızda, Türkiye'nin aleyhine, arada çok büyük farklılık vardır. Bu farkın kapatılması ise kolay değildir. Bunun için, çok hızlı ve köklü, bir takım değişiklikler yapılması gereklidir. Her şeyden önce, sağlık hizmetlerinin finans modeli ve kaynağı belirlenerek, ulusal gelirden sağlığa ayrılan payın artırılması gerekir. Ayrıca, sağlık ve sosyal refah yatırımlarının genel yatırımlar içindeki payı yükseltilmelidir. Buna ek olarak, örgütlenme yapısının sağlıklı hale getirilmesinden personel istihdamına dek uzanan bir dizi önlemin bir an önce alınmasında zorunluluk vardır<sup>180</sup>

#### **4.4.1. Ülkelerin sosyo ekonomik açıdan karşılaştırılması**

Bazı dünya ülkeleri ile Türkiye'nin bazı sosyo ekonomik verilerine göre karşılaştırılması Tablo 20'de verilmektedir. Buna göre mevcut durumda Türkiye'nin Almanya'dan sonra AB ölçeğinde en fazla nüfusa sahip olduğu görülmektedir.

---

<sup>180</sup> AKTUR R., (2006), Sağlık Sektörü (Temel Kavramlar Türkiye Ve Avrupa Birliği'nde Durum Ve Türkiye'nin Birliğe Uyum), Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma Ve Uygulama Merkezi (Ataum) Araştırma Dizisi No: 25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, s.65

**Tablo 30. Ülkelerin genel sosyo ekonomik durumlarının dağılımı**

Ülkeler	Nüfus 2006	İşsizlik Oranı (%) 2004	GSYİH (Kişi başı US\$) 2005	Okullaşma oranı (%, 15+ yaş) 2003	İGE 2004
Avusturya	8281948	7,1	35613	-	0,944
Belçika	10437000	12,8	34297	-	0,945
Bulgaristan	7671000	12,2	3109	98,2	0,816
<i>Hırvatistan</i>	<i>4440022</i>	<i>18</i>	<i>7724</i>	<i>98,1</i>	<i>0,846</i>
Kıbrıs	770919	4,7	18668	96,8	0,903
Çek Cumhuriyeti	10109000	8,3	10602	-	0,885
Danimarka	5446000	6,4	45110	-	0,943
Estonya	1343547	9,7	8331	99,8	0,858
Finlandiya	5262000	8,8	35976	-	0,947
Fransa	60723000	10	32823	-	0,942
Almanya	82716000	9,2	33033	-	0,932
Yunanistan	11148533	10,2	23743	91	0,921
Macaristan	10071370	6,1	10108	99,3	0,869
İrlanda	4239848	4,4	45053	-	0,956
İtalya	58941500	8,05	29828	98,5	0,94
Letonya	2287948	8,5	5868	99,7	0,845
Litvanya	3394082	11,4	6480	99,6	0,857
Lüksemburg	472514	4,23	73524	-	0,945
Malta	403000	5,6	13256	87,9	0,875
Hollanda	16346101	5,1	37143	-	0,947
Polonya	38132276	19	6607	99,7	0,862
Portekiz	10545000	6,7	16950	92,5	0,904
Romanya	21584364	8	3374	97,3	0,805
Slovakya	5401000	18,1	7806	99,6	0,856
Slovenya	2008516	10,6	16115	99,7	0,91
İspanya	43379000	11	24294	97,7	0,938
İsveç	9070000	5,5	38802	-	0,951
<i>Makedonya</i>	<i>2040228</i>	<i>37,2</i>	<i>2637</i>	<i>96,1</i>	<i>0,796</i>
<i>Türkiye</i>	<i>72974000</i>	<i>10,3</i>	<i>4231</i>	<i>88,3</i>	<i>0,757</i>
İngiltere	59847000	4,6	35751	-	0,94
<b>AB</b>	<b>490032480</b>	<b>9,27</b>	<b>28356,4</b>	<b>98,48</b>	<b>0,905</b>

**Kaynak:** WHO (2007). *WHO European Health For All Database 2007* (www.who.dk).

Türkiye'nin nüfus artış hızı diğer ülkelerin ortalamasından daha yüksektir. Bu durum kısa ve orta vadede Türkiye nüfus yapısının diğerlerine nazaran daha genç bir yapıda olması anlamına gelmektedir.

#### 4.4.2. Ülkelerin sağlık statüsü göstergeleri açısından karşılaştırılması

Ülkelerin belli başlı sağlık statüsü veya düzeyi göstergeleri doğuştan beklenen yaşam süresi (DBYS), Sakatlığa Uyarlanmış Yaşam Beklentisi (*disability-adjusted life expectancy-DALE*), Sağlıklı Yaşam Beklentisi (*healthy life expectancy-HALE*), bebek ölüm hızı (BÖH), ve anne ölüm hızı (AÖH) olmaktadır.

**Tablo 31. Ülkelerin belli başlı sağlık statüsü göstergeleri**

Ülkeler	DBYS (yıl) 2004	BÖH (1000 canlı doğumda) 2004	Anne ölüm hızı (100000 canlı doğumda) 2004	Disability-Adjusted Life Expectancy (DALE) 2002	Healthy Life Expectancy (HALE) 2002
Avusturya	79,47	4,47	3,8	71,4	71
Belçika	-	-	-	71,1	71
Bulgaristan	72,6	11,65	10,02	64,6	65
<i>Hırvatistan</i>	<i>75,66</i>	<i>6,08</i>	<i>7,44</i>	<i>66,6</i>	<i>67</i>
Kıbrıs	79,54	3,01	36,73 <sup>1</sup>	67,6	68
Çek Cumhuriyeti	75,96	3,75	8,19	68,4	68
Danimarka	77,3 <sup>1</sup>	4,63 <sup>1</sup>	3,06 <sup>1</sup>	69,8	70
Estonya	72,29	6,43	28,59	64,1	64
Finlandiya	78,99	3,34	12,12	71,1	71
Fransa	80,5	3,89	6,9	72	72
Almanya	79,36	4,14	5,24	71,8	72
Yunanistan	79,05	4,06	2,84	71	71
Macaristan	73,03	6,6	4,2	64,9	65
İrlanda	78,95	4,86	1,62	69,8	70
İtalya	80,38 <sup>2</sup>	4,36 <sup>2</sup>	3,17 <sup>2</sup>	72,7	73
Letonya	71,26	9,38	9,83	62,8	63
Litvanya	72,1	7,89	16,44	63,3	63
Lüksemburg	79,56	3,48	18,34	71,5	72
Malta	79,43	5,92	0	71	71
Hollanda	79,42	4,39	5,15	71,2	71
Polonya	74,99	6,8	4,77	65,8	66
Portekiz	78,31	3,9	8,23	69,2	69
Romanya	71,88	16,84	24,05	63,1	63
Slovakya	74,38	6,79	5,58	66,2	66
Slovenya	77,32	3,71	11,23	69,5	69
İspanya	80,46	3,99	4,62	72,6	73
İsveç	80,55	3,16	1,98	73,3	73
<i>Makedonya</i>	<i>73,54<sup>3</sup></i>	<i>11,29<sup>3</sup></i>	<i>12,84</i>	<i>63,4</i>	<i>63</i>
<i>Türkiye</i>	<i>68,9</i>	<i>28</i>	<i>28,5<sup>3</sup></i>	<i>62</i>	<i>62</i>
İngiltere	79,04	5,07	7,68	70,6	71
<b>AB</b>	<b>78,45</b>	<b>5,22</b>	<b>6,68</b>	<b>70,31</b>	<b>68,92</b>
DBYS: Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi BÖH: Bebek Ölüm Hızı DALE: Disability-Adjusted Life Expectancy (Sakatlığa Uyarlanmış Yaşam Beklentisi) HALE: Healthy Life Expectancy (Sağlıklı Yaşam Beklentisi)					

Kaynak: WHO (2007). *WHO European Health For All Database 2007* (www.who.dk).

Bazı dünya ülkeleri ile Türkiye sağlık sistemi sağlık statüsü göstergeleri açısından karşılaştırıldığında Türkiye'nin gerek bireysel ülkelere gerekse de bazı dünya ülkelerinin ortalamasından kötü durumda olduğu görülecektir.

#### **4.4.3. Ülkelerin sağlık harcamaları açısından karşılaştırılması**

Sağlık harcamaları açısından Türkiye ile diğer dünya ülkeleri ortalamasını karşılaştırdığımızda ise, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı bağlamında Türkiye'nin göreceli olarak sağlığına daha az kaynak ayırmasına karşılık bu oranın küçümsenecek bir oran olmadığını da belirtmek mümkündür. Yukarıdaki tablolarda da görülebildiği gibi 2004 yılı için bazı dünya ortalama olarak GSYİH'nin %8.7'sini sağlığına harcarken, Türkiye aynı yıl için GSYİH'nin %7.7'sini harcamaktadır. Bu önemli bir orandır. Önemli olan bu kaynağın etkili ve verimli bir şekilde kullanılmasıdır.

Tablo 32. Ülkelerin sağlık harcamaları

Ülkeler	SH/GSYİH (%) 2004	TSH (PPP\$ kişi başı) 2004	KSH/TSH (%) 2004	İH/TSH (%) 2004
Avusturya	10,3	3418	75,6	12,2
Belçika	9,7	3133	71,1	19,4
Bulgaristan	8	671	57,6	-
<i>Hırvatistan</i>	<i>7,7</i>	<i>917</i>	<i>81</i>	-
Kıbrıs	5,8	1128	44,3	-
Çek Cumhuriyeti	7,3	1412	89,2	27,6
Danimarka	8,6	2780	82,3	9
Estonya	5,3	752	76	27,8
Finlandiya	7,4	2203	77,2	16,3
Fransa	10,5	3040	78,4	16,6
Almanya	10,6	3171	76,9	14
Yunanistan	7,9	2179	52,8	17,4
Macaristan	7,9	1308	71,6	29,2
İrlanda	7,2	2618	79,5	11,8
İtalya	8,7	2414	75,1	21,2
Letonya	7,1	852	56,6	-
Litvanya	6,5	843	75	-
Lüksemburg	8	5178	90,4	8,9
Malta	9,2	1733	76,1	22,7
Hollanda	9,2	3092	62,4	14,1
Polonya	6,2	814	68,6	29,6
Portekiz	9,8	1897	71,6	22,3
Romanya	5,1	433	66,1	-
Slovakya	7,2	1061	73,8	31,4
Slovenya	8,7	1815	75,6	-
İspanya	8,1	2099	70,9	22,8
İsveç	9,1	2828	84,9	12,5
<i>Makedonya</i>	<i>8</i>	<i>471</i>	<i>71</i>	<i>14,9</i>
<i>Türkiye</i>	<i>7,7</i>	<i>557</i>	<i>72,3</i>	<i>24,8<sup>p</sup></i>
İngiltere	8,1	2560	86,3	-
<b>AB</b>	<b>8,7</b>	<b>2334,34</b>	<b>74,96</b>	-
Kısaltmalar ve Açıklamalar	SH: Sağlık Harcamaları GSYİH: Gayri Safı Yurt İçi Hasıla TSH: Toplam Sağlık Harcamaları PPP: Purchasing Power Parity (Satınalma Gücü Paritesi) KSH: Kamu Sağlık Harcamaları İH: İlaç Harcamaları			

Kaynak: WHO (2007). *WHO European Health For All Database 2007* (www.who.dk).

2010 öncesi ve sonrası sağlık sistemlerinin benzer ve farklı yönleri üzerinde durduğumuzda ise;

- Koruyucu sağlık hizmetleri geçmiş yıllarda, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmekte olduğu belirlenmiştir. Günümüzde ise, 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 muvafakatini alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.

- Sağlık sisteminin finansmanı ve ödeme sistemleri incelendiğinde, zorunlu kamu sigortası, “Sosyal Sigortalar kurumu SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur” ve diğer özel kurumlara ait özel sağlık sigortaları halkın kendi bütçesinden yapılmaktadır. Önceleri SSK, Bağ kur, Emekli Sandığı olarak olan ayırım son yıllarda SGK birimi altında toplanarak tek bir yerden finanse edilmektedir.

- **Medula** sistemi; **Medula**, GSS ile sağlık tesisleri arasında, sağlık tesislerinin iç süreçlerine müdahale etmeksizin

- Fatura bilgisini elektronik olarak toplamak,

- Hizmetlerin ödemesini gerçekleştirmek için

oluşturulmuş bütünleşik sistemdir.

- Sağlığın bir kâr alanı olmaktan çıkarılması, özel sağlık kuruluşlarının ihtiyaç olmaktan çıkarılarak özelleştirme uygulamalarına son verilmesi, özel sağlık kuruluşlarına verilen teşvik ve desteklerin tamamen kaldırılması ve bütçeden sağlığa ayrılan payın en az yüzde 10 düzeyine çıkarılması; kısa vadede özel ve kamu kurumlarının, bilim derneklerinin ve meslek odalarının sıkı denetimine tâbi tutulması,

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilerek standardize edilmesi ve yaygınlaştırılması, . İleri teknolojik düzeneklerin ithalinin



bilimsel bir plan çerçevesinde gerçekleştirilmesi, ülkemizin bir teknoloji çöplüğüne dönüşmemesinin önlenmesi, sağlık alanında ilaç ve benzeri tüketim maddelerinin üretim ve tüketiminin tekellerinin egemenliğinden çıkarılması, ilaç tüketimine reklam yoluyla müdahalenin önlenmesi, bu alandaki bilim, meslek ve tüketici kurumlarının etkin denetiminin sağlanması,

- Sağlık alanında, özellikle geleneksel hasta-hekim ilişkisinden kaynaklanan hiyerarşik ve anti-demokratik yapının dönüştürülmesi, etik duyarlılığın ve hasta haklarının hayata geçirilmesi ve sağlık kurumlarının aynı zamanda sağlık alanında yaygın ve katılımcı halk eğitimi verebilecek özelliklere kavuşturulması,

- Ülke düzeyinde farklı sınıf, topluluk veya coğrafi bölgede yaşayanlar arasında sağlıklı olma hakkına erişme bakımından mevcut eşitsiz durumun giderilmesi, toplumda sağlık açısından dezavantajlı kesimlere öncelik verilmesi,

- Irkçı ve cinsiyetçi nüfus planlaması politikasının hiçbir şekilde gündeme getirilmemesi, . Üniversite hastanelerini de kapsayacak şekilde tüm kamusal tedavi kurumlarının da tam gün çalışma ilkesinin uygulanması, buna bağlı olarak sağlık çalışanlarının ücretlerinin iyileştirilmesi; sağlık çalışanlarının örgütlenmesinin önündeki tüm engellerin kaldırılması ve tüm çalışanların eşit haklarla yönetime katılmasının sağlanması,

Sağlık hizmetini prim toplayarak sigortalıya sunma anlayışına karşı, sağlığın parasız ve toplumsal yarar doğrultusunda verilen bir hizmet olması ilkesi uyarınca, hizmet sunumunun tamamen kamu finansmanı ile yürütülmesinin hedeflenmesi, bugünden bir sosyal güvenceye sahip olmayan yurttaşları da kapsayan bir sağlık hizmet sisteminin oluşturulması, böylece sağlık hizmetlerinden tüm yurttaşların eşit ve aynı kalitede yararlanması için mücadele eder.

- Koruyucu hekimlik, rehabilitasyon, sağlık hizmet süreçlerinin iyileştirilmesi ve teknolojik hız kazandırılması üzerine çalışmalar yapılmaktadır.

## BÖLÜM IV

### 5. 2010 ÖNCESİ VE SONRASI SAĞLIK VE EMEKLİLİK SİSTEMİ PERFORMANSININ BİREYLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Çalışmanın bu bölümünde çalışmanın amacı, araştırmamızın problemi, araştırmamızın modeli ve hipotezleri, anket formunun hazırlanması, veri toplama yöntemi ve araştırmamızın analizine yer verilmiştir.

#### 5.1. Çalışmanın Amacı

Yaptığımız çalışmada sağlık kurum ve kuruluşlarında” **2010 Öncesi Ve Sonrası Sağlık Ve Emeklilik Sisteminin Kıyaslı Analizi**” üzerine araştırma yapılmıştır.

Yaptığımız bu çalışmada katılımcıların demografik özelliklerinin 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının etkisinin araştırılarak sonuçlar elde edilmiştir.

#### 5.2. Araştırmanın Problemi

“2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının bireylerin demografik özellikleri üzerine etkisi”

#### 5.3. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

H1: 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile cinsiyet dağılımı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3: 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4: 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile çalıştığımız kurum arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H5: 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile çalışma hayatı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H6: 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile çalışma yılı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H7: 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile kronik hastalık arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H8: 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile yaşanan bölge arasında anlamlı bir ilişki vardır.

#### **5.4. Anket Formunun Hazırlanması**

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansına yönelik sorular ikinci bölümde ise demografik özelliklere yönelik sorular sorulmuştur. 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının katılımcılar üzerindeki etkisi incelenmiştir.

#### **5.5. Araştırma Verilerinin Analizi**

Araştırma verilerinin analizinde SPSS 15,0 paket programı kullanılmıştır.

İlk olarak 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performans ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliklerine bakılmıştır.

Demografik özelliklerin frekans dağılım analizi yapılmıştır. Bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Çalışanların demografik özellikleri ile 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının değerlendirilmesine yönelik sıralama sorularına verdiği cevaplar puanlandırılmıştır.

2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansına ait tanımlayıcı istatistikler yapılmış, demografik özelliklerin 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı üzerine etkisine bakılmıştır. 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansına demografik özelliklerine etkisini araştırmak için t testi ve tek yönlü Anova analizi farklılığı tespit etmek için ise tukey testi kullanılmıştır.

## **5.6. Veri Toplama Yöntemi**

Uygulama NİSAN/MAYIS “*ayları içinde 49 günde*” uygulanmıştır. Anket iki bölümde yer alan 30 ifadeden oluşmaktadır. Soru formunun birinci bölümünde 9 demografik özellikleri yansıtan soru, ikinci bölümde ise çalışanların 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı değerlendirilmesine yönelik 21 ifade bulunmaktadır. 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının yer aldığı sorular 5’li likert ölçeği ile değerlendirilmiştir. 5’li likert ölçeğinde 1- kesinlikle katılıyorum, 2- katılıyorum, 3- kararsızım, 4- katılmıyorum, 5- kesinlikle katılmıyorum cevapları kullanılmıştır.

## **5.7. Güvenlik Ve Geçerlilik Analizleri**

### **5.7.1. 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının güvenilirlik ve geçerlilik analizi**

Çalışmamızda kullandığımız 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansına ilişkin iç tutarlılık güvenilirliği, Cronbach’s Alpha Güvenirlik katsayıları Tablo 36’da gösterilmiştir.

Walker ve ark. (2009) yaptıkları araştırmada 0,70 ve üzeri değerler yüksek iç tutarlılığın göstergesi olduğunu belirtmiştir.<sup>181</sup>

---

<sup>181</sup> Walker, B., Cheney, D. Ve Stage, S., “The Validity And Reliability Of The Self-Assessment And Program Review”, *Journal Of Positive Behavior Interventions*, Vol. 11, No. 9, (April, 2009), s. 103

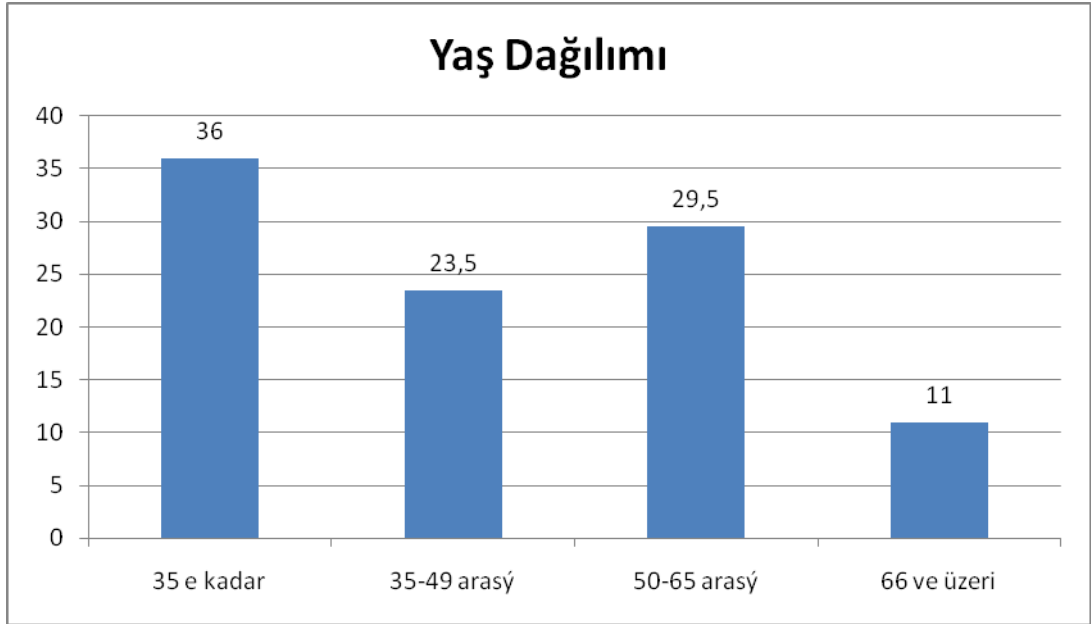
**Tablo 33. 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının güvenirlilik katsayıları**

	Cronbach's Alpha değerleri
1. Sağlık/emeklilik planlamaları yapılırken halkın görüşü alınmalı	,529
2. Sağlık/emeklilik reformları konusunda yapılan çalışmalar beni tatmin etmiyor	,548
3. Kişisel/ailevi sağlık/emeklilik ihtiyaçlarımın karşılanmasında rahatlıkla iletişim kurabilmekteyim.	,494
4. Rahatsızlığım/şikâyetlerim konusunda doktorumla rahat konuşup sorunlarımı anlatabilmekteyim.	,514
5. İş yerim sağlıklı çalışma olanaklarına sahip/sahip değildi.	,496
6. İş yeri yönetimi sağlık yönünden gerekli tedbirleri almamakta/almamaktaydı.	,545
7. Çalıştığım işyerinde hekim ve sağlık personeli bulunmakta/bulunmaktaydı.	,534
8. Aldığım ücret yaptığım işe uygun/uygundu.	,485
9. Ücret/ikramiyemi zamanında alırım/alırdım.	,490
10. Performans değerlendirmesi adil/adildi.	,473
11. Sosyal güvenlik haklarından yeterince yararlanıyorum/yararlanırdım.	,496
12. Tüm sosyal haklarım konusunda tam bilgim var/vardı.	,490
13. Sık sık iş değiştiriyorum/değiştirirdim.	,539
14. İş yeri sosyal tesisleri uygun/uygundu.	,466
15. Sosyal güvenlik primlerim aldığım ücrete uygun/uygundu	,490
16. Emeklilik maaşım ile geçimimi sağlayacağımı düşünmekteyim.	,498
17. Sağlık sistemine katkı payım çok yüksek/yüksekti.	,535
18. Emeklilik ve sağlık sistemi işlemleri çok yorucu/yorucuydu.	,535
19. Ücretimle/aylığım ile insanca yaşama olanağına sahibim/sahiptim.	,486
20. Önceki sağlık/emeklilik sistemi bu günküne göre daha iyiydi.	,555
21. Emeklilik/sağlık sistemi daha gelişmiş bir ülkede yaşamak isterdim	,534

## 5.8. Araştırmanın Bulguları ve Yorumları

### 5.8.1. Demografik özelliklere ilişkin bulgular

Araştırma kapsamında, araştırmaya katılan bireylerin yaşları, cinsiyet durumu, medeni durumu, öğrenim durumu, emekli olunan kurum, çalışma hayatı, çalışma yılı, kronik hastalık olma durumu, yaşadığı bölge konumuna ilişkin sonuçlar aşağıda açıklanmıştır.



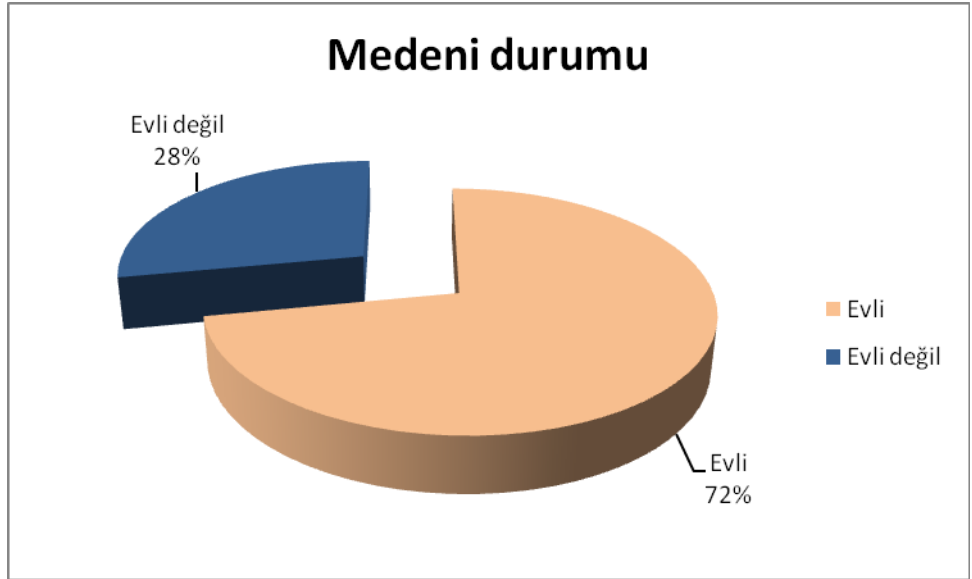
Şekil 22. Bireylerin yaş dağılımı

Yaş değişkeni frekans dağılımına bakıldığında, katılımcıların %36'sı 35 yaş ve altı olduğu, %29,5'i 50-65 yaş arası olduğu, %23,5'i 35-49 yaş arası olduğu, %11'i ise 66 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür.



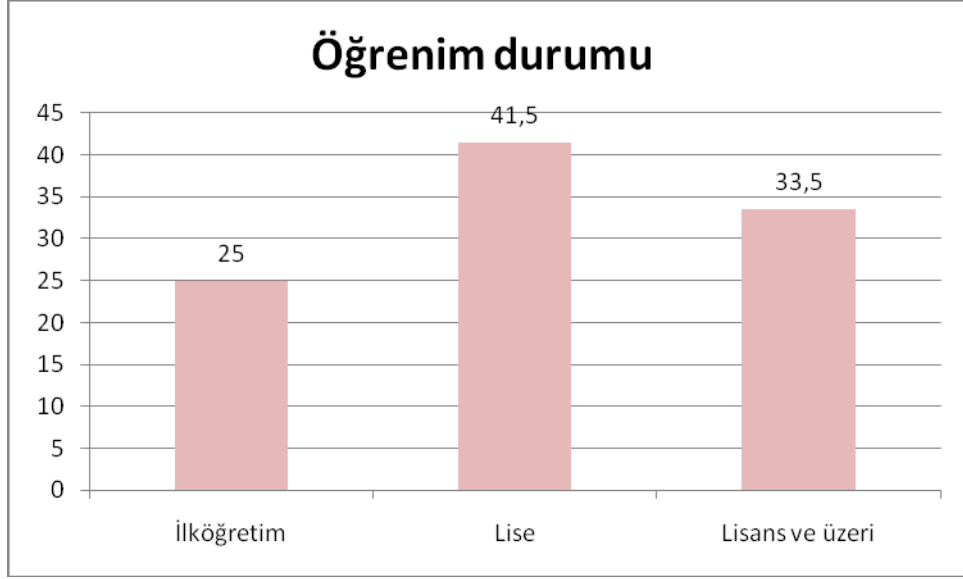
**Şekil 23. Bireylerin cinsiyet dağılımı**

Araştırmaya katılan bireylerin %55,5'inin erkek olduğu, %44,5'inin kadın olduğu belirlenmiştir.



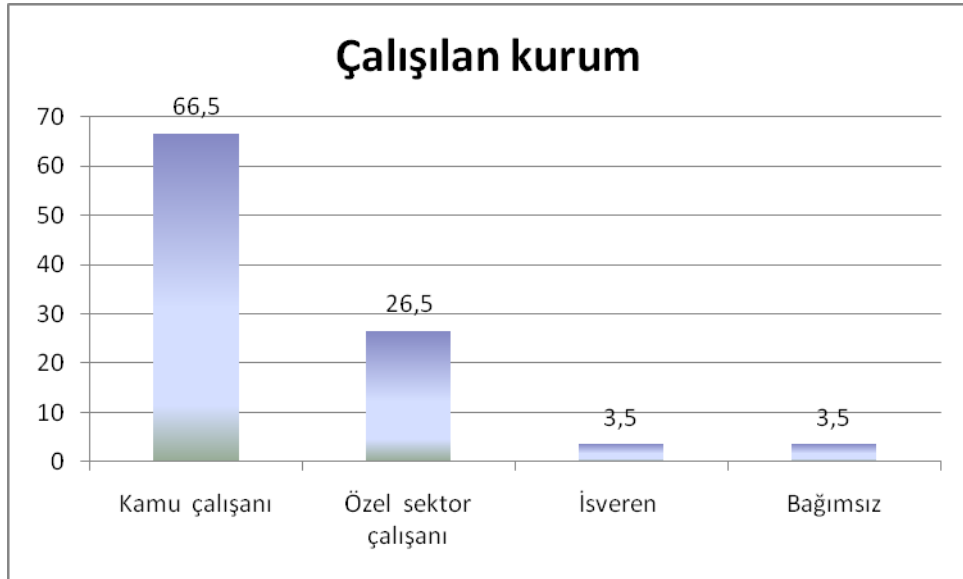
**Şekil 24. Bireylerin medeni durum dağılımı**

Araştırmaya katılan bireylerin %72'sinin evli olduğu, %28'inin ise evli olmadığı belirlenmiştir.



**Şekil 25. Bireylerin öğrenim durumu**

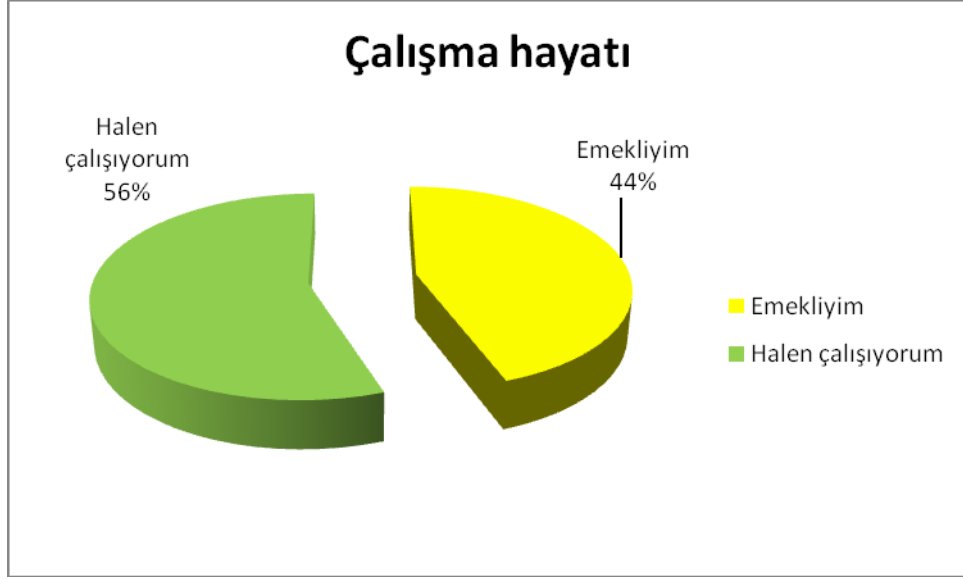
Araştırmaya katılan bireylerin öğrenim durumu incelendiğinde; %41,5'inin lise mezunu, %33,5'inin lisans üzeri ve eğitimi aldığı, %25'inin ise ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir.



**Şekil 26. Bireylerin çalıştığı kurumun dağılımı**

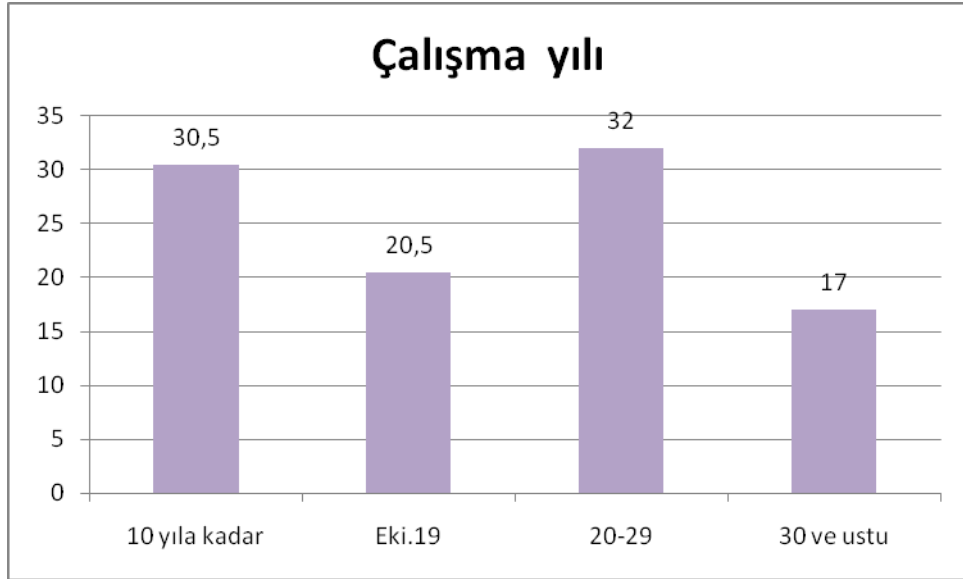
Araştırmaya katılan bireylerin çalıştığı kurum incelendiğinde; %66,5'inin kamu çalışanı olduğu, %26,5'inin özel sektör çalışanı olduğu, %3,5'inin işveren olduğu, %3,5'inin bağımsız çalıştığı belirlenmiştir.





**Şekil 27. Bireylerin çalışma hayatı dağılımı**

Araştırmaya katılan bireylerin çalışma hayatı incelendiğinde; %55,5'inin halen çalıştığı, %44,5'inin emekli olduğu belirlenmiştir.



**Şekil 28. Bireylerin çalışma yılı dağılımı**

Araştırmaya katılan bireylerin çalışma yılı incelendiğinde; %32'sinin 20-29 yıl arasında çalıştığı, %30,5'inin 10 yıla kadar çalıştığı, %20,5'inin 10-19 yıl arasında çalıştığı, %17'sinin ise 30 yıl ve üzeri çalıştığı belirlenmiştir.



**Şekil 29. Bireylerin kronik sağlık dağılımı**

Araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalığı bakımından incelendiğinde; %71'inin kronik hastalığı olmadığı, %29'unun kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir.



**Şekil 30. Bireylerin yaşanılan bölge dağılımı**

Araştırmaya katılan bireylerin yaşadığı yer bakımından incelendiğinde; %97,5'inin il merkezinde yaşadığı, %2,5'unun ise ildışı ilçede yaşadığı belirlenmiştir.

**Tablo 34. Bireylerin çalışma yılı ile yaş arasındaki ilişkinin dağılımı**

Çalışma yılı	Yaş dağılımı								Toplam	
	35 yaş ve altı		35-49 yaş arası		50-65 yaş arası		66 yaş ve üzeri			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10 yıla kadar	57	93,4	2	3,3	2	3,3	0	,0	61	100,0
10-19 yıl arası	15	36,6	21	51,2	4	9,8	1	2,4	41	100,0
20-29 yıl arası	0	,0	23	35,9	32	50,0	9	14,1	64	100,0
30 yıl ve üzeri	0	,0	1	2,9	21	61,8	12	35,3	34	100,0
Toplam	72	36,0	47	23,5	59	29,5	22	11,0	200	100,0

Kikare: 194,523, p=0,000

Araştırmaya katılan bireylerin çalışma yılı ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde; 10 yıla kadar çalışma hayatı olanların %93,4'ü 35 yaş ve altı olduğu, 10-19 yıllık çalışma hayatı olanların %51,2'si 35-49 yaş arasında olduğu, 20-29 yıllık çalışma hayatı olanların %50'si 50-65 yaş arasında olduğu, 30 yıl ve üzeri çalışma hayatı olanların %61,8'i 50-65 yaş arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda çalışma yılı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

**Tablo 35. Bireylerin çalışma hayatı ile yaş arasındaki ilişkinin dağılımı**

Çalışma hayatı	Yaş dağılımı								Toplam	
	35 yaş ve altı		35-49 yaş arası		50-65 yaş arası		66 yaş ve üzeri			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Emekliyim	0	,0	14	15,7	53	59,6	22	24,7	89	100,0
Halen çalışmaktayım	72	64,9	33	29,7	6	5,4	0	,0	111	100,0
Toplam	72	36,0	47	23,5	59	29,5	22	11,0	200	100,0

Kikare: 138,376, p=0,000

Araştırmaya katılan bireylerin çalışma hayatı ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde; emekli olanların %59,6'sı emekli olduğu, halen çalışanların ise %64,9'u 35 yaş ve altı olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda çalışma hayatı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 36. Bireylerin kronik sağlık sorunu ile yaş arasındaki ilişkinin dağılımı**

Kronik sağlık sorunu	Yaş dağılımı								Toplam	
	35 yaş ve altı		35-49 yaş arası		50-65 yaş arası		66 yaş ve üzeri			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Evet	6	10,3	6	10,3	31	53,4	15	25,9	58	100,0
Hayır	66	46,5	41	28,9	28	19,7	7	4,9	142	100,0
Toplam	72	36,0	47	23,5	59	29,5	22	11,0	200	100,0

Kikare: 53,236,  $p=0,000$

Araştırmaya katılan bireylerin kronik sağlık sorunu ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde; kronik sağlık sorunu olanların %53,4'ü 50-65 yaş arasında olduğu, kronik sağlık sorunu olmayanların %46,5'i 35 yaş ve altı olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda kronik sağlık sorunu ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

### **5.8.2. Katılımcıların demografik özellikleri ile 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının değerlendirilmesi**

Bu bölümde katılımcıların 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının değerlendirilmesi sonucu oluşan öncelik sıraları ortalama ve standart sapma değerleri belirlenmiştir. Maddeler arasında ise en yüksek değeri “Emeklilik maaşıyla geçimimi sağlayacağımı düşünmekteyim” maddesine ait olduğu, en düşük değeri ise “Sağlık/emeklilik planlamaları yapılırken halkın görüşü alınmalı” maddesine ait olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 37. 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansına ait tanımlayıcı istatistikleri dağılımı**

	Ortalama	Standart sapma
Sağlık/emeklilik planlamaları yapılırken halkın görüşü alınmalı	1,4700	,81389
Sağlık/emeklilik reformları konusunda yapılan çalışmalar beni tatmin etmiyor	2,1900	1,26169
Kişisel/ailevi sağlık/emeklilik ihtiyaçlarımın karşılanmasında rahatlıkla iletişim kurabilmekteyim.	3,3200	1,15511
Rahatsızlığım/şikâyetlerim konusunda doktorumla rahat konuşup sorunlarımı anlatabilmekteyim.	2,7950	1,20425
İş yerim sağlıklı çalışma olanaklarına sahip/sahip değildi.	3,0100	1,34497
İş yeri yönetimi sağlık yönünden gerekli tedbirleri almamakta/almamaktaydı.	2,8900	1,27516
Çalıştığım işyerinde hekim ve sağlık personeli bulunmakta/bulunmaktaydı.	2,4200	1,44709
Aldığım ücret yaptığım işe uygun/uygundu.	3,5800	1,37953
Ücret/ikramiyemi zamanında alırım/alırdım.	2,7600	1,36444
Performans değerlendirmesi adil/adildi.	3,5900	1,32692
Sosyal güvenlik haklarından yeterince yararlanıyorum/yararlanırdım.	2,8750	1,23165
Tüm sosyal haklarım konusunda tam bilgim var/vardı.	3,1300	1,28896
Sık sık iş değiştiriyorum/değiştirirdim.	4,0200	1,14725
İş yeri sosyal tesisleri uygun/uygundu.	3,7950	1,19167
Sosyal güvenlik primlerim aldığım ücrete uygun/uygundu	3,7000	1,16049
Emeklilik maaşım ile geçimimi sağlayacağımı düşünmekteyim.	4,3200	1,06455
Sağlık sistemine katkı payım çok yüksek/yüksekti.	2,3450	1,25853
Emeklilik ve sağlık sistemi işlemleri çok yorucu/yorucuydu.	2,3200	1,28681
Ücretimle/aylığım ile insanca yaşama olanağına sahibim/sahiptim.	3,9250	1,23978
Önceki sağlık/emeklilik sistemi bu günküne göre daha iyiydi.	2,5600	1,35484
Emeklilik/sağlık sistemi daha gelişmiş bir ülkede yaşamak isterdim	1,6450	1,12038

### 5.8.3. Yaş dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi

Çalışmamızda yaş dağılımı ile 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının etkisinin olup olmadığı Anova testi ile incelenmiştir. Buna göre katılımcıların yaşının, 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının etkisinin olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 38. Yaş dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi Anova testi sonuçları**

Yaş dağılımı	Ortalama	Standart sapma	F	P	Grup farklılığı
35 e kadar	3,0311	,26121	1,341	0,262	
35-49 arası	2,9372	,42996			
50-65 arası	3,0040	,42021			
66 ve üzeri	2,8745	,39117			

### 5.8.4. Cinsiyet dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi

Araştırmamızda cinsiyet durumunun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının etkisinin t testi sonuçlarına bakıldığında cinsiyet durumu ile 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 39. Cinsiyet dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi t testi sonuçları**

Cinsiyet durum	Ortalama	Standart sapma	t	P
Kadın	3,0524	,32305	2.371	0,019
Erkek	2,9288	,39789		

#### **5.8.5. Medeni durumun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi**

Araştırmamızda medeni 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının etkisinin t testi sonuçlarına bakıldığında, medeni durum ile 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 40. Medeni durumun sağlık/emeklilik yaşam kalitesi üzerine etkisi t testi sonuçları**

Medeni durum	Ortalama	Standart sapma	t	P
Evli	2,9620	,40259	-1,338	0,182
Evli değil	3,0400	,26734		

#### **5.8.6. Çalışılan kurumun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi**

Araştırmamızda çalışılan kurumun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının etkisinin Anova testi sonuçlarına bakıldığında, çalışılan kurum ile 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde ise, kamu çalışanı ile işveren arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.



**Tablo 41. Çalışılan kurumun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi Anova testi sonuçları**

Çalışılan kurum	Ortalama	Standart sapma	F	P	Grup farklılığı
1.kamu çalışanı	3,0201	,34905	2,977	0,033	1-3
2.özel sektör çalışanı	2,9578	,36429			
3.isveren	2,6395	,45247			
4.bağımsız	2,8367	,57001			

**5.8.7. Çalışma durumunun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi**

Araştırmamızda çalışma durumunun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının etkisinin t testi sonuçlarına bakıldığında 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 42. Çalışma durumunun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi t testi sonuçları**

Çalışma durumu	Ortalama	Standart sapma	t	P
Emekliyim	2,9711	,39890	-0,433	0,666
Halen çalışmaktayım	2,9940	,34804		

**5.8.8. Çalışma yılı dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi**

Araştırmamızda çalışma yılı dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisinin Anova testi sonuçlarına bakıldığında 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile çalışma yılı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 43. Çalışma yılı dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi Anova testi sonuçları**

Çalışılan kurum	Ortalama	Standart sapma	F	P	Grup farklılığı
10 yıla kadar	3,0445	,26297	2,007	0,114	
10-19	2,9013	,42770			
20-29	3,0216	,34703			
30 ve üstü	2,9034	,47626			

**5.8.9. Kronik sağlık sorunu dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisi**

Araştırmamızda kronik sağlık sorunu dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisinin t testi sonuçlarına bakıldığında 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile kronik sağlık sorunu olma durumu arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 44. Kronik sağlık sorunu dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansını üzerine etkisinin t testi sonuçları**

Kronik sağlık sorunu	Ortalama	Standart sapma	t	P
Evet	3,0246	,35682	0,995	0,321
Hayır	2,9671	,37625		

**5.8.10. Yaşanılan bölge dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansını üzerine etkisi**

Araştırmamızda yaşanılan bölge durumu ile 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisinin t testi sonuçlarına bakıldığında 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile yaşanılan bölge durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 45. Kronik hastalık dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansını üzerine etkisinin t testi sonuçları**

Yaşanılan bölge	Ortalama	Standart sapma	t	P
İl merkezi	2,9946	,35354	2,615	0,010
İlçe merkezi	2,5619	,74032		

**Tablo 46. 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının tutum değerlendirme dağılımı**

Tutum değerlendirme anketi	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Sağlık/emeklilik planlamaları yapılırken halkın görüşü alınmalı	%67	%24,5	%4	%3,5	%1
2. Sağlık/emeklilik reformları konusunda yapılan çalışmalar beni tatmin etmiyor	%33,5	%43	%3,5	%11	%9
3. Kişisel/ailevi sağlık/emeklilik ihtiyaçlarımın karşılanmasında rahatlıkla iletişim kurabilmekteyim.	%4	%27,5	%17	%35,5	%16
4. Rahatsızlığım/şikâyetlerim konusunda doktorumla rahat konuşup sorunlarımı anlatabilmekteyim.	%11,5	%42	%10	%28,5	%8
5. İş yerim sağlıklı çalışma olanaklarına sahip/sahip değildi.	%16	%27	%11,5	%31	%14,5
6. İş yeri yönetimi sağlık yönünden gerekli tedbirleri almamakta/almamaktaydı.	%14,5	%31,5	%16,5	%25,5	%12
7. Çalıştığım işyerinde hekim ve sağlık personeli bulunmakta/bulunmaktaydı.	%36,5	%29	%2	%21	%11,5
8. Aldığım ücret yaptığım işe uygun/uygundu.	%10	%19	%7,5	%30	%33,5
9. Ücret/ikramiyemi zamanında alırım/alırdım.	%19,5	%36	%6,5	%25,0	%13
10. Performans değerlendirmesi adil/adildi.	%10,5	%14,5	%10	%35,5	%29,5
11. Sosyal güvenlik haklarından yeterince yararlanıyorum/yararlanırdım.	%11	%37	%18	%21,5	%12,5
12. Tüm sosyal haklarım konusunda tam bilgim var/vardı.	%13	%22,5	%18,5	%30,5	%15,5
13. Sık sık iş değiştiriyorum/değiştirirdim.	%6	%8,5	%3	%42,5	%40
14. İş yeri sosyal tesisleri uygun/uygundu.	%4,5	%15,5	%9,5	%37	%33,5
15. Sosyal güvenlik primlerim aldığım ücrete uygun/uygundu	%5,5	%14	%11,5	%43	%26
16. Emeklilik maaşım ile geçimimi sağlayacağımı düşünmekteyim.	%3,5	%6,5	%5	%24,5	%60,5
17. Sağlık sistemine katkı payım çok yüksek/yüksekti.	%27,5	%40,5	%12	%10	%10
18. Emeklilik ve sağlık sistemi işlemleri çok yorucu/yorucuydu.	%32	%33,5	%15	%9,5	%10
19. Ücretimle/aylığım ile insanca yaşama olanağına sahibim/sahiptim.	%5	%13,5	%10	%27	%44,5
20. Önceki sağlık/emeklilik sistemi bu güne göre daha iyiydi.	%31	%19,5	%22,5	%16,5	%10,5
21. Emeklilik/sağlık sistemi daha gelişmiş bir ülkede yaşamak isterdim	%64,5	%22,5	%3	%4	%6

**Tablo 47. Sağlık ve Emeklilik Sisteminin 2010 Öncesi ve Mevcut Durumu**

<b>2010 öncesi</b>	<b>Şimdiki durumu</b>
Vatandaşın istediği hastaneye gidememesi, ilaç kuyruğu olması	İnsan merkezli hizmet anlayışına doğru zihniyet değişimi
Bağkur-SSK-emekli sandığı olarak ayrı ayrı sağlık güvenlik kurumları mevcut iken	Yaygın ve eşit sağlık güvencesi: “Genel Sağlık Sigortası” geçiş olmuştur.
Koruyucu temel sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe çok düşük idi. Sağlık ocakları sayı ve yapı olarak çok zayıftı	Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinde seferberlik kapsamında, koruyucu temel sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe 3 katından fazla olmuştur. Her hekime bir oda verilmesi için çalışmalar hızlandı.
Bireyler doktor seçimi yapamamakta idi.	Birinci basamak sağlık hizmetlerinde dönüşüm: Aile Hekimliği uygulanmasına geçildi. Hastaların doktorlarını seçme imkanının olması, devamlı ilişkilerini sürdürmelerinin sağlanması, doktorun bireyi daha yakından tanınması sağlanmıştır.
Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda teşhis araçları ve hekim sayıları çok düşük seviyede idi	Her hekime bir oda verilmesi için çalışmalar hızlandı.
Hastanelerde sevk oranı çok yüksek seviyede idi.	Hastane hizmetlerinde zihniyet değişimi yaşandı. Sevk oranı %6-7 oranında düştü.
Geçmiş dönemde katkı payı olarak dağıtılan döner sermaye birikimi olan kurumlarda oran maksimum temel maaşın %100’ü kadar olduğu görülmektedir.	Performansa göre ek ödeme yapılması başlandı. Pay oranı %150-%800 arasında yükselme kaydedilmiştir.

	Bebek sağlık verilerinde iyileşmeler sağlamak amacıyla, bebekleri ve gebeleri kansızlıktan korumak için ücretsiz demir desteği ve bebeklerde kemik gelişimini desteklemek için yine ücretsiz olarak D vitamini dağıtımına başlandı.
Öncesinde sadece 7 hastalığa karşı aşı yapılmakta idi	kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) ve menenjit (Hemofilus influenza tip (Hib)) asıları dahil edilerek 10 aşı programda yer aldı
Kamu hastaneleri dağınık yapıda çalışmakta idi. Kaynaklar kısıtlı durumda idi.	Hastane hizmetlerinde kayıt ve kontrol edilebilirlik üst seviyelere çıkarıldı
Sağlık personeli çok düşük seviyede idi	Sağlıkta insan kaynakları yönetimi ile çok sayıda sağlık personeli istihdam edildi.
Kaliteye önem düşük seviyede idi	Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında “sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon” başlığında kalite çalışmaları yapılmaya başlandı.
Sağlık bilgilendirilmesi gelişi güzel yapılmaktaydı. Kayda alınan dosyalara tekrar ulaşılması çok zordu ve zaman kaybına neden olmaktaydı.	Sağlık bilgi sistemi kuruldu. İletişim kurulan kurum standart tanımları, hizmet veren doktorların veri bankası, uluslar arası kabul edilmiş hastalık sınıflaması, ilaç ve tıbbi malzeme kodlamaları gibi standart kodlama sistemleri belirlenmiştir.
Emeklilik sisteminde belli bir yaşı ve primi dolduran kişiler 08.09.1999 tarihinde 18 yıl ve daha fazla sigortalılık süresi bulunan kadınlar 5000 gün malüllük, yaşlılık, ölüm sigortaları primi ödemiş olmak şartı ile 20 yılı	İlk defa 2007 yılından itibaren sigortalı olacak erkekler için emeklilik yaşı 60, 2036 yılından itibaren ise kademeli olarak artacak ve 2044 yılında 65'e ulaşacaktır. İlk defa 2008 yılından itibaren sigortalı olacak kadınlar için ise

tamamladıklarında, 08.09.1999 tarihinde 23 yıl ve daha fazla sigortalılık süresine sahip olan erkek sigortalılar ise 25 yılı ve 5000 günü tamamladıkları tarihte emekli olabilmekteydi	emeklilik yaşı 2036 yılına kadar 58, 2036 yılından itibaren ise kademeli olarak artacak ve 2048 yılında 65'e ulaşacaktır.
--	---

Sağlık sisteminde 2010 öncesi ve şimdiki durumu incelendiğinde; 2010 öncesine göre sağlık sisteminde köklü değişimler yapıldığı göze çarpmaktadır. Özellikle koruyucu sağlık hizmeti alanında yapılan düzenlemeler, ülkemizin gelişmişlik düzeyini üst seviyelere çıkaracak konuma gelmiştir. Hastalık durumundan önce iyilik halinin korunması ve bu konuda halkı bilinçlendirmek öncelikler arasına girmiştir. Kaliteli hizmet ve şeffaflık halkın sağlık sistemine karşı güvenini ve olumlu bakışını sağlamıştır.

Emeklilik sistemine baktığımızda ise daha uzun süre çalışmayı, çalışma ücretinin daha büyük bölümünün biriken paraya (prime) dahil edilmesini öngörmektedir. Ekonomik gelişme düzeyimizin giderek iyileşeceği, bunun da genel ücret düzeyini yükselteceği göz önüne alındığında, gelecekte emekli aylıklarının satın alma gücü bakımından bugünkünden daha yüksek olması beklenmektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamız, 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının katılımcıların demografik özellikleri üzerine etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışmamızın sonucu saptamak amacıyla demografik özellikler ile ilgili 9 ifade, ile 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ölçeğinde 21 ifade sorulmuştur. SPSS ortamında oluşturulan datalar gerekli kodlamalar yapılarak düzenlenmiştir.

Araştırma sonucunda, katılımcıların büyük çoğunluğu 35 yaş ve altı bireylerden oluştuğu belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun cinsiyeti erkek ve evli oldukları görülmüştür. Katılımcıların öğrenim durumları incelendiğinde, bireylerin çoğunluğunun lise ve üzeri eğitimi aldığı, yüksek seviyede öğrenime sahip oldukları görülmüştür. Kamu çalışanı ağırlıklı olduğu ve halen çalıştıkları saptanmıştır. Katılımcıların ağırlıklı olarak il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda sonucunda çalışma yılı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda sonucunda çalışma hayatı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda sonucunda kronik hastalık ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Analizlere geçmeden önce ifadelere verilen cevapların tutarlı olup olmadıkları araştırılmıştır. Bunun için Güvenirlik analizi uygulanmıştır. Güvenirlik analizi, ifadelere verilen cevapların aynı tutarlılıkla mı cevap verildiğini araştırılmıştır.

Bu bölümde katılımcıların 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının değerlendirilmesi sonucu oluşan öncelik sıraları ortalama ve standart sapma değerleri belirlenmiştir. Maddeler arasında ise en yüksek değeri “Emeklilik maaşımıyla geçimimi sağlayacağımı düşünmekteyim” maddesine ait olduğu, en düşük



değeri ise “Sağlık/emeklilik planlamaları yapılırken halkın görüşü alınmalı” maddesine ait olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda yaş dağılımı ile 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının etkisinin olup olmadığı Anova testi ile incelenmiştir. Buna göre katılımcıların yaşının, 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının etkisinin olmadığı belirlenmiştir. 35 yaş ve altı olan bireylerde daha etkili olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda cinsiyet durumunun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının etkisinin t testi sonuçlarına bakıldığında cinsiyet durumu ile 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu anlamlılığın kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda medeni 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının etkisinin t testi sonuçlarına bakıldığında, medeni durum ile 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda çalışılan kurumun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının etkisinin Anova testi sonuçlarına bakıldığında, çalışılan kurum ile 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde ise, kamu çalışanı ile işveren arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda çalışma durumunun 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının etkisinin t testi sonuçlarına bakıldığında 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda çalışma yılı dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisinin Anova testi sonuçlarına bakıldığında 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile çalışma yılı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda kronik sağlık sorunu dağılımının 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisinin t testi sonuçlarına

bakıldığında 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile kronik sağlık sorunu olma durumu arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda yaşanılan bölge durumu ile 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansının üzerine etkisinin t testi sonuçlarına bakıldığında 2010 öncesi ve sonrası sağlık ve emeklilik sistemi performansı ile yaşanılan bölge durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

## KAYNAKLAR

- AKDUR, Recep, (2006), Sağlık Sektörü (Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu), Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi (ATAUM) Araştırma Dizisi No: 25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara. s.65
- AKTAN, C.C., “Kaliteli Bilgiyi Belirleyen Faktörler”, [www.canaktan.org.tr](http://www.canaktan.org.tr), [www.bilgiyönetimi.org.tr](http://www.bilgiyönetimi.org.tr) erişim:01.06.2010
- ALPUGAN, O., (1991), Hastanelerde Verimlilik Sorunu I .Verimlilik Kongresi, MPM Yayını, Yayın NO: 454, Ankara.
- ALPUGAN, O., (2006), “Yöneltme”, Dokuz Eylül Ün.v.Sos.Bil.Fak.Dergisi, İzmir.
- ALTAY, A., (2007), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, D.E.Ü. Öğr. Üys. Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, s.34
- ALTINBAŞ, A., (2005), “Tıp Tarihi ve Ders Notları”, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğrencileri için Ders Notları,
- ALTIPARMAK, A., “Türkiye Cumhuriyetinin İlk Yıllarında Girişimci Sınıfın Güçlendirilmesi”; [www.balikesir.edu.tr](http://www.balikesir.edu.tr). Erişim:02.06.2010
- Ankara Ticaret Odası Yayınları, “ATO”, Mayıs 2005
- ARPAÇ, S., (2002), YMM (Yeminli Mali Müşavir), “Şahıs Sigorta Primleri ile Bireysel Emeklilik Sistemlerinde Ödenen Katkı Paylarının İndirilmesi”, Maliye Bakanlığı Dergisi Ağustos.
- ARSLAN M., (2009), “Demokrasi ve İnsan Hakları”, Kırıkkale Ün.v.Sos.Bil.Dergisi, Kırıkkale,
- ARROW, KJ., (1963), Uncertainty and the welfare economics of medical çare simerican Economic Review 53(3): 941-973.
- ARSAVA, F. (2000), Amsterdam Antlaşması'nın Avrupa Birliği'ne Katkıları, Ankara Üniv. Siyasal Bilgiler Fak. Yay. 589, Ankara, s.28.
- AYAN D, Beder Şen R, Yurtkuran S ve ark. (2002), “Akraba Evliliğinin Kültür Birikiminde ve Toplum Hayatındaki Bazı Görünümleri: Dil, Din ve Tıp. Aile ve Toplum”, s.77-89.
- AYDIN, S., (2008), “Sağlık Sistemi Yaklaşımı ile Kalite Güvenlik Stratejileri Geliştirme Klavuzu”, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara Kasım.
- Basamaklara göre prim oranları için bkz. Bağ-Kur Erişim Sitesi ([www.bagkur.gov.tr](http://www.bagkur.gov.tr)).

- BAŞBAKANLIK (2004), “15.Temmuz 2004 Tarihli IMF Başkanına Gönderilen Mektup”, ([http://www.hazine.gov.tr/Standby/8GGNM/SEKIZINCI\\_GG\\_NIYET\\_MEKTUBU\\_TERECUME.pdf](http://www.hazine.gov.tr/Standby/8GGNM/SEKIZINCI_GG_NIYET_MEKTUBU_TERECUME.pdf)) (22.08.2004)
- BAŞESGİOĞLU, M., (2004a), “Önsöz”, (içinde), “Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi (Taslak Metin)”, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, ([http://www.calisma.gov.tr/projeler/sos\\_guv\\_oneri.pdf](http://www.calisma.gov.tr/projeler/sos_guv_oneri.pdf)). (21.08.2004)
- BAŞESGİOĞLU, M., (2004b), “Sosyal Güvenlik Reformu”, NTVMSNBC Yakın Plan Programı-30.07.2004, (<http://www.ntvmsnbc.com/news/280488.asp>)
- BEKAR M., (2001), “Kültürler arası (transkültürel) hemşirelik”, Toplum ve Hekim, s.136-141.
- BİLGİNER, E., (2002), “ Türk İlaç Sanayii’nde Pazarlamada Tanıtımın Rolü” Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, s:43.
- ÇALIŞKAN, Z., (1999), Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin Finansman Kaynakları Yönünden Türkiye’de Uygulanabilirliği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, s.63.
- ÇETİNER, S., (2008), “Sağlıkta Teknoloji Planlamamız Ne Durumda”, Hastane Sağlık Yönetimi Dergisi, ISSN, s.1302-3136.
- DİE (2004), “Hanehalkı İşgücü Anketi 2004 Yılı I. Dönem Geçici Sonuçları”,DİE
- DPT, (1997) “Türkiye ve Avrupa Birliğindeki Sağlık Politikalarının Karşılaştırılması”; Ankara, s.4
- DPT, (1997), Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-1997), Ankara, s.3
- DPT, (2001), “Sosyal Hizmetler ve Yardımlar Özel İhtisas Raporu”, Sekizinci Kalkınma Planı, Ankara.
- DPT, (2001), Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001 – 2005 Devlet Planlama Teşkilatı Yayını Ankara.
- DPT, (2005), Temel Ekonomik Göstergeler, Ağustos, s. 35
- DPT, 2005 Yılı Programı, Ankara, <http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2005.pdf>, Erişim: 21.05.2010
- ERDEMİR, D., (2010) “Tıbbi Deontoloji ve genel Tıp Tarihi” [www.insanbilimleri.com](http://www.insanbilimleri.com) Erişim: 25.05.2010
- EROL, D., (2009), “Metropolitan Tanımları ve Metropolitan Planlama”, Gazi Üniv.Müh.Fak. Yayınları, Ankara.
- ERYILMAZ M., (2005), Afetin potansiyelleri. In: Eryılmaz M, Dizer U, editors. Afet tıbbi kitabı. Ankara: Ünsal yayınları;

- Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs. Quality in health care: opportunities and
- GİRAY, A.Ü.,(2001), Sağlıkta Avrupa Birliğine Doğru, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı, Yeni Türkiye Medya Hizmeti Yayınları, Yıl: 7, s.40
- GROSSMAN, M., (1972), On the concept of health capital and the demand for health Journal of Political Economy 80(2):223-255.
- GÜNAY, T., (1996), Sosyal Güvenlik Reformu Projesi Çalışmalarının Mevcut Sistem ve Önerilen Seçeneklerle İlgili Temel Bulgular ve Seçeneklerin Değerlendirilmesi, SSK Bülteni, Mayıs-Haziran 1996, Ankara, s.34
- HARPER And Row, New York. Mcguire, A., Henderson, J. And Mooney, G. (1982), The economics of health care: an introductory text, Routledge and Kegan Paul: London. s.276
- HUSE F. E., (1979), “The Modern Manager” St. Paul, MN, West Publishing Co, ss.9-11
- İslam Ansiklopedisi. Hak Maddesi. İstanbul; TDV. c.15: ss.137-152
- KAPAR, R., (2004), “Taslak Metne İlişkin Eleştiriler, Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerileri”, Sosyal Güvenlik Kurum, Ankara.
- KARATAY, A., (2007), “Cumhuriyet Dönemi Korunmaya Muhtaç Çocuklarda Sağlık Politikalarının Oluşumu”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tamamlanmış Doktora Tezi.
- KEÇE, F., (2009), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, Sağlık Bakanlığı Koruyu Hekimlik Sistemi, Ankara.
- KIRIMLI Y., (2002), “Nazar ve Nazara Karşı Tuzla Yapılan Pratikler”, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır.
- KİSSİNGER H. With NAFTA: US finally create a New World Order. Los Angeles Times, July 18, 1993.
- KIZIL A., (2009), “Özel Sağlık Sigortası”, T.M.M.O. (Tüm Mali Müşavirler Odası) Yayınları, Sayı: 205 Cilt:6 İstanbul.
- KLEİN R. (1997). Learning From Others: Shall the Last Be the First? *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol. 22, No. 5.
- KOÇEL, T., (2003), “İşletme Yöneticiliği”, Beta Yayınları İstanbul Eylül 2003 s.29
- LİPSEY, R. G., Steiner, P. O., Purvis, D. D. ve Courant, P. N., (1990), Economics,
- MUĞAN, C.Ş., (2008), “Muhasebe Öğretim ve Öğrenim Yöntemleri ile Ders Başarı Arasındaki İlişki”, ODTÜ, İİBF Dergisi, Ankara.

- MUTLU, A.,(2002), “Abdülkadir IŞIK, “Sağlık Ekonomisi Politikaları”, M.Ü. Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yayın No: 14.
- MUTLU, E.C., (2008), “İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon”, Anadolu Üniversitesi Yayınları, A.Ö.F. Ders Notları Eskişehir.
- ORHANER, E., (2006), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 1.
- ÖCEK, Z., ve SOYER, A., (2007), “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz, 2000 – 2004 Fotoğrafi”, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- ÖZEN M., (2002), “Hizmet Ticareti Anlaşmasınının (Gats) Sağlık Alanına Etkileri”. Toplum Ve Hekim, s.8-182
- ÖZER, H., (1997), “Kamu Kesiminde Performans Denetimi ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, Sayıştay Dergisi, Ankara.
- ÖZTEK, Z., (2008), “1940’larda Sağlık Sorunlarımız”, Prof. Dr. Nusret FİŞEK’in Kitaplaşmış Yazıları II. Eğitim Sürekli Tıp Eğitim Dergisi.
- PARASIZ, İ., (2003), “Türkiye Ekonomisi”, Ezgi Kitapevi, Bursa, s.69-72
- Resmi Gazete, “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”, Resmi Gazete, Kanun No: 5754, Ankara 8 Mayıs 2008
- ROEMER M. I. (1991) National Health Systems of The World, Volume 1,2, Oxford University pres, New York, s.7
- ROEMER M.I. (1993). National Health Systems Throughout the World. *Annual Review of Public Health*. Vol. 14: 335-353.
- RUBLEE, D.A., (1992) “International Health Expenditure Trends: The United States Compared to Other Market-Oriented Countries”, Health Care Systems and Their Patients: An International Perspective, der. Rosenthal M.M.,-Frenkel M., 9-18, Westview Press, Oxford, s. 10.
- Sağlık Bakanlığı (2001) Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, s.103-106
- Sağlık Bakanlığı 20007 [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)
- Sağlık Bakanlığı, (1993), Ulusal Sağlık Politikaları, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara; Mart, s.47
- SARGUTAN E. (2006). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri - Kavram, Metot ve Uygulamalar, Ülkelerin Sağlık Sektörlerinin Genel Sistem ve Mali Yapıları, Sağlık Sistemi Tipleri ve Belirgin Özellikleri Üle Örneklere, Türkiye Sağlık Sektörünün Sistem ve Mali Yapıları. Hacettepe Üniversitesi Yayını, Ankara.

- SARGUTAN, E., (2006), “Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri”; Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara. ss.53-54-55
- SAYIN İ. H., (1998), “Avrupa Birliği Sayıştayı”, Sayıştay Dergisi, Sayı: 175, Cilt:2 Ankara.
- SALTIK A., (2010), “Türkiye Avrupa Birliği İlişkileri Sürecinde Türk Sağlık Politikaları”, Ankara Üniv.Tıp.Sürekli Yayınları, Ankara.
- SAVAŞ, B.S., (2001), Türkiye Sağlık Sistemi, Kısa bir Bakış, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayınları, Ankara, Yıl:7, Sayı:39, s.24
- SEÇİM, H., (1991), “Devlet Hastanesinde Kalite Çemberleri Uygulaması”, Verimlilik Kongresi, MPM yayını, Yayın NO: 456, Ankara.
- SEPTGOĞLU, A.S., (2008) “Sağlık İnsan Gücü Planlaması”, Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ankara.
- SERGIENCO, E.M., MD. Thomas N. Bottoni, MD. (2006), Current Emergency Medicine Diagnosis&Treatent, çeviri: Dr. Doğaç Niyazi Özüçelik, Güncel Acil Tanı& Tedavi, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. s. 6.
- SERİN, İ., (2001), “Genel Sağlık Sigortası Ve Türkiye Uygulanabilirliği”, M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Y.L. Tezi, İstanbul. s.146.
- SGK, [www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr) erişim: 06.06.2010
- Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, A.G.E. , Madde:89
- SOYAK A. (2002), Ay İc. Küreselleşme Sürecinde, Bölgeselleşme Eğilimlerinin Dinamikleri. (Editör) Küreselleşme’de. 1. Baskı. İstanbul: Om Yayınları, s.51-98
- SOYSAL,M., KENANOĞLU, G.T., HAMEŞOĞLU, A., (1993), “Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı”, MPM Yayınları, Yayın NO: 486, ANKARA 1993 ss.21-69
- ŞENER, O., (1996), “Kamu Ekonomisi”, Beta Basım Yayım dağıtım A.Ş., İstanbul, ss.28 – 132
- ŞİMŞEK, M. Ş.,(200), “Zaman Yönetimi ve Yönetmel Zamanda Etkinlik”, Gazi Kitap Evi, Ankara, ss.173-177
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.
- TABAK, ST., (2002), “Sağlık Kültürü ve Gençlik”. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır.
- TANRIVERDİ, H., (2009), “112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sosyal Güvenlik Mevzuatlarından Kaynaklanan Çalışma Sorunlarının

- İncelenmesi”, 1. Acil Tıp Teknisyenliği Sempozyumu, İzmir 4-5-6 Aralık.
- TATAR, M. (2005) “Türkiye’de Sağlık Harcamaları İlaç Harcamaları ve Farmakoekonomi”, I. Uluslar arası Sağlık Ekonomisi ve Farmakoekonomi Sempozyumu, Ankara Hilton. Mayıs.
- TATAR, M., (2009), “Sağlık Ekonomisi”, Sayı: 1.
- TATAR, M., Tatar F, (1998) Yerel Yönetimler ve Sağlık, Türk Belediyecilik Derneği, Ankara.
- TENGİLİMOĞLU, D., IŞIK, O., AKBOLAT, M., (2009), “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, Nobel Yayınları, Ankara Kasım,
- TİSK, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu “Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi”, Ankara 2010 [www.tisk.org.tr](http://www.tisk.org.tr) erişim:03.06.2010
- TİSK, Ankara 2010 [www.tisk.org.tr](http://www.tisk.org.tr) erişim:03.06.2010
- TOKAT, M., (2008), “Sağlık Ekonomisi”, H.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi, Ankara.
- TÜLAY, Ü., Kenan U., (2001), Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri İçinde, S. Songül Y., Tülay Ü., Kenan U., Ümit E., Hakan A., yazarlar, Ambulans Hekimliği El Kitabı. Ankara: Güneş. s.1.
- Türk Kardiyoloji Derneği, “Ulusal Kalp Sağlığı Politikaları Semineri 63” [www.tkd-online.org](http://www.tkd-online.org) Erişim: 01.06.2010
- Türk Tabipler Birliği, (2005), “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi”, [www.tbb.org.tr](http://www.tbb.org.tr). Erişim: 31.05.2010
- Türk Tabipler Birliği, (2007), “Kentler, Sağlık ve Sağlık Hizmetleri”, Ankara Haziran, [www.ttb.org.tr](http://www.ttb.org.tr) erişim:01.06.2010
- Türkdoğan O., (1991), “Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi”, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları:2213, Araştırma İnceleme Dizisi
- Türkiye Sağlık Platformu, (2010) [www.saglikplatformu.com](http://www.saglikplatformu.com) Erişim: 01.06.2010
- ÜNAL, H., (2002), “Türkiye Bilişim Şurası, e-Devlet Çalışma Raporu”, Ankara.
- WALKER, B., Cheney, D. ve Stage, S., “The Validity and Reliability of the Self-Assessment and Program Review”, *Journal of Positive Behavior Interventions*, Vol. 11, No. 9, (April, 2009), s. 103
- Yeni Şafak Gazetesi Köşe Yazısı, Yayın Tarihi: 12.12.2008
- YILDIRIM H.H. (2004). Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Avrupa Birliği’ne Üye ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Teknik Verimlilik



Analizi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi ABD, Ankara (Danışman: Doç. Dr. İ. Sahin).

YILDIRIM H.H., Tarcan M. (2000). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler. İçinde: *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi*. Editörler: Tatar M, Erigüç G, Sahin İ.. 20-21 Mayıs 2000. Ankara. s. 577-592.

YILDIRIM H.H., (2010), *AB ve Sağlık Yazıları*, Ankara (yayınlanmamış kitap çalışması).

YILDIRIM H.H., Yıldırım T., (2005), “Avrupa Birliği’ne Uyum ve Katılım Sürecinde Türk Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirmeler”, 1. Baskı, Ankara Temmuz.

YILDIRIM, H.H., (2010). Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Yanlılığı ve Tüketici(lik) Davranışları: Genel Bir Çerçeve ve Türkiye’nin Durumu. İçinde: Babaoğlu M ve Şener A. (Editörler): *Tüketici Yazıları (II)*. TÜPADEM Yayınları, Ankara: 223-245.

YILMAZ, H. H., (2007) “İstikrar Programlarında Mali Uyumda Kalite Sorunu”, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, ISBN 978-9944-927-20-8, Nisan 2007.

YILMAZ, H.H., (2009) “Son Dönem Ekonomik Gelişmeler Çerçevesinde Kamu Sağlık Harcamalarının Sürdürülebilirliği”, A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Maliye Bölümü, Haziran.

YILMAZ, Kamil, “AB Üyeliğine Doğru Büyüme Dinamikleri (2005-2015)”, 2005 ss. 115-159

YUMUŞAK, N.U., (2000), “Hasta Bilgilendirme Formu, Hastane Bilişim Sistemi, ve Eşrefpaşa Belediye Hastanesinde Uygulaması”, D.E.Ü. Müh. Fak. Endüstri Mühendisliği yayınlanmamış Bitirme Projesi, İzmir.

YÜKSEL, C.A., (2000), “ İlaç Pazarlaması, Reçetesiz İlaçlara Karşı Türk Eczacılarının Kanaat Ve Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Pilot Araştırma” Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, s: 10.

\_\_\_\_\_, (1998), Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, Ankara, 2001b

\_\_\_\_\_, (2004), Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Sağlık Bakanlığı, Başkent Üniversitesi, Ankara, [www.hm.saglik.gov.tr](http://www.hm.saglik.gov.tr)

\_\_\_\_\_, (2007), Universidade Católica Portuguesa, Faculty of Economics, Working Papers, 16

02.09.1971 Tarih ve 1479 Sayılı Kanun, 14.09.1971 Tarih ve 13956 Sayılı RG;

10.1983 Tarih ve 2926 Sayılı Kanun, 20.10.1983 Tarih ve 18197 Sayılı RG.

1479 Sayılı Kanun md.24.

1479 Sayılı Kanun md.49.

1479 Sayılı Kanun md.52.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 11.05.2000; Sayı: 24046

AKDAĞ, R., (2010), “Muayenehanesi Olan Hiçbir Hekim Kalmayacak”, Ayseder, Sağlık Bakanı, [www.aysader.org.tr](http://www.aysader.org.tr) Erişim: 22.05.2010

## EKLER

### EK-1: Anket Formu



T.C  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

#### *“2010 Öncesi ve Sonrası Sağlık ve Emeklilik Sisteminin Kıyaslı Analizi”*

Bu araştırma, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek lisans programında **danışmanlığını Prof. Dr. Muhittin Karabulut’un yaptığı, 2010 Öncesi ve Sonrası Sağlık ve Emeklilik Sisteminin Kıyaslı Analizi** konulu bir tez çalışmasında kullanılmak üzere hazırlanmıştır.

Sizden beklentimiz, çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanmış anket sorularını kendi fikirlerinizi ve yaklaşımlarınızı dikkate alarak objektif bir biçimde cevaplandırmanızdır. Lütfen anket formu üzerindeki ilgili kısımları cevaplandırmadan önce açıklamaları ve soruları dikkatlice okuyunuz.

Vereceğiniz cevaplar sadece ilgili bilimsel araştırma dâhilinde kullanılacak ve kimliğiniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu amaçla sizden isim ve adres bilgisi istenmemektedir.

Bu araştırmaya vereceğiniz katkılar için şimdiden çok teşekkür ederiz.  
10.5.2010

*Münire DERİNDAG*

Beykent Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi

## ANKET SORULARI

<b>I.Aşağıdaki yargılardan size uygun düşeni, lütfen X ile işaretleyiniz.</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>
22. Sağlık/emeklilik planlamaları yapılırken halkın görüşü alınmalı					
23. Sağlık/emeklilik reformları konusunda yapılan çalışmalar beni tatmin etmiyor					
24. Kişisel/ailevi sağlık/emeklilik ihtiyaçlarımın karşılanmasında rahatlıkla iletişim kurabilmekteyim.					
25. Rahatsızlığım/şikâyetlerim konusunda doktorumla rahat konuşup sorunlarımı anlatabilmekteyim.					
26. İş yerim sağlıklı çalışma olanaklarına sahip/sahipti.					
27. İş yeri yönetimi sağlık yönünden gerekli tedbirleri almamakta/almamaktaydı.					
28. Çalıştığım işyerinde hekim ve sağlık personeli bulunmakta/bulunmaktaydı.					
29. Aldığım ücret yaptığım işe uygun/uygundu.					
30. Ücret/ikramiyemi zamanında alırım/alırdım.					
31. Performans değerlendirmesi adil/adildi.					
32. Sosyal güvenlik haklarından yeterince yararlanıyorum/yararlanırdım.					
33. Tüm sosyal haklarım konusunda tam bilgim var/vardı.					
34. Sık sık iş değiştiriyorum/değiştirirdim.					
35. İş yeri sosyal tesisleri uygun/uygundu.					
36. Sosyal güvenlik primlerim aldığım ücrete uygun/uygundu					
37. Emeklilik maaşım ile geçimimi sağlayacağımı düşünmekteyim.					
38. Sağlık sistemine katkı payım çok yüksek/yüksekti.					
39. Emeklilik ve sağlık sistemi işlemleri çok yorucu/yorucuydu.					
40. Ücretimle/aylığım ile insanca yaşama olanağına sahibim/sahiptim.					
41. Önceki sağlık/emeklilik sistemi bu günküne göre daha iyiydi.					
42. Emeklilik/sağlık sistemi daha gelişmiş bir ülkede yaşamak isterdim					

**II. Aşağıdaki profil bilgilerinden size uygun olanını, lütfen X ile işaretleyiniz.**

1. Yaş: ( ) 35'e kadar ( ) 35-49 ( ) 50-65 ( ) 66ve üzeri

2. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

3. Medeni durum: ( ) Evli ( ) Evli değil

4. Öğrenim durumu:

( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Lisans ve üstü

5. Çalıştığınız veya Emekli Olduğunuz Konum

( ) Kamu çalışanı

( ) Özel sektör çalışanı

( ) İşveren

( ) Bağımsız

6. Çalışma Hayatı

( ) Emekliyim

( ) Halen Çalışıyorum

( ) Çalışmıyorum

7. Çalışma Yılıınız:

( ) 10 yıla kadar

( ) 10-19

( ) 20-29 ( ) 30 ve üstü

8. Kronik Bir Sağlık Sorununuz Var mı?

( ) Evet

( ) Hayır

9. Bulduğunuz ve Yaşadığınız Bölgenin Konumu?

( ) İl Merkezi (il içi ilçeler dahil)

( ) İl dışı ilçe ( ) Kasaba ( ) Köy

**Katkılarımız için teşekkür ederim**

## **EK – 2 SOSYAL GÜVENLİK KURUMUNUN YAPISI VE GÖREVLERİ**

Sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına alacak, sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda bir sosyal güvenlik sisteminin gerçekleştirilmesi amacıyla kurulmuş olan Sosyal Güvenlik Kurumunun görevleri 5502 sayılı Kanunun 3 üncü maddesine göre şunlardır;<sup>182</sup>

1. Ulusal kalkınma strateji ve politikaları ile yıllık uygulama programlarını dikkate alarak sosyal güvenlik politikalarını uygulamak, bu politikaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmak.

2. Hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişileri hak ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesini kolaylaştırmak.

3. Sosyal güvenliğe ilişkin konularda; uluslararası gelişmeleri izlemek, Avrupa Birliği ve Uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapmak, yabancı ülkelerle yapılacak sosyal güvenlik sözleşmelerine ilişkin gerekli çalışmaları yürütmek, usulüne göre yürürlüğe konulmuş uluslararası antlaşmaları uygulamak.

4. Sosyal güvenlik alanında, kamu idareleri arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlamak.

5. Bu Kanun ve diğer kanunlar ile Kuruma verilen görevleri yapmak.

### **KURUMUN ORGANLARI**

Kurum organları 5502 sayılı Kanunun 4 üncü maddesine göre;

1. Genel Kurul,
2. Yönetim Kurulu,
3. Başkanlık

Olarak belirlenmiştir.<sup>183</sup>

<sup>182</sup> Sgk, [www.Sgk.Gov.Tr](http://www.Sgk.Gov.Tr) Erişim: 06.06.2010

<sup>183</sup> Sgk, [www.Sgk.Gov.Tr](http://www.Sgk.Gov.Tr) Erişim: 06.06.2010

## GENEL KURUL

Kurumumuz Genel Kurulu, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanının veya görevlendireceği bir yetkilinin başkanlığında;<sup>184</sup>

1. Sayıştay Başkanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Hazine Müsteşarlığı, Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü ile öğretim üyeleri arasında Yüksek Öğretim Kurulu tarafından görevlendirilecek birer temsilciden,

2. İş ve/veya Sosyal Güvenlik Hukuku alanında Bakan tarafından belirlenecek iki öğretim üyesinden,

3. Başkan, Genel Müdürler, Strateji Geliştirme Başkanı, Rehberlik ve Teftiş Başkanı ile Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanından,

4. En fazla üyeye sahip ilk üç işveren sendikası konfederasyonları tarafından üye işveren sendikalarına bağlı işyerlerinde çalışan toplam işçi sayısı ile orantılı olarak belirlenen 9 temsilciden,

5. En fazla üyeye sahip ilk üç işçi sendikası konfederasyonları tarafından üye sayılarına orantılı olarak belirlenen 9 temsilciden,

6. En fazla üyeye sahip ilk üç kamu görevlileri sendikası konfederasyonları tarafından üye sayılarına orantılı olarak belirlenen 9 temsilciden,

7. Kendi nam ve hesabına çalışanların üye olduğu kanunla kurulu en üst meslek kuruluşlarından en fazla üyeye sahip ilk üç kuruluş tarafından üye sayılarına orantılı olarak belirlenen 9 temsilciden,

8. Kurumdan aylık veya gelir almakta olanların üye olduğu en fazla üyeye sahip ilk üç kuruluş tarafından üye sayılarına orantılı olarak belirlenen 9 temsilciden,

9. “İşveren Sendikası Konfederasyonları”, “İşçi Sendikası Konfederasyonları”, “Kamu Görevlileri Sendikası Konfederasyonları”, “Kendi Nam ve Hesabına Çalışanların Üye Olduğu Kanunla Kurulu En Üst Meslek Kuruluşları”

---

<sup>184</sup> Sgk, [www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr) Erişim: 06.06.2010

dışında kalan ve kamu kurumu niteliğindeki en üst meslek kuruluşları tarafından görevlendirilecek birer temsilciden, oluşur ve üç yılda bir kez toplanır.<sup>185</sup>

## **GENEL KURULUN GÖREVLERİ**

1. Sosyal güvenlik politikaları ve bunların uygulamaları hakkında görüş ve önerilerde bulunmak.

2. Kurumun bütçe ve bilânçolarını, faaliyet raporlarını, performans programlarını, orta ve uzun vadeli gelir-gider dengesini, sigorta kolları itibarıyla yapılan en son aktüeryal hesap sonuçlarını değerlendirerek görüş oluşturmak.

3. Kurumun performans programlarında yer alan hedefleri ile sonuçlarını değerlendirerek, bir sonraki dönemin performans hedeflerine ilişkin görüş oluşturmak.

4. Yönetim Kurulunun seçimle gelen asıl ve yedek üyelerini seçmek.

## **YÖNETİM KURULU**

Yönetim Kurulu bir karar organı olup, Kurumun en yüksek karar, yetki ve sorumluluğunu taşır. Yönetim Kurulu;<sup>186</sup>

2. Başkan,

3. Başkanın teklifi üzerine müşterek kararname ile atanan bir başkan yardımcısı,

4. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını temsilen, Çalışma ve Sosyal Güvenlik

Bakanının teklifi üzerine müşterek kararname ile atanan bir üye,<sup>187</sup>

2. Maliye Bakanlığını temsilen, Maliye Bakanının teklifi üzerine müşterek kararname ile atanan bir üye,

3. Hazine Müsteşarlığını temsilen, Hazine Müsteşarlığının bağlı olduğu Bakanın teklifi üzerine müşterek kararname ile atanan bir üye,

<sup>185</sup> Sgk, [www.Sgk.Gov.Tr](http://www.Sgk.Gov.Tr) Erişim: 06.06.2010

<sup>186</sup> Sgk, [www.Sgk.Gov.Tr](http://www.Sgk.Gov.Tr) Erişim: 06.06.2010

<sup>187</sup> Sgk, [www.Sgk.Gov.Tr](http://www.Sgk.Gov.Tr) Erişim: 06.06.2010



4. İşverenleri temsilen seçilecek bir üye,
5. İşçileri temsilen seçilecek bir üye,
6. Kamu görevlilerini temsilen seçilecek bir üye,
7. Kendi nam ve hesabına çalışanları temsilen seçilecek bir üye,
8. Kurumdan gelir veya aylık alanları temsilen seçilecek bir üye,

Olmak üzere 10 üyeden oluşur ve en az haftada bir defa ve asgarî altı üye ile toplanır.<sup>188</sup>

## **YÖNETİM KURULUNUN GÖREVLERİ**

2. Kurum bütçesini, bilânçosunu, gelir-gider tablolarını, Kurum bütçesindeki bölümler içinde aktarmaları, bu bölümler arasındaki ek ve olağanüstü ödenek tekliflerini karara bağlamak.

3. Kurumun sigorta kolları itibarıyla hazırlanacak aktüeryal hesaplarına ilişkin raporları değerlendirerek finansman dengesinin üçer aylık ve yıllık gerçekleştirmelerini izlemek, alınması gereken tedbirleri kararlaştırmak, Genel Kurula sunulacak aktüeryal hesaplara ilişkin raporları gerektiğinde bağımsız kuruluşlara inceletmek.

4. Genel müdürlükler ile Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesindeki daire başkanlıklarının, taşrada ise sosyal güvenlik merkezlerinin kurulmasına veya kapatılmasına karar vererek Bakan onayına sunmak.

5. Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikleri karara bağlamak.

6. Her türlü kiralama sözleşmesi hakkında karar vermek, 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranı kadar her yıl artırılmak üzere bedeli beşyüz bin Yeni Türk Lirasından fazla olan her türlü; kiraya verme, satış, alım, devir, takas, inşaat, taşınmazların ferağı, yapım ve diğer işlere ilişkin karar vermek, ihale komisyonu kararlarını onaylamak.

7. Kurum personeline ödenecek ek ödeme, ikramiye ve fazla mesai ücretine ilişkin usul ve esasları belirlemek.

8. Kurum yararının bulunması halinde; yılı merkezî yönetim bütçe kanununda gösterilen miktara kadar olan hak ve alacakların terkinine karar vermek,

---

<sup>188</sup> Sgk, [www.Sgk.Gov.Tr](http://www.Sgk.Gov.Tr) Erişim: 06.06.2010

prim ve primlerden kaynaklanan alacaklar hariç olmak üzere, uyuşmazlıkların dava açılmadan veya icra takibi yapılmadan uzlaşma veya tahkim yoluyla çözümlenmesine, Kurum tarafından veya Kuruma karşı açılan dava veya icra takiplerinin uzlaşma veya tahkim yoluyla çözümlenmesine, sulhe, kabule, feragate ve kanun yollarına başvurulmamasına karar vermek.

**9.** Kurumun performans hedef, gösterge ve programı ile hizmet kalite standartlarını karara bağlamak.

**10.** Her yıl için, prim borcu kamuoyuna açıklanacak işverenlerin belirlenmesine esas olmak üzere asgarî borç tutarını belirlemek.

**11.** Kurum alacaklarının tahsilât işlemleri ile diğer kanunlarla tahakkuk ve tahsilât yetkisi Kuruma verilen alacakların tahsilât işlemlerinin, kısmen veya tamamen kamu gelirlerinin toplanması ve takibinden sorumlu olan kamu idarelerinden hizmet almak suretiyle gerçekleştirilmesine karar vererek Bakan onayına sunmak.

**12.** Kurumun dava ve icra takipleri için vekâlet akdi yoluyla avukat çalıştırılmasına, özel uzmanlık gerektiren ve geçici nitelikteki işler için ise hizmet satın alınması yoluyla yerli veya yabancı uzman çalıştırılmasına karar vermek, bunların sözleşme şartlarını ve avukatlara ödenecek ücretleri belirlemek.

**13.** Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

## ÖZGEÇMİŞ

2 Aralık 1983 tarihi, K.Maraş ili Pazarcık ilçesi doğumluyum. İlk, Orta ve Liseyi aynı ilçede tamamladıktan sonra İnönü Üniversitesi Hemşirelik bölümünü kazandım. 2007 yılında da okulumu bitirdikten sonra İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesine atamam yapıldı. Aynı yıl yüksek Lisans yapmaya karar verdim ve Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yöneticiliği bölümüne kayıt yaptırdım.

Sağlık yönetimi, sağlıkta stratejik planlama, halk sağlığı ve kalite yönetimi özel ilgi alanlarıma girmektedir.

Yabancı dilim İngilizce olup bu alanda kendimi geliştirmek için kurslara devam etmekteyim.

**Münire DERİNDAG**