

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

**AVRUPA BİRLİĞİ'NE UYUM SÜRECİNDE TÜRKİYE'DE
UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARININ KAMU
HASTANELERİNE YANSIMALARI**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

İrfan Temel İSTANBULLU

İstanbul, 2009

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

**AVRUPA BİRLİĞİ'NE UYUM SÜRECİNDE TÜRKİYE'DE
UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARININ KAMU
HASTANELERİNE YANSIMALARI**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
İrfan Temel İSTANBULLU
Öğrenci No:
070746305

Danışman:
Doç Dr. Sedat ALTIN

İstanbul, 2009

YEMİN METNİ

Sunduğum Yüksek Lisans Tezimi, Akademik Etik İlkelerine bağlı kalarak, hiç kimseden akademik ilkelere aykırı bir yardım almaksızın bizzat kendimin hazırladığıma and içerim. 05 /08/ 2009

Aday: İrfan Temel İSTANBULLU

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

17.8.2009

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 070746305 numaralı *İrfan Temel İstanbullu'nun* "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*AVRUPA BİRLİĞİ'NE UYUM SÜRECİNDE TÜRKİYE'DE UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARININ KAMU HASTANELERİNE YANSIMALARI*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 14.08.2009 tarih ve 2009/21 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Kampüsünde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (30) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile *Kabul/Red veya Düşütme* kararı verilmiştir.

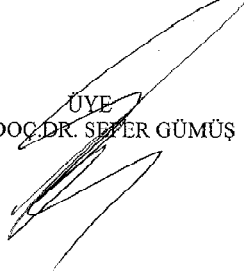
İşbu tutanak, 7 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
DOÇ.DR. SEDAT ALTIN



Haluk Tanrıverdi
ÜYE
YRD.DOÇ.DR. HALUK TANRIVERDİ

ÜYE
YRD.DOÇ.DR. SEFER GÜMÜŞ



AVRUPA BİRLİĞİ'NE UYUM SÜRECİNDE TÜRKİYE'DE UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARININ KAMU HASTANELERİNE YANSIMASIMALARI

Hazırlayan: İrfan Temel İSTANBULLU

Özet

Sağlık birçok ülkenin üzerinde durduğu içerisinde çözülmesi gereken bir dizi problemleri barındıran, sosyal politikaların başında gelmektedir. Avrupa Birliği sağlık politikaları konusunu üye ülkelerin kendi yetki alanı içerisinde değerlendirmektedir. Henüz ortak bir sağlık politikası oluşturulamamış olsa dahi, üye ve aday ülkelerin sağlık politikaları incelendiğinde uygulanan sağlık politikaların bezer politikalar olduğu gözlenmektedir. Özellikle batı Avrupa ülkelerinde gerçekleştirilen sağlık reformlarının, özelinde de hastane reformlarının diğer Avrupa ülkelerinde bir takım yansımalarının olduğu görülmüştür.

Son yirmi yılda Avrupa'da sağlık alanında ve hastanelerde önemli reformlar gerçekleştirilmiştir. Avrupa'da yaşlı nüfusunun artması ile birlikte kronik hastalıklardaki artış sağlık harcamalarını yükseltmiştir. Sağlık maliyetlerinin azaltılması çabaları, sağlık endüstrisinde yaşanan teknolojik ilerlemeler ve sağlık hizmeti anlayışındaki değişimler gerçekleştirilen reformların temelini oluşturmaktadır.

Türkiye'de Avrupa Birliği ile tam üyelik müzakerelerinin başlamasıyla birlikte sağlık alanında önemli değişimler yaşanmaya başlanmıştır. Bu dönemde uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Projesi, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, finansmanı ve hastaneler üzerinde bir dizi değişimi beraberinde getirmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Avrupa Birliği üyelik müzakereleriyle ilişkilendirilmesi, reformun uygulanmasında itici bir güç olduğu söylenebilir.

Bu bilgiler doğrultusunda Avrupa Birliği ülkelerinde gerçekleştirilen sağlık reformları ve bu reformların Türkiye'deki yansımaları incelenecektir.

Araştırmamızda Sağlık Bakanlığı, Eurostat, Dünya Sağlık Örgütü istatistikleri, yurt içi ve yurt dışı akademik kaynaklardan yararlanılmış ve Türkiye'de gerçekleştirilen sağlık reformunun bir değerlendirilmesi yapılmaya çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Avrupa Birliği, Sağlık politikaları, Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Hastane reformları, Avrupa Birliği'ne üyelik

REFLECTIONS OF HEALTH POLICIES IMPLEMENTED IN TURKEY ON PUBLIC HOSPITALS DURING THE EUROPEAN UNION ADAPTATION PROCESS

Presented by: İrfan Temel İSTANBULLU

Abstract

Health comes first, for many countries, on top of the social policies, which includes number of problems to be solved. European Union assesses the health policy issue within the member countries' own authority areas. Although a common health policy had not been created yet, when the member and candidate countries' health policies are examined, it's observed that the applied health policies are similar policies. Number of reflections of implemented, especially in western European countries, health reforms had been observed in other European countries, specifically in hospital reforms.

In the last twenty years, important reforms had been realized in Europe in the field of health. Increases in chronic diseases, in parallel to the increase in elder population, had raised the health expenses in Europe. Cost reduction efforts in health, the technological progress encountered in health industry and changes in the understanding of health services consist of the basis of the reforms implemented.

Major changes in the field of health have started to happen in Turkey, in parallel with the start of full membership negotiations with the European Union. The Health Transformation Project, which was implemented during this period, has brought a series of changes in restructuring of health services, financing, and hospitals. It can be said that associating the Health Transformation Project with the European Union membership negotiations is the driving force on implementation of the reform.

In line with this information, the health reforms made in European Union countries and reflections of these reforms on Turkey will be reviewed.

In our research, statistics of Ministry of Health, Eurostat, World Health Organization, domestic and foreign academic sources had been utilized and an evaluation of health reforms implemented in Turkey had been tried to be stated.

Keywords: European Union, Health policy, Health Transformation Project, Hospital reforms, European Union membership

İÇİNDEKİLER

Yemin Metni	
Jüri Sayfası	
Türkçe Özet ve Anahtar Kelimeler	
İngilizce Özel ve Anahtar Kelimeler (Abstract)	
Tablolar Listesi	IV
Grafikler Listesi	V
Kısaltmalar	VI
Giriş	1

I. BÖLÜM

AVRUPA BİRLİĞİ' NİN SAĞLIK POLİTİKALARI

1. AVRUPA BİRLİĞİ'NİN SAĞLIĞA BAKIŞI	2
1.1. Avrupa Birliği Antlaşmaları ve Sağlık Politikaları	3
1.1.1. Maastricht Antlaşması	3
1.1.2. Amsterdam Antlaşması	5
1.1.3. Nice Antlaşması	7
1.1.4. Avrupa Birliği Anayasa Taslağı	8
1.2. Avrupa Birliği Halk sağlığı Programları	11
1.3. Sağlık Politikaları Alanında Avrupa Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü İlişkileri	13
1.4. Avrupa Birliği'nde Sağlık Politikalarını Etkileyen Kuruluşlar ve Ajanslar	14
1.5. Sağlık Politikalarının Geliştirilmesinde Avrupa Birliği Komisyonu'nu Destekleyen Genel Müdürlükler ve Komisyonlar	15
1.6. AB'ye Katılım Müzakereleri ve Sağlık	15
1.6.1. Malların Serbest Dolaşım	16
1.6.2. Kişilerin Serbest Dolaşımı	16
1.6.3. Sosyal Politika ve İstihdam	17
1.6.4. Tüketici Sağlığının Korunması	17

II. BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI

2. CUMHURİYET'İN İLK YILLARINDA SAĞLIK POLİTİKALARI	19
2.1. 1923 -1946 yılları arası Türkiye'de sağlık politikaları	20
2.2. 1946-1960 Yılları arası Türkiye'de sağlık politikaları	21
2.3. 1960-1980 yılları arası Türkiye' de sağlık politikaları	22
2.3.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları	25
2.3.2. İkinci Beş yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları	29
2.3.3. Üçüncü Beş yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları	31
2.3.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları	33
2.3.5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları	34
2.3.6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları	36
2.3.7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları	39
2.3.8. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları	42
2.3.9. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları	45
2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı	47
2.4.1. Sağlık Bakanlığını Yeniden Yapılandırma	50
2.4.2. Genel Sağlık Sigortası Uygulaması	51
2.4.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	52
2.4.3.1. Avrupa Birliği Ülkelerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	52
2.4.3.2. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	54
2.4.3.3. Aile Hekimliği Uygulaması	55
2.4.3.3.1. Türkiye'de Aile Hekimi Uygulaması	56
2.4.4. Hastane Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma	55
2.4.5. Hasta Haklarına Yönelik düzenlemeler	57
2.4.6. Hastanelerde Toplam Kalite Uygulaması	58
2.4.7. Sağlık Bilgi Sistemi	59
2.5. AB Ülkelerinde Hastane Reformları	61

III. BÖLÜM

AVRUPA BİRLİĞİ'NE UYUM SÜRECİNDE UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARININ KAMU HASTANELERİNE YANSIMALARI

3.1. Hastane Yönetiminde Yeniden Yapılanma Çalışmaları	63
3.2. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Uygulanması	68
3.3. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon	74
3.4. Hasta Haklarına Yönelik Uygulamalar	84
GEREÇ VE YÖNTEM	92
BULGULAR	92
SONUÇ VE ÖNERİLER	92
KAYNAKÇA	100
ÖZGEÇMİŞ	105

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No.</u>	<u>Sayfa</u>
1. Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları (1923-1960)	22
2. Sağlık Yatırımları (1963-1967)	27
3. Sağlık Programları Gelişmesi (1962-1977)	28
4. Yatakların Kurumlara Göre Dağılımı (1977)	33
5. Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum ve Hedefler	37
6. Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayıları	38
7. Sağlık Personelinin Sayısal Gelişimi	39
8. Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayıları (2000)	41
9. Sağlık Göstergelerinde Gelişmeler	43
10. Sağlık Hizmetlerinde Hedefler	45
11. Avrupa Birliği Ülkelerindeki yatak kapasitesi	70
12. AB Ülkelerindeki Hekim Sayılarındaki Durum	71
13. AB Ülkelerinde Muayene Edilen Yatan Hasta Sayıları	72
14. JCI Akreditasyon Standardı 2008	83

GRAFİKLER LİSTESİ

<u>Grafik No.</u>	<u>Sayfa</u>
1. Kamu Hastanelerinde Muayene Edilen Hasta Sayıları, (Bin) 2002-2007	68
2. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Tam Gün Çalışan Hekim Oranı (%)	68
3. AB Ülkelerindeki Hastanelerde Ortalama Kalış Gün Sayısı	72
4. Türkiye’de Hastanelere Başvuran Hastaların Kurumlara Göre Yatan Hasta Durumu ...	73
5. Hastane ve Acil Diş Sağlığı Merkezlerinde (ADSM) hasta hakları	87
6. Hekim Seçme Uygulaması	88
7. Hasta Hakları Konusunda Yapılan Başvurular	88
8. Hasta Haklarına Yapılan Başvuruların Konusu	89
9. Hasta Haklarına Yönelik Sağlık Çalışanlarına Verilen Eğitim	89
10. Hasta Haklarına Yönelik Topluma Verilen Eğitim	90
11. Hakkında Başvuru Yapılan Çalışanların Dağılımı	90
12. Hasta Haklarına Yapılan Başvuruların Birimlere Göre Dağılımı	91
13. Hasta Hakları Başvuruların Sonuçları	91

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	Avrupa Birliği
ADSM	Acil Diş Sağlığı Merkezi
AET	Avrupa Ekonomik Topluluğu
a.g.k.	adı geçen kitap
a.g.m.	adı geçen makale
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BBSH	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
BCG	Bacillus Calmette Guerin
BYKP	Beş Yıllık Kalkınma Planı
COM	Commission
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EHLASS	Avrupa Ev Kazalarını İzleme Merkezi
GSS	Genel Sağlık Sigortası
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ISO	International Standards Organization
JCI	Joint Commission International
KİT	Kamu İktisadi Teşebbüsü
KÖO	Kamu Özel Ortaklığı
MR	Manyetik Rezonans
MSB	Milli Savunma Bakanlığı
NHS	National Health Service
OECD	Organization for Economic Coordination Development
PDEÖ	Performansa dayalı ek ödeme
s.	Sayfa
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKY	Toplam Kalite Yönetim

GİRİŞ

Sağlık bütün ülkelerin gündeminde önemli bir yer tutan güçlü, dinamik bir toplum yaratmanın vazgeçilmez unsurlarından birisidir. İlk yıllarda Avrupa ülkeleri arasında ekonomik bir bütünlük sağlamak amacıyla kurulan Avrupa Birliği, sonraki dönemde sosyal ve siyasal bütünlüğe yönelmesi ile sağlık konusu Avrupa Birliği'nin üzerinde yoğunlaştığı sosyal sorunların başında yer almaya başlamıştır. Sağlık sorunlarının giderilmesi vatandaşların yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla ortak bir sağlık politikanın oluşturulmasına yönelik büyük çabalar gösterilmektedir. Ancak sağlık konusunun birlik mevzuatlarında daha çok ekonomik anlamda ele alınmış olması ve anayasada birliğin amaçları arasında sağlığa yer verilmemiş olması ortak bir sağlık politikasının oluşturulmasını olumsuz yönde etkilemiştir.

Son yıllarda Avrupa'da nüfusun giderek yaşlanmasına bağlı olarak kronik rahatsızlıklardaki artış ve sağlık endüstrisindeki teknolojik değişimler sağlık alanında maliyetleri sınırlamaya, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik reformları gerekli kılmıştır. Özellikle gelişmiş batı Avrupa ülkelerinde gerçekleştirilen bu sağlık reformları özelinde de hastane reformlarının diğer Avrupa Birliği ülkelerinde ve bölge ülkelerinde birtakım yansımaları olmaktadır.

Yapılan bu çalışmanın amacı; Avrupa Birliğinin sağlık bakışını, uygulanan sağlık politikalarını ve sağlık alanında gerçekleştirilen reformların diğer ülkelerdeki yansımalarını inceleyerek Türkiye'de gerçekleştirilen sağlık reformunun bir değerlendirmesini yaparak politika yapımcılarına ve uygulayıcılarına az da olsa bir katkıda bulunmaktır.

Akademik kaynaklara ve gözlemlere dayanılarak yürütülen bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, Avrupa Birliği'nde sağlığın yeri ve uygulanan sağlık politikalarının gelişimi ortaya konulmaktadır. Sağlık konusunun müzakere sürecinde daha çok ekonomik boyutuyla ele alınmış olması ve ülkelerin sağlık politikaları uygulamalarında bağımsız olması nedeniyle aday ülkelerin müzakere süreci başlıklar halinde ele alınmıştır. İkinci bölümde, Cumhuriyetten günümüze kadar uygulanan sağlık politikalarının tarihsel gelişimine yer verilerek uygulanmakta olan sağlıkta dönüşüm projesinin dayanak noktaları ele alınmış ve Türkiye'de gerçekleştirilen sağlık reformu ile AB ülkelerindeki sağlık reformları karşılaştırmalı olarak incelenmeye çalışılmıştır.

Üçüncü bölümde ise, Avrupa Birliği'ne katılım süresince Türkiye'de uygulanan sağlık politikaların Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere yansımaları değerlendirmiştir. Araştırmanın dördüncü ve beşinci bölümlerinde bulgular ve sonuç kısmına yer verilmiştir.

I. BÖLÜM

AVRUPA BİRLİĞİ' NDE SAĞLIK POLİTİKALARI

Sağlık birçok ülkenin uzun yıllardan beri ekonomik, siyasi ve sosyal hayatında önemli bir yer tutan öncelikli konuların başında gelmektedir. Hemen hemen birçok ülke benzer sağlık sorunları ile mücadele etmektedir. Bu nedenle ülkelerin uyguladığı sağlık politikalarının birbirleriyle benzer yönleri oldukça fazladır. Türkiye'nin uyguladığı ve uygulamakta olduğu sağlık politikalarının, aday olduğu Avrupa Birliği'ndeki diğer ülkelerde uygulanan sağlık politikalarıyla benzer özellikler taşımaktadır. Bu nedenle kuruluşundan günümüze Avrupa Birliği'nin sağlığa bakışı ve uygulanan sağlık politikaları bu başlık altında incelenmesi yararlı olacaktır.

1. AVRUPA BİRLİĞİ'NİN SAĞLIĞA BAKIŞI

Avrupa Birliği (AB) başlangıçta Avrupa ülkelerinde ekonomik işbirliğinin sağlanmasına yönelik olarak kurulmuş, bu nedenle sağlık AB'nin öncelikleri arasında yer almamıştır. Ancak ilerleyen yıllarda AB, ekonomik bir topluluk olmaktan çıkarak sosyo-politik bir birliğe dönüşmesiyle sağlık konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. İlk olarak AB mevzuatının yürütmeye yönelik olarak hazırladığı Beyaz Kitap ile halk sağlığı konusunda önemli girişimler yaşanmıştır. Bunların yanı sıra AB'nin başlıca halk sağlığı sorunları olan kanser, kardiyovasküler hastalıklar, AIDS, uyuşturucular gibi konularda üye ülkeler açısından bağlayıcılığı olan ya da olmayan mevzuat çalışmaları¹ yapılarak birlik vatandaşlarının sağlığını korumaya yönelik önemli adımlar atılmıştır.

AB sağlık alanında rol alırken ağırlıklı olarak “ yerindelik ilkesi “ çerçevesinde hareket etmekte ve sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve finansman yetkisini üye ülkelere bırakmıştır². Üye ülkeler kendi ihtiyaçları doğrultusunda belirledikleri sağlık politikalarını uygulayabilmektedir.

Üye devletler sağlık sistemlerini nasıl yönetecekleri, sağlık ve sağlık bakımına ayrılacak bütçenin büyüklüğü, geri ödenecek ilaçlar ve kullanılacak teknoloji konularında karar alırlar. AB'nin görevleri; vatandaşları korumak, destekleyici ortaklıklarla sinerjiler kurmak, sağlık konusunun tüm AB poliçelerinde yer almasını sağlamak ve vatandaşlar ile sağlık personelinin bilgilendirilerek iyi bir sağlığa kavuşulması yolunda yapılan politikalarda

¹ TANRITANIR, N. Türkiye ve Avrupa Birliği'ndeki sağlık politikaları ve göstergelerinin karşılaştırılması, Devlet Planlama Teşkilatı. Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, Ankara,1997, s.4

² YILDIRIM, H.H. ve YILDIRIM, T. Avrupa Birliği Yolunda Türkiye'nin Sağlığı: Avrupa Birliği'ne Uyum Süreci ve Sağlık Reformları, www.absaglik.com/HHYildirim_TYildirim_ABSaglik.pdf, (25.03.2009)

katalizör görevi görmektedir³. Avrupa Birliği'nde sağlık politikaları, 1999 yılından bu yana Komisyon'un yeniden yapılanması çabaları doğrultusunda Sağlık ve Tüketicinin Korunması Genel Müdürlüğü tarafından organize edilmektedir. AB'nin sağlığa bakışını ve sağlık politikalarını daha iyi anlamak için AB antlaşmalarında sağlık ve sağlık politikalarına yönelik düzenlemeleri incelemek daha yararlı olacaktır.

1.1. Avrupa Birliği Antlaşmaları ve Sağlık Politikaları

Avrupa Birliği'nin birincil hukukunu oluşturan; Avrupa Kömür Çelik Topluluğu (1951), Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu (1957) ve Avrupa Ekonomik Topluluğu (Roma Antlaşması 1957) antlaşmalarında doğrudan sağlık politikası ile ilgili bir düzenleme yer almamaktadır. Ancak, Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu'nda sağlığın korunması, özellikle iyonlaşan radyasyona karşı korunmaya ilişkin politikalara özel bir yer verilmiştir. 1957 Roma Antlaşması'nda ise, "yaşam kalitesinin yükseltilmesi", "mesleki kaza ve hastalıkların önlenmesi" , "sağlık çalışanları ve hastalar da dahil olmak üzere, tüm insanlara serbest dolaşım hakkı verilmesi" gibi sağlıkla ilgili olan bazı maddeler var olmakla birlikte sağlık konusunun birincil hukuka girişi 1987 Avrupa Tek Senedi ile olmuştur⁴.

Başlangıçta yalnızca "mal ve hizmetlerin serbest dolaşımı" ile sınırlı olan birliğin sağlık politikası zamanla "Tüketici Sağlığının ve Güvenliğinin Korunması"nı amaçlayan daha geniş bir kapsama kavuşmuştur⁵. Sağlık konusunda yaşanan değişmelere bağlı olarak sağlık AB politikalarının bir parçası haline gelmiş, AB'de bir sağlık departmanı kurulmuştur. Kurucu Antlaşmalarda ise sağlık şu şekilde ele alınmıştır:

1.1.1. Maastricht Antlaşması

Maastricht Antlaşması öncesinde Avrupa Ekonomik Topluluğu'nu kuran Roma Antlaşması'nda, ortak bir sağlık politikası öngörülmemiştir.

Ancak 1987 yılında yürürlüğe giren Avrupa Tek Senedi ile Roma Antlaşması'nın 100a, 118a maddelerinde değişiklik yapılması sağlığın korunması ve mesleki ortamda asgari koşulların uyumunu hedefleyen bir birlik işbirliğini getirmiştir. Böylece sağlıkla ilgili yapılan düzenlemeler, birlik politikalarında bütününün bir parçası olmuştur. Yine Antlaşmanın 130 R maddesi ile çevre ve tüketicilerin sağlığı konusu halk sağlığı

³ GİRAY, A.Ü. Avrupa Birliği'nde sağlık yönetimi, Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab_saglik_yonetimi.doc, (25.03.2009)

⁴ AKDUR, R. "Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu, Ankara, 2006, s.85

⁵ AKDUR, a.g.k s 85

politikaları kapsamında ele alınmaya başlamış ve halk sağlığını genel olarak yükseltmek için bilgilendirme eğitim çalışmaları yoğunlaştırılmıştır⁶.

1993 yılında yürürlüğe giren Maastricht Antlaşması ile AB'ye; sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili olarak, somut yasal yetkiler verilmiştir. İlk defa Maastricht Antlaşması ile düzenlenen bu iki yeni maddeden birincisi olan madde 5 ile birlik, vatandaşlarının “yüksek düzeyde bir sağlık koruması elde etmelerine katkı sağlaması” için yetkilendirilmiştir. Bunlardan ikincisi olan, madde 129'da ise; 5. maddesinin de verilen amaç bir kez daha yinelenirken sonra “sağlığın korunması gerekleri, birliğin diğer politikalarının bütününe oluşturan parçalardan birini oluşturur” denilerek, bu amaca ulaşmak için özel yetki alanları getirilmiştir⁷.

Maastricht Antlaşması'na 129. maddenin (halk sağlığı maddesi) eklenmesi ile komisyon ilk kez, halk sağlığının iyileştirilmesi ve korunması konusunda özel bir görev üstlenmiştir⁸.

Maastricht antlaşması 129. madde⁹:

- Birlik (Topluluk), üye Devletler arasında işbirliğini teşvik ederek ve gerekirse, faaliyetlerine destek vererek, insan sağlığının yüksek düzeyde korunmasının sağlanmasına yardım edecektir. Topluluk faaliyeti, hastalıkların, özellikle de uyuşturucu bağımlılığının, başlıca sağlık felaketlerinin, sağlık bilgisi ve eğitimin yanı sıra bunların nedenlerinin ve bulaşma yollarının araştırılması yoluyla önlenmesine yönelik olacaktır. Sağlık koruma şartları, topluluğun diğer politikalarında bir unsur teşkil edecektir.
- Üye devletler kendi aralarında, komisyonla irtibat halinde olarak, 1. paragrafta belirtilen alanlarda politika ve programlarını koordine edeceklerdir. Komisyon, üye devletlerle sıkı kontak halinde olarak bu koordinasyonu artırmak için gerekli her türlü faydalı teşviki sağlayabilir.
- Topluluk ve üye devletler, halk sağlığı alanında üçüncü ülkelerle ve yetkili uluslar arası kuruluşlarla işbirliğini teşvik edecektir.

⁶ L'Europe de A a Z Guide de l'Intégration Européenne, Werner Weidenfeld-Wolfgang Wessels, Institut Européenne Politic, (çeviren: IŞIK, N.A.), Belgium, 1997. s.208-209.

⁷ AKDUR, a.g.k s.85

⁸ IŞIK, N.A. “Türkiye-Avrupa Birliği İlişkileri ve Sağlık”, T.C.Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2001, s.50-51

⁹ Treaty on European Union Official Journal C191, 1992,

<http://eur-lex.europa.eu/en/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html>, (2.04.2009)

- Bu maddede belirtilen amacın yerine getirilmesine yardımcı olmak için, Konsey: madde 189b'de belirtilen prosedüre uygun hareket ederek, Ekonomik ve Sosyal Komite ile Bölgeler Komitesi'ne danıştıktan sonra, üye devletlerin kanunlarının ve tüzüklerinin uyumlaştırılması hariç, teşvik edici önlemleri kabul edecektir.
- Komisyondan gelen bir önerge üzerine, şartlı çoğunlukla hareket ederek, tavsiyeleri kabul edecektir.

Maastricht Antlaşmasınının 129. maddesi, birlik çapında sağlık politikası için güvenli bir yasal ortam sağlamış ve uyuşturucu karşıtı, AIDS ve kansere karşı programlarda birliğin görevini güçlendirerek komisyonun görevlerini artırmıştır¹⁰.

1.1.2. Amsterdam Antlaşması

1999'da yürürlüğe giren Amsterdam Antlaşması, Avrupa Birliği'nin kurucu antlaşmalarından biridir. Bu antlaşmada kamu sağlığı ve tüketicinin korunması ile ilgili XIII. ve XIV. başlıklar altında yer alan 152 ve 153. maddeler, bu alanda yeni düzenlemeler getirmiştir. Daha sonra yeniden gözden geçirilen bu maddeler, sağlığın çalışmalarındaki her alana uyumunun sağlanması amacıyla, komisyonun tüm çabalarının idare edilmesi için tasarlanmıştır¹¹. 152. madde ile birlikte, AB'den insan sağlığını hem koruması, hem de geliştirilmesi için gerekli faaliyetlerin yürütülmesi istenmiştir.

Amsterdam Antlaşması 152. madde¹²:

- Bütün Birlik politika ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında, yüksek seviyeli bir insan sağlığı koruması temin edilir. Ulusal politikaları tamamlayacak olan topluluk eylemi, kamu sağlığına, insan hastalıklarının önlenmesine ve insan sağlığı için tehlike yaratan kaynakları ortadan kaldırmaya yöneliktir. Bu eylemler, sağlık konusunda bilgilendirme ve yanı sıra sebepleri, bulaşma yolları ve önlenmelerine ilişkin araştırmaların geliştirilmesi yoluyla, önemli sağlık sorunlarına karşı mücadeleyi kapsar.
- Birlik bu maddede belirtilen alanlarda, üye devletler arasındaki işbirliğini, gerektiği takdirde faaliyetlerine destek vererek teşvik eder. Üye devletler, komisyon ile irtibat halinde, 1. paragrafta belirtilen alanlardaki politika ve

¹⁰ İŞİK, a.g.k, s.56

¹¹ İŞİK, a.g.k. s.55

¹² Official Journal of the European Communities, Consolidated versions of the Treaty on European Union and of the Treaty establishing the European Community, C 325, Vol 45, 2002, s.100-101

programlarının eşgüdümünü sağlarlar. Komisyon, üye devletler ile yakın temas kurarak, bu eşgüdümü geliştirmek için faydalı her girişimde bulunabilir.

- Topluluk ve üye devletler, üçüncü ülkelerle ve yetkili uluslararası kuruluşlarla kamu sağlığı konusunda işbirliğini artırır.
- Konsey 251. maddede belirtilen usul uyarınca hareket ederek ve Ekonomik ve Sosyal Komite ile Bölgeler Komitesi'ne danıştıktan sonra:

1) Hiçbir üye devletin daha katı ve koruyucu önlemleri muhafaza etmesini veya yürürlüğe koymasını engellememesi kaydıyla, insana ait organ ve maddelere, kan

ve kan türevlerine yüksek kalite ve güvenlik standartlarını belirleyen önlemleri,

2) Madde 37' ye istisna olarak, veterinerlik ve bitki sağlığı alanlarında amacı doğrudan kamu sağlığını koruma önlemleri,

3) Üye devletlerin her türlü yasa ve düzenlemelerinin uyumlaştırması hariç olmak üzere, insan sağlığını korumak ve geliştirmek için tasarlanmış teşvik önlemlerini alarak, bu madde belirtilen amaçlara ulaşmaya katkıda bulunur. Konsey, komisyonunu önerisi üzerine, oy birliğiyle hareket ederek, bu madde belirtilen amaçlara ulaşmak için tavsiyelerde bulunabilir.

- Kamu sağlığı alanında bir birlik eylemi, üye devletlerin sağlık hizmetlerinin verilmesine ve tıbbi bakımın düzenlenmesine dair sorumluluklarına tamamen riayet eder. Özellikle 4(a) paragrafında belirtilen önlemler, organ ve kan bağına veya bunların tıbbi kullanımına dair ulusal hükümleri etkilemez.

Amsterdam Antlaşması, Tüketici Koruması hakkında, XIV başlığı altında diğer bir geniş çaplı maddeyi kapsar. Madde 153, komisyonun içinde ve dışında, tüketici güvenliği ile ilgili işleri, diğer topluluk politika ve faaliyetlerinin sağlık yönlerine dikkat çekerek birleştirmek isteyenler için güçlü bir araçtır¹³. 153. madde şu şekildedir.

Amsterdam Antlaşması 153. Madde:

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

¹³ Official Journal of the European Communities, a.g.k, s.101

- Diğer birlik politikaları ve faaliyetleri tanımlanırken ve uygulanırken tüketicilerin korunma gereksinimleri dikkate alınır.
- Birlik 1. paragrafta belirtilen amaçlara ulaşmasında:
 - 1) İç pazarın tamamlanması çerçevesinde, 95. madde uyarınca, kabul edilen önlemleri,
 - 2) Üye devletler tarafından sürdürülen politikaları destekleyen, tamamlayan, izleyen önlemleri kabul etmek amacıyla katkıda bulunur.
- Konsey 251. maddede belirtilen usul uyarınca hareket ederek ve Ekonomik ve Sosyal Komite'ye danıştıktan sonra, bu maddenin 3(b) paragrafında belirtilen önlemleri kabul eder.
- 4. paragraf uyarınca kabul edilen önlemler, hiçbir üye devletin daha katı koruyucu önlemleri sürdürmesini veya yürürlüğe koymasını engellemez. Bu önlemlerin bu antlaşma ile uyumlu olması gerekir. Bu önlemler komisyona bildirilir.

1.1.3. Nice Antlaşması

2001 yılında imzalanan Nice antlaşmasında sağlık konularına yer verilmemiştir. Ancak, Nice zirvesinde kabul edilen Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nda sağlık konularına değinilmiştir. Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı; Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Şartı, Çalışanların Temel Sosyal Hakları Topluluk Şartı, Adalet Divanı İçtihatları, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin İçtihatları, birincil ve ikincil Topluluk mevzuatı, ortak anayasal gelenekler ve diğer çeşitli uluslararası sözleşmelerde yer alan mevcut hakların bir araya getirilmesi ile oluşmuştur¹⁴. Medeni ve siyasi haklar ile yurttaş haklarının yanı sıra temel ekonomik ve sosyal haklarında yer aldığı Şart'ta ayrıca kişisel verinin korunması, biyoetik ilkeleri ve iyi yönetim hakkı gibi yeni haklara da yer verilmiştir.

Tasarı Şart'ta sıralanan hakların çoğu herkesin yararlanacağı haklar olmasına karşın özel gruplara yönelik bazı haklar da yer almaktadır. Çocuklar ve çalışanlar için sosyal haklar, Birlik yurttaşları için çalışma, iş arama, herhangi bir ülkede yerleşme ve hizmet sunma özgürlükleri, sosyal güvenlik sistemlerine eşit erişim, Avrupa Parlamentosu ya da belediye seçimlerine katılma hakkı gibi haklar yer almaktadır¹⁵.

Avrupa Temel Haklar Şartı'nda dayanışma adlı bölümde ele alınana sağlık konusu şu şekilde yer almıştır.

¹⁴ ÇİÇEKLİ, B. Avrupa Sosyal Şartı Temel Rehberi, Ankara, 2001, s. 161-165

¹⁵ ÇİÇEKLİ, a.g.k, s.161-165

Madde 34: Sosyal Güvenlik ve sosyal yardım¹⁶

- Birlik; Topluluk hukuku, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen usullere göre doğum, hastalık, iş kazaları, bakıma muhtaç olma veya yaşlılık gibi durumlarda ve işten çıkarılma durumunda koruma sağlayan sosyal güvenlik yardımları ve sosyal hizmetlerden yararlanma hakkını tanımakta ve saygı göstermektedir.
- AB’de yasal olarak ikamet eden ve dolaşan herkes, Topluluk hukuku ve ulusal yasalar ve uygulamalara göre sosyal güvenlik yardımları ve sosyal avantajlardan yararlanma hakkına sahiptir.
- Birlik, Topluluk hukuku, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen usullere göre sosyal dışlanma ve yoksullukla mücadele için yeterli olanaklara sahip olmayan herkes için uygun bir yaşam sağlamak amacıyla sosyal ve konut yardımından yararlanma hakkını kabul etmekte ve saygı göstermektedir.

Madde 35: Sağlık Hizmetleri

- Herkes, ulusal yasalarda ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir. Bütün birlik politikaları ve faaliyetlerinin tanınmasında, uygulanmasında yüksek düzeyde insan sağlığı koruması sağlanmalıdır.

Madde 37: Çevresel koruma

- Yüksek düzeyde bir çevresel koruma ve çevrenin kalitesinin iyileştirilmesi, birliğin politikalarına katılmalı ve sürdürülebilir kalkınma ilkesine uygun olarak sağlanmalıdır.

Madde 38: Tüketici Koruması

- Birlik politikaları, yüksek düzeyde tüketici koruması sağlanmalıdır.

1.1.4. Avrupa Birliği Anayasa Taslağı

AB’nin sağlık alanındaki politikaları en sade şekli ile Anayasa taslağında yer almaktadır. Anayasa taslağı henüz bütün birlik üyelerince kabul edilmemiş olmakla birlikte, üzerinde tartışılan konular, genişleme süreci ve benzeri siyasi konulardır¹⁷. Taslakta, sağlık, çevre, tüketicinin korunması ve benzeri alanları ilgilendiren teknik bölümleri aynı şekilde kalacağı belirtilmektedir.

Anayasa taslağında sağlık, AB Temel Haklar Şartı kapsamında ve paylaşılan yetkiler içerisinde halk sağlığı şeklinde yer alırken, AB’nin amaçlarının düzenlendiği 3.

¹⁶ Avrupa Temel Haklar Şartı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ab/>, (25.03.2009)

¹⁷ AKDUR, a.g.k, s.87

madde de yer almamıştır¹⁸. Özellikle başta Avrupa'daki sivil toplum kuruluşları olmak üzere birçok kesim sağlığın AB'nin amaçlarının sıralandığı 3. maddede açık bir biçimde yer alması için girişimde bulunmuş olmalarına rağmen bu gerçekleştirilememiştir. Anayasa'nın 3.maddesinde sağlık yer almamasına rağmen, taslak Anayasa'da belirtilen diğer amaçlar, sağlığı etkileyecek şekilde yer almıştır. İyilik halinin geliştirilmesi, sosyal adalet ve koruma, fakirliğin ortadan kaldırılması ve insan haklarının korunması gibi taslakta belirtilen bazı amaçlar sağlığı da yakından ilgilendiren konulardır¹⁹. Taslak Anayasa'da sağlık konusu şu şekilde işlenmiştir.

Anayasa taslağında sağlık²⁰:

13.maddede; kamu sağlığı, çevre ve tüketicinin korunması konuları birliğin ortak yetki alanları içerisinde,

16.maddede ise; insan sağlığının korunması ve geliştirilmesi olarak, birliğin destekleyici, düzenleyici ve tamamlayıcı faaliyetleri kapsamında ele alınmıştır.

Bu maddelerin dışında halk sağlığı politikası, Anayasa'nın III. Bölümünde 278. maddesinde şu şekilde düzenlenmiştir²¹:

- Birliğin tüm politikalarının ve faaliyetlerinin tanımlanması ve uygulanmasında, yüksek düzeyde insan sağlığı koruması sağlanacaktır. Birlik tarafından ulusal politikaları tamamlayan faaliyetler, halk sağlığının iyileştirilmesi, insan rahatsızlıklarının ve hastalıklarının önlenmesi ile fiziksel ve zihinsel sağlığa yönelik tehlikelerin önüne geçilmesi yönündedir. Söz konusu faaliyetler şunlardır:
 - 1) Nedenleri, yayılmaları ve önlenmeleri üzerine araştırmaların yanı sıra, sağlık bilgileri ve eğitimin teşvik edilmesi yoluyla, tüm temel sağlık felaketlerine karşı savaşın verilmesi,
 - 2) Ciddi boyutlu sınırları aşan sağlık tehditlerinin izlenmesi, erken uyarı ve bunlarla mücadele etmesidir.

Birlik, bilgilendirme ve önleme faaliyetlerini, üye devletlerin uyuşturucuyla ilgili sağlık bozulmalarını azaltma yönündeki faaliyetlerini tamamlar.

- Birlik, bu maddede anılan alanlarda üye devletler arasındaki işbirliğini teşvik eder ve faaliyetlerine destek verir. Sınırları aşan alanlarda tamamlayıcı sağlık hizmetlerini geliştirmek için üye devletler arasında, özellikle işbirliğini teşvik eder.

¹⁸STEİN, Hans. Dreams Versus Reality;The EU Constitution and Health, Eurohealth, Vol:9, No:3, 2003. s.13-15

¹⁹BELCHER, P. "Is health in the European Convention?", Eurohealth, Vol. 9, No. 2, 2003, s.1-4

²⁰Official Journal of the European Union, Treaty establishing a Constitution for Europe, C 310, Vol 47, 2004 s.16-17

²¹ AB Anayasa Taslağı, <http://www.abgm.adalet.gov.tr/e-kutuph.htm>, s. 75-76, (25.03.2009)

Üye devletler, komisyon ile bağlantılı olarak, 1. paragrafta belirtilen alanlardaki politikalarını ve programlarını kendi aralarında koordine ederler. Komisyon, üye devletlerle yakın temas halinde, söz konusu koordinasyonun teşvik edilmesi için özellikle de ana hatlar ve göstergelerin belirlenmesini, en iyi uygulama alışverişinin düzenlenmesini ve düzenli izleme ve değerlendirme için gerekli öğelerin hazırlanmasını amaçlayan girişimler olmak üzere tüm faydalı girişimlerde bulunur. Avrupa Parlamentosu sürekli olarak bilgilendirilir.

- Birlik ve üye devletler, üçüncü ülkelerle ve halk sağlığı alanında yetkili uluslararası örgütlerle işbirliğinde bulunur.
- Madde I-12(5) ve madde I-17(a)'ya istisna olmak kaydı ve madde I-14(2)(k) mucibince, Avrupa yasaları veya çerçeve yasaları, ortak güvenlik konularının yerine getirilmesi için aşağıdaki tedbirleri oluşturarak, bu maddede belirtilen hedeflere ulaşılmasına katkıda bulunur:
 - 1) İnsan kökenli organlar ve maddelerin, kan ve kan türevlerinin kalitesi ve güvenliği konularında yüksek standartlar getiren tedbirler; söz konusu tedbirler herhangi bir üye devletin daha sıkı koruyucu tedbirleri sürdürmesini ya da bu tedbirleri uygulamasını engellemez;
 - 2) Doğrudan hedefleri halk sağlığının korunması olan veterinerlik ve bitki sağlığı alanındaki tedbirler;
 - 3) Tıbbi kullanıma yönelik tıp ürünleri ve aygıtları için yüksek güvenlik ve kalite standartları oluşturan tedbirler;
 - 4) Ciddi boyutlu sınırları aşan sağlık tehditlerinin izlenmesi, erken uyarı ve bunlarla mücadele, hususlarında alınacak tedbirler;
 - 5) Bu tür Avrupa yasaları veya çerçeve yasaları, Bölgeler Komitesi ile Ekonomik ve Sosyal Komite'ye danışıldıktan sonra kabul edilir.
- Avrupa yasaları veya çerçeve yasaları aynı zamanda, üye devletlerin yasalarının ve tüzüğünün herhangi bir şekilde uyumlulaştırılması dışında, insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi ile sınırlar ötesi büyük sağlık felaketleri için tasarlanan teşvik edici tedbirleri alır. Söz konusu yasa veya çerçeve yasası, Bölgeler Komitesi ile Ekonomik ve Sosyal Komite'ye danışıldıktan sonra kabul edilir. Konsey, bu maddede belirtilen amaçlar açısından, komisyonun bir teklifi üzerine, tavsiyeler de kabul edebilir.

- Halk sağlığı alanındaki birlik faaliyetleri, üye devletlerin sağlık hizmetlerinin ve tıbbi bakımın organize edilmesi ve ulaştırılması konularındaki sorumluluklarına saygı gösterir. Üye devletlerin sorumlulukları, sağlık hizmetleri ve tıbbi tedavilerin yönetimi ve kendilerine havale edilen kaynakların tahsisini içerir. 4(a) alt paragrafında belirtilen tedbirler, organların ve kanın bağışı ve tıbbi kullanımı hakkındaki ulusal hükümleri etkilemez.

Anayasa Taslağı maddelerinden de görüldüğü üzere, sağlıkla doğrudan ilgili alanlar AB için üye ülkelerle yetki paylaşılan politika alanlarıdır. Bu nedenle de, bu alanlarda AB tarafından üye ülkeleri bağlayıcı düzenlemeler yapılmamıştır. Birlik düzeyinde, gerek sosyal politikalar gerekse sağlık politikaları açısından henüz ortak bir politika oluşturulamamıştır²². AB “yerindelik ilkesi” gereği üye ülkelerdeki, sağlık sektörünün örgütlenme biçimi, finansman yöntemi ve insan gücü uygulamaları konusunda üye ülkelerin kendi sağlık politikalarını belirlemesi öngörmüştür.

1.2. Avrupa Birliği Halk sağlığı Programları

Avrupa Birliği Antlaşması’nda kamu sağlığına ilişkin yapılan değişiklikler ve bu alanda kaydedilen ilerlemeler, yeni bir kamu sağlığı stratejisinin oluşturulmasını gerektirmiştir. Bu doğrultuda AB komisyonu, COM(2000)285 sayı ve 15 Haziran 2000 tarihli Avrupa Parlamentosu ve Konsey karar teklifi ile Topluluğun sağlığa ilişkin programlarının tek çatı altında toplanmasını ve yeni çerçeve programın 1 Ocak 2001-31 Aralık 2006 tarihleri arasında uygulamaya konulmasını öngörmüştür. 25 Temmuz 2000 tarih ve 448 sayılı Avrupa Komisyonu’nun teklifinde, birleştirilmesi düşünölen sağlığa ilişkin programlardan Sağlığın Teşviki, Kanserle Savaş, AIDS’le Mücadele, Bulaşıcı Hastalıklar, Uyuşturucu ve Sigara Bağımlılığı Programları ile Hava Kirliliğine Bağlı Hastalıklar ve Sağlığın İzlenmesi Programlarının 2002 yılı sonuna kadar uzatılması önerilmiştir. Yaraların Önlenmesi ve Ender Rastlanan Hastalıklar Programları, 2003 yılında tamamlanacak olmaları nedeniyle uzatma kararı kapsamına alınmamıştır²³.

Kamu sağlığına ilişkin çerçeve programın kapsamında yer alacak programları şu şekildedir²⁴;

- **Kanserle Mücadele:**

²² AKDUR, a.g.k, s.89

²³ IŞIK, a.g.k, s.57

²⁴ IŞIK, a.g.k, 58-59

29 Mart 1996 tarihli Avrupa Parlamentosu ve Konseyi kararı ile 1 Ocak 1996- 31 Aralık 2000 tarihleri arasında yürütülen program, Avrupa Birliği düzeyinde kansere yol açan etkenleri ortaya koymak ve mücadele yöntemlerini araştırmak amacıyla oluşturulmuştur. Programın toplam bütçesi 64 milyon Euro olarak belirlenmiştir.

- **AIDS ve Bulaşıcı Hastalıkların Önlenmesi:**

29 Mart 1996 tarihli Avrupa Parlamentosu ve Konseyi kararı ile 1 Ocak 1996- 31 Aralık 2000 tarihleri arasında yürütülen program, AIDS hastalığının yayılmasını engellemeyi ve bulaşıcı hastalıkların neden olduğu ölüm oranının azaltılmasını amaçlanmıştır. Yürütülen bu programın toplam bütçesi, 49,6 milyon Euro'dur.

- **Uyuşturucu Bağımlılığı ile Mücadele:**

Avrupa Birliği'nin uyuşturucu madde bağımlılığına karşı mücadele politikasının oluşturulması amacıyla 16 Aralık 1996 tarihli Avrupa Parlamentosu ve Konseyi kararı ile 1 Ocak 1996-31 Aralık 2000 tarihleri arasında, üye ülkeler arasında her türlü uyuşturucu kullanımına karşı mücadelede işbirliği sağlanması ve konu ile ilgili araştırmalar, bilgilendirme faaliyetlerinin gerçekteştirilmesi, sağlık eğitiminin iyileştirilmesi, edinilen bilgilerin ve başarılı uygulamaların sonuçlarının yaygınlaştırılması hedeflerine yönelik olarak yürütülen program bu programın bütçesi toplam 27 milyon Euro'dur.

- **Kirliliğe Bağlı Hastalıklara İlişkin Program:**

Kirliliğe bağlı hastalıklara ilişkin program 1 Ocak 1999-31 Aralık 2001 tarihleri arasında uygulanmak üzere Avrupa Parlamentosu ve Konsey'in 29 Nisan 1999 tarihli ortak kararı ile yürürlüğe konulmuştur. Çevre kirliliğinin yol açtığı hastalıklarla mücadele çerçevesinde bu hastalıkların etkilerinin azaltılmasını, bu konuda edinilen bilgilerin ve başarılı uygulamaların yaygınlaştırılmasını ve çevre kirliliğine neden olan maddelerin belirlenmesini amaçlayan programın bütçesi, 3,9 milyon Euro olarak belirlenmiştir.

- **Yaralanmaların Önlenmesi:**

Özellikle ev kazaları ve bunların açtığı yaralanmaların önlenmesini amaçlayan program, AB seviyesinde sık kullanılan ürünler ve tüketim maddelerinin güvenlik kontrolüne ilişkin EHLASS (Avrupa Ev Kazalarını İzleme Merkezi)'in güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılmasının yanı sıra en etkin yöntemlerin bulunması konusunda 59 karşılıklı bilgi değişimini öngörmektedir. 1 Ocak 1999-31 Aralık 2003 tarihleri arasında yürütülmek üzere, 8 şubat 1999 tarihli Avrupa Parlamentosu ve Konsey kararı ile uygulamaya konulan programın bütçesi 14 milyon Euro'dur.

- **Sağlığın İzlenmesi:**

1997-2001 tarihleri arasında uygulanmak üzere Avrupa Parlamentosu ve Konsey'in 30 Haziran 1997 tarihli kararı ile yürürlüğe giren sağlığın izlenmesi programı, temel olarak Topluluk seviyesinde genel sağlık durumunun takibi konusunda ortak bir sistem oluşturulması amacıyla sağlık alanında yapılan çalışmaların gelişiminin izlenmesi, alınan sonuçların ve elde edilen bilgilerin yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Programa birlik bütçesinden toplam 13,8 milyon Euro ayrılmıştır.

1.3. Sağlık Politikaları Alanında Avrupa Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) İlişkileri

Sağlık Politikası alanında DSÖ/Avrupa Bölge Ofisi; hastalıkların önlenmesi, sağlığın iyileştirmesi politikalarında, tütün, farmasötikler, kan güvenliği, gıda ve beslenme gibi alanlardaki politika belgelerini desteklemede aktif olmuştur. Bununla birlikte, Avrupa kurumlarını kapsayan diğer uluslararası aktörler, sağlık politika mesajlarını iletmede ve yönergelerin ana hatlarını çizmede daha aktif olurken, DSÖ' nün karar alma düzeylerinde siyasi gündemi etkilemede yeterince güçlü olmadığı vurgulanmıştır²⁵.

Bu bağlamda, Halk Sağlığı Programı, hem veri toplama ve analiz etme alanında hem de sektörler arası sağlığı iyileştirmede maliyet etkinliği sağlamak, faaliyetlerin ve programların üst üste gelmesini önlemek, sinerji ve etkileşimi desteklemek için sağlık alanında DSÖ, Avrupa Konseyi ve OECD uluslararası kuruluşlar arasındaki işbirliğinin önemini yinelemektedir. DSÖ ve komisyon arasındaki işbirliği çalışmalarının düzenlemelerine özel önem verilmiştir²⁶.

AB komisyonu ve DSÖ arasındaki işbirliği alanları aşağıdaki unsurları içirmektedir²⁷:

- Sağlığın ve sağlık determinantlarının izlenmesi için etkili politikaların ve önlemlerin tasarlanması yönünde uygulanan faaliyetlerin yürütülmesi, değerlendirilmesi ve düzeltici eylemlere zamanında başvurulması için; verilerin korunması gereklerine saygı gösterirken ulusal yönetimlere, profesyonellere ve sağlık alanında çıkarı olan diğer taraflara, resmi bilgi ve veri üretme, toplama, işleme ve yaymak,

²⁵ PURROY, C. A. ve KEENOY, E. M. Avrupa Bölgesinde Hızlı Geçiş Ülkeleri ile Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölge Ofisinin İşbirliği, 2003, s. 21

²⁶ PURROY ve KEENOY, a.g.k. s. 21

²⁷ Halk Sağlığı Alanında Topluluk Eylemi ve Çalışma Planı (2003-2008), <http://www.t-hasak.org/20032008.htm> , (10.04.2009)

- Sağlığın izlenmesi ve hastalık sürveyansı için yöntemler ve araçlar geliştirmek, eyleme özel sağlık ve sağlıkla ilgili sorunları analiz etmek ve hedeflemek, sağlık müdahalelerini değerlendirmek, ncelendirmek ve sağlık sisteminin gelişmesine yardım etmek,
- Bulaşıcı hastalık srveyansını güçlendirmek ve müdahaleleri iyileştirmek,
- Sağlık risklerini azaltma politikalarını güçlendirmek ve sürdürmek amacıyla, çevrede ajanların sağlık etkilerini değerlendirmede sağlık ve sağlıkla ilgili ölçütlerin konulmasında, sağlığın yüksek seviyede korunmasını amaçlayan rehberlerin bilimsel ve teknik yönden gözden geçirilmesinde bilgi alışverişinde bulunmak,
- Sağlıkla ilgili araştırmaları ve teknolojik gelişmeleri desteklemek, sonuçlarının hesabını tutmak, sağlık ve sağlıkla ilgili alanlarda uygulamalar üzerinde danışmanlık geliştirmek,
- Uygun durumlarda, bu alanda tanınmış aktörlerle işbirliği içerisinde sağlık müdahaleleri için kaynakları harekete geçirme, koordine etme ve acil durumlarda işbirliği yapmak,
- Karşılıklı bilgilendirme ve uzmanlık sağlanması amacıyla personeli desteklemek.

1.4. Avrupa Birliği'nde Sağlık Politikalarını Etkileyen Kuruluşlar ve Ajanslar

AB'nin Avrupa Birliği Konseyi, Avrupa Parlamentosu, Avrupa Komisyonu, Avrupa Adalet Divanı ve Avrupa Sayıştay'ı gibi ana organları sağlık politikalarına yön veren birincil kuruluşlarıdır. Bunun yanında Avrupa Ekonomik ve Sosyal Komitesi, Bölgeler Komitesi, Sayıştay, Avrupa Yatırım Bankası, Avrupa Merkez Bankası, Avrupa Ombudsmanı ve Avrupa Veri Koruma Gzetimcisi gibi ikincil kuruluşları, AB sağlık politikalarını çeşitli boyutları ile etkilemektedir²⁸. Bu kuruluş, mevzuat geliştirilmesi, mevzuatın ye ülkelerde uygulanması, sağlığın finansmanı, sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi, kötü uygulamaların ortadan kaldırılmasına yönelik sağlık politikaların oluşturulmasına yön vermektedir.

Avrupa Birliği'nde sağlığı ve sağlık yönetimini direkt veya dolaylı olarak etkileyen ajanslar ise; Avrupa Hastalık nleme ve Kontrol Merkezi, Avrupa İlaç Ajansı, Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Kontrol

²⁸ GİRAY, A.Ü. Avrupa Birliği'nde sağlık yönetimi, Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab_saglik_yonetimi.doc, (25.03.2009)

Merkezi, Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı, Avrupa Eğitim Vakfı, Avrupa Çevre Ajansı sayılabilir²⁹.

1.5. Sağlık Politikalarının Geliştirilmesinde Avrupa Birliği Komisyonu'nu Destekleyen Genel Müdürlükler ve Komisyonlar

Sağlık politikalarının geliştirilmesinde Avrupa Birliği Komisyonu'nu Sağlık ve Tüketici Güvenliği Genel Müdürlüğü ile İş Edindirme ve Sosyal İşler Genel Müdürlüğü desteklemektedir.

Sağlık politikalarının geliştirilmesinde Avrupa Birliği Komisyonu'nu destekleyen komisyonlar ise; Üst Düzey Sağlık Komisyonu, Halk Sağlığı Komisyonu, Halk Sağlığı Kıdemli Yöneticileri Komisyonu, Sosyal Güvenlik Komisyonu, Ekonomik Politika Komisyonu ve Göçmen İşçiler Sosyal Güvenliği İdare Komisyonu gibi üst düzey komisyonlar yer almaktadır. Bunun yanında Uzmanlık kuruluşları networku, Avrupa Birliği Diyet, Fiziki Aktivite ve Sağlık Platformu, HIV/AIDS Çalışma Grubu ve Avrupa Birliği Sağlık Politikası Forumu³⁰ gibi komisyonlarda sağlık politikalarının geliştirilmesinde Avrupa Birliği Komisyonu'na destek vermektedir.

1.6. AB'ye Katılım Müzakereleri ve Sağlık

Sağlık konusu, Avrupa düzeyinde açık bir şekilde ele alınmamaktadır. Ancak pek çok politika ve mevzuatın üye devletlerin sağlık sistemlerinde etkisi bulunmaktadır. AB'ye katılım müzakereleri özellikle malların, hizmetlerin, kişilerin ve sermayenin serbest dolaşım ilkelerini ele almak için tasarlanan politikalar üzerindedir³¹. Müzakerelerde sağlık hizmetleri ile ilgili konu başlıkları, malların serbest dolaşımı, istihdam ve sosyal politika, kişilerin serbest dolaşımı, medikal ve diğer sağlık hizmetlerini kapsayan hizmetlerin serbest dolaşımı önemli başlıklardır. Bu başlıklar haricinde ulaşım güvenliği, gıda güvenliği, tütün, farmasötikler, tıbbi cihazlar, kimyasallar ve diğer tehlikeli maddeler, gıdayı kapsayan ortak ticaret politikası ve farmasötikler konusundaki ticaret politikası, işçilerin sosyal güvenliği ve sosyal korunması, üye devletler arasındaki işbirliği ve sosyal korunma konusundaki eylem koordinasyonu, halk sağlığı, ekonomik ve sosyal uyum, araştırma ve teknolojik gelişme kapsamında müzakere edilmektedir³². Müzakere sürecinde sağlıkla ilgili konular görüldüğü gibi bölümler arasında dağınık bir şekilde ele

²⁹ GİRAY, A.Ü. Avrupa Birliği'nde sağlık yönetimi, Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab_saglik_yonetimi.doc, (25.03.2009)

³⁰ GİRAY, A.Ü. Avrupa Birliği'nde sağlık yönetimi, Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab_saglik_yonetimi.doc, (25.03.2009)

³¹ PURROY ve KEENOY, a.g.k. s.14

³² PURROY ve KEENOY, a.g.k. s.15

alınmaktadır. Bu durumun birçok nedeni olmakla beraber sağlının doğası gereği diğer sektörlerle sıkı bir bağının olması ve sağlının AB düzeyinde ele alınış biçimi en önemli iki neden olarak belirtilebilir³³. Bu müzakere başlıklarından malların serbest dolaşımı, kişilerin serbest dolaşımı, sosyal politika ve istihdam ve tüketici sağlığının korunması sağlıkla yakından ilişkili konu başlıklarıdır.

1.6.1. Malların Serbest Dolaşım

Malların serbest dolaşımı ilkesi, Birliğin bütününde ürün ticaretinin serbestçe yapılabilmesi anlamına gelmektedir. Bu genel ilke, bir dizi sektörde, ürünlerin uymak zorunda olduğu genel koşulları ifade etmektedir. Bu bağlamda; gıdalar, tıbbi ürünler (ilaçlar), kimyasallar (uyuşturucu ve psikoetroplar), kozmetikler, oyuncaklar ve tıbbi cihazlar gibi malların serbest dolaşımı konusunda doğrudan sağlık sektörü ile ilgili olan bu malların AB standartlarında üretilmesinin sağlanması gerekmektedir. Ayrıca bu malların kontrol/ muayene ve belgelendirme işlemlerini yürütecek olan laboratuvarların ve kuruluşların yaptıkları işlemlerin ve verdikleri belgelerin de AB standartlarına uygun ve uluslararası kabul görececek nitelikte olması gerekir³⁴.

1.6.2. Kişilerin Serbest Dolaşımı

Kişilerin serbest dolaşımı işçilerin serbest dolaşımını ile hizmetlerin ve serbest meslek mensuplarının serbest dolaşımını kapsamaktadır. İşçilerin serbest dolaşımı AB'nin Roma Antlaşması'nın 48-51. maddeleri ile düzenlenmiştir. Bu maddeler işçilerin üye ülkeler arasında serbestçe dolaşmasını ve bu dolaşımın daha önce kazanılmış olan sosyal güvenlik haklarından herhangi bir kayba neden olmamasını hedeflemektedir. Hizmetlerin ve serbest meslek mensuplarının serbest dolaşımını ise, Roma Antlaşması'nın 59-66. maddeleri ile düzenlemiştir. Bu düzenlemelere göre, sanat ve serbest meslek sahipleri, meslek icra edecekleri üye ülkenin kanunlarına uymak koşulu ile AB'ye üye olan tüm ülkelerde serbestçe yerleşme ve meslek icra etme hakkına sahiptir. Hizmetlerin ve serbest meslek mensuplarının serbest dolaşımı, sağlık mesleklerinden öncelikle tıp doktorları, diş tabipleri, eczacılar, hemşireler ve ebeler için söz konusudur. Aday ülkelerin bu meslek gruplarının eğitimi ve serbest dolaşımlarıyla ilgili bazı düzenlemeler yapması gerekmektedir. Öncelikle³⁵;

³³YILDIRIM, H.H, AB Katılım Müzakereleri Süreci ve Sağlık Hizmetleri: Bazı Saptamalar, http://www.absaglik.com/muzakere_saglik.pdf, (01.06.2009)

³⁴ AKDUR, a.g.k. s.90

³⁵ AKDUR, a.g.k. s.93

- Karşılıklı olarak hizmet üretimini ve yerleşmeyi engelleyen yasal düzenlemelerin ortadan kaldırılması,
- Diğer AB ülkelerine yerleşerek hizmet üretecek olan aday ülke vatandaşlarının AB standartlarında hizmet üretebilecek eğitim-beceri ve davranış kalıpları içinde olmalarının sağlanması gerekmektedir.

1.6.3. Sosyal Politika ve İstihdam

Roma Antlaşması sosyal politika konusunda oldukça sınırlı sayıda hüküm içermektedir. Antlaşma’ da düzenlenen işçilerin serbest dolaşımı, göçmen işçilerin sosyal güvenliği gibi konuları içeren hükümler ekonomik bütünleşme sürecini ve özellikle ortak pazarın işleyişinin kolaylaştırılmasına önemli katkıları olmuştur. Aynı zamanda kadın erkek arasında eşit işe eşit ücret konusuna da özel önem verilmiş ve Avrupa Sosyal Fonu’nun oluşturulması düzenlenmiştir. 1986 yılında kabul edilen Tek Senet ile birlikte, sosyal diyalogun oluşturulmasına yönelik temeller atılmış ve sosyal tarafların rolü güçlendirilmiş, bunun yanında ekonomik ve sosyal bütünleşmenin geliştirilmesi kavramı yerleştirilmiştir. Tek Senedi takiben 1989 yılında kabul edilen Sosyal şart ile işçi sağlığı ve iş güvenliği alanlarında önemli bir adım atılmıştır. 1992 yılında kabul edilen Maastricht Antlaşması ile AB düzeyindeki sosyal politika uygulamaları daha da derinleştirilmiş, Antlaşma ekinde yer alan protokol 1997 yılında Amsterdam Antlaşması bünyesine alınmıştır³⁶.

Sosyal Politika ve İstihdam başlığı altında işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında AB standartlarına uyum sağlanması, sosyal sigorta yasalarında ve uygulamalarında AB normlarına uygunluğun sağlanması önemli alanlardan birini oluşturur. Diğer önemli bir alan ise tüketicinin ve kamu sağlığının korunmasında AB normlarına uyumun sağlanmasıdır. Ayrıca tüm çalışanların sendikalaşmasının önündeki engellerin kaldırılarak, sendika yasalarının AB normlarına uygunluğunun sağlanması gerekmektedir³⁷.

1.6.4. Tüketici Sağlığının Korunması

Avrupa Ekonomik Topluluğu’nun (AET) kurucu antlaşması olan Roma Antlaşması içerisinde yer verilmemiş olan “tüketici” kavramı, tüketici politikasına ilişkin ilk faaliyet programının kabul edildiği 1972 Paris Zirvesi’nde gündeme gelmiştir. Bu zirvede belirlenen hedefler doğrultusunda, 1975 yılında “Tüketicinin Korunması ve

³⁶ AB’nin Sosyal Politikası, <http://www.ikv.org.tr/pdfs/96b12507.pdf>, (07.04.2009)

³⁷ AKDUR, a.g.k. s.103

Bilgilendirilmesi Politikası Hakkında Birinci Program” yürürlüğe girmiştir. Bu program, tüketicinin topluluk mevzuatının esasını oluşturacak beş temel hakkının kabul edilmiş olması açısından önem arz etmektedir. Bu haklar, tüketicinin:

- Sağlık ve güvenliğinin korunması,
- Ekonomik çıkarların korunması,
- Tazmin edilmesi,
- Bilgilendirilmesi ve eğitimi,
- Temsil edilmesidir³⁸.

AB’de tüketiciyi koruma politikasının, ilk kez AB temel hukukuna girişi 1986 yılında imzalanan Avrupa Tek Senedi iledir. Daha sonra 1992 tarihli Maastricht Antlaşması’nda 129a maddesi ile de tüketiciyi koruma politikasına yer verilmiştir.

Tüketicinin ve tüketicinin sağlığının korunması, Birliğin, vatandaşlarının yaşam kalitesini artırmak için kullandığı en etkili araçlardan birisidir. AB, tüketici politikasını tüm tüketicilerin sağlığının ve ekonomik çıkarlarının korunması ve güvenliğinin sağlanması esaslarına dayandırmaktadır³⁹.

³⁸YÜCESOY, D. “Avrupa Birliği Rekabet Politikası İçerisinde Tüketicinin Yeri” Bütçe Dünyası Dergisi, cilt:3, Sayı:27, 2007, s.44

³⁹ Tüketici ve Tüketicinin Sağlığının Korunması, <http://www.ikv.org.tr/pdfs/tuketici.pdf> (07.04.2009)

II. BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI

Türkiye’de sağlık alanının önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Özellikle AB ile tam üyelik müzakerelerinin başlaması ile birlikte diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da gerçekleşen değişimler ivme kazanmıştır. Sağlık sektöründe özelinde de hastanelerde gerçekleşen bu değişimin dinamiklerini tam olarak yansıtabilmek için Cumhuriyet’in kuruluşundan günümüze kadar uygulanan sağlık politikalarının incelenmesinde yarar vardır. Bu başlık altında Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları ve gerçekleştirilen sağlık reformları değerlendirilmeye çalışılacaktır.

2. CUMHURİYET’İN İLK YILLARINDA SAĞLIK POLİTİKALARI

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin devlet eliyle yürütülmesinin başlangıcı TBMM’nin kuruluşu ile olmuştur⁴⁰. Meclis açıldıktan sonra 2 Mayıs 1920’de kabul edilen 3 Sayılı Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Sureti- İntihabına Dair Kanun’u ve Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti kanunu ile sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlıkla yürütülmeye başlanmıştır⁴¹. Yasanın kabul edilmesi sonrasında Dr. Adnan ADIVAR Türkiye Büyük Millet Meclis’i tarafından Sağlık Bakanı olarak seçilmiştir. Ancak, Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik SAYDAM’dır. Türk sağlık hizmetlerinin gelişmesinde en büyük etkisi olan Dr. SAYDAM, koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutmuş, hasta tedavi edici hizmetleri hükümet görevi olarak ele almamış, daha ziyade mahalli idarelere yol gösterici olmayı tercih etmiştir⁴². 1920 yılında Bakanlığın kurulmasıyla sağlık alanında örgütlenmeye atılan ilk adımdan günümüze kadar devlet, vatandaş ve sağlık insangücünü kapsayan sağlık üçgenini ilgilendiren önemli yasalar yürürlüğe girmiştir⁴³.

Cumhuriyet kuruluşundan günümüze kadar uygulanan sağlık politikalarını; 1923-1946 yılları arası, 1946-1960 yılları arası, 1960-1980 yılları arası, 1980-2002 yılları arası ve 2002 sonrasında uygulanan politikalar olmak üzere beş dönem de ele almak yararlı olacaktır.

⁴⁰ AKDUR, R. Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık, 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008 Ankara) Kitabı, 2008, sayfa 45-71

⁴¹ METİNTAŞ, M.Y. ve ELÇİOĞLU, Ö. Cumhuriyetin İlk On Beş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938), Osmangazi Tıp Dergisi, Cilt:29, Sayı:3, 2007, s.163

⁴² ÖZTÜRK, M. Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık Hizmetleri, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt:6, Sayı:1, 1999, s. 38

⁴³ YEGİNBOY, Y ve SAYIN, Ş. Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları, 2. İktisat Kongresi, 20-22 Şubat 2008, İzmir, 2008

2.1 1923 -1946 yılları arası Türkiye’de sağlık politikaları

1923 yılına daha çok askeri alanda yürütülen sağlık hizmetleri, Cumhuriyet kurulduktan sonra hızlı bir planlama süreci ile merkez ve taşra örgütü şekillenmeye başlamıştır. 1925 yılında Dr. Refik SAYDAM Sağlık Bakanı olarak atanmış ve sonraki dönemde sağlık hizmetlerinin gelişimine önemli katkıları olmuştur. Saydam tarafından kaleme alınan Cumhuriyetin sağlıkla ilgili ilk çalışmasında; İdari ve hukuki çalışma, Kurumsallaşma ve Personel temini konularında çözümler üretilmesi planlanmıştır⁴⁴. Sağlık problemlerinin çözümüne yönelik Cumhuriyetin ilk yıllarında birçok alanda yasal düzenlemeler gerçekleştirmiştir. Bu yasal düzenlemelerin ana hedefleri;

- Savaş sonrası problemlerin çözülmesi,
- Sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından desteklenmesi,
- Merkezden başlayarak köylere kadar ulaşan örgütlenmenin oluşturulması,
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırmasını sağlamaktır⁴⁵.

Dönemin özelliklerine göre kurulan, Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Okul, Dispanser, Sağlık merkezi ve Sağlık ocağı gibi yapılanmalar değişikliğe uğramadan günümüze kadar gelirken, bu dönemlerde çıkarılan; Tababet-i Adliye Kanunu, Bakterioloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu, Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun, Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun, Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu çeşitli değişikliklere uğramakla beraber mevcut Sağlık Bakanlığı Mevzuatı içinde yer almaktadır⁴⁶.

1923-1946 yılları arasında uygulanan sağlık politikalarının temel ilkeleri şu şekilde sıralanmıştır;

- Sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetimin, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmeti olarak ayrışması,
- Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, yatılı tıp talebe yurtları açılması, mezunlarına mecburi hizmet konulması,

⁴⁴ METİNTAŞ ve ELÇİOĞLU, a.g.m. s.164-165

⁴⁵ Sağlıkta Dönüşüm, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2003, s.8

⁴⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, a.g.k. s.9

- Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılmasıdır⁴⁷.

Bu temel ilkeler doğrultusunda;

- Sağlık hizmetleri, “ geniş bölgede tek amaçlı hizmet”/ “dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüştür,
- Yasal düzenlemelerle, koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş, her ilçede hükümet tabipliği kurulmuştur,
- Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924’te 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, hekimlerin serbest çalışması yasaklanmıştır,
- 1924’te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri, 1936’da Haydarpaşa, 1946’ da Trabzon, ve 1970’de Adana Numune Hastaneleri açılmıştır⁴⁸.

Sağlık Bakanlığı bugünkü merkez ve taşra örgütlenmesi: 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" ve 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu" ve bu kanunlara ek olarak çıkarılan kanunlarla oluşturulmuştur.

1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumunun başlangıcını oluşturan İşçi Sigortalar Kurumu kurularak Sağlık Bakanlığının ülkedeki hizmet ve istihdam alanındaki tekeli kaldırılırken diğer yandan Emekli Sandığını oluşturma çalışmaları yapılarak sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye başlanmıştır⁴⁹.

2.2 1946-1960 Yılları Arası Türkiye’de Sağlık Politikaları

Cumhuriyet döneminin ilk sağlık planı olarak adlandırılan Milli Sağlık Planı 1946 yılında dönemin Sağlık Bakanı tarafından açıklanmış ancak, kanunlaştırılmayan bu planın ülkenin sağlık yapılanmasına önemli etkileri olmuştur⁵⁰.

Milli Sağlık Planı’nda köylerin sağlık teşkilatına kavuşturulması ilkesi çerçevesinde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetleri beraber verilmeye çalışılmış diğer yandan bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlar bağlı ölümlerin çok fazla olması, nüfus artırıcı

⁴⁷ Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ankara, 2008, s.13-14

⁴⁸T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008, a.g.k. s.14

⁴⁹T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, a.g.k. s.9

⁵⁰T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008, a.g.k. s.14

politikaların hassasiyetle uygulanması sonucu sağlık merkezleri, doğun evleri, enfeksiyon hastalıklarına yönelik tesisler açılarak⁵¹ sağlık tesislerini ÷lke geneline yaygınlaştırılması konusunda önemli mesafeler alınmıştır.

Bu yıllarda sağlık sektörünün en önemli yapı taşlarından olan yetişmiş insan kaynağı yaratılmasına yönelik çalışmalar hızlandırılmıştır. İnsan kaynakları alt yapısı oluşturmak maksadıyla İstanbul ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nden sonra Eđe Üniversitesi Tıp Fakóltesi kurulmuş, 1950 yılıyla 1960 yılları karşılaştırıldığında hekim sayısı 3.020 den 8.214'e, hemşire sayısı 721'den 1.658'e, ebe sayısı 1.285'ten 3.219'a yükseltilmiştir⁵². Özellikle 1950 yılından sonra tablo 1' de gör÷ldüğü gibi sağlık kurumları sayısında hızlı bir artış sağlanarak, sağlık hizmetlerinin ÷lke geneline yayılmasına çalışılmıştır.

Tablo 1: Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumları (1923-1960)

Yılları	Kurum Sayısı	Hasta Yatağı Sayısı	Bir Yatağa Düşen Nüfus	1000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısı
1923	86	6437	1920	5,1
1925	167	9561	1360	7,3
1930	182	11398	1260	7,8
1935	176	13038	1240	7,0
1940	198	14383	1240	8,0
1945	197	16133	1160	8,5
1950	301	18837	1100	9,0
1955	426	34526	690	14,4
1960	566	45807	600	16,6

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Yayın No:641, Ankara 2002, s. 27

2.3 1960-1980 Yılları Arası Türkiye' de Sağlık Politikaları

1960 Askeri Darbesi'nden sonra, yönetimi devralan, İhtilal Hükümeti sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verme gereğini duymuş ve 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri asli ve anayasal bir devlet görevi haline getirilmiştir.

⁵¹T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008, a.g.k. s.15

⁵²T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008, a.g.k. s.16

1961 Anayasasının 48. ve 49. maddeleri sosyal güvenlik ve sağlık haklarını şu şekilde düzenlemiřtir⁵³:

“Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak Devletin ödevlerindedir.”(m.48)

“Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık koşullarına uygun konut gereksinimlerini karşılayıcı önlemler alır.”(m.49)

Anayasa'nın bu maddeleri doğrultusunda hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu amaca ulaşmak için, tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öğe olarak görölmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörölmüştür. Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla ve yeniden düzenlenmesi ve örgütlenmesi amacıyla, zamanın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (şimdiki adı ile Sağlık Bakanlığı) müteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 Sayılı Kanun) 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri tarihimizde "Sosyalleştirme Dönemi" olarak adlandırabileceğimiz dönem bařlamıřtır⁵⁴.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki kanunun hazırlanmasında şu politika kararları ilke olarak kabul edilmiřtir⁵⁵:

- Sağlık hizmetinden herkes eşit şekilde yararlanacaktır.
- Hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak ederek yararlanacaklardır.
- Hastalar “ücretini ödeme koşulu ile” tedavi için istedikleri hekimi veya sağlık kurumunu seçmekte özgürdürler.
- Hekimler kamu hizmetinde veya serbest olarak mesleklerini uygulamada özgürdürler. Ancak kamuda hizmet veren bir hekim, özel olarak hekimlik yapamaz.

⁵³Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1961, www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm, (24.04.2009)

⁵⁴ AKDUR, R. Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Bilim "Bilanço 1923-1998" Ulusal Toplantısı, Ayrı Basım, Ankara, 1999, s.53

⁵⁵FİŐEK, N. "Türkiye Cumhuriyetleri Hükümetlerinde Sağlık Politikaları", http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html, (26.03.2009)

- Hekimler ve diğer sağlık personeli kamu kesiminde sözleşmeli olarak çalışacaktır. Sözleşme süresi 3 yıldır. Bu sürede hekim atandığı görevde çalışır; sözleşmeli personelin emeklilik, kıdem ve terfi hakları saklıdır.
- Sözleşme ile çalışan sağlık personeline ödenecek ücret, bu meslek mensuplarından serbest çalışanların kazançları düzeyinde olacaktır.
- Köy ve kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacak ve bu ocaklar hastaneler ile işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürüteceklerdir.
- Kamu sağlık kuruluşları tek elden idare edilecektir.
- Sağlık teşkilatı il içinde bir bütündür. Teşkilatın amiri Sağlık Müdürü'dür. Sağlık Müdürü valiye karşı sorumlu olarak Sağlık Bakanlığı'nın saptadığı yasalara göre hizmet yürütür.
- Bir bölgede sağlık hizmetinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gerekli tesisler, lojmanlar, malzeme, araç ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez.
- Personel ve finansman sıkıntısı nedeni ile yasanın tüm ülkede uygulanması, aşamalı olarak 15 yılda tamamlanacaktır.
- Sağlık teşkilatı ile halk arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi için teşkilatın her kademesinde, halkın da katılacağı kurullar kurulacaktır.

Sağlıkla ilgili düzenlemeler, 1982 Anayasası'nda Danışma Meclisinde yapılan ilk görüşmelerde iki ayrı madde olarak düşünülmüş, ancak Ekonomik ve Sosyal Haklar bölümü içerisinde tek madde olarak yer alması uygun bulunmuştur. Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması başlıklı anayasanın 56. maddesi hükümleri şu şekildedir⁵⁶:

“ Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

⁵⁶ Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982, <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm>, (04.05.2009)

Bu madde ile getirilen en önemli yenilik genel sağlık sigortasıdır. Katılma payı ödenmesi, yoksul ve dar gelirli için devlet yardımı yapılarak genel sağlık sigortasını oluşturulması düşünülmüştür.

Bundan sonraki bölümlerde Türkiye’de sağlık politikalarının gelişimi kalkınma planları doğrultusunda incelenmeye çalışılacaktır.

2.3.1 Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları

1963-1967 dönemini içeren Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (Birinci BYKP), Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından hazırlanmış ve kamuoyunda önemli yankılar uyandıran plan, demokratik bir düzen içinde ve karma ekonominin olanakları ile kalkınmanın sağlanmasını amaçlamıştır⁵⁷.

Bu amaç doğrultusunda hazırlanan Birinci BYKP’ de sağlık politikalarının ana hedefi halkın sağlık seviyesini yükseltmek olarak belirlenmiş ve bu hedefe uygun olarak halk sağlığı (Koruyucu Hekimlik) hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmiştir. Halk sağlığının geliştirilmesine yönelik; çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme şartlarının geliştirilmesi ve nüfus planlaması gibi konularda faaliyetler yürütülmüştür. Tedavi hizmetleri ise koruyucu hekimlik çalışmalarını tamamlayan bir faktör olarak kabul edilmiştir. Hasta bakımı hizmetlerinde az sayıda nüfusun faydalandığı ve pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine, evde ve ayakta tedaviyi sağlayan ve küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık teşkilatının kurulmasına öncelik verilmiştir⁵⁸.

Sosyalleştirme programı çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetleri 1963 yılında, pilot bölge seçilen Muş ilinde başlayan uygulamaların beş yıllık kalkınma planlarıyla 1984 yılına kadar tüm illeri kapsamı hedeflenmiştir. Ancak sosyalleştirme uygulamaları 1967 yılına kadar devam etmiş bu tarihten sonra başarı gösterememiştir⁵⁹. Diğer taraftan, bu dönemde sözü edilen Genel Sağlık Sigortası’nın taslağı hazırlanmış ancak Bakanlar Kurulu’ unca meclise sevk edilememiştir.

Birinci BYKP’ de sağlık hedefleri şu şekilde belirlenmiştir:

Personel yetiştirilmesi, köylere kadar yayılan iyi bir sağlık teşkilatının kurulması, çevre sağlık şartlarının düzeltilmesi, halkın sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıklarla savaş ve

⁵⁷ŞENER, O. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Programı, Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005, s.23

⁵⁸DPT, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967), Ankara, 1963, s.406

⁵⁹SEVİM, İ. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1980 sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006, s.27

bunların yok edilmesi, ana-çocuk sağlığı, ruh sağlığı, sağlık laboratuvarlarının geliştirilmesi, nüfus planlaması, beslenme ve tedavi kurumlarının kurulması ve işletilmesi amaçlanmıştır. Bu hedeflere ulaşmak için yürütülecek olan programlar ise⁶⁰:

- Personel yetiştirme programı:

Bu program okulların öğretmen, bina ve gereç ihtiyaçlarının giderilmesini ve on beş yılda teşkilatın en çok ihtiyaç duyacağı elemanların sağlanmasını hedef tutmaktadır.

- Sağlık hizmetlerinin görülmesi ile ilgili program:

Sağlık hizmetleri teşkilatının birinci basamağı koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini halkın ayağına götüren ve ortalama 7 bin nüfusu içine alan Sağlık Ocakları programıdır, ikinci basamağı, ortalama 50 bin nüfusu kavrayan Sağlık Merkezi Bölgelerinin kurulması meydana getirmektedir. Bu seviyede hastane, çeşitli dispanser ve koruyucu hekimlik üniteleri yer almaktadır. Üçüncü basamak, sadece idari bir görev taşıyan İl Sağlık Müdürlükleridir. Dördüncü basamakta, program, Türkiye'yi 16 bölgeye ayırmakta ve bu bölgelerde büyük bölge hastaneleri, sağlık okulları, bölge laboratuvarları depo ve tamirhanelerin kurulmasını sağlamaktadır. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı da bu programları en iyi şekilde yürütecek ve sağlık hizmetlerinin bir elden idaresini sağlayacak şekilde yeniden teşkilatlandırılacaktır.

- Bulaşıcı hastalıklarla savaş programları:

- 1) Sıtmanın yok edilmesi programı:

Sıtmanın yok edilmesi çalışmaları mevcut plan çerçevesi içinde devam edecektir.

- 2) Verem Savaş Programı:

Bu programın esası vereme hassas kitleyi muntazam olarak aşılacak, erken teşhis ve evde tedaviyi mümkün kılacak bir teşkilatın kurulmasıdır.

- 3) Trahom Savaş Programı:

Trahom Savaş Programı çevre sağlık şartlarını düzeltmek, halka sağlık eğitimi vermek gibi halk sağlığı hizmetlerine ek olarak hastaların tedavisini de hedeflemiştir.

- 4) Cüzzam Savaş Programı:

Program, sağlık ocağı kurulmayan ve cüzzamın andemik olduğu yerlerde hastaları bulmak ve tedavi etmek için özel bir teşkilat kurulmasını hedef tutmaktadır.

5) Frengi, zührevi hastalıkları ve diğer bulaşıcı hastalıklarla savaş sağlık ocakları, sağlık merkezlerindeki dispanserler ve hastaneler tarafından yürütülecektir.

⁶⁰DPT, 1963, a.g.k. s.409

- Ana - Çocuk Sağlığı Programı:

Ana - çocuk sağlığı ve özellikle çocuk sağlığı, genel sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır ve bu sebeple sağlık ocaklarının en önemli hizmetleri ana ve çocuk sağlığını geliştirmek olacaktır. Doğum ve çocuk bakım evleri de bu hizmete katılacaklardır.

- Sağlık Laboratuvarları Programı:

Bu program bugünkü enstitüleri geliştirmeyi ve 15 yılda bütün bölge merkezlerinde bir laboratuvar olacak şekilde yeni enstitüler kurulmasını hedeflenmiştir.

- İşçi Sağlığı Programı:

10 bin den fazla işçi olan şehirlerde işçi sağlığı dispanserleri kurulmasını hedeflenmiştir.

- Yataklı Tedavi Kurumları Programı:

Program mevcut kurumların hizmetlerinin gelişiminin sürmesini ve 1967 yılında yatak sayısının on bin nüfus için 23'e ve 1977 yılında da on bin nüfus için 25'e çıkarılmasını hedeflemektedir.

Bu programlar çerçevesinde yapılan sağlık yatırımları ve bu yatırımların sağlık programları arasında yıllar göre dağılışı tablo: 2'de görülmektedir.

Tablo 2: Sağlık Yatırımları (1963-1967)

Programlar	1963	1964	1965	1966	1967	Toplam
Sağlık ocakları	50.3	50.3	50.3	70.3	70.3	291.5
Halk sağlığı hizmetleri	11.9	12.5	10.6	12.6	9.3	56.9
Yataklı tedavi kurumları	119.3	146.3	191.3	166.3	138.3	761.5
İdari teşkilat ve diğer	19.0	21.0	26.0	71.0	100.0	237.0
TOPLAM	200.5	230.1	278.2	320.2	317.9	1346.9

Kaynak: DPT, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967), Ankara, 1963, s.412

Bu planda döneminde sağlık yatırımlarının ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısının güçlendirilmesi ve ülke genelinde sağlık ocaklarının yaygınlaştırılmasına yönelik yapılması hedeflenmiştir. Tablo 2'de de görüldüğü gibi yıldan yıla yataklı tedavi kurumlarına yönelik sağlık yatırımları azaltılarak, koruyucu tedavi hizmetlerinin yaygınlaştırılması amacı ile gerekli yatırımların yapılması hedeflenmiştir.

Tablo 3: Sağlık Programları Gelişmesi (1962-1977)

PROGRAMLAR	1962	1963	1967	1977
Sağlık Ocağı	-----	300	1500	4500
Sıtma Eradikasyon Şubesi	328	328	328	328
Veremle savaş:				
— BCG Retest Ekibi	3	5	10	10
— BCG Aşı Ekibi	70	80	100	100
— Dispanser	104	104	118	168
Gezici Tedavi Ekibi	-----	15	75	155
Trahom Savaş Tabipliği	35	60	60	60
Cüzzam Savaş Dispanseri	8	10	17	17
Hıfzıssıhha Enstitüsü	3	3	5	16
İşçi Sağlığı Merkezi	-----	-----	31	46
Depo ve tamirhaneler	-----	2	8	16
Yataklı tedavi müesseseleri (Yatak sayısı)	33500	34800	40000	95000
— Sağlık Bakanlığı	3200	3200	5500	----
— İşçi Sigortaları Kurumu	21000	21500	23000	----
— Diğer kamu kuruluşları (*)	4400	5200	9000	18000
— Özel Sektör	62100	64700	77500	113000
Yatak sayısı toplamı				
Sağlık Bakanlığı Teşkilâtı				
— İller Grubu	-----	3	16	16
— İl Sağlık Müdürlüğü	67	67	67	67
— Sağlık Merkezi	-----	50	250	530
Sağlık okulları:				
— Halk Sağlığı Akademisi	1	1	1	1
— Yüksek Hemşire Okulu	4	4	4	10
— Sağlık Kolejleri (**)	15	15	21	31
— Köy Ebe Okulu (***)	14	14	20	20
— Tıp Fakültesi	3	3	8	8
— Diş Hekimi Okulu	1	3	8	8
— Eczacı Okulu	2	2	2	2
— Hastane idarecisi Okulu	-----	1	1	1
— Diyet Okulu	-----	1	1	1
— Ev Ekonomisi Okulu	1	2	6	16

(*) Askeri hastaneler dahil.

(**) 11 okul içinde 15 bağımsız bölüm vardır.

(***) 8 okulun son sınıfları ayrı şehirlerdedir.

Kaynak: DPT, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967), Ankara, 1963, s.411

2.3.2 İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık politikaları

1968-1972 yıllarını kapsayan sağlık hedefleri yönünden birinci BYKP ile kalkınma benzerlik gösteren ikinci BYKP' de bir önceki plan döneminde gerçekleştirilememiş olan sağlık hedefleri de yer almıştır. Planda sağlık alanındaki temel hedef ve ilkeler şu şekilde belirtilmiştir⁶¹.

- Toplumun ruh ve beden sağlığı içinde yaşaması kalkınmanın amacıdır, öte yandan sağlık hizmeti yukarı seviyede bir iktisadi ve sosyal gelişmeye ulaşabilmek için de bir araçtır. İkinci Beş Yıllık Plan Döneminde halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacıyla sağlık standartları belirli bir seviyeye ulaştırılacak, sağlık personelinin ve hizmetlerinin yurt üzerinde halkın bu hizmetlerden eşit şekilde yararlanmasını gerçekleştirecek dengeli dağılımı sağlanacaktır.
- Toplumun ruh ve beden sağlığının korunması, halkın sağlık hizmetlerinden yararlanma seviyesinin yükseltilmesi ve hasta olanlara eşit tıbbi bakım olanakların sağlanması geniş halk kitlelerine yönelmiş ve özellikle koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık veren sosyalleştirme programlarıyla gerçekleştirilecektir. Sağlık hizmetlerinde sınırlı sayıda nüfusun yararlanabileceği tedavi edici hekimlik hizmetleri, koruyucu hekimlik hizmetlerini tamamlayıcı bir unsur olarak ele alınacak, evde ve ayakta tedavi usulü geliştirilecektir.
- Çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme şartlarının geliştirilmesi, ana – çocuk sağlığı, okul sağlığı, işçi sağlığı gibi konularda koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilecektir.
- Sağlık hizmetlerinin birbiri ile tutarlı bir bütün olarak ve verimli şekilde uygulanabilmesini sağlamak, sağlık personelinin bölgeler arasında ve mesleğin çeşitli dallarında dengesiz dağılımının sağlık hizmetlerinin istenen ölçüde görülmesine yaptığı olumsuz etkiyi gidermek amacıyla sağlık hizmetleri tek elden yürütülecektir, özel teşebbüsün sağlık tesisleri yapması teşvik edilecektir.
- Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde verimliliği artırmak için doktor, yardımcı sağlık personeli oranındaki dengesizlikler giderilecek, sağlık tesislerinin belirli standartlar geliştirilerek asgari maliyette yapılması sağlanacaktır.

Bu dönemde uygulanacak politikalar şu şekilde belirtilmiştir⁶²:

⁶¹DPT, İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972), Ankara, 1968, s.215

⁶²DTP,1968, a.g.k. s.223-224

- Tek bir sağlık sigortası uygulamasına geçişı kolaylaştırmak amacıyla ve bu uygulamaya geçiinceye kadar kamu sektörüne alt sağlık tesislerinde (Milli Savunma Bakanlığı özel tesisleri hariç) iyi bir koordinasyon sağlanacaktır. Tedavi Kurumları Koordinasyon Kurulu kurulacaktır. Bu tesislerin kuruluş yerleri, yeni kapasite ilaveleri, yapı, malzeme ve bakım standartları, personel kadro ve ücretleri, tesislerin ahenkli bir tarzda kullanılması için takip edilecek genel politika Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca tespit edilecektir. Bu politikanın uygulanmasında bu tesislerden halen istifade edenlerin ihtiyaçları öncelikle dikkate alınacaktır. Buna bağlı olarak kamu sektörü sağlık tesisleri kapasitesinden tam bir şekilde yararlanılması sağlanacaktır.
- Sosyalleştirme faaliyetlerinin yürütülmesi için bu bölgelere götürülmesi zorunlu olan alt yapı hizmetleri belirli programlar içinde sağlık yatırımlarından önce tamamlanacak ve alt yapı yatırımlarının önceliği buna göre verilecektir, ilgili yatırım programlarında bu amaçla ayrılan yatırım belirtilecektir, ilgili kuruluşlar arasında devamlı bir işbirliği sağlanacaktır.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde hizmetin yeterli şekilde yürütülmesini ve denetimini sağlamak için çeşitli çevre sağlığı, konularında, laboratuvar hizmetlerinde, halk sağlığı eğitiminde, ruh sağlığı hizmetlerinde, gıda kontrolü hizmetlerinde sorumlu organlar kurulacaktır. Sağlık hizmetlerinin ve taleplerinin ekonomik ve sosyal alanda, değerlendirilmesi ve denetimi çalışmalarına önem verilecektir.
- Laboratuvarların çalışmaları belirli standartlara bağlanacak, bölge laboratuvarları, köylerdeki hastalıkları meydana çıkarmak için gezici laboratuvar birimleriyle donatılacaktır. Mevcut ilaç kontrol laboratuvarlarının kapasitesinden yararlanacak bir Devlet İlaç Kontrol Enstitüsü kurulacaktır.
- Yardımcı sağlık personeline ve halka verilecek sağlık eğitiminin uygulama esaslarını tespit edecek, ilgili araştırmaları yapacak ve hizmet içi eğitim sağlayacak bir "Halk Sağlığı Eğitimi Enstitüsü" kurulacaktır.
- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde doğu illerinden başlayan uygulama devam edecek, sağlık hizmetleri seviyesi düşük olan iller öncelikle ele alınacak ve bu programda çalışan hekimlere bir rotasyon olanağı sağlamak için yapılan ocakların her yıl % 15' i batı bölgelerine yapılarak program bu yörelere de uzatılacaktır.

- Çeşitli sağlık programlarının ayakta ve evde tedavi hizmetleri şeklinde uygulandığı birimler olan sağlık ocakları ile yataklı tedavi kurumları ve dispanserler arasında işbirliği yapılması sağlanacaktır.
- Tedavi hizmetlerinin genişlemesinde özel teşebbüsün gelişmesi desteklenecektir. Ancak personel ve hizmet standartları bakımından genel sağlık programlarını aksatmayacak bir düzen kurulacaktır.
- Az döviz sarfı ile ihtiyacı karşılayacak ilaç temini için yurdumuzdaki yerli sermaye ile kurulan fabrika ve laboratuvarlar desteklenecek, yabancı sermaye ile yerli sermaye arasındaki eşitsizlikler giderilecektir.
- İlaçların içindeki hammadde miktarlarında farklar yaparak rekabete girilmesi ve sağlıkla ilgili konuda kitleye ticari tanıtımlar yapılması önlenecektir. Harç fiyatları maliyet esasına göre tespit edilecektir.
- Bulaşıcı hastalıkların yayılmasında önemli rol oynayan çevre sağlığı şartlarının, iyileştirilmesi, hastalıkların kontrolü için aşı kampanyalarının yürütülmesi ve aşı üretimi ile ilgili kuruluşlar arasında işbirliği sağlanacaktır.
- Besin maddelerinin kontrolü ile ilgili mevzuat günün şartlarına uygun olarak değiştirilecektir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, bu konuda yetersiz kalan çalışmaları destekleyecek ve ilgili kuruluşlar arasında bu amaçla işbirliği sağlayacaktır.
- İşçi sağlığında koruyucu hizmetlere, eğitime ve tanıtıma öncelik verilecek; işyerlerinin sağlık şartları ile ilgili sorunlarda Çalışma ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı işbirliği yapacaklardır.
- Ruh sağlığı kuruluşlarının sayıca ve nitelikçe yeterli duruma getirilmesi amacıyla, bu yöndeki çalışmalar artırılacaktır.

Birinci BYKP' de öngörüldüğü gibi on beş yıllık stratejik hedef doğrultusunda hazırlanan birinci ve ikinci kalkınma planları sonucunda sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında ve halk sağlığının korunmasına yönelik önemli adımlar atılmış ancak istenilen hedeflere beklendiği ölçüde ulaşamamıştır.

2.3.3 Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları

1973-1977 yıllarını kapsayan Üçüncü BYKP 1973-1995 yıllarını kapsayan 22 yıllık bir planın ilk ayağını oluşturmaktadır⁶³.

⁶³ DPT, Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977), Ankara, 1973, s.824

Planda sağlık alanında uygulanacak politikaların temel ilkeleri ve alınacak tedbirler Şu Şekilde belirlenmiŐtir⁶⁴:

- Sağlık hizmetleri tek elden yönetilmesi temel ilkedir. Yataklı tedavi kurumlarında tek elden yönetime ulaşmak için yataklı tedavi tesisleri üçüncü planın ilk iki yılı içinde tek bir kurum haline getirilecek Milli Savunma Bakanlığı (MSB) ve Üniversiteler dışındaki bütün diğer kamu kuruluşlarına bağlı hastaneler Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na devredilecektir.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi temel ilkesine uygun olarak merkezde koordinasyon ve işbirliğini kolayca sağlayacak, taşra örgütünde bölgesel kuruluşları geliştirilecek, yönetimde taşraya daha çok yetkiler verecek ve taşra örgütü ile bağlantılarını güçlendirecek bir biçimde yeniden düzenlenecektir.
- Ana, çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin merkezi düzeyde ve taşrada sosyalleştirme programıyla bütünleşmiş tek bir örgüt tarafından yürütülmesi sağlanacak, sağlık hizmetlerinin sosyalleŐtirildiđi illerde aile sağlığı ve planlaması hizmetleri sağlık ocak ve evlerinde yürütülecek, doğum oranlarının Türkiye ortalamasını aŐtıđı yerlerde özel programlar uygulanacaktır. Üçüncü plan döneminde sağlık hizmetlerinin sosyalleŐtirilmediđi illerde aile sağlığı ve planlaması hizmetlerinin geliştirilmesine önem verilecektir.
- Kademeli bir Şekilde uygulanmak üzere bir genel sağlık sigortası için gerekli mevzuat hazırlanacaktır.
- Tüm yüksek öğretim yapanlara uygulanacak "yurt kalkınması hizmeti" hekimlerin yurt düzeyinde dengeli dağılımı amacına dönük olarak bir sisteme bağlanacak ve üçüncü BYKP' nin ilk yılı sonunda uygulamaya konulacaktır.

Üçüncü kalkınma planında, yatak sayılarının her ilde on bin kişiye 26 oranına çıkarılmasını hedef almıştır. 1977 sonunda toplam yatak sayısı 105.053'tür. Buna göre on bin kişiye 25 yatak düşmektedir. Programa alınan yatakların hizmete girmesiyle bu oran, 1978 yılında 25,4, 1979 yılında 27,6, 1980 yılında 28,3 ve 1981 yılında on bin kişiye 28,1 yatağa kadar yükseleceği hedeflemiŐtir⁶⁵. Ancak, plan hedefinin bu Şekilde gerçekleŐmesi sağlık hizmetlerinde olumlu bir gelişme gibi görölse de, yatakların iller arasındaki dengesiz

⁶⁴ DPT, a.g.k, s.824

⁶⁵ DPT, Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983), Ankara, 1979, s.461

dağılımı devam etmektedir. Bu gelişmeler, tablo 4'te görüldüğü gibi sağlık yatırımlarının dağılımı tedavi hizmetlerine yönelik olarak artış göstermektedir.

Tablo 4: Yatakların Kurumlara Göre Dağılımı (1977)

Kuruluşlar	Yatak sayısı	Yüzde
SSYB	55.635	52,9
Üniversiteler	6.929	6,6
Belediyeler	2.329	2,2
Diğer Bakanlıklar	742	0,7
KİT	2.513	2,4
SSK	16.692	15,9
MSB	15.100	14,4
Özel Sektör	5.113	4,9
Toplam	105.053	100,0

Kaynak: DPT, Dördüncü Kalkınma Planı (1979-1983), Ankara, 1979, s.461

Bu dönemde yatak sayılarındaki önemli gelişmelere karşılık, tedavi edici sağlık hizmetleri yine çok sayıda kurum tarafından, eskisi gibi dağınık bir şekilde yürütülmekte ve bu kuruluşlara bağlı tedavi kurumlarında birbirinden farklı yapı, personel, malzeme standartları ve ücret politikaları uygulanmıştır. Üçüncü BYKP genel olarak, (MSB ve Üniversiteler dışındaki) yataklı tedavi kurumlarının tek elde toplanmasını ve tek bir sistem içinde yürütülmesini öngörmüş, ancak uygulama bu yönde olmamıştır⁶⁶. Bunun sonucu olarak yatak kapasitesi tam olarak yararlanılamamış ve kamu kuruluşlarındaki ortalama yatak kullanımı düşük düzeyde kalmıştır.

2.3.4 Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları

1979-1983 Yıllarını kapsayan Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (Dördüncü BYKP)'nda, bu dönemde uygulanacak sağlık politikalarına yönelik ilkeler ve hedefler şu şekilde belirtilmiştir⁶⁷;

- Sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir biçimde her kişiye ve yere ulaştırmak, böylece toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek temel ilkedir. Bu nedenle, sağlık alanındaki uygulamaların ayrı sistemler olduğu yargısından vazgeçilerek tek yönetim uygulamasına geçilmesi sağlanacaktır.
- Sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için gerekli finansmanı sağlamak amacıyla gerekli yasal düzenleme yapılacak, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi

⁶⁶ DPT, 1979, a.g.k, s.461

⁶⁷ DPT, 1979, a.g.k, s.468-469

ve sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kişilerin sağlık gereksinimleri Devlet tarafından karşılanacaktır.

- evre sağlığı hizmetlerinde etkinliği sağlamak amacıyla merkezi yonetimin kendi içinde ve yerel yonetimle uyumlu çalışabilmesi için orgütsel düzenlemelere gidilecek, yeterli sayıda yönetici, uzman ve teknisyenin yetiştirilmesine ve halkın bu konudaki eğitimine ağırlık verilecektir.
- Devlet ilaç Kontrol Enstitüsü, yerli olarak üretilen ve ithal edilen ilaçların ve aktif maddelerin kontrollerini yapacak biçimde çalışacaktır.
- Sağlık politikası ilkelerine uygun olarak sağlık personeli yetiştiren kurumlarda, öncelikle, toplum sağlığı konularına ağırlık verilecektir.
- Ana sağlığına zarar verecek uygulamaların sona erdirilmesi amacıyla, aile planlaması programları, ana ve ocuk sağlığı hizmetleriyle birlikte, sosyalleştirme programı bütünlüğü içinde ele alınacaktır.

Bu plan döneminde yataklı tedavi kurumlarında yatak kullanma oranlarının yükseltilerek daha az yatırımla, daha çok yatak sunulması ve hizmetin yeterince götürülemediği illere öncelik verilmesi hedeflenmiştir. Yatırımların öncelik sırası illerde genel hastane ve doğum evleri için on bin kişiye en az 18,5 yatak ölçütüne göre saptanan gelişmişlik düzeyi dikkate alınarak belirlenecektir.⁶⁸ Üçüncü plan döneminde ön görülen on bin kişiye 26 yatak oranı hedefinin gerçekleştirilememiş olması, bu plan döneminde bu oranın aşağı çekilmesinde etkili olmuştur.

Dördüncü BYKP beş yıllık bir dönemi kapsayacak şekilde hazırlanmış olsa da 1980 yılında yaşanılan askeri darbe, bu programın uygulanabilirliğini ortadan kaldırmıştır.

2.3.5 Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları

1985-1989 yılları arasını kapsayan, bütün vatandaşların sağlık hizmetlerinden eşit şekilde faydalanmasının sağlanması esas alınarak 1984 yılında hazırlanan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (Beşinci BYKP)' nda uygulanacak sağlık politikalarının temel ilkeleri ve hedefleri şu şekilde belirtilmiřtir⁶⁹;

- Genel sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak,
- Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin bütün yurt sathında yeterli ve etkili şekilde yaygınlaştırmak,

⁶⁸ DPT, 1979, a.g.k. s.465

⁶⁹ DPT, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara, DPT Yayınları, 1985, s.151

- Ailelere, kendi sosyo - ekonomik düzeylerine göre istedikleri sayıda çocuğa sahip olmalarını sağlayacak uygun ve etkili aile planlaması hizmetlerini sunmak,
- Sağlık hizmetlerinin her kademesi için yeterli sayı ve nitelikte insangücü yetiştirmek ve istihdam etmek,
- Yeterli miktarda ve nitelikte ilacın üretiminin ve israf edilmeyecek şekilde tüketiminin sağlanmak, hayati ilaçların her an bulundurmak,
- Yataklı tedavi kurumlarında mevcut kapasitenin daha rasyonel, etkili ve verimli kullanımı sağlanacaktır. Buna göre, on bin kişiye 26 yatak kapasitesi sağlanması plan hedefi olmakla birlikte, mevcut boş yatak kapasitesi kullanılmayan illerde yeni yatak ilavesine gidilmeyecek,
- Hastane işletmeciliği açısından rasyonel ve verimli olmayan çok büyük yatak kapasiteli eğitim ve uygulama hastanelerinin inşa edilmesi önlenerek, hastane işletmeciliği, poliklinik hizmetlerin düzenlenmesi belli ölçütlere bağlanacak, poliklinik ve idari hizmet birimlerinin hasta servislerinden ayrılmalarını sağlamak,
- Sağlık sigortasına geçişi bu dönem içinde ele almak,
- Büyük şehirlere hasta akımının önlenmesi için sağlık sevk zinciri, sağlık ocaklarından başlayarak uygulamaya sokmak,
- Sağlık kuruluşları, hizmet verimliliğinin artırılması için, işletmecilik yönünden ele alınarak; Devlet, üniversite ve diğer hastaneler arasında işbirliği olanaklarını geliştirilmek ve kuruluşların karşılıklı dayanışma anlayışı içinde çalışmalarının sağlanması için gerekli politikaları uygulamak,
- Bir yandan özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilerek, diğer yandan serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak kamunun hizmet satın alımı yoluyla sağlık hizmetlerini geliştirmek.

1978 yılında sosyalleştirme kapsamında bulunan 40 ilde 1.556 Sağlık Ocağı, 6.241 Sağlık evi faaliyette bulunurken, 1983 yılında 49 ilde 2.031 Sağlık Ocağı ile 7.402 Sağlık evinde hizmet verilmiştir. 1984 yılı mart ayı itibariyle sosyalleştirme kapsamında olan 67 ilde 2.754 Sağlık Ocağı, 7.452 sağlık evi faaliyetini sürdürmüştür. Sosyalleştirme gereğince 1989 yılına kadar 720 Sağlık Ocağı ile 4 215 Sağlık evinin yapımı planlanmıştır⁷⁰.

İkinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci beş yıllık kalkınma planlarında sağlık politikasının amacına ulaşabilmesi için birinci BYKP' den beşinci BYKP' ye kadar

⁷⁰DPT, 1985, a.g.k. s.150

değişmeden öngörülen yaklaşım sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun uygulanmasıdır⁷¹.

Bu planda önceki planlardan farklı olarak, özel sağlık müesseseleri ve hastanelerin teşvik edilmesi kararlaştırılmıştır. Böylelikle, sağlık hizmetlerinde kamu sektörünün ağırlığı özel sektöre kaydırılması hedeflenmektedir.

2.3.6 Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları

1990-1994 yıllarını kapsayan Altıncı BYKP' de plan dönemi sonunda; doğuştan hayatta kalma ümidinin 68 yıla yükseltilmesi, bebek ölüm oranının binde 50'nin altına düşürülmesi, sağlık hizmeti talebi için başvuruların çoğunluğunun birinci basamak sağlık birimlerince karşılanması temel hedef olarak belirlenmiştir. Bu plan döneminde uygulanacak sağlık politikalarına yönelik ilkeler ve politikalar şu şekilde sıralanmıştır⁷²:

- Sağlıklı bir toplum için vatandaşların sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ulaştırmak,
- Temel sağlık hizmetlerini güçlendirerek koruyucu sağlık hizmetlerine yaygınlık, süreklilik ve etkinlik kazandırmak,
- Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri etkinleştirmek ve yaygınlaştırmak,
- Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için toplumun sağlık bilincini geliştirmeye yönelik eğitim faaliyetlerine ağırlık vermek,
- Birinci basamak sağlık hizmet birimleri güçlendirilerek, etkili bir hasta sevk sistemi kurularak hastanelerdeki yığılmaları önlemek,
- Sağlık alanında sağlık etkin bir insangücü planlaması yapmak,
- Sağlık alanında bilimsel araştırma faaliyetleri ile gelişen yeni tıp dalları ve modern tıp teknolojisinin izlenmesi için gerekli desteği sağlamak,
- Bakım ve onarım hizmetlerinin geliştirilmesi için sağlık kuruluşlarındaki biyomedikal mühendislik hizmetleri etkinleştirmek temel politikalarıdır.

Bu plan döneminde, 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun'da değişiklik yapılarak pratisyen hekimler için zorunlu hizmet uygulaması 1995 yılında kaldırılmıştır. 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamalarının Düzenlenmesine ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik

⁷¹ FİŞEK, N. "Türkiye' de sağlık politikası", http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/14.html, (30.03.2009)

⁷² DPT, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994, Ankara, 1989, s.290

Yapılmasına Dair Kanun'la yataklı tedavi kurumlarının işletilmesi haklarının özelleştirilmesi olanağı getirilmiştir⁷³. Ancak uygulamada yataklı tedavi kurumlarının özelleştirilmesine yönelik adımlar atılamamıştır.

Altıncı BYKP döneminde yaşanan en olumlu gelişme ise, toplumun genel sağlık düzeyinde iyileşme sağlanarak, 1989'da doğuştan hayatta kalma ümidi 66 yıldan 1994'de 67,7 yıla yükselmiş ve 0-1 yaş arası bebek ölüm hızı aynı dönemde binde 62,2'den binde 46,8'e düşmesidir. Bunun yanında daha az kaynak kullanarak sağlıklı bir topluma ulaşmayı sağlayan, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, aşılama, çevre sağlığı gibi koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak hizmetlerini kapsayan temel sağlık hizmetlerine yeterli öncelik verilememiş⁷⁴, daha çok kaynak tüketen yataklı tedavi hizmetlerine ağırlık verilmiştir.

Tablo 5: Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum ve Hedefler

	1989 Yılı Gerçekleşme Tahmini	1994 Yılı Hedef
Bağışıklama (Yüzde)	75.0	90.0
Yatak Sayısı	134.000	153.000
Yatak Başına Düşen Nüfus	409	401
Yatak Kullanım Oranı (Yüzde)	57.0	65.0
Sağlık Ocağı (2827'si kendi binasında)	3.250	4.000
Sağlık Evi (2717'si kendi binasında)	10.450	10.450
Hekim Sayısı	45.200	60.604
Bir Hekime Düşen Nüfus	1.213	1.011
Pratisyen Hekim Oranı (Yüzde)	45.0	50.0
Diş hekimi Sayısı	9.750	11.800
Bir Diş hekimine Düşen Nüfus	5.626	4.845
Eczacı Sayısı	14.631	16.000
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	3.750	3.655
Sağlık Memuru ve Teknisyeni Sayısı	18.589	21.200
Bir Sağlık Memuru ve Tek. Düşen Nüfus	2.951	2.838
Hemşire ve Ebe Sayısı	63.840	83.276
Bir Hemşire ve Ebe Başına Düşen Nüfus	859	736

1989 yıl ortası tahmini nüfus 54.859.000

1994 yıl ortası tahmini nüfus 61.394.000

Kaynak: DPT, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994), Ankara, DPT Yayını, Yayın No: 2174, 1989, s.290

Sağlık insangücü sayısındaki önemli gelişmelere rağmen, istihdam ve yurt düzeyinde dağılımı ile ilgili sorunlar bu dönemde de devam etmiştir. Bazı tıp dallarındaki

⁷³ DPT, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), Ankara, 1996, s.44

⁷⁴ DPT, 1996, a.g.k. s.42

uzman hekim açığı kapatılamamıştır. Hekimlerin yüzde 48,5'i üç büyük ilde bulunmaktadır. 1994 yılında hekim başına düşen nüfus 954 kişiye inmiştir. 1995 yılı Mart ayı itibariyle Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü hizmet birimlerinde 3.055 pratisyen hekim, 2.636 uzman hekim ve 136 diş hekimi kadrosu boş bulunmaktadır⁷⁵.

Hasta yatağı toplam sayısı 1994 yılı itibariyle 150.565'e yükselmiş olmakla birlikte, yurt düzeyindeki dağılımındaki dengesizlik devam etmiştir. Toplam yatakların yüzde 37'si ülke nüfusunun yüzde 24,4'ünün bulunduğu üç büyük ilde toplanmıştır. Hasta yatağı başına düşen nüfus 1994 yılında 406 olmuştur. Mevcut yatakların kullanım oranı yüzde 58 ile düşük bir seviyede iken, bu oran 50 yatağın altındaki ilçe hastanelerinde yanlış yer seçimi, insangücü ve makine-teçhizat eksiklikleri, toplumun hizmet kullanım alışkanlıkları gibi nedenlerle yüzde 35'in de altına inmiştir⁷⁶.

Temel sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlerin ulaşılabilirliğini artırarak halkın sağlık düzeyini yükseltmek, sağlık hizmet sunumunda etkililik ve verimliliği artırmak ve Sağlık Bakanlığı'nın yönetim kapasitesini güçlendirmek amacıyla 1990 yılında sekiz ilde Birinci Sağlık Projesi, 1994 yılında da Kalkınmada Öncelikli 23 ilde İkinci Sağlık Projesi uygulamaya konulmuştur⁷⁷.

Altıncı plan döneminde kuruluşlara göre hastane ve yatak sayıları tablo 12'de gösterilmektedir.

Tablo 6: Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayıları

Kuruluşlar	1989		1994	
	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı	549	68.258	666	77.753
Milli Savunma Bakanlığı	42	15.900	42	15.900
SSK Genel Müdürlüğü	91	20.129	115	25.196
KİT	15	2.146	11	2.099
Diğer Bakanlıklar	3	780	2	680
Tıp Fakülteleri	24	17.749	29	19.852
Belediyeler	5	1.160	5	1.160
Yabancılar	8	670	6	560
Azınlıklar	5	934	5	934
Dernekler	10	621	10	741
Özel	102	3.614	133	5.690
TOPLAM	854	131.961	1.024	150.565

Kaynak: DPT, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), Ankara, 1995, s.44

⁷⁵ DPT, 1996, a.g.k. s.43

⁷⁶ DPT, 1996, a.g.k. s.43

⁷⁷ DPT, 1996, a.g.k. s.44

Beşinci BYKP’ de sağlık hizmetleri sunumunda kamu sektörünün ağırlığı azaltılarak özel sektörün teşvik edilmesi hedeflenmiş ancak tablo 6’da görüldüğü gibi altıncı plan sonunda özel sektör yatırımlarında gözle görülür bir artış yaşanmış olsa da kamu sektörünün ağırlığının devam ettiği gözlenmektedir.

Sağlık personelinin 1989-1994 yılları arasındaki gelişimi tablo 7’de gösterilmektedir.

Tablo 7: Sağlık Personelinin Sayısal Gelişimi

Sağlık Personeli	1989	1994
Hekim Sayısı	46.708	64.000
Bir Hekime Düşen Nüfus	1.190	954
Diş hekimisi Sayısı	10.132	13.200
Bir Diş hekimine Düşen Nüfus	5.484	4.630
Eczacı Sayısı	15.201	17.500
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	3.655	3.492
Hemşire Sayısı	43.374	61.500
Bir Hemşireye Düşen Nüfus	1.281	994
Ebe Sayısı	27.805	39.700
Bir Ebeye Düşen Nüfus	1.988	1.540
Sağlık Mem.ve Sağlık Tek. Sayısı	18.869	38.200
Bir Sağlık Memuru ve Sağlık Teknisyenine Düşen Nüfus	2.945	1.600

Kaynak: DPT, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), Ankara, 1995, s.45

Tablo 7’de görüldüğü gibi 1989 ile 1994yılları arasında yetişmiş insangücü sayısında önemli artışlar sağlanmış ancak insangücünün bölgeler arası dengesiz dağılımı, sağlık hizmetlerinin herkese eşit bir şekilde sunulmasını engelleyen en önemli sorunlardan biridir.

2.3.7 Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları

1996-2000 yıllarını kapsayan yedinci BYKP’ de amaçlar, ilkeler ve uygulanacak politikalar şu şekilde belirtilmiştir⁷⁸:

- Sağlıkta kaynakların verimli kullanılması, hizmet sunumunda yaygınlık, süreklilik ve kalite artırılması amacıyla sistemi; finansman, yönetim ve organizasyon, insangücü, hizmet sunumu ve mevzuat yönünden yeniden yapılandırmak,
- Sağlık hizmetleri sunan kamu kuruluşları arasında işbirliği ve koordinasyon sağlanarak sağlık hizmetlerini tüm bireylere kaliteli bir şekilde ulaştırmak,

⁷⁸ DPT, 1996, a.g.k. s.45-46-47-48

- Benzer hizmetlerin aynı nüfus grubuna farklı hizmet birimleri ile sunulmasını önleyici sade bir örgütlenmeye gidilecek, aynı hizmeti veren değişik temel sağlık hizmet birimleri tek tip bir kurumsal yapıya dönüştürülecektir,
- Kırsal kesimdeki sağlık evi, sağlık ocağı modeli sürdürülerek, kentlerde küçük nüfus esasına dayalı aile hekimliği sistemi oluşturmak,
- Nüfus yoğunluğunun fazla olduğu kentsel bölgelerde ise semt polikliniği uygulamasını yaygınlaştırmak,
- Sağlık grup başkanlıkları kaldırılarak, ilçe sağlık müdürlükleri kurulacak, illerde ve büyük ilçelerde nüfus büyüklüğüne göre eğitim sağlık ocakları oluşturmak, mevcut ana-çocuk sağlığı merkezleri bu amaçla kullanmak,
- Sağlık Bakanlığı halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturularak, doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolünü azaltmak,
- Sağlık hizmetlerinde merkezi yönetimin görev, yetki ve sorumlulukları azaltılarak, hizmetin sunumunda il sağlık idarelerinin ve yerel yönetimlerin rolünü artırmak.
- Birinci basamakta hizmet sunan birimlerin insangücü ve altyapı olanakları iyileştirilerek temel sağlık hizmetleri güçlendirmek,
- Daha kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunulabilmesi için hastaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturularak, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetim yapılarını güçlendirmek,
- Sağlıkta insan gücünün bölgeler arası dengeli dağılımını sağlamak amacıyla etkili bir insangücü planlaması yapmak,
- Sağlık hizmetleri açısından sosyal güvencesi olmayan bireyler sigortalanarak, uzun vadede sigorta kuruluşları arasında norm ve standart birliği sağlanarak genel sağlık sigortası sistemine geçmek uygulanacak temel politikalaradır.

Yedinci plan döneminde de açıklanan hedeflerin önemli bir kısmına ulaşamamıştır. 1995 yılında binde 43,1 olan bebek ölüm hızı 2000 yılında binde 35,3'e düşmüş, aynı dönemde doğuştan hayatta kalma ümidi 68 yıldan 69,1 yıla yükselmiştir. Ayrıca sağlık insan gücünün ve altyapısının yurt düzeyine dengesiz dağılımı, sağlık hizmeti sunan kuruluşlar arasındaki koordinasyon ve işbirliği eksikliği devam etmiştir. Hizmet kademeleri arasında etkin bir hasta sevk sistemi kurulamamış, sigorta kapsamındaki kişilere hekim ve hastane seçme hakkı sağlanamamış, koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilememiş ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleriyle

birlikte yaygın, sürekli ve etkili sunulması sağlanamamıştır⁷⁹. 1999 yılı sonu itibariyle sağlık sigortası kapsamındaki nüfusun oranı yüzde 86,4'e ulaşmış, Yeşil Kart uygulamasıyla 8,7 milyon kişi, yataklı tedavi hizmetinden yararlanma güvencesine kavuşturulmuştur⁸⁰. Yedinci BYKP' de ilk kez aile hekimliği sistemine geçilmesi öngörülmüş ancak bu dönemde hayata geçirilememiştir.

Bu plan dönemi sonunda gerçekleşen kuruluşlara göre hastane ve yatak sayıları tablo 8'de gösterilmektedir.

Tablo 8: Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayıları (2000)

Kuruluşlar	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı	742	84.200
Milli Savunma Bakanlığı	42	15.900
SSK Genel Müdürlüğü	116	27.300
KİT'ler	10	2.217
Diğer Bakanlıklar	2	680
Tıp Fakülteleri	43	24.200
Belediyeler	8	1.313
Yabancılar	4	320
Azınlıklar	5	934
Dernekler	18	1.436
Özel	230	11.500
TOPLAM	1.220	170.000

Kaynak: DPT, Uzun vadeli strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Ankara, 2000, s.86

Diğer BYKP dönemlerinde olduğu gibi bu dönemde de kamu sektörünün sağlık hizmetlerinin sunumunda ağırlığı devam etmektedir. Her plan döneminde ana hedef olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi benimsenmiş olmasına rağmen yıldan yıla sağlık yatırımları tedavi edici sağlık hizmetlerine doğru kaymıştır. Sağlıklı bir toplum yaratılmasında koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli araç olduğu ve tedavi hizmetlerinin daha maliyetli olduğu düşünüldüğünde sağlık yatırımlarının yataklı tedavi kurumların yaygınlaştırılmasına yönelik kullanılmasında hükümetleri politik tercihlerinin etkili olduğu söylenebilir.

⁷⁹ DPT, Uzun vadeli strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Ankara, 2000, s.85

⁸⁰ DPT, 2000, a.g.k, s.85

2.3.8 Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları

2001-2005 yıllarını kapsayan ve uzun vadeli strateji ve sekizinci BYKP adı ile 2000 yılında açıklanan bu planda sağlık alanında ilkeler ve politikalar şu şekilde belirtilmiştir⁸¹:

- Toplumsal gelişmenin temel bir unsuru olarak bireylerin yaşam kalitesinin ve süresinin yükseltilmesi,
- Sağlık hizmetleri; eşitlik ve hakkaniyet içinde, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, ulaşılabilir, verimli bir şekilde, sunulması,
- Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve kaynak tahsisinde maliyet-etkili hizmetlere öncelik verilecek,
- Koruyucu sağlık hizmetleri sunumu, birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle uyumlu hale getirerek etkinleştirmek,
- Sağlık hizmeti basamakları arasında etkin işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirmek,
- Şehirlerde birinci basamak sağlık hizmet kapasitesi geliştirilerek, semt polikliniği uygulamasını yeniden yapılandırmak, piyasa şartlarında hizmet üreten özel sağlık kuruluşlarının olanaklarından yararlanılarak aile hekimliği uygulamasına geçmek,
- Ayakta teşhis ve tedavi merkezleri ve yataklı tedavi kurumları ile irtibatlı evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modeli geliştirmek,
- Özel sektörün sağlık yatırımları ve gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmetlerini teşvik etmek,
- Avrupa Birliği insangücü normları, sağlık sisteminin yapılanması ve eğitim kurumlarının altyapı olanakları dikkate alınarak tıp fakültelerinin öğrenci kontenjanlarının yeniden belirlenmesi,
- Hastaneler idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturularak, çağdaş yönetim ve işletmecilik anlayışıyla yönetilerek, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayan işletmeler haline dönüştürmek, bu plan döneminde belirlenen ilke ve politikalarıdır.

Sekizinci BYKP' de sağlık alanında belirtilen amaçları ve politikaları gerçekleştirilmesi için aşağıdaki hukuki ve kurumsal düzenlemelerin yapılması gerekli görülmüştür⁸²:

- Sağlık Bakanlığının görev ve teşkilat yapısı yeniden düzenlenmesi,
- AB normlarına uyum düzenlemelerinin tamamlanması,

⁸¹ DPT, 2000, a.g.k. s.87

⁸² DPT, 2000, a.g.k. s.88-89

- Hastanelerin rekabet edebilir ve özerk işletmeler haline dönüştürülmesi ile ilgili mevzuat düzenlemelerin yapılması,
- Kamu kesimine ait sağlık tesislerinde sağlık personelinin tam gün çalışmasını özendirici düzenlemelerin gerçekleştirilmesi,
- Sağlık hizmet sunumu ile finansmanının ayrılmasına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

Sekizinci BYKP döneminde sağlık göstergelerindeki gelişmeler tablo 9’ da gösterilmiştir.

Tablo 9: Sağlık Göstergelerinde Gelişmeler

	1995	2000 (*)	2005 (**)
Yatak Sayısı	150.565	170.000	200.000
Yatak Başına Düşen Nüfus	402	384	351
Yatak Kullanım oranı (%)	58	60	75
Sağlık Ocağı Sayısı	4.927	5.700	6.300
Hekim Sayısı	69.389	80.900	89.000
Hekim Başına Düşen Nüfus	872	807	789
Diş hekimisi Sayısı	11.717	14.200	16.000
Diş Hekimi Başına Düşen Nüfus	5.163	4.599	4.389
Hemşire Sayısı	64.243	71.000	77.100
Hemşire Başına Düşen Nüfus	942	919	910
Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi	68,0	69,1	70,3
Bebek ölüm Hızı (binde)	43,1	35,3	28,8

(*) Tahmin, (**) hedef

Kaynak: DPT, Uzun vadeli strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Ankara, 2000, s.88

Sekizinci BYKP’ de sağlık politikalarına ve Türkiye’nin AB’ye uyumuna yönelik önceliklerine de yer verilerek, sağlık sektöründeki yaşanan sorunlara çözüm önerileri sunulmuştur.

2001 yılında DPT tarafından hazırlanan sağlık hizmetlerinde etkinlik ve komisyon raporunda sağlık politikalarına yönelik sorunlar şu şekilde belirtilmektedir⁸³:

- Sağlık politikalarının geniş toplum katılımı sağlanmadan o günün ekonomik ve siyasi tercihlere göre belirlenmesi sistemin tutarlılığına ve bütünlüğüne zarar vermektedir.

⁸³ DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyon Raporu, Ankara, 2001, s.6

- Sağlık sisteminin merkeziyetçi yapısının devam etmesi sağlık hizmetlerin etkililiğini ve verimliliğini olumsuz yönde etkilemektedir.
- Sağlık politikaları, hizmetin tüm bölgelere eşit ve dengeli bir şekilde dağıtılmasına yönelik hazırlanmalıdır.
- Sağlık politikalarına yönelik sorunlardan biri de, sağlığı etkileyen faktörlerin sektörler arası olma boyutunun göz ardı edilmesidir. Sağlık politikaları belirlenirken diğer sektörlerin sağlık sektörüne etkileri de dikkate alınmalıdır.
- Sağlık Bakanlığının görev ve sorumlulukları gözden geçirilerek yeniden yapılandırılmalıdır.

Sağlık politikalarına yönelik çözüm önerileri ise şu şekilde sıralanmıştır⁸⁴:

- Sağlık sektörü başta olmak üzere tüm kamu sektöründe çağdaş yerinden yönetim ilkeleriyle uyumlu bir yapılanmaya gidilerek yetki ve sorumlulukların yerel yönetimlere devredilmelidir.
- “Sağlıklı Kamu Politikası”nı geliştirecek mekanizmalar kurularak diğer sektörlerin sağlık sektörüne etkilerinin dikkate alınması sektörler arası işbirliğinin kurulmasını sağlayacaktır.
- Sağlık Bakanlığı ve ilgili kuruluşların temsil edildiği özerk bir “Sağlık Üst Kurulu” oluşturulmalıdır. Sistemin işleyişinin denetlenmesi, kalite standartlarının belirlenmesi ve izlenmesine, hasta haklarının düzenlenmesinden ilaç ve tıbbi malzeme kalitesini denetlemesi gibi görevler bu kurul tarafından yerine getirilmelidir.
- Sağlık sisteminin yapılanmasında devlet ve özel sektör arasındaki görev paylaşımı belli esaslara bağlanmalıdır. Bu amaçla şu politikalar uygulanabilir:
 - 1) Sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında toplanmalı,
 - 2) Devletin sağlık sisteminin denetimine, araştırma geliştirme faaliyetlerine ve eğitime ağırlık vermeli,
 - 3) Planlama, koordinasyon ve denetim görevlerini üstlenmiş kuvvetli bir Sağlık Bakanlığı oluşturulmalıdır.

Sekizinci BYKP’ de Türkiye’nin Avrupa Birliği’ne uyumuna yönelik öncelikler ise şu şekilde belirtilmiştir⁸⁵:

⁸⁴ DPT, 2001, a.g.k. s.6-7

⁸⁵ DPT, 2001, a.g.k. s.14-15

- Sağlık güvence sisteminde yeterli esneklik, verimlilik ve şeffaflık sağlanmalıdır.
- Proje karşılığı sağlanan mali olanaklardan araştırma kurumlarının, vakıfların, üniversitelerin, sanayinin, sivil örgütlerin ve diğer ilgili kurum ve kuruluşların faydalanmasına olanak sağlanmalı,
- AB ile Türkiye arasında sağlık alanında hizmetlerin serbest dolaşımını temin etmek amacıyla sağlık eğitimi veren kuruluşlarda eğitim programları, birlik mevzuatına uyumlu hale getirilmelidir.
- Sağlık hizmetlerinde standardizasyon sağlanmalıdır.
- Birliğe tam üyelik perspektifi göz önünde bulundurularak, Türk mevzuatına aktarılabilecek ve yeni sistemler getirecek olan AB mevzuatı çerçevesinde, Bakanlığın sorumluluğuna giren alanlarda, yapılanmaları farklı olan, örneğin Tıbbi Cihaz Ajansı, İlaç Ajansı gibi yeni kurumların oluşturulmasına olanak tanınmalı ve burada görev alacak personel için gerekli eğitim sağlanmalıdır.

2.3.9 Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Politikaları

2007-2013 dönemini kapsayan Dokuzuncu Kalkınma Planı, değişimin çok boyutlu ve hızlı bir şekilde yaşandığı, rekabetin yoğunlaştığı ve belirsizliklerin arttığı bir döneme rastlamaktadır. Plan Türkiye'nin ekonomik, sosyal ve kültürel alanlarda bütüncül bir yaklaşımla gerçekleştireceği dönüşümleri ortaya koyan temel politika dokümanı olarak "İstikrar içinde büyüyen, gelirini daha adil paylaşan, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen, AB'ye üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye" vizyonu ve Uzun Vadeli Strateji (2001-2023) çerçevesinde hazırlanmıştır⁸⁶.

Bu plan döneminde sağlık hizmetlerinde ön görülen hedefler tablo 10'da gösterilmektedir.

Tablo 10: Sağlık Hizmetlerinde Hedefler

	2006	2013
Hekim sayısı	103.150	120.000
Hekim Başına Düşen Nüfus	707	658
Tıp Fakültelerinin Yeni kayıt Sayısı	4.800	7.000
Yatak Sayısı	197.170	236.600
Yatak Başına Düşen Nüfus	372	335

Kaynak: DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013), Sayı: 26215, Ankara, 2006,s.63

⁸⁶ DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013), Ankara, 2006, s.1

Dokuzuncu Plan döneminde sağlık hizmetlerine erişimin önemli göstergeleri olan yatak ve hekim sayısı ile bunların nüfusa oranlarında iyileşmeler öngörülmektedir. Bununla birlikte, bu dönemde yapılacak kontenjan artışının etkisinin ancak bir sonraki plan döneminde görülebilecek olması nedeniyle, hekim başına nüfus konusundaki iyileşme sınırlı kalacaktır⁸⁷.

Bu plan döneminde sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi için şu hedefler öngörülmektedir⁸⁸:

- Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacı karşılanarak ülke genelindeki dağılımları dengelenecek ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortası sistemi hayata geçirilecek,
- Hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturularak, tıptaki kötü uygulamaları önlemeye yönelik hukuki düzenlemeler yapılacaktır. Ayrıca, vatandaşların ve sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilinçlendirilmesi sağlanacak,
- Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için olmak üzere sağlık altyapısı ve personel niteliği genişletilecek, 2008 yılı sonuna kadar tüm illerde aile hekimliği uygulaması yaygınlaştırılacak,
- Sağlık işletmelerinin verimliliğinin ve hizmet kalitesinin artırılması amacıyla, hastaneler kademeli olarak özerkleştirilecek,
- Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilecek,
- Koruyucu sağlık alanında çalışan personelin sayısı ve niteliği artırılacak, halkın koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesi sağlanacak,
- Akılcı ilaç kullanımının sağlanması için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacak,
- Etkin bir sevk zinciri kurularak ve bilgi sistemler yaygınlaştırılarak sağlık harcamaları kontrol edilecek,
- Özel sektörün sağlık alanındaki yatırımları teşvik edilecek,
- Uluslararası ölçütlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulacaktır.

⁸⁷ DPT, 2006, a.g.k. s.63

⁸⁸ DPT, 2006, a.g.k. s.87-88

2.4 Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlık Bakanlığı (SB)'nin 2003 yılında uygulamaya koyduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), geçmiş dönemlerde uygulanan sağlık politikalarından hareketle gelecekte geçilmesi düşünölen sağlık sistemi için gerekli düzenlemelerin yapılması planlanmıştır. SDP; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansman sağlanması ve sunulmasını hedeflemektedir. SDP'yi desteklemek amacıyla hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesinin 4737 - TU numaralı ikraz anlaşması 2004 yılında imzalanmıştır⁸⁹.

SDP'nin amacı, yönetim, verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha etkili hale getirmektir. SDP kapsamında öngörölen kilit özellikteki kurumsal ve organizasyon değişiklikleri şunlardır:

- SB'nin kılavuzluk işlevinin güçlendirilmesi amacıyla SB'nin yeniden yapılandırılması. (Bunun için SB'nin hizmet sunucu işlevinden kurtulması ve bunun yerine hastalık sürveyansı/hastalık kontrolü, sağlık düzenlemesi, planlama ve yönetim kapasitesi, izleme ve değerlendirme, sağlığın teşviki ile sağlık alanında sosyal katılım, hakkaniyetli erişimin artırılması, kalite güvencesi, insan kaynakları eğitimi, halk sağlığı, kontrol ve afet önleme araştırmaları gibi işlevlerini güçlendirerek genişletmesi gerekmektedir).
- Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart programlarını tek bir şemsiye altında birleştirecek tek bir satın alıcı bünyesinde Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nin kurulması, (GSS' ye kaydolmak zorunlu olacaktır. Prim oranları, ödeme gücü ile orantılı olacak ve tüm katılımcılar aynı teminat paketine hak kazanacaktır. Primini ödeyemeyeceği düşünölenlerin primleri, para ve mal varlığı soruşturması sonucuna göre kamu fonlarından ödenecektir. Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlık sektöründeki tek satın alıcı olarak, teminat paketinin sunumu için özel hizmet sunucular ve kamu hizmet sunucuları ile sözleşmeler yapacaktır)
- Kamu hastanelerine özerklik tanımak, aile hekimliği modeline dayalı güçlü bir koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi oluşturmak, etkili bir sevk sistemi kurmak ve sağlık kuruluşlarındaki hizmet kalitesini iyileştirerek sağlık hizmetleri sunumu sistemlerinin reforme edilmesi,

⁸⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Sağlığa Bakış Kitabı, Ankara, 2007, s. 268

- SDP'nin sağlık reformu hedeflerinin gerçekleştirilmesi için birbiriyle ilintili konuların ele alınması gereklidir. (Bu hedefler: Yeterli bilgi ve becerilere sahip motive sağlık personelinin olması, sağlık sistemini destekleyecek eğitim ve bilim enstitülerinin gulendirilmesi ve sağlık sektörü kararla alma süreçlerinde etkili bilgiye erişimin iyileştirilmesi)⁹⁰.

SDP'nin ilkeleri şu şekilde belirtilmiřtir⁹¹:

- İnsan merkezlik: Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey "aile sağlığı" kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.
- Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.
- Sürekli kalite gelişimi: Vatandaşlarımıza sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.
- Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartişma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır.
- Uzlaşmacılık: Sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. ıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine, yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.
- Gönüllülük: Hizmette arz veya talep eden birey veya kurum ayırımı yapmaksızın, sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.
- Gler ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten glerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu

⁹⁰ OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, OECD ve Dünya Bankası, 2008, s.36

⁹¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s.25

şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.

- Desantralizasyon: Kurumlar merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilme olanağına sahip olacaktır.
- Hizmette rekabet: Sağlık hizmetlerinin tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

SDP' de programın bileşenleri sekiz ana başlık altında toplanmıştır⁹²:

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - 1) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri,
 - 2) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - 3) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Bilgi ve beceri ile donanmış, motivasyonu yüksek sağlık insan gücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
 - 1) Ulusal İlaç Kurumu,
 - 2) Tıbbi Cihaz Kurumu,
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

Sağlıkta Dönüşüm Programı temelde, üç ana bileşenden oluşmaktadır. Birinci ana bileşen, üç sosyal güvenlik kurumunun (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK) GSS çatısı altında birleştirilmesidir. Sağlık hizmetleri ile hizmetlerin finansmanının ayrıştırılmasına dayanan GSS sistemi, tüm yurttaşları sosyal güvenlik şemsiyesi altına alma iddiasıyla gündeme getirilmiş olmakla birlikte, temel teminat paketini dar tutarak yurttaşları hizmetler karşılığında ek ödeme yapmak ya da özel sağlık sigortacılığına yönelmek durumunda

⁹² T.C. Sağlık Bakanlığı 2007, a.g.k. s.270

bırakmaktadır. Böylece, sağlığın özelleştirilmesi ve özel sigortacılığa müşteri kitlesi yaratılması doğrultusunda önemli bir adımın gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci temel bileşeni, Aile Hekimliği sistemine geçiş oluşturmaktadır. Temelde birinci basamak sağlık hizmetlerini özelleştirmeyi hedefleyen aile hekimliği sistemi, bu amaç doğrultusunda kamunun sağlık ocağı sisteminin yerine özel hekim muayenehanelerine geçilmeyi öngörmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının üçüncü temel bileşeni ise, Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılarak, bakanlığın sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkartılması, genel sağlık politikalarının belirlenmesi, koordinasyon ve “Sağlık Piyasası”nın denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir birim durumuna getirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amacın gerçekleştirilebilmesi için, bakanlık bünyesindeki sağlık kuruluşlarının “özerk” “sağlık işletmesi” statüsüne geçirilmesi ve daha sonra da işletme hakları devredilmek yoluyla özelleştirmelerine olanak sağlanmaktadır⁹³.

2.4.1 Sağlık Bakanlığı’nı Yeniden Yapılandırma

Sağlık Bakanlığı’nın reorganizasyonu ve yerinden yönetim (desantralizasyon) ilkesine göre yeniden yapılandırılması uzun zamandır gündemde bulunmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve halen tartışılmakta olan Kamu Yönetimi Temel Kanunu’ da Bakanlığın yeniden yapılandırılmasını zorunlu hale getirmektedir. Buna göre, Sağlık Bakanlığı’nın doğrudan hizmet sunumundan çekilmesi ve sağlık hizmet sunumunu planlayıcı, koordine edici ve denetleyici bir kurum olması⁹⁴, hastanelerin ve il sağlık müdürlüklerinin il özel idarelerine ve bazı yerlerde de belediyelere bırakılması hedeflenmektedir.

Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı göre, Sağlık Bakanlığı’nın “mevcut taşra teşkilatlarının görev ve yetkileri, bina, araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacakları ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli” ilgili yerel yönetimlere devredilmektedir. Bunun dışında Sağlık Bakanlığı’nın eğitim hastaneleri dışındaki hastaneleri ile sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi ve dispanser gibi koruyucu sağlık hizmeti veren tesislerinin önce il özel idarelerine devredilmesine, daha sonra Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen esas ve usullere göre hastaneler dışında kalanların belediyelere devredilmesine olanak sağlanmaktadır (geçici madde.1)⁹⁵.

⁹³ ATAAY, F. Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme, Ankara, 2007, s.3-4

⁹⁴ BALCI, A. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığının Desantralizasyonu ve Taşra Teşkilatının Reorganizasyonu, Nihai Rapor, Ankara, 2001, s.21

⁹⁵ Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı, <http://www.belgenet.com/yasa/kamu-05.html>, (05.04.2009)

2.4.2 Genel Sağlık Sigortası Uygulaması

GSS sistemi, eşitliğin kesin olarak sağlanması, Devlete en az mali yük yüklenmesi, yoksul ve dar gelirli olanların özel kesim sağlık kuruluşlarından daha fazla yararlandırılması, sağlık kuruluşlarında 1982 Anayasasının öngördüğü gibi insan ve madde gücünde tasarruf ve verimin artırılması amacıyla⁹⁶ 2008 yılında yürürlüğe girmiştir.

Genel sağlık sigortasının temel ilkeleri şu şekilde belirtilmiştir⁹⁷:

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde
 - 1) Aile Hekimliği sisteminde birinci basamak hizmetleri bireylerin koruyucu hizmet alabileceği ve sağlık durumlarının kayıt altında tutulacağı bir şekilde verilecek,
 - 2) Bu model halkın ücretsiz olarak hizmet alabileceği ve ayrıntılı tanı işlemlerinin yapılacağı tanı merkezlerini (laboratuvar v.b.) destekleyecek,
 - 3) Acil vakalar dışında tüm bireylerin ilk başvuru noktası birinci basamak sağlık hizmetlerinin olması katkı payı farklılıklarıyla teşvik edilecek,
- İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde
 - 4) Mevcut uygulamanın yanı sıra, kurumların sözleşmeler yaparak, idari ve mali anlamda özerkliklerini kazanarak, gelirleri ve harcamaları arasında denge sağlayacağı bir finans modeli oluşturulacaktır.

Genel Sağlık Sigorta Sisteminin hedefleri⁹⁸:

- 1) Tüm nüfusa yönelik aynı kalitede sağlık sigortası sunulması,
- 2) Katılımın zorunlu olacağı, primlerin gelire göre hesaplanacağı ve hizmetlerin gerçek ihtiyaca göre sunulacağı bir sağlık sistemi,
- 3) Nüfusun yoksul kesimi için primlerin toplumsal yardımlara ayrılan devlet kaynaklarından ödenmesi,
- 4) Her türlü koruyucu hekimlik uygulamasının sağlık politikasının temelini oluşturması,
- 5) Kamu kaynaklarının verimli kullanılması için modern bir kontrol ve izleme sisteminin oluşturulması olarak belirtilmiştir.

⁹⁶ ÜÇİŞİK, H.F. Sağlık Hukuku, İstanbul, 2008, s.13

⁹⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007, a.g.k. s.114

⁹⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007, a.g.k. s.114

2.4.3 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH) tanımı ve stratejileri 1978'de Alma Ata Konferansında belirlenmiş ve katılımcıların imza altına alınan Alma Ata Bildirgesi ile dünyaya duyurulmuştur. Bu bildirgenin altında imzası olan ülkelerden birisi de Türkiye'dir. Bu tarihten sonra, birçok Avrupa ülkesi BBSH' i yerleştirecek ve geliştirecek kararlar almış, çevreye ve toplumun yaşam tarzına yaptıkları müdahaleler yoluyla sağlığı iyileştirecek politikalar uygulamışlardır⁹⁹.

Alma Ata Bildirgesi'nde bildirilen BBSH' nin dört stratejik unsuru şu şekilde özetlenebilir¹⁰⁰:

- İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin destekleyici, sevk düzeyin de kabul edildiği durumlarda, BBSH' nin sağlık hizmetlerinin merkezi haline getirecek şekilde bunları yeniden düzenleme ihtiyacı,
- Sağlık politikalarına sektörler arası bir yaklaşım gibi, sağlığın belirleyicileri olan yaşam tarzı ve çevreyi içeren bir sağlık politikası kavramı,
- Hem karar alma sürecine katılım hem de kişinin bireysel sağlığından sorumlu olması açısından toplumsal ve bireysel katılım,
- Kaynakların verimli dağıtımı ve bunların hastanelerden BBSH' ye yönelik yeniden dağılımını içeren uygun teknoloji ve maliyet etkinliğinin sağlanmasıdır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti ilkelerinin geniş anlamda kabulü, biyomedikal belirleyiciliği içeren ama aynı zamanda bunu aşan yeni bir sağlık kültürünü beraberinde getirmiştir. Birçok Avrupa ülkesi koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirecek kararlar almış ve çevreye ve toplumun yaşam tarzına yaptıkları müdahaleler yoluyla sağlığı iyileştirecek politikalar benimsemişlerdir¹⁰¹.

2.4.3.1 Avrupa Birliği Ülkelerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İngiltere, Finlandiya, İzlanda, Avusturya, Portekiz, İtalya ve Hollanda'da hastalar ilk olarak BBSH' ye başvurmaktadır. Ancak İsveç, İsviçre, Avusturya ve Norveç'te sevk alınmadan da uzmana gidilebilmektedir¹⁰².

⁹⁹ ÖZDEMİR, O. OCAKTAN, E. AKDUR, R. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, "Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi", Cilt:56, Sayı:4, 2003, s.208

¹⁰⁰ SALTMAN, R.B. FİGUERAS, J. Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998, s.230

¹⁰¹ SALTMAN, R.B. FİGUERAS, J. a.g.k. s.230

¹⁰² ÖZDEMİR, O. OCAKTAN, E. AKDUR, R. a.g.k. s.208

İngiltere’de nüfus bazında, temel örgütlenme birimi olarak bir “bölge” kavramı oluşturulmuştur. Bir bölge için esas alınan nüfusun hesaplanmasında yaşayan insan sayısından çok yapılan sağlık talebi göz önünde bulundurulmaktadır. Bir bölgede yaklaşık olarak 250.000 kişi ve 10 sağlık merkezi yer almaktadır. Hastalar kendi pratisyenini seçebildiği gibi, pratisyenin de o başvuruları listesine alıp almamaya karar verme yetkisi vardır. Buradaki temel sorun, sağlık merkezi ekibinin sorumlu olduğu nüfusla hekimin sorumlu olduğu nüfusun farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Bu durumda sürekli takibi yapılan ve değişmeyen bir nüfustan söz edilmesi zordur. Yıllık olarak yaklaşık 300 milyon adet olan doktora ilk başvurunun %95’i pratisyenlere yapılırken, bunların da sadece %12’si sevk edilmektedir. Pratisyenlerin %80’i ekipler halinde çalışmakta ve bu ekiplerin büyük çoğunluğu ortaklık esasına dayanmaktadır. Bu ekipte saha hemşireleri, ebe, hemşire gibi yardımcı sağlık personeli de yer almaktadır. Hizmet sunumunda evde hemşirelik ve ebelik, bağışıklama ve aşılama, aile planlaması, okul sağlığı hizmetleri gibi sağlık hizmetleri başta olmak üzere diş, göz sağlığı ile aile doktorluğu hizmetleri yürütülmektedir. Pratisyenin ücretinin bir kısmı, kişi başı esasına dayalı olarak ve kendisine kayıtlı olan hasta listesi büyüklüğüne göre hesaplanmaktadır. Ücretin bu kısmı, hasta veya sigortalı hekime başvursa da başvurmasa da ödenmekte ve pratisyenin toplam ücretinin yarısından biraz fazlasına denk gelmektedir. Ücretin geri kalan kısmı da, hizmet başı esasına göre hesaplanır ve hekimin onaylanan/listelenen hizmetlerinin sayısından hesaplanır. Hesaplanan bu iki miktar birleştirilerek tamamı genel vergiden karşılanmaktadır¹⁰³.

Almanya’da ise; devlet; ekonomik ve sosyal durumları ne olursa olsun bütün vatandaşlarının sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde eşit haklara sahip olduğunu kabul etmekte ve uygulamada da bu anlayışı gözetmektedir. Kişiler, ayaktan tanı ve tedavide doktorunu özgürce seçebilir, pratisyene ve uzmana doğrudan erişim olanağı vardır. Pratisyen ve uzman doktor sayısı arasındaki dengeyi sağlamak için, genç doktorlar pratisyenliğe özendirilir. BBSH içinde, çocuklarda dört yıldan fazla izlem, erken tanı gibi koruyucu hekimlik hizmetleri üzerinde en çok durulan hizmetlerdir. Ayrıca pratisyenler acil tanı-tedavi, iş sağlığı, danışmanlık gibi toplum sağlığı hizmetlerini de yürütmektedir. Bu hizmetler bir ekip çalışması şeklinde sunulur, bir hekim sorumluluğunda çalışan bu ekipte ihtiyaca göre değişen sayıda hekim, diş hekimi, sağlık teknisyeni, laboratuvar ve dezenfeksiyon çalışanları yer almaktadır. Doktorların ücretleri konusunda gelenekselleşmiş

¹⁰³ ÖZDEMİR, O. OCAKTAN, E. AKDUR, a.g.m. s.211

olan hizmet başına ödeme sistemi kullanılmakta olup, 1996 Ocak ayından beri değişme ve yeniden yapılanma sürecini yaşamaktadır¹⁰⁴.

Finlandiya ve İzlanda'da hizmet sunumu konusunda sahip olunan bir nüfus vardır. Ancak, sağlık düzeyi göstergeleri bakımından dünyanın en iyi ülkeleri içinde yer alan Finlandiya'da da, koruyucu hizmetlerin temelini oluşturduğu aktif bir ekiple yürütülen BBSH mevcut iken, İzlanda'da aile hekimliği bir uzmanlık dalıdır ve hizmet sunumunun temelini oluşturmaktadır. Finlandiya'da ana çocuk sağlığı, aile planlaması, okul ve öğrenci sağlığı, ruh sağlığı hizmetleri, geriatri hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve araçları, kitle taramaları BBSH' i oluşturmaktadır. Benzer bir çalışma sistemi, yine sağlık göstergeleri oldukça iyi durumda olan Danimarka'da da mevcuttur. Danimarka'da ülkenin toplam sağlık giderlerinin %40'ı tamamen BBSH için kullanılmaktadır. İyi yapılanmış ve aktif olarak çalışan BBSH sunan ekibin içinde pratisyen hekim, uzman hekim, diş hekimi, fizyoterapist, ev ziyareti yapan hemşireler, okul sağlığı personeli yer alır ve ana çocuk sağlığı, bağışıklama gibi hizmetlerin yürütülmesinin yanı sıra, belediye ve sosyal kurumların organizasyonlarına da katılırlar¹⁰⁵.

İtalya'da da BBSH içerisinde ev ziyaretleri, tanı-tedavi, önleme-izleme ve sağlık eğitimi önemli bir yer tutmaktadır, ayrıca bu ülkede deontoloji ve tıbbi etik açısından uygulamalarda ciddi bir denetim de söz konusudur. Aynı şekilde İsveç'te de giderek BBSH' e verilen önem artmaktadır ve sorumlu olunan nüfusa sunulan ana çocuk sağlığı, ev ziyaretleri, bağışıklama, çevre sağlığı gibi koruyucu sağlık hizmetlerine verilen ağırlık artmaktadır¹⁰⁶.

2.4.3.2 Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye'de birinci basamak sağlık örgütlenmesi konusunda ilk adım, 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi adlı yasa ile atılmıştır. Yasa, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli özelliklerini barındırıyordu: Basamaklandırılmış sağlık sistemini benimsemiş olan yasaya ya göre hizmet sunacak asli personel ebe ve pratisyen hekimdir. Yasada, tümelci yaklaşıma göre; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin birlikte ücretsiz olarak verileceği belirtilmiştir.¹⁰⁷

Bu modelde temel hizmet birimi sağlık ocağı olup, günümüzdeki uygulamaya göre; köy tipi (nüfusu 10 binden az olan), ilçe tipi (nüfusu 10-20 bin arasında) ve il tipi

¹⁰⁴ ÖZDEMİR, O. OCAKTAN, E. AKDUR, a.g.m. s.211

¹⁰⁵ ÖZDEMİR, O. OCAKTAN, E. AKDUR, a.g.m. s.211-212

¹⁰⁶ ÖZDEMİR, O. OCAKTAN, E. AKDUR, a.g.m. s.212

¹⁰⁷ ÖCEK, Z. SOYER, A. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı, Ankara, 2007, s.23

(nüfusu 20 binden fazla) olmak üzere üç tipi vardır. Sağlık ocaklarında, yaklaşık her 2000 - 2500 kişiye bir hekim, 2000 kişiye bir sağlık memuru ve hemşire, 1500 kişiye bir ebenin yanında, sayıları ocak tipine göre değişen memur, hizmetli ve şoförü de içeren bir ekip çalışması öngörülmektedir. Sağlık ocaklarından, evde ve ayakta tedavi edici hizmetler, bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler gibi temel işlevlerinin yanında, diğer sektörlerle birlikte toplumsal kalkınmada da rol alması beklenmektedir. Bu nedenle de başta belediye, milli eğitim, tarım, sosyal hizmetler il ve ilçe müdürlükleri gibi diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde çalışması istenir. Sağlık ocağı gerek gördüğünde hastaları bir üst basamağa sevk etmektedir¹⁰⁸. 1963’de başlayan uygulama aşama aşama ülke düzeyinde yaygınlaştırılırken, 1978 Alma-Ata konferansı ile birinci basamak sağlık hizmetleri kavramının daha kapsamlı tartışmaları ülkemize de yansımıştır. 1980’le başlayan süreç, kamu sağlık hizmetlerinin genel olarak çökertilmesi anlamında yaşanırken, birinci basamak sağlık hizmetleri de, bundan etkilenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kavramının yeniden gündeme gelmesi, 1990 sonrası “Sağlık Reformu” tartışmaları ile başladı. Fakat Sağlık Reformu, sağlık ocakları ile bütünleşmiş, çok sektörlü, toplumcu, sistematik, standart bir hizmete uyarlanmış, kapsamlı, eşitsizliği azaltma amaçlı bir birinci basamak yerine, aile hekimliği temelli bir birinci basamak anlayışını tercih etmiştir. Sağlıkta Dönüşüm de, bu bağlamda 1990’lardaki Sağlık Reformu sürecinin bir benzeridir¹⁰⁹.

2.4.3.3 Aile Hekimliği Uygulaması

Aile hekimliği ile kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametgahlarının yakınlarında veya kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları hekimlik uygulamasıdır. Bu hekimler, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenirler. Bu hizmetleri bazı ülkelerde tıp fakültesinden mezun olan pratisyen hekimler yürütürken, bazı ülkelerde genel tıp uygulamalarında uzmanlık eğitimi almış olan hekimler ve bazı ülkelerde de herhangi bir dalda uzman olan hekimler yürütmektedir¹¹⁰.

Aile hekimliği alanında ayrıca eğitim alarak uzmanlaşan hekimler için bazı ülkelerde “genel pratisyen”, bazı ülkelerde ve ülkemizde “aile hekimi” terimi kullanılmaktadır. Aile hekimleri genellikle ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını,

¹⁰⁸ ÖZDEMİR, O. OCAKTAN, E. AKDUR, R. a.g.k. s.208

¹⁰⁹ ÖCEK, Z. SOYER, A. a.g.k. s. 23

¹¹⁰ ÜÇİŞİK, H. F. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü 15 Mart 2004 tarihli sözleşme hükmü gereğince hazırlanan nihai rapor, 2005, s.27

yaşama koşullarını, koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişilerdir. Bu hekimler, kendi sorumlulukları altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla, riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte değerlendirirler. Aile hekimleri aynı zamanda birçok yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici nitelikte, bireylerin sosyoekonomik düzeyi ne olursa olsun, onlara verilen sağlık hizmetlerinde hem hizmet sunucusu, hem yönlendirici, hem de koordinatör olarak görev yaparlar¹¹¹.

2.4.3.3.1 Türkiye’de Aile Hekimi Uygulaması

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Aile Hekimliği uygulamasına kademeli olarak geçmektedir. Aile Hekimi; ailenin henüz doğmamış çocuğundan en yaşlı üyesine kadar, ailenin tüm bireylerinin hekimi olarak tanımlanır. Bu kapsamda, bireysel koruyucu sağlık önlemleri ile ayakta tedavi ve evde bakım hizmetleri de aile hekimliği kapsamına girer. Bu türden hizmetlerin bir arada ve birbiriyle uyumlu şekilde verildiği bir kaç yöntem içinde en basit ve en modern olanı Aile Hekimliği Sistemi’dir¹¹².

Türkiye’de Aile Hekimliği’ne yönelik çalışmalar 2003 yılında başlamış, sistem ise 09.12.2005 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan “Aile Hekimliği Pilot Çalışması hakkındaki Kanun” ile resmi olarak uygulamaya konmuştur¹¹³. 2005 yılında pilot il olarak belirlenen Düzce’de ilk çalışmalara başlanmıştır.

Aile hekimliği uygulaması başlamayan illerde pratisyen hekimler, bazı yerlerde dış hekimleri ile birlikte, sağlık ocaklarında çalışan temel birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarıdır. Genellikle Anne ve Çocuk Sağlığı ile Aile Planlaması Merkezleri haricinde, uzman hekim bulunmamaktadır. Anne ve Çocuk Sağlığı ile Aile Planlaması Merkezleri’nde pratisyen hekimlerin yanı sıra çocuk uzmanı doktorlar, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, aile hekimleri ve halk sağlığı uzmanları da yer alabilmektedir¹¹⁴.

2006 yılı sonu itibariyle 50.063 uzman hekim ve 47.733 pratisyen hekim olmak üzere toplam 97.796 hekim aktif olarak görev yapmaktadır. Pratisyen hekim olarak çalışan hekim sayısının oranının uzman hekime göre düşük olması, ister sağlık ocağı sistemi isterse aile hekimliği sistemiyle olsun pratisyen hekim eksikliğini ve bunun yansıması

¹¹¹ ÜÇİŞİK, H. F. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü 15 Mart 2004 tarihli sözleşme hükmü gereğince hazırlanan nihai rapor, 2005, s.27

¹¹² T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007, a.g.k. s.123

¹¹³ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007, a.g.k. s.125

¹¹⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007, a.g.k. s.120

olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini istenilen kalite ve yaygınlıkta verebilmenin zorluğunu göstermektedir¹¹⁵.

2.4.4 Hastane Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma

Hastane hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ile ilgili olarak çeşitli yaklaşımlar olmakla birlikte, politikaların çoğu, aşığıdaki hedeflerden en az birine varmayı amaçlamaktadır¹¹⁶:

- Başarılı olması durumunda yatak ihtiyacını azaltacak ve hastane sistemlerinin büyüklük, yapılandırma ve maliyetlerinde değişikliklere olanak verecek hizmet sunumu verimliliğinin artırılması;
- Daha az oranda hasta kabul ve yatak talebine olanak verecek hastane hizmetlerinin uygun kullanımı;
- Daha verimli ve etkili bir yapılandırma sağlamak amacıyla, hastane hizmetleri ağının biçiminde değişiklik yapmak hedeflenmektedir.

Kamu hastanelerini yeniden yapılandırma çerçevesinde, SDP'nin hedeflerinden biri olan verimlilik ve mevcut kaynakların daha etkin kullanılması amacıyla SSK'ya bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilerek bir yandan sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılmaya çalışılmış¹¹⁷, diğer yandan kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi için ilk adım atılmıştır.

Türkiye'deki sağlık sektörü reform çalışmaları incelendiğinde kamu hastane sektöründe yerinden yönetim reformlarının iki aşamada ele alındığı söylenebilir. Öncelikle kamu hastanelerinin devlet bütçesi ünitesi olmaktan çıkarılarak birer sağlık işletmesine dönüştürülmesi¹¹⁸, daha sonraki aşamada ise hastanelerin yerel yönetimlere devredilmesi veya özelleştirilmesi amaçlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığınca hazırlanarak 19.01.2007 tarihinde Bakanlar Kurulunca karara bağlanan “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunda görüşülerek 17.12.2007 tarihinde kabul edilmiş ve hazırlanan raporla birlikte tasarı esas komisyon olan Plan Bütçe Komisyonuna gönderilmiştir. Tasarı ile Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerini doğrudan sunan bir kurum olmaktan çıkarak ülkenin sağlık hizmetleri konusunda hedef,

¹¹⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007, a.g.k. s 120

¹¹⁶ SALTMAN, R.B. FİGUERAS, J. a.g.k. s.219

¹¹⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008, a.g.k. , s. 69

¹¹⁸ GİDER, Ö ve TOP, M. “Kamu Hastanelerinde Özelleştirme ve Özerkleştirme” Görüş Dergisi, 2004, s.71

politika ve stratejik planı belirleyen bir kurum konumuna getirilmesi hedeflenmektedir. Birliklerin Sağlık Bakanlığıyla ilgili kurum statüsüne dönüştürülerek Merkezi yönetim bütçesi kapsamı dışında özerk bir yapıya sahip olmaları planlanmaktadır¹¹⁹.

2.4.5. Hasta Haklarına Yönelik düzenlemeler

Avrupa Birliği ülkelerinin ulusal sağlık sistemleri arasında farklılıklar olmasına rağmen hasta, tüketici, kullanıcı, aile bireyleri, azınlıklar ve risk taşıyan normal sıradan insanların hakları konusunda aynı şartları öne sürmektedirler. “Avrupa Sosyal Model”ine (sağlık konusunda dünyanın her yerinde tedavi hakkı) ilişkin ciddi ve resmi tebliğlerin bulunmasına rağmen, gözlenen birçok kısıtlama ve haksızlık bu hakkın gerçekte olup olmadığının sorgulanması gerektiğini ortaya koymaktadır¹²⁰.

Temel Haklar Nice Ana Sözleşmesi, hasta hakları ile ilgili 14 maddelik tebliğin temelini oluşturmaktadır: Koruyucu tedbirler, yararlanma, bilgi, rıza (onay), özgür seçim, özel ve gizlilik, hastaların vaktine saygı, kalite standartları, güvenlik, yenilik (tedavi), gereksiz ağrı/acı ve kişisel tedavi, şikayet ve tazminat hakkıdır. Bu haklar DSÖ ve Avrupa Konseyi tarafından yayınlanan birçok ulusal tebliği ve tavsiyeler ile bağlantılıdır. Ayrıca, profesyonel model ve davranışlar yanı sıra kurumsal standart ve teknik parametreleri de dikkate almaktadırlar¹²¹.

Türkiye’de Hasta Haklarına yönelik düzenlemelerin temelini 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği oluşturmaktadır. Daha sonra hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması ve denetlenmesi amacıyla 5 Kasım 2003 tarihinde Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Hasta Hakları Şubesi kurulmuştur. SB Kurumlarında sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, insan onuruna yakışır bir biçimde sunulmasını sağlamak ve hasta hakları ihlallerini önlemek amacıyla 15 Ekim 2003 tarihinde “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” yayımlanmış olup pilot uygulama için 38 ilde 60 devlet hastanesinde Hasta Hakları Kurulları oluşturularak Hasta Hakları Birimleri kurulmuştur. Bu hastanelerde görev yapan 120 ilgili personele hasta hakları konusunda hizmet içi eğitim programı uygulanmıştır. Eğitim programları kitap haline getirilerek tüm illere

¹¹⁹ İLKAR, E. “Sağlıkta Yeniden Yapılanma Çerçevesinde Hastane Birlikleri” Bütçe dünyası dergisi, cilt:3, sayı:31, 2009, s.61-62

¹²⁰ COTTURRİ, G. ve ark. Active Citizenship Network. European Charter Of Patients’ Rights, Roma, 2002, s.5-9

¹²¹ COTTURRİ, G. ve ark. a.g.k. s.2

gönderilmiştir¹²². 2009 yılı itibari ile hasta haklarına yönelik düzenlemeler SB' ye bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmaktadır.

2.4.6 Hastanelerde Toplam Kalite Uygulaması

Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan hizmetlerin ve yürütülen faaliyetlerin, Toplam Kalite Yönetimi anlayışı ile; kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” hazırlanmış ve bu çerçevede 15 kurum International Standards Organization (ISO) 9000 Kalite Güvence Belgesi almış, 28 kurumun TSE ile görüşmeleri devam etmektedir. Ayrıca 121 kurumda Yönerge çerçevesinde konseyler oluşturulmuş, eğitim ve belgelendirme çalışmaları için hazırlık yapılmaktadır. SB kurumlarında kalite yönetimi uygulamalarına standart getirmek amacıyla, “TS EN ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri Danışmanlık-Eğitim Hizmetleri Satın Alınması Teknik Şartname” ve “Kalibrasyon Hizmetleri Satın Alınması Teknik Şartnamesi” ile “ISO 9001:2000 Kalite Güvence Sistemi Uygulama Kılavuzu” hazırlanmıştır. Kalite yönetimi uygulamalarının gerçekleştirilmesi yönündeki çalışmalara temel oluşturmak, uygulama ve belgelendirme çalışmaları öncesi SB kurumlarının alt yapılarının standardizasyonunu belirlemek ve SB tarafından denetimini sağlamak amacıyla “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Uygulamaları Temel ve Belgelendirme Öncesi Kriterler” hazırlanmıştır. Uygulamaların hayata geçirilmesine destek sağlamak amacıyla “Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi”nde pilot uygulama çerçevesinde kalite çalışma yönetimi çalışmaları yürütülmüştür. Ayrıca, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kalite yönetim sisteminin kurulması amacıyla bir çalışma başlatılmış olup bu konudaki çalışmalar sürdürülmektedir¹²³.

2.4.7 Sağlık Bilgi Sistemi

SDP'nin bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için programda bütünleşmiş bir sağlık bilgi sisteminin gerekliliği vurgulanarak, sağlık hizmetlerinde eşgüdüm sağlanması, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının

¹²² T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri, Ankara, 2004, s.22

¹²³ T.C. Sağlık Bakanlığı, a.g.k. 2004, s.23

korunması, sevk basamakları arasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulmuştur¹²⁴.

Sağlık Bilgi Sistemi ana hatlarıyla şu şekilde ifade edilmiştir¹²⁵:

- WEB teknolojisine dayalı, aile hekimliği, hastane ve diğer bileşenlerin bağımsız yazılımlarından standart veri transferi yapılabilmesi,
- Hastalık yüküne ve sağlık harcamalarına yönelik epidemiyolojik ve demografik analizler yapılması sağlanmalı,
- Ülke düzeyinde sağlıkla ilgili verilerin toplanması ve sağlık hizmeti sunumunda elde edilen veriler doğrultusunda hizmet planlaması yapılabilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı olanakları kullanarak veri toplanması, toplanan bu verilerin kurumsal bir yapı içinde değerlendirilmesi ve aksayan noktalarda sorun gidermeye yönelik geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını desteklemeli,
- Ulusal sürveyans sistemini destekleyecek uygulamalar ile sağlıkla ilgili olaylarda erken uyarı sistemi oluşturulmalı ve uluslar arası sistemlerle uyumu sağlanmalı,
- İlaç provizyon sistemleri ile ilaç denetimine imkan tanınmalı,
- Sağlık hizmeti sunumunda dağılımı ve doluluğu denetleme olanağı vermeli,
- Aile hekimlerini kendi hastalarıyla ilişkilendirmeli ve sistemde yetkilendirmeli,
- Vatandaş odaklı olmalı ve hasta memnuniyetini sağlayarak “ elektronik randevu “ gibi asgari hizmet sunumuna olanak vermelidir.

Bu amaçla personel, malzeme ve mali kaynakların çevrim içi takibini sağlayan Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi tamamlanarak uygulamaya konuldu. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi, Yeşil Kart Bilgi Sistemi, Tıbbi Cihaz ve Malzeme Kayıt Sistemi ve Doktor Bilgi Bankası hazırlanmıştır. Sağlık Bilgi Sisteminin sınırlı ölçekte bir örneği olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi uygulamaya konularak, aile hekimliğinin uygulandığı illerde birinci basamakta hasta kayıtları elektronik olarak tutulmaya başlanmıştır¹²⁶. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi, bütün sağlık hizmetlerini ve sağlık sisteminin tüm aktörlerini içine alacak bir sağlık bilgi sisteminin kurulması için alt yapı çalışmaları tamamlanmıştır¹²⁷.

¹²⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, a.g.k, 2003, s.36

¹²⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, a.g.k, 2003, s.36-37

¹²⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, Nereden Nereye Sağlıkta Dönüşüm Programı (Kasım 2002- Haziran 2007), Ankara, 2007, s 73

¹²⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008, a.g.k., s.94

2.5 AB Ülkelerinde Hastane Reformları

Avrupa Birliği'nde hastaneler ve hastane hizmetleri konusu, ortak politikaların uygulandığı bir alan değildir. Üye ülkeler bu alanda düzenleme yapmak ve bunları uygulamak konusunda serbestir. Üye ülkelerdeki hastaneler, hastane çeşitleri ve hastane hizmetleri, ülkelerin nüfuslarına, yönetim biçimlerine, sigorta sistemlerine göre çeşitlilik göstermektedir.

Son 20 yıllık süreçte Avrupa'da yaşanan büyük ekonomik ve politik değişimlerle birlikte, sağlık ve hastane sistemlerinde de büyük değişim ve dönüşümler yaşanmıştır. Batı Avrupa ülkelerindeki reformlar Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde hastane sistemlerinde yaşanan değişimi de büyük ölçüde etkilemiştir. Bu nedenle Orta ve Doğu Avrupa hastane reformlarını, kontrol ve komutaya dayalı sistemden daha çok Batı Avrupa tipi desantralize, pazar odaklı, müşteri yönelimli ve çoğulcu katılım esasına dayalı bir hastane yönetimini esas alan bir modele geçiş çabaları olarak değerlendirmek mümkündür. Bu ülkelerde; hastanelerin sağlık sisteminde baskın güç olması, kapasite kullanım oranlarının düşük olması, teknolojik unsurların yetersiz ve dengesiz dağılımı, parçalanmış hastane sistemlerinin varlığı, küçük hastanelerin tedavi veren kurumlardan daha çok hastaları sevk eden sağlık kuruluşlarına dönüşmesi ve esnek olmayan yönetim anlayışı gibi sorunlar¹²⁸¹²⁹ hastane sistemlerinde yaşanan reformların temel nedenleridir.

Avrupa ülkeleri başta olmak üzere dünyanın her yerinde hastane reform çalışmalarının geçiş aşamaları incelendiğinde; a) Kamu hastanelerinin yönetim otonomilerinin arttırılmasını, b) Kamu hastanelerinin devlet bütçesine bağlı birimler olmaktan çıkartılarak işletmelere dönüştürülmesi c) Kamu sektöründeki hastanelerin mülkiyetle birlikte özel sektöre devredilmesini içeren bir süreç izlendiği görülmektedir¹³⁰. Yani dünya genelinde gerçekleştirilen hastane reformları sağlık sektöründe liberalleşmeyi öngören reformlardan oluşmaktadır.

Hastane reform çalışmalarında genellikle şu yöntemler uygulanmaktadır¹³¹¹³²:

Bütçe Örgütleri: Kamu hastaneleri devlet bütçesine bağlı birimler oldukları için bu tür örgütler bir hükümet kuruluşu gibi çalışmaktadır. Bu şekilde çalışan bir hastanenin

¹²⁸ TOP, M. ŞAHİN, B. Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son 20 Yıllık Süreç, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:1, 2004, s.91

¹²⁹ HEALY J. ve MCKEE M. Implementing Hospital Reform in Central and Eastern Europe, Health Policy, 2002, s.1-19.

¹³⁰ TOP ve ŞAHİN, a.g.m, s. 92

¹³¹ TOP ve ŞAHİN, a.g.m, s. 92-93

¹³² HARDİNG, A. ve PREKER, A. S. "A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals". Innovations in Health Services Delivery: The Corporatization of Public Hospitals, New York. 2003, s.23-78

yöneticisi ise yönetici yerine daha çok bir idarecidir. Hükümetin resmi kurum ve kuralları tüm stratejik konuları kontrol ettiği gibi üretim ve hizmet sunumuyla ilgili birçok günlük karar da merkezi hükümet tarafından alınmaktadır. Genellikle hükümet, hastanelerin ödeneklerine geçmiş yıllardaki harcamalarını dikkate alarak karar vermektedir. Bu hastanelerde elde edilen herhangi bir ilave gelirin hazineye aktarılması söz konusu olduğu gibi, aynı şekilde kurum zararları da hazineden karşılanmaktadır.

Kamu Hastanelerinin Otonom Hastanelere Dönüştürülmesi: Kamu hastanelerinin otonomi düzeyinin artırılması günlük karar verme süreci üzerindeki kontrolün hiyerarşiden (merkezi hükümetten) hastane yönetim kademelerine doğru aktarılması ve böylece “yöneticilerin yönetmesinin sağlanması” üzerinde odaklaşan bir reform biçimidir. Ancak, yönetime verilen otonomi miktarı önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. Birçok hükümet örneğinin işgücü ve ücret konularındaki yetkiyi başkalarına bırakma noktasında isteksiz davranmaktadır.

Kamu Hastanelerini İşletmeye Dönüştüren Reformlar: Burada kamu hastanelerinin mülkiyetinin kamuda kalması koşuluyla özel işletmelerin verimliliğini sağlayacak düzenlemeler yapılmaktadır. Kamu hastanelerinin özerkleştirilerek işletme haline dönüştürülmesi, hizmetlerin üretimi ile ilgili tüm girdiler üzerindeki kontrolün tümüyle yöneticilere verilmesi anlamına geldiği için tek başına örgütlerin otonom hale dönüştürülmesinden çok daha etkili ve güçlü bir reform stratejisidir. Kamu hastanelerinin özerkleştirilerek işletmeler haline dönüştürülmesi her şeyden önce, hastaneleri finansal performanslarından sorumlu hale getiren katı bir bütçe baskısı altına itecektir.

Kamu Hastanelerinin Özelleştirilmesi: Piyasanın en uç birimi olan örgütsel reform türü özelleştirir. Bu reform biçiminde bir kamu hastanesinin kar amaçlı veya kar amaçsız özel mülkiyete devri söz konusudur. Özelleştirme doğal olarak kamu hastanelerini merkezi hükümetin kontrolünden ya da kamu sektörünün katı kurallarından uzaklaştırır. Hastane reform çalışmalarını da diğer sektörlerdeki reform çalışmalarından ayrı tutmak doğru değildir. Diğer sektörlerde gözlenen problemler ve reform çabaları, kamu hastanelerinin performansı ve yönetsel problemlerinin neler olduğu konusunda önemli bilgiler sağlamıştır. Diğer sektörlerde piyasayı öne çıkaran reformların başarıyla uygulanması bazı ülkelerde politika belirleyiciler açısından benzer reformların sağlık sektöründe de uygulanması gerektiğini düşündürmüştür. Batı Avrupa’da 1960 ve 1970’li yıllar boyunca kamu sektöründe yaşanan yapısal reformlar konusundaki tartışmaların çoğunda önemli yer tutan desantralizasyon konusuna 1980’li yıllarla birlikte sağlık sektöründe yer verilmeye başlanmıştır.

III. BÖLÜM

AVRUPA BİRLİĞİ'NE UYUM SÜRECİNDE UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARININ KAMU HASTANELERİNE YANSIMALARI

Bu bölümde özellikle son 10 yıllık süreçte Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde gerçekleşen reform süreci diğer AB ülkelerindeki uygulamalar ile karşılaştırmalı olarak istatistiki veriler altında ele alınmaya çalışılmıştır.

SDP'nin hayata geçirilmesi ile birlikte devlet hastanelerini daha insan odaklı ve üretken hale getirmek ve verilen hizmetin kalitesini artırmak amacıyla hastanelerde yeniden yapılanma süreci başlamıştır. Hizmet kalitesi, hizmet verimliliği ve etkinliğini artırmak, hastanelere hizmet sunumu işlevinin yerine getirilmesinde daha fazla özerklik ve esneklik sağlamak amacıyla hastanelerde yaşanan reform süreci:

- 1) Hastane hastanelerinde yeniden yapılanma çalışmaları,
- 2) Performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulanması,
- 3) Hasta haklarına yönelik uygulamalar,
- 4) Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi,

olmak üzere 4 başlık halinde ele alınarak SDP reformunun SB hastaneleri açısından bir değerlendirmesi yapılmaya çalışılacaktır.

3.1 Hastane Hastanelerinde Yeniden Yapılanma Çalışmaları

Kamu hastanelerinde gerçekleştirilen reformların en önemli amacı sağlık hizmet sunucuları ile sağlık hizmetlerini finanse eden aktörlerin bir birinden ayrılarak hastane yönetiminde desantralizasyonun güçlendirilmesidir. Desantralizasyon özellikle sağlık hizmetlerinin performansının artırılması için gelişmiş ülkelerde gerçekleştirilen yapısal reformların en önemli bileşeni olmuştur^{133,134}.

Avrupa ülkeleri başta olmak üzere diğer ülkelerde gerçekleştirilen hastane reform çalışmalarının geçiş aşamaları incelendiğinde¹³⁵;

- 1) Kamu hastanelerinin yönetim otonomilerinin yükseltilmesini,
- 2) Kamu hastanelerinin devlet bütçesine bağlı birimler olmaktan çıkartılarak işletmelere dönüştürülmesi,

¹³³ HARDİNG ve PREKER, a.g.k. s.23-78

¹³⁴ TOP, M. ve GİDER, Ö. Kamu hastanelerinde özerkleştirme ve özelleştirme, TÜSİAD Görüş Dergisi, sayı: 60, Eylül-Ekim, 2004, s. 68-74

¹³⁵ HARDİNG ve PREKER, a.g.k. s.23-78

- 3) Kamu sektöründeki hastanelerin mülkiyetle birlikte özel sektöre devredilmesini içeren bir süreç izlendiği görülmektedir. Başka bir deyişle dünya genelinde hastane reformları sağlık sektöründe liberalleşmeyi öngören reformlardan oluşmaktadır.

Kamu hastanelerinin otonomizasyonu özellikle gelişmekte olan ülkelerde yoğun bir şekilde ele alınmaktadır. Hastane otonomizasyonu kamu hastane sektöründe kaynak dağıtımında hastane yöneticilerinin daha yetkili ve sorumlu olması esasına dayanmaktadır. Kamu hastane sektöründe yapılan güçlendirme çalışmaları kamu hastanelerinin yönetim anlayışlarının daha esnek olması, yöneticilerin yetki ve sorumluluklarının artırılması, merkezi hükümetin kamu hastanelerindeki aşırı merkezîyetçi davranışlarının azaltılması, hastane yönetim kurullarında toplumdan insanların yer alması öngörülmektedir¹³⁶.

İşletmeye dönüştürme reformları ise; özel sektör işletmelerin verimlilik ve yönetim anlayışı örnek alınarak, kamu hastanelerinin sosyal amaçlar doğrultusunda şirketleşmesi hedeflenmektedir. Kamu hastanelerinin işletmeye dönüştürülmesi hastanelerin yönetim otonomizasyonunun artırılmasından daha etkilidir. Çünkü kamu hastanelerinin işletmeye dönüştürülmesi ile hastanelerin tüm faaliyetleri üzerinde tek sorumlu ve yetkili kurum hastane yönetimleri olacaktır¹³⁷.

Özelleştirme, kamu hastanesi üzerindeki bütün kamu sektörü kurallarını ve hükümet çalışanlarının doğrudan kontrolünü ortadan kaldırmaktadır. Özelleştirme reformları kamu hastanelerinin devlet hiyerarşisinden ayrı olarak bağımsız yeni özel sahipleri tarafından işletilmesini ve yönetilmesini öngörmektedir. Buna bağlı olarak özelleştirilen kamu hastanelerinde mülkiyet sahipleri veya hisse sahiplerinin gelirlerini maksimize etmek en önemli amaç olmaktadır¹³⁸.

AB ülkelerinde uygulanan hastane reformlarına bakıldığında hastanelerin özelleştirilmesine yönelik kamu-özel ortaklığı stratejisini benimsendiği görülmektedir. Kamu-özel hastane sektörü arasında ortaklığın sağlanması ve geliştirilmesi stratejisi özellikle Batı Avrupa ülkelerinde özel hastane sektöründeki verimliliğin kamu hastaneciliğinde de gerçekleştirilmesi için hastane reform çalışmalarında başvurulan temel stratejilerden biridir¹³⁹.

¹³⁶ HARDİNG ve PREKER, a.g.k. s.23-78

¹³⁷ HARDİNG ve PREKER, a.g.k. s.23-78

¹³⁸ HARDİNG ve PREKER, a.g.k. s.23-78

¹³⁹ The World Bank Group , Public Hospitals: Options for Reform through Public-Private Partnership.s. Public Policy for Private Sector, Note Number 241, The World Bank Group Private Sector and Infrastructure Network. 2002, s.1-4

Kamu-özel ortaklığı çerçevesinde özel bir işletmenin bir kamu hastanesini inşa etmesi, hastane ya da başka bir amaç için satın alması ve işletmesi söz konusu olabileceği gibi, bir kamu hastanesinin özel işletme tarafından yönetilmesi ya da özel işletmenin kurduğu bir hastaneyi hükümete kiralaması gibi uygulamalara da yer verilmektedir. Ayrıca, kamu- özel ortaklığı kamu hastanelerinin belirli klinik ya da klinik olmayan hizmetler ile klinik destek hizmetlerini özel işletmelerden satın alması şeklinde de olabilir. Avrupa ülkelerinde kamu-özel ortaklığına ilişkin örneklere bakıldığında İsveç'te bir özel hizmet sunucusuna 240 yataklı bir kamu hastanesi kiraya verilmiş ve işletme maliyetlerinde % 30 tasarruf sağlanmıştır. İngiltere'de son 20 yılda birçok kamu hastanesinin finansmanı, inşası ve yönetiminde kamu-özel ortaklığı yöntemi kullanılmıştır. Bu program altında çamaşırhane, güvenlik, temizlik, park ve yemek gibi tıbbi olmayan hizmetlerin sağlanması için özel firmalarla sözleşmeler yapılmıştır¹⁴⁰. Kamu-özel ortaklığı uygulaması her ne kadar bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve maliyetlerin kontrol edilmesi için güçlü bir araç olmasına karşın, hükümetlerin bu programın yararlarını değerlendirirken programın sağlık hizmetlerine ulaşım ve hastaneler arasındaki rekabet üzerindeki etkilerini de değerlendirmeleri gerekmektedir.

Hastane sektöründe yaşanan ve onların hizmet ettikleri toplumdaki rol ve fonksiyonlarında önemli değişimlere neden olan diğer bir faktör de tedavi yöntemlerindeki gelişmelerdir. Örneğin lazer tedavileri ile artık birçok cerrahi müdahale daha kısa sürede yapılabilmekte ve hastalar kısa bir süre sonra taburcu edilmektedir. 1980'lerde kalp hastası olanların teşhis ve tedavi süreçleri günümüzdeki teşhis ve tedavi sürelerinden daha uzun olmasına karşın, yeni tedavi ve teşhis yöntemlerinin hastanelere girmesi ile kalp- damar hastalıkları başta olmak üzere birçok hastalığın tedavi süresi kısalmıştır. Avrupa ülkelerinde hastanede kalış süresi 1970'lerde ortalama 16,5 gün iken, 2009'da 8,6 güne inmiş ve yaklaşık 6 günlük bir düşüş yaşanmıştır¹⁴¹.

İngiltere'de 1985'de tüm başvuruların % 17,7'si günlük vaka olarak tedavi edilirken, 1997'de bu oran % 38,9'a kadar yükselmiştir. Ayakta bakım yönündeki bu değişimin yataklı hizmetlerin yerini alıp almayacağı ya da ilave işlere neden olup olmayacağı bir tartışma konusudur. Ancak İngiltere'de yakın zamanlardaki kanıtlar yeni teknolojinin ve günlük bakım ortamlarının varlığının yataklı hizmetlere alternatif olmaktan çok ilave iş ya da iş ortamlarına neden olduğunu öne sürmektedir¹⁴².

¹⁴⁰ The World Bank Group, ag.k, s.1-4

¹⁴¹ WHO/ Europe, European HFA Database, 2009

¹⁴² TOP ve ŞAHİN, a.g.m. s.91

Türkiye’de sağlık sektöründe yapısal reformların ilk çalışmaları 1990 sonrası gerçekleştirildiği söylenebilir. Bu yıllarda AB ile uyumun sağlanmasına yönelik Dünya Bankası’nın katkılarıyla Sağlık Reformu Projesi hazırlanmıştır. Bu projede, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması, finansal korumanın geliştirilmesi, hastane özerkliğinin gerçekleştirilmesi, Sağlık Bakanlığı’nın örgüt yapısında desantralizasyonun sağlanması, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hasta sevk sisteminin kurulması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi, sağlık sektöründe yer alan kurumların kurumsal kapasitelerinin geliştirilmesi hususları yer almıştır¹⁴³. Ancak o yıllardaki mevcut ekonomik ve siyasi konjonktür projede beklenen hedeflerin gerçekleştirilmesini engellemiştir.

SDP’ nin hayata geçirilmesi ile birlikte sağlık sektöründe özelinde de hastanelerde bir dizi reform süreci yaşanmaya başlanmıştır. Hastanelerde yaşanan bu reformların belki de en önemlisi Üniversite ve MSB’ ye bağlı hastaneler haricinde tüm sağlık kuruluşların SB’ ye devredilmesidir. 2005 yılında gerçekleştirilen bu entegrasyon, SSK hastanelerinin de SB’ ye bağlanmasını sağladığı için SSK’nın hizmet sunumu işlevinden kurtulmasına ve sadece satın almaya odaklanmasına yardımcı olmuştur. Ancak bu reformun asıl amacı tüm kamu hastaneleri arasındaki yönetim ve ödeme mekanizmalarının uyumlu hale getirilmesi ve bu hastanelerin özerkleşmesine giden yolun açılmasıdır. Entegrasyonun, esas olarak hastanelere erişimi artırması ve SB hastanelerinin önceden başarıyla benimsediği, üretkenlik ve etkinliği artıran aynı performans yönetimi modeli uygulanarak tahsis verimliliğinin ve teknik verimliliğin iyileştirilmesi hedeflenmiştir¹⁴⁴.

Hastaneler üzerinde gerçekleştirilen reform çalışmalarının yoğunlaştığı bir diğer konu, hastanelerin yerel yönetimlere devredilmesidir. Bu amaçla 2007 yılında Devlet Hastaneleri Birliği’nin Pilot Uygulaması Konulu Yasa Taslağı hazırlanmış ve görüşülmek üzere TBMM’ye sunulmuştur. Kanun, kamu teşebbüsü modeline dayalı hastane yönetimi ilkelerini belirlemektedir. Buna göre pilot projeye katılan hastaneler kurullar tarafından yönetilecek; ancak SB’ ye bağlı olmaya devam edeceklerdir. Kanun, bölgesel düzeyde ortak bir hastane birliği oluşturulması olanağı da sunmaktadır. Bu birlik, program planlama, bütçelendirme ve uygulamayı ortaklaşa üstlenecek bir hastaneler ağından meydana gelecektir. Pilot hastane birlikleri, sağlık personeli işe alımı ve kaynak tahsisi kararları konusunda daha fazla özerkliğe ve esnekliğe sahip olacaktır. Hastane çalışanları,

¹⁴³ T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikası: Üçüncü Binyıla Hazırlanıyoruz. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993, s.13-52

¹⁴⁴ OECD, a.g.k. s.43-44

artık kamu çalışanı sınıfında olmayacak ve artık sağlık sektöründe ömür boyu istihdam hakkına sahip olmayacaklardır. SB, hizmet kalitesini garanti etmekten ve hastane birliklerinin SB standartlarına uymalarını sağlamaktan sorumlu olacaktır¹⁴⁵.

Sağlık hizmeti sunumunda yaşanan diğer bir değişim ise, KÖO (Kamu-özel ortaklıkları) alanında yaşanmaktadır. GSS kapsamında SGK yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetlerinin sunumuna yönelik olarak özel kuruluşlarla sözleşme yapmaktadır. Şu anda yaklaşık 1000 özel kuruluşun SGK ile sözleşmesi bulunmaktadır ve bunların 350 tanesi özel hastanedir. Özel hastanelerin “ekstra faturalandırma” yapmasına izin verilmesi gibi hizmet sunuculara ödeme yapılması yöntemleri, özel sektörü SGK ile sözleşme yapmaya teşvik amacıyla SGK’nın benimsediği bir yöntemdir. Bu mekanizmalar, özel hizmet sunumuna yönelik düzenlemelerin SB tarafından daha da güçlendirilmesi ile desteklenmektedir. 2008 yılı Şubat ayında SB tarafından kabul edilen düzenleme ile yeni özel ayakta tedavi klinik ve tanı merkezleri için “ihtiyaç ruhsatı” koşulu uygulamasını getirilmiştir. Bu düzenlemenin ülke genelindeki kamu kuruluşları ve özel kuruluşların etkili, daha kaliteli ve ihtiyaç odaklı bir şekilde işlemlerini sağlayarak önemli pozitif bir etkide bulunması beklenmektedir. 2006’da sağlık sektörüne yönelik bir KÖO Kanunu kabul edilmiş ve sağlık sektöründe pilot çalışmalar yapmak üzere SB bünyesinde yeni bir Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur¹⁴⁶.

SDP’ nin uygulanmaya başlanmasında bugüne kadar hastanelerde gerçekleştirilen reformlar arasında;

- 1) Hastane yöneticilerine döner sermayelerin yönetimi ve ayrıca satın alma ve yatırım kararları konusunda daha fazla özerklik ve esneklik verilmesi,
- 2) Performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulanması,
- 3) Hastane klinik (tanı) hizmetlerinin dışarıdan hizmet alımı yöntemiyle özel sektörden alınması (kamu özel ortaklığı),
- 4) Sağlık enformasyon sistemlerinin daha iyi bir seviyeye getirilmesi,
- 5) Hastane kalite ve verimlilik denetimlerinin yapılması sayılabilir¹⁴⁷.

¹⁴⁵ OECD, a.g.k. s.43-44

¹⁴⁶ OECD, a.g.k. s.44-45

¹⁴⁷ OECD, a.g.k. s.44

3.2 Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Uygulanması

Son yıllarda birçok ülkede hizmet süresinin uzunluğuna bağlı kıdem ücret sistemi yerine bireysel ya da grup performansına bağlı ücret sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Ücret sistemlerinde yaşanan bu değişime OECD ülkelerindeki uygulamaların önemli bir etkisinin olduğu söylenebilir¹⁴⁸.

Performansa dayalı ücret, çalışanların ücretleri ile yaptıkları işte gösterdikleri performansları arasında bir bağlantı kurma yöntemi¹⁴⁹ şeklinde tanımlanabilir. Bu ücretlendirme sistemi ile çalışanların motivasyonu artırılarak elde edilen hizmet ve verimlilik artışına bağlı olarak ek bir ücret almaları amaçlanmaktadır.

Performansa dayalı ek ödeme (PDEÖ) sistemi SB tarafından belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterlerini de dikkate alarak, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, yapılan muayeneler, ameliyat, anestezi ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar¹⁵⁰ esas alınarak SB' ye bağlı kurumlarda daha kaliteli ve daha verimli bir sağlık hizmet sunumunun teşvik edilmesi amacıyla çalışan personele döner sermaye gelirlerinden ek bir ödeme yapılmasını öngören bir sistemdir.

2004 yılında 10 hastane pilot uygulama olarak hayata geçirilmiş, 2005 yılında SSK' ya bağlı hastanelerin de SB' ye devredilmesi ile birlikte bu hastanelerde de uygulanmaya başlanmıştır. 2009 yılı itibari ile SB' ye bağlı tüm sağlık kurumlarında uygulanmakta olan PDEÖ' nün temel amacı çalışanların iş motivasyonunu ve üretkenliğini artırarak hastanelerdeki yoğunluğun azaltılması ve hasta memnuniyetinin artırılmasıdır.

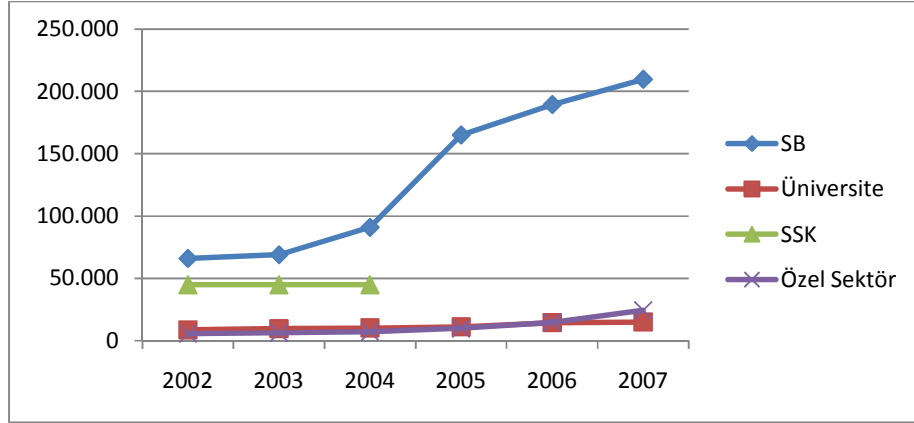
SDP'nin uygulamaya başlamasında önce kamu hastanelerindeki hekimlerin büyük çoğunluğu yarı zamanlı olarak çalışmakta, hekimler daha çok kendi muayenehanelerinde veya özel sektörde çalışmayı tercih etmekteydi. Bu durum devlet hastanelerinde aşırı kalabalık olmasının ve uzun kuyrukların en önemli nedenlerden biriydi. PDEÖ; hizmet kalitesi, verimlilik ve hasta memnuniyetine odaklanmayı, SB hastanelerinde performans yönetimini artırmayı hedefleyen reform sürecinin önemli bir bileşeni olarak düşünülmüştür. PDEÖ' nün SB' ye bağlı hastanelerdeki reform sürecine katkılarını istatistiksel veriler altında incelediğimizde şu sonuçlar ortaya çıkmıştır.

¹⁴⁸ KESTANE, D. Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği, Maliye Dergisi, Sayı: 142, 2003, s.132

¹⁴⁹ DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlık çalışmaları, Verimliliğe Dayalı Ücret Sistemlerine Geçiş, ÖİK Raporu, Ankara, 2000, s.39

¹⁵⁰ AYDIN, S. ve ark. Sağlıkta Performans Yönetimi- Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007, s. 59

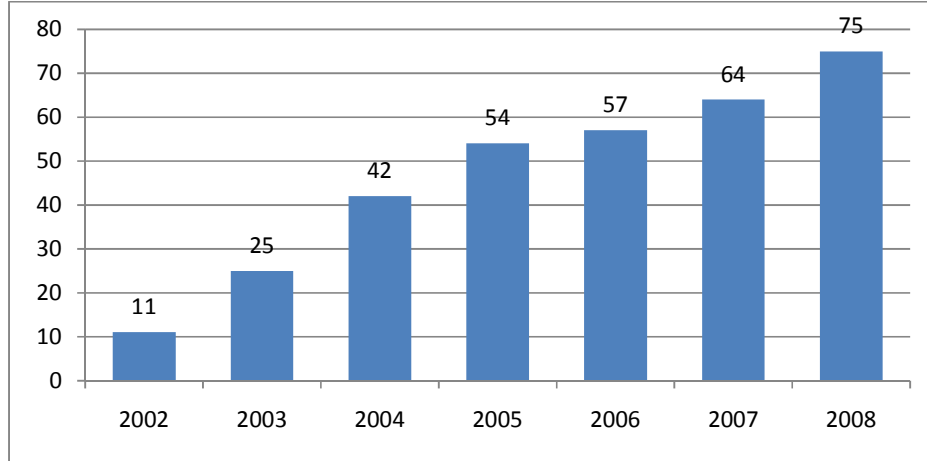
Grafik 1: Kamu Hastanelerinde Muayene Edilen Hasta Sayıları, (Bin) 2002-2007



Kaynak: SB Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıkları 2007

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2002-2007 yılları arasında muayene edilen hasta sayılarına bakıldığında 2005 yılında önemli bir artış göze çarpmaktadır. Bu durumun en önemli nedeni SSK hastanelerinin SB ' ye devredilmesinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca 2004 yılında PDEÖ sisteminin uygulamaya başlanması ile yıllar itibari ile daha fazla hasta muayene edildiği görülmektedir. PDEÖ ile birlikte yarı zamanlı olarak çalışan hekimlerin kendi muayenehanelerini kapatarak Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışmayı tercih etmelerinden kaynaklanmaktadır.

Grafik 2: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Tam Gün Çalışan Hekim Oranı (%)



Kaynak: Mollahaliloğlu. S. Türkiye’de Sağlık İnsan Kaynaklarının Mevcut Durumu, <http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/ppt/mollahaliloglu.ppt>, (13.06.2009)

2002 yılında SB’ de tam gün çalışan hekim oranı % 11 iken, 2004 yılında % 42, 2008 yılında ise % 75 olmuştur.

Tablo 11: Avrupa Birliği Ülkelerindeki yatak kapasitesi

Ülkeler	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Avusturya	780,47	773,63	773,19	768,2	764,96	776,34
Belçika	541,78	536,68	534,59	529,5	528,49	525,06
Çek Cum.	860,23	855,52	847,44	837,62	825,12	810,52
Danimarka	413,55	398,72	382,25	370,35	364,5	349,48
Estonya	607,08	592,29	581,79	547,81	564,77	556,99
Finlandiya	731,17	724,86	690,15	702,88	696,11	688,49
Hırvatistan	566,87	561,19	552,98	545,26	545,88	534,6
Almanya	887,36	874,56	857,93	846,42	826,09	*
Fransa	780,01	759,89	743,22	727,54	716,78	*
Polonya	557,14	547,04	534,82	523,49	516,17	*
İspanya	353,64	345	341,7	336,1	337,03	*
Bulgaristan	648,5	628,5	613,13	642,32	622,07	636,43
Yunanistan	471,27	469,56	468,82	472,9	481,69	*
İtalya	430,18	411,8	398,65	399,91	393,9	*
Macaristan	785,07	783,53	782,75	785,42	791,68	712,55
İrlanda	590,37	579,39	572,14	556,68	533,91	*
TÜRKİYE	234,1	257,43	263,93	267,28	269,5	284,59

Kaynak: WHO/ Europe, European HFA Database, 2009

* O yıla ait veri bulunmamaktadır.

Türkiye'deki hastanelerdeki mevcut yatak sayılarına bakıldığında yıllar itibari ile artış göstermektedir. Fakat diğer AB ülkeleriyle karşılaştırdığımızda oldukça düşük seviyelerdedir. AB ülkelerinde; Almanya, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Macaristan, Finlandiya ve Bulgaristan yatak sayısı bakımından en iyi durumda olan ülkeler olarak göze çarpmaktadır. Hekim sayısı açısından incelediğimizde ise; 100 bin kişiye düşen hekim sayısı bakımından en ileri düzeyde olan ülkeler; Litvanya, Avusturya Fransa, İspanya, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti ve Almanya'dır. Türkiye hekim sayısı açısından oldukça düşük seviyelerdedir. Türkiye ve Avusturya gibi ülkelerde hekimlerin büyük bir oranı hastanelerde çalışmakta iken diğer ülkelerde bu oran oldukça düşüktür. Bu ülkelerdeki hekimleri büyük oranda birinci basamak sağlık birimlerinde ve kendi muayenelerinde hizmet verdiği söylenebilir.

Tablo 12: AB Ülkelerindeki Hekim Sayılarındaki Durum

Ülkeler	100 Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı		Hastanede Çalışan Hekimlerin Oranı (%)	
	2001	2007	2001	2007
Avusturya	325,9	374,91	68,87	65,17
Estonya	303,79	328,53*	49,7	51,9*
Çek Cum.	344,5	356,64	25,7	25,8
Macaristan	316,31	278,02	43,49	37,29
Finlandiya	310,52	330,95	52,9	50,7
Hırvatistan	237,79	259,02	53,66	57,17
Almanya	330,7	348,35	44,14	46,93*
Fransa	331,12	341,63	28,5	30,1
İspanya	307,53	375,65	47,5	45,1*
Litvanya	403,04	406,71	40,8	42,2
Danimarka	272,82	319,76*	72,4	74,5*
Bulgaristan	343,55	364,58	49,6	50,1
TÜRKİYE	132,75	154,27	59,9	66,5

Kaynak: WHO/ Europe, European HFA Database, 2009

* O yıla ait veri bulunmadığından 2006 verileri konulmuştur.

AB ülkelerinde tedavi edilen yatan hasta sayılarına bakıldığında yıllar itibari ile en yüksek yatan hasta sayısı Almanya'da gerçekleşmiştir. Türkiye'deki hastanelerde 2007 yılı içerisinde 8.720.289 yatan hastaya hizmet verilmiştir.

Tablo 13: AB Ülkelerinde Muayene Edilen Yatan Hasta Sayıları

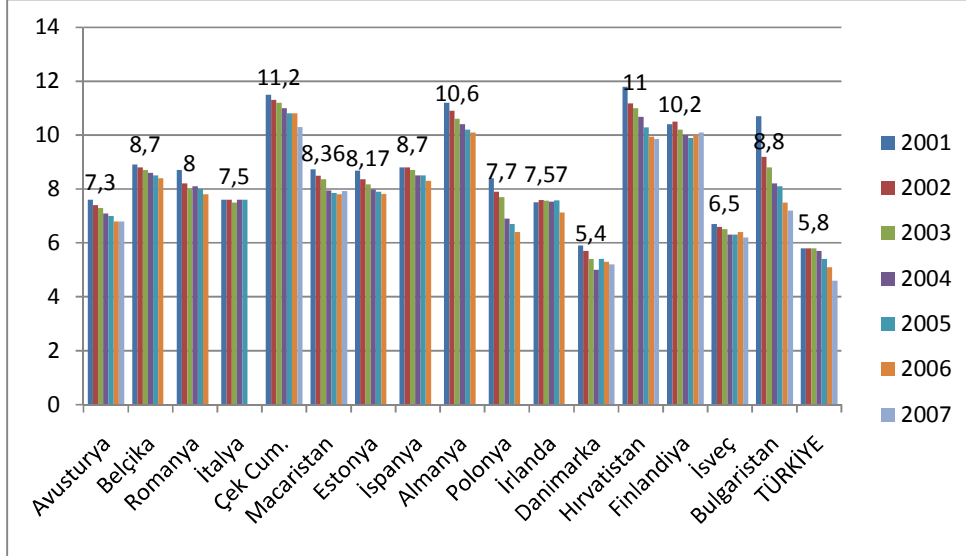
Ülkeler	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Avusturya	2.181.809	2.208.493	2.235.188	2.248.237	2.286.444	2.317.064
Belçika	1.699.658	1.696.156	1.700.966	1.710.575	1.712.899	*
Romanya	5.832.090	5.415.050	5.299.573	5.338.773	5.235.491	*
İtalya	8.984.106	8.792.453	8.708.296	8.580.732	*	*
Çek Cum.	2.148.276	2.219.764	2.261.171	2.257.576	2.220.747	*
Macaristan	2.498.987	2.530.170	2.505.431	2.524.072	2.440.714	2.097.272
Estonya	259.772	260.108	258.757	246.521	252.930	253.770
İspanya	4.889.658	4.970.613	5.061.230	5.097.150	5.156.819	*
Almanya	19.475.760	19.189.918	18.695.332	18.686.428	18.666.366	*
Polonya	6.697.920	6.616.174	6.701.399	6.739.379	6.791.230	*
İrlanda	567.078	576.856	585.416	588.010	601.043	*
Danimarka	1.167.000	1.175.000	1.194.857	832.726	830.887	828.922
Hırvatistan	696.519	719.844	726.320	737.174	752.453	750.029
Finlandiya	1.360.035	1.354.162	1.348.693	1.351.981	1.323.443	1.301.522
İsveç	1.386.600	1.383.057	1.393.324	1.407.582	1.422.221	1.430.045
Bulgaristan	1.294.645	1.371.880	1.521.337	1.623.303	1.662.082	1.745.466
TÜRKİYE	5.508.263	5.632.656	6.440.800	7.011.514	7.764.651	8.720.289

Kaynak: WHO/Europe, European HFA Database, 2009

*O yıla ait veri yoktur

AB ülkelerindeki hastanelerde ortalama kalış uzunluğuna bakıldığında Çek Cumhuriyeti, Almanya, Hırvatistan ve Finlandiya yatan hastaların hastanelerde ortalama kalış uzunluğu en yüksek olan ülkelerdir. Türkiye’de 2001 yılında bu oran 5,8 ve yıldan yıla azalma eğilimindedir.

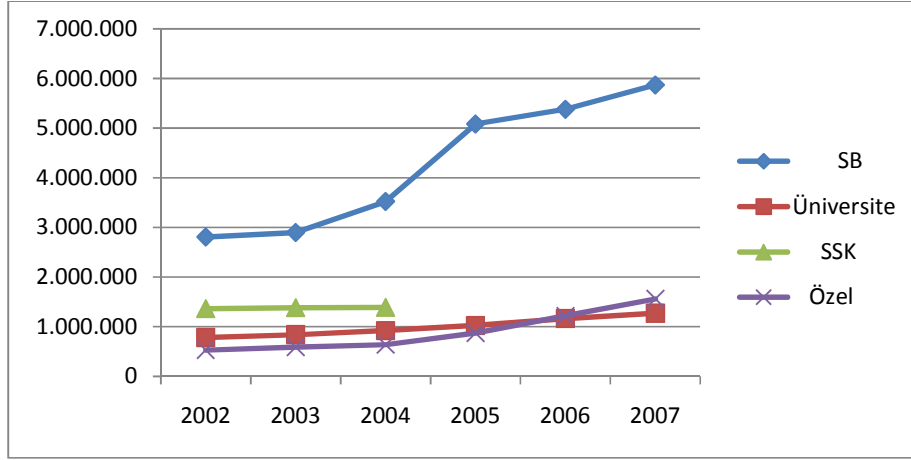
Grafik 3: AB Ülkelerindeki Hastanelerde Ortalama Kalış Gün Sayısı



Kaynak: WHO/ Europe, European HFA Database, 2009

Türkiye’de yatan hasta durumunun kurumlara göre dağılımına bakıldığında en fazla yatak hasta sayısının sağlık bakanlığı hastanelerinde olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yatana hasta sayısındaki artış 2004 yılında PDEÖ’ nün uygulamaya girmesinde sonrasında yaşanmıştır. 2005 yılında gerçekleşen yatan hasta sayısındaki artış SSK hastanelerinin SB’ ye devredilmesinden kaynaklanmaktadır. Özel sektörde yaşanan hem muayene hem de yatan hasta sayısındaki artış özellikle SSK’lı hastalarında özel hastanelerde tedavi olabilme serbestliğinin getirilmesi sonrası yaşanmıştır.

Grafik 4: Türkiye’de Hastanelere Başvuran Hastaların Kurumlara Göre Yatan Hasta Durumu



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2007

Sonuç olarak Türkiye hasta yatağı ve hekim sayısı göz önüne alındığında AB ülkelerinin oldukça gerisindedir. Ancak hastaların hastanelerde ortalama kalış gün sayısı bakımından AB ortalamasının altındadır. Türkiye’de muayene edilen yatan hasta sayılarına bakıldığında ise; PDEÖ uygulamasından önce 2002 ve 2003 yılında yatan hasta sayısı aynı iken, 2004 yılında ve SSK hastanelerinin SB’ ye devri sonrasında önemli bir oranda artış meydana gelmiştir. 2004 yılında bir önceki yıla göre yatak kullanım kapasitesinin % 5,6 oranında artmasına rağmen, yatan hasta sayısının bunun yaklaşık 6 katı artması sonucu bu talep, hastane mevcut yatağının daha verimli ve etkin kullanılması ile karşılanmıştır. 2008 yılı sonu itibari ile hastanelerde tam gün çalışan hekim sayısı oranı % 75 olarak gerçekleşmiştir. Bu durum 2009 yılında çıkarılması hedeflenen tam gün yarasının uygulanabilirliği açısından önemli bir gelişme olarak değerlendirilebilir.

3.3 Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon

Toplam Kalite Yönetimi (TKY), Deming, Crosby, Juran, ve Ishikawa ‘nın öncülüğünde gelişen ve bütün Dünya ülkelerinde yoğun ilgi duyulan yönetim anlayışında değişimi öngören bir anlayış biçimidir.

TKY bir kurum ya da kuruluşun tüm kaynaklarını (insan, teknoloji, bilgi, malzeme, finans) tüm faaliyetlerini, çalışanların ve müşterilerin mevcut ve gelecekteki beklentilerini

tatmin edecek, iş sonuçlarında mükemmelliği sağlayacak ve topluma olumlu katkılarda bulunacak şekilde yönlendirmesi olarak tanımlanabilir¹⁵¹.

1990'dan beri bütün dünya ülkelerinde olduğu gibi AB ülkeleri de TKY ile yakından ilgilenmektedir. AB devletlerinin kalite konusundaki ilgisini beş alanda yoğunlaştırmıştır. Bunlardan birincisi, İngiltere, Fransa, İsveç, Hollanda ve Norveç, profesyonellerin ve hastanelerin kalite ve kalite güvencesi konusunda sorumluluk almalarını gerektiren kanunlar çıkartmış ve düzenlemeler yapmıştır. İkincisi, birçok devlet, profesyonel derneklerin ve diğer örgütlerin finansal olarak desteklenmesi ve bağımsız ulusal kalite örgütlerinin kurulması yoluyla kaliteyle ilgili faaliyetleri teşvik etmektedir. Hollanda kurulan Ulusal Kalite Güvencesi Örgütü, Belçika, Almanya, İtalya, Fransa ve İspanya gibi diğer AB devletlerinde bu tür örgütler için bir model olmuştur. Üçüncüsü, devletler, halkın sağlık hizmetlerine olan şikayetlerini, maksimum bekleme süreleri gibi hizmet garantileri önererek ve hasta haklarını belgeleyerek gidermeye çalışmaktadır. Dördüncüsü, devletler, Uluslararası Standartlar Örgütü ISO normları ya da gönüllü örgütsel denetimler yoluyla, sağlık kuruluşlarının akreditasyonu konusuna önem vermektedir. Beşincisi, devletler, maliyetleri azaltma ve kaliteyi iyileştirme yaklaşımları olarak TKY' ye ve sürekli kalite iyileştirmeye olan ilgilerini dile getirmektedir¹⁵². Doğal olarak AB ülkelerinin daha düşük maliyetle daha etkin ve kaliteli sağlık hizmetinin sunulması amacına yönelik sağlık kurumlarında TKY' ye duyduğu bu ilgi, ülkemizde de gerçekleştirilen sağlık reformuna ilham kaynağı olmuştur.

Hastanelerde TKY çalışmaları, hastanelerin bu fonksiyonlarının gerçekleştirilmesini sağlayan süreçlerle doğrudan ilişkilidir. Bu süreçler; teşhis, tedavi ve bakım süreçleri ile bunları destekleyen alt süreçlerden oluşmaktadır. Örneğin; poliklinik süreci, klinik süreci, ameliyathane süreci, acil servis süreci, laboratuvar süreci ele alındığında ve bu süreçlerin her biri hizmetin yerine getirilmesinde birbirine yakından bağlı olduğu görülmektedir. İdari ve destek süreçlerinin ise, tıbbi süreçlere kesintisiz destek vermesi gerekmektedir.

Bu açıdan değerlendirildiğinde; aslında hastaneler yönetilmesi en zor olan kuruluşlar arasında yer almaktadır. Bunun nedenleri ise¹⁵³

¹⁵¹ GÖKMEN, C. Hastaneler İçin Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu, T.C. S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005, s.9

¹⁵² KAYA, S. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi: Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış, http://skid.org.tr/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=10&Itemid=85, (23.05.2009)

¹⁵³ ASUNAKUTLU, T. Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarında Kalite Yönetimi, Nihai Rapor, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004, s.27-30

- Hizmet konusu olan insan sağlığı, kişinin en değerli varlığı olup, hizmette çoğu zaman geri dđnüş şansı yoktur. Teşhis ve tedavi hizmetinin hataya tahammülü olmayıp, hata oranının artması çoğu zaman mortalite oranını artırabilmektedir.
- Bu hizmetler çok sayıda (225) farklı meslek grubundan oluşan çalışanlarca sunulmaktadır. Hizmeti alanlarla hizmeti sunanlar doğrudan ilişki içindedir. Bu kadar farklı meslek grubunun ortak bir amaç doğrultusunda çalıştığı kuruluş sayısı çok sınırlıdır.
- Tıp teknolojisi her geçen gün gelişmekte, teşhis ve tedavi süreçlerinde kullanılan tıbbi cihazların ortalama 4 yılda bir yeni jenerasyonu üretilmektedir. Bu cihazların edinimlerinin yanı sıra, ölüm sonuçlarının doğruluğu da (kalibrasyon) teşhis ve tedavi sürecinde yaşamsal öneme sahiptir.
- Tüm sistemin 365 gün 24 saat kesintisiz çalışmasının sağlanması zorunludur.
- Hastalara sunulan hizmetler pahalı hizmetlerdir.

Hastanelerin, sahip olduğu bu özellikler nedeni ile son derece profesyonelce ve ağdaş yönetim ilkeleri doğrultusunda yönetilmeleri gerekliliği ortaya çıkmakta ve bu durumda TKY' i gündeme getirmektedir.

Ayrıca¹⁵⁴;

- Ekonomik gücü artan hastaların daha kaliteli hizmet beklentisinde olması,
- Yasal düzenlemelerdeki değişiklikler, (rneğin Devlet Memurları Kanunu'na tabi personel ile Emekli Sandığı hastalarının istediği yerde tedavi olma serbestliğinin getirilmesi),
- Sağlık kuruluşları arasındaki rekabet,
- Kaliteli sağlık hizmeti beklentisi,
- Finansal kaynakların rasyonel kullanılması için maliyetlerin düşürülerek, hizmet kalitesinin artırılması gibi parametrelere göre kalite çalışmalarının, öncelikli olarak uygulanması gereken alanlardan birinin de hastaneler olduğu ortaya çıkmaktadır.

AB lkelerindeki hastanelerde uygulanmakta olan kalite geliştirme çalışmalarını incelediğimizde şu sonuçlar elde edilmiştir.

İngiltere'de hastaneler doğrudan sağlık bakanlığına karşı sorumlu National Health Service (NHS) vakıfları olarak kurulmuştur. NHS' lerin ana hedeflerinden birisi sağlık hizmetlerinin kalitesi yükselmektir. SB' de 2007 yılında sağlık ve sosyal bakım

¹⁵⁴ASUNAKUTLU, T. a.g.k. 2004, s.27-30

hizmetlerinin kalitesinin ve güvenliğinin geliştirilmesini öncelikli amaç olarak belirlemiştir. İngiltere'deki hastanelerde kalite çalışmaları şu dört boyutta ele alınmaktadır¹⁵⁵.

- **Düzenleyici kurumlar:** İngiltere'de düzenlemeden sorumlu Sağlık Komisyonu, Sosyal Bakım Teftiş Komisyonu ve Zihinsel Sağlık Hareketi Komisyonu olmak üzere üç kurum vardır. Bu kurumlar sağlık hizmeti sunan kamu ve özel kurumların kalite denetimini yapmaktadır.
- **Hedefler:** Hükümet tarafın hizmet bakım kalitesi artırmaya yönelik bir dizi hedefler ortaya konulmuştur. Bu hedefler düzenleyici kurumlar, sağlık bakanlığı ve yerel organizasyonlar tarafından düzenli olarak izlenmektedir.
- **Ulusal hizmet çerçeveleri:** SB 1998 yılından beri sağlık bakımında belli alanları geliştirmeye yönelik, koroner hastalık, kanser, zihinsel hastalık, şeker hastalığı gibi birtakım ulusal hizmet çerçeveleri geliştirmektedir. Belli hizmet ve bakım grupları için standartların oluşturulması ve ana müdahalelerin tanımlanması ile hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve sunulan hizmetteki farklılıkların giderilmesine çalışılmaktadır.
- **Kalite ve sonuç çerçevesi:** Bu çerçeve genel pratisyen hekimler tarafından verilen hizmet kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. 2005 yılından beri yürürlükte olan kalitenin geliştirilmesine teşvik sağlayan 2004 yılında imzalana yeni genel pratisyen hekim sözleşmesinin bir parçasıdır.

Fransa'da hastane yataklarının üçte-ikisi kamu hastanelerinde ve kar amacı gütmeyen hastanelerde bulunmaktadır. Geriye kalan üçte-birlik kısım kar amaçlı özel kliniklerde bulunmaktadır. Bu kamu hastanelerindeki ve özel kliniklerdeki hizmet bakım kalitesi akreditasyon sistemiyle izlenmektedir. Ayakta tedavi kalitesi ise profesyonel uygulamanın kabul görmesi sitemine dayanmaktadır. Her iki sistem de 2004 yılında oluşturulan ulusal sağlık mercii (Haute Autorite de Sante)' in sorumluluğundadır. Hastaneler her dört yılda bir uzman ekipler rafından akredite edilmesi zorunludur. Ayrıca doktorlarda yasa gereği her beş yılda bir pratikleri üzerinde bir değerlendirmeden geçmektedir. Diş hekimleri ve ebeler için de yakın gelecekte benzer bir süreçten geçirilmesi düşünülmektedir¹⁵⁶.

¹⁵⁵BOYLE, S. The health system in England, in Health system snapshots: Perspectives from six countries, Volume 14, Number 1, 2008, s.1-2

¹⁵⁶ZALESKİ-DURAN, İ. The health system in France, in Health system snapshots: Perspectives from six countries, Volume 14, Number 1, 2008, s.4

Almanya’da hastane yataklarının yaklaşık üçte-ikisi kamu hastanelerinde geriye kalan üçte-biri özel hastanelerde bulunmaktadır. Temelde hem kamu hastaneleri hem de özel hastaneler kar amacı gütmemektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi için bir dizi yapısal değişiklikler yapılmıştır. Tüm sağlık hizmeti sunucularına kalite yönetim sistemi kurma zorunluluğu, tüm doktorlar için sürekli tıbbi eğitim yükümlülüğü, gönüllü hastane akreditasyonu bu yapısal değişikliklerden bazılarıdır. Bunun yanı sıra ilaçlar ve müdahaleler için 2004 yılında Kalite ve Verimlilik Enstitüsü kurulmuştur. Süreç ve sonuç kalitesi tüm akut hastaneler için zorunlu kalite raporlama yolu ile ele alınmaktadır¹⁵⁷.

Danimarka’da hastanelerin yaklaşık % 99’u kamuya aittir. Hastanelerde sunulan hizmet kalitesini değerlendirmek için standartlara dayalı tam bir program yerleştirilmeye çalışılmaktadır. Program sistematik olmakla beraber hem klinik hem de örgütsel standartlar dahil olmak üzere, tüm sağlık hizmeti sunan kurumları kapsamaktadır. Kurumlar, standartları, süreçleri ve sonuçlarına dair ölçülmüş performanslarını geliştirme yeteneğine göre değerlendirilmektedir. Değerlendirme programının özü, kurumların yıllık kendi kendini değerlendirmesine ve her üç yılda bir profesyonel bir akreditasyon kurumu tarafından yapılan harici değerlendirmeye dayalı düzenli bir akreditasyon sistemidir¹⁵⁸.

Hollanda’ da hastanelerin çoğu özel ve kar amacı gütmeyen kurumlardır. Hastane bütçeleri, diğer faktörlerin yanı sıra yatak başına, hasta sayısına ve lisanslı uzman sayısına sabit bir miktar ödeyen bir formül kullanarak belirlenmektedir. Sağlık sistemi düzeyinde, bakım kalitesi, profesyonel performansı, hastanelerdeki kalite, hasta hakları ve sağlık teknolojileri mevzuat yoluyla denetlenmektedir. İzleme ve diğer faaliyetlerden ise ulusal bir sağlık müfettişliği sorumludur. Çoğu kalite güvencesi, hasta, tüketici kurumları ve sigorta kuruluşları ile yakın işbirliği içinde olan hastaneler ile birlikte yürütülmektedir. Ayrıca, sağlık bakımında kaliteyi sağlamada uzmanlar için, zorunlu sürekli tıbbi eğitim yükümlülüğü uygulanmaktadır. Kurumlarda kaliteyi sağlamak için kullanılan başlıca yöntemler ise; akreditasyon ve sertifikasyon, göstergelere dayalı zorunlu ve gönüllü performans değerlendirmesi kullanılmaktadır¹⁵⁹.

İsveç’te hastanelerin büyük çoğunluğu ilçe konseyleri tarafından iletilmektedir. Özel hastaneler ise temelde çeşitli ameliyatlarda uzmanlaşır ve ilçe konseyleri ile sözleşme yaparak çalışmaktadırlar. Yerel ve klinik düzeyde tıbbi kalite kayıtları uzman kuruluşlar

¹⁵⁷ BUSSE, R. The health system in Germany, in Health system snapshots: Perspectives from six countries, Volume 14, Number 1, 2008, s.6

¹⁵⁸VRANGBEK, K. The health system in Denmark, in Health system snapshots: Perspectives from six countries, Volume 14, Number 1, 2008, s.7

¹⁵⁹KLAZİNGA, N. The health system in The Netherlands, in Health system snapshots: Perspectives from six countries, Volume 14, Number 1, 2008, s.9

tarafından yönetilmektedir. 2006 yılından beri ilçe konseylerine bağlı hastanelerde kısmen de diğer hastanelerde sistematik olarak performans göstergeleri uygulanmaktadır¹⁶⁰.

Türkiye'deki kamu hastanelerinde kalite yönetimi çalışmalarının geçmişi oldukça yenidir. Kalite yönetimi çalışmaları ile ülkemizde sağlık hizmetlerini talep edenlerin, bu hizmeti hakkaniyetli ve en kolay ulaşılabilir biçimde, en düşük maliyetle almalarının sağlanması amaçlanmaktadır. Bunun gerçekleştirilmesi amacıyla TKY birçok işletmede olduğu gibi hastanelerde de tercih edilen yönetsel bir felsefe olarak düşünülmüştür. Son yıllarda SSK, Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite, Vakıf ve özel sektör hastanelerinde bu anlayış doğrultusunda kalite çalışmaları yürütülmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından Kalite Yönetim çalışmalarını planlamak üzere öncelikle hastanelerin mevcut durumu ele alınarak, neyi iyileştirmek gerektiği sorgulanmış, buna ilişkin bir hazırlık planı oluşturulmuş, iyileştirilmenin sağlanıp sağlanamayacağı konusunda durum analizi yapılmış ve bu aşamada bazı veriler toplanarak bilgiye dönüştürülmüştür. Bilgilerin elde edilmesini takiben çözüm yolları ortaya konulmuştur. Bakanlık, hastanelerine ilişkin belirlenen sorunlar; Süreçler, Yönetim ve Organizasyon, Fiziki Yapı ve Denetim ile İnsan gücü konularını içeren 4 ana başlık altında ele alınmıştır¹⁶¹. Yukarıda belirtilen sorunların çözümlenebilmesi için hastanelerde¹⁶²;

- Etkili ve verimli hizmet verilmesini temin edecek şekilde “Yönetim-Organizasyon Yapısını iyileştirmek,
- Hizmet sunanların daha etkili ve verimli çalışmalarını sağlamak için, optimum çalışma şartlarını sağlamak,
- Zaman kaybına yol açmadan, işlemlerin etkili ve verimli bir şekilde uygulanabilmesi için, birimler arası koordinasyonu sağlamak gerektiği ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmaların yapılması sürecinde; iki önemli temel aktivite stratejik adımlar olarak belirlenmiştir¹⁶³.

- Bakanlık olarak en üst düzeyde sahiplenme ve kararlılık,
- Hastanelerde kalite yönetimi alt yapısının oluşturulmasıdır.

¹⁶⁰ ANNEL, A. The health system in Sweden, in Health system snapshots: Perspectives from six countries, Volume 14, Number 1, 2008, s.11

¹⁶¹ GÖKMEN, a.g.k. s.9-13

¹⁶² GÖKMEN, a.g.k. s.9-13

¹⁶³ GÖKMEN, a.g.k. s.9-13

Kalite yönetimi uygulamasından Bakanlığın beklediği sonuçlar ise¹⁶⁴;

- Hasta ve hasta sahipleri, Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarını seçiyor, buralarda verilen hizmetlerden memnunlar,
- Nitelikli ve iş doyumuna olan personele sahibiz,
- Kaynaklarımızı en etkin ve en verimli şekilde değerlendiriyoruz. Şeklinde belirtilmiştir.

Kalite Yönetimi çalışmalarında personel üzerinde beklenen etki ise¹⁶⁵;

- Çalışanların kalite konusunda bilinç düzeyi artacak ve birçok kişinin çalışmalarında yer alması ile paylaşım ve sahiplenme artacak,
- Ortak amaçların paylaşılması ile takım ruhu ve örgüt kültürünün gelişmesi sağlanacak,
- Organizasyonun iyileştirme faaliyetlerine bakış açısı değişecek,
- Birimler arası iletişim artacak şekilde ortaya konulmuştur.

Bu amaçla; SB' ye bağlı yataklı tedavi kurumlarında verilmekte olan hizmetlerin değerlendirilmesi, verimlilik, etkililik ölçütleri içinde hizmetin TKY felsefesi doğrultusunda sunulabilmesi için, Kalite Yönetim Planı hazırlanmış ve bu çerçevede;

- Mevzuat düzenlemeleri,
- Bilgilendirme ve tanıtım toplantılarının organizasyonu,
- Dokümantasyonların hazırlanmasının planlanması,
- Liyakat, performans, anket ve değerlendirme kriterlerinin belirlenmesine yönelik programlar hazırlanmıştır¹⁶⁶.

Finansal plan çerçevesinde, TKY harcamalarının Döner Sermayeden karşılanmasına ilişkin onay Maliye Bakanlığında alınmış ve buna ilişkin bilgilendirme bir Genelge ile Tüm İl Valiliklerine yapılmıştır. Organizasyon planı çerçevesinde 2002 yılında "Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi" hazırlanarak uygulamaya konulmuştur. Bu yönerge ile hastanelerde kalite konseyi, kalite geliştirme ekibi ve eğitici ekibin oluşturulması; bu ekiplerce sistemin gözden geçirilmesi ve mevcut durum analizinin yapılarak hazırlanan kalite uygulama planının uygulanması sonucunda edilen verilerle

¹⁶⁴ GÖKMEN, a.g.k. s.9-13

¹⁶⁵ GÖKMEN, a.g.k. s.9-13

¹⁶⁶ GÖKMEN, a.g.k. s.9-13

yönetime etkinlik kazandırılması, sürekli iyileştirmenin sağlanması ve kalite kültürünün örgüt bünyesinde oluşturulması öngörülmektedir¹⁶⁷.

Kaliteli hizmet sunmanın kazançları nelerdir diye baktığımızda ilk etapta şunlar karşımıza çıkmaktadır¹⁶⁸:

- Halkın güveninin artması,
- İşbirliği, ekip çalışması ve dayanışmanın sağlanması,
- Prestijin artması,
- Verimliliğin artması,
- Maliyetlerin azalması,
- Güvenlik ve sağlığın artırılması,

Personel açısından;

- Sorun kaynakları gibi görülmeyecekleri için personelin motivasyonunun yükselmesi,
 - İşe devamsızlıkta azalma,
 - İşe yönelik daha çok ilgi,
 - İşin iyileştirilmesine yönelik motivasyon,
 - Profesyonelleşme,
- İdari açıdan;
- Veri toplama ve istatistiksel analizlerin yapılması ile kaynakların kontrol altına alınması,
 - Bütün personelin TKY faaliyetlerine katılması ile çalışanlar arasında sosyal iletişimin artması,
 - Çalışanlara değer verilmesi ile personel hareketliliğinin önüne geçilmesi,
 - Hizmet sunanlarla ilgili problemlerin çözümlenmesi, Motivasyon artırıcı yöntemlerin kullanılması ile motivasyonun artması.

Tıbbi Açıdan;

- Laboratuvar tetkik sürelerinin kısalması,
- Radyoloji tekrarlarının azalması,
- Ameliyathane kullanım sürelerinin verimli hale gelmesi,
- Hastane enfeksiyon oranının düşmesi,
- Hatalı reçete yazma ve ilaç verme oranında azalma ilk göze çarpan kazançlardır.

¹⁶⁷ GÖKMEN, a.g.k. s.9-13

¹⁶⁸ GÖKMEN, a.g.k. s.9-13

2002 yılı içinde hastane yönetimlerinin Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amacıyla "Hastane Yönetimi ve Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları" konulu toplantılar düzenlenmiş, ayrıca "Sağlık Hizmet Politikaları"nın belirlenmesi konusunda toplantılar yapılmıştır¹⁶⁹. TKY SB' ye bağlı yataklı tedavi kurumlarında uygulanmasına ilişkin hizmet alımlarının yapılması sürecinde kullanılmak üzere oluşturulan bir komisyon tarafından örnek şartname "TS EN- ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemleri Danışmanlık-Eğitim Hizmetleri Satın Alınması Teknik Şartname" ve "Kalibrasyon Hizmetleri Satın Alınması Teknik Şartnamesi" hazırlanarak, Valiliklere gönderilmiştir. Aynı komisyonca rehber kaynak olarak kullanılmak üzere hazırlanan "ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygulama Kılavuzu" basımı tamamlanarak kurumlara gönderilmiştir. Ayrıca, kurumların kalite yönetimi çalışmalarına başlamadan önce teknik, fiziki alt yapı ve yönetsel olarak değerlendirilmeleri amacıyla "Temel Kriterler" ve belgelendirme öncesi kalite güvence sistemi ile Bakanlık politikalarının uyumunun sağlanıp sağlanmadığını ölçmek amacıyla hazırlanan "Beygelendirme Öncesi Kriterler" hazırlanarak Sağlık Müdürlüklerine gönderilmiştir¹⁷⁰. 2004 yılında Kalite Koordinatörlüğü kurulmuş ve Sağlık Bakanlığının kalite alanındaki tüm çalışmaları bu koordinatörlük çatısı altında bir araya getirilmiştir. Ayrıca Akreditasyon çalışmaları ile ilgili hazırlıklar yapılmış, kalite yönetimi konusunda çeşitli düzeylerde bilgilendirme ve eğitim çalışmaları devam etmiştir. Bu sürecin sonunda 23.03.2007 tarihli ve 2542 sayılı Makam_Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi 01.05.2007 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu yönerge uyarınca İl kalite koordinatörlükleri tarafından oluşturulan ekipler tarafından yılda üç kez denetlenmesi öngörülmüş ve denetimler başlatılmıştır.

- Hizmete Erişim,
- Yönetim
- Bilgi Yönetimi
- Laboratuvar
- Radyoloji
- Ameliyathane

¹⁶⁹ ASUNAKUTLU, a.g.k. 2004, s.27-30

¹⁷⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı Tarafından Gerçekleştirilen Hastane Yönetimi Uygulamaları ve Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları Bölgesel Eğitim Toplantıları Raporu <http://www.saglik.gov.tr/extras/pdf/kyrapor.pdf> , (23.05.2009)

- Klinikler
- Hasta ve Çalışan Güvenliği
- Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
- Yoğun Bakımlar
- Diyaliz
- Tesis Yönetimi ve Güvenlik
- Eczane
- Acil Servis
- Mutfak
- Çamaşırhane
- Arşiv
- Depo
- Morg

Belirlenen bu kriterler daha çok Joint Commission International (JCI) tarafından yayınlanmış bulunan 2003 versiyonu hedef alınarak hazırlanmıştır.

2003 Hastane akreditasyon standardında kalın karakterde basılan standartlar akredite olmak için tüm kuruluşların karşılamak zorunda oldukları çekirdek standartlardı. Kalın karakterde basılmayan standartlar ise opsiyonel olan ve kurumların isteğine bırakılan standartlardı. 2008 baskısı ile birlikte bütün maddeler zorunlu hale getirilmiştir. Standartlar, Amaçlar ve Ölçülebilir Bileşenler olarak bölümlenmiştir. (Tablo 14)

Tablo 14: JCI Akreditasyon Standardı 2008

HASTA ODAKLI	ORGANİZASYON ODAKLI
Hizmete Erişim ve Hizmetin Sürekliliği	Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği
Hasta ve Hasta Yakınlarının Hakları	Yönetişim Liderlik ve Yönlendirme
Hastaların Değerlendirilmesi	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
Hastaların Bakımı	Tesis Yönetimi ve Güvenliği
Hasta ve Hasta yakınlarının Eğitimi	Çalışanların Niteliği ve Eğitimi
Anestezi ve Cerrahi Bakım	İletişim ve Bilgi Yönetimi
İlaç Yönetimi ve Kullanımı	

Kaynak: <http://www.hastaguvenligimiz.com/standart.htm>, (23.05.2009)

Hizmet Kalite Standartları Yönergesi uyarınca İl Kalite Koordinatörlükleri tarafından 2008 II. Dönemine kadar bu kriterler kullanılarak kamu hastanelerinin denetimi gerçekleştirilmiştir. 08.07.2008 tarihinde Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından yayımlanan yazı ile 1 Eylül 2009 tarihinde yürürlüğe girmek üzere Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi Yayınlanmıştır. Bu yönerge ile Bakanlık tarafından bir ilk uygulama gerçekleştirilerek Kamu, Özel, Üniversite ve Askeri Hastanelerin belgelendirilmesi ile ilgili model oluşturularak süreç başlatılmıştır. Bu süreçte Bakanlık tarafından hazırlanan esaslar ve yönergelere göre Hizmet Kalite Belgesi verilmesi çalışmaları yürütülmektedir. Bu yönerge ile birlikte;

- Hizmet Kalite Standartları
- Ağız Diş Sağlığı Merkezleri Hizmet Kalite Standartları
- 112 Hizmet Kalite Standartlar
- Koruyucu Hizmet göstergeleri yayınlanmıştır.

Hazırlanan Hizmet Kalite Standartları için rehberler değişik tarihlerde Bakanlık tarafından yayınlanmıştır. Bu süreçte hastaneler için hazırlanmış bulunan rehberin 28 Eylül 2008 tarihinde II. versiyonu hazırlanarak yürürlüğe konulmuştur.

3.4 Hasta Haklarına Yönelik Uygulamalar

Hasta Hakları, hastalar için karşılanması gereken temel gereksinimleri ifade eden¹⁷¹ everensel bir haktır.

Hasta haklarıyla ilgili ilk uluslar arası belge, 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından yayınlanmıştır. Hasta haklarını uluslararası düzeyde ilk gündeme taşıyanların hekimler olması ilgi çekicidir. Hasta haklarına, hekim ve sağlık çalışanlarının gösterdiği duyarlılığın bir işareti sayılabilir. Sonraki yıllarda Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Tabipler Birliği yeni bildiriler yayınlamıştır. AB, Roma Şartı ile AB ülkelerinde uyulması gereken hasta haklarını açıklamıştır¹⁷².

Bu bildirelerin sonucunda hasta hakları¹⁷³; Koruyucu Tedbirlerin Alınması Hakkı, Yararlanma Hakkı, Bilgilenme Hakkı, Rıza (onay) Hakkı, Özgür Seçim Hakkı, Özel ve Gizlilik Hakkı, Hastaların Vaktine Saygı, Kalite Standartları Hakkı, Güvenlik, Yenilik

¹⁷¹BOSTAN, S. Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:10, Sayı:1, 2007, s.2

¹⁷² BOSTAN, a.g.m. s.2

¹⁷³ COTTURRİ, G. ve ark, a.g.k. s.5-9

Hakkı, Gereksiz Ağrı ve Sıkıntıdan Sakınma Hakkı, Kişisel Tedavi Hakkı, Şikayet Hakkı, Tazminat Hakkı olmak üzere 14 başlıkta toplanmıştır.

AB ülkelerinde hasta haklarını korumak için hasta haklarının gelişim sürecine bağlı olarak bazı düzenlemeler gerçekleştirilmiştir.

Polonya’da 1991 yılında kabul edilen bir kanuna göre hastalar; sağlık durumunu ve sağlanabilen tedavi yönetimini reddetme veya kabul etme, tedavinin gizli kalmasını isteme, özel yaşama saygı, onurlu ve huzur içinde ölme hakkına sahiptirler^{174,175}.

1992 yılında İngiltere’de hasta haklarının geliştirilmesi ve kalitesinin artırılması hakkında yeni bir beyanname hazırlanmıştır. Burada vurgulanan kanuni haklardan ziyade standartlardır¹⁷⁶.

Finlandiya’da ise; 1993 yılında hasta hakları kanunla tanımlanmıştır. Avrupa’da bu kurallar hasta hakları konusunda yasamaya ilişkin bir dönüm noktasıdır. Bu kurallar hastalara iyi bir sağlık hizmeti almayı, tedavi hakkında bilgi sahibi olmayı, yapılan tedaviyi reddetme ve acil tedavi hakkını da sağlamaktadır. Finlandiya’daki kanunların en önemli özelliği her bir sağlık kuruluşunda hasta adına hasta haklarını koruyacak görevlilerin yer alması konusudur. Yani hasta mağdur duruma düştüğünde yalnız değildir. Bu görevlilerin rolü hastaların sahip olduğu haklar konusunda bilgilendirmek ve ilgili diğer konularda yardımcı olmaktır. Finlandiya’da hastanede yatan hastaların kendi hekimini seçmelerinde bir takım sınırlamalar olmakla beraber hastalar kendi yaşadığı bölgelerdeki pratisyen hekimi seçme hakkı vardır. Ayrıca hastalara ait bilgilerin gizli tutulması yasal olarak güvence altındadır¹⁷⁷.

Hollanda’da hasta hakları konusu oldukça kapsamlı şekilde yer almıştır. 1995 yılında yürürlüğe giren kanun uyarınca doktor ile hasta arasındaki ilişki medeni hukuk kapsamında ”özel sözleşmeler”1 kapsamında ele alınmaktadır. Bu yasalar hastalık hakkında bilgi edinmeyi, tıbbi kayıt ve bilgileri incelemeyi, hastalığın gizli tutulması hakkını, çocukları yasal pozisyonu ile anne ve baların onları üzerindeki haklarını, tıbbi sorumlulukları, tıbbi veri ve kayıtlarının kullanımı ve insan dokularının araştırma amaçlı kullanımını kapsamaktadır. Hasta hakları konusunda İtalya’da farklı bir yaklaşım vardır.

¹⁷⁴SALTMAN, R.B. ve FIGUERAS, J. European Health Care Reform: Analysis Of Current Strategies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997, s.61

¹⁷⁵YILDIRIM, H.H. Sağlık Politikası, Reformlar ve Tüketicilik Davranışları, http://www.absaglik.com/hhy_reform_consumerist.pdf, (03.07.2009)

¹⁷⁶SALTMAN ve FIGUERAS, a.g.k. s.61

¹⁷⁷GÖRKEY, Ş. Hasta Hakları, <http://www.biyoetik.org.tr/makaleler/Diger/Hasta%20Haklari.pdf>, (05.05.2009)

İtalya'da hasta hakları için mahkemeler vardır. Mahkeme sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde sunulmasını temin etmek için çalışmaktadır¹⁷⁸.

Almanya'da hasta haklarına yönelik düzenlemeler çok eski tarihlere kadar uzanmaktadır. İlke olarak hastalar hekimleri özgürce seçebilmekte, hastalar hastalıkları hakkında aydınlanma hakkına sahip ve meslek sıralarına yönelik Almanya yasalarında oldukça katı kurallar mevcuttur¹⁷⁹ Toplumun büyük çoğunluğu sağlık sigortası sistemin içerisinde yer alırken sağlık hizmetlerinin kalitesi oldukça yüksek seviyelerde olduğu belirtilmektedir.

Belçika'da farklı yasalarda hasta haklarına ilişkin düzenlemeler yer almaktadır. Acil durumlarda hastaların hekimleri seçme haklarında bir takım sınırlamalar olmakla birlikte hastaların hekimleri seçme hakkı ilke olarak benimsenmiştir. Hastaların mahremiyet hakları kapsamlı bir şekilde güvence altına alınmıştır. Ayrıca hastaların bilgi edinme haklarının yanı sıra bilgi edinmeme hakları da vardır¹⁸⁰.

Bulgaristan 1973 yılında çıkarmış olduğu sağlık yasasıyla hastaların onam haklarını güvence altına almıştır. Bu yasa hekimleri hastaların uygun bir dil ile aydınlatmaları konusunda yükümlü kılmış ve hekimlerin hastalarının aydınlatması ile ilgili davranışları ayrıntılı olarak düzenlenmiştir. Hastalara ait bilgilerin gizli tutulması sağlık yasası ve diğer kanunlarca güvence altına alınmıştır¹⁸¹.

Danimarka 1998 yılında çıkarmış olduğu yasa ile hasta hakları yasal çerçeveye kavuşmuştur. Bu yasada uluslararası bildirgelerde yer alan hasta haklarının yanında bir takım yeni haklar da yer almaktadır. Bu yeni haklardan birisi; 15 yaşında olan hastsaldan da aydınlatılmış onam alınması ve hastanın kendisi hakkında verilecek olan karara katılmalarının sağlanması zorunlu kılınmıştır¹⁸².

Fransa'da hasta hakları konusunda farklı yasalarda düzenlemeler mevcuttur. Hekim- hasta ilişkisi tıbbi bir sözleşme olarak kabul edilmiş ve Fransa Medeni Kanununda yer almıştır. Hasta kayıtlarının gizliliği konusunda bir dizi düzenlemeler yapılarak

¹⁷⁸GÖRKEY, Ş. Hasta Hakları, <http://www.biyoetik.org.tr/makaleler/Diger/Hasta%20Haklari.pdf>, (05.05.2009)

¹⁷⁹GÖRKEY, Ş. Hasta Hakları, <http://www.biyoetik.org.tr/makaleler/Diger/Hasta%20Haklari.pdf>, (05.05.2009)

¹⁸⁰GÖRKEY, Ş. Hasta Hakları, <http://www.biyoetik.org.tr/makaleler/Diger/Hasta%20Haklari.pdf>, (05.05.2009)

¹⁸¹GÖRKEY, Ş. Hasta Hakları, <http://www.biyoetik.org.tr/makaleler/Diger/Hasta%20Haklari.pdf>, (05.05.2009)

¹⁸²GÖRKEY, Ş. Hasta Hakları, <http://www.biyoetik.org.tr/makaleler/Diger/Hasta%20Haklari.pdf>, (05.05.2009)

hastaların kendileri hakkındaki kayıtlara ulaşmaları günce altına alınmıştır. 2002 yılında “Hasta Hakları ve Sağlık Hizmetlerinin Niteliği” konu bir yasa yürürlüğe girmiştir¹⁸³.

AB ülkelerinde hasta hakları konusunda bu gelişmeler yaşanırken Türkiye’de ise; uluslararası belgelere dayanarak 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği hazırlanmıştır. Bu yönetmelikte sağlık hizmetlerinden hakkaniyete uygun olarak faydalanma, sağlık kuruluşunu ve sağlık personelini seçme haklarının yanı sıra bilgi edinme, hasta bilgilerinin gizliliğinin korunması ve hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi gibi haklar güvence altına alınmıştır. 2003 yılında yönetmelik maddelerinin ilk olarak 60 pilot hastanede uygulamaya geçilmesi için de Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönerge yayınlanmıştır¹⁸⁴. 2005 yılında yayınlanan ve ilk metnin devamı niteliğindeki yönerge ile tüm sağlık tesislerinde hasta hakları uygulamasına geçilmeye başlanmıştır. Yönerge, öncelikle yataklı tedavi kurumlarından başlamak üzere hastanın başvuru hakkının işletilmesini ve diğer haklarının korunmasını sağlayacak “Hasta Hakları Birimleri” ve “Hasta Hakları Kurulları” kurulmasını öngörmektedir.

Hastane hasta hakları kurulunun yapısı ve görevlerinden söz etmek, hasta hakları uygulamalarının nasıl gerçekleşeceği konusunda bir fikir vermesi açısından önemlidir. Kurul¹⁸⁵:

- Başkan: Kalite hizmetlerinden sorumlu başhekim yardımcısı,
- Hasta Hakları Birim sorumlusu,
- Hakkında başvuruda bulunulan sağlık çalışanının birim sorumlusu,
- Hasta Hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi,
- Yetkili sendika temsilcisi,
- İl genel meclisi üyeleri arasından Vali tarafından seçilecek bir üye,
- Varsa hastanın avukatı,
- Valilik’ in belirleyeceği bir vatandaş olmak üzere 8 üyeden oluşmaktadır.

Kurul’un yapısındaki en belirgin özellik, başvuruda bulunan hastanın üyeler arasında yer almıyor olmasıdır. Hastanın avukatının katılabileceğini belirten maddede, parantez içinde hasta veya yakınının isterlerse kurul toplantısına girerek üyeleri bilgilendirebilecekleri, ancak oylamaya katılamayacakları belirtilmektedir. Kurul’un

¹⁸³GÖRKEY, Ş. Hasta Hakları, <http://www.biyoetik.org.tr/makaleler/Diger/Hasta%20Haklari.pdf>, (05.05.2009)

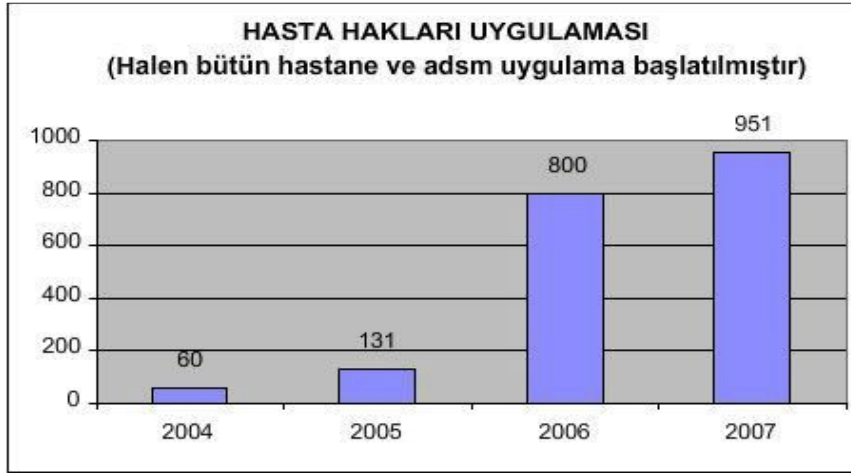
¹⁸⁴ T.C.Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamaları Eğitimi Ders Notları, 2004, <http://www.istanbulsağlik.gov.tr/w/hashak/belge/icindekiler.doc>, (24.05.2009)

¹⁸⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları Yönergesi, Ankara, 2005, http://www.ihb.gov.tr/mevzuat/sagliktesislerindehastahaklari_yonerge.pdf, (25.05.2009)

m.13'te belirtildiği gibi bir karar organı değil, görüş oluşturan bir organı olması nedeniyle hasta ve yakınının kurul'un asil üyelerinden biri olması, 'hasta odaklı hizmet sunumu' yaklaşımı açısından daha uygun olacaktır¹⁸⁶.

Yönerge'de kurulunun görevleri, hasta hakları uygulamalarını gerçekleştirmek, hakların geliştirilmesi için tavsiyelerde bulunmak ve başvuru dosyalarını hasta hakları ihlali açısından değerlendirerek yönetime görüşlerini sunmak şeklinde belirtilmiştir. Kurul kararları yönetime yardımcı olmasına yönelik tavsiye kararlarıdır. Türkiye'deki hasta hakları uygulamalarını istatistiksel olarak incelediğimizde şu sonuçlara varmak mümkündür.

Grafik 5: Hastane ve Acil Dış Sağlık Merkezlerinde (ADSM) hasta hakları

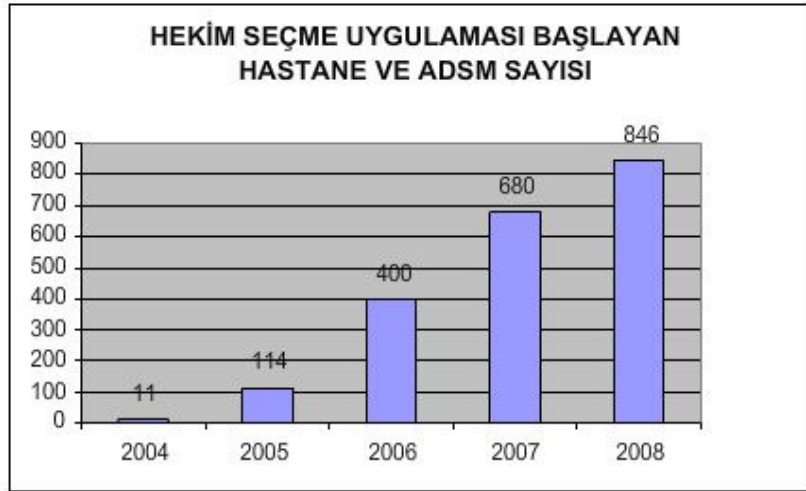


Kaynak: T.C. S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta hakları İstatistiği,2008, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/2008istatistikler.html>, (18.07.2009)

2003 yılında ilk olarak 60 pilot hastaneye uygulamaya konulan hasta hakları uygulaması, 2005 yılında yayınlanan genelge ile uygulama alanı tüm hastane ve ADSM'leri kapsayacak şekilde genişletilmiştir. 2007 yılı itibari ile 951 hastane ve ADSM' de hasta hakları uygulanmaktadır.

¹⁸⁶ÖNAL, G. ve Civaner, M. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi: Türkiye'de Hasta Haklarının Yasama Geçirilmesi İçin Bir Adım, Türkiye Klinikleri J Med Ethics, Cilt:13, Sayı:3, 2005, s. 205

Grafik 6: Hekim Seçme Uygulaması



Kaynak: T.C. S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta hakları İstatistiği,2008, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/2008istatistikler.html>, (18.07.2009)

SB' nin yayınladığı verilere göre 2004 yılında 11 hastane ve ADSM' de hekim seçme hakkı var iken bu sayı 2008 yılında 846'ya yükselmiştir. Hastalar acil hizmetlerdeki bir takım sınırlamalar dışında istediği hekime muayene olabilmektedir.

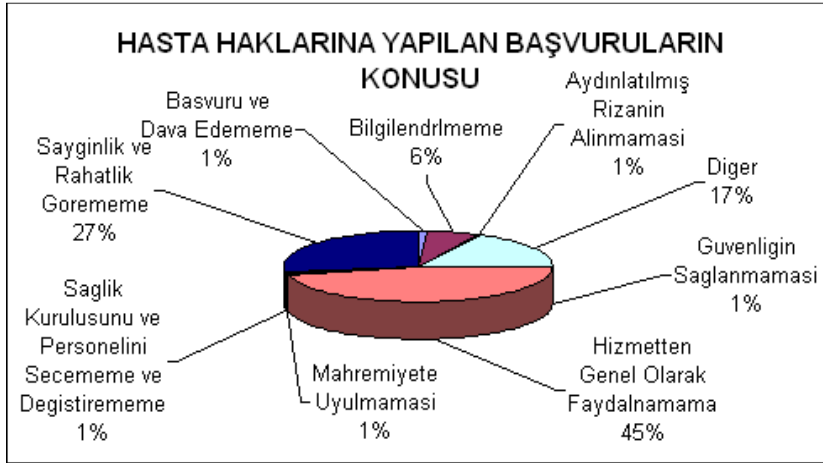
Grafik 7: Hasta Hakları Konusunda Yapılan Başvurular



Kaynak: T.C. S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta hakları İstatistiği,2008, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/2008istatistikler.html>, (18.07.2009)

2007 yılı itibari ile yapılan başvuruların büyük bölümü yerinde çözülürken 12,789 başvuru ise hasta hakları kurulunda çözüme kavuşturulmuştur. Hasta hakları birimlerine yapılan başvurular yıldan yıla artış göstermektedir. Bu durum hastaların hakları konusunda her geçen gün daha da bilinçlendiğini ve hasta hakları uygulamasını benimsediklerini göstermektedir.

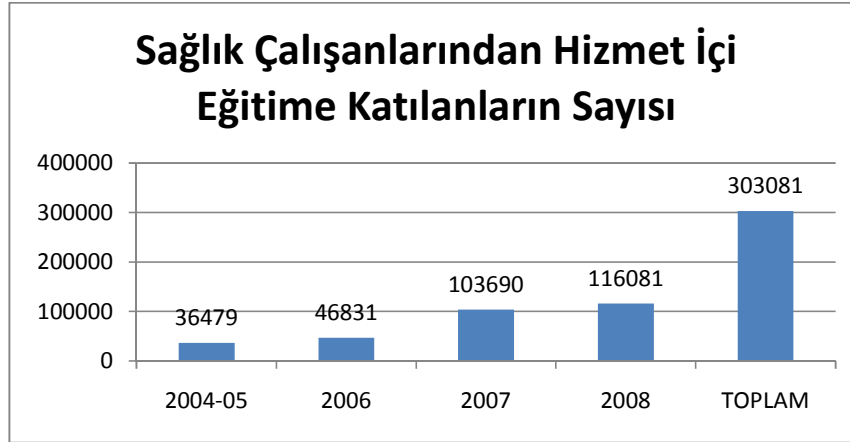
Grafik 8: Hasta Haklarına Yapılan Başvuruların Konusu



Kaynak: T.C. S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta hakları İstatistiği,2008, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/2008istatistikler.html>, (18.07.2009)

Hasta haklarına yapılan başvuruların % 45'i hizmetten genel olarak faydalanamama konusunda olurken, başvuruların % 27'si saygınlık ve rahatlık görememe konusundadır. Diğer hasta hakları konusunda yapılan başvurular oldukça düşük bir oranda gerçekleşmiştir.

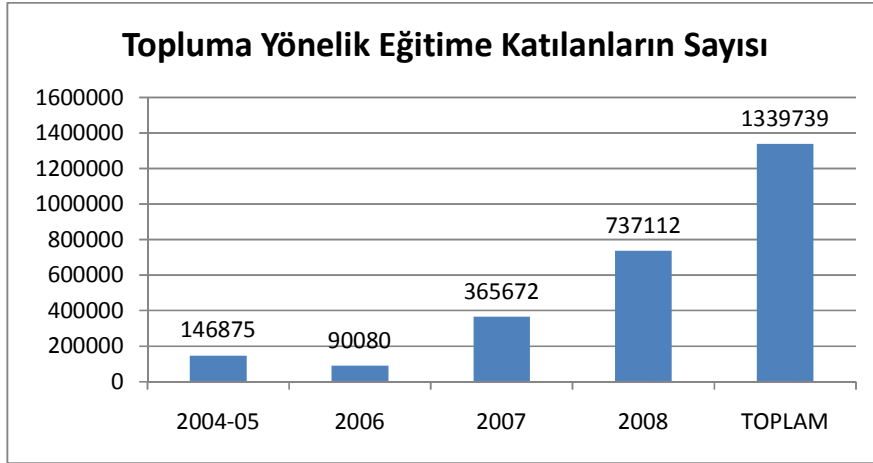
Grafik 9: Hasta Haklarına Yönelik Sağlık Çalışanlarına Verilen Eğitim



Kaynak: KAYMAKÇI, M. T.C. SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/hasta_haklari/hupanel.ppt,(18.07.2009)

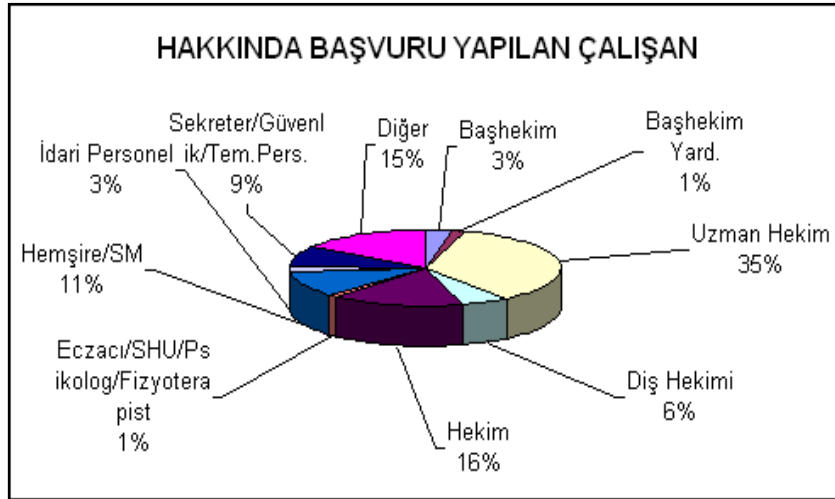
Hasta haklarına yönelik uygulamanın başladığı 2003 yılından 2008 yılına kadar 303081 sağlık çalışanına, hasta hakları konusunda hizmet içi eğitim verilmiştir. Topluma yönelik eğitimlere katılanların sayısı 2008 yılında 1339739'a ulaşmıştır. Yılda yıla hasta haklarına yönelik eğitim çalışmaları artırılarak, hasta haklarına yönelik toplumsal bilinç düzeyi yükseltilmektedir.

Grafik 10: Hasta Haklarına Yönelik Toplama Verilen Eğitim



Kaynak: KAYMAKÇI, M. T.C. SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/hasta_haklari/hupanel.ppt, (18.07.2009)

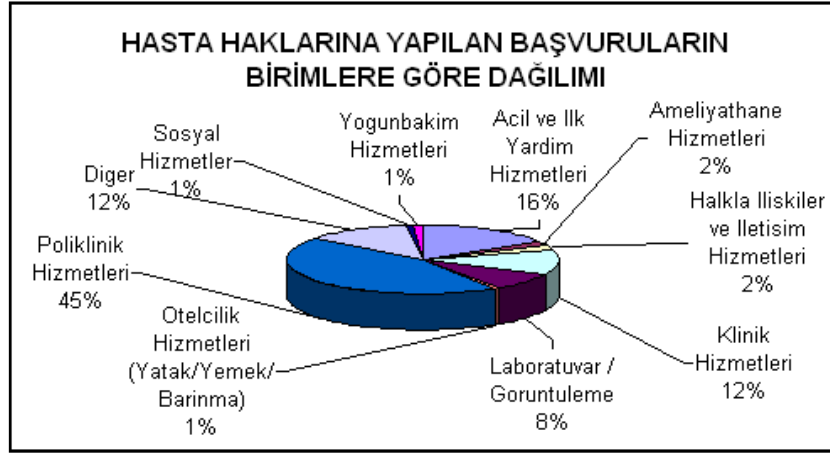
Grafik 11: Hakkında Başvuru Yapılan Çalışanların Dağılımı



Kaynak: T.C. SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları İstatistiği-2008, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/2008istatistikler.html>, (18.07.2009)

2008 verilerine göre hasta haklarına yönelik başvuruların büyük çoğunluğu sağlık çalışanları hakkındadır. Sağlık çalışanından kaynaklanan hasta hakları ihlalleri %59 iken sistemden kaynaklanan ihlaller ise % 23 seviyesindedir. Hakkında en çok başvuru yapılan sağlık çalışanlarının başında %35 ile uzman hekimler gelmektedir.

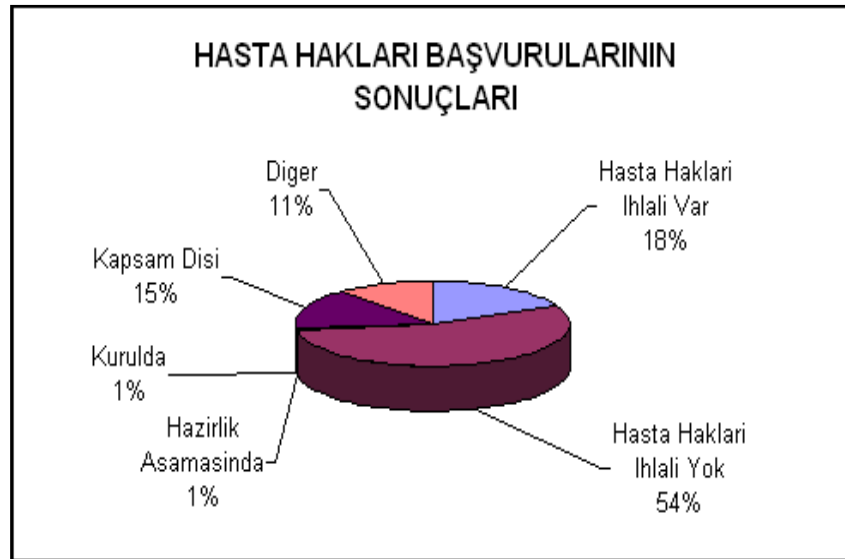
Grafik 12: Hasta Haklarına Yapılan Başvuruların Birimlere Göre Dağılımı



Kaynak: T.C. SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları İstatistiği-2008, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/2008istatistikler.html>, (18.07.2009)

Hasta haklarına yapılan başvuruların birimlere göre dağılımına bakıldığında, başvuruların %45'i poliklinik hizmetlerine, %16'sı acil hizmetlerine yöneliktir. Bu birimlerde hasta yoğunluğunun fazla olduğu düşünüldüğünde, hasta sevk sisteminin tam olarak oturmayışı ve fiziki alt yapı yetersizlikleri gibi temel sorunlar, başvuruları bu birimlere yoğunlaştırmıştır. 2008 verilerine göre hasta hakları başvurularının %18'inde hasta hakları ihlali olduğu %54'ünde ise ihlal olmadığı sonucuna varılmıştır.

Grafik 13: Hasta Hakları Başvurularının Sonuçları



Kaynak: T.C. SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları İstatistiği-2008, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/2008istatistikler.html>, (18.07.2009)

GEREÇ VE YÖNTEM

“Avrupa Birliği’ne uyum sürecinde Türkiye’de uygulanan sağlık politikalarının kamu hastanelerine yansımaları” konulu tez çalışmamızda, tanımlayıcı araştırma yöntemi kullanılarak yurt dışı ve yurt içi akademik yayınlardan literatür taraması yapılmış, genel de Avrupa Birliği ve Türkiye sağlık politikaları karşılaştırmalı olarak ele alınmış özede ise, Türkiye’de uygulanan sağlık politikalarının Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerdeki yansımaları incelenmiştir.

Bu çalışmada özellikle son 10 yılda gerçekleşen reform süreci üzerinde durulmuş ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Hasta Haklarına Yönelik Düzenlemeler, Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi, Hastane yöneticilerine daha fazla özerklik ve esneklik verilmesi konuları örneklem olarak kullanılmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı yayınlarından elde edilen verilerle istatistiksel analiz yapılmıştır.

BULGULAR

1. Sağlık konusu başlangıçta Avrupa ülkeleri arasında ekonomik bir işbirliğini hedefleyen AB’nin kuruluş amaçları ve öncelikleri arasında yer almamıştır. Ancak, ilerleyen yıllarda sosyal, ekonomik ve siyasal olarak üç boyutlu bir bütünleşme sürecine girmesiyle sağlık konusu da birliğin sosyal politikaları içinde yerini almıştır.
2. AB geleneksel olarak ekonomik politikalar temelinde kurulmuş, bu nedenle üye ülkeler ekonomik politikalarını AB ortak politikaları çerçevesinde şekillendirmektedir. Sosyal politikalar konusunda AB “yerindelik” ilkesi doğrultusunda hareket etmekte, üye devletler kendi ulusal politikalarını belirlemektedir. Bu alanda AB düzenleyici ve koordine edici bir rol üstlenmiştir. Sosyal politikalar içinde sağlık (Halk Sağlığı) önemli bir yer tutmaktadır. 1999 yılında “ Tüketicinin Korunması ve Sağlık Genel Müdürlüğü”nün kurulması ile sağlık politikaları bu müdürlükçe yürütölmeye başlanmış ve ortak bir sağlık politikası oluşturulmasına yönelik önemli bir atılmıştır. Avrupa Birliği Sosyal Modeli temelinde bütünleşmeye çalışılan AB’nin henüz ortak bir sağlık politikasının oluşturulamamış olması önemli bir eksiklik olarak görölmektedir. Bu nedenle AB anayasasında sağlığın birliğin kuruluş amaçlarında yer alması ve sağlık

politikaların yasal mevzuatlarda ayrı bir bölüm olarak ele alınması için yoğun çabalar sarf edilmiş ancak başarılı olunamamıştır. Birliğe aday ülkelerin üyelik sürecinde sağlık, ağırlıklı olarak istihdam ve sosyal politika, tüketiciler ve sağlığının korunması, malların serbest dolaşımı, kişilerin serbest dolaşımı, hizmetlerin serbest dolaşımı, sermayenin serbest dolaşımı ve çevre konularında ele alınmaktadır.

3. AB sağlık politikaları, başta 1987 yılında yürürlüğe giren Avrupa Tek Senedi ile yasal mevzuatlara girmiş, daha sonra Maastricht antlaşması 129. , Amsterdam antlaşması 152. ve en son olarak AB Anayasası 278. maddeleri çerçevesinde şekillenmiştir. Üye ülkeler kamu sağlığı, çevre ve tüketicilerin korunması konularında birlik düzenlemelerine bağlı iken genel olarak AB sağlık politikaları alanında düzenleyici koordine edici ve tamamlayıcı bir rol üstlenmiştir.
4. Türkiye' de Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık, ülkenin çözülmesi gereken en önemli sorunların başında gelmekteydi. Savaş yaralarının sarılması halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi için merkezden köylere kadar uzanan bir sağlık alt yapısının oluşturulması sağlık politikalarının temelini oluşturmaktaydı. Bu amaca yönelik olarak bir yandan hastaneler, sağlık merkezleri ve sağlık ocakları kurulmaya başlanmış diğer taraftan yetişmiş insangücü ihtiyacının karşılanması için okullar açılmıştır. Sağlık plan, program ve yönetimi tek elden yürütülerek koruyucu hizmetler merkezi yönetimin ve tedavi edici hizmetler yerel yönetimin hizmeti olarak verilmeye çalışılmıştır.
5. Planlı döneme geçilmesi ile birlikte sağlık politikaları kalkınma planları doğrultusunda yürütülmeye başlanmıştır. Sosyalleştirme dönemi olarak da adlandırılan bu dönemde halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi herkese eşit sağlık hizmetinin sunulması temel amaç olarak benimsenmiştir. Beş yıllık olarak öngörülen ilk kalkınma planı 1963 yılında yürürlüğe girmiş birinci, ikinci ve üçüncü kalkınma planlarını kapsayan on beş yıllık perspektifte hazırlanan planların beklenen hedeflere ulaşılamaması üzerine üçüncü plan döneminde itibaren yirmi iki yıllık perspektifte hazırlanmaya başlanmıştır.

Kalkınma planları genel olarak, (Milli Savunma Bakanlığı ve Üniversiteler dışındaki) yataklı tedavi kurumlarının tek elde toplanmasını ve tek bir sistem içinde yürütülmesi, genel sağlık sigortası oluşturularak herkese eşit, etkin bir sağlık hizmeti sunulması öngörülüş, ancak uygulamada bu hedeflere ulaşılamamıştır. Diğer yandan sağlıklı bir toplum oluşturulmasında en önemli faktör olan korucu

sağlık hizmetleri uygulamasının yaygınlaştırılması hedeflenmiş fakat yıllar itibari tedavi hizmetlerine ağırlık verilmiş ve yataklı tedavi kurumları sayısı artmıştır.

Tedavi hizmetlerinin sunumunda özel sektöre ve yerel yönetimlere gerekli desteğin verilememesi, Sağlık Bakanlığının asli görevi olan planlama, düzenleme ve koordine etme görevlerini yerine getirememesine ağırlıklı olarak tedavi hizmeti sunan hantal bir yapıya bürünmesine neden olmuştur.

6. AB ile imzalan Ankara Anlaşması ve sonrasında imzalanan Gümrük Birliği Anlaşması ile sağlık politikalarında yeni bir dönem başlamıştır. Ancak dönemin hükümetleri gerekli mevzuat düzenlemeleri konusunda ağır davranmışlardır.

Tam üyelik müzakere sürecinin başlamasıyla sağlık politikaları yeni bir ivme kazanmıştır. Herkese eşit ve etkin bir sağlık hizmeti sunma amacına yönelik uygulamaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Projesi, bu dönemde sağlık politikalarının temelini oluşturmuştur. SDP kapsamında çıkarılan Aile hekimliği uygulaması ile koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik önemli bir adım atılmış diğer yandan Genel Sağlık Sigortası hayata geçirilerek toplumun büyük bir bölümü sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır. SDP' nin AB ile ilişkilendirilmesi, sağlık alanında gerçekleştirilen reform konusunda gösterilen kararlılığın bir ifadesi olarak nitelendirilebilir.

7. SDP ile birlikte kamu hastanelerinde köklü bir değişim yaşanmaya başlanmıştır. Özellikle kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması (MSB ve Üniversite hastaneleri hariç) bu değişimin önemli bir bileşeni olmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın yükünü hafifletmek, hantal yapısından kurtarmak ve sağlıklı işleyen bir kurum haline dönüştürmek amacıyla Bakanlığa bağlı hastanelerin yerel yönetimlere devredilerek özertleştirilmesine yönelik yasa tasarısı hazırlanmış ancak henüz hayat gerçekleştirilememiştir.

8. Hastanelerin çağdaş yönetim ilkeleri doğrultusunda yönetilen verimli bir işletmeye dönüştürülmesine yönelik Toplam Kalite Yönetimi uygulanmaya başlanarak, hasta memnuniyeti esasına dayalı, kaliteli bir sağlık hizmeti sunulmaya çalışılmaktadır. Kamu hastanelerinde TKY 'nin başarılı olabilmesi için yetki ve sorumlulukların alt kademelere kadar aktarılması ve çalışan personelin kalite felsefesini benimsemesi oldukça önemlidir. Öte yandan sağlık kuruluşlarında kaliteyi iyileştirme ve etkili bir kalite değerlendirme aracı olan akreditasyon çalışmaları başlanmış, bu amaçla Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar İl kalite koordinatörlükleri tarafından oluşturulan ekipler tarafından yılda üç kez denetlenmektedir. AB ülkelerinde sağlık

kurumlarının yanında, akreditasyonun bir parçası olarak çalışan personelin mesleki yeterlilikleri de denetlenmektedir.

9. Hasta haklarına yönelik düzenlemeler yapılarak kaliteli, insan onuruna yakışır bir sağlık hizmeti sunulmaya başlanmış, hastalara, hasta yakınlarına ve hizmet sunuculara bu yönde eğitimler verilerek hasta hakları konusunda toplumsal bilinç oluşturulmaya çalışılmaktadır. Hastanelerde hasta hakları birimleri ve hasta hakları kurulları oluşturularak hastaların başvuru hakkının işletilmesi ve diğer hasta haklarının korunması sağlanmaktadır. Kurulun en önemli özelliği hasta veya hasta yakınının kurulun asli üyeleri arasında yer almamasıdır.
10. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya konularak hekimlerin tam gün çalışmalarına yönelik önemli bir adım atılmıştır. Kamu hastanelerinde yarı zamanlı olarak çalışan, daha çok özel hastanelerde veya kendi muayenehanelerinde çalışmayı tercih eden hekimlerin iş motivasyonları ve üretkenlikleri artırılarak kamu hastanelerinde çalışmalarını teşvik edilmiş, buna bağlı olarak hastanelerde yoğunluk azaltılarak hizmet kalitesinin artırılması hedeflenmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık toplumun ve özel olarak bireyin en temel hakkıdır. Gelişmiş bir toplumun en önemli yapı taşlarından bir tanesidir. Dünya üzerinde birçok ülke bir yandan toplumun sağlık seviyesini yükseltmek diğer yandan sağlık harcamalarının ülke ekonomisindeki yükünü azaltmak için çeşitli sağlık politikalarını uygulamaya koymaktadır. Yakın geçmişte Avrupa kıtasında ekonomik bir bütünlüğü sağlamak amacıyla oluşturulan AB'nin kuruluş aşamasında sağlığa gerekli önemin verilmediği yapılan antlaşmalarda açıkça görülmektedir. Ancak, Roma Antlaşması ile birlikte sağlık konusu AB'nin bütünleşme sürecinde üzerinde durduğu önemli konulardan bir haline gelmeye başlamıştır. Her ne kadar sağlık alanında ortak bir sağlık politikası geliştirilememiş olsa da bu konuda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Sağlığı AB'nin merkezine yerleştirme fikri ortak bir sağlık politikasının oluşturulmasını gösterilen kararlılığın en önemli göstergelerinden biridir.

Türkiye'de sağlık konusu özellikle Cumhuriyetin kuruluşunun ilk yılların uygulanan politikalarda önemli bir yer tutmuştur. Bu dönemde savaş yaralarının sarılması, hastalıkların önlenmesi, sağlık kurumlarının yaygınlaştırılması ve ülkenin en ücra köşelerine kadar uzanacak bir sağlık teşkilatının oluşturulması uygulanan sağlık politikalarının temel hedefleridir. Cumhuriyetin ilk yıllarında toplumun sağlık seviyesini

yükseltmek için koruyucu ve tedavi edici sağlık politikaları birlikte uygulanmaya çalışılmış ve bu anlamda önemli mesafeler kat edilmiştir. Özellikle planlı döneme geçilmesi ile birlikte ülke politikaların özelinde de sağlık politikalarının bir plan bağlı olarak uygulanması önemli bir aşama olarak değerlendirilebilir. Ancak, kalkınma planlarını incelediğimizde mevcut hükümetler tarafından kalkınma planlarına gereken önemin verilmediği açıkça görülmektedir. Bu durumun en önemli göstergesi olarak; halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesinin en önemli unsurlarından biri olan koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi yerine ağırlıklı olarak daha maliyetli olan tedavi edici sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi ve buna bağlı olarak dağınık, hantal bir sağlık teşkilatı yapılanması örnek verilebilir.

Son yirmi yılda dünyada ve özellikle gelişmiş AB ülkelerinde uygulanan liberal politikalar, seksen sonrasında Türkiye’de uygulanan sağlık politikalarına da önemli oranda etkilemiştir. Ülkelerin sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik, koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkaran aile hekimliği uygulamaları, sağlık sektöründeki kamu tekelinin azaltılarak özel sektöre daha fazla ağırlık verilmesi, genel sağlık sigortasının yaygınlaştırılarak bireylerin katkılarının sağlanması uygulanan bu liberal sağlık politikaların başında gelmektedir. Diğer yandan özellikle son yirmi yılda batı AB ülkelerinde gerçekleştirilen hastane reformları gerek doğu AB ülkelerine gerekse Türkiye’de gerçekleştirilmeye çalışılan hastane reformlarına ilham kaynağı olduğu söylenebilir.

Dünya genelinde uygulanan hastane reformları, merkezi hükümetin hastane yönetimine hastane faaliyetlerinde alacakları kararlarla ilgi daha fazla yetki tanınması, kamu hastanelerinin özel hastanelerle işbirliği yaparak kamu hastanelerini verimliliğinin artırılması ve kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi veya özelleştirilmesi şeklinde gerçekleşebilmektedir. Hastane yönetimine daha fazla yetki verilmesi hastane sorunlarının hızlı bir şekilde çözülmesinde ve hastane verimliliğinin artırılmasında en önemli unsurlardan biridir. Kamu hastanelerinin özelleştirilmesi, sosyal devletin gereği olan sağlık hizmetlerinin özel sektöre devredilmesi oldukça ciddi tartışmalara yol açmaktadır. Sosyal bir hak olan sağlık hakkının piyasa şartlarına bırakılmasının, herkesin bu hizmetten gerektiği gibi yararlanamayacağı ve ülke ekonomilerine daha fazla yük getireceği kaygısı bu tartışmaların temelini oluşturmaktadır. Ancak, devletin hizmet sunucu olması yerine asli görevleri olan koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması, koordine edilmesi ve denetlenmesi faaliyetlerini yerine getirmesi gerektiği de bir gerçektir. Bu açıdan bakıldığında hastanelerin SB’ nin denetimi

altında yerel yönetimlere devredilmesi ve hastanelerin verimli birer işletme haline dönüştürülmesi ve medikal direktör başkanlığında başhekim, hastane müdürü ve başhemşireden oluşan bir yönetim ekibi tarafından yönetilmesi uygun olacaktır.

AB ülkelerinde sağlık alanında yaşanan bu reform sürecinin özellikle Türkiye'nin tam üyelik müzakerelerine başlaması ile birlikte ülkemizde uygulanan sağlık politikalarına yeni bir ivme kazandırmıştır. Bu dönemde bir yandan mevzuat uyumu gerçekleştirilirken diğer yandan SDP hazırlanarak sağlıkta yeni bir reform sürecine geçilmiştir. SDP'nin AB ile ilişkilendirilmesi sağlıkta dönüşümün gerçekleştirilmesine yönelik kararlılığın bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Bu proje ile birlikte koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine yönelik aile hekimliğine geçilerek toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi hedef alınmıştır. Aile hekimliği uygulaması hastanelerdeki yükün azaltılması ve bireylerin hasta olmamalarına yönelik önleyici tedbirlerin alınması için önemli bir uygulamadır. Ancak henüz etkin bir sevk zincirinin uygulanamamış olması bir eksiklik olarak değerlendirilebilir.

Sağlıkta dönüşümün diğer bir aşaması da hastanelerde yaşanmaktadır. Hastanelerdeki değişimin ilk aşaması kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanarak SSK hastaların ve devlet memurlarının özel hastanelerde muayene olabilmelerinin sağlanması ile gerçekleşmiştir. Hastanelerde gerçekleşen bu değişimin temelini SB'nin hastanelerdeki merkezi otoritesini azaltmak, hastane yönetimlerine daha fazla yetki vererek hastanelerinin etkinliğini artırmaktır. Bir sonraki aşama ise hastanelerin yerel yönetimlere devredilmesi veya özelleştirilmesi düşünülmektedir. Bu amaçla hazırlanan kamu hastane birlikleri yasası TBMM gündemindedir. Diğer yandan kamu hastanelerinde Manyetik Rezonans (MR) birimleri, Tomografi birimleri, laboratuvar ve röntgen birimleri hizmet alımı yöntemi ile özel şirketlere devredilmektedir.

SDP'nin en önemli hedeflerinden biri de kamu sağlık hizmetlerinin hakkaniyetle ve kaliteli bir şekilde herkese ulaştırılmasıdır. Bu amaçla hizmet kalitesini artırmak, hastanelerdeki yoğunluğu azalmak için bir dizi yeni düzenleme getirilmiştir. Bu düzenlemelerin başında performansa dayalı ek ödeme sistemi gelmektedir. Sistemin en önemli hedefi hekimlerin tam zamanlı olarak kamu hastanelerinde çalışmalarını sağlayarak kamu hastanelerindeki muayene kuyrukların azaltılması sağlamaktır ve 2009 yılında çıkarılması beklenen tam gün yasasının uygulanabilirliğini kolaylaştırmaktır. Ancak, sağlık hizmetinin sunumunda yer alan hemşire, laboratuvar, röntgen ve anestezi teknisyenleri gibi diğer personelin yok sayılması diğer yandan su istimallere açık olması sistemin üzerinde durulması gereken önemli noktalarıdır.

Avrupa’da gerekleŒen sağlık reformlarından ülkemize yansıyan en önemli geliŒmelerden birisi de hasta hakları ve kalite konusundaki ilerlemelerdir. Ülkemizde hasta haklarına yönelik yasal düzenlemeler hemen hemen AB lkeleriyle aynı dönemde gerekleŒmiŒtir. Hasta haklarının yasal güvence altına alınması ve hastanelerde hasta hakları birimleri kurularak bir yandan hastaların kendi hakları ve sorumlulukları konusunda bilgilendirmesi diğer yandan sorunların üzülmesi insani bir hak olan sağlık hakkının insani değerler lsnde yerine getirilmesi bakımından önemli bir geliŒme olarak görülebilir. Ancak, hasta hakları kurullarının grŒ oluŒturan bir organı olması nedeniyle hasta ve yakınının kurul’un asil üyelerinden biri olarak görülmesi, ‘hasta odaklı hizmet sunumu’ yaklaŒımı açısından daha uygun olacaktır

Türkiye’de yaŒanan hastane reform sürecinde gerekleŒen bir diğer önemli deėiŒim kamu hastanelerinde uygulamaya konulan toplam kalite yönetimidir. Hastanelerdeki kalite alıŒmalarının temel hedefi sağlık hizmet kalitesinin ve verimliliğinin artırılmasına yönelik kalite standartlarının oluŒturulması ve bu standartlar doğrultusunda hastanelerin akredite edilerek denetlenmesi sonucu hizmet kalitesinin srekliiliğinin sağlanmasıdır. Toplam kalite yönetiminin kamu hastanelerindeki baŒarısı için hastane yönetimin yetki sorumlulukları alt kademelere aktarılması ve alıŒan personele kalite felsefesinin benimsetilmesi gereklidir. Son yıllarda hastanelerin önemli bir kısmında hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik kayda değer deėiŒimler yaŒanmaktadır. Yetki ve sorumluluklar alanında atılan adımların hastanelerdeki bu deėiŒimin en önemli nedenlerinden biridir. Bu durum hastanelerde bir yönetim sorunu olduğu dŒncesini destekler niteliktedir.

Sonuç olarak sağlık birçok ülkenin üzerinde önemle durduğu konuların baŒında gelmektedir. “Sağlığı AB’nin merkezine yerleŒtirme” fikri bu durumun en önemli kanıtıdır. Çünkü sağlık herkes için gerekli ve vazgeçilemez bir haktır. AB vatandaşların sağlığının korunması ve geliŒtirilmesine yönelik bir dizi kararlar almıŒtır. Ancak AB için tam bir btnleŒmenin gerekleŒmesi için sağlık konusunun AB anayasasında yer alması ve ortak politika oluŒturulmasına yönelik sağlık konusunda ayrı bir müzakere baŒlıėının açılması daha uygun olacaktır.

Son yıllarda sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, maliyetlerin dŒrlmesi ve hakkaniyetli bir Œekilde herkese ulaŒtırılması için reformlar gerekleŒtirilmiŒtir. GeliŒmiŒ batı AB lkelerinde gerekleŒen bu reformların diğer AB lkelerinde olduğu kadar diğer aday ülkelerde de bir takım yansımaları olmuŒtur. Özellikle Türkiye’de tam üyelik müzakerelerinin baŒlamasıyla birlikte sağlık alanında deėiŒimler gerekleŒmiŒtir. Bu sağlık reformunun üyelik mzakereleriyle doğrudan bağlantısının olmamasına rağmen

gerçekleştirilmesinde itici bir güç olduğu sylenabilir. Her ne kadar Türkiye'nin üyelik sürecinde izleyeceği uzunca bir yol olması ve sağlık alanında çözülmesi gereken birçok sorunun olmasına rağmen reformların kararlılıkla gerçekleştirilmesine devam edilmesi sağlık hizmetlerinin kalitesinin, verimliğinin artırılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

- AKDUR, R. “ Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu, Ankara, 2006
- AKDUR, R. Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık, 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008 Ankara) Kitabı, 2008
- ANNEL, A. The health system in Sweden, in Health system snapshots: Perspectives from six countries, Volume 14, Number 1, 2008
- ASUNAKUTLU, T. Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarında Kalite Yönetimi, Nihai Rapor, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004
- ATAAY, F. Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme, Ankara, 2007
- AYDIN, S. ve ark. Sağlıkta Performans Yönetimi- Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007
- BALCI, A. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığının Desantralizasyonu ve Taşra Teşkilatının Reorganizasyonu, Nihai Rapor, Ankara, 2001
- BELCHER, P. “ Is health in the European Convention?”, Eurohealth, Vol. 9, No. 2, 2003
- BOSTAN, S. Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:10, Sayı:1, 2007
- BOYLE, S. The health system in England, in Health system snapshots: Perspectives from six countries, Volume 14, Number 1, 2008
- BUSSE, R. The health system in Germany, in Health system snapshots: Perspectives from six countries, Volume 14, Number 1, 2008
- COTTURRİ, G. ve ark. Active Citizenship Network. European Charter Of Patients’ Rights, Roma, 2002
- ÇİÇEKLİ, B. Avrupa Sosyal Şartı Temel Rehberi, Ankara, 2001
- DPT, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994), Ankara, 1989
- DPT, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, (1985-1989), Ankara, 1985
- DPT, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967), Ankara, 1963
- DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013), Ankara, 2006
- DPT, Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983), Ankara, 1979
- DPT, İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972), Ankara, 1968
- DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik, Özel İhtisas Komisyon Raporu, Ankara, 2001

- DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlık çalışmaları, Verimliliğe Dayalı Ücret Sistemlerine Geçiş, ÖİK Raporu, Ankara, 2000
- DPT, Uzun vadeli strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Ankara, 2000
- DPT, Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977), Ankara, 1973
- DPT, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), Ankara, 1996
- GİDER, Ö ve TOP, M. “Kamu Hastanelerinde Özelleştirme ve Özerkleştirme” Görüş Dergisi, 2004
- GÖKMEN, C. Hastaneler İçin Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu, T.C. S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005
- HARDİNG A. and PREKER A. S. “A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals”. Innovations in Health Services Delivery: The Corporatization of Public Hospitals, New York. 2003
- HEALY J. ve McKEE M. Implementing Hospital Reform in Central and Eastern Europe, Health Policy, 2002
- <http://ab.calisma.gov.tr/web/Belgeler/tabid/62/Default.aspx>, (25.03.2009)
- <http://ekutup.dpt.gov.tr/ab/>, (25.03.2009)
- <http://eur-lex.europa.eu/en/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html>, (02.04.2009)
- <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/2008istatistikler.html>, (18.07.2009)
- http://skid.org.tr/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=10&Itemid=85, (23.05.2009)
- IŞIK, N.A. “ Türkiye-Avrupa Birliği İlişkileri ve Sağlık”, T.C.Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2001
- İLKER, E. “Sağlıkta Yeniden Yapılanma Çerçevesinde Hastane Birlikleri” Bütçe dünyası dergisi, cilt:3, sayı:31, 2009
- KESTANE, D. Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği, Maliye Dergisi, Sayı: 142, 2003
- KLAZİNGA, N. The health system in The Netherlands, in Health system snapshots Perspectives from six countries, Volume 14, Number 1, 2008
- L'Europe de A a Z Guide de l'Intégration Européenne, Werner Weidenfeld-Wolfgang Wessels, Institut Européenne Politic, (çevirmen: IŞIK, N.A), Belgium, 1997
- METİNTAŞ, M.Y. ve ELÇİOĞLU, Ö. Cumhuriyetin İlk On Beş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938), Osmangazi Tıp Dergisi, Cilt:29, Sayı:3, 2007

- PURROY, C. A. ve KEENOY, E. M. Avrupa Bölgesinde Hızlı Geçiş Ülkeleri ile Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölge Ofisinin İşbirliği, 2003
- SALTMAN, R.B. FIGUERAS, J. Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998
- SALTMAN, R.B. ve FIGUERAS, J. European Health Care Reform: Analysis Of Current Strategies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997
- SEVİM, İ. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1980 sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların sağlık sektörüne Etkisi Türkiye Örneği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006
- STEİN, Hans. Dreams Versus Reality; The EU Constitution and Health, Eurohealth, Vol:9, No:3, 2003
- ŞENER, O. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Programı, Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları, Yüksek Lisans Tezi Ankara, 2005
- OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, OECD VE Dünya Bankası, 2008
- Official Journal of the European Communities, Consolidated versions of the Treaty on European Union and of the Treaty establishing the European Community, C 325, Vol 45, 2002
- ÖCEK, Z. SOYER, A. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı, Ankara, 2007
- ÖNAL, G. ve Civaner, M. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi: Türkiye'de Hasta Haklarını Yasama Geçirilmesi İçin Bir Adım, Türkiye Klinikleri J Med Ethics, Cilt:13, Sayı:3, 2005
- ÖZDEMİR, O. OCAKTAN, E. AKDUR, R. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası," Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi", Cilt:56, Sayı:4, 2003
- ÖZTÜRK, M. Cumhuriyet Dönemi'nde Sağlık Hizmetleri, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt:6, Sayı:1, 1999
- TANRITANIR, N. Türkiye ve Avrupa Birliği'ndeki sağlık politikaları ve göstergelerinin karşılaştırılması, Devlet Planlama Teşkilatı. Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, Ankara, 1997
- The World Bank Group , Public Hospitals: Options for Reform through Public-Private Partnership.s. Public Policy for Private Sector, Note Number 241, The World Bank Group Private Sector and Infrastructure Network. 2002

- TOP, M. ŞAHİN, B. Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son 20 Yıllık Süreç, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:1, 2004
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Nereden Nereye Sağlıkta Dönüşüm Programı (Kasım 2002- Haziran 2007), Ankara, 2007
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003
- T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri, Ankara, 2004
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlığa Bakış Kitabı, Ankara, 2007
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ankara, 2008
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikası: Üçüncü Binyıla Hazırlanıyoruz. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Ankara, 2002
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıkları, 2007
- ÜÇİŞİK, H.F. Sağlık Hukuku, İstanbul, 2008
- ÜÇİŞİK, H. F. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü 15 Mart 2004 tarihli sözleşme hükmü gereğince hazırlanan nihai rapor, 2005
- VRANGBEK, K. The health system in Denmark, in Health system snapshots: Perspectives from six countries, Volume 14, Number 1, 2008
- WHO/ Europe, European HFA Database, 2009
- www.abgm.adalet.gov.tr/e-kutuph.htm, (25.03.2009)
- www.absaglik.com/HHYildirim_TYildirim_ABSaglik.pdf, (23.03.2009)
- www.absaglik.com/hhy_reform_consumerist.pdf, (03.07.2009)
- www.absaglik.com/muzakere_saglik.pdf, (01.06.2009)
- www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm, (04.05.2009)
- www.biyotetik.org.tr/makaleler/Diger/Hasta%20Haklari.pdf, (05.07.2009)
- www.belgenet.com/yasa/kamu-05.html, (05.04.2009)
- www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/hasta_haklari/hupanel.ppt, (18.07.2009)
- www.hastaguvenligimiz.com/standart.htm, (23.05.2009)
- www.ihb.gov.tr/mevzuat/sagliktesislerindehastahaklari_yonerge.pdf, (25.05.2009)
- www.ikv.org.tr/pdfs/96b12507.pdf, (07.04.2009)
- www.ikv.org.tr/pdfs/tuketici.pdf, (07.04.2009)
- www.istanbulsaglik.gov.tr/w/hashak/belge/icindekiler.doc, (24.05.2009)
- www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/ab_saglik_yonetimi.doc, (25.03.2009)

www.saglik.gov.tr/extras/pdf/tkyrapor.pdf , (23.05.2009)

www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm, (24.04.2009)

www.t-hasak.org/20032008.htm, (10.04.2009)

www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/ppt/mollahaliloglu.ppt, (13.06.2009)

www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html, (26.03.2009)

www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/14.html, (30.03.2009)

YÜCESOY, D. “Avrupa Birliği Rekabet Politikası İçerisinde Tüketicinin Yeri” Bütçe
Dünyası Dergisi, cilt:3, Sayı:27, 2007

YEGİNBOY, E.Y ve SAYIN, K.Ş. Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlı
Politikaları ve Sorunları 2. Ulusal İktisat Kongresi (20-22 Şubat 2008), İzmir,
2008

ZALESKİ-DURAN, İ. The health system in France, in Health system snapshots:
Perspectives from six countries, Volume 14, Number 1, 2008

ÖZGEÇMİŞ

01 Kasım 1976 tarihi, Artvin İli Yusufeli ilçesi doğumluyum. İlk, Orta ve Liseyi yine aynı ilçede tamamladıktan sonra Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Radyoloji bölümüne kayıt oldum. Bu bölümden 1997 yılında mezun olduktan sonra 2001 yılında şimdiki adı ile İstanbul Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi'nde Radyoloji teknisyeni olarak çalışmaya başladım ve halen bu kurumda çalışmaktayım. 2002 yılında Kocaeli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümüne kayıt oldum. 2007 yılında bu bölümden mezun olduktan sonra 2008 yılında da Beykent Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladım. Yabancı dilim İngilizce olup, özel ilgi alanlarım hastane yönetimi, yönetim organizasyon üzerinedir.

İrfan Temel İSTANBULLU