T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN

TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI SAĞLIK GÖSTERGELERİNDEKİ DEĞİŞİMİN DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ AVRUPA BÖLGESİ ÜLKELERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

(Doktora Tezi)

Uzm. Dr. Serkan ÇALIŞ

Referans no: 10174675

EDİRNE – 2023

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN

TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI SAĞLIK GÖSTERGELERİNDEKİ DEĞİŞİMİN DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ AVRUPA BÖLGESİ ÜLKELERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

(Doktora Tezi)

Uzm. Dr. Serkan ÇALIŞ

Destekleyen kurum:

EDİRNE – 2023

TEŞEKKÜR

Sağlık Yönetimi doktora eğitimim boyunca bana her türlü desteği sunan danışman hocam Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN'e teşekkür ederim. Sağlık Yönetimi bölümü hocalarım Doç. Dr. Emre ATILGAN'a ve Doç. Dr. Aysu ZEKİOĞLU'na, asistan arkadaşlarım Araş. Gör. Hakan BALTACIOĞULLARI'na ve Araş. Gör. Bilge BÜYÜKŞİRİN'e eğitimimin her aşamasında ve tez çalışmamdaki katkılarından dolayı teşekkür ederim. Tez yazım aşamasındaki katkı, yardım ve desteklerinden dolayı Uzm. Dr. Emel PEKER'e, Diş Hek. H. Cem ARIKAN'a, Uzm. Dr. Esra KOPAN'a, Araş. Gör. Dr. Bülent ÖNDER'e ve Uzm. Dr. Candeniz AVCI'ya teşekkür ederim. Ayrıca tezimi okuyan, inceleyen, bilimsel platformlarda kaynak olarak kullanacak olan tüm araştırmacılara da şimdiden teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ **1**

GENEL BİLGİLER **3**

TÜRKİYE'DE UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARI **3**

SAĞLIK GÖSTERGELERİ **16**

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ **18**

GEREÇ VE YÖNTEMLER **21**

BULGULAR **26**

TARTIŞMA **54**

SONUÇLAR **59**

ÖZET **61**

SUMMARY **63**

KAYNAKLAR **65**

ŞEKİLLER LİSTESİ **70**

TABLOLAR LİSTESİ **72**

ÖZGEÇMİŞ **74**

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AH	Aile Hekimi
ASE	Aile Sağlığı Elemanı
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BM	Birleşmiş Milletler (United Nations)
BO	Bölge Ofisi
DBT	Difteri-Boğmaca-Tetanoz
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization**)**
GD	Genel Direktör
GK	Genel Kurul
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Harcama
HT	Hipertansiyon
KHB	Kamu Hastane Birlikleri
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SKH	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu

SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TBC	Tüberküloz
TBMM	**T**ürkiye Büyük Millet Meclisi
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
YK	Yönetim Kurulu
ve ark.	ve arkadaşları

GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanoğlunun yeryüzünde var olmasından bu yana, sağlık ve sağlıklı olma hali yaşamın vazgeçilmez bir gerekliliği olagelmiştir. İlk insandan başlayarak modern zamanlara değin insanoğlu sağlıklı olma halini koruyabilmek adına, gelişen teknolojik ve bilimsel altyapıyı kullanarak söz konusu durumu pekiştirmeye çalışmıştır. Özellikle sanayii devrimi sonrası artan bilimsel bilgi ve gelişen teknolojiye paralel olarak, sağlıkta uzmanlaşma başlamıştır. Uzmanlaşma ve yeni iş kollarının doğması sonuç olarak sağlık sistemlerinin gelişimi ile sonuçlanan sürecin fitilini ateşlemiş, yıllara ve ülkelerin siyasal-yönetimsel altyapılarına uygun olarak sağlık sistemleri şekillenmiştir (1).

Ülkemizde, cumhuriyet öncesi ve sonrası dönemlerde de değişik sağlık sistemi uygulamaları gündeme gelmiş, son olarak 2003 yılında uygulamaya başlanılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) (2) geçen yıllar içerisinde revize edilerek Ağustos 2017'ye kadar uygulanmaya devam eden sağlık sistemimizi oluşturmuştur. Ağustos 2017 sonrasında ülkemizin değişen sosyal-siyasal yapılanmasına eş olarak yeniden revize edilmiş, ana çatısı değişmekle birlikte mevcut bileşenlerinin büyük kısmı pratik uygulamada devam eden mevcut sağlık sistemimizi oluşturmuştur.

Biz mevcut çalışmamızda, 2003 yılında başlayan ve 2010 yılında tüm kurumları ile evrilerek son halini alan SDP'nin mevcut sağlık göstergelerine olan etkisini ve bu etkilerin olası nedenlerini incelemeyi amaçladık. Karşılaştırma yapılacak verileri Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) mevcut halka açık veri tabanından veri madenciliği yöntemi ile elde ettik. Elde edilen verileri DSÖ Avrupa Bölge Ülkeleri ortalaması ve özellikle başat sağlık sistemi uygulayıcı

ülkeler olan Almanya, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) verileri ile karşılaştırdık.

Mevcut durumda araştırmaya esas olan hipotezlerimizi:

“H1: Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye sağlık göstergelerine olan etkisi, program öncesine göre istatistiksel olarak farklıdır.

H0: Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye sağlık göstergelerine olan etkisi, program öncesine göre istatistiksel olarak farklı değildir.”

şeklinde oluşturduk.

Söz konusu veriler sonuç olarak bir politika değişimi öncesini ve sonrasını yansıttığı için, kullandığımız istatistik çalışmayı buna göre belirledik. Araştırmamızda ülkelerin politik sorunlarının incelenmesi için çok yaygın bir şekilde kullanılan ve özünde ekonometrik bir yöntem olan difference-in-differences (Did) yöntemini kullanmayı planladık (3).

GENEL BİLGİLER

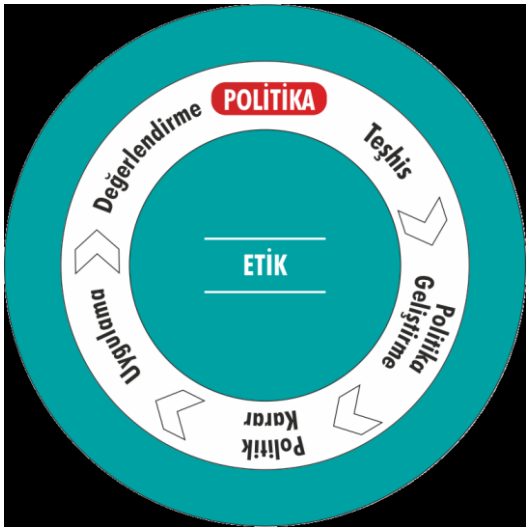
TÜRKİYE'DE UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARI

Sağlık Politikası Kavramı

Sağlık politikası; ülkedeki sağlık sektörü bileşenlerini, siyasi ve ekonomik olarak benimsenen ideoloji doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmaktır. Sağlık sektörü bileşenlerini yapılandırmanın araçları ise; finansman, örgütlenme ve insan gücü üzerinden yapılır. Dünya geneline bakıldığı zaman, uygulanan sağlık politikalarının iki ayrı felsefeden köken aldığı görülebilir. Bu düşünce sistemlerinden ilki; sağlığı toplumsal bir hak olarak gören ve ülkede yaşayan herkesin bu haktan eşit ve kesintisiz olarak yararlanabilmesi için, sağlık hizmetleri ödevinin en büyük toplumsal aygıt olan devlete bırakıldığı ve sağlık hizmetlerinin kar amacı güdülmeden devlet eli ile topluma dağıtıldığı sistemdir. Bu sistemde sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerinin dağıtımı toplumsal dayanışmanın bileşenlerinden biridir. Uygulanan diğer sistem ise; sağlığı bireysel bir vaka olarak gören, sağlık hakkının kişilerin talebine göre serbest piyasa koşulları içerisinde arz edildiği, sağlık hizmet sunumunda kar elde etme güdüsünün yoğun olarak yaşandığı, rekabete dayalı olan sistemdir (2,4).

Ülkelerin varlıklarını devam ettirebilmelerinin en temel öğelerinden birisi de sağlıklı bireylere ve sağlıklı bireylerden teşekkül olunan sağlıklı bir topluma sahip olmalarıdır. Dünya genelinde ülkelerin gelişmişlik düzeyi ölçümlerinde, sağlık göstergeleri önemli bir yer teşkil eder. Sağlıklı bireyler ve sağlıklı bir toplum yetiştiremeyen bir ülke, gerek finansman açısından üretken bir nüfusa sahip olamayacağı için, gerekse de üretmeyen sağlıksız nüfusun tedavisi için finansal zorluklarla karşılaşacağı için gerileyecektir. Sonuç olarak, ülkelerin birincil hedefleri finansman, örgütlenme becerisi ve insan gücü dinamiklerini en etkin biçimde

kullanarak, birey ve toplum sağlığını korumayı hedeflemek ve bunu yanı sıra koruyucu, önleyici tedbirler içeren uzun vadeli sağlık politikalarının yapılmasına olası hale getirmektir (5).



Şekil 1: Sağlıkta politika çemberi (5)

Sağlık sektörünün politik boyutu değişkendir. Bu değişkenlik gerek ülkeden ülkeye, gerekse ülke içi bölgelere ve hatta hizmetin sunulduğu birime göre farklılıklar gösterebilir. Bir ülkede izlenen/benimsenen sağlık politikası ve uygulamaları, ilgili ülkenin sağlık sektörünün tanımında kullanılan tıbbi, yönetsel ve işlevsel boyutları da etkilemektedir. Bundan dolayıdır ki bir ülkenin sağlık sektörünün yapılanması, direkt ya da dolaylı olarak ile de bu yapılanmaya bağlı olarak tanımlanmasında esas belirleyici boyut sağlık politikasıdır. Başta da belirtildiği üzere ülkeler arasında verilen hizmetlerin özünde değişen asıl olgunun sağlık politikası olduğu söylenebilir. Sağlıklı olma halinin, hayattaki en önemli sermayemiz olduğu gerçeğinden hareketle, sürdürülebilir, ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmetlerinin alınabilmesini sağlayan sağlık politikaları da, en az sağlıklı olmak kadar önem arz etmektedir (6).

Ülkemiz sağlık politikaları da, zamanın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine göre şekillenerek günümüze kadar gelmiştir. Burada kısaca cumhuriyet tarihimizde uygulamaya konulan sağlık politikalarını konu bütünlüğünün bozulmaması adına dönemsel olarak, SDP öncesi sağlık politikaları, SDP ve 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) sonrası sağlık politikaları olarak ele alacağız.

Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Politikaları

Kurtuluş Savaşı sürecinde ve cumhuriyetin ilk yıllarında Selçuklu-Osmanlı tıp geleneğine bağlı kalınmaya çalışılmış, bununla birlikte tıp dünyasındaki yeniliklere de kayıtsız

kalınmamıştır. Cumhuriyetimizin kuruluşu ile birlikte mevcut yapı yeniden evrilmiş, genel itibarıyla sağlık kurumlarının örgütlenmesi ve sağlık hizmeti politikalarının oluşturulmasında batıya dönük bir yol izlenmiştir. Ülkemizdeki sağlık politikaları da dünyadaki eğilimlere paralel olarak temel tercihlerde değişlikler göstermiştir (5).

Dr. Adnan Adıvar dönemi (1920-1923): Sağlık hizmetlerinin birincil öncelikli devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin (TBMM) kurulması ile başlar. TBMM, 2 Mayıs 1920'de kabul ettiği 3 Sayılı Yasa ile, Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti'ni (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) hayata geçirerek, sağlık hizmetlerini asli bir devlet görevi haline getirmiştir. Sağlık hizmetleriyle ilgili müstakil bir bakanlığın kurulması, sağlığın devlet nezdindeki önemini vurgulamaktadır. Ağır savaş koşullarının yaratığı sağlıksız çevre, halk sağlığı açısından kötü sonuçlar yaratmıştır. Bu bağlamda halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve geliştirilmesi, ülke genelinde sağlıklı bir toplum oluşturulması, devletin yürütmesi gereken ilk ve en öncelikli sağlık politikası olmuştur (1).

3 Sayılı Yasanın kabulüyle birlikte TBMM Hükümeti'nin ilk sağlık bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar göreve başlamıştır. Göreve başladığı anda ülke genelinde ne gerekli sağlık insan işgücü ne gerekli örgütsel altyapı ne de yasal altyapı bulunuyordu. Bu ilk dönemde ağırlıklı olarak savaşın yaraları sarılmaya çalışılmış ve sağlık sisteminin örgütsel ve yasal çatısı kurulmaya başlanmıştır (5).

Dr. Refik Saydam dönemi (1923-1946): 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli boşluklar dışında, 1937 yılına kadar sağlık bakanlığı görevini sürdürmüştür. Dr. Refik Saydam, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, yurt geneline yayılmasında çok büyük başarı göstermiş ve sağlık hizmetleri tarihimizde onurlu bir yer edinmiştir. Dr. Refik Saydam ülkenin sağlık hedeflerini belirlemiş ve ihtiyaçları karşılayacak bilinçli ve bilimsel bir temele oturan sağlık politikası oluşturmuştur. Bu politikaların ana hedefleri:

- Sağlık alanında örgütsel yapıyı geliştirmek,
- Mevcut hekim sayısını yükseltmek,
- Belirli merkezlere numune hastanelerinin açılmasını sağlamak,
- Yeni ebeler ve sağlık memurları yetiştirmek,
- Doğumevleri ve çocuk bakımevleri açmak,
- Veremle mücadele için sanatoryum açmak,
- Sıtmayla mücadele yapmak,
- Frengi ve trahom ile mücadele etmek,

- Sağlık sistemini en uç yönetim birimine ulaştırmak,
- Yeni yasa ve yönetmeliklerle, sistemin yasal dayanağını güçlendirmek,
- Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi'ni hayata geçirmek,
- Hıfzıssıhha Mektebi'ni kurmak (5,6).

Dr. Refik Saydam Dönemi'ne ait çalışmalar şu şekildedir:

- 1923- İlk Verem Savaş Dispanseri**,**
- 1928- '1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun',
- 1930- 1580 Sayılı Belediye Kanunu,
- 1930- Umumi Hıfzıssıhha Yasası (Genel Sağlığın Korunması Kanunu),
- 1936- 'Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Yasası'.

Sağlık teşkilatının il merkezlerinde sağlık müdürlüğü, ilçe merkezlerinde hükümet tabiplikleri kurularak ülke geneline yayılması sağlanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem atfedilerek öncelik verilmiş, bu hizmetlerin ödenekleri doğrudan merkezi hükümet tarafından üstlenilerek genel bütçeden temin edilmiştir. Yataklı tedavi hizmetleri yerel idarelere bırakılmıştır. Yerel idarelere örnek olabilmesi için İstanbul, Ankara, Erzurum, Sivas ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan SB bağlı Numune Hastaneleri kurulmuştur(1). Koruyucu sağlık hizmetlerine lojistik sağlayacak olan Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün kuruluş kanunu 1928'de çıkarıldı ve 1931'de bu kuruluş Ankara'da hizmet vermeye başladı(7).

Bu dönemde, sağlık örgütlenmesinin yurt geneline yayılması için büyük bir çaba harcanmış, aynı zamanda sağlık sistemi insan gücünün nicelik ve nitelik yönünden yükseltilmesi için bir dizi önlemler alınmıştır. Bu yüzden, hekim sayısını artırmak ve devlet kurumlarında çalışmalarını teşvik etmek amacıyla, yatılı tıp öğrenci yurtları kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet şartı getirilmiştir. Sağlık personeli terfi ve atama işleri SB bünyesine alınarak, personel yönetimi tek merkezde birleştirilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde görevli sağlık personeline daha yüksek maaş verilmiş, çalışanların hükümet tabipliklerini ve koruyucu sağlık hizmetlerini tercih etmeleri teşvik edilmiştir (8).

Dönemin sağlık politikaları ana tema olarak dört ilke ile belirlenmiştir (5):

- Sağlık hizmetlerinin tek merkezden yürütülmesi (dikey örgütlenme),
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin merkezi yönetime, tedavi edici sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere yönlendirilmesi,
- Sağlık insan işgücünü arttırmak için tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, yatılı tıp öğrenci yurtlarının açılması, mezunlara mecburi hizmet şartı getirilmesi,

- Sıtma, trahom, frengi, cüzzam, verem gibi bulaşıcı hastalıklara karşı ülke genelinde mücadele çalışmalarının başlatılması.

Yine bu dönemde çıkartılan kanunlar ile sağlık sisteminin hukuksal temelleri oluşturulmuştur. Günümüz sağlık hizmetleri yasal alt yapılarının, o dönem ki yasalara dayandırılması tesadüf değildir (8).

Dr. Behçet Uz dönemi (1946-1950): Bu dönemin en belirgin sağlık politikası, Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanmış, 1946 yılında yapılan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulmuş ve ardından yürürlüğe alınmış olan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"dır. Söz konusu plan tüm sağlık hizmetlerinin entegrasyonunu, yurt geneline yayılmasını amaçlamış ve tüm sağlık hizmetleri merkezi yönetimin asli görevi olarak kabul edilmiştir (8). Cumhuriyet tarihimizin 'İlk yazılı sağlık planı' olarak da adlandırabileceğimiz plan, 1946 yılında yapılan Yüksek Sağlık Şurası tarafından onaylanmıştır. Plan sağlık bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946'da kamuoyuna açıklanmıştır. Fakat yoğun ve titiz bir çalışmayla hazırlanan plan kanunlaşamadan, Dr. Behçet Uz sağlık bakanlığından ayrılmıştır. Daha sonra kanun tasarısı haline gelen 'Milli Sağlık Planı', Dr. Behçet Uz'un, Hasan Saka hükümetinde (10.8.1947/10.6.1948) sağlık bakanı olmasıyla birlikte Bakanlar Kurulunda ve TBMM komisyonlarında kabul edildiği halde, hükümet değişikliği dolayısıyla yine kanunlaşamamıştır (5).

'Behçet Uz Planı' diye de anılan bu planda; Türkiye yedi sağlık bölgesine ayrılmış ve her bölgenin örgütlenmesinin kendine yeterli hale getirilmesi öngörülmüştür. Her bölgede, her kırk köy için on yataklı Sağlık Merkezi ve bu merkezlerde çalışacak iki hekim, bir sağlık memuru bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire planlanmıştır. Ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru planlanmıştır. Söz konusu merkezlerde koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte sunulacaktır. Bölgelerin alt yapısı tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması planlanmıştır (9).

1947 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'nda Biyolojik Kontrol Laboratuvarı ve bir aşı istasyonu açılmıştır. Bu yıldan itibaren deri içi zerk yolu ile uygulanan BCG aşısı üretimine başlanmıştır. Boğmaca aşısı 1948 yılında yine aynı merkezde üretilmeye başlanmıştır. 1946 yılında İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) faaliyete geçmiştir. 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için hastaneler ve sağlık kuruluşları faaliyete geçmiştir (4).

Behçet Uz'dan sonra, plan hakkıyla uygulanmamış ve giderek her ilçeye bir sağlık merkezi inşa edilmiştir. Söz konusu merkezler, maliyeti çok yüksek küçük birer hastane olmaktan başka bir işe yaramamıştır (9). Yapılan ciddi yanlışlardan biri de kamuda çalışan

hekimlerin kazançlarının azaltılması olmuştur. Bunun sonucu olarak, hekimler özel muayenehaneciliğe kaymış ve koruyucu sağlık hizmetleri sekteye uğramıştır. Zaman içinde bu koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışacak hekim ve sağlık personeli bulmak zorlaşmıştır. 1978 yılında çıkarılan, 'Tam Gün Yasası' ile getirilen ücret politikası sayesinde, personel yönünden güçlenen bu merkezler, uygulamaya son verilmesinin ardından tekrar hekim ve sağlık personeli kaybına uğrayarak, verimsiz hastaneler haline dönmüştür.

Demokrat Parti dönemi (1950-1960): 1950 yılında göreve gelen Demokrat Parti, sağlık birimlerini tüm yurt geneline yaymaya çalışmış, il ve ilçe hastanelerinin faaliyete girmesi hızlanmış, büyük kentlerde olan hastane hizmetlerinin yaygınlaşmasında önemli başarılara imza atılmıştır (10). 1954 yılında, '6134 Sayılı Yasa' ile 'Sosyal Sigortalar Kurumu' (SSK), Mili Savunma Bakanlığı ve Üniversite Hastaneleri haricindeki tüm belediye vakıf hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. İl ve ilçe hastanelerinin açılması hızlanmış, büyük kentlerde var olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasına çalışılmış, mevcut hastanelerdeki hizmetlerde iyileşmelere gidilmiştir. Bu gelişmeler, hastanecilik hizmetlerinin SB nezdinde en önemli konu haline getirmiş fakat birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri öncelikli durumunu kaybetmiştir. Diğer yandan dünya genelinde hakim olmaya başlayan liberal ekonomi politikaları, ülkemiz sağlık sistemini de etkilemiş, sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi çalışmaları hız kazanmıştır. Zaman içerisinde daha da güç kazanan söz konusu politik yaklaşım yataklı tedavi kurumlarının ülke genelinde yaygınlaşmasının da hızını azaltmıştır (8).

Cumhuriyet tarihinin başından beri gelen ve uygulanan devlet politikası olarak, sağlık hizmetleri her daim bir kamu görevi olarak kabul edilmiş, yine de buna rağmen özel sağlık kuruluşlarının kurulması ve hizmet vermesi teşvik edilmiştir. Ekonomipolitiği olarak kabul edilen karma ekonomi kendini sağlık sisteminde de göstermiştir. Bu durum, bazı hükümetlerin aşırıya kaçan bir tutum sergilemelerine neden olmuştur. Bunun sonucu olarakta, başta kırsal kesim olmak üzere, gerek tedavi edici sağlık hizmetleri gerekse de koruyucu sağlık hizmetleri çağın gerisinde kalmıştır (9).

Yine bu dönem içerisinde hukuki altyapılarını günümüze taşıyan mevzuatlar da hayata geçirilmiştir:

- 'Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953/6023)'
- 'Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953/6197)'
- 'Hemşirelik Kanunu (1954/6283)'
- 'Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956/6643)'

- ‘Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (1960/10463)’
- 1955 yılında Ege Üniversitesi ve Tıp Fakültesi kurulmuştur (11).

Dr. Nusret Fişek dönemi (1960-1980): Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda, sağlık hizmetleri sunumunda temel hedefin, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için halk sağlığı hizmetlerine birincil öncelik verilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Bu yaklaşımda tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleyen bir unsur olarak kabul edilmiş, az sayıda kişinin yararlanma imkanı bulduğu ve görece daha maliyetli bir hizmet olan hastane yerine, evde ve ayakta tedaviyi mümkün kılan, küçük yönetim birimlerine kadar yayılan bir sağlık örgütü yapısının hayata geçirilmesi planlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin bu plan dahilinde yeniden örgütlenmesi amacıyla dönemin SB müsteşarı olan Dr. Nusret Fişek ve arkadaşları tarafından hazırlanan, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” (224 Sayılı Kanun) 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Bu dönem sağlık sistemi tarihimizde “Sosyalleştirme Dönemi” olarak adlandırılır (8).

Yasa 1961 yılında kabul edilmesine rağmen fiilen 1963 yılında hayata geçebilmiş, 1983 yılına gelindiğinde de yurt geneline yayılmıştır. Sağlık hizmetleri bu bağlamda yaygın, sürekli, birbirine entegre ve kademeli bir yapıya kavuşmuştur. Sağlık yapılanması periferden merkeze doğru sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il merkezi hastaneleri şeklinde planlanmıştır.

224 Sayılı Yasa ile, sağlık hizmetleri sunumunun bütünleştirilmesi ve tek elden yurt genelinde yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Ancak, sonraki yıllarda yönetime gelen hükümetlerin uygulamaya koydukları neoliberal politikalarla, söz konusu yasayla amaçlanan sağlık hizmeti sunumu çelişmiştir (8).

Sosyalleştirme dönemi, kuruluş amacına uygun başarılı hizmetlere imza atmıştır. Doğum öncesi gebe bakımı kemik yapı olarak yerleştirilmiş, yaygın ve yüksek bir bağışıklama etkinliğine ulaşılmış, çevre sağlığı hizmetlerine sağlık profesyonellerinin katkı vermesi sağlanmış, başvuruların yaklaşık yarısına tek başına hizmet vermiş, anne ve bebek-çocuk ölümlerinde kayda değer bir azalma sağlamıştır (12).

1965’te 554 Sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” çıkarılmış ve pronatalist (nüfusu artırıcı) politikadan antinatalist (nüfus artış hızını sınırlayıcı) nüfus politikasına geçilmiştir. 1967 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS) için bir kanun taslağı hazırlanmasına rağmen hayata geçirilememiştir. 1978’de “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun” yürürlüğe girmiş ve kamuda çalışan doktorların muayenehane açması ve çalıştırması yasaklanmıştır. 1980 yılında “Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına

Dair Kanun" ile bir önceki kanun yürürlükten kalkmış ve doktorlara tekrar muayenehane açabilme serbestliği getirilmiştir.

Serbest girişimlerin geliştiği dönem (1980-2002):1982 Anayasası ile kişiler için sosyal güvenlik bir hak olarak anılmış ve bu hakkın hayata geçmesi de devletin görevi olarak anılmıştır. Anayasanın 60. maddesi "Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar" ibaresi bulunmaktadır. Ayrıca Anayasanın 56. Maddesinde "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir" ifadeleri bulunmaktadır. Söz konusu maddede "Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine" dair de bir hüküm bulunmaktadır.

1970'li yıllar dünya genelinde neoliberal anlayış ve politikaların yükselişe geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikaların ülke yönetimlerine gelen hükümetlerde de karşılık bulmasına paralel olarak, serbest girişimcilik desteklenmiş ve sağlık alanında da özel sektörün payı artmaya başlamıştır (8).

1987 yılında "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkarılmış ancak söz konusu kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı için ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesince yürürlükten kaldırıldığı için, bütünüyle hayata geçememiştir. 1990 yılına gelindiğinde, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından sağlık sektörüne yönelik temel bir plan hazırlatılmış, SB ve DPT tarafından "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" bir anlamda sağlık reformlarının değerlendirildiği bir sürecin fitilini ateşlemiştir. 1992 ve 1993 yıllarında yapılan Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri ile de sağlık reformunun teorik zemini hazırlanmıştır. 1992 yılında çıkartılan 3816 sayılı kanunla, herhangi bir sosyal güvenlik kurumu kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlara yeşil kart uygulaması başlamıştır. Böylece ekonomisi zayıf vatandaşlar da sağlık sigortacılığı kapsamına alınmıştır.

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

- Sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilerek GSS'nin kurulması,
- Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda aile hekimliği sisteminin geliştirilmesi,
- Hastanelerin özerk yapılara dönüştürülmesi,
- SB'nin koruyucu sağlık hizmetlerini önceliklendirip, bu hizmetlerin plan ve denetlemesine yönelmesi (4).

Sağlık sistemi açısından dönemin en önemli sorunları; sağlık hizmetlerine sunulan kamu kaynaklarının yetersizliği, ayrılan kaynağın verimsiz kullanımı, yönetimde kariyer ve liyakatın gözetilmemesi, çağa uygun bir sağlık idaresinin oluşturulamaması, hizmetlerin birbiri ile eşgüdümlü olmaması ve onunda ötesinde birbirinden habersiz kurum ve kuruluşlarca hizmetlerin sunulması olarak sıralanabilir. Sağlık sektörüne hakim olan bu karmaşa durumu nedeniyle, sağlık sistemi, gerek hizmeti alanların gerekse de hizmeti verenlerin memnun olmadığı bir yapıya dönüşmüştür (8).

1980'li yıllarda başlayıp 1990'lı yıllarda uygulamaya konan sağlık reformlarıyla birlikte özel sektör alanında önemli adımlar atılmıştır. Sağlık alanında yapılan bu reformlarla birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergilerden değil, kişilerin ödedikleri primler ve katkı payı ile karşılanması, sağlık hizmet sunumu veren kurumlarla sağlık finansmanını sağlayan kurumların ayrılması, sağlık kurumlarının özelleştirilmesinin hızlandırılması, merkezi yönetimden çok yerinden yönetim modelinin benimsenmesine dayalı bir sağlık sistemi oluşması, sağlık iş gücünün istihdamında esnek kadro modeli ve personel performansa dayalı ücretlendirmenin yaygınlaşması önerilmekteydi (13,14).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2017)

16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümetin Acil Eylem Planında "Herkese Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yapılması gerekli çalışmaların çatısını belirlemiştir. Bu çatı altında sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde düzenlenmesi, sağlık finansmanının sağlanması ve sunulması sayılabilir. Söz konusu amaçlara yönelik ana ilkeler, insan merkezli olma, sürdürülebilir olma, sürekli kalite gelişimine açık, katılımcı, uzlaşmacı, gönüllülük esasına dayalı, güçler ayrılığı ilkesinin benimsendiği (sağlık hizmet sunumu, finansmanı, planlama ve denetleme yetkilerinin birbirinden ayrılması) ve hizmet sunumunda rekabettir. Bu ana ilkeler çerçevesinde programın bileşenleri şöyledir:

1. SB'nın idari açıdan yeniden yapılandırılması,
2. Tüm vatandaşların GSS kapsamına alınması,
3. Sağlık kuruluşlarının tek bir çatı altında birleştirilmesi,
4. Hastanelerin yönetim ve finansman açısından özerk birimlere dönüştürülmesi,
5. Yurt genelinde AH sistemine geçilmesi,
6. Ana çocuk sağlığı hizmetlerine önem verilmesi,
7. Koruyucu hekimlik uygulamalarının yaygınlaştırılması,
8. Özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasının teşvik edilmesi,
9. Yönetimsel olarak alt kademelere yetkilerin devredilmesi,

10. Kalkınmada öncelikli bölgelerde sağlık personel yetersizliğinin giderilmesi,
11. Sağlıkta e-dönüşüm projesinin uygulamaya geçirilmesi.

Acil Eylem Planı'nın ardından, daha önceki yönetimlerin sağlık reformları adıyla sundukları politikalar, 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla kamuoyuna duyurulmuştur (13). Program için "reform" sözcüğü yerine, "dönüşüm" sözcüğü kullanılmıştır (15). SDP'nin 8 ana hedef üzerinden ilerlemesi planlanmıştır. Bu ana hedefler şu şekildedir (4,5):

1. SB'nın planlayıcı ve denetleyici yapıya evrilmesi,
2. Tüm vatandaşları kapsayan GSS,
3. Yaygın, kolay erişimli ve çözüm odaklı sağlık sistemi
    - Güçlendirilmiş temel ve koruyucu sağlık hizmetleri ve AH,
    - Etkili ve kademeli sevk zinciri,
    - İdari ve mali yönden kendi içerisinde özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi, beceri ve motivasyonu yüksek sağlık çalışanları,
5. Sağlık sistemi destekleyecek ve eğitimli iş gücünü karşılayacak eğitim ve bilim kurumları,
6. Niteliğin etkililiğin arttırılması için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde yeniden yapılanma,
    - Ulusal İlaç Kurumunun kurulması,
    - Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması,
8. Karar süreçlerinde etkili ve hızlı bir şekilde bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

2003-2008 yılları sağlık alanında önemli değişikliklerin ve önemli adımların atıldığı bir dönem olmuştur. SDP çerçevesinde birçok yenilik hayata geçirilmiş ve bu çalışmalar yeni oluşturulan yasal altyapılar ile desteklenmiştir. SDP'nin uygulamaya koyulması ile birlikte, sağlık alanındaki politika değişiklikleri kamuoyunda sıkça tartışılmış ve toplum genelinde hissedilir değişimler yaşanmıştır. 2007 yılına gelindiğinde ise SDP'ye 3 yeni ana hedef daha ilave edilmiştir:

9. Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programlarının oluşturulması,
10. Tarafların mobilize edilmesi ve diğer sektörlerle iş birliğinin arttırılması,
11. Uluslararası arenada ülkenin gücünü artıracak ülke içi ve ülke dışı sağlık hizmetleri.

Ulusal sağlık sistemini tüm oluşumları ile ele alan SDP'nde temelde ortaya konmak istenen amaçlar, uzun vadede mali sürdürülebilirliğin sağlanarak sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde sunulmasıdır (15). Bu amaçlar yönelik belirlenen

birbiriyle bağlı hedefler ve bunların alt bileşenleri düşünüldüğünde, SDP'nin gelecek öngörüsünü 4 ana başlıkta incelemek olasıdır:

- Sosyal güvenlik sisteminin yeninden yapılandırılması,
- Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda AH modelinin benimsenmesi,
- Yarı özerk bir yapılanma olarak Kamu Hastaneleri Birlikleri,
- Sağlık sistemi içerisinde aktif olarak bulunmayan, daha ziyade düzenleyici bir rol üstlenen SB.

Sosyal güvenlik sistemine yönelik ilk çalışmalar, 2006 yılında 5502 sayılı 'Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu' ile 2008 yılında 5510 sayılı 'Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun yürürlüğe girmesiyle hayata geçirilmiştir. 5502 sayılı kanunla, daha önce mevcut olan üç sosyal güvenlik kuruluşu (SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur) bünyesinde verilen sağlık hizmetleri, SGK'nın kurulması ile birleştirilmiş, 5510 sayılı kanunla birlikte de tüm yurttaşları kapsamı içerisine almayı planlayan GSS hayata geçirilmiştir. Bu kanunlarla amaçlanan, sağlık sigortacılığı ve sağlık finansmanı ile sağlık hizmetlerinin verilmesinin birbirinden ayrılmasıdır. Bu anlayışta sağlık sigorta sistemi ve sağlık finansmanı yalnızca 'sağlık hizmetini satın alma' mantığına dayanmakta, hizmet sunumunu sistemin farklı unsurları yerine getirmektedir. Bu plan dahilinde SSK'ya ait sağlık kuruluşlarının SB'na devri 2005 yılında gerçekleştirilmiştir (4,5,15).

2012 yılında tüm yurt genelinde uygulamaya konulan GSS, aylık kazancı asgari ücretin üçte birinden fazla olan tüm yurttaşların, belirlenen sağlık primlerini ödeyerek kapsam içine alındığı zorunlu sağlık sigorta sistemidir. Düşük gelir grubunda olan vatandaşların pirim ödemeleri, kazançlarını belirlenen sınırlardan düşük olduğunu belgelemeleri halinde devlet tarafından karşılanmakta ve GSS'na dahil edilmektedir. Kapsam içerisinde yer alan tüm vatandaşlar her yıl SGK tarafından belirlenen 'temel teminat paketi' kapsamındaki sağlık hizmetlerinden eşit olarak faydalanabilmektedir. Temel teminat paketi kapsamındaki hizmetler ve geri ödeme şartları ise düzenli aralıklarla yayımlanan Sağlık Uygulama Tebiği'nde (SUT) belirtilmektedir. Eğer bireylerin sağlık sorunları söz konusu paket kapsamındaki hizmetlerin dışında bir hizmetse veya bireyler tarafından kapsam dışı hizmetler talep edilirse, olası harcamalar özel sağlık sigortalarından veya kişisel cepten ödemeler yoluyla karşılanmaktadır. Yine bu noktada GSS dışı özel sigortacılık hizmetleri de teşvik edilmiş olunmaktadır (13,15).

SDP'nin ikinci başlığı ise birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarının yeniden düzenlenmesidir. Sağlıkta sosyalleştirme döneminden bu yana sağlık ocağı bünyesinde verilen

birinci basamak sağlık hizmetleri, AH uygulaması ile yeniden şekillendirilmiştir. Bu amaçla 2004 yılında '5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun' çıkarılmıştır (16,17). Uygulamanın pilot ili olarak seçilen Düzce'de başlanan AH uygulamasına, 2010 yılı sonunda tüm yurt genelinde geçilmiştir. Söz konusu kanuna göre, koruyucu sağlık hizmetleri 'topluma' ve 'bireye' yönelik uygulamalar olarak sınıflandırılmıştır. Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık ocakları yerine kurulan Toplum Sağlığı Merkezlerinin (TSM) yönetimine verilirken, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetleri, Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) bünyesinde görevli Aile Hekimi (AH) ve Aile Sağlığı Elemanlarına (ASE) verilmiştir. ASM'lerin asıl amacı; bireyin sağlık ihtiyaçları göz önüne alınarak koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi, kişilerin sağlık kayıtlarının muntazaman tutulması, sunulan bu hizmetlere erişimin eşit ve ücretsiz bir şekilde olmasının sağlanmasıdır. Bu yasayla, SB, bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşların bünyesinde bulunan tabip veya uzman tabipleri, sözleşmeli olarak istihdam etmeye veya görevlendirmeye yetkili kılınmıştır. Hekim harici ASE, AH tarafından, karşılıklı iyi niyet anlaşması yoluyla belirlenebilmektedir. Bu şekilde ASE temin edilememesi durumunda ise SB bünyesinde bulunan personelin bu hizmetler için görevlendirilebilir. Bu yasada kişiler SB'nın belirlediği süreler sonunda AH değiştirme hakkına sahiptir (17).

Aile Hekimliği Sisteminin bir diğer önemli özelliği de, birinci basamaktan ikinci basamağa olan sevklerde, AH'lerin sevk zincirinin ilk ayağını oluşturmalarıdır. Buna yönelik, 5258 sayılı kanunda (md.5) 'Acil haller haricinde aile hekiminin sevki olmaksızın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına gidenlerden katkı payı alınacağı.' ibaresi yer almaktadır (17). Etkili bir sevk zincirinin oluşturulması ile ikinci basamak sağlık hizmet sunucularına olan başvuru sayısının ve hasta yoğunluğunun azalacağı, gerçek anlamda ihtiyacı olan hasta grubunun bu kurumlarda teşhis ve tedavilerinin yapılacağı öngörülse de, pratik uygulama henüz hayata geçirilememiştir.

SDP'nin üçüncü başlığı, '663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname' (KHK) ile 02/11/2011 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Kamu Hastane Birliklerinin (KHB) hayata geçirilmesidir. Burada hedeflenen, SB'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının KHB çatısı altında 'yarı özerk' olarak yeniden yapılandırılmasıdır. 663 sayılı KHK'nın 30. maddesine göre; 'Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları ile il düzeyinde kamu hastane birlikleri kurularak işletilir. Hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir ve bir ilde birlik kapsamı dışında sağlık kurumu

bırakılamaz. Birden fazla birlik kurulan illerdeki ve belli bölgedeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilir.' İbaresi bulunmaktadır (18). Burada amaç, SB'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının gerek idari, gerekse de mali yönden yarı özerk bir yapıya kavuşturularak, sağlık işletmesi mantığına göre yeniden düzenlenmesidir. Sonuç olarak SB, hizmet sunumundan ziyade, sağlık hizmetlerinin denetlenmesi göreviyle sınırlanmıştır (15,16).

SDP'nin dördüncü ve son başlığı, yukarıda anlatılan ilk üç başlığın bir nevi sonuç çıktısı konumundadır. Genel anlamı ile daha özerk bir yapıya evrilen sağlık kurumlarına paralel olarak, SB da, daha ziyade sistem içerisinde düzenleyici ve denetleyici bir pozisyon almıştır. Yine 663 sayılı KHK'da ifadesini bulan, SB'na bağlı özel bütçeli bir kurumlar olarak hizmet verecek olan Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun hayata geçirilmesidir (19). Kurumun amacı ülke içerisinde kullanılacak tıbbi müstahzarlar ile tıbbi cihazların her türlü denetim ve kontrolünü sağlamak, ilaç ve tıbbi cihaz piyasasını denetlemek, gerekli izin ve sertifikasyonları vermektir. Görüldüğü üzere, SDP sonrası dönemde SB yönetimsel anlamda daha dar bir alanla sınırlandırılmış, sağlık hizmetlerinin sunumu yerelde ve yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yeniden organize edilmiş, merkezi yönetimin yetki ve sorumlulukları azaltılarak, merkezi yönetimin yetkileri yerel yönetimlere yetki devri usullerine uygun olarak dağıtılmıştır (5,13,15,16).

Görüldüğü üzere SDP, temelleri 1980'lere kadar uzanmakla birlikte, olgunlaşarak hayata geçirilmesi birkaç dekad süren bir planlama sürecinin ürünüdür dersek yanlış olmaz. 1980 ve sonrası dünya genelinde belirginleşerek yayılan neoliberal politikaların bir sonucu olarak 2003 yılında hayata geçirilen program, 15 Ağustos 2017 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe giren 694 sayılı KHK ile tekrar revize edilmiş, sistem içerisinde bulunan kimi kurumlar lav edilmek sureti ile, kimi kurumlar da farklı bir yönetim şeması altında varlıklarına devam etmişlerdir (20).

694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Sonrası Sağlık Politikaları (2017-2023): 2003 yılında açıklanan SDP, Türk Sağlık Sistemini kökten değiştiren uygulamalarıyla, açıklandığı günden bu yana kamuoyunu meşgul etmiştir. Gerek hizmet sunumu, gerek finansman yapısı olarak başarılı olduğu noktalar mevcuttur. SDP ve bu programa bağlı oluşan kurum ve kuruluşların yapısı ve işlevi, 15 Ağustos 2017 tarihinde açıklanan ve 25 Ağustos 2017 tarihli resmi gazetede yayımlanan 694 sayılı KHK ile yeniden düzenlenmiştir (20).

694 sayılı KHK'nın 184-194 arası maddeleri, daha önce yürürlükte olan 663 sayılı KHK hükümlerinin yeniden düzenlenmesini içermektedir. Yeni düzenlemeyle birlikte Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu lav edilmiş, taşra teşkilatındaki mevcut

yönetim kadroları İl Sağlık Müdürü altında, başkanlıklar ve başkan yardımcılıkları olarak revize edilmiştir. Tüm bu yeni düzenlemeler, SDP kapsamında hayata geçirilmek istenen özerk yapıyı yeniden merkezi yönetime devretmiştir. Sonuç olarak 663 sayılı KHK revize edilerek kullanılıyor olsa da, 694 sayılı KHK sonrası oluşan yapılanma sürecini SDP olarak nitelememiz olanaksızdır. Özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularının il içerisindeki özerk ve yerinden yönetim felsefesinin benimsendiği SDP yapılanmaları, söz konusu KHK ile ortadan kaldırılmıştır (20).

Yine bu süreçte çok büyük yatak kapasiteleri ile dikkat çeken, Şehir Hastaneleri modeli de sağlık sistemi içerisindeki yerini almıştır. Şu ana kadar dokuz hastane faaliyete geçmiş, yine birçok yeni hastanenin de ihale ve yapım aşamalarına başlanmıştır (21). Şehir hastaneleri modelinin gerek ekonomik ve finansal yapısı, gerek hizmet kalitesi, gerekse de çalışan ve hasta memnuniyeti olarak başarısız bir model olduğunu öne süren yayınlar ve çalışmalar olmasına rağmen (22), SB ve üst düzey bakanlık bürokratları bunun tam aksini iddia etmektedirler (23). Bir yıldan biraz daha fazla bir süredir aktif olarak çalışan bu hastane modelinin değerlendirilmesi, şu an için, daha sonraki yılların konusu olarak kalacağa benzemektedir.

SAĞLIK GÖSTERGELERİ

Sağlık Göstergesi Kavramı

Sağlık göstergeleri, belirli bir popülasyonun sağlık durumunu gösteren, matematiksel ya da istatistiksel ölçütlerdir. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesinde kullanılan bu ölçütler, söz konusu ülkenin kalkınmışlık düzeyinin, adil gelir dağılımının ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunumunun ortaya konulması açısından önemli bilimsel dayanaklardır (24). Sağlık göstergelerine ait verilerin doğru ve güvenilir olması, bu verilerin işlenme ve sonuç çıktıları haline getirilirken uygulanan istatistiksel süreçlerin şeffaflığı, bu sonuçların yorumlanması ve karşılaştırmaların yapılırken belirli standartların oluşturulması, sonuçlar üzerinde doğru ve objektif değerlendirmeler yapabilmek için son derece önemlidir (25).

Sağlık göstergeleri, matematiksel ve istatistiksel ölçümlerden oluşur ve üzerinde çalışılan popülasyonun sağlıkla ilgili farklı özelliklerinin ortaya konulmasını sağlar. Her bir gösterge bütünün bir parçası olup, popülasyonun geneli hakkındaki yargımızın net olarak ortaya çıkmasında etkilidir. Yine söz konusu göstergelerin sürekli izlenmesiyle, zaman içerisindeki

sağlık değişimi de ortaya konabilir (26). Göstergeler iki ana başlık altında incelenebilir: Sağlığın belirleyiciler ve Sağlık statüsü.

Sağlığın belirleyicileri: Sağlığı etkileyen faktörlerin ölçüldüğü göstergelerdir. Diyet, sigara kullanımı, içme suyu kalitesi, sosyoekonomik durum, sağlık hizmetlerinin yaygınlığı ve bu hizmetlere erişim gibi ölçütleri içerir. Yine bunun yanında dil, din, ırk, kültür gibi sosyodemografik faktörler de bu kategoride değerlendirilebilir. Genel olarak sağlığın en önemli belirleyicileri; sosyoekonomik çevre, fiziki şartlar, kişinin karakter özellikleri, genetik mirası, davranış modelleri, alışkanlıkları ve uygulamada olan sağlık sistemleri olarak sıralanır. Bu belirleyicilerin hepsi birden bireyin ve toplumun sağlık çıktılarını etkilemektedir. Kişinin sağlıklı olma halini önemli ölçüde çevresel ve kişisel özellikleri belirler (27).

Sağlık statüsü: Toplumun sağlık düzeyinin farklı parametrelerinin ölçüldüğü göstergelerdir. Genetik özellikleri, fiziksel çevre, sosyal çevre, kişinin sağlık statüsünü önemli ölçüde etkiler. Sağlık statüsüyle ilgili göstergeler; doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı, kaba ölüm oranları, kanser görülme oranı, kronik hastalıkların oranı, bulaşıcı hastalıkların oranı, sakatlık oranı gibi bir çok sağlık çıktısını içerir (26).

Sağlık Göstergelerinin Önemi

Sağlık göstergeleri, ilgili toplumun sağlığını etkileyen etkenleri ve sağlık hizmetlerinin etkililiğinin ortaya konabilmesinde önemlidir. Ayrıca bu göstergeler, ülkelerin sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklarını doğru şekilde planlamalarını ve sağlık sisteminin etkinliğini izlemeleri sağlar. Bu sayede sağlık yöneticileri hangi sağlık sisteminin hangi alanlarında düzenlemeler yapılabileceğine ilişkin yeni ve etkin politikalar geliştirebilirler. Aynı zamanda bu veriler sağlık sisteminin karakteristik özellikleri ve performansı hakkında bilgi sağlarlar. Ayrıca bu göstergeler sağlık belirleyicilerinin daha iyi anlaşılmasına, toplumların sağlık durumları arasındaki boşluğun ve sağlık çıktılarının daha iyi belirlenmesine yardımcı olur (28). Sağlık göstergeleri, toplumların aşağıdaki sorulara cevap verebilmesini sağlar:

- Toplum sağlık düzeyi nedir?
- Toplum sağlığı genel olarak dengede midir?
- Toplum sağlığına etkili faktörler nelerdir?
- Sağlıklı yönelimimizde daha iyiye doğru bir ilerleme var mıdır?
- Uygulanan sağlık sistemi performans çıktıları istenilen ölçüde midir? (29).

Sağlık sistem performansının ölçümü iki açıdan önemli ve faydalıdır: İlki, sağlık sistemlerinin eksikliklerinin tanımlanması, finansman adaleti, toplumun beklentilerine karşılık verebilmek ve benzeri sağlık durumuna ulaşan ülkelerin başarı ya da başarısızlıklarını ortaya

koymak; ikincisi, sağlık sisteminin zamana göre kritiğini sağlayacak göstergeler belirlemektir. Söz konusu faydaların ortaya koymaya çalıştığı ana tema; sağlık sistemi politikalarının, belirli sosyoekonomik koşullar altında farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koyarak, gelecekte bu politikaları doğrulamak ya da reddetmek için temel bir dayanak sağlamasıdır (26). Tüm bu değerlendirmelerin merkezinde de sağlık göstergeleri yer almaktadır.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

Dünya Sağlık Örgütü'nün Tarihsel Gelişimi

Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler (BM) çatısı altında kurulan ve uluslararası sağlık çalışmalarını planlamak ve yürütmekle sorumlu olan kuruluştur. DSÖ'nün tarihsel yolculuğu İkinci Dünya Savaşının sonunda 1945 yılında, Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) San Francisco şehrinde yapılan BM Konferansı esnasında, Çin ve Brezilya temsilcilerin "Uluslararası Sağlık Örgütü" fikrini gündeme getirmeleriyle başlamıştır. Geçen yıllar içerisinde BM üst yönetimi, dünya barışının tesis edilmesi ve devamı için, dünya ölçeğinde sağlıkla ilgili bir kuruluşun varlığının eksikliğini her zaman hissetmiştir (30).

Örgütün kurulması amacıyla BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi, kurulum çalışmaları için Prof. Dr. Rene Sard'ın başkanı olduğu 15 kişilik teknik bir ekibi görevlendirmiştir. Ekip kısa süre içerisinde kurulacak olan örgütün gündemini saptamış, hukuksal altyapını oluşturmuş, örgüt için alınması gerekli kararları belirlemiştir. DSÖ anayasası, 19-22 Temmuz tarihlerinde ABD'nin New York şehrinde yapılan "Uluslararası Sağlık Konferansı" sırasında oluşturulmuştur (30). Dönemin sağlık bakanı Dr. Behçet Uz'un girişimleriyle Türkiye de DSÖ'nün kuruluşunda ve Anayasa oluşturma çalışmalarında bilfiil bulunmuştur (31).

DSÖ Anayasası 22 Temmuz 1946 tarihinde Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 61 ülkenin temsilcileri tarafından imzalanmıştır. DSÖ Anayasasını hükümet adına Prof. Dr. İhsan Doğramacı imzalamıştır. DSÖ Anayasası 26 üye ülkenin ülke yönetimleri tarafından onaylanması sonrasında, 7 Nisan 1948 tarihinde Cenevre'de resmen kurulmuştur (31).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Yönetimsel Yapısı

Dünya Sağlık Örgütü örgüt şeması; Genel Kurul (Asamble-GK), Yönetim Kurulu (YK) ve Sekreterya'dan (Genel merkez, bölge ofisleri ve ülke temsilcilikleri) oluşmaktadır.

Genel kurul (Asamble): Örgüte üye devlet temsilcilerinden oluşturulan yapı, her sene mayıs ayı içerisinde bir kere toplanır. GK, örgütün en yetkili karar organıdır. Kurul, DSÖ adına

sözleşme ve antlaşma yapmaya yetkilidir. Uluslararası kamuoyunda uyulması gereken standartları ve kuralları belirleyebilir. GK'nın görevleri:

- Örgütün politikalarını oluşturmak,
- Yönetim kurulu için üye verecek ülkeleri belirlemek,
- Genel Müdürün seçimini yapmak,
- Örgütün mali politikalarını belirlemek, gelir ve gider dengesini denetlemek,
- Bütçe görüşmelerini yapmak ve onaylamak,
- Örgütün faaliyetleri için gerekli olabilecek yeni komisyonları hayata geçirmek (32).

Yönetim kurulu: Yönetim Kurulu, GK tarafından seçilen ve sonrasında 3 yıl süreyle görev yapan 34 üye ülkenin sağlık alanında yetkin ve uzman temsilcilerinden oluşturulur. Bu üyelerin üçte biri her sene değiştirilmektedir (33). YK ilgili sene içerisinde en az iki defa toplanır. Bu toplantılardan ilki ocak ayında, diğeri ise GK'dan hemen sonra mayıs ayı içerisinde gerçekleşir.

Yönetim Kurulu, GK'un yürütme organıdır. GK'da alınan kararların hayata geçirilmesinden sorumludur. GK'un gündemini belirler ve yıllık çalışma planını yapar. Uygun gördüğü konularda, GK'a önerilerde bulunur. Salgınlar ve doğal afetlerde gerekli ve acil önlemleri alır ya da bu yetkisini Genel Direktör'e (GD) devreder. YK, belli konularda yeni alt komiteler oluşturmaya yetkilidir (32).

Sekreterya (Genel merkez, bölge ofisleri ve ülke temsilcilikleri): Sekreterya, GD'ün teknik ve idari başkanlığı çatısı altında tüm DSÖ personelini içerir. Sekreterya, Cenevre'deki Genel Merkez, altı adet Bölge Ofisi (BO), üye ülkelerin temsilcilikleri ve bazı ülkelerde bulunan irtibat ofislerinden oluşmaktadır.

Genel Direktör, YK sorumluluğunda, DSÖ'nün yönetsel ve teknik başkanıdır. Aynı zamanda, YK, GK, DSÖ'nün tüm komisyonlarının ve komitelerinin ve DSÖ tarafından yapılan ya da planlanan konferansların sekreteryasını üstlenir. Bu görevini, gerekli hallerde vekalet yoluyla devredebilir. GK tarafından belirlenen personel yönetmeliği uyarınca, DSÖ'nün insan kaynağını düzenler (32).

2019 yılı güncel sayılarıyla 194 üye ülkesi ve altı adet BO mevcuttur. DSÖ'nün mevcut bölge ofisleri:

- Avrupa Bölgesi Ofisi (Kopenhag),
- Doğu Akdeniz Bölgesi Ofisi (İskenderiye),
- Afrika Bölgesi Ofisi (Brazzaville),
- Amerika Bölgesi Ofisi (Washington),

- Güney Doğu Asya Bölgesi Ofisi (Yeni Delhi),
- Batı Pasifik Bölgesi Ofisi (Manila) (34).

Her ülkenin hangi BO'ne üye olduğu genelde coğrafi konumla bağlantılıdır. Ancak, bu zorunlu bir kural değildir. BO kurulma amacı, DSÖ'nün yetki ve görevlerinin paylaştırılması olduğu kadar, benzer sağlık sorunları olan ülkeleri bir araya getirerek daha homojenize bir örgütsel yapı oluşturmak, buna uygun olarak planlama sağlayarak, örgütü daha etkin ve daha etkili bir hizmet sunumuna kavuşturmaktır. Ülkeler, GK tarafından uygun bulunan ilk bölgelerine itiraz etme hakkına sahiptirler. Bu itiraz GK tarafından kabul gördüğünde, bölgelerini değiştirme hakları vardır. Bu ülkelere örnek olarak Türkiye, Fas, Tunus, Cezayir, İsrail, Yunanistan ve Kuzey Kore verilebilir (32).

Türkiye, DSÖ'nün Avrupa BO'ne bağlıdır. DSÖ'nün başkent Ankara'da bir ülke ofisi, Gaziantep'te de bir saha ofisi vardır. DSÖ ile Türkiye arasındaki ilişkiler, 'İki Yıllık İşbirliği Anlaşmaları' çerçevesinde hayata geçirilmektedir. İstanbul'da açılması planlanan "İnsani ve Sağlık Acil Durumlarına Hazırlıklılık Teknik Uzmanlık Ofisi"nin Ev Sahibi Ülke Anlaşması, 2 Mayıs 2017 tarihinde taraflar arasında imzalanmıştır. Dönemin Türkiye Halk Sağlığı Kurum Başkan Yardımcısı Dr. Bekir Keskinkılıç, 2016-2019 dönemi DSÖ YK üyesidir (31).

Avrupa bölge ofisi ülkeleri: Dünya Sağlık Örgütü Avrupa BO ülkeleri; Arnavutluk, Hollanda, Tacikistan, Estonya, İngiltere, Almanya, Macaristan, Kırgızistan, Belçika, Malta, Kazakistan, Bulgaristan, Monako, Sırbistan, Özbekistan, İzlanda, Avusturya, Lüksemburg, Türkiye, Beyaz Rusya, Makedonya, Moldavya, Azerbaycan, Norveç, Slovakya, Çek Cumhuriyeti, Romanya, Rusya, Danimarka, Polonya, Fransa, Bosna Hersek, Hırvatistan, Türkmenistan, Gürcistan, Ermenistan, Portekiz, Finlandiya, Letonya, İsrail, Litvanya, İtalya, Yunanistan, İrlanda, Ukrayna, İspanya, Slovenya ve İsveç'tir (35).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmamızda SDP'nin sağlık göstergelerine olan etkisini inceleyerek SDP'nin performansını ortaya koymayı amaçladık. SDP sonrası dönem sağlık göstergelerindeki değişimin, SDP öncesi döneme göre, DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkeleri ortalaması ile karşılaştırarak olası farkları ya da benzerlikleri araştırdık. Araştırmamız için öncelikle 2017 tarih ve 20/05 karar numaralı, TÜTF-BAEK 2017/292 protokol numaralı (Ek-1) etik kurul iznini aldık.

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırmamızın deseni, 1990-2017 yıllarını içeren sağlık göstergelerinin geçmişe yönelik olarak incelendiği, retrospektif, tanımlayıcı, kesitsel ve karşılaştırmalı bir çalışmadır. SDP öncesi dönem sağlık göstergelerini, SDP sonrası dönem sağlık göstergeleri ile kıyaslayarak, mevcut sağlık politikası değişimi sonrası sağlık göstergelerinde oluşan durumu ortaya koymaya çalıştık.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmamızın evrenini iki ayrı döneme ait sağlık göstergeleri oluşturmaktadır. SDP'nin tam olarak uygulamaya geçmesi 2010 yılı sonuna tekabül ettiği için, SDP öncesi dönemi (SDPÖ) 2010 yılına kadar (2010 yılı verileri de dahil) olan zaman dilimi olarak kabul ettik. 2011-2017 yılları arası dönemi de SDP uygulama dönemi (SDPD) olarak belirledik.

ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI

Araştırmamızda verisine ulaşabildiğimiz uluslararası geçerliliği olan DSÖ'nün "100 Temel Sağlık Göstergesinin Küresel Referans Listesi" kitabının 2018 yılı baskısındaki (36) sağlık göstergelerini kullandık. Bu göstergelerle ilgili verileri, Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) İndikatörleri veri bankasının https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database adresinde bulunan ve her kullanıcıya açık resmi internet sitesini kullanarak elde ettik (37).

Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden özellikle 3. hedef, sağlıklı yaşamı ve herkes için sağlığın arttırılmasını amaçlayan alt hedeflerden oluşmuş bir hedefler bütünüdür. Burada ulaşılmak istenen hedeflerin belirtilmesinin yanı sıra, ülkelerin ve bölgelerin geçmişten günümüze söz konusu hedeflerde hangi durumda olduğunu gösteren verilerde mevcuttur. Biz de araştırmamızda uluslararası geçerliliği olan bu veri setini tercih ettik.

ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımsız değişkenleri SDPÖ ve SDPD'dir. Bağımlı değişkenlerimizi de her iki dönemde de verisine ulaşabildiğimiz sağlık göstergeleri oluşturmaktadır. Bu sağlık göstergeleri; SKH 3. Hedef başlığının altında sıralanmış 13 alt hedeften ve bu hedeflerin verilerinden oluşmaktadır. Kontrol grubu olarak DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerinin sağlık göstergeleri ortalaması alınmıştır. Buna ilaveten, öne çıkan sağlık finansman sistemi uygulayıcısı olan üç ülke; Almanya (Bismarc Sistemi), İngiltere (Beveridge Sistemi) ve ABD (Özel Sağlık Sigorta Sistemi) de kontrol grubu olarak eklenmiştir (29). Bu ekleme ile SDP'nin finansman boyutunun, sağlık göstergeleri üzerine olan etkisi de değerlendirilecektir.

ARAŞTIRMAYA KABUL KRİTERLERİ

Araştırmamızın en önemli kabul kriteri, her iki dönemi de kapsayan verilerine ulaşabildiğimiz sağlık göstergeleridir. Bu göstergelerin aynı zamanda kontrol grubuna ait verilerinin de olması ikinci önemli kriterimizi oluşturmaktadır.

ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmamızdaki en önemli kısıtlılık, söz konusu sağlık göstergelerinde bazı verilerin yıllara göre mevcut olmaması olmuştur. Bu verileri içeren ülke ya da Avrupa bölgesi ortalaması çalışmaya alınmamış, mevcut veriler kullanılmıştır.

VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi için, özünde ekonometrik bir tahmin yöntemi olan "Farklar Arasındaki Fark (Difference in Differences)" (FAF) yöntemini kullandık. Yöntemin temelleri Ashenfelter ve Card tarafından 1985 yılında yayınlamış oldukları bir makalede açıklanmıştır (38). FAF yöntemi genellikle bir uygulamanın sonrasında, söz konusu uygulamanın, uygulama öncesi döneme kıyasla grup üzerinde ne ölçüde bir etki oluşturduğunun belirlenmesinde kullanılan bir istatistik yöntemdir. FAF yönteminin uygulanabilmesi için biri uygulamaya tabi olan, diğeri uygulamaya tabi olmayan paralel eğilime sahip en az iki grup ve bu gruplara ait uygulama öncesine ve sonrasına ait yeterli verinin olması gerekmektedir. Yöntemin ana kabullerinden birisi olan "paralel eğilim" kabulüne göre gruplar uygulamanın yokluğu halinde zaman içerisinde mevcut durumlarını koruyarak benzer çıktıları verirler. Uygulamaya tabi olunması durumunda ise, uygulamaya maruz kalan grup çıktıları, uygulamaya maruz kalmayan kontrol grubu çıktılarıyla olan paralel eğimden saparak, farklı sonuç çıktıları ortaya çıkartır (38).

Formülasyon

Paralel eğilime sahip A ve B grupları uygulama öncesi ve sonrası gözlemlenmiştir. A grubu uygulamaya tabi tutulurken, B grubu uygulamaya tabi tutulmamıştır. Yani A grubu "deney grubu", B grubu ise "kontrol grubudur". A grubunun uygulama sonrası ve öncesi çıktıları arasındaki farkı "αA" aşağıdaki gibi hesaplanabilir;

$$\alpha A = \overline{Y}_{A1} - \overline{Y}_{AO} \quad (1)$$

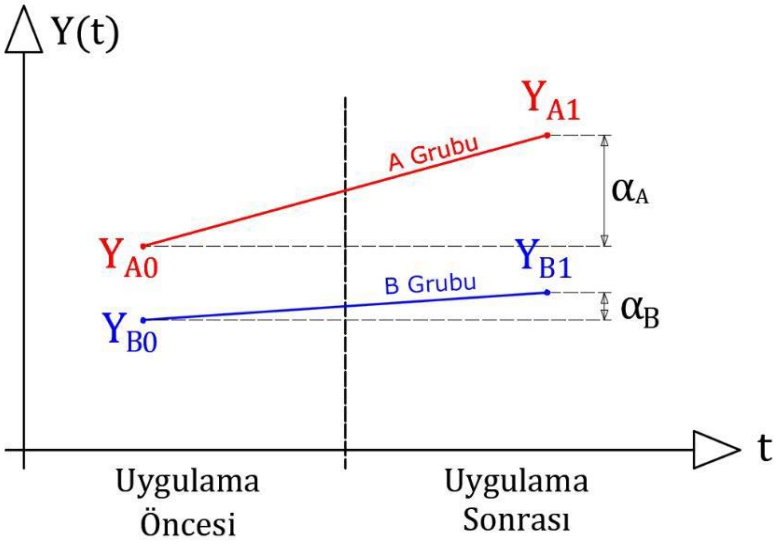
Burada $\bar{Y}_{A1}$ A grubu için uygulama sonrası ortalama çıktı ve "$\bar{Y}A0$" A grubu için uygulama öncesi ortalama çıktıdır. Benzer şekilde B grubunun uygulama sonrası ve öncesi çıktıları arasındaki farkı "αB";

$$\alpha B = \overline{Y}_{B1} - \overline{Y}_{BO} \quad (2)$$

şeklinde hesaplanabilir. A ve B grupları paralel eğilime sahip oldukları için uygulamanın etkisi; A grubunun (deney grubunun) uygulama sonrası ve öncesi çıktıları arasındaki farktan, B grubunun (kontrol grubunun) uygulama sonrası ve öncesi çıktıları arasındaki fark çıkarılarak aşağıda formülde gösterildiği gibi belirlenebilir:

$$\hat{\alpha} = \alpha A - \alpha B = (\bar{Y}_{A1} - \bar{Y}_{AO}) - (\bar{Y}_{B1} - \bar{Y}_{BO}) \quad (3)$$

Bu işlem bize farklar arasındaki farkı verir ve A grubunun tabi tutulduğu uygulamanın etkisinin ölçülmesini sağlar. Şekil 2'de A ve B gruplarının uygulama sonrası ve öncesi çıktıları ve bu çıktılar arasındaki farklar gösterilmiştir.

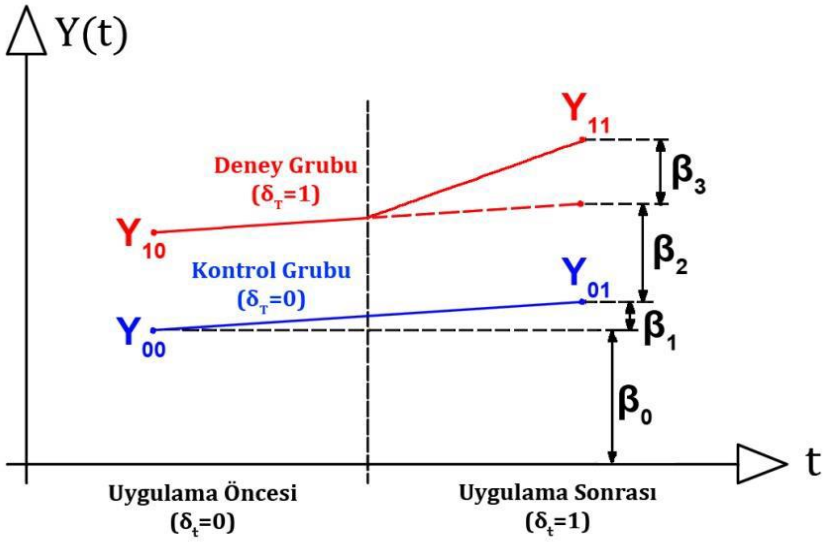


Şekil 2: A ve B gruplarının uygulama öncesi ve sonrası çıktıları

İncelenen bir Y_{Tt} çıktısı aşağıda verilen şekilde lineer olarak modellenebilir. Bu denklemde δt zamana bağlı bir terimdir eğer çıktı uygulama sonrasına ait ise "1", uygulama öncesine ait ise "0" değerini alır.

$$Y_{Tt} = \beta_0 + \beta_1\delta_t + \beta_2\delta_T + \beta_3\delta_T\delta_t + \varepsilon_i \quad (4)$$

Benzer şekilde δ_T incelenen gruba bağlı bir terimdir. δ_T değeri grup uygulamaya tabi ise (deney grubu için) "1", grup uygulamaya tabi değil ise (kontrol grubu için) "0" olarak alınır. $\beta_0, \beta_1, \beta_2 \; ve \; \beta_3$ terimleri ise sırasıyla baz değeri, kontrol grubunun zaman eğilimini, uygulama öncesi iki grup arasındaki farkı ve uygulamanın etkisini ifade eder. ε_i ise ölçümlerde veya gözlemlerde yapılan hatayı temsil eder. Şekil 3'de bu terimler grafik üzerinde gösterilmiştir.



Şekil 3: $\beta_0, \beta_1, \beta_2 \; ve \; \beta_3$ terimleri

β_3 terimi denklem (3) ve denklem (4) kullanılarak aşağıdaki gibi hesaplanabilir:

$$\hat{\alpha} = (Y_{11} - Y_{10}) - (Y_{01} - Y_{00}) \quad (5a)$$

$$\hat{\alpha} = ((\beta0+\beta1+\beta2+\beta3+\varepsilon1)-(\beta0 +\beta2+\varepsilon2)) - ((\beta0+\beta1+\varepsilon3)-(\beta0+\varepsilon4)) \quad (5b)$$

$$\hat{\alpha} = \beta3 + \varepsilon5 \quad (5b)$$

Eğer ölçüm hataları ihmal edilirse β3 terimi bize "Farklar Arasındaki Farkı" verir.

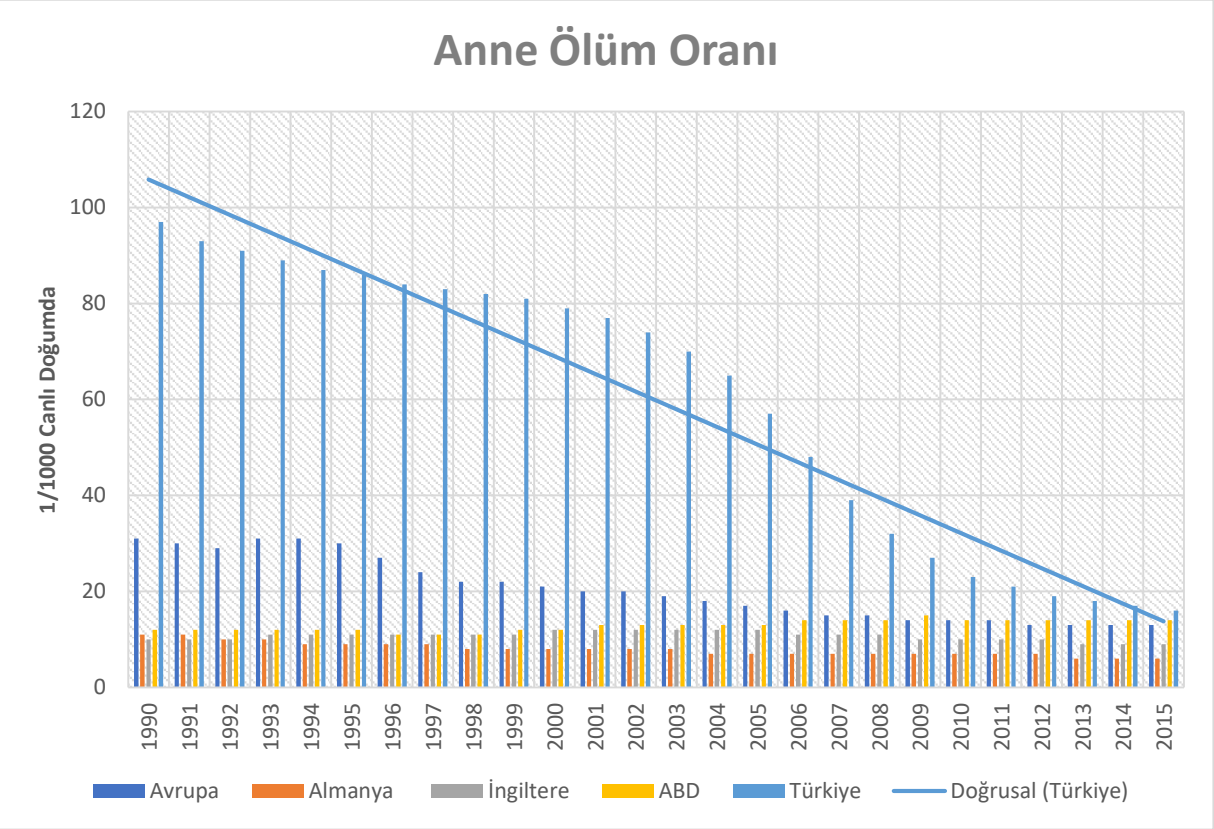
$$\hat{\alpha} = \beta3 \quad (6)$$

BULGULAR

Bulgularımızın sunumunda DSÖ SKH doğrultusunda ve benzer sıralamaya bağlı kalarak sunmaya karar verdik.

Anne Ölüm Oranı

Anne ölüm oranı, her 100000 canlı doğumda meydana gelen anne ölümleriyle ilgili istatistik verileri ifade eden bir göstergedir. SKH 3.1.1 numaralı başlık altında incelenmiştir. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin önemli bir göstergesidir (36).



Şekil 4: Anne ölüm oranı 1995-2015

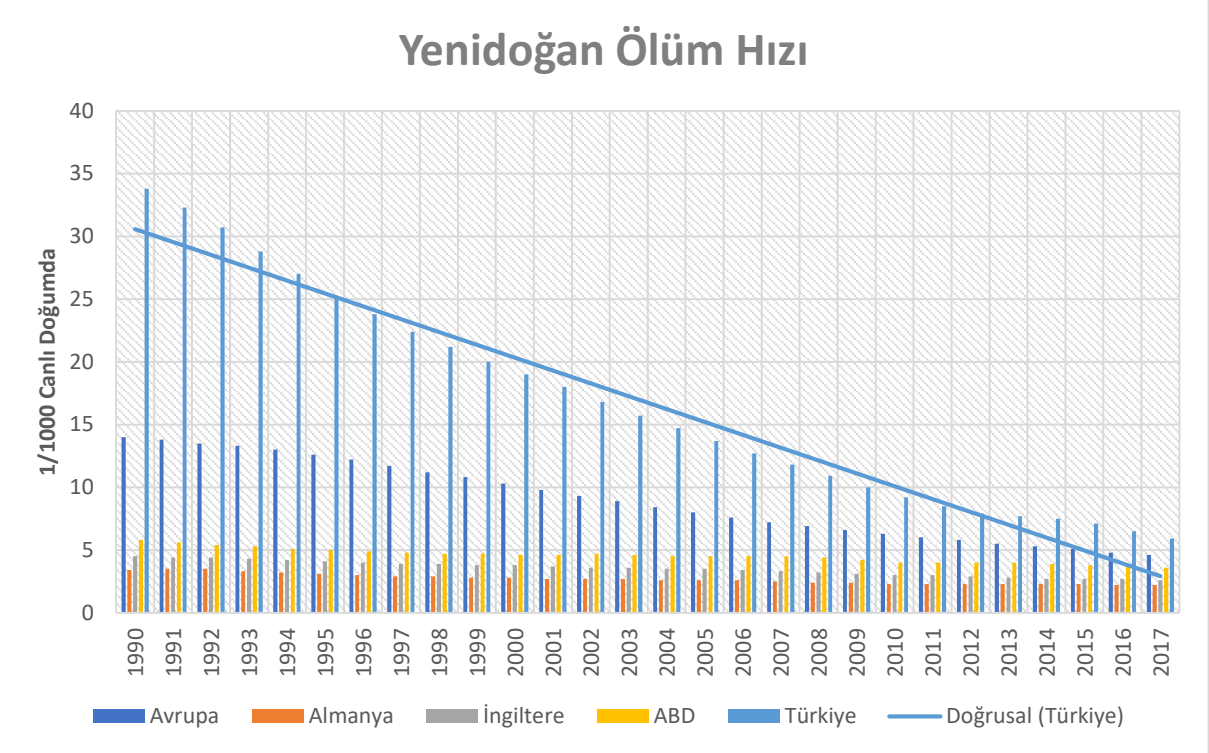
Tablo 1: Anne ölüm oranı istatistik analizi

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	-8.990	47.52	-42.52	p<0.01
Almanya	-1.933	61.38	-49.58	p<0.01
İngiltere	-1.648	58.67	-49.87	p<0.01
ABD	1.381	57.10	-52.90	p<0.01

Anne ölüm oranları incelendiğinde, SDP sonrası dönemde, politika değişikliğinin istatistiksel anlamda her grup için fark yarattığı görülmektedir. SDP sonrası dönemde anne ölüm hızları, olağan trende göre anlamlı olarak düşmektedir.

Yenidoğan Ölüm Hızı

Yenidoğan ölüm hızı, belirli bir popülasyonda bir yıl içinde canlı doğan ve takip eden 28 gün içinde ölen bebek sayısının, aynı popülasyonda söz konusu yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranın 1000 ile çarpımıdır. SKH 3.2.2 numaralı başlık altında incelenmiştir. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin ve yenidoğan enfeksiyonlarının önemli bir göstergesidir (36).



Şekil 5: Yenidoğan ölüm hızı

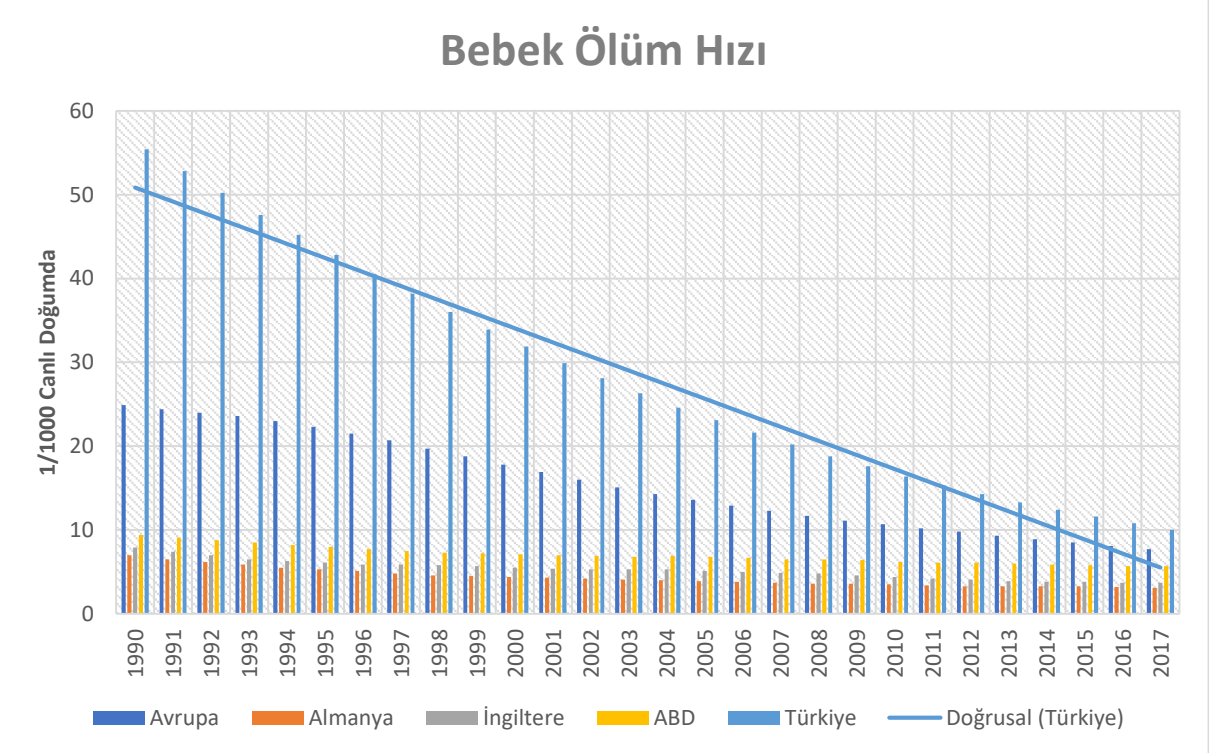
Tablo 2: Yenidoğan ölüm hızı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	-4.957	9.633	-7.633	p<0.05
Almanya	-0.581	17.04	-12.01	p<0.01
İngiltere	-1	16.12	-11.59	p<0.01
ABD	-0.924	15.11	-11.67	p<0.01

Yenidoğan ölüm hızı incelendiğinde, ölüm hızındaki azalma istatistiksel olarak DSÖ Avrupa Bölgesine göre yüksek anlamlı olarak düşmektedir. Yine aynı düşüş, Almanya, İngiltere ve ABD ile kıyaslandığında, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşüş göstermiştir.

Bebek Ölüm Hızı

Bebek ölüm hızı, belirli bir popülasyonda bir yıl içinde canlı doğan ve 365 gün içinde ölen bebek sayısının, aynı popülasyonda söz konusu yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranın 1000 ile çarpımıdır. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin ve bebeklik çağı enfeksiyonlarının önemli bir göstergesidir (36).



Şekil 6: Bebek ölüm hızı

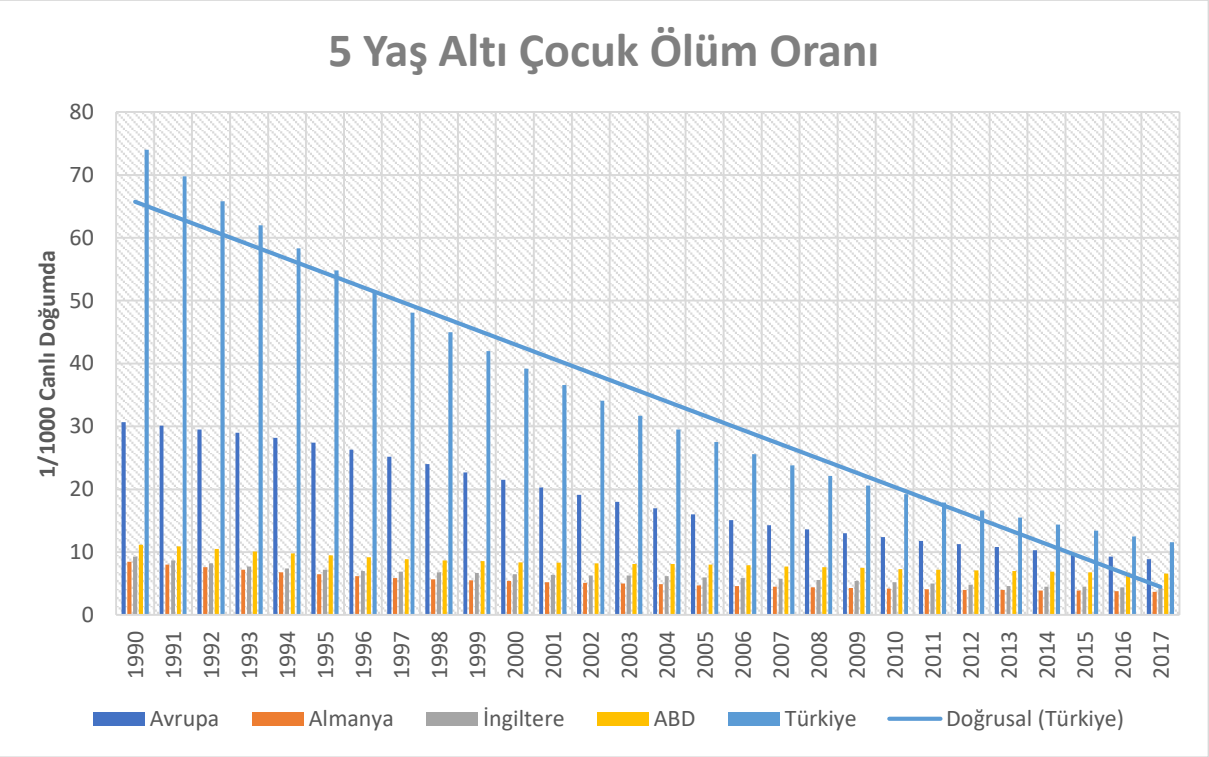
Tablo 3: Bebek ölüm hızı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	-8.943	15.51	-11.91	p<0.05
Almanya	-1.419	28.70	-19.44	p<0.01
İngiltere	-1.833	27.67	-19.02	p<0.01
ABD	-1.505	25.98	-19.35	p<0.01

Bebek ölüm hızı incelendiğinde, ölüm hızındaki azalma istatistiksel olarak DSÖ Avrupa Bölgesine göre yüksek anlamlı olarak düşmektedir. Yine aynı düşüş, Almanya, İngiltere ve ABD ile kıyaslandığında, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşüş göstermiştir.

Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı

Beş yaş altı ölüm hızı, belirli bir popülasyonda bir yıl içerisinde beş yaşını tamamlamadan ölen çocukların sayısının, aynı popülasyonda söz konusu yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranının 1000 ile çarpımıdır. SKH 3.2.1 numaralı başlık altında incelenmiştir. Çocukluk çağı enfeksiyonlarının, beslenme ve hijyen koşullarının bir göstergesi olarak yorumlanır (36).



Şekil 7: Beş yaş altı ölüm hızı

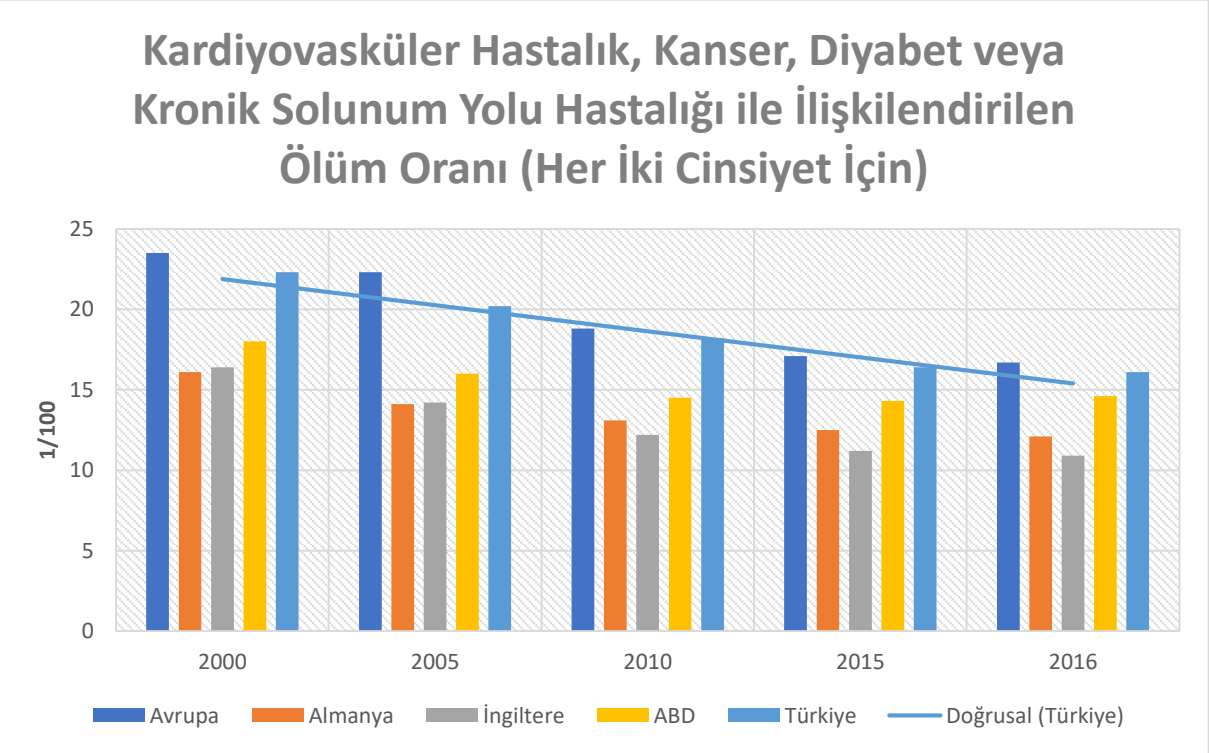
Tablo 4: Beş yaş altı ölüm hızı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	-11.28	20.37	-16.12	p<0.05
Almanya	-1.810	36.23	-25.59	p<0.01
İngiltere	-2.152	35.22	-25.25	p<0.01
ABD	-1.886	33.17	-25.51	p<0.01

Mevcut ölüm hızı incelendiğinde, ölüm hızındaki azalma istatistiksel olarak DSÖ Avrupa Bölgesine göre yüksek anlamlı olarak düşmektedir. Yine aynı düşüş, Almanya, İngiltere ve ABD ile kıyaslandığında, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşüş göstermiştir.

Kronik Hastalıklara Bağlı Ölüm Oranı

Kronik kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve kronik solunum sistemi hastalıkları bu başlık altında incelenmiş olup SKH 3.4.1 numaralı başlık altında incelenmiştir. Değerlendirmeler 30-70 yaş arasındaki ölümleri kapsamaktadır (36).



Şekil 8: Kronik hastalıklara bağlı ölüm oranı

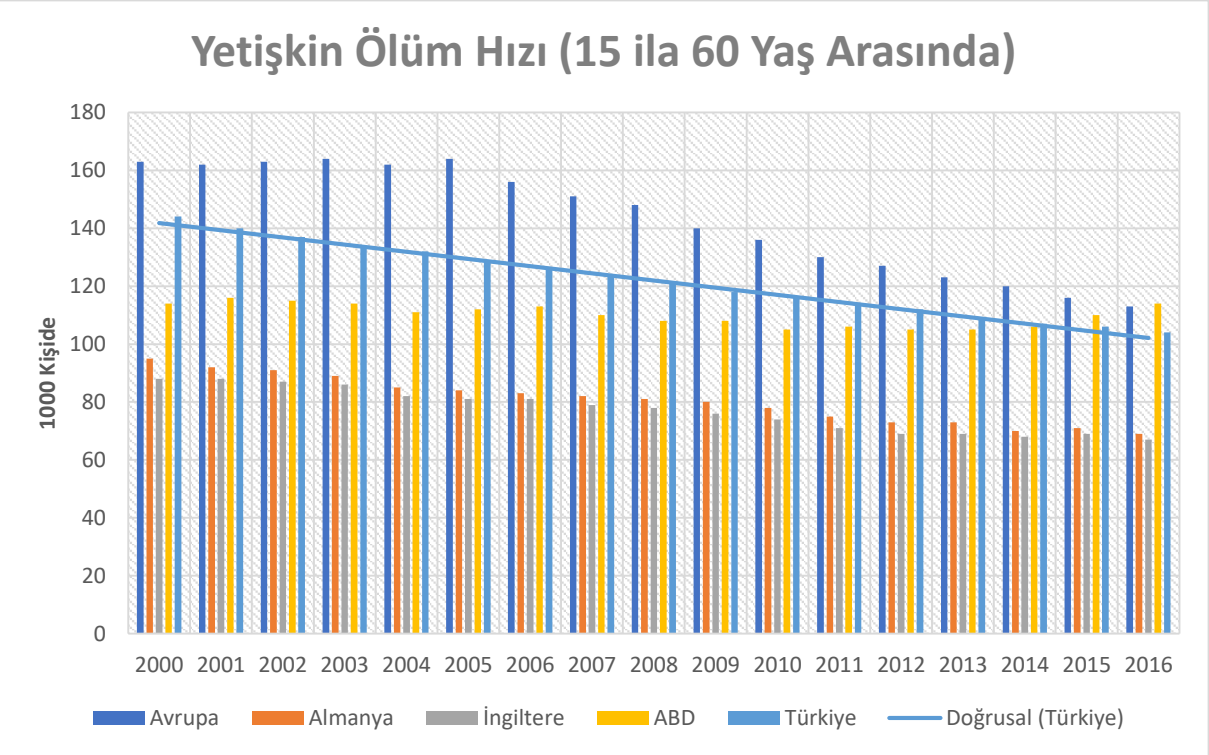
Tablo 5: Kronik hastalıklara bağlı ölüm oranı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	-4.633	-1.300	0.650	p<0.1
Almanya	-2.133	5.800	-1.850	p<0.1
İngiltere	-3.217	5.967	-0.767	p<0.1
ABD	-1.717	4.067	-2.267	p<0.1

Kardiyovasküler hastalık, kanser, diyabet veya kronik solunum yolu hastalıklarına bağlı ölüm oranları incelendiğinde, ölüm oranlarının değer olarak düştüğü görülmesine rağmen, istatistiksel olarak SDP öncesi ve SDP sonrası dönem arasında tüm gruplarda herhangi bir fark bulunmamıştır.

Yetişkin Ölüm Hızı

15-60 yaş arasındaki yetişkin popülasyonda meydana gelen ölümlerin 1000 kişideki oranıdır. Kaba ölüm hızlarından biridir (36).



Şekil 9: Yetişkin ölüm hızı

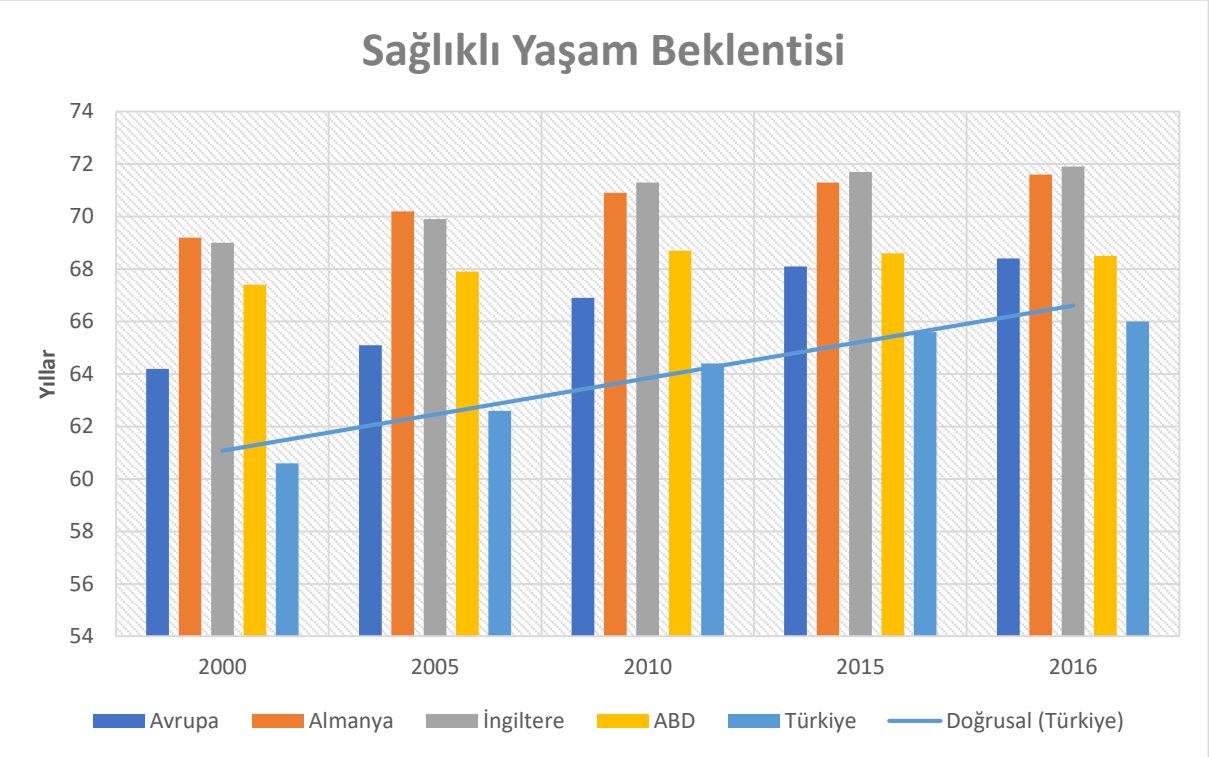
Tablo 6: Yetişkin ölüm hızı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	-33.86	-26.18	13.68	p<0.05
Almanya	-15.12	43.73	-5.061	p<0.1
İngiltere	-12.98	47.36	-7.197	p<0.1
ABD	-3.788	17.73	-16.39	p<0.01

Yetişkin ölüm hızı incelendiğinde, yıllar içerisinde hızın düşüş trendinde olduğu görülmektedir. SDP sonrası dönemde Türkiye ve DSÖ Avrupa bölgesi arasında istatistiksel olarak yüksek anlamlı bir düşüş mevcuttur. Yine aynı dönemde Almanya ve İngiltere'nin Türkiye ile olan ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Mevcut dönemde ABD ve Türkiye arasında azalan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sağlıklı Yaşam Beklentisi

Belirli bir coğrafi alanda doğum sonrası beklenen ortalama yaşam süresini belirtir. Cinsiyet farkları mevcut olup, ülkelerin sağlık durumunu gösteren öncü göstergelerden biridir (36).



Şekil 10: Sağlıklı yaşam beklentisi

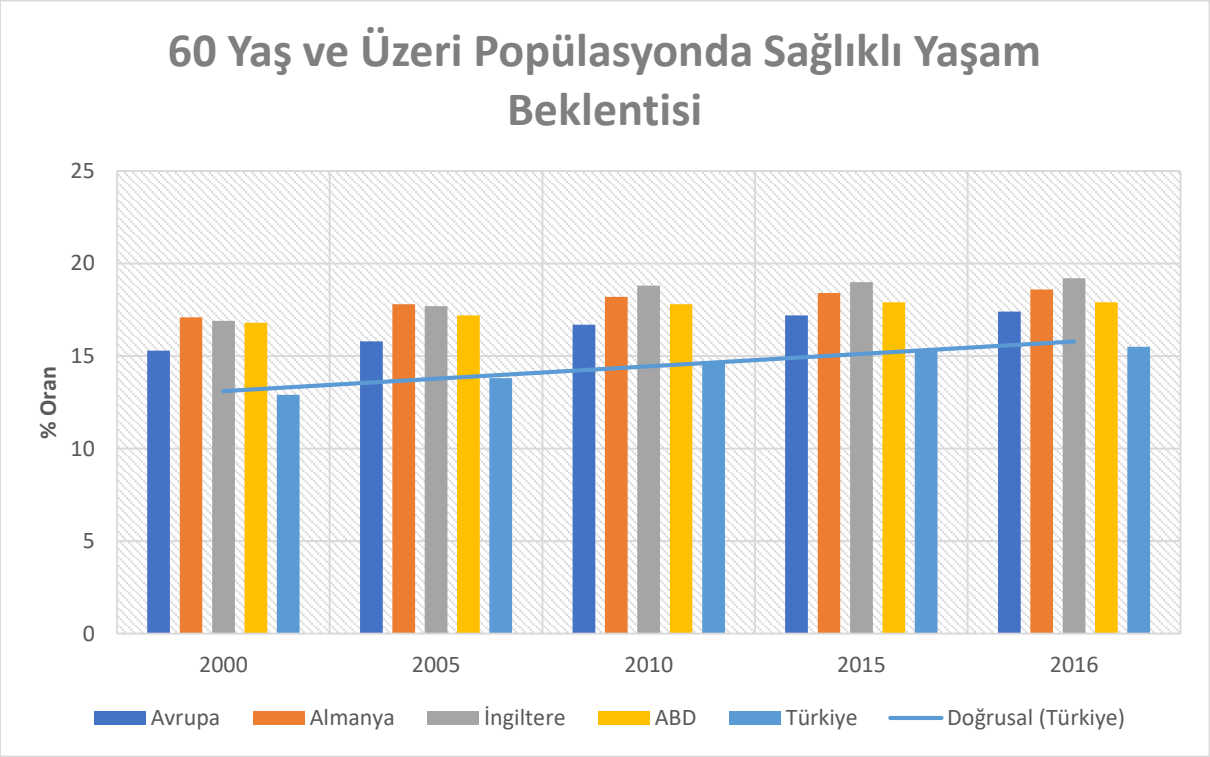
Tablo 7: Sağlıklı yaşam beklentisi

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	2.850	-2.867	0.417	p<0.1
Almanya	1.350	-7.567	1.917	p<0.1
İngiltere	1.733	-7.533	1.533	p<0.1
ABD	0.550	-5.467	2.717	p<0.1

Doğum sonrası beklenen ortalama yaşam süresi incelendiğinde, yıllar içerisinde tüm gruplarda beklenti artmış fakat SDP sonrası dönemde Türkiye'deki artış diğer gruplarla karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Altmış Yaş ve Üstü Popülasyonda Sağlıklı Yaşam Beklentisi

60 yaş üstü bireylerde beklenen ortalama sağlıklı yaşam süresini ifade eder. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin göstergelerinden biridir (36).



Şekil 11: Altmış yaş ve üstü popülasyonda sağlıklı yaşam beklentisi

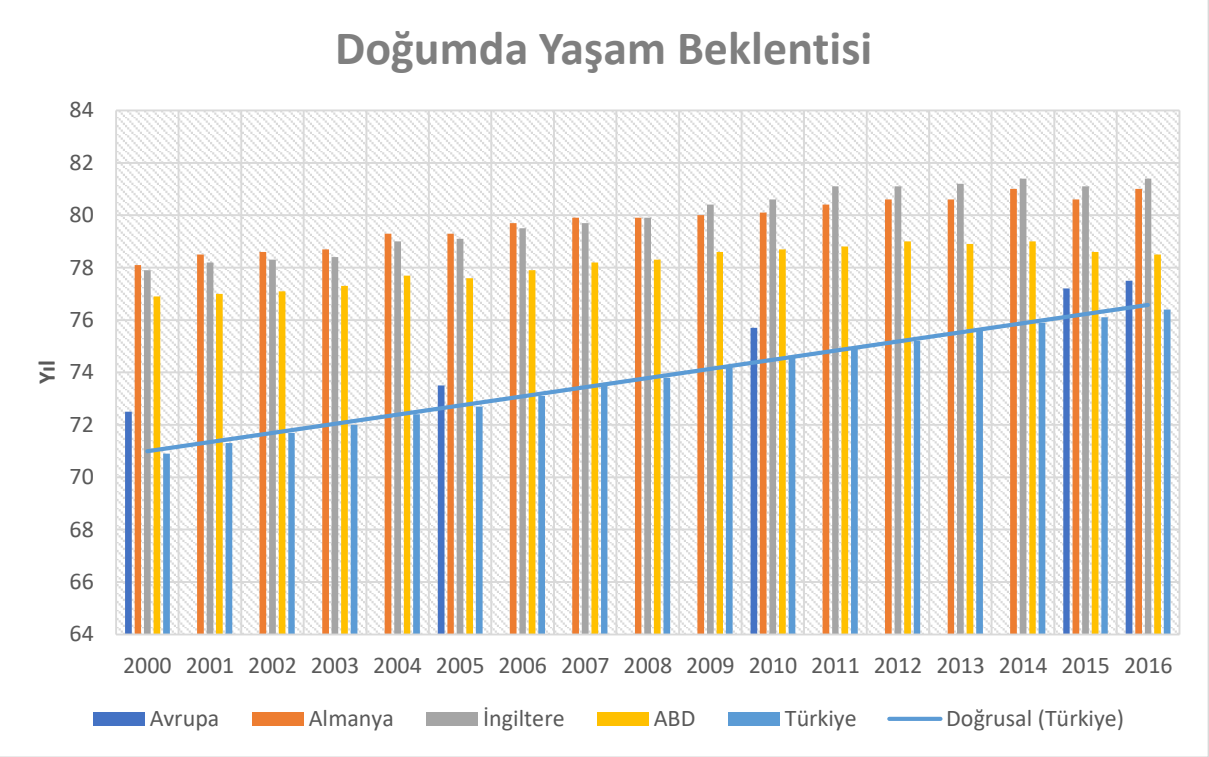
Tablo 8: Altmış yaş ve üstü popülasyonda sağlıklı yaşam beklentisi

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	1.367	-2.133	0.233	p<0.1
Almanya	0.800	-3.900	0.800	p<0.1
İngiltere	1.300	-4	0.300	p<0.1
ABD	0.633	-3.467	0.967	p<0.1

Altmış yaş ve üstü popülasyonda sağlıklı yaşam beklentisi incelendiğinde, yıllar içerisinde tüm gruplarda beklenti artmış fakat SDP sonrası dönemde Türkiye'deki artış diğer gruplarla karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Doğumda Yaşam Beklentisi

Yeni doğan bir kişinin bulunduğu toplum içerisinde mevcut tüm ölüm risklerine maruziyeti sonrasında yaşaması tahmin edilen ortalama yıl sayısını ifade eder (36).



Şekil 12: Doğumda yaşam beklentisi

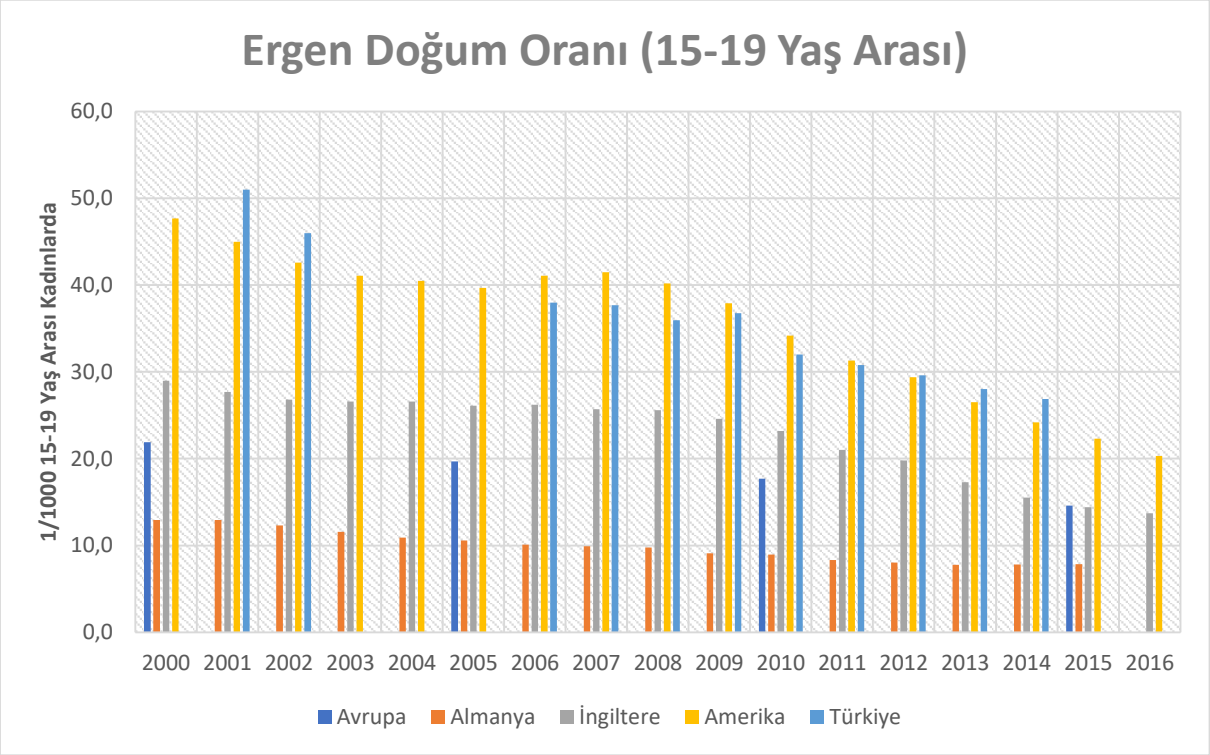
Tablo 9: Doğumda yaşam beklentisi

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	Verisiz	Verisiz	Verisiz	
Almanya	1.418	-6.536	1.520	p<0.05
İngiltere	2.035	-6.436	0.903	p<0.1
ABD	1.045	-5.009	1.892	p<0.01

Doğumda yaşam beklentisi incelendiğinde, tüm gruplarda genel trend artış yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu artış SDP sonrası dönemde, istatistiksel olarak Türkiye Almanya arasında yüksek anlamlı, Türkiye ABD arasında anlamlı olarak çıkmasına rağmen, Türkiye İngiltere arasında anlamlı bulunmamıştır.

Ergen Doğum Oranı

15-19 yaş arasında doğum yapan kadınların, yine aynı yaş grubu içerisindeki kadınlara oranını ifade eden bir göstergedir. Gerek sağlık sistemini, gerekse de toplumun sosyal yapısı hakkında fikir verir (36).



Şekil 13: Ergen doğum oranı

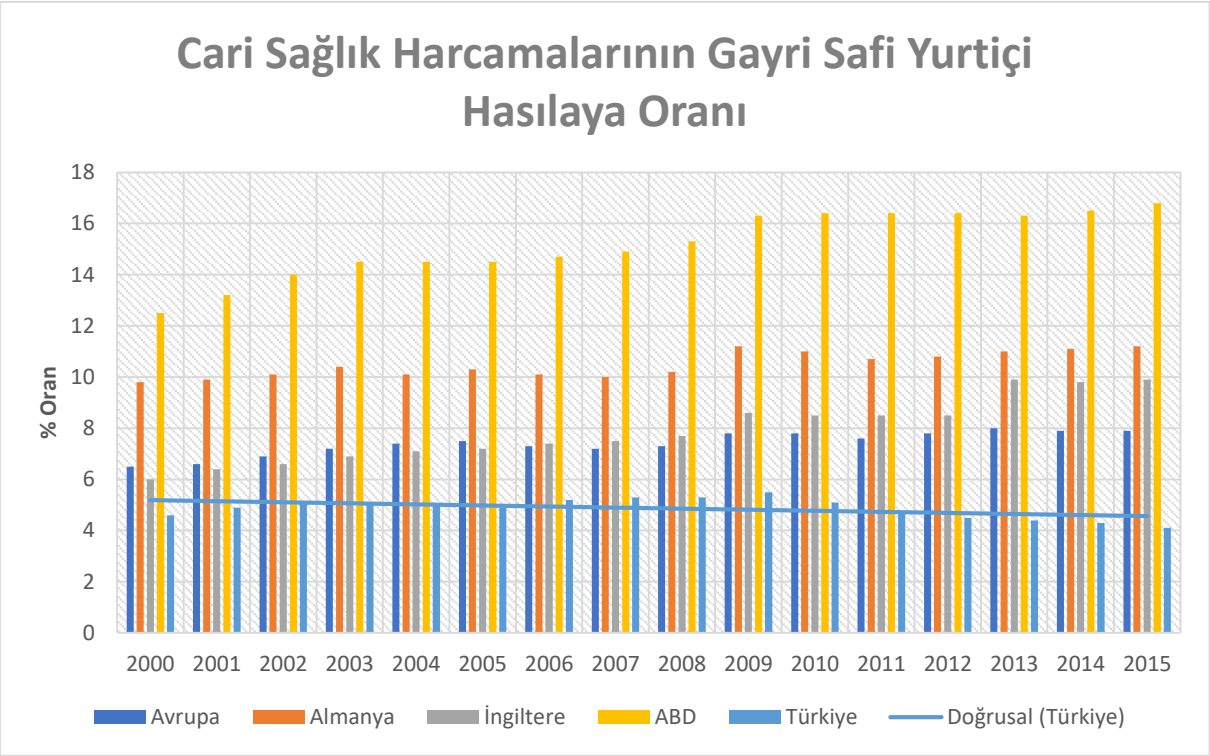
Tablo 10: Ergen doğum oranı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	Verisiz	Verisiz	Verisiz	
Almanya	-1.576	26.52	-5.663	p<0.01
İngiltere	-6.660	11.02	-0.579	p<0.01
ABD	-11.13	-2.904	3.891	p<0.1

Ergen doğum oranı incelendiğinde, tüm gruplarda genel trend düşüş yönünde gerçekleşmiştir. Söz konusu düşüş SDP sonrası dönemde değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak Türkiye Almanya ve Türkiye İngiltere arasında anlamlı olarak bulunmuştur. Türkiye ABD arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Cari Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı

Ülke sağlık harcamalarının, ilgili yılın toplam gayri safi yurtiçi hasılaya oranını gösteren bir veridir. Sağlık sistemine ayrılan finansal payın bir göstergesidir (36).



Şekil 14: Cari sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı

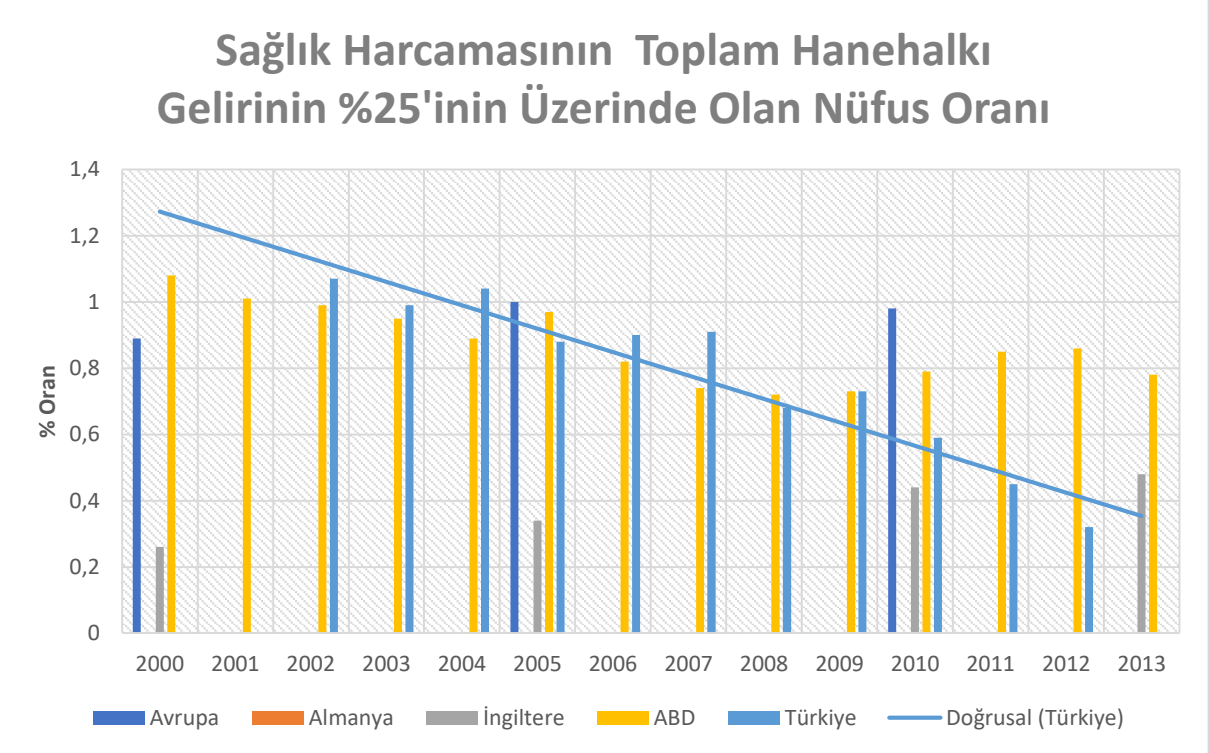
Tablo 11: Cari sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	0.613	-2.136	-1.304	p<0.01
Almanya	0.678	-5.191	-1.369	p<0.01
İngiltere	2.056	-2.173	-2.747	p<0.01
ABD	1.862	-9.527	-2.553	p<0.01

Söz konusu oran incelendiğinde, tüm gruplarda genel trend artış yönlü gerçekleşmesine rağmen, Türkiye'de trend, diğer grupların aksine düşüş yönünde gerçekleşmiştir. Söz konusu düşüş SDP sonrası dönemde, istatistiksel olarak tüm gruplarda anlamlı olarak bulunmuştur.

Sağlık Harcamasının Toplam Hanehalkı Gelirinin %25'inin Üzerinde Olan Nüfus Oranı

Katastrofik sağlık harcaması olarakta isimlendirilen bir parametredir. Sağlık harcamalarının hane halkı gelirinin %25 ve üzerinde olması, sürdürülebilir sağlık harcama sınırının üzerinde olarak kabul görür (36).



Şekil 15: Sağlık harcamasının toplam hanehalkı gelirinin %25'inin üzerinde olan nüfus oranı

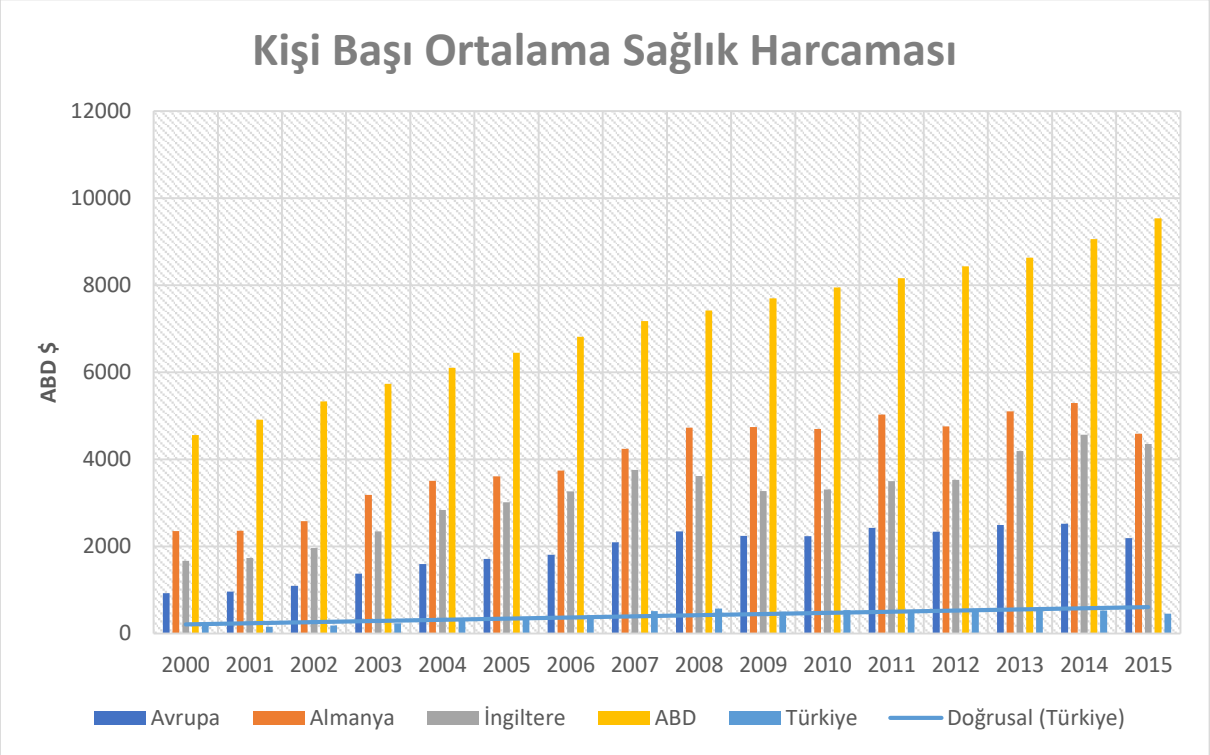
Tablo 12: Sağlık harcamasının toplam hanehalkı gelirinin %25'inin üzerinde olan nüfus oranı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	Verisiz	Verisiz	Verisiz	
Almanya	Verisiz	Verisiz	Verisiz	
İngiltere	Verisiz	Verisiz	Verisiz	
ABD	0.0106	0.0211	-0.491	p<0.01

Sağlık harcamasının toplam hanehalkı gelirinin %25'inin üzerinde olan nüfus oranı incelendiğinde, Türkiye trendi düşüş yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu trend SDP sonrası dönemde Türkiye ABD arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Kişi Başı Ortalama Sağlık Harcaması

Sağlık harcamaları ortalamasının ABD para birimi olarak ifadesidir (36).



Şekil 16:Kişi başı ortalama sağlık harcaması

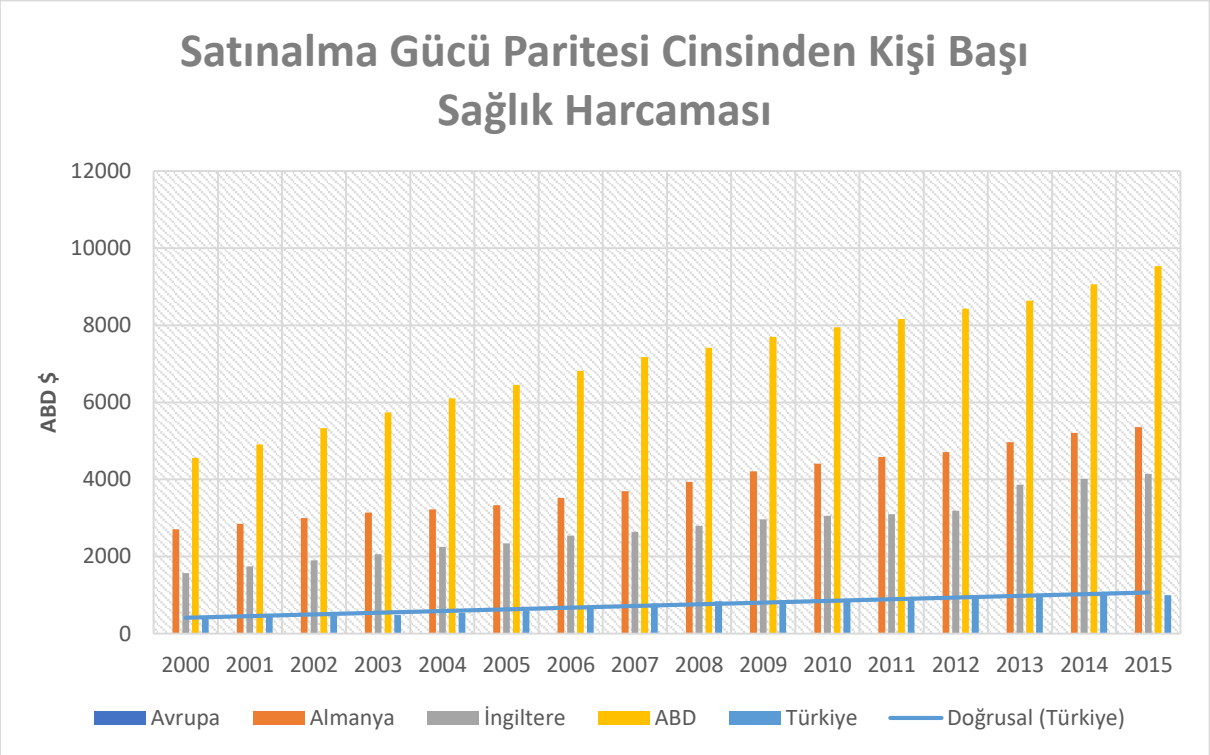
Tablo 13: Kişi başı ortalama sağlık harcaması

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	722.7	-1,311	-566.7	p<0.05
Almanya	1,342	-3,252	-1,186	p<0.05
İngiltere	1,231	-2,437	-1,075	p<0.01
ABD	2,386	-6,016	-2,230	p<0.01

Kişi başı ortalama sağlık harcaması incelendiğinde, tüm gruplarda trend artış yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu artış SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Avrupa ve Türkiye Almanya arasında arasında yüksek anlamlı, Türkiye İngiltere ve Türkiye ABD arasında anlamlı bulunmuştur.

Satınalma Gücü Paritesi Cinsinden Kişi Başı Sağlık Harcaması

Yapılan sağlık harcamalarının enflasyon karşısında yıllara göre standardize edilmiş halidir (36).



Şekil 17: Satınalma gücü paritesi cinsinden kişi başı sağlık harcaması

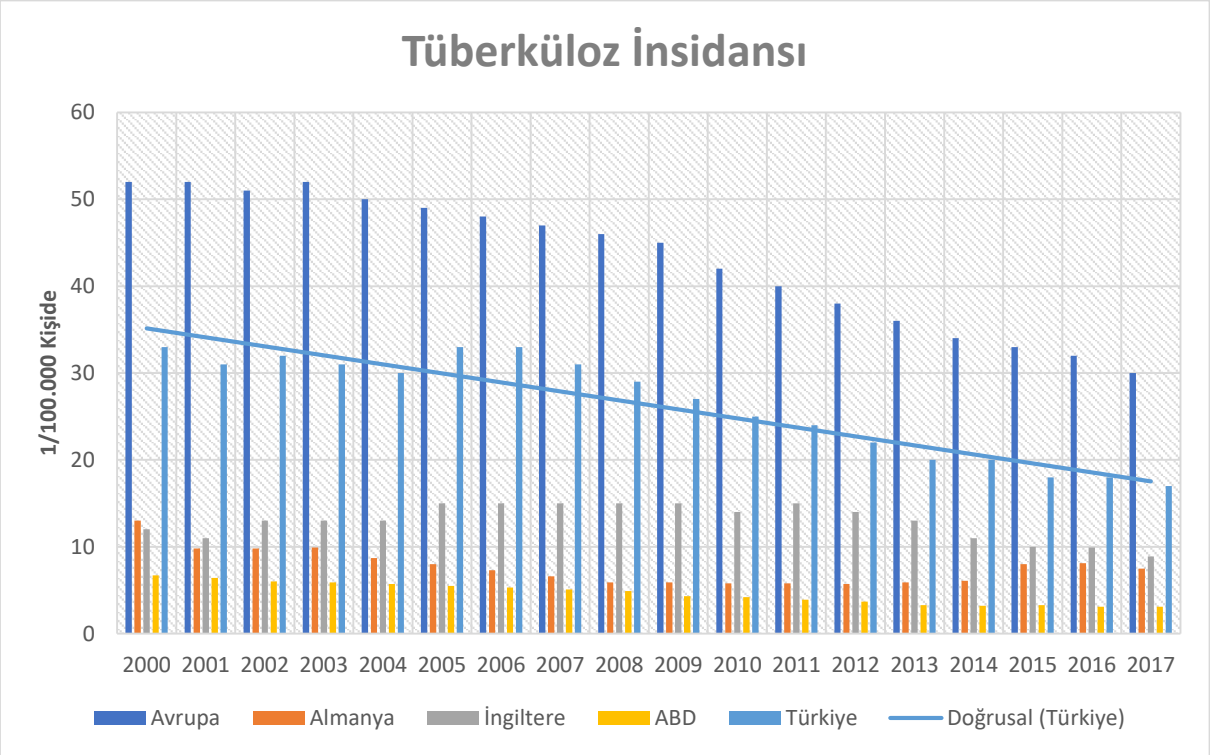
Tablo 14: Satınalma gücü paritesi cinsinden kişi başı sağlık harcaması

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	Verisiz	Verisiz	Verisiz	
Almanya	1,506	-2,816	-1,182	p<0.01
İngiltere	1,307	-1,710	-982.9	p<0.01
ABD	2,386	-5,737	-2,062	p<0.01

Satınalma gücü paritesi cinsinden kişi başı sağlık harcaması incelendiğinde, tüm gruplarda trend artış yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu artış SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Almanya, Türkiye İngiltere ve Türkiye ABD arasında anlamlı bulunmuştur.

Tüberküloz İnsidansı

Tüberküloz (TBC) hastalığının toplum genelinde görülme sıklığını ifade eder. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir göstergesidir (36).



Şekil 18: Tüberküloz insidansı

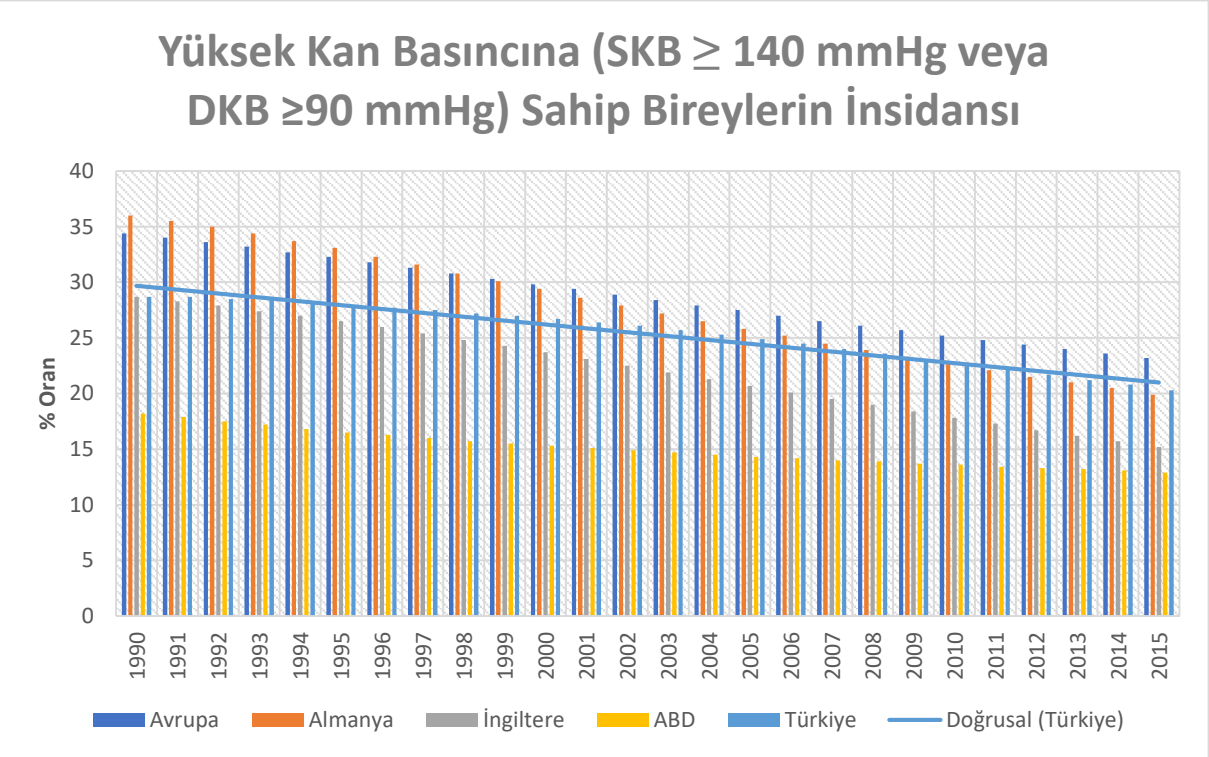
Tablo 15: Tüberküloz insidansı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	-13.83	-18.09	3.234	p<0.1
Almanya	-1.517	22.21	-9.081	p<0.01
İngiltere	-2.042	16.73	-8.556	p<0.01
ABD	-2.083	25	-8.514	p<0.01

Tüberküloz insidansı incelendiğinde, tüm gruplarda trend düşüş yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu düşüş SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Avrupa, Türkiye Almanya, Türkiye İngiltere ve Türkiye ABD arasında anlamlı bulunmuştur.

Hipertansiyon İnsidansı

Toplum genelinde hipertansiyon (HT) tanısı alan hastaların toplam popülasyona oranını ifade eden bir göstergedir (36).



Şekil 19: Hipertansiyon insidansı

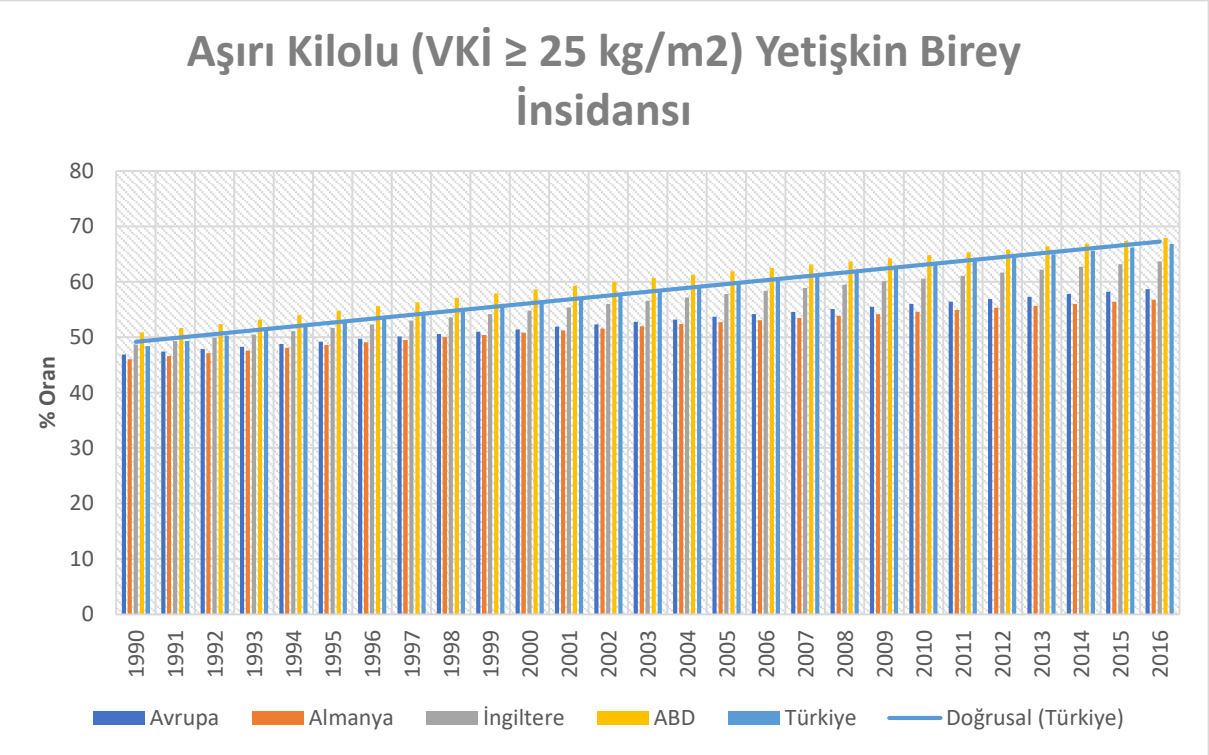
Tablo 16: Hipertansiyon insidansı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	-5.857	-3.429	0.629	p<0.1
Almanya	-8.276	-3.048	3.048	p<0.1
İngiltere	-7.371	2.857	2.143	p<0.1
ABD	-2.619	10.81	-2.610	p<0.05

Hipertansiyon insidansı incelendiğinde, tüm gruplarda trend düşüş yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu düşüş SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Avrupa, Türkiye Almanya ve Türkiye İngiltere arasında anlamlı bulunmamıştır. Türkiye ABD arasında ise fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Aşırı Kilolu Yetişkin Birey İnsidansı

Toplum genelinde aşırı kilolu bireylerin toplam popülasyona oranını ifade eden bir göstergedir(36).



Şekil 20: Aşırı kilolu yetişkin birey insidansı

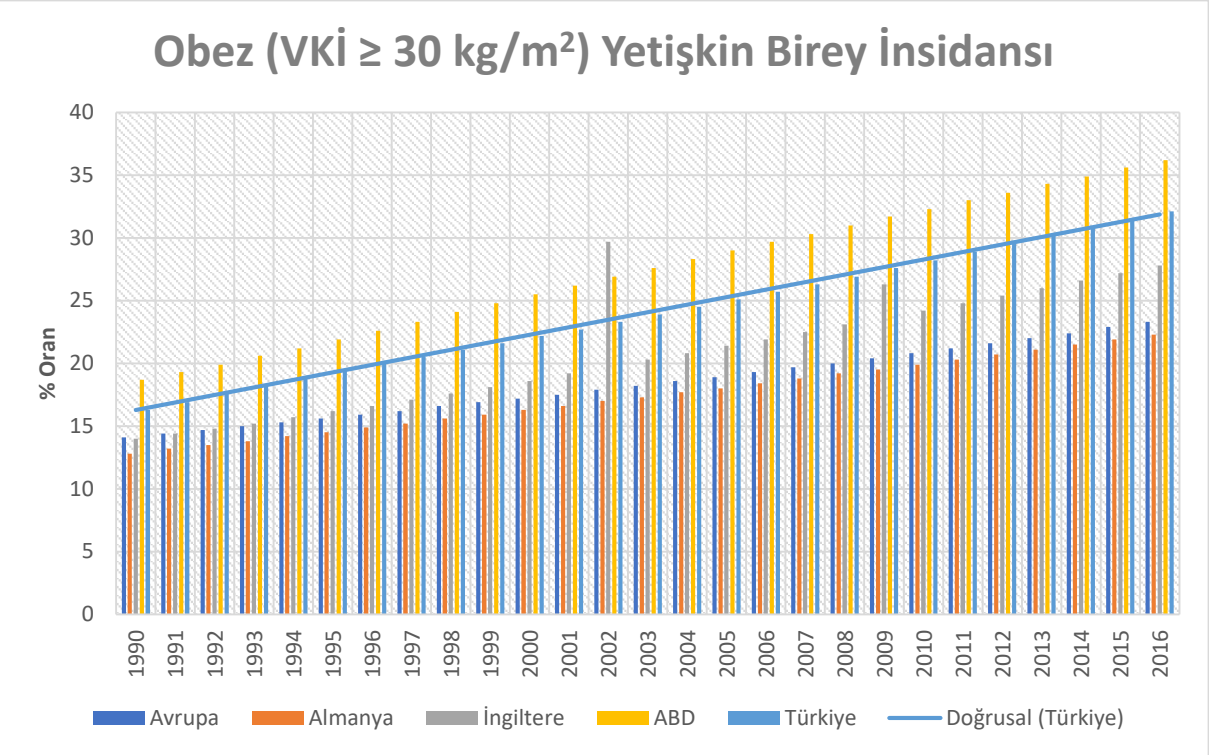
Tablo 17: Aşırı kilolu yetişkin birey insidansı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	6.024	4.667	3.167	p<0.1
Almanya	5.119	5.429	4.071	p<0.1
İngiltere	7.690	1.333	1.500	p<0.1
ABD	8.167	-2.190	1.024	p<0.1

Aşırı kilolu yetişkin birey insidansı incelendiğinde, tüm gruplarda trend artış yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu artış SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Avrupa, Türkiye Almanya, Türkiye İngiltere ve Türkiye ABD arasında anlamlı bulunmamıştır.

Obez Yetişkin Birey İnsidansı

Toplum genelinde aşırı kilolu bireylerin toplam popülasyona oranını ifade eden bir göstergedir(36).



Şekil 21: Obez yetişkin birey insidansı

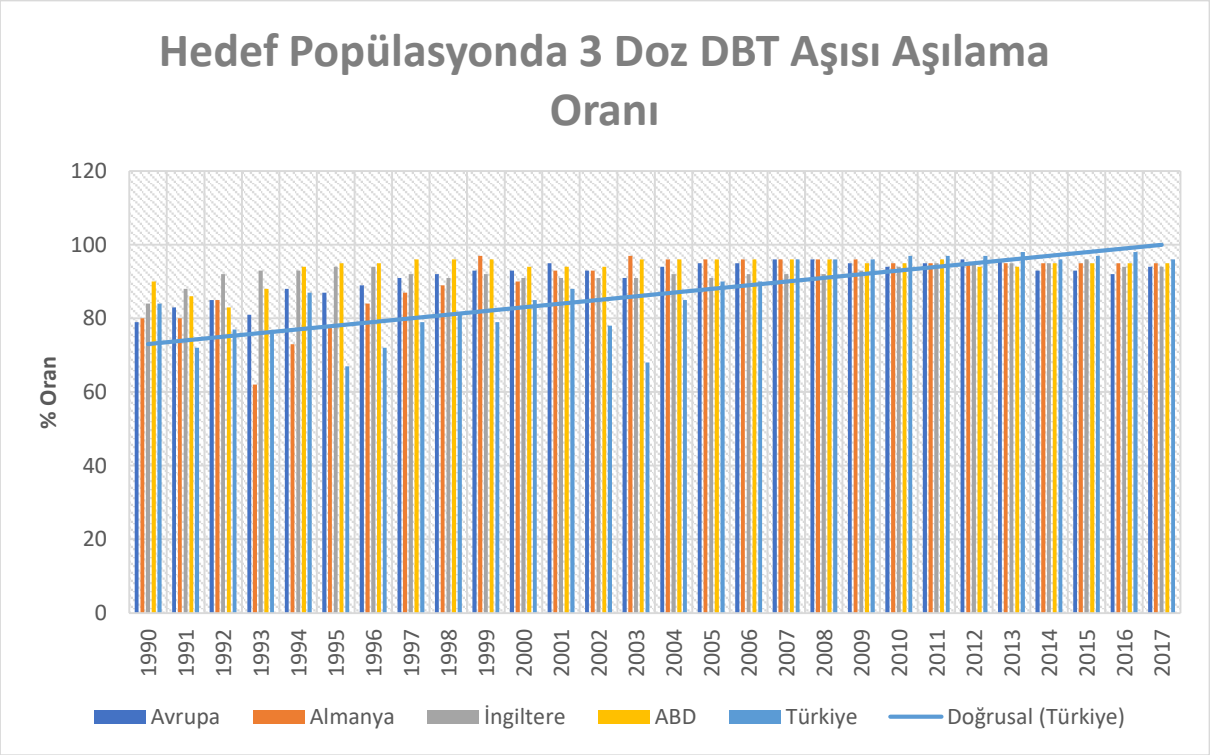
Tablo 18: Obez yetişkin birey insidansı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	4.833	4.952	3.548	p<0.1
Almanya	4.952	5.905	3.429	p<0.1
İngiltere	6.905	2.857	1.476	p<0.1
ABD	9.143	-3.238	-0.762	p<0.1

Obez yetişkin birey insidansı incelendiğinde, tüm gruplarda trend artış yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu düşüş SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Avrupa, Türkiye Almanya, Türkiye İngiltere ve Türkiye ABD arasında anlamlı bulunmamıştır.

Hedef Popülasyonda Üç Doz Difteri-Boğmaca-Tetanoz Aşısı Aşılama Oranı

Bebek ve çocukluk çağı hedef nüfustaki difteri-boğmaca-tetanoz (DTB) aşısı aşılama oranını gösterir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir göstergesidir (36).



Şekil 22: Hedef popülasyonda 3 doz DBT aşısı aşılama oranı

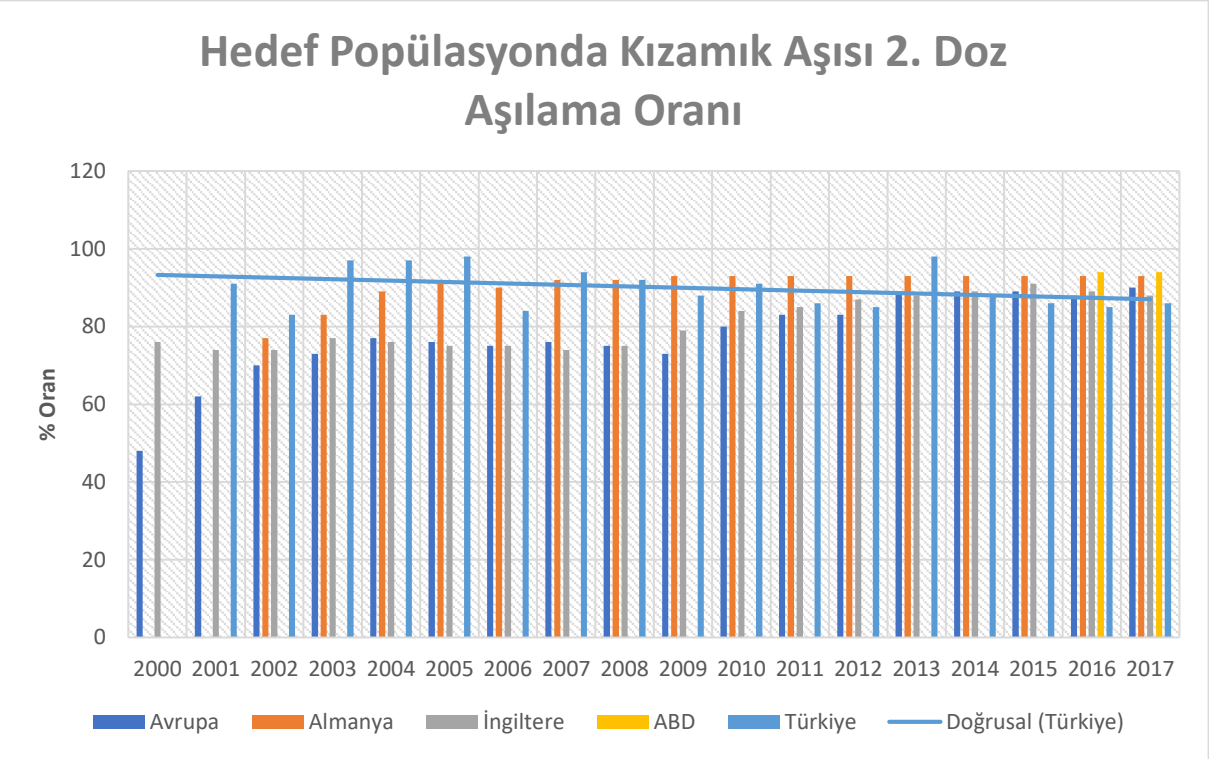
Tablo 19: Hedef popülasyonda 3 doz DBT aşısı aşılama oranı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	3.429	-7.714	10.57	p<0.05
Almanya	6.476	-5.524	7.524	p<0.1
İngiltere	3.286	-8.571	10.71	p<0.01
ABD	1.190	-10.67	12.81	p<0.01

Hedef popülasyonda 3 doz DBT aşısı aşılama oranı incelendiğinde, tüm gruplarda trend artış yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu artış SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Avrupa arasında yüksek anlamlı, Türkiye İngiltere ve Türkiye ABD arasında anlamlı olarak bulunmuştur. Türkiye Almanya arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Hedef Popülasyonda Kızamık Aşısı İkinci Doz Aşılama Oranı

Bebek ve çocukluk çağı hedef nüfustaki kızamık aşısı aşılama oranını gösterir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir göstergesidir(36).



Şekil 23: Hedef popülasyonda kızamık aşısı 2. doz aşılama oranı

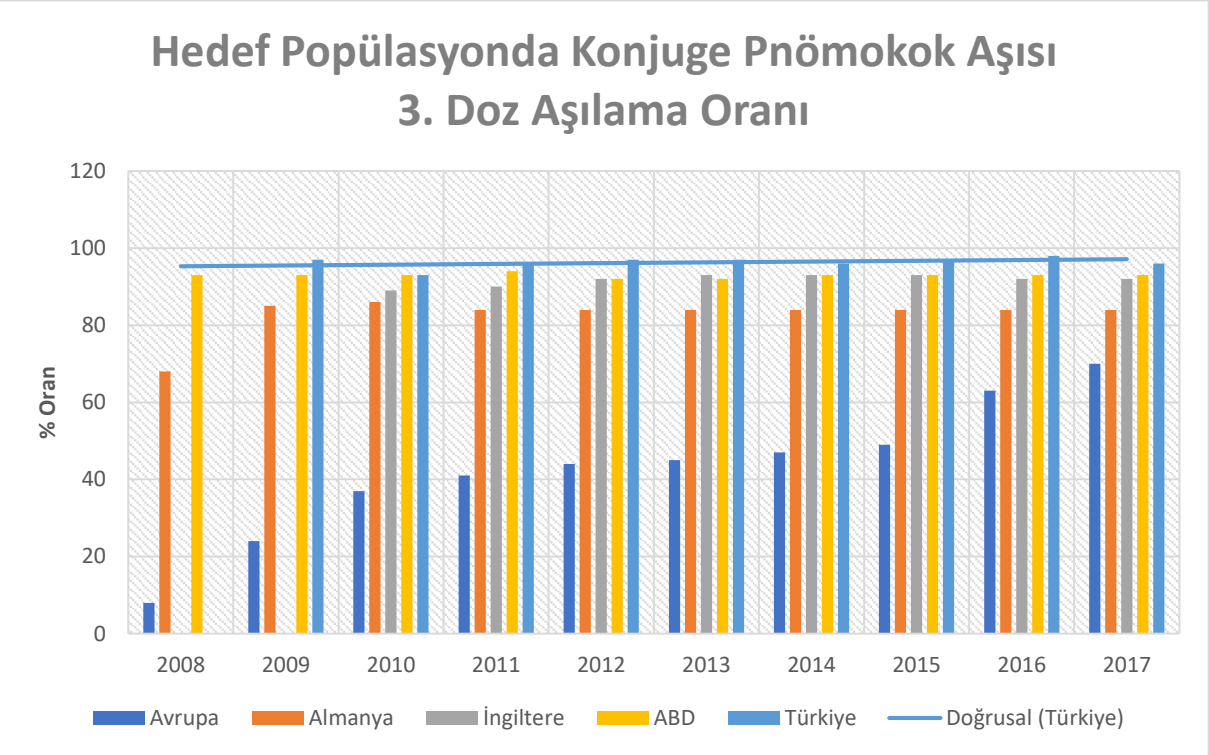
Tablo 20: Hedef popülasyonda kızamık aşısı 2. doz aşılama oranı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	15.92	20	-19.57	p<0.01
Almanya	6.455	4.818	-10.10	p<0.01
İngiltere	11.87	15.09	-15.52	p<0.01
ABD	Verisiz	Verisiz	Verisiz	

Hedef popülasyonda kızamık aşısı 2. Doz aşılama oranı incelendiğinde, tüm gruplarda trend artış yönlü gerçekleşmesine rağmen, Türkiye özelinde trend düşüş yönlü olmuştur. Söz konusu düşüş SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Avrupa, Türkiye Almanya ve Türkiye İngiltere arasında anlamlı bulunmuştur.

Hedef Popülasyonda Konjuge Pnömokok Aşısı Üçüncü Doz Aşılama Oranı

Bebek ve çocukluk çağı hedef nüfustaki Konjuge Pnömokok aşısı üçüncü doz aşılama oranını gösterir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir göstergesidir(36).



Şekil 24: Hedef popülasyonda konjuge pnömokok aşısı 3. doz aşılama oranı

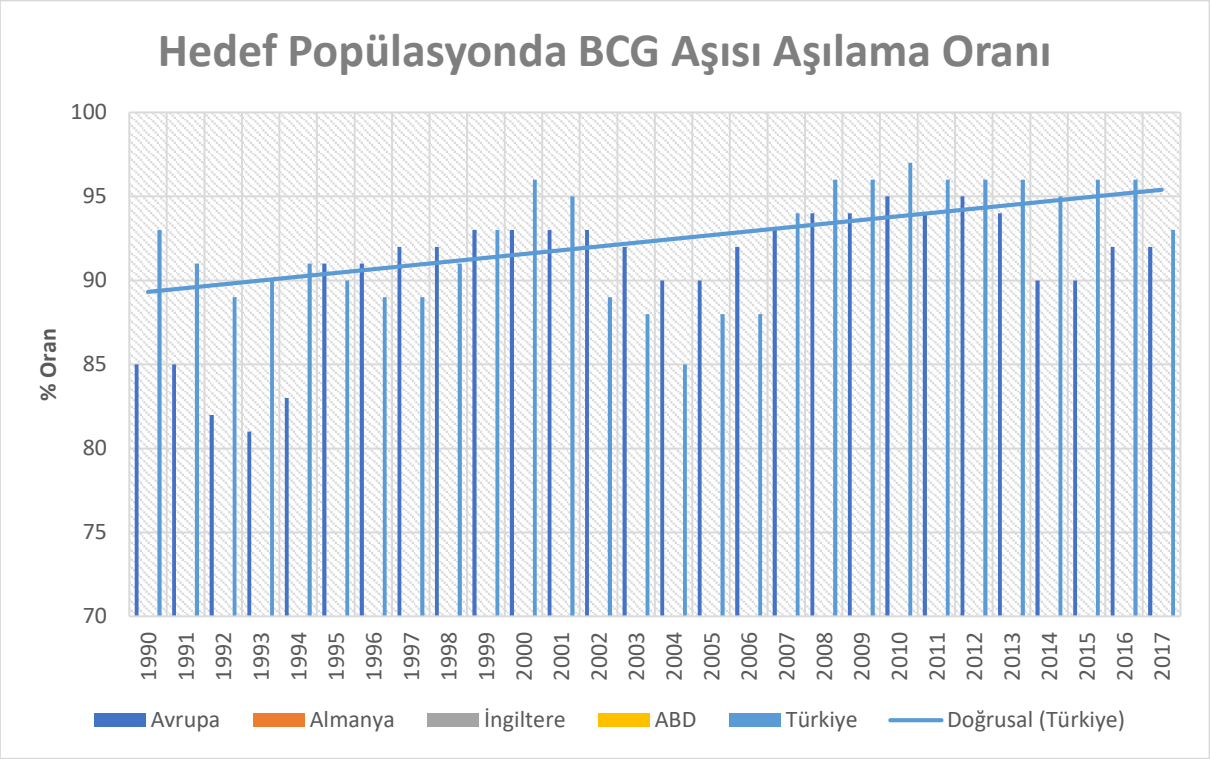
Tablo 21: Hedef popülasyonda konjuge pnömokok aşısı 3. doz aşılama oranı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	28.29	72	-26.57	p<0.05
Almanya	-1.5	9.5	3.214	p<0.01
İngiltere	Verisiz	Verisiz	Verisiz	
ABD	-0.143	2	1.857	p<0.1

Hedef popülasyonda konjuge Pnömokok aşısı 3. Doz aşılama oranı incelendiğinde, tüm gruplarda trend artış yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu artış SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Avrupa arasında yüksek anlamlı, Türkiye Almanya arasında anlamlı bulunmuş, Türkiye ABD arasında ise anlamlı bulunmamıştır.

Hedef Popülasyonda BCG (Tüberküloz) Aşısı Aşılama Oranı

Bebek ve çocukluk çağı hedef nüfustaki BCG aşısı aşılama oranını gösterir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir göstergesidir(36).



Şekil 25: Hedef popülasyonda BCG aşısı aşılama oranı

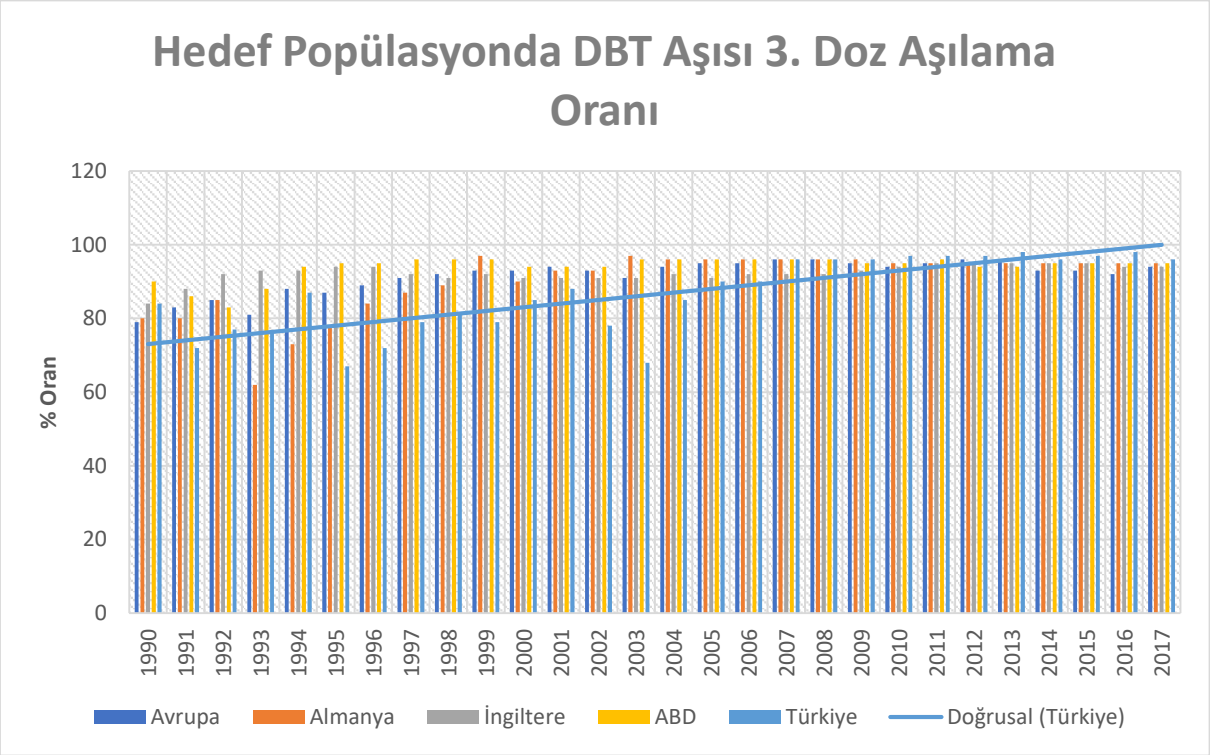
Tablo 22: Hedef popülasyonda BCG aşısı aşılama oranı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	2.238	1.143	1.857	p<0.1
Almanya	Verisiz	Verisiz	Verisiz	
İngiltere	Verisiz	Verisiz	Verisiz	
ABD	Verisiz	Verisiz	Verisiz	

Hedef popülasyonda BCG aşısı aşılama oranı incelendiğinde, Avrupa ve Türkiye'de trend artış yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu artış SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Avrupa arasında anlamlı bulunmamıştır.

Hedef Popülasyonda Difteri-Boğmaca-Tetanoz Aşısı Üçüncü Doz Aşılama Oranı

Bebek ve çocukluk çağı hedef nüfustaki DTB aşısı üçüncü doz aşılama oranını gösterir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir göstergesidir(36).



Şekil 26: Hedef popülasyonda DBT aşısı 3. Doz aşılama oranı

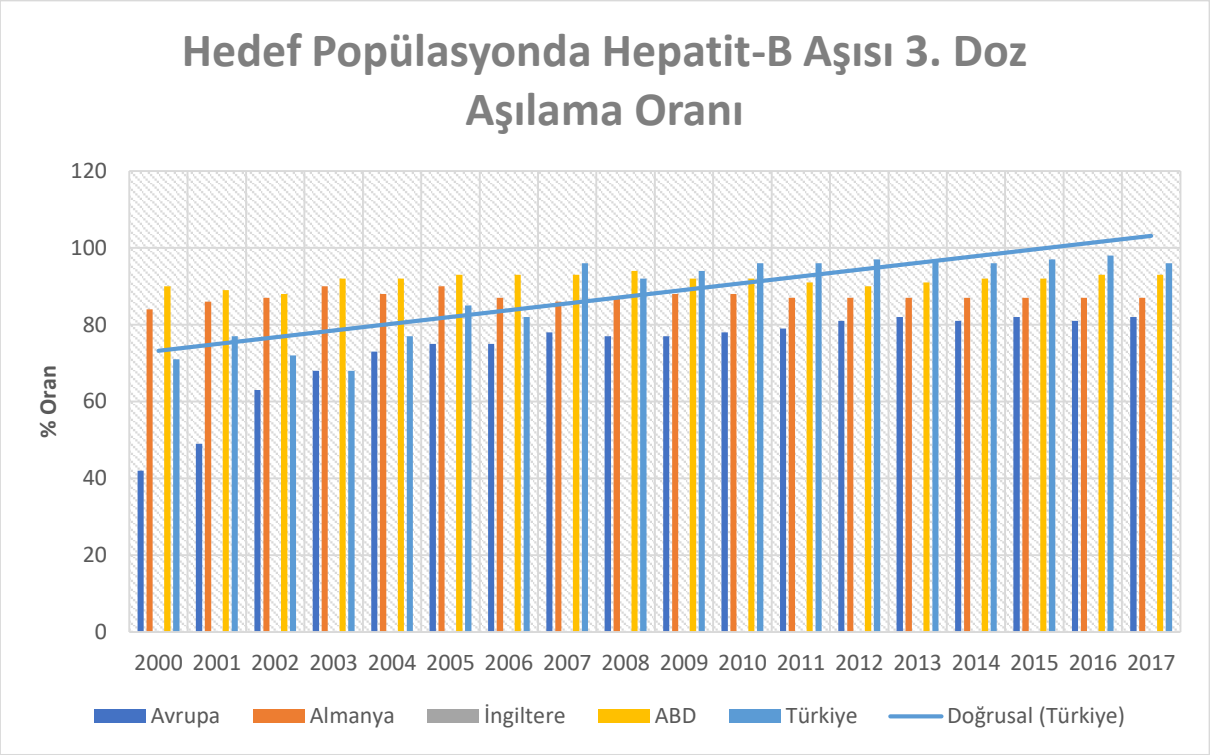
Tablo 23: Hedef popülasyonda DBT aşısı 3. doz aşılama oranı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	3.476	-7.667	10.52	p<0.05
Almanya	6.476	-5.524	7.524	p<0.1
İngiltere	3.143	-8.571	10.86	p<0.01
ABD	1.190	-10.67	12.81	p<0.01

Hedef popülasyonda DBT aşısı 3. Doz aşılama oranı incelendiğinde, tüm gruplarda trend artış yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu artış SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Avrupa arasında yüksek anlamlı, Türkiye İngiltere ve Türkiye ABD arasında anlamlı bulunmuştur. Türkiye Almanya arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Hedef Popülasyonda Hepatit-B Aşısı Üçüncü Doz Aşılama Oranı

Bebek ve çocukluk çağı hedef nüfustaki Hepatit-B aşısı üçüncü doz aşılama oranını gösterir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir göstergesidir (36).



Şekil 27: Hedef popülasyonda hepatit-b aşısı 3. doz aşılama oranı

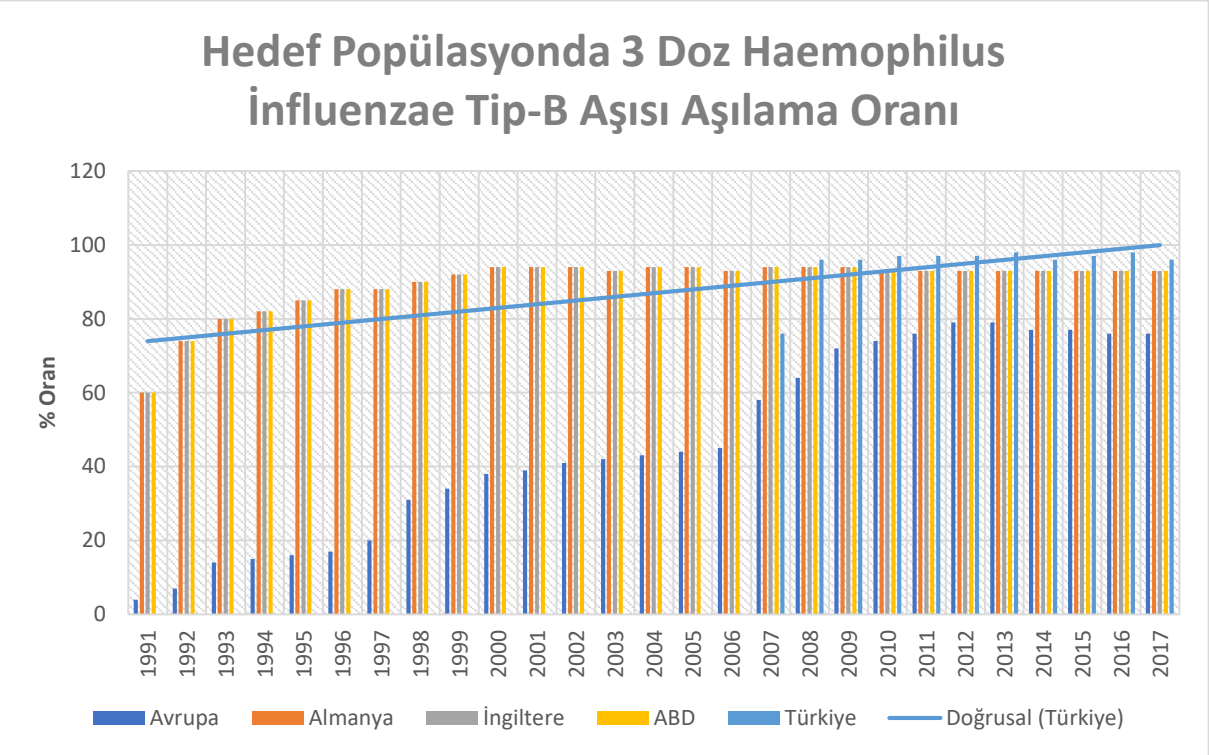
Tablo 24: Hedef popülasyonda hepatit-b aşısı aşılama oranı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	12.51	14.09	1.481	p<0.1
Almanya	-0.364	-4.636	14.35	p<0.01
İngiltere	Verisiz	Verisiz	Verisiz	
ABD	0.0779	-8.909	13.91	p<0.01

Hedef popülasyonda Hepatit-B aşısı aşılama oranı incelendiğinde, tüm gruplarda trend artış yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu artış SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Almanya ve Türkiye ABD arasında anlamlı bulunmuştur. Türkiye Avrupa arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Hedef Popülasyonda Üç Doz Haemophilus İnfluenzae Tip-B Aşısı Aşılama Oranı

Bebek ve çocukluk çağı hedef nüfustaki üç doz Haemophilus İnfluenzae Tip-B aşısı aşılama oranını gösterir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir göstergesidir (36).



Şekil 28: Hedef popülasyonda 3 doz haemophilus influenzae tip-b aşısı aşılama oranı

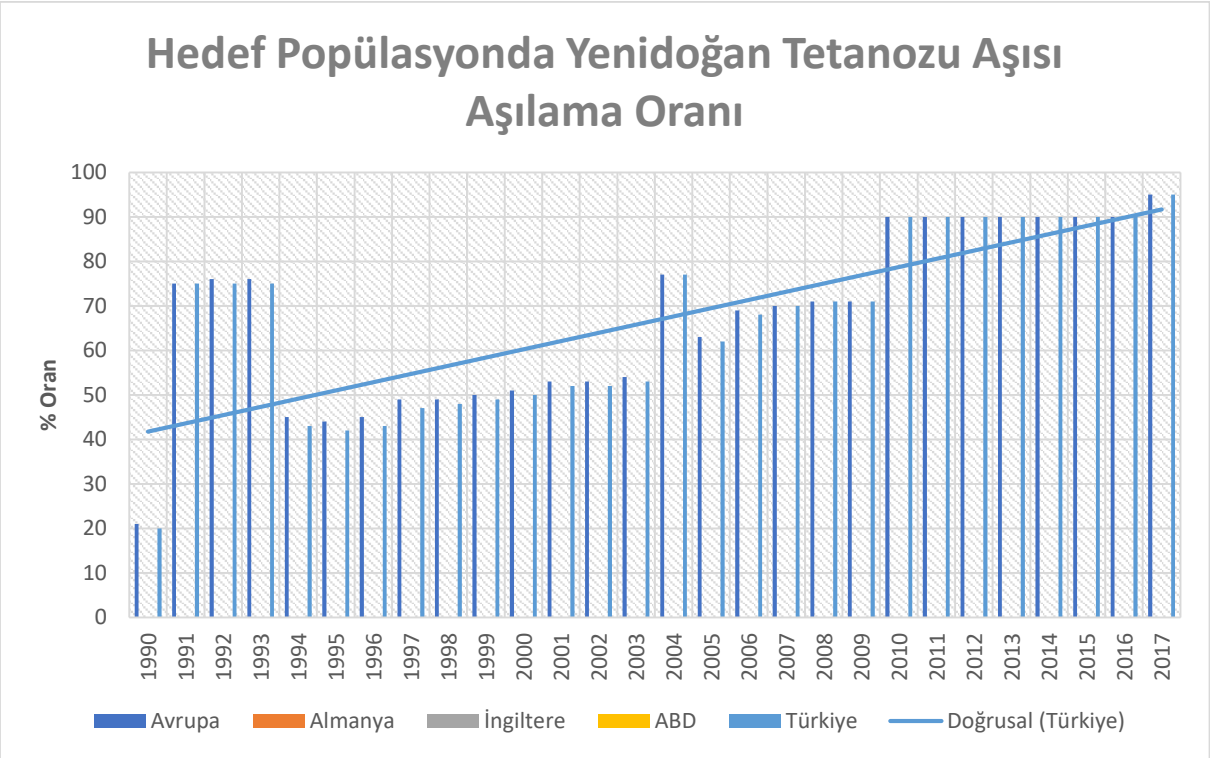
Tablo 25: Hedef popülasyonda 3 doz haemophilus influenzae tip-b aşısı aşılama oranı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	10.14	24.25	-4.393	p<0.1
Almanya	-0.75	-2.5	6.500	p<0.1
İngiltere	-0.75	-2.5	6.500	p<0.1
ABD	-0.75	-2.5	6.500	p<0.1

Hedef popülasyonda 3 doz Haemophilus İnfluenzae Tip-B aşısı aşılama oranı incelendiğinde, tüm gruplarda trend artış yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu artış SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Avrupa, Türkiye Almanya, Türkiye İngiltere ve Türkiye ABD arasında anlamlı bulunmamıştır.

Hedef Popülasyonda Yenidoğan Tetanozu Aşısı Aşılama Oranı

Bebek ve çocukluk çağı hedef nüfustaki Yenidoğan Tetanozu aşısı aşılama oranını gösterir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir göstergesidir (36).



Şekil 29: Hedef popülasyonda yenidoğan tetanozu aşısı aşılama oranı

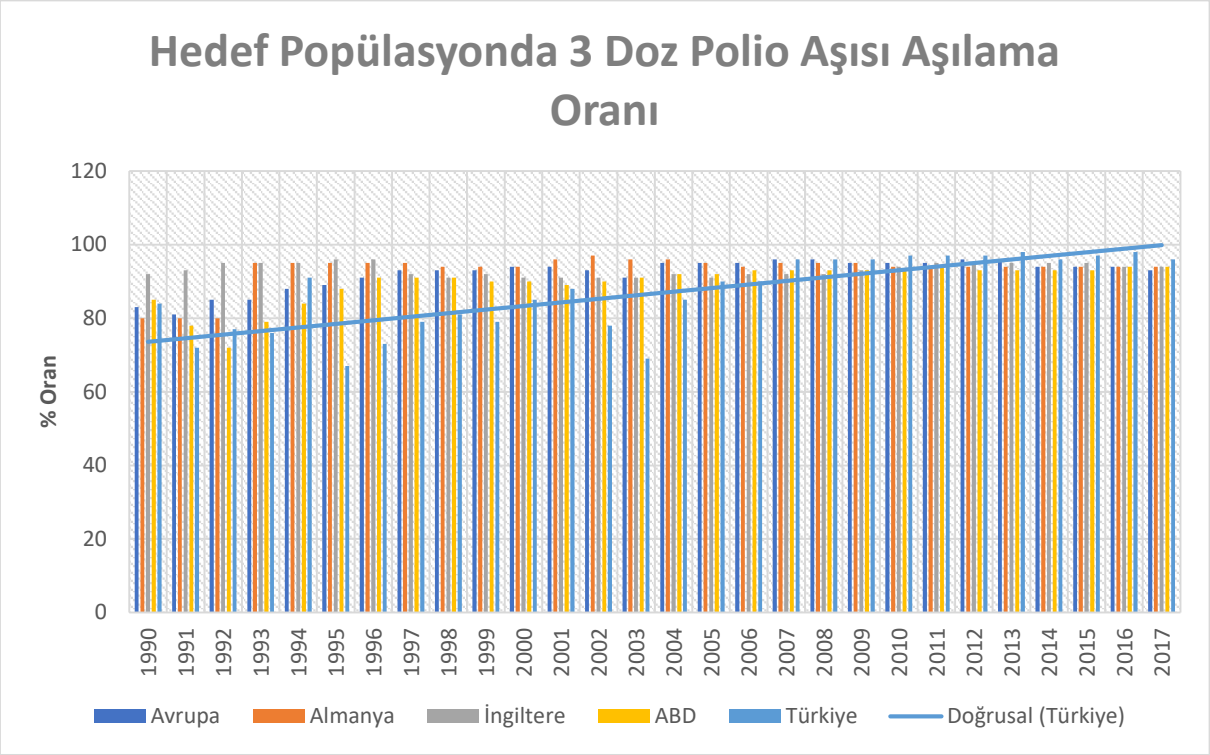
Tablo 26: Hedef popülasyonda yenidoğan tetanozu aşısı aşılama oranı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	31.10	-0.905	0.905	p<0.1
Almanya	Verisiz	Verisiz	Verisiz	
İngiltere	Verisiz	Verisiz	Verisiz	
ABD	Verisiz	Verisiz	Verisiz	

Hedef popülasyonda Yenidoğan Tetanoz aşısı aşılama oranı incelendiğinde, Avrupa ve Türkiye'de trend artış yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu artış SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Avrupa arasında anlamlı bulunmamıştır.

Hedef Popülasyonda Üç Doz Polio Aşısı Aşılama Oranı

Bebek ve çocukluk çağı hedef nüfustaki üç doz Polio aşısı aşılama oranını gösterir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir göstergesidir (36).



Şekil 30: Hedef popülasyonda 3 doz polio aşısı aşılama oranı

Tablo 27: Hedef popülasyonda 3 doz polio aşısı aşılama oranı

Gruplar	β1	β2	β3	p
Avrupa	3.143	-8.143	10.57	p<0.05
Almanya	1.143	-9.571	12.57	p<0.01
İngiltere	2	-9.429	11.71	p<0.01
ABD	4.952	-5.190	8.762	p<0.05

Hedef popülasyonda 3 doz Polio aşısı aşılama oranı incelendiğinde, tüm gruplarda trend artış yönlü gerçekleşmiştir. Söz konusu artış SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak Türkiye Avrupa ve Türkiye ABD arasında yüksek anlamlı, Türkiye Almanya ve Türkiye İngiltere arasında anlamlı bulunmuştur.

TARTIŞMA

Çalışmamızın tartışma kısmında, birbirine benzer verilerin birlikte değerlendirilerek sunulması, konu bütünlüğünün korunması adına uygun bir metodoloji olarak planlanmıştır.

Sağlık çıktıları olarak incelendiği zaman anne ölüm oranı, yanidoğan ölüm oranı, bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızlarında genel trend olarak yıllara göre bir düşüş mevcuttur. SDP öncesi ve sonrası dönemleri incelediğimiz zaman da, SDP sonrası dönemde yukarıda bahsi geçen her grupta istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlı bir iyileşmenin sağlandığı görülmektedir. Şantaş ve ark. OECD ülkelerini karşılaştırdıkları 2000-2017 yıllarını kapsayan regresyon analizi çalışmasında, kamu sağlık harcamalarındaki artışın ve politika değişikliğinin anne ölüm oranını azalttığı, bebek ölüm hızını düşürdüğü ve doğumda beklenen yaşam süresini de arttırdığı sonucu ortaya çıkmıştır (39). Tüylüoğlu ve ark. yapmış oldukları çalışma, sağlık harcamalarındaki artışın bebek ölüm hızını azalttığını ortaya koymuştur (40). Bu sonuçlar, sağlık politikası sonrası bulduğumuz sonuçlarla örtüşmektedir. Sonuçların olası nedenleri; politika değişikliği sonrası ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin kalitesinin yükselmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsam alanının artması, tedavi edici sağlık hizmetlerinde de iyileşme olarak yorumlanabilir.

Kronik hastalıklara bağlı ölüm oranlarını incelediğimiz zaman, SDP sonrası dönemde gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir fark bulunmamış olsa da, ölüm oranı trendi düşüş eğilimindedir. Grupların genelinde bu oranın düşmekte olduğunu görüyoruz. Tepetaş ve ark. 2009-2019 yıllarını kapsayan ve Türkiye İstatistik Kurumu verilerini kullanarak yapmış oldukları çalışmada da, ülkemizde kronik hastalıklara bağlı ölümlerin yıllara göre azaldığı gösterilmiştir (41). Gerek ülkemizde gerekse de diğer gruplarda bu düşüşlerin olası nedenleri

arasında kronik hastalık yönetim algoritmalarında yıllar içerisinde yapılan değişimler, erken tanı, teşhis ve görüntüleme imkan ve metodlarının gelişmesi, yetişmiş iş gücünün artması olarak sayılabilir.

Yetişkin ölüm hızı incelendiğinde, politika değişikliği sonrasında Türkiye yetişkin ölüm hızının Avrupa ve ABD yetişkin ölüm hızlarına göre, istatistiksel olarak düşüş yönünde bir fark oluştuğu görülmektedir. Yetişkin ölüm hızında tüm gruplarda bir düşüş trendi göze çarpmaktadır. Bu düşüşün olası nedenleri; yılar içerisinde sağlık alt yapısı, sağlık iş gücü ve tıp alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelere bağlanabilir. Aynı zamanda politika değişikliği sonucunda kişilerin sağlık kurumlarına ulaşımlarının kolaylaşması da nedenler arasında sayılabilir.

Bir diğer temel sağlık göstergesi olan sağlıklı yaşam beklentisinde, politika değişikliği sonrası gruplar arasında istatistik olarak anlamlı herhangi bir fark bulunmamıştır. Her grupta sağlıklı yaşam beklentisinde artış mevcut olup, trend yukarı yönlüdür. Şantaş ve ark. çalışmalarında kamu sağlık harcamalarındaki artışın, sağlıklı yaşam beklentisinde de artışa neden olduğu görülmüştür (39). 60 yaş ve üzeri popülasyonda sağlıklı yaşam beklentisinde SDP sonrası dönemde istatistiksel anlamda bir fark bulunmamış olmasına rağmen, her grupta söz konusu sağlıklı yaşam beklenti artış yönlü bir trend izlemektedir. Doğumda yaşam beklentisinde SDP sonrası dönemde Almanya ve ABD'ye göre istatistiksel olarak anlamlı bir yükseliş görülmektedir. Tüm gruplarda doğumda yaşam beklentisinin arttığı da görülmektedir. Tıraş ve ark. yapmış oldukları çalışmada doğumda yaşam beklentisine etki eden faktörler; kentleşme oranı, kişi başı GSYİH ve kaba doğum oranıdır (42). Halisçelik ve ark. 2019 yılında yapmış oldukları çalışmada gelir dağılımındaki adaletsizliğin azaltılmasının doğumda yaşam beklentisini arttırması yanında, sağlık harcamalarının milli gelir içerisindeki payının artmasının doğumda yaşam beklentisini arttırma yönünde istatistiksel olarak bir etkisine rastlanmamıştır (43). Bayın'ın 2016 yılında yayımlanan çalışmasında her iki cinste de doğumda yaşam beklentisini arttıran en önemli etkenin bebek ölüm hızı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (44). Yine aynı çalışmada 65 yaş ve üstü popülasyonda sağlıklı yaşam beklentisini arttıran en önemli faktörler kişi başı sağlık harcamaları ve buna bağlı olarak gelişen sağlık hizmeti kullanım düzeylerinin yüksekliğidir (44).

Ergen doğum oranı verileri incelendiğinde, karşılaştırılan gruplarda trend düşüş yönünde gerçekleşmiştir. SDP sonrası dönemde Türkiye'de gerçekleşen düşüş eğilimi Almanya ve İngiltere'ye göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yine ABD ile yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Ergen doğum oranındaki düşüşün

olası nedenleri arasında, Birinci Basamak Sağlık hizmetlerinde hasta takip sistemlerinin daha iyi kullanılması sayılabilir. Yine toplumsal okur yazarlık oranın artması, eğitim düzeyinin yükselmesi, fakirliğin azalması, erken yaştaki cinsel birlikteliklerde doğum kontrol yöntemlerinin uygulanmasının artması da nedenler arasında sayılabilir (45–47). Buna karşın Tözün ve ark. Türki Cumhuriyetler üzerinde ergen gebeliklerin nedenleri üzerine yapmış oldukları çalışmada, kadınların okur yazarlık oranı, kadınlar için okul yaşam beklentisi, gayri safi milli hasıla içinde sağlık harcamaları parametrelerinin, ergen doğum oranını değiştirmediği görülmüştür (48).

Cari sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılaya olan oranı incelendiğinde, Türkiye'nin trendi diğer grupların aksine aşağı yönlü gerçekleşmiştir. Yardan ve ark. 2016 yılında yapmış oldukları çalışmada da, 2009 yılına kadar olan artış trendi, 2009 sonrasında düşme eğilimine girmiştir (49). Türkiye kişi başı sağlık harcamaları SDP dönem sonrasında artış yönlü bir trend izlemiş ve bu artış, Avrupa ve Almanya'nın artışlarına oranla istatistiksel olarak yüksek anlamlı, İngiltere ve ABD artışlarına göre de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Satın alma paritesi cinsinde kişi başı sağlık harcamaları da, SDP sonrası dönemde artış göstermiş, bu artış Almanya, İngiltere ve ABD ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sağlık harcamalarının SDP sonrası dönemde ABD doları cinsinden anlamlı bir yükseliş göstermesine rağmen, gayri safi yurt içi hasılaya oranının ilgili dönemde düşmesinin olası nedeni olarak 2008 finans krizi sonrası dünya genelinde artan düşük faizli kredi kullanımından Türkiye'nin de etkilenerek, ülke içerisine yüksek miktarda giren para akışının aynı oranda sağlık harcamalarına aktarılamaması sonrası, artan gayri safi yurt içi hasılaya oranla cari sağlık harcamalarının oransal olarak düşük kalması gösterilebilir.

Sağlık harcamasının toplam hane halkı gelirinin %25'inin üzerinde olan nüfus oranı incelendiğinde trend düşüş yönlü gerçekleşmiştir. SDP sonrası bu düşüş, istatistiksel olarak ABD ile karşılaştırıldığında anlamlı bulunmuştur. Bu farkın olası neden, SDP sonrası dönemde genel sağlık sigorta sisteminin devreye girmesi ve sağlık sigorta kapsamının genişlemesi olarak açıklanabilir (15).

Kronik hastalıklarla ilgili verilerden biri olan Tüberküloz insidansı incelendiğinde, trendin tüm gruplarda düşüş eğiliminde olduğu görülmektedir. Türkiye ve Avrupa'nın karşılaştırılmasında, düşüşün SDP sonrası dönemde birbirine korele olduğu, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. SDP sonrası dönemde Türkiye'nin Almanya, İngiltere ve ABD ile karşılaştırılmasında, insidanstaki düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Kara ve ark. (50) göre durumun olası nedenleri arasında insani kalkınma endeksinin

yükselmesi, özellikle SDP sonrası dönemde gayri safi yurt içi hasıladan sağlık hizmetlerine ayrılan payın artması, kişi başına düşen sağlık harcamalarının artması sayılabilir. Börüban ve ark. (51) yapmış oldukları çalışmada da gayri safi yurt içi hasıladan sağlık hizmetlerine ayrılan pay ile Tüberküloz insidansı arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Hipertansiyon insidansında tüm gruplarda düşüş yönlü bir trend görülmektedir. SDP sonrası dönemde Türkiye'deki düşüşün Avrupa, Almanya ve İngiltere'deki düşüşe göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, buna karşın ABD'deki düşüşe göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Hipertansiyon insndansının tüm gruplarda azalmasına neden olan faktörler olarak, Hipertansiyon skorlama sistemlerinin gelişmesi, toplum bilincini arttırıcı faaliyetlerin artması, özellikle de sınırlı popülasyon üzerinde çalışılan Aile Hekimliği sisteminin hayata geçmesi sayılabilir (52).

Aşırı kilolu yetişkin birey insidansı ve obez yetişkin birey insidansı incelendiğinde, tüm gruplarda trend artış yönünde olmuş fakat bu artışlar SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak grup karşılaştırmaları arasında anlamlı bulunmamıştır. Buradan dünya genelinde obeziteye doğru bir gidiş olduğu sonucuna ulaşılabilir. Türkiye'de gerçekleşen politika değişikliği dahi bu gidişata dur demekte yetersiz kalmış görünmektedir. Ünlü ve ark (53) yapmış oldukları çalışmada, Türkiye ve Almanya'nın obezite ile mücadele politikalarını incelemişler, politika farklarının nihai sonucu etkilemediği ve her iki ülkede aşırı kiloluluk ve obezitenin, yükselen bir halk sağlığı sorunu olarak karşımızda durduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Aşılama oranları incelendiği zaman, çoğu aşılama çalışmasında SDP sonra dönemde istatistiksel olarak anlamlı yükselişler dikkat çekmektedir. Hedef popülasyonda 3 doz DBT aşılama oranlarında trend artış yönündedir. Türkiye Avrupa arasındaki fark yüksek anlamlı, Türkiye İngiltere ve Türkiye ABD arasındaki fark anlamlı bulunmuş olup, Türkiye Almanya arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kızamık aşısı 2. doz aşılama oranında trend artış yönünde olmasına rağmen, Türkiye aşılama oranı trendi düşüş yönünde olmuştur. Bu düşüşün en olası nedeni, mevcut yıllara denk gelen dönemde Türkiye'nin çok sayıda göçmen ve mülteciye ev sahipliği yapması olarak sayılabilir. SDP sonrası dönemde bu artış, Türkiye Avrupa, Türkiye Almanya ve Türkiye ABD arasında istatistiksel olarak anlamlıdır. Konjuge Pnömokok aşısı 3. doz aşı uygulamasında artış yönlü trend mevcuttur. SDP sonrasında ortaya çıkan fark, Türkiye Avrupa arasında yüksek anlamlı, Türkiye Almanya arasında anlamlı bulunmasına rağmen, Türkiye ABD arasında anlamlı değildir. BCG aşısı uygulamasında Türkiye ve Avrupa'da aşılama oranlarının yüzdesi artarken, DSP sonrası mevcut artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Politika değişikliğinden bağımsız olarak her iki

grupta da Tüberküloz ile mücadelenin artarak ve kararlılıkla yapılıyor olması, bu sonucun olası nedenleri arasında sayılabilir. DBT aşılama oranları, ilgili dönemlerde tüm gruplarda artış trendi göstermiş olup, SDP sonrası dönemde artış istatistiksel olarak Türkiye Avrupa arasında yüksek anlamlı, Türkiye İngiltere ve Türkiye ABD arasında anlamlı bulunmuştur. Türkiye Almanya arasında ise istatistiksel olarak anlamlılık mevcut değildir. Aşılama oranındaki bu artışın en olası nedeni, Aile Hekimliği uygulamasının aktif olarak tüm yurt geneline yayılması olarak düşünülmüştür. Hepatit-B aşısı 3. doz aşılama oranı tüm gruplarda artış trendi göstermiştir. SDP dönemi sonrası yapılan karşılaştırmada, istatistiksel olarak Türkiye Almanya ve Türkiye ABD arasındaki fark anlamlı bulunmuşken, Türkiye Avrupa arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bu sonucun olası nedenleri, Hepatit-B aşısının rutin aşılama takvimine alınması ve Aile Hekimliği sistemidir. 3. doz Haemophilus İnfluenzae Tip-B aşısı oranları, tüm gruplarda artış trendi göstermesine rağmen, SDP sonrası dönem karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun en olası nedeninin, adı geçen aşının Türkiye'de 2007 yılında rutin aşılama takvimine alınması ve hemen akabinde yurt genelinde Aile Hekimliği sistemine geçilmiş olmasıdır. Yenidoğan Tetanozu aşısı aşılama oranlarında sadece Avrupa ve Türkiye oranlarına ulaşılmıştır. Her iki grupta da aşılama oranı artış trendi izlemesine rağmen, SDP sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı bir artış mevcut değildir. Atay'ın (54) 2020 yılında yapmış olduğu ve Türkiye ile Avrupa Birliği ülkelerini karşılaştırdığı çalışmasında, 2000-2017 yılları arasında Türkiye'de aşılama oranlarındaki artışın doğumda beklenen yaşam süresini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Avcı'nın (55) 2017 yılında ABD ve Türkiye aşılama politikalarını karşılaştırdığı çalışmasında, toplumsal bağışıklık ve doğumda beklenen yaşam yılında, her iki ekolünde birbirine göre istatistiksel olarak üstünlüğünün olmadığı ifade edilmiştir. Çalış'ın (56) 2017 yılında Edirne ilinde Aile Hekimliği uygulaması öncesi ve sonrası dönemlerdeki aşılama oranlarını karşılaştırdığı çalışmasında, tüm aşı gruplarında istatistiksel olarak anlamlı artış bulunmuş ve aşılamada Aile Hekimliği sisteminin başarısı gösterilmiştir.

SONUÇLAR

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulandığı dönemin performansını değerlendirmeye çalıştığımız araştırmamızda ölüm oranları üzerinden yaptığımız değerlendirmede; anne ölüm oranı, yanidoğan ölüm oranı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, yetişkin ölüm hızı ve kronik hastalıklara bağlı ölüm hızlarında istatistiksel anlamda düşüşler görülmektedir. SDP'nı bir bütün olarak ele aldığımızda hastaların sağlık kuruluşlarına erişiminin kolaylaştırılması, düzenli takiplerinin ve hastalık sağaltımlarının daha rahat yapılması, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin kalitesinin arttırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda AH uygulamasına geçilmesi, ülke genelini kapsayacak geniş bir sosyal güvenlik şemsiyesinin oluşturulması bu düşüşlerin nedeni olarak sayılabilir. Yukarıda zikredilen sağlık çıktıları açısından SDP, gerek önceki yıllara gerekse de karşılaştırılan diğer gruplara nazaran başarılı bir performans sergilemiştir.

Sağlık sisteminin diğer çıktılarından olan yaşam beklentilerine baktığımızda; sağlıklı yaşam beklentisi, 60 yaş ve üstü popülasyonda sağlıklı yaşam beklentisi ve doğumda yaşam beklentisi parametrelerinde istatistiksel anlamda belirgin yükselişler görülmüştür. SDP sonrasında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri kalite ve ulaşılabilirliğindeki artışın genel sonucu olarak yaşam beklentileri yükselmiş, bu yükselişler karşılaştırılan gruplardaki benzer yükselişlere oranla istatistiksel olarak daha fazla olmuştur. Söz konusu parametreler değerlendirildiğinde SDP yine başarılı bir performans sergilemiştir.

Sağlık sisteminin finansal yapısının incelendiği parametreler olan cari sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı, kişi başı ortalama sağlık harcaması ve satın alma paritesi cinsinden kişi başı sağlık harcamalarında yükseliş trendi göze çarpmaktadır. Bu yükselişler

diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarakta anlamlı bulunmuştur. Yine sağlık sisteminin finansal boyutunu gösteren bir parametre olan ve katastrofik sağlık harcaması olarak ta bilinen, sağlık harcamasının toplam hane halkı gelirinin %25'inin üzerinde olan nüfus oranında da düşüş görülmektedir. SDP ile birleştirilerek tek çatı altında toplanan ve GSS adı verilen fonun işlevini başarıyla yerine getirdiği görülmektedir. Tüm bu verilerin ışığında SDP'nin finansman ayağının da başarılı bir performans sergilediği söylenebilir.

Kronik hastalık yönetimi göstergelerinden olan Tüberküloz insidansı ve Hipertansiyon insidansı parametreleri düşüş yönlü trend içerisinde görülmektedir. Bu düşüş bazı gruplar arasında istatistiksel olarak ta anlamlı bulunmuştur. SDP, kronik hastalık yönetiminde başarılı olmuş görülmektedir. Halk sağlığı göstergelerinden olan aşırı kilolu yetişkin birey insidansı ve obez yetişkin birey insidansı parametrelerinde ise artış trendi görülmektedir. Artış tüm gruplarda mevcut olup, SDP sonrasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Dünya genelinde aşırı kilolu olma ve obezite, artan bir halk sağlığı sorunu olarak karşımızda durmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri göstergeleri olarak, hedef popülasyondaki aşılama oranları önemli parametreleri oluşturmaktadır. İncelediğimiz bu parametreler sırasıyla hedef popülasyonda 3 doz DBT aşısı aşılama oranı, hedef popülasyonda Kızamık aşısı 2. doz aşılama oranı, hedef popülasyonda Konjuge Pnömokok aşısı 3. doz aşılama oranı, hedef popülasyonda BCG aşısı aşılama oranı, hedef popülasyonda DBT aşısı 3. doz aşılama oranı, hedef popülasyonda Hepatit-B aşısı 3. doz aşılama oranı, hedef popülasyonda 3 doz Haemophilus İnfluenzae Tip-B aşısı aşılama oranı, hedef popülasyonda Yenidoğan Tetanozu aşısı aşılama oranı ve hedef popülasyonda 3 doz Polio aşısı aşılama oranıdır. Tüm aşılama oranlarında artış yönlü bir trend mevcuttur. SDP sonrası dönemi incelediğimizde, aşıla oranlarının diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir yükselişte olduğu görülmektedir. SDP'nin en başarılı olduğu alanın 1.basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri olduğu söylemek yanlış olmayacaktır.

SDP'nin uygulamaya konulduğu yılları genel olarak ele alacak olursak, uygulanan politika değişikliğinin sağlık göstergelerinde iyileşmeye neden olduğu açıktır. 694 sayılı KHK sonrasında SDP programı lav edilmesine ve sağlık yönetim sistemi üst çatısı değiştirilmiş olmasına rağmen, SDP'yi oluşturan ana bileşenler korunmuş ve sistemin pratikte kısmen de olsa devamlılığı sağlanmıştır.

ÖZET

Ülkelerin sağlık sistemleri, bir çok etkenden etkilenmektedir. Türkiye sağlık sistemi de zaman içerisinde gerek sosyal yapının gerekse de ikdisadi yapının değişmesine paralel olarak evrilmiştir. 2002 yılında iktidara gelen 58. Hükümetin 'Acil Eylem Planı' içerisinde yer alan başlıklardan biri de 'Herkese Sağlık' başlığıdır. Bu başlık altında Sağlıkta Dönüşüm Programının esasları ortaya konmuş ve 2003 yılından başlayarak kısım kısım uygulamaya alınmıştır.

Biz de çalışmamızda Sağlıkta Dönüşüm Programının çıktılarını değerlendirerek, programın performansını ortaya koymayı amaçladık. Bunun için kullandığımız değişkenleri Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri programının sağlık alt başlığı altında bulunan ve verisine ulaşabildiğimiz parametreleri kullanarak yaptık. Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 yılından başlayarak peyderpey uygulamaya alınmış, programın tamamının hayata geçmesi ise 2010 yılında tamamlanmıştır. Bu itibarla, karşılaştıracağımız veriler için kesim noktası olarak 2010 yılını (2010 yılı da dahil) belirledik. 2010 ve öncesi dönem Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi dönem, 2011 ve sonrası dönem ise Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası dönem olarak kabul edilerek, Sağlıkta Dönüşüm Programının lav edildiği 2017 yılına kadar olan verileri analiz ettik.

Kontrol grubu olarak Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ülkelerinin sağlık göstergeleri ortalaması, ilaveten öne çıkan sağlık finansman sistemi uygulayıcısı olan üç başat ülke; Almanya (Bismarc Sistemi), İngiltere (Beveridge Sistemi) ve Amerika Birleşik Devletleri'ni (Özel Sağlık Sigorta Sistemi) de kontrol grubuna dahil ettik. İstatistik çalışmamızı da, özünde ekonometrik bir tahmin yöntemi olan "Farklar Arasındaki Fark (Difference in

Differences)" yöntemini kullanarak yaptık. Bu yöntemle, gruplar arasında mevcut olan farkların ya da farksızlıkların, politika değişikliği sonrasında nasıl etkilendiğini ortaya koymayı amaçladık.

Araştırmamızın sonucunda, Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası dönemde sağlık çıktılarının geneli, pozitif yönde artış göstermiştir. Buna bağlı olarak politika değişikliğinin genel anlamda başarılı olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Sağlıkta dönüşüm programı, sağlık sistemi performansı, karşılaştırma

COMPARISON OF TURKEY WITH THE EUROPEAN REGION COUNTRIES OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION'S CHANGE IN HEALTH INDICATORS FOLLOWING THE HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM

SUMMARY

Numerous factors have an impact on national health systems. In tandem with changes in the social and economic framework, Turkey's healthcare system has developed over time. "Health for All" is one of the headings of the 58th Government's "Emergency Action Plan," which was released in 2002. The Health Transformation Program's guiding concepts have been presented and implemented under this name beginning in 2003.

Our study's objectives were to assess the Health Transformation Program's outcomes and demonstrate the effectiveness of the initiative. The factors from the Sustainable Development Goals program's health sub-heading, whose data we could access, were utilized to create the variables we used for this. The Health Transformation Program was gradually implemented beginning in 2003, and the whole program's execution was finished in 2010. We have chosen the year 2010 (including 2010) as the cut-off point for the data we will compare in this regard. We examined the data up until the year 2015, taking into account the time before 2010 as the time before the Health Transformation Program and the time after 2011 as the time after the Health Transformation Program.

The average health indicators for the World Health Organization's European Region were used as the control group, along with the three major nations that are well-known for implementing health financing systems. These countries included Germany (Bismarc System),

England (Beveridge System), and the United States (Private Health Insurance System). We also used the "Difference in Differences" approach, which is essentially an econometric estimating method, in our statistical analysis. By using this technique, we hoped to show how the policy change had an impact on the differences or indifferences between the groups.

Our study showed that after the Health Transformation Program, overall health outcomes significantly improved. In light of this, it may be concluded that the new policy was largely effective.

Keywords: Health transformation program, health system performance, comparison

KAYNAKLAR

1. Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A. Halk sağlığı (Editörler) Ankara: Antıp A.Ş. Tıp Kıtapları ve Bilimsel Yayınları; 1998. 1–488 p.

2. Yıldırım HH. Türkiye Sağlık Sistemi : sağlıkta dönüşüm programı (Editör) 1st ed. Vol. 1. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2013.

3. Shafrin J. Difference in Difference Estimation [Internet]. Healthcare Economist. 2006 [cited 2019 Mar 20]. Available from: https://www.healthcare-economist.com/2006/02/11/difference-in-difference-estimation/

4. Akdağ R. İlerleme raporu: türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı. Akdağ R, (Editör). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2008.

5. Akdağ R. Sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011). Akdağ R, (Editör). Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2012.

6. Aykır E. 2002-2012 Sağlık politikaları ve sağlıkta dönüşüm. T.C. Beykent Üniversitesi; 2014.

7. Öztürk M. Cumhuriyet dönemi'nde sağlık hizmetleri. Süleyman Demirel üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 1999;37–41.

8. Akdur R. Türkiye'de sağlık hizmetleri ve avrupa topluluğu ülkeleri ile kıyaslaması. Akdur R, (Editör). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 2000.

9. Dirican R. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin kısa tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Bülteni. 1970;7(2):25–41.

10. Yavuz N. Türkiye ve OECD ülkelerinde sağlık sistemleri ve karşılaştırılması. T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi; 2011.

11. Öztürk M. Cumhuriyet dönemi'nde sağlık hizmetleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 1999;1(6):37–41.

12. Aksakoğlu G. Sağlık sosyalleştirmenin öyküsü. Memleket Siyaset yönetim Derg. 2008;8(7):227–36.

13. Erol H, Özdemir A. Türkiye'de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi. Sos Güvenlik Derg. 2014;4(1):9–34.

14. Çiçeklioğlu M. Türkiye'de sağlık reformları. In: Kapitalizmin Krizi ve Sağlık [Internet]. Ankara: Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı; Available from: http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf

15. Büyükşirin B. Kamu hastane birliklerinin türkiye'de sağlık hizmetleri arz ve talep üzerine etkisi (tez). Edirne: T.C. Trakya Üniversitesi; 2018.

16. Ataay F. Sağlık reformu ve yurttaşlık hakları. Amme İdaresi Derg. 2008;41(3):169–84.

17. Sağlık Bakanlığı. 5258 sayılı aile hekimliği pilot uygulaması hakkında kanun [Internet]. 2004 [cited 2019 Jun 10]. Available from: https://www.saglik.gov.tr/TR,10412/5258-sayili-aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-hakkinda-kanun.html

18. T.C. Bakanlar Kurulu. Sağlık alanında bazı düzenlemeler hakkında kanun hükmünde kararname [Internet]. 663 2011. Available from: http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=4.5.663&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=663&Tur=4&Tertip=5&No=663

19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye ilaç ve tıbbi cihaz kurumu tarihçesi [Internet]. [cited 2019 Jun 11]. Available from: https://www.titck.gov.tr/kurumsal/tarihce

20. T.C. Bakanlar Kurulu. Olağanüstü hal kapsamında bazı düzenlemeler yapılması hakkında kanun hükmünde kararname [Internet]. 694 2017. Available from: http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=4.5.694&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=694&Tur=4&Tertip=5&No=694

21. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. Şehir hastaneleri [Internet]. [cited 2019 Jun 11]. Available from: https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html

22. Atasever M, Gözlü M, Özaydın MM, Güler H, Örnek M, Barkan OB, et al. Şehir hastaneleri araştırması. 1st ed. Atasever M, (Editörler). Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2018. 114 p.

23. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Şehir Hastaneleri Koordinasyon Dairesi Başkanlığı [Internet]. [cited 2019 Jun 11]. Available from: https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/

24. Akın A, Ersoy K. 2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: sağlık sistemine bakış. 1st ed. Akın A, Ersoy K, (Editörler). istanbul: Tüsiad Yayınları; 2012.

25. Sargutan E. Karşılaştırmalı sağlık sistemleri. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2006.

26. Uğurluoğlu Ö, Çelik Y. Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve dünya sağlık örgütü yaklaşımı. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 2005;8(1):1–29.

27. Çelik Y. Sağlık ekonomisi. 3. baskı. Çelik Y, (Editörler). Ankara: Siyasal Kitabevi; 2016. 360 p.

28. Canadian Institute for Health Information. Making sense of health indicators : statistical considerations. [Internet]. Canadian Institute for Health Information; 2010 [cited 2019 Jun 22]. Available from: http://publications.gc.ca/site/eng/381921/publication.html

29. Sonğur C. Sağlık göstergelerine göre ekonomik kalkınma ve işbirliği örgütü ülkelerinin kümeleme analizi. Cluster analysis of organization for economic cooperation and development countries according to health ındicators. Sos Güvenlik Derg. 2016;6(1):197–224.

30. World Health Organization. History [Internet]. [cited 2019 Jun 23]. Available from: https://www.who.int/about/who-we-are/history

31. T.C. Dışişleri Bakanlığı. Dünya sağlık örgütü (who) / T.C. Dışişleri Bakanlığı [Internet]. [cited 2019 Jun 23]. Available from: http://www.mfa.gov.tr/who.tr.mfa

32. Doğramacı İ, (Editör). Dünya sağlık örgütü ve türkiye ilişkileri. 1st ed. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Başkanlığı; 1–74 p.

33. World Health Organization. Executive Board [Internet]. [cited 2019 Jun 23]. Available from: https://www.who.int/about/governance/executive-board

34. World Health Organization. Countries [Internet]. WHO. World Health Organization; 2019 [cited 2019 Jun 23]. Available from: https://www.who.int/countries/en/

35. World Health Organization. Regional Offices [Internet]. [cited 2019 Jun 23]. Available from: https://www.who.int/about/who-we-are/regional-offices

36. World Health Organization. Global Referance List of 100 Core Health Indicators. 1st ed. World Health Organization, editor. Geneva: World Health Organization; 2018. p 1–164

37. United Nations. SDG Indicators [Internet]. [cited 2019 Jun 30]. Available from: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database

38. Ashenfelter O, Card D. Using the longitudinal structure of earnings to estimate the effect of training programs. Rev Econ Stat. 2006;67(4):648.

39. Şantaş F, Şantaş G, Demirgil B. Kamu sağlık harcamasının üç temel sağlık göstergesine etkisi : oecd ülkeleri üzerine bir panel regresyon analizi. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2021;11(21):73–84.

40. Tüylüoğlu Ş, Tekin M. Gelir düzeyi ve sağlık harcamalarının beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı üzerindeki etkileri. Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2009;13(1):1–31.

41. Tepetaş M, Arslantaş D, Ünsal A. Türkiye'de 2009-2019 yılları arasındaki ölüm nedenlerinin TUİK verilerine göre incelenmesi. Osmangazi J Med. 2020;44(2):258–67.

42. Tıraş HH, Özbek S. Sivas Cumhuriyet University Journal of Economics and Administrative Sciences Estımatıon of factors affectıng lıfe expectancy at bırth : example of e-7 countrıes Article History : Abstract The aim of this the socio-economic determinants of divor. 2021;22(2):145–67.

43. Halisçelik E, Acaravcı A, Güzel AE. Türkiye ' de gelir dağılımı , sağlık harcamaları ve yaşam beklentisi ilişkisi : Ardl sınır testi analizi Income Distribution , Health Expenditure and Life Expectancy Nexus in Turkey : ARDL Bounds Testing Analysis. 2019;5(2):263–75.

44. Bayın G. Doğuşta ve ileri yaşta beklenen yaşam sürelerine etki eden faktörlerin belirlenmesi. Türk Aile Hekim Derg. 2016;20(3):93–103.

45. Ayyıldız T, Topan A, Öztürk Ö, Kulakçı H. Adölesan gebeliklerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015;8(2):61–6.

46. Uzun AK, Orhon FŞ. Influences of adolescent pregnancy on maternal and ınfant health. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2013;66(1):19–24.

47. Aydın D. Adölesan gebelik ve adölesan annelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 2013;16(4):250–4.

48. Tözün M, Sönmez MK, Babaoğlu AB. Bağımsız türk devletlerinde ergen gebeliklerinin ve doğumlarının değerlendirilmesi: Ülkeler arası karşılaştırma ve bazı sosyodemografik parametrelerin olası etkiler. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2017;2(2):12–23.

49. Yardan ED, Demirkıran M, Kiremit BY. Türkiye sağlık harcamaları trendi̇. Hitit Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2016;9(1):157–76.

50. Kara ŞA, Aslan D. Küreselleşen dünyada tüberküloz : halk sağlığı bakış açısıyla güncel durum değerlendirmeleri. Sağlık ve Toplum. 2021;31(1):3–22.

51. Börüban C, Özgür Güler E. Sağlık sistemi belirleyicileri ve göstergeleri üzerine bir yol analizi çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi [Internet]. 2022 Nov 28;24(4):1602–29. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.16953/deusosbil.1181556

52. Civek S, Akman M. Dünyada ve Türkiye'de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. J Turkish Fam Physician. 2022;13(1):21–8.

53. Ünlü TN, Deniz D. Türkiye'de uygulanan obezite politikaları; Almanya uygulama karşılaştırılması. Selçuk Sağlık Derg. 2022;3(1):62–78.

54. Atay E. Türkiye ve Avrupa Birliği ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresi ve ölüme bağlı kaybedilen yıllar üzerine etkili sağlık göstergelerinin belirlenmesi: bir panel veri analiz (tez). Eskişehir: T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi; 2020.

55. Avcı E. Çocukluk dönemi̇ aşılarına ilişki̇n karşılaştırmalı bir anali̇z: Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye. Lib Perspekt Anal. 2017;9:5–35.

56. Çalış S. Edirne ilinde aile hekimliği uygulaması öncesi ve sonrası bağışıklama çalışmalarının karşılaştırılması (tez). Edirne: T.C. Trakya Üniversitesi; 2017.

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlıkta politika çemberi (5) 4
Şekil 2: A ve B gruplarının uygulama öncesi ve sonrası çıktıları 24
Şekil 3: $\beta 0, \beta 1, \beta 2 ve \beta 3$ terimleri 24
Şekil 4: Anne ölüm oranı 1995-2015 27
Şekil 5: Yenidoğan ölüm hızı 28
Şekil 6: Bebek ölüm hızı 29
Şekil 7: Beş yaş altı ölüm hızı 30
Şekil 8: Kronik hastalıklara bağlı ölüm oranı 31
Şekil 9: Yetişkin ölüm hızı 32
Şekil 10: Sağlıklı yaşam beklentisi 33
Şekil 11: Altmış yaş ve üstü popülasyonda sağlıklı yaşam beklentisi 34
Şekil 12: Doğumda yaşam beklentisi 35
Şekil 13: Ergen doğum oranı 36
Şekil 14: Cari sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı 37
Şekil 15: Sağlık harcamasının toplam hanehalkı gelirinin %25'inin üzerinde olan nüfus oranı 38
Şekil 16:Kişi başı ortalama sağlık harcaması 39
Şekil 17: Satınalma gücü paritesi cinsinden kişi başı sağlık harcaması 40
Şekil 18: Tüberküloz insidansı 41
Şekil 19: Hipertansiyon insidansı 42
Şekil 20: Aşırı kilolu yetişkin birey insidansı 43

Şekil 21: Obez yetişkin birey insidansı 44
Şekil 22: Hedef popülasyonda 3 doz DBT aşısı aşılama oranı 45
Şekil 23: Hedef popülasyonda kızamık aşısı 2. doz aşılama oranı 46
Şekil 24: Hedef popülasyonda konjuge pnömokok aşısı 3. doz aşılama oranı 47
Şekil 25: Hedef popülasyonda BCG aşısı aşılama oranı 48
Şekil 26: Hedef popülasyonda DBT aşısı 3. Doz aşılama oranı 49
Şekil 27: Hedef popülasyonda hepatit-b aşısı 3. doz aşılama oranı 50
Şekil 28: Hedef popülasyonda 3 doz haemophilus influenzae tip-b aşısı aşılama oranı 51
Şekil 29: Hedef popülasyonda yenidoğan tetanozu aşısı aşılama oranı 52
Şekil 30: Hedef popülasyonda 3 doz polio aşısı aşılama oranı 53

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Anne ölüm oranı istatistik analizi 27
Tablo 2: Yenidoğan ölüm hızı 28
Tablo 3: Bebek ölüm hızı 29
Tablo 4: Beş yaş altı ölüm hızı 30
Tablo 5: Kronik hastalıklara bağlı ölüm oranı 31
Tablo 6: Yetişkin ölüm hızı 32
Tablo 7: Sağlıklı yaşam beklentisi 33
Tablo 8: Altmış yaş ve üstü popülasyonda sağlıklı yaşam beklentisi 34
Tablo 9: Doğumda yaşam beklentisi 35
Tablo 10: Ergen doğum oranı 36
Tablo 11: Cari sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı 37
Tablo 12: Sağlık harcamasının toplam hanehalkı gelirinin %25'inin üzerinde olan nüfus oranı 38
Tablo 13: Kişi başı ortalama sağlık harcaması 39
Tablo 14: Satınalma gücü paritesi cinsinden kişi başı sağlık harcaması 40
Tablo 15: Tüberküloz insidansı 41
Tablo 16: Hipertansiyon insidansı 42
Tablo 17: Aşırı kilolu yetişkin birey insidansı 43
Tablo 18: Obez yetişkin birey insidansı 44
Tablo 19: Hedef popülasyonda 3 doz DBT aşısı aşılama oranı 45
Tablo 20: Hedef popülasyonda kızamık aşısı 2. doz aşılama oranı 46

Tablo 21: Hedef popülasyonda konjuge pnömokok aşısı 3. doz aşılama oranı 47
Tablo 22: Hedef popülasyonda BCG aşısı aşılama oranı 48
Tablo 23: Hedef popülasyonda DBT aşısı 3. doz aşılama oranı 49
Tablo 24: Hedef popülasyonda hepatit-b aşısı aşılama oranı 50
Tablo 25: Hedef popülasyonda 3 doz haemophilus influenzae tip-b aşısı aşılama oranı . 51
Tablo 26: Hedef popülasyonda yenidoğan tetanozu aşısı aşılama oranı 52
Tablo 27: Hedef popülasyonda 3 doz polio aşısı aşılama oranı 53

ÖZGEÇMİŞ

EKLER

Ek-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/292	
	PROTOKOL ADI	Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Göstergelerindeki Değişimin Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ülkeleri ile Karşılaştırılması	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Nezih DAĞDEVİREN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 20/05**	**Tarih:22.11.2017**	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Doktora Öğrencisi Serkan ÇALIŞ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Gönül ÜSTÜN Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.