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

2002-2012 SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Emel AYKIR

İSTANBUL, 2014

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

2002-2012 SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Emel AYKIR

Öğrenci No:1207460282

Danışman:

Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İSTANBUL, 2014

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum "2002-2012 SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM" başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının Kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. ..../..../.....

İmza

Aday: **Emel AYKIR**

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

30./12./2014

Enstitümüz ***İşletme Yönetimi*** Anabilim dalı ***Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*** Programı yüksek lisans öğrencilerinden ***1207460282*** numaralı ***Emel AYKIR'ın*** *"Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği"*nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği ***"2002-2012 Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm"*** konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 16.12.2014 tarih ve 2014/38 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin *(c) bendi gereğince* (45.) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~***oyçokluğu/oybirliği***~~ ile ***Kabul/~~Red veya Düzeltme~~*** kararı verilmiştir.

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

DANIŞMAN
PROF.DR. MEHMET FIKRET GEZGİN

ÜYE
YRD.DOÇ.DR. ŞEFİKA DEMİRKAN

ÜYE
YRD.DOÇ.DR. GÖNÜL İPEK ALKAN

Adı ve Soyadı : Emel AYKIR
Danışmanı : Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans/2014
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Sağlık, Reform, Sağlıkta Dönüşüm, Sağlık Politikaları

ÖZ

2002-2012 SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM

Tüm dünyada gerek küreselleşme gerekse ilerleyen teknolojiyle meydana gelen değişiklikler sağlıkta dönüşüm programının uygulanmasını gerekli kılmıştır. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası ve sağlık hizmetlerinde yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sunumunun sağlanması hedeflemiştir. Temel sağlık hizmetlerinin amacı herkes için sağlıktır. Alma-Ata ile ortaya konan temel sağlık değerleri de herkes için sağlık anlayışıdır. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sorunların çözümü, sağlığın geliştirilmesi, nitelikli, etkili, kaliteli sağlık hizmeti sunumunu kapsamaktadır. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunumunda eşitlik ilkesini gözeterek, birinci basamak sağlık hizmetlerine önem vermektedir.

Çalışmamızda 2002 sonrasında Türkiye'de uygulanan sağlık politikaları temel boyutları ile ele alınmış, oluşum sürecini, programın uygulanması ile oluşan değişimler ve etkileri ortaya konulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı sosyal devlet ilkesiyle tezatlık taşımakla birlikte, kamuoyunda olumlu bir reform gibi görünse de kendi içerisinde eksiklikler barındırmaktadır. Programın barındırdığı eksiklikler; sosyal devlet anlayışıyla bağdaşmayan hastaları müşteri, kamu hastanelerini işletmeleştirmesi, bireylerden sağlık gereksinimleri için katkı payları alınması, özellikle şehir hastanelerinin devreye girmesi ile sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak çalıştırılmaları sayılabilir. Hastanelere ödenecek yıllık kira bedelleri dikkate alınırsa önümüzdeki süreçte ülke ekonomisine, sağlık çalışanlarına ve bireylere maddi -manevi büyük bir yük getirebilecektir.

Name and Surname : Emel AYKIR
Supervisör : Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin
Degree and Date : Master Thesis/2014
Major : Hospital and Healthcare İnstitutions of Management
Key Words : Health, Reform, Health Transformation, Health Policy

ABSTRACT
2002-2012 HEALTH POLICY AND HEALTH TRANSFORMATION

Basic topics of the Health Transformation Program, planning and supervisory Ministry of Health, General Health Insurance everyone under one roof and widespread health services, easy access and friendly covers the provision of health services .English “primary healt care” our language “basic health services” are used. Foundation of basic health services “health for all” is. In 1975 Alma-Ata primary health values demonstrated by “understanding of health for everyone” is. Health Transformation Program, which constitutes the scope of “ health for all, health care for all transportation with the goal of equality”, which can reach up to near the top of everyone, common, integrated primary health care services.Countries health systems, human / community life, the role of members of a society changing and developing world are better suited to achieving and more socially be reconciled, to provide individual for their health needs and in line with expectations better organized system by creating better results to put forth. Traditional health services by improving basic health care transformation to provide health service delivery organization / institutions / businesses fairness in optimizing rising to meet the expectations of the health service to people-oriented mind and body, human and system harmonization is. The purpose of the Health Transformation Program of health services, effective, efficient and equitable way, to organize, provision and financing is available. In our study, after 2002 in Turkey in the health policies implemented basic dimensions and by addressing the formation process, implementation of the program with the changes that occur and their impact, putting forward the health transformation and change chronological format explaining the objectives of the program will be introduced.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ ii

ABSTRACT iv

İÇİNDEKİLER iv

TABLOLAR LİSTESİ vii

ŞEKİLLER LİSTESİ viii

KISALTMALAR LİSTESİ x

GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI

1. SAĞLIK VE SAĞLIK POLİTİKASI KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ 3

1.1. Sağlık Kavramı 3

1.2.Sağlık Sistemleri 4

1.3. Sağlık Politikaları ve Temel Boyutları 5

1.4. Sağlık Politikalarının Amaçları 13

1.5. Sağlık Politikalarının Hedefleri 16

2. 2002-2012 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI 18

2.1. 58. Hükümet Sağlık Politikası ve Acil Eylem Planı 19

2.2. 59. Hükümet Sağlık Politikası 23

2.3. 60. Hükümet Sağlık Politikası ve Acil Eylem Planı 23

2.4. 61. Hükümet Sağlık Politikası 25

İKİNCİ BÖLÜM
TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI 30

1.1. Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Reformunun Global Nedenleri 30

1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel Reform Alanları.....33

2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ AMAÇLARI VE İLKELERİ....38

2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Hedefleri 40

2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Unsurları 42

3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ BİLEŞENLERİ.....43

3.1. Sağlık Bakanlığı 43

3.2. Genel Sağlık Sigortası.....51

3.3. Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Ulaştırılması.....53

3.3.1. Aile Hekimliği Uygulaması 54

3.3.1.1. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri 57

3.3.1.2. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeler 58

3.3.1.3. Hekim Seçme Hakkı 61

3.3.2. Sağlık Çalışanları 63

3.3.3. İnsan Kaynakları Yönetimi 64

3.3.3.1. İnsan Kaynakları Durum Tespiti ve Çözüm Planlaması 65

3.3.3.2. Sağlık İnsan Kaynağı İstihdamı.....67

3.3.3.3. Personel İstihdamı ve Atamaları 70

3.3.3.4. Sağlık Personeli Eğitimi 71

3.4. Eğitim ve Bilim Kurumları 71

3.5. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon Kalite 72

3.6. Tıbbi Malzeme-İlaç Yönetimi.....75

3.6.1. Tıbbi Malzeme-İlaç Yönetiminde Kurumsal Yapılanma 75

3.6.2. Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu 75

3.7. Sağlık Bilgi Sistemi ve Sağlık Net.....76

4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI REFORMLARI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ.....78
4.1. Aile Sağlığı Merkezleri.....78
4.2. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri.....80
4.3. Anne ve Çocuk Sağlığı.....81
4.4. Bulaşıcı Hastalıklar.....87
4.5. Bağışıklıma Programları: Aşılar.....88
4.6. Sağlıklı Çevre Sağlıklı İnsan.....89
4.7. Sağlıklı Beslenme.....90
4.8. Alkol, Madde ve Tütüne Bağlı Zararların Azaltılması.....93
4.9. Akıl ve Ruh Sağlığı.....95
4.10.Sağlığın Geliştirilmesi, Kronik Hastalıklar İçin Toplumsal Hareket ve Bilinç Gelişimi.....96
5. 2002 SONRASI SAĞLIK POLİTALARININ SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM HEDEFLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....99
6. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE ELEŞTİRİLER.....104

SONUÇ.....107
KAYNAKÇA.....113
ÖZGEÇMİŞ.....125

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo No: **Sayfa No.**

Tablo.1. Günümüz Türkiye Sağlık Politikasının Oluşum Süreci ve Kronolojisi 8

Tablo.2. Temel Sağlık Hizmetleri Anlayışındaki Değişmeler 15

Tablo.3. 1990 Sonrası Uygulanması Planlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı Projeleri 18

Tablo.4. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı 2012 sonrası Yatırım Planlaması 60

Tablo.5. Sağlık Personeli Sayıları, Türkiye, (2002, 2011) 66

Tablo.6. Yaşam Göstergeleri.....82

Tablo.7. Bulaşıcı Hastalıklar Göstergeleri 88

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No: **Sayfa No.**

Şekil.1. 1990 ve 2003 Sağlık Programları 7

Şekil.2. Sağlıkta Politika Çemberi 37

Şekil.3. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı.....46

Şekil.4. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 1 47

Şekil.5. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 2 47

Şekil.6. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 3 48

Şekil.7. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 4 48

Şekil.8. Hekim Seçme Hakkı Tanınan Hastane ve ADSM Sayısı 62

Şekil.9. Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de 100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayıları 68

Şekil.10. Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayıları 69

Şekil.11. Sağlık İnsan Gücü 70

Şekil.12. e-Sağlık Uygulamaları 77

Şekil.13. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Hizmetlerde Hekim Verimliliği.....79

Şekil.14. Anne ve Çocuk Sağlığı 81

Şekil.15. Bebek İzlem Oranı ve Bebek Dostu Hastane Sayısı.....82

Şekil.16. Üreme Sağlığı Hizmeti Alan Çift Sayısı (bin) 83

Şekil.17. Türkiye'de 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kontraseptif Yöntem (Herhangi Bir Yöntem) Kullanım Oranı (%), 2002-2011 84

Şekil.18. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kontraseptif (Gebelik Önleyici) Yöntem Kullanım Oranının Uluslararası Karşılaştırması (%), 2010.....84

Şekil.19. Anne Ölüm Oranının Uluslararası Karşılaştırması 85

Şekil.20. Bebek Ölüm Hızı (binde).....86

Şekil.21. Türkiye'de Yıllara Göre Anne Ölüm Oranı (yüz binde) 87

Şekil.22. Aşılama Oranları (%).....89

Şekil.23. Obezite ile Mücadele Programı 93

Şekil.24. Tütün Kullanımı Dünyada En Sık Sekiz Ölüm Nedeninden Altı Tanesi İçin Risk Faktörü.....94

Şekil.25. Tütünle Mücadele Programı 95

Şekil.26. Sağlığı Geliştirmede İdeal Sağlık Dengesi 96

KISALTMALAR

AEP	Acil Eylem Planı
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
ASM	Aile Sağlığı Merkezleri
AÜ	Ankara Üniversitesi
C	Cilt
DB	Dünya Bankası
DBSP	Dünya Bankası Sağlık Projesi
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSR	Dünya Sağlık Raporu
Ed.	Editör
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSSK	Genel Sağlık Sigortası Kanunu
HBS	Hastane Bilgi Sistemleri
HSİD	Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
HUSEP	Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi
IMF	Uluslararası Para Fonu
JCI	Joint Commission International
KDV	Katma Değer Vergisi
KHB	Kamu Hastaneleri Birliğine
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
MHRS	Merkezi Hastane Randevu Sistemi
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
RG	Resmi Gazete

S	Sayı
s.	Sayfa
SAGEM	Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
SAİK	Sağlıkta İnsan Kaynakları
SBF	Siyasal Bilgiler Fakültesi
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Projesi
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SKRS	Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TCSB	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
USBS	Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi
USES	Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi
USVS	Ulusal Veri Standartları
ve diğ.	ve diğerleri
YDT	Yayınlanmamış Doktora Tezi
YN	Yayın No

GİRİŞ

-Çalışma Konusunun Seçimi: Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi ve organizasyonunda, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmet sunumunun toplumun her kesimine ulaştırılması yönündeki çalışmaların Cumhuriyetin ilanından günümüze kadar uzanan gelişme süreci 2003 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) ile hız kazanmıştır. SDP'nın en temel özelliği bireylerin sağlıklı hayat programlarına erişiminin sağlanması, anne-bebek ölümlerinin azaltılması, bulaşıcı hastalıklarla ve kronik hastalıkların risk faktörleri ile mücadele etmeyi önlemek, bireylerin kendi sağlık durumlarını kontrol edebilme yetilerini geliştirmek ve koruyucu hekimlik uygulamasının sağlığın sisteminin merkezine yerleştirmektir. İnsanların aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hedefleri arasındadır. Alma Ata kongresinde *Herkes için Sağlık* anlayışı hedeflenmiştir. Bu hedefleri gerçekleştirmeyi amaçlayan SDP'nı uygulamaya konularak toplumu ve sağlık çalışanlarını temelden etkilemiştir. Bu program ile sağlık sisteminde köklü değişiklikler olmuştur.

SDP'nin bileşenleri; Sağlık Bakanlığı'nı; politika geliştiren, standartları koyan ve denetleyen bir kurumsal yapıya kavuşturmaktır. Genel Sağlık Sigortası (GSS), Yaygın Erişilebilir ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmetleri sunumu (birinci basamak sağlık kuruluşlarının güçlendirilmesi, Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, etkili ve kademeli sevk zinciri, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri, yerinden yönetim, verimliliği esas alan rekabete dayalı yönetim, performansa dayalı yönetim ve profesyonel sağlık yöneticileri), bilgi ve beceriyle donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, sağlık sistemini destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma (ulusal ilaç kurumu, ulusal tıbbi cihaz kurumu), sağlık bilgi sistemi, Avrupa birliği müktesebatının üstlenilmesine ilişkin Türkiye Ulusal Sağlık Programı (USP) sayılabilir. Toplumu, sağlık sistemini ve çalışanları bu denli etkileyen projenin hedefleri, kapsamı ve etkilerini açıklamaktır. Çalışmamızın konusu, SDP amaçları ve hedeflerinin uygulamada geçerlilik durumunu irdelemek için seçilmiştir.

-Çalışmanın Amacı ve Hedefler: 2002 yılı sonrası Türkiye'de uygulanan sağlık politikalarını ana başlıklar halinde açıklamak ve bu bağlamda sağlık alanında dönüşümü değerlendirerek, 2003 yılında Türkiye'de uygulamaya konulan SDP'nin dönüşüm hedefleri, amaçları ve sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

-Çalışmanın Kapsam ve İçeriği: Çalışma kapsamında öncelikle 2002 yılı sonrasında Türkiye'de uygulanan sağlık politikaları temel boyutları yer alacak, bunu SDP'nın uygulanması bağlamında programın kapsamı takip edilecektir. SDP'nın en önemli ve köklü adımı Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun (GSSK) 2008 yılında yürürlüğe girmesiyle başlamıştır. Bu kanun ile sosyal güvence kapsamındaki sigorta sistemleri tek bir çatı altında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) bünyesinde toplanmıştır. Bu amaçla toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerine ulaşımı, faydalanmasını amacıyla, sosyal güvencesi olmayan da bu sistem içerisine dâhil edilerek, sosyal güvencesi olmayanların da sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanması yoluna gidilmiştir. Diğer köklü değişim ise Sağlıkta Dönüşüm kapsamında SGK'na ait olan tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş, Özel hastaneler ile SGK arasında yapılan protokoller ile sağlık güvencesi ne olursa olsun her bireyin istediği hastanelerden hizmet alımının önü açılmıştır. Çalışmada SDP, amaçları ve ilkeleri, bileşenleri, reformları temel sağlık hizmetleri, 2002 sonrası sağlık politaları, sağlıkta dönüşüm hedefleri arasındaki ilişki, SDP'nın değerlendirilmesi ve eleştiriler irdelenmiştir.

-Çalışmanın Planı: Çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde 2002-2012 yılları arasındaki sağlık politikalarının temel boyutlarını kapsamaktadır. Çalışmanın ikinci bölümü SDP'nın uygulanması programın kapsamı, hedefleri, sonuçları ve eleştiriler üzerine oluşmaktadır. 2002 sonrası sağlık politikalarının başlıca değişim süreçleri kronolojik biçimde açıklanmıştır.

-Çalışmada Kullanılan Yöntem: Çalışmada tarihçi yöntem ve kaynak taraması tekniğinden yararlanılmıştır.

-Çalışmada Sınırlandırmalar: Çalışmada sağlık politikaları ve sağlıkta dönüşüm ile ilgili kaynak sıkıntısı yaşanmıştır. Çalışmanın yazın bölümünde sınırlılık ve zorluklar bulunmamaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI

1. SAĞLIK VE SAĞLIK POLİTİKASI KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Gelişen teknolojiye bağlı olarak sağlık hizmetlerinin gelişmesi sağlıkla ilgili birçok yeni kavramın oluşmasına neden olmaktadır.

1.1. Sağlık Kavramı

Ateş çalışmasında, sağlık kavramını sosyal, siyasal, ekonomik, kültürel ve evrensel hukuk alanındaki kısacası insanlığın tarihsel mirasındaki birikimlerle birlikte içeriği, kapsamı değişen ve gelişen bir kavram olarak tanımlamaktadır. Sağlık, Birleşmiş Milletler Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1979 Alma Ata Konferansı'nda; hastalık ya da sakatlığın olmamasının yanında bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır.[1] Sağlık hizmetleri genetik faktörler, çevresel faktörler ve bireyin yaşam tarzı sağlığın belirleyicilerindendir. Aşlı, çalışmasında, DSÖ' nün sağlık tanımını subjektif ve objektif olarak ikiye ayırdığını belirtmektedir.

-*Subjektif Sağlık:* Birey kendisini fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak nasıl algılandığını ifade etmektedir. Birey hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı hissedebilmesidir.[2] Kişinin kendini fiziki ve sosyal açıdan nasıl hissettiğini algılaması önemlidir. Bireyin kendini sağlıklı hissetmesi bulunduğu çevreye, eğitim durumuna, beslenme şekline vb. göre değişiklik gösterebilir.

-*Objektif Sağlık:* Bireyin muayene, teşhis, laboratuar sonuçları vb. gibi konsültasyonları ile belirlenen sağlıklı olma durumunu ifade etmektedir. Bireye *sağlıklı* diyebilmek için, birey kendisini hem subjektif olarak sağlıklı algılaması hem

[1] M. Ateş, Sağlık Sistemleri, İstanbul, 2013,s.1
[2] A. Mutlu-A. K. Işık, Sağlık Ekonomisine Giriş, 2012, Bursa, s.8

de objektif olarak sağlıklı olması gerekmektedir.[1] Sağlıklı bireylerin uzman hekimlerin teşhislerine dayanarak hem bedenen hem akıl sağlığının iyi olarak teşhis edilmesi sağlık olgusunun gerçekleştiği anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde bireyin sağlığının ne zaman bozulacağını bilmek güçtür.

1.2. Sağlık Sistemleri

Sağlık sisteminin genel unsurlarını içeren ve sınırlarını belirleyen bir tanımlama DSÖ tarafından Dünya Sağlık Raporu 2000 (DSR, 2000) kapsamında yapılmıştır. Buna göre sağlık sistemi; temel amacı doğrudan sağlığı geliştirmek, iyileştirmek ya da korumak olan her türlü faaliyeti kapsayan bir sistem olarak tanımlanmıştır. Sağlık sistemleri tarafından kullanılan kısıtlı kaynaklarda meydana gelen artışlar nedeniyle ortaya çıkan ilave maliyet, hastalık ve erken ölümden dolayı karşılaşılan/yitirilen ekonomik zararların engellenmesiyle telafi edilmesidir.[2] Sağlık sisteminin temel amaçları kapsamında; sağlığın geliştirilmesi, beklentilerin karşılanması ve adil finansmanın sağlanması yer almaktadır. Bu amaçlar sağlık sisteminin katkı yaptığı sosyal amaçlar olarak ele alınmaktadır. Yıldırım'a göre bu sosyal amaçlar şunlardır:

"-*Sağlığın geliştirilmesi:* Sağlık sisteminin tanımlanmış amacı, nüfusun sağlığını geliştirmek ve yükseltmektir.

-*Beklentilerin karşılanması:* Beklentilerin karşılanması amacı, sağlığa ilişkin beklentiler dışındaki beklentileri içermektedir.

-*Bireylere saygı:* İtibara saygı, bireysel özerkliğe saygı ve gizliliğe saygı gibi unsurları kapsamaktadır.

-*Müşteri odaklılık;* Tüketici memnuniyetinin birçok boyutunu içermektedir. Bunlar; sağlık ihtiyaçlarının hemen karşılanması, temel gereklilikler, sosyal desteğe ulaşma ve tüketicilerin tercih hakkının olması gibi unsurları kapsamaktadır.

-*Adil finansman:* Sağlık hizmetlerinde adil finansman, herkesin gelirine göre ödeme

[1] T.A. Aştı, Sağlık Kavramı, İstanbul Üniversitesi (İ.Ü) Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 2012, s.20

[2] Ö. Uğurluoğlu -Y. Çelik, "Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi (HSİD), Cilt (C):8, Sayı (S):1, Ankara, 2005, s.4

yapması ve sağlık hizmetlerinden de ihtiyacı ile ilişkili olarak yararlanabilmesidir."[1]

Sağlık hizmetleri; hastalıkların teşhis ve tedavisi ya da sağlığın korunması, geliştirilmesi, sürdürülebilir olması için gereken tüm hizmetleri içeren bütüncül bir kavram olmasıdır. Sağlık sektörü; birey ve bireylerin oluşturduğu toplumun sağlığını korumak ve gerçekleştirmek için, çok geniş bir alanı kapsayan sağlıkla ilgili tüm enstrümanların, mal ve hizmet türündeki her türlü hizmeti üretme, sunma ve talep etme ve/veya tüketimi üzerine kurulmuş sistem ve alt sistemler ile bunları içeren çok farklı mesleklerdeki kişi, kurum, kuruluş, statü gibi unsurların hepsini belirtmek amacıyla genel ve kapsayıcı kavramdır. Günümüzde tıp alanındaki meydana gelen gelişmeler, yenilikler ve sağlık teknoloji ile sağlık sistemlerinde kullanılan tıbbi cihazlar, ilaç, tıbbi ve cerrahi uygulamalar ile sağlık hizmet sunumunda ön planda olan önleyici, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonda önemli, vazgeçilemez hayati bir görev üstlenmektedir. Sağlık sisteminde, sağlığa ilişkin bireylerin beklentilerinin karşılanması, bireylere sağlık hizmetleri sunumunda, gizliliğine saygı ve bireylerin gelirine göre ödeme yapılması ve sağlık hizmetlerinden ihtiyacını karşılayabilecek şekilde yararlanması gerekmektedir. Sağlık sisteminde beklentilerin aksamadan sürdürülebilmesi için Sağlık Bakanlığı'nın kontrolü gerekmektedir.

1.3. Sağlık Politikalarının Temel Kavramları:

Aristoteles'e göre, *Politika, toplumun halka dair yaptığı tüm etkinlikler* dir. Yunan siyasal yaşamında ise siyaset, *polis* veya *devlet*'e ait *etkinlikler* olarak tanımlanmaktadır.[2] Politika belirleme, uygulama ve izleme süreci politik bir süreçtir ve siyasetin politikadan ayrı bir şekilde düşünülemez birbirinin tamamlayıcısıdır. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğüne göre sağlık politikası: "Sağlık ihtiyaçları, mevcut kaynaklar ve diğer politik baskılara yanıt olarak eyleme yönelik öncelikleri ve parametreleri tanımlayan, kurumlar (bilhassa hükümet) içindeki resmi bildiri veya prosedür."[3] Sağlık politikası yapılan tanımlara göre; sağlık sistemindeki kurumların hizmetlerini ve finansman yapılarının düzenlemelerini etkileyen faaliyetlerdir. Sağlık sisteminde hizmetlerin sunulması için kamu, özel ve sivil

[1] Yıldırım, H.H., "Sağlık Sigortacılığı", (Ed. H. H. Yıldırım), Eskişehir, 2012,s.7; http://eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/sak205u.pdf (15.01.2014)
[2] ….., "Politika", Siyaset.vikipedi: http://tr.wikipedia.org/wiki/Siyaset (27.10.2013)
[3] Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı(TCSB), Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara, 2011, s.10

toplum kuruluşlarının faaliyetleri sağlık politikası kapsamında incelenir. Sağlık kavramının geniş kapsamı ile ele alınarak sağlık üzerinde bulunan etkenler ve bu sektörlerde kapsam içerisinde değerlendirip politikanın oluşturulması gerekmektedir. Ulusal sağlık politikaları belirlenirken toplumun sosyo-ekonomik yapısı, finansmanı, sürdürülebilirliği, demografik yapısı, çevre politikaları, çevrenin canlıların yaşamına uygunluğu, bireylerin eğitim durumları, yapıların fiziki şartları, teknolojik altyapılar, bireylerin beklentilerinde göz önünde bulundurulması gereklidir. Sağlık politikaları düzenlenirken, sağlık hizmetlerinin kimler tarafından üretileceği, nasıl sunulacağı, nasıl finanse edileceği, hizmetin kullanıcılara nasıl ulaştırılacağının bilinmesi önemlidir. Bu bağlamda alınan kararlar yasal dayanaklara göre belirlenmelidir. Oluşturulacak politikaların dayanağı uluslararası anlaşmalara, anayasaya aykırı, insan hakları, onurunu aşağılayıcı düzenlenmemesi gerekmektedir.

Sağlık politikası, sağlık hizmetleri ve programlarının sunulmasını ve bunlara erişimi sağlayan yönetmelik ve teşvikleri tanımlayan mevzuat veya diğer kural koyma şekilleri ile yürürlüğe konur. Belirlenen birçok politikada olduğu gibi, sağlık politikaları da, toplumun genel tercihleri, politik gerçekler, kısıtlı kaynakların mevcudiyeti ile bütünleşmiş mevcut kanıta dayalı toplum sağlığı eylemine yönelik sistematik destek toplama sürecinden doğar.[1] Sağlık politikası toplumsal amaçlara etkili bir yararlılık sağlayıcı, toplumun sağlıkla ilgili eğitimine, politika dışı bir şekilde öğrenmek için fırsat tanınmalı ve teşvik edilmelidir. Topluma daha iyi bir hizmet sunmak adına Sağlık politikaları oluşturulurken toplumun ihtiyaçları, beklentileri ve kolay ulaşılabilirliği ön planda tutulmalıdır. Tüm bireylerin sağlık hizmetlerini hakkaniyet ölçüsünde erişimin sağlanması için sağlık sigortası kapsamının toplumun her kesimine yayılması, sağlık hizmetinin sunumunda gerekli iyileştirme ve geliştirmelerin yapılması içinde büyük önem taşımaktadır. 1990 Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Projesi, DPT-Ankon/Price Waterhouse ve 2003 yılı SDP ortaya çıkan benzerlikler Şekil 1'de görüldüğü üzere Sağlık hizmetlerinde verimlilik, kalite, sağlık finansmanının ayrılması ve organize edilmesi olarak birbirleriyle örtüşmektedir.

[1] TCSB, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, s.10

Şekil.1. 1990 ve 2003 Sağlık Programları

1990 Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Projesi, DPT-Ankon/Price Waterhouse	2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı
✓ Sağlık hizmetlerinde verimlilik, ✓ Sağlık hizmetlerinde kalite ✓ Sağlık hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması ✓ Dahili piyasa	✓ Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, ✓ Finansmanının sağlanması ve sunulması

Kaynak: İ. Belek, Sağlıkta Dönüşüm, İstanbul, 2012, s.15

DPT 2001, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporunda; sağlık sisteminin yapılanmasında devlet ve özel sektör arasındaki görev paylaşımının belli esaslara bağlanmasına vurgu yapmakta ve sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında toplanması, devletin sağlık sisteminin denetimine, ar-ge faaliyetlerine ve eğitime ağırlık vermesine, planlama, koordinasyon ve denetim görevlerini üslenmiş kuvvetli bir Sağlık Bakanlığı'nın oluşturulması ve hastanecilik işletmeciliği yatırımında özel sektör ve vakıflar tarafından üslenmesi gerektiğini ifade edilmektedir.[1] Günümüzdeki sağlık politikasının oluşum süreci 1990 yılı temelli olarak görülmekte ve günümüze gelinceye kadarki süreç bu ana politika temelleri üzerine inşa edildiği görülmektedir. DSÖ' nün üyesi olan Türkiye, Alma-Ata Konferansı'nda (1978) temeli atılan Herkese Sağlık Hedefleri ve Stratejileri'nin güncellenmesi ve 21. yy. hedeflerinin belirlenmesi yönünde aktif rol alarak 1998'de DSÖ Avrupa Bölge Komitesi tarafından kabul edilen 21. yüzyılda 21 Hedefi benimsemiştir. Türkiye belirtilen hedefler doğrultusunda, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatına uyum sağlamayı amaçlayan stratejik planlamasını 2001'de gerçekleştirmiş, 2003 yılında da SDP'nı uygulamaya başlamıştır. [2] Günümüz Türkiye Sağlık Politikasının Oluşum Süreci ve Kronolojisi çeşitli kaynaklardan yararlanılarak Tablo.1 oluşturulmuştur.

[1] D. Tengilimoğlu-O.Işık- M. Akbolat, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2009a, s.137
[2] S. Akın- H.O.Arı ve diğ., Sağlık Bakanlığı, 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek (Ed. N. Yardım-Molahaliloğlu ve diğ.), Ankara, 2007, s.1;
http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/21_ hedefte_turkiye_saglikta_gelecek.pdf (12.05.2014))

Tablo.1. Günümüz Türkiye Sağlık Politikasının Oluşum Süreci ve Kronolojisi

Dünya Bankası, Sağlık Politikası, 1990	**Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması, 1990**
Sağlık Reform Dönemi **1990-1999**	**Birinci Sağlık Projesi, 1991:** (1991-1997 bitiş 1998) 1. Temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak 2. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği arttırıcı önlemler 3. Sağlık Bakanlığı'nın teknik ve yönetim kapasitesini güçlendirmek[1]
	İkinci Sağlık Projesi, 1994: (1996-2000) 1. Proje illerinde halkın sağlık düzeyini yükseltmek, önlenebilir nedenlerden kaynaklanan hastalık ve ölümleri azaltmak ve temel sağlık hizmetlerinin kalitesini, kullanımını, erişilebilirliğini artırmak. 2. Sağlık hizmeti sunumunda etkinlik ve verimliliği arttırmak, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatlarında yönetim kapasitesini geliştirmek ve Sağlıkta Dönüşüm hazırlıklarını desteklemek. [2]
Sağlıkta Dönüşüm, **2003**	•SSK mensuplarının Sağlık Bakanlığı tesislerinden yararlanmaya başlaması[3] • Ölçülebilir Performansa Dayalı Ek Ödeme Yöntemine geçiş (pilot uygulama-Bolu)[4] • Devlet memurları ve Emekli Sandığı mensuplarının özel sağlık kuruluşlarından yararlanmaya başlaması[5]
Sağlıkta Dönüşüm, **2004**	• Ulusal Sağlık Hesapları çalışması yayınlandı6 •Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik çalışması yayınlandı.7 • Performansa dayalı ödeme sistemi Türkiye geneline yaygınlaştı • Aile hekimliği pilot uygulaması başladı (Düzce)8 • 1 Mart 2004, Reçeteli ilaçlarda Katma Değer Vergisi (KDV) %18'den %8'e indirildi.9 • Nisan-İlaç Fiyat Kararnamesi ile sosyal güvenlik kuruluşlarının farklı geri ödeme sistemlerini ortadan kaldıracak referans fiyat sistemi getirildi.10

[1] Belek, s.17
[2] Belek, s.21-22
[3] Gümüşel, B., Türkiye'de Sağlık Reformu: Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi (HUSEP), Ankara, 2012,s.20; http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Gumusel%20sunum.01.pdf (05.06.2014)
[4] H.Güler-A. Öztürk- S. H. Kapan ve diğ., Sağlıkta Yönetici ve Birim Performansı, (Ed. Y. Erkoç- İ. Şencan-M. Atasever), Sağlık Bakanlığı Performansı Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, s.6; http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/2202sybpk.pdf
[5] S. Duman, "Türkiye'de Sağlık Uygulamaları Reformu", 2014, s.1; http://www.kayad.org.tr/yayingoster.php?idyayinlar=2 (27.05.2014)
[6].Y.Çelik, "Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi", Sosyal Güvenlik Dergisi, 2011, s.64; http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/3dc2c50d-f9f4-4ec9-95c1-05f1820a9793/mak-3.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=3dc2c50d-f9f4-4ec9-95c1-05f1820a9793 (27.05.2014)
[7] B.B. Başaran-V.Dirimeşe-E.Özkan ve Diğ., Sağlık Bakanlığı Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, (Ed. N.Ünüvar-S.Mollahaliloğlu- N.Yardım) , Ankara, 2006, s.1; http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf (10.01.2014)
[8] TCSB, "5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun"; http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7284/5258-sayili-aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-hakkinda-ka-.html (12.06.2014)
[9] C. Buharalı, Türkiye'de ve dünyada ilaç sanayi Gelişme potansiyelleri, 2009, s.1; http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Turkey/Local%20Assets/Documents/turkey-tr_lshc_turkiyedeilacsanayi_260110.pdf (10.01.2014)
[10] Buharalı, s.1

Tablo.1. Günümüz Türkiye Sağlık Politikasının Oluşum Süreci ve Kronolojisi (devamı)

Sağlıkta Dönüşüm, **2005**	• Yeşil Kart sahipleri ayakta tedavi ve ilaç alımından yararlanmaya başladı1 • Yeşil Kart sahiplerinden katılım payı alınmaya başlandı • SSK ve diğer bazı kamu kurumlarının sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına devredildi2 • SSK'lılar serbest eczanelerden yararlanmaya başladı.3 • Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı TBMM'ye gönderildi.4
Sağlıkta Dönüşüm, **2006**	• Aile hekimliği pilot çalışması 10+ ile yaygınlaştırılması5 • Sosyal Güvenlik Kurumları Kanunu6 • Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu7
Sağlıkta Dönüşüm, **2007**	•Güvenlik Sigorta Sistemi kurulmuştur.8 •Haziran-SGK'nın yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) uygulamaya kondu9
Sağlıkta Dönüşüm, **2008**	•Ocak-Yatarak tedavilerde ilaçların ve diğer tıbbi malzemenin hastane tarafından temini zorunlu hale getirildi.10 •Nisan-GSS 5754 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" kabul edildi.11 •Temmuz-SGK ile anlaşan özel hastanelere, SUT fiyatı üzerine en fazla %30 fark alabilme sınırı getirildi; kanser tedavisi, acil ve yoğun bakım ücretsiz oldu.12 •Ekim-GSS sistemi yürürlüğe kondu.13
Sağlıkta Dönüşüm, **2009**	•Ocak-SB hastaneleri için global bütçe uygulamasına başlandı.14 •Aralık-Kamu personelinin GSS kapsamına alınması hakkında Tebliğ 27436 sayılı Resmi Gazete (RG)'de açıklandı. 15/01/2010 tarihinden itibaren ilgili kayıt ve işlemlerin Sosyal Güvenlik Kurumuna devir alınması kararı alındı.

[1] OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye'de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları, 2008, s.37; http://siteresources.worldbank.org/TURKEYINTURKISHEXTN/Resources/455687-1235059017165/OECDReviewsOfHealthSystemsTurkey_Chp2-tr.pdf

[2] TKHK, "5283 Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun"; http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/819,5283-sayili-bazi-kamu-kurum-ve-kuruluslarina-ait-saglik-.pdf?0 (10.01.2014)

[3] Gümüşel, s.22

[4] Türk Tabipler Birliği, Genel Sağlık Sigortası, Ankara, 2005, s.4; http://www.ttb.org.tr/kutuphane/gss2.pdf (11.01.2014)

[5] Gümüşel, s.22

[6] Türk Tabipler Birliği, "Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu" 2006; http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=401:sosyal-genl-kurumu-kanunu-5502&catid=1:yasa&Itemid=28 (11.01.2014)

[7] Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, "5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" 2006; http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf (11.01.2014)

[8] SGK, "5502 Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu" 2006, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/tarihce (11.01.2014)

[9] S.N. Sülkü, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara, 2011, s.12; http://www.sgb.gov.tr/Yaynlar/Kitap%20414.pdf (11.04.2014)

[10] Gümüşel, s.23

[11] Başbakanlık, "5754 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" 2008; http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/05/20080508-1.htm (11.01.2014)

[12] Sülkü, s.13

[13] Belek, s.54

[14] B. Saraçoğlu-S. N. Sülkü-Ş. Açıkgöz, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Finansal Durumu Üzerinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri, Ekonomik Yaklaşım, C. 23, Özel Sayı, s.272; http://ekonomikyaklasim.org/pdfs2/EYD_V23_N99_A10.pdf (11.01.2014)

Tablo.1. Günümüz Türkiye Sağlık Politikasının Oluşum Süreci ve Kronolojisi (devamı)

Sağlıkta Dönüşüm, **2010**	•Ocak-Kamu personeli GSS kapsamına alındı.[1] •Ocak-Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasını öngören ve "Tam Gün" olarak bilinen yasa tasarısı, TBMM Genel Kurulunda kabul edilerek, kanunlaştı.[2] •Ocak-SGK, hastadan aldıkları fark ücretini belirlemek için anlaşmalı olduğu özel hastaneleri sınıflandırdı. •Haziran-5997 sayılı Kanunla Yeşil Kart uygulamasının 01/01/2012 tarihine kadar yürürlükte kalması düzenlendi.[3] •SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesiyle, sağlık hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılırken, SSK'lıların tüm kamu sağlık tesislerine ulaşımı sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin sağlanmasına önem verilerek, Yeşil Kart uygulaması kapsamına ayakta tedavi hizmetleri katılmış, SSK ve Yeşil Kartlıların tüm serbest eczanelerden ilaç teminine izin verilmiştir.[4]
Sağlıkta Dönüşüm, **2011**	•Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu, 2011 yılında kuruldu.[5]
Sağlıkta Dönüşüm, **2012**	•Kamu Hastaneleri Birliği Yasası Ekim ayında yürürlüğe girerek kamu hastaneleri Kamu Hastaneleri Birliğine (KHB) bağlanmıştır.[6]
Sağlıkta Dönüşüm, **2013**	•Şehir Hastaneleri ile JSI standartlarında özel sektörün 49 yıllığına yapacağı şehir hastaneleri ile sağlık turizminin önemli bir adımı atılmıştır.
Sağlıkta Dönüşüm, **2014**	•Yeni yatırımlarda Kamu-Özel Ortaklığı Modeli[7]

Tablo 1 incelediğimizde; Türkiye'nin de içinde bulunduğu diğer ülkelerle beraber sağlık reformlarının yapılmasının zorunluluğu gerekçesiyle DB ile DPT Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması ile 1990 yılında reform çalışmaları başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı yapılan reform çalışmaları ile temel sağlık

[1] SGK, "Kamu Personelinin Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınması Hakkında Tebliğ"2009; http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/12/20091218-14.htm (11.01.2014)

[2] TBMM, "5947 Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" Resmi Gazete, 2010; http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-32384/tam-gun-yasasi-uygulamasi-hakkinda-genelge.html (12.01.2014)

[3] Sülkü, s.9

[4] Sülkü, s.10

[5] Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, "Kuruluş 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname" 2011; http://www.iegm.gov.tr/Detail.aspx?pages=/PortalAdmin/Uploads/Titck/Menus/Menu-80b2a3793591.html (14.01.2014)

[6] .TKHK, "663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında)" ; http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/1933,663-sayili-kanun-hukmunde-kararname-saglik-bakanligi-ve-.pdf?0 (12.01.2014)

[7] E. Acartürk-S.Keskin, "Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli" Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi C.17, S.3, Isparta, 2012, s.26; http://sablon.sdu.edu.tr/fakulteler/iibf/dergi/files/2012-3-2.pdf (14.01.2014)

hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmayı ve teknik, yönetim kapasitesini güçlendirmek olarak hedefleri arasına almaktadır.

2003 yılında bu süreçte kurulan 58. Hükümetin tek başına iktidara gelmesiyle beraber sağlıkta köklü değişimleri içeren SDP yeni bir reform gibi topluma beyan edildi. SDP 2004-2005 döneminde yapılan çok köklü değişimlerden bazıları Aile hekimliğinin pilot uygulamasının başlaması, SSK ve diğer kamu kurumlarının Sağlık Bakanlığı'na devrinin gerçekleştirilmesidir. Aynı dönemde ilaçta KDV oranını %18'den %8'e düşürülerek, SSK ve GSS yasa tasarısı da TBMM'ye gönderilmiştir.

2006 yılında yapılan değişimler incelendiğinde, aile hekimliği pilot çalışması Düzce ve 10 ilde yaygınlaştırılması ve SGK, GSS Kanunu da bu dönemde çıkartılmıştır. 2007 yılında ise Güvenlik Sigorta Sistemi kurularak, SGK'nın yayınladığı SUT uygulamaya konulmuştur. 2008 yılının Ekim ayında GSS sistemi yürürlüğe konulmuştur. SGK ile anlaşmalı özel sektör hastaneleri, SUT fiyatı üzerine en fazla %30 fark alabilme sınırı getirilmiştir. 2009 yılında ise Sağlık Bakanlığı hastanelerinin global bütçe uygulamasını başlatmıştır.

2010 yılında yapılan çalışmalarda, kamu personelinin GSS kapsamına alınması, üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasını öngören ve "Tam Gün" olarak bilinen yasa tasarısı kanunlaşmıştır. Ülkemiz nüfusuna göre değerlendirildiğinde, ülke nüfusumuzun yüzde 10'ununa tekabül eden yeşil kart sahipleri için yeşil kart uygulaması 2012 yılına kadar yürürlükte kalması sağlanmıştır. Bu yıldan sonra ise yapılacak gelir tespiti çalışmalarından sonra bu karta sahip olanların gerçekteki gelir durumları değerlendirilerek haksız kullanımın önüne geçilmesi değerlendirilmiştir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na değeri ile sağlık hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılırken SSK'lıların tüm kamu hastanelerine ulaşımı eşitlik çerçevesinde sağlanarak SSK ve yeşil kart sahiplerinin serbest eczanelerden ilaç teminine imkân verilmiştir. 2011 yılına gelindiğinde ilaç kullanımının ve tıbbi cihazların izlenmesi, gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi, ilaç ve tıbbi cihazların takibi ve diğer bazı amaçlar için Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu kurulmuştur. 2012 yılında ise DB'sının önerilerinde yer alan desantralizasyona (yerindelik) göre Kamu Hastaneleri Birliği Yasası yürürlüğe girerek kamu hastaneleri KHB bağlanmıştır. 2013 yılında ülkemizin 2023 yılındaki

vizyon hedeflerinde sağlık turizmi de hedeflenerek yapılması planlanan şehir hastanelerinin yapılması özel sektörün 49 yıllığına yapacağı şehir hastanelerinde kompleks bir yapı söz konusu olacaktır. Şehir hastanelerinde, tıbbi teknolojinin en ileri seviyede kullanılması, bu hastanelerin JSI standartlarında hizmet veren uluslar arası sağlık hizmetine cevap verebilir altyapı ve hizmet sunumu odaklıdır. Yeni dönemde Kamu-Özel ortaklığı modeli çerçevesinde yapılması planlanan hastanelerin yapılmasına başlanmıştır. Kamu özel ortaklığı ile yapılacak olan hastanelerinin yapılması ve işletilmesi özel sektör tarafından yapılacaktır. Özel sektör hastane inşasını bitirdikten sonra her yıl özellikle döner sermayeden yıllık kira bedeli alacaktır. Dünyada incelenen kamu özel ortaklıkları ile yapılan hastanelerin ülke ekonomisine, sektör çalışanlarına olumsuz etkileri vurgulanmaktadır.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. Maddesinde belirtilen; "Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşama standartlarına hakkı vardır; bu hak, beslenme, giyim, konut, tıbbi bakım ile gerekli toplumsal hizmetleri ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ya da kendi denetiminin dışındaki koşullardan kaynaklanan başka geçimini sağlayamama durumlarında güvenlik hakkını da kapsar."[1] Sağlık politikalarının ana amacı; İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne ve Tıp Etiği'ne dayanan, sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı topluma ulaşmak için üretilecek politikalar olmalıdır. DSÖ'nün hedeflediği, ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesinin sağlanmasıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın temel amacı ise; "herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, bireylerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren unsurlarla mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmektir."[2] Sağlığı toplumsal bir olgu olarak gören politika; sağlık hizmetlerini toplumsal bir görev ve sorumluluğu anlayışı ile sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı ise doğuştan kazanılmış temel insan hakkı sayan politika anlayışı anlaşılmalıdır. Sağlık

[1] Universal Declaration of Human Rights, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 10 Aralık 1948 ve 217 a (III) sayılı kararı, 2011, Madde 25;
http://www.ddh.org.tr/site/site/belgeler (01.11.2013)
[2] TCSB, "Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname", (01.11.2013)

hizmetleri sunumunda, toplumun tüm kesiminin ırk, cins, din vb. ayrım gözetmeden toplumsal dayanışmanın bir aracı olarak herkesin sağlık hizmetlerine ulaşımında ve yararlanma sürecinde eşitlik ilkesini öngörür.

Akdur'a göre, sağlık hakkının gereklerini toplumsal bir görev olarak ele almayan, bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasanın arz ve talep kurallarına bırakarak, insanların bu haktan imkânları oranında yararlanmasını öngören, sağlık hizmetlerine de kâr aracı olarak bakan politikadır.[1] Sağlık politikasının temelini oluşturan olgular; sağlık sektörünün finansmanını, örgütlenmesini ve insan gücünü, politika ve uygulamaların yapılanmasını belirlenmesini sağlar.

1.4. Sağlık Politikalarının Amaçları

Ateş, 2013 yılındaki yaptığı çalışmasında, sağlık sisteminin 2003 yılına kadar merkezi bir yapıya sahip olduğunu, SB'nın merkez teşkilatı, kamu ve özel hizmetleri yönetmekte iken 2003 yılı itibariyle yerelleştirmeye önem verildiğini belirtmektedir. Ayrıca Kamu Hastaneler Birliği (KHB) kurularak özerk işletmelere dönüştürülmesi, çalışanların sözleşmeli personel alma ve giderlerini karşılanma hakkının tanınması uygulamasının sayılabildiğini belirtmiştir.[2]

"Kişilerin beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik halinde olmalarını sağlamak amacı ile herkesin ırk, din, cins, yaş, siyası inanç ve ekonomik güç farkı gözetmeksizin, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri kullanmalarını sağlamaktır."[3]

1990 yılında başlayan sağlıkta dönüşüm 2003 yılında uygulanmış ülkemizin sağlık sistemi ve sağlık politikaları yeniden yapılandırılmıştır. Belek'e göre, DB'nın öngördüğü bu politikanın temel amacı ülkelerin sağlık sistemlerinin piyasaya açılması, sağlık hizmetleri sunumunda özel aktörlerin arttırılmasıdır. Uluslararası sermaye, sağlık sektörünün piyasalaştırılması, bu sektörün bütün dünyada en hızlı

[1] R. Akdur, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, Ankara, 1999, s.7
[2] Ateş, s.116
[3] N. Fişek, Sağlık Yönetimi, "Türkiye'de Sağlık Politikası"; http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/14.html (05.06.2014)

büyüyen ve büyük kaynakların döndüğü bir alan olmasıyla bu alana olan ilgisi yadsınamaz.[1]

Sağlık politikasının temel ilkeleri doğrultusunda, merkezi örgütlenmenin getirdiği olumsuzlukları yerinde çözüme ulaştırıcı politika geliştirilmesi ve idari ve mali açıdan kurumları özerkleştirmedir. Kurumları günümüz koşullarında rekabet edebilir duruma getirilmesinde sağlık sektöründeki bu gelişmeler kamu ve özel hastanelerini de içine alarak ivme kazandı.

Günümüzde toplumların gelişip modernleşmesiyle paralel olarak bireyler kendi yaşamları, aileleri için değişen yaşamlarını ve gereksinimlerini karşılama adına sağlık sistemlerinden daha kaliteli ve ulaşılabilir sağlık sunumu talep etmektedirler. Bu taleplerinde haklı olarak temel beklenti hakkaniyetli, ayrımcılığın olmadığı, hizmeti alan ve üretenin daha mutlu olduğu bir hizmet anlaşılmaktadır. Bireylerin beklenti ve gereksinimlerine odaklanmış bir sağlık hizmet sunumu oluşturmak amacı ile, sağlık politikalarının toplumun genel sağlık yapısında koruyucu, önleyici bir bütün olarak değerlendirilmelidir. 1990 yılı ile başlayan ve günümüze kadar yapılan sağlıkta reform çalışmalarının en önemlileri; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi, hastanelerin özerk sağlık işletmelere dönüştürülmesi olarak açıklanabilir.

Başlangıçta hâkim olan temel sağlık anlayışı ile günümüzdeki sağlık anlayışını karşılaştırması, temel sağlık hizmetleri anlayışındaki değişmeler Tablo 2'de belirtmektedir.

[1] Belek, s.23

Tablo.2. Temel Sağlık Hizmetleri Anlayışındaki Değişmeler

Başlangıçta Hâkim Olan Temel Sağlık Anlayışı	**Günümüzde Temel Sağlık Yaklaşım**
Kırsal kesimde yaşayan yoksulların temel sağlık hizmetleri paketlerine ve temel ilaçlara daha kolay erişebilmesi	Evrensel ulaşım (universal access) ve sosyal sağlık güvencesine ulaşma amacıyla mevcut sağlık sistemlerinin yeniden düzenlenmesi ve dönüşümü
Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi	Toplumda bulunan herkesin sağlığı ile ilgilenme
Bilhassa akut ve bulaşıcı olmak üzere az sayıda seçilmiş hastalığa odaklanma	Hastalık ve risklerin kapsamını dikkate alarak, insanların beklenti ve ihtiyaçlarını kapsamlı olarak karşılama
Köy düzeyinde sağlık eğitimi, sanitasyon, su ve hijyen iyileşmesini sağlama	Sağlıklı hayat tarzlarının özendirilmesi sosyal ve çevresel zararların sağlığa olan etkilerinin azaltılması
Gönüllü profesyonel olmayan toplum sağlığı çalışanları için basit bir teknoloji	Teknoloji ve ilaçlara erişimi kolaylaştıran ve doğru kullanımını sağlayan sağlık çalışanları ekibi
Yerel sağlık komiteleri eliyle yerel kaynakların harekete geçirilmesi ve sağlık merkezlerinin yönetimine katılım	Politika tartışmalarına ve hesap verebilirlik mekanizmalarına sivil toplumun örgütlü katılımı
Devlet tarafından finanse edilen ve sunulan, yukarıdan aşağıya merkezi yönetim esaslı sağlık hizmetleri	Küresel bağlamda işleyen çoğulcu (pluralistik) sağlık sistemleri
Artan kısıtlılıkların yönetimi ve küçülme (downsizing)	Sağlık kaynaklarının artışını yöneterek evrensel erişime (universal coverage) doğru yönlendirme
Karşılıklı yardım ve teknik destek	Küresel dayanışma ve birlikte öğrenme (joint learning)
Hastanenin antitezi olarak Temel Sağlık	Bütün basamaklarda kapsamlı sonuç almanın koordinatörü olarak Temel Sağlık
Temel Sağlık Hizmetleri ucuzdur ve mütevazı yatırım gerektirir	Temel Sağlık Hizmetleri ucuz değildir: makul yatırım gerektirir, fakat alternatiflerine göre harcanan parayla daha iyi değer üretir.

Kaynak: R. Akdağ, Türkiye SDP ve Temel Sağlık Hizmetleri Alma-Ata'dan Günümüze Temel Sağlık Hareketi, TCSB, Ankara, 2008a, s.40;
http://www.tahud.org.tr/guncel/kose-yazilari/alma-atadan-almatiye-degisen-dunyada-temel-saglik-hizmetleri-simdi-daha-da-onemli/1 (01.09.2014)

1.5. Sağlık Politikalarının Hedefleri

Sanayileşme ile başlayan endüstrileşme süreci ve bu sürecin toplum üzerindeki olumsuz etkileri; bireyler arasındaki gelir farklılıklarının artmasıyla meydana gelen eşitsizlikler, kıt kaynakların adaletsiz dağılımı, sermayenin daha fazla kâr beklentisi ile artmaktadır. Evrensel sağlık tanımlarında işaret edilen bireylerin fiziki ve ruhsal yönden tam bir iyilik halinde olmaları için yeterli şart bireylerin gelir seviyesiyle doğru orantılı olarak belirlenmekte, bireyler bu eşitsizliklerle gerçekte olması gerekenlere kavuşamayarak zarar görmektedir.

Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planında İdeal Sağlık Sistemini şu şekilde açıklamıştır; "Erişilebilir, kaliteli, verimli ve sürdürülebilir olması gerektiğini, sistemin insan odaklı yaklaşımı esas alıp finansal hakkaniyeti gözeterek, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine yerinde ve zamanında hakkaniyetli bir şekilde erişmelerine olanak sağlanmalıdır."[1] Sağlık politikaları bireylerin ekonomik durumları ile belirlenmemeli, mevcut kısıtlı kaynaklara eşit, ulaşılabilir ve insan yaşamını bütüncül bir yaklaşımla ele alan bir çizgide oluşturulmalı, temelde insan kriter olmalıdır.

1982 Anayasa'nın 56. maddesinde ise "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek, Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir." Yine 1982 Anayasası 60. Maddede de; "*vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmaları yanı sıra bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda* olduğunu ifade etmektedir. Anayasanın 60. maddesi *herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar''* [2] Anayasanın söz konusu maddeleriyle bahsedilen bireylerin

[1] TCSB, Stratejik Plan 2013 – 2017, Ankara, 2012, s.13
[2] TCSB, Stratejik Plan 2013 – 2017, s.28

anayasal haklarla ve uluslararası evrensel antlaşmalarla garanti altına alınmış olan yaşam hakkı ve eşit, adil bir sağlık hizmetini alma hakkı doğrultusunda bu hizmet sunumu yapacak olan sağlık sistemlerini ve sosyal güvencelerini oluşturdu. Sağlık politikalarını belirlerken bireylerin sağlık haklarının sosyal devlet sistemi anlayışı çerçevesinde sağlık hizmetini sunarken bu hassasiyetleri gözeterek geliştirdikleri sağlık hizmetleri ve politikaları bireylerin sağlıklı olma, tam bir iyilik hallerini sağlayıcı şekilde geliştirilmesinin önemi büyüktür.

Ülkemizde bugün uygulanan sağlık politikası çalışmalarının temelleri 1990 yılında T.C. Hükümeti ile DB arasında imzalanan Sağlık Projesi İkraz Anlaşması (16.08.1990) ile atılmıştır. Birinci Sağlık Projesi (1991-1997), proje bütçesi 150 milyon dolardır.[1] Bu projeyle amaçlanan; insan gücünün yetiştirilmesi ve enformasyon altyapılarının oluşturulmasıdır. Bunu takip eden İkinci Sağlık Projesi (1995-2001) projenin bütçesi 200 milyon dolardır.[2] Belek'in çalışmasına göre bu projeyle amaçlanan; projeye sağlanan maddi kaynaklarla, inşaat, tıbbi teçhizat, taşıt, mobilya, danışmanlık, yurtdışı eğitim, yerel eğitimin yapılandırılmasında kullanılmış bu ikinci projede amaçları bakımından birinci projeyle benzerlik göstermektedir. Belirlenen proje bölgelerinde/illerinde toplumun sağlık düzeyini yükselterek, hastalığın önlenebilir nedenlerden kaynaklanan hastalık ve ölümleri azaltmak ve temel sağlık hizmetlerinin kalitesini, kullanımını, erişilebilirliğini artırmak olarak ifade edilebilir.

Sağlık hizmet sunumunda etkinlik ve verimliliği artırma, bakanlığa bağlı merkez ve taşra teşkilatlarında yönetim kapasitesini geliştirme ve sağlıkta dönüşüm hazırlık çalışmalarını desteklemeyi amaçlamaktadır. Belirtilen projelerin en temel amacı oluşturulacak olan sağlık reformunun altyapısını hazırlamak ve buna göre de reformun başarıya ulaşmasını sağlamaktır. Bu dönemde projelere sağlanan finansman miktarları, sonuçları ve yapılması planlar Tablo 3'de şu şekilde gösterilmektedir.

[1] Belek, s.15
[2] Belek, s.19

Tablo.3. 1990 Sonrası Uygulanması Planlanan SDP Projeleri

Proje	Fiyat ve Bitiş Tarihi	Sonuç	Bıraktığı Etki	Etkilemek İstediği Alan
Birinci Sağlık Projesi	75 milyon dolar 31.12.1998	Kısmi Başarılı	Kısmi Başarılı	Sağlık bakanlığının etkinliğini sağlamak ve devamlılığını sürdürmek
Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Projesi	14.5 milyon dolar Haziran 2001	İyi değil	İyi değil	Sistemin gelişimini sağlamak ve sağlık bakanlığı içinde ekonomik sistem oluşturmak ve geliştirmek
İkinci Sağlık Projesi	150 milyon dolar 31.12.2004	İyi değil	İyi değil	Depremden etkilenen yerlere ve ekonomik yönden düşük gelirli yerlere sağlık hizmeti sunmak, aile planlaması ve yaşam kalitesini artırmak

Kaynak: İ. Belek, Sağlıkta Dönüşüm Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı, İstanbul, 2012, s.26

Türkiye'de 1990-1999 dönemini kapsayan birinci ve ikinci USP, DB tarafından yetersiz görülmüştür. Yetersizliğin temel nedeni projelerde öngörülen hedeflerden bazıları aile hekimliği, GSS, hastanelerin işletmeleştirilmesi yasa taslakları hazırlanmış fakat siyasi çekişmelerden yasalaşamamıştı. En büyük etken ise Türkiye'de koalisyon hükümetlerindeki partilerde yaşanan derin aykırılıklardır.[1]

2. 2002-2012 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

1990 sonrası uygulanması planlanan SDP projeleri (Tablo 3), DB Türkiye'de 1990 yılında başlatılan 1999 dönemine kadar devam eden birinci ve ikinci USP'ni yetersiz olarak değerlendirmiştir. Projelerde belirtilen hedeflere ulaşılamamasının temel nedenleri; projeyi gerçekleştirecek olan hükümetlerin koalisyon hükümetleri olması, popülist yaklaşımlar ve yaşanan ekonomik krizler gösterilebilir. Projelerde belirtilen diğer hedefler ise aile hekimliği, genel sağlık sigortası, hastanelerin işletmeleştirilmesi konularındaki yasalar taslak olarak hazırlanmış fakat koalisyon hükümetlerinde bulunan partilerin tabanlarından gelecek tepkileri ve anlaşma zemininin yeterince sağlayamamalarından dolayı yasalaşamamıştır.

[1] Belek, s. 26

2.1. 58. Hükümet Sağlık Politikası ve Acil Eylem Planı

58. Hükümet, 2002 yılında tek başına iktidara gelmesiyle birlikte sağlık sisteminde, büyük bir yenilik olacağını belirterek, bu yeniliği de *Sağlıkta Dönüşüm* olarak açıklamıştır. DB pek çok ülkede Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (*Healty System Strengtening*) programlarına büyük destekler vermektedir. 58. Hükümet SDP (*Healt Transformation Program*) mevcut çalışmaları tamamlanmış, yasa taslakları hazır olan bu projeye hız vererek uygulamaya koymuştur. Bu projeyle: SGK'nun oluşturulması, SB'nın planlayıcı, denetleyici ilişkilere odaklanması, SB'nın özelleştirme ve işletmeleştirilmesi, insan kaynakları yönetiminin ve sağlık enformasyon sisteminin güçlendirilmesi planlanmıştır.[1] Sağlık sisteminin içinde bulunduğu olumsuz durumlar, hizmet sunumu, finansman, insan gücü, bilgi sistemleri gibi köklü değişikliklerin yapılması daha önceleri planlanmasına rağmen koalisyon hükümetleri, yaşanan ekonomik krizlerden dolayı yeterince uygulamaya konulmamıştır.

İktidar partisinin programında; sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesini sosyal devlet anlayışı vazgeçilmez unsur, sosyal güvenliğin ise toplumun tüm kesimlerini kapsayacak şekilde düzenlenmesi, temel sağlık hizmetleri ise gerek duyulduğunda özel sektörle işbirliği yapılarak yerine getirilmesi zorunluluğu ve etkin-kaliteli bir sağlık sisteminin nitelikli bir toplum için vazgeçilmez olduğunu belirtilmektedir.[2]

Bu programla nelerin hedeflediği aşağıda gösterilmiştir:

"
- Hastanelerimizin ülke genelinde tam kapasite ile çalıştırılması sağlanacaktır.
- Tüm vatandaşlarımızı kapsayacak etkin bir genel sağlık sigortası sistemine geçilecektir.
- Koruyucu ve tedavi edici hizmetler başta olmak üzere, sağlık hizmetleri alanı, gönüllü kuruluşlara ve özel sektöre açıktır.

[1] Belek, s.27
[2] 58. Hükümet, 2002 yılı Parti Programı;
http://www.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum (28.10.2013)

- Anne ve çocuk ölümlerinin yüksek olduğu ülkemizde, anne ve çocuk sağlığı özel bir önem arz etmektedir.
- Aile planlamasının gerçekleşebilmesi için bilgilendirme ve bilinçlendirme çalışmalarına önem verilecektir.
- Aile hekimliği sistemi uygulamaya konulacaktır. Aile hekiminin muayenehanesi, fizik koşulları ve uygulama standartları Sağlık Bakanlığı'nca belirlenecektir. Böylece birinci basamak sağlık hizmetleri güvenli ve kaliteli olarak halka sunulacaktır.
- Sağlık sektörü Sağlık Bakanlığında tarafından tek merkezden koordine edilecektir. Bakanlık sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, takip edici, politika üretici bir rol üstlenecektir.
- Sağlık Bakanlığınca yeni sağlık sisteminin uygulamaya konulmasıyla tüm yerel yönetimler de buna bütünleşmiş olacak ve süratle kendi ihtiyaçlarını belirleyerek planlamalar yapacaklardır.
- Sağlıkta eğitim kalitesinin artırılması için gerekli tedbirler alınacak ve eğitimin planlanması dünya standartlarına göre yapılacaktır.
- Sağlık çalışanlarının hakları yeniden düzenlenecek, uluslararası standartlara uygun hale getirilecek ve bu sektördeki ücret politikası yeniden ele alınacaktır.
- Sağlık hizmetlerinde rekabetçi kurallar belirlenerek ve bunlarla ilgili yasal düzenlemeler yapılacaktır.
- Hastanelerimizin ülke genelinde tam kapasite ile çalıştırılması sağlanacaktır.
- Tüm vatandaşlarımızı kapsayacak etkin bir genel sağlık sigortası sistemine geçilecektir."[1]

58. hükümet programında, reform olarak kamuoyuna sunulan niteliği taşıyan daha önce alt yapı çalışmaları tamamlanmış olan programlar parti programında görülmekte *reform* yerine *dönüşüm* ifadesi kullanılan bu program başlıkları arasında; Sağlık Bakanlığı'nın görev tanımı yapılarak Sağlık Bakanlığı'nın sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, takip edici, politika üretici bir rol üstleneceği özellikle vurgulanmıştır. İkinci en önemli başlıkta ise toplumun her

[1] 58. Hükümet, 2002 yılı Parti Programı;
http://www.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum s.82 (28.10.2013)

kesimini kapsayacak olan *GSG* sistemine geçilmesi, üçüncü önemli başlıkta ise; *Aile Hekimliği* uygulamasının başlatılacağına dair kesin ve hükümetin arkasında önemle durduğunu gösteren maddeler yer almıştır. Bu dönemde ülkemizde kamu sağlık kurumlarında bireylerin yeterince ve her istediği yerde tedavi imkânı bulamaması, oluşan uzun kuyruklar, bürokrasinin çokluğu, ayrıca sağlık hizmet sunumunu yapan doktorların kamu imkânlarını ve personelini kullanarak vatandaşlardan aldığı bıçak paraları bu dönüşümün toplum açısından kabul görmesindeki etkenlerdir.[1]

58. Hükümetin Acil Eylem Planı (AEP)'nda, Herkese Sağlık başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Bunların başlıcaları DPT çalışmasında şu şekilde ifade etmiştir:

" • Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
• Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
• Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
• Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
• Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
• Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
• Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
• Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi"[2].

58. Hükümet yönetiminden önce farklı anlaşmazlıklarla yıpranmış olan Sağlık Reformu 58. Hükümet iktidara geldiğinde *Sağlıkta Dönüşüm* adını almıştır. İlkeler ve ögeler aynıdır: Temel özellik finansın vergi değil, prime dayalı yapılanması, vergi yerine prim ve katılım payı alınması, emekliliğin ileri yaşa alınması, verimlilik/kâr artışı, finans GSS adıyla özel sigorta şirketlerince yapılacak, sigortası poliçesinde seçmiş olduğu sağlık hizmetini ödediği prim ölçüsünde sahip olacak, poliçe dışına taşan beklenmedik harcamaları ise cebinden ödeyecektir. En önemli değişikliklerden diğeri ise Hastaneler işletmeleştirilecek Tabip Odası temsilcisi bulunmayan bir yönetim yapısı oluşturulacak, çalışanlar sözleşmeli olacak,

[1] 58. Hükümet,, 2002 yılı Parti Programı;
http://www.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum s.82 (28.10.2013)
[2] DPT, 58. Hükümet AEP 03.01.2003, s.99;
http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/aep.pdf (28.10.2013)

verimlilik esas alınacaktır.[1] Aile Hekimliği sistemi ile vatandaşlar Aile Hekimine kayıtlarını yaptırarak hekimin aile ya da coğrafi farklılık bağlantısı bulunmadan sevk zinciri kurulamadığında kişiler dilerse doğrudan diledikleri bir sağlık işletmesine başvurabileceklerdir. Aile hekimi sözleşmeli olarak çalıştırılarak, kendisine kayıtlı bulunan kişilerin sayısına ve performansına dayalı olarak aile hekiminin ücretlendirilmesi yapılacaktır. SSK bünyesinde bulunan hastanelerin SB' na devri gerçekleştirilmesi düşünüldü.

58. Hükümetin 16 Kasım 2002'de açıkladığı AEP'nın içeriğinde özetle; sosyal politikalar alanında yapılacak her türlü düzenlemede özellikle gelir dağılımını düzeltici ve yoksul kesimlerini gözetici unsurlar göz önünde bulundurulmaktadır. Sağlıklı bir toplum kurmanın en etkin yolunun eğitimden geçtiğinin bilincinde olarak bir yıl içerisinde gerçekleştirilecekler ise; Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi oluşturma, herkesin temel sağlık ihtiyacını özel sektörle işbirliği halinde yerine getirerek, ülkemizde sağlık hizmetlerinin yurt genelinde dengeli hale getirme hedeflenmiştir. Bu hedefler çerçevesi içinde şunlar gerçekleştirilecektir;

"
- Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımını kaldırılmaya dönük çalışmalar başlatılacak,
- Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmaları başlatılacaktır,
- GSS sistemi kurulacak,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak,
- Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecek."[2]

AEP'na sert eleştiriler yapılmıştır. Ekzen'e göre, Bağımsız Sosyal Bilimciler İktisat Gurubunun yaptığı değerlendirmede; "58. Hükümet seçim propagandası boyunca kucaklamaya çalıştığı anti-IMF, anti-liberal tepkiyi icraatının ilk günlerinden itibaren terk etmiş ve ülkenin kaynaklarını ve iktisadi geleceğini

[1] G. Aksakoğlu, "Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü", Memleket Siyaset Yönetim Dergisi, S.30, İzmir, 2008 s.8; http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sagliktasosyallestirmeninoykusu.pdf (05.06.2014)
[2] 58. Hükümet, AEP, 16 Kasım 2002; http://www.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum s.82 (28.10.2013)

doğrudan doğruya yabancı sermayeye ve piyasanın başıboş güçlerine terk etmeyi amaçlayan neo-liberal politikaları açıkça kabul etmekten çekinmemiştir."[1]

2.2. 59. Hükümet Sağlık Politikası

58. ve 59. hükümetlerin sağlık programlarında bahsedilen hedeflerde temelde bir değişim olmamış, hedefe ulaşmaya yönelik izlenecek olan stratejilerde bir takım farklılıklar söz konusu olmuştur. Bu stratejilerde de görülen ortak noktalar arasında aile hekimliği sisteminin oluşturulması, etkili bir sevk sistemi kurulması, idari ve mali yönden özerk hastanelerin oluşturulması ve genel sağlık sigortasının kurulması yer almaktadır.[2] 2003 yılında 59. Hükümetin başlattığı SDP'nın temel ilkeleri; "insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak sıralanabilir."[3]

59. Hükümet, sağlık sisteminin bireylerin ve toplumun ihtiyaçlarına cevap veremediği, çağdaş standartlarda olmadığı, mevcut maliyetlerin yüksek olduğu, sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin zor olduğu, sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında hizmet standardı ve kalitesi olmadığı gibi temel sorunları sıralamıştır. Bu temel sorunların çözüm önerisinde ise; sağlık hizmetlerinin tüm bireylerin ihtiyacını karşılayacak hizmet sunumuna ulaşmasını sağlamayı amaçlayan, yeniden yapılandırılmış etkili, ulaşılabilir ve kaliteli bir sağlık sistemi hedeflemiştir. Bu amaçla SDP uygulamaya konmuştur.

2.3. 60. Hükümet Sağlık Politikası ve Acil Eylem Planı

60. Hükümetin açıkladığı Eylem Planında özellikle; ekonomik gelişmenin kaynağı ve hedefi olarak insan odaklıdır. Ekonomi politikalarının temel amacı, vatandaşların refah ve mutluluğunu artırmaktır. Bunun sürdürülebilmesi için insan kaynağının eğitilmesi ve temel hizmetlerin etkin ve adil sunumunun sağlanmasıdır. Aile hekimliği uygulaması ülke geneline yaygınlaştırılması amacıyla 5258 sayılı Aile

[1] N. Ekzen, 58.Hükümet, "İktisat Politikaları", 2002-2006, Mülkiyeliler Birliği Dergisi, S.252; http://www.bagimsizsosyalbilimciler.org/Yazilar_Uye/EkzenNov06.pdf (02.11.2013)
[2] R. Ceyhan-Y. Çelik, "Sağlık Çalışanlarının Vardiyalı Çalışma Uygulaması Hakkındaki Görüşleri", HSİD, C:7, S:2, 2004, s.167; http://www.saglikidaresidergisi.hacettepe.edu.tr/Makale/72/7022.pdf (12.06.2014)
[3] TCSB Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003

Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun yerine aile hekimliği uygulama kanunu çıkartılacak ve ait mevzuatı oluşturulacaktır.[1]

SDP ile belirtilen çalışmalar sürdürülecektir. AEP, SDP kapsamında;

"- Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici rolünün güçlendirilmesi için teşkilat kanunu yenilenecek, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi uluslararası geçerliliği olan Ulusal Halk Sağlığı Kurumuna, Hıfzıssıhha Mektebi ise Sağlık Enstitüsüne dönüştürülecektir.
- Hastane hizmetlerinin kalitesinin ve verimliliklerinin artırılması amacıyla öncelikle kamu hastane birlikleri oluşturulacak, pilot çalışmalar yürütülecek ve tüm hastaneler kademeli olarak özerkleştirilecektir.
- İlaçlar ve ilaç üretiminde kullanılan maddeler, kozmetikler ile tıbbi cihazların üretimi, ithalatı, ihracatı ve topluma, güvenli, etkili, kaliteli ve standartlara uygun bir şekilde ulaşmasını temin etmek için her türlü düzenlemeyi yapmak ve denetlemek üzere İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulacaktır.
- Ulusal ve gerektiğinde uluslararası hasta ve yaralı tahliyesini sağlamak amacıyla Hava Ambulans Sistemi kurulacaktır.
- Sağlık hizmetlerinde eşgüdüm için, bireylerin tıbbi kayıtlarının oluşturulmasını, korunmasını ve paylaşılmasını, sevk basamakları esnasında bilgi transferini ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanmasını sağlamak amacıyla Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi oluşturulacaktır.
- Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartlar belirlenmesi ve sağlık kuruluşlarının akreditasyonu için Sağlık Akreditasyon Sistemi düzenlenecektir." [2]

GSS sistemi, uygulamaya konulacaktır. Bu kapsamda; GSS, SDP ile birlikte aile hekimliği, koruyucu hizmetler, yoksulların primlerinin devletçe karşılanması ve 18 yaşın altındaki çocukların tamamının sağlık güvencesi altında olması gibi ilkelere dayalı olarak yürürlüğe konulacaktır. GSS sisteminin getireceği mali yükün

[1] 58. Hükümet, AEP, s.10; (28.10.2013)
[2] 60. Hükümet, AEP, 10 Ocak 2008, s.11;
http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/ep2008.pdf (29.11.2013)

öngörülenin üzerine çıkması halinde, sistem gözden geçirilerek mali yükü azaltmaya yönelik tedbirler alınacaktır.[1]

2.4. 61. Hükümet Sağlık Politikası

2011 yılı RG'ye göre; 61. Hükümet Programı'nın temel dayanağı, Cumhuriyetimizin 100. yılında 2023 Vizyonu çerçevesi ile çizilen yeni hedeflere ulaşmak amacıyla gerçekleşmesi planlanan çalışmaların olduğu ve ülkemizi sağlık turizmi için merkez aşamasına getirmek için çalışmaların yapılacağı belirtilmiştir.. Sağlık hizmetlerini temel bir insan hakkı olarak kabul eden 61 Hükümet SDP'nın devamı ve yapılması gereken ve yapılacak olan düzenlemeleri açıklamıştır:

"• Cumhuriyetin 100. yılında sağlık üssü kurulması

- Koruyucu Sağlık Stratejisi
- Hizmet kalitesini artırmak ve maliyet-etkin sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla inşasına başladığımız *Şehir Hastaneleri* kurulması Manisa ilinde ihale süreci tamamlanan *Şehir Hastanesi 558 Yatak Kapasiteli* 01.12.2013 günü temeli atılmıştır.
- Toplum temelli sağlık hizmetlerini geliştirmeye devam edilecek, yurt sathında oluşturulacak 29 sağlık bölgesinde, istisnalar hariç, hastaların diğer bölgelere gitmesini gerektirmeyecek seviyede gelişmiş bir hizmet altyapısı kurulması.
- Doktor, ebe, hemşire sayısının arttırılması (120 bin olan doktor sayısını 2015'te 130 bin, 163 bin olan ebe hemşire sayısını 2015'te 238 bine çıkartılması).
- Aile hekimi başına ortalama 2015'te 3.200 nüfusun düştüğü bir yapının gerçekleştirilmesi.
- Koruyucu sağlık, tedavi ve bakım hizmetlerinde sağlanan ilerlemelerle, hamileliğe bağlı anne ölüm oranını ve bebek ölüm oranını daha da düşük seviyelere çekilmesi.
- Tütün, alkol, uyuşturucu ve diğer madde kullanımlarını azaltmak için risk faktörleri ile mücadelesi.

[1] 60. Hükümet AEP; (29.11.2013)

- Sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel faaliyetlerde teşvik (obezite ile mücadele).
- Evde bakım ve tele-tıp gibi uygulamaların yaygınlaşması.
- Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici, denetleyici ve yönlendirici fonksiyonları daha da güçlendirilmesi.
- Sağlık personelinin çalışma standartlarını düzenleyen ve memnuniyetlerini artıracak yeniliklerin yapılması.
- Bireylerin yaşam kalitesini artırmak amacıyla, demografik yapıyı, gelişen tıbbi teknolojiyi ve klinik yöntemleri dikkate alarak, sağlık sistemimizin finansal yapısının sürdürülebilirliği güçlendirilmesi."[1]

SDP kapsamında uygulanan politikaların temelinde sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyet çerçevesinde yapılandırılması ve finansmanın karşılanmasında bireylerin katkıda bulunması hedeflenmektedir. SDP ile Sağlık Bakanlığı'nın politika yapıcı, denetleyici rolünün artması, kamu hastanelerine sağlanan özerklik ile hizmeti sunan ve satın alan iki unsur karşımıza çıkmaktadır. Kamu kurumlarında hizmet veren sağlık çalışanları sözleşmeli, özel sektörün sağlık alanına yatırımlarının teşvik edilmesiyle de devlet kamu alanındaki yaptığı yatırımlardan bir anlamda kurtulmuş olacaktır. Buna örnek olarak uygulamaya konulan Şehir Hastaneleri kamu özel ortaklığı modeli ile gerçekleşmekte olan kampus şeklinde inşa edilecek olan hastanelerin fiziki donanımlar, bakımları, tıbbi cihazlar yüklenici firmalar tarafından sağlanacak ve Sağlık Bakanlığı ihale bedelini 25 yıl içinde yükleniciye kira şeklinde ödeyerek belirtilen yılın sonunda bakanlığa devri sağlanacaktır.

Sağlık politikalarının kısıtlı kaynakların en etkin maksimum faydayı sağlayacak şekilde tasarlanması, toplumun tüm kesimlerinin bu kaynakları eşitlik, hakkaniyet ve etkinlik sınırları içerisinde en iyi hizmeti alacak şekilde oluşturulması gerekmektedir. Uygulanan politikalar ya da uygulanacak politikalar ile toplumun ekonomik ve sosyal refahını geliştirmeyi amaçlayıcı stratejiler kapsamında, bireylerin yaşam standartlarını daha üst seviyelere yükseltilmesi, hizmet sunumu gibi

[1] 61. Hükümet Programı Resmî Gazete S. 2799717, 2011; http://www.resmigazete.gov.tr (05.11.2013)

önemli bir misyon üstlenmiş olan sağlık çalışanlarının hem ekonomik hem de sosyal açıdan doyuma ulaşmasını sağlamalıdır.

DPT Dokuzuncu Kalkınma Planı incelendiğinde;

2007-2013 dönemini kapsayan Dokuzuncu Kalkınma Planı, değişimin çok boyutlu ve hızlı bir şekilde yaşandığı, küresel bir krizin başlangıcında, rekabetin yoğunlaştığı ve belirsizliklerin arttığı, küreselleşmenin her alanda etkili olduğu, bireyler, kurumlar ve uluslar için fırsatların ve risklerin arttığı bir döneme rastlamaktadır. Bu dönemde, plan Türkiye'nin ekonomik, sosyal ve kültürel alanlarda bütüncül bir yaklaşımla gerçekleştireceği dönüşümleri ortaya koyan temel politikalar olarak hazırlanmıştır. Kamusal hizmet sunumunda; şeffaflık, hesap verebilirlik, katılımcılık, verimlilik ve vatandaş memnuniyeti esas kriterler olarak ele alınmıştır.[1] Sağlık hizmetlerine erişebilirliğin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması, GSS sisteminin oluşturulması amacıyla SDP başlatılmıştır. Bu kapsamda sevk zincirinin etkinliğinin artırılması amacıyla aile hekimliği pilot uygulamaları devam etmekte, sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılarak kamuya ait tüm hastanelerin Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmış ve sağlık hizmetlerine erişimde iyileşmeler sağlanmıştır. Ayrıca *Performansa Dayalı Ek Ödeme* uygulaması ile personel motivasyonu ve verimlilikte iyileşmeler sağlanması amacıyla, kamu sağlık kurumlarında çalışan tam zamanlı uzman hekimlerin oranı beş kat artırılmış ve hastanelerin mali ve idari özerkliğe kavuşturulması ihtiyacının devam ettiği ifade edilmiştir.[2] Kamu hizmetleri sunumunda şeffaflık ve vatandaş memnuniyeti önemle vurgulanmıştır. Planla Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme rolünün etkin olarak güçlendirilme çalışmaları doğrultusunda, GSS oluşturulmuş, Performansa Dayalı Ek Ödeme sistemine geçilmiş, Aile Hekimliği tüm yurt geneline yayılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanması gereken *Sevk Zinciri* etkinliği istenen düzeye getirilememiş, ertelenmiş, tekrar gündeme alınmış fakat etkin bir sevk zinciri uygulaması oluşturulamamıştır. Tam gün yasası

[1] DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007–2013), 1 Temmuz 2006 Cumartesi-Mükerrer Resmî Gazete S.2621, s.3
[2] DPT, 2006, s.41

kabul edilmiş, kamu hastanelerinde çalışan uzman hekimler tam zamanlı olarak ücretlerinde artış yapılmıştır. Hastaneler mali ve idari özerkliğe kavuşturulmuştur. Yeşil Kart uygulaması devam etmekle beraber ülkemizdeki yeşil kart sahibi olan vatandaşlara *gelir tespit* uygulaması yapılmıştır. Bugün için hastaneler işletme, hastalar ise müşteri olarak tanımlanmıştır.

Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi:

Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacının reel sayılarının belirlenerek, ülke genelindeki dağılımların dengelenmesi ve hasta başına düşen sağlık personeli sayısının artırılması sağlık sisteminin etkinleştirilmesi adına çok önemlidir. Genel sağlık sigortasıyla erişimin kolaylaştırılması ve hayata geçirilmesi gerekliliği DPT' da vurgulanmıştır.[1] Sağlık kuruluşlarındaki personel yetersizliğinin giderilmesi için eğitim programların ve kontenjanların sayısının attırılması, sağlık eğitiminin kalitesi, öğrencilerin temel sağlık hizmetlerine yönelik becerilerinin artıracak şekilde geliştirilmesi ve böylece ülkemiz gereksinimlerine ve uluslararası standartlara uygun bir yapıya kavuşturulması ifade edilmiştir. Bunun için ise hizmet içi eğitimler arttırılması yönünde çalışmalar başlatılmalıdır. Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda Sağlık sisteminin etkinleştirilmesi için yapılması gerekenler şu şekilde belirtilmiştir:

"• Birinci basamak hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesi altyapı ve personelin niteliğinin geliştirilmesi ile artırılacaktır. 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği hizmet modeli tüm illere yaygınlaştırılması.

- Daha verimli işletilmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla, hastaneler idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilecektir.
- Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartlar belirlenecek, sağlık birimlerinin akreditasyonu için gerekli sistem oluşturulacaktır.
- Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilecektir.
- Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımlar teşvik edilecektir.

[1] DPT, 2006, s.87

- Önleme tedaviden önce gelir ilkesine uyarak kaynakların tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olmak üzere önlenebilir hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecektir.
- Sevk zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacak ve sağlık harcamalarının kontrolü sağlanacaktır.
- İlacın akılcı kullanımının sağlanması için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacaktır. İlaç ve tıbbi cihazların kalitesini, kullanımını ve bunlara yönelik harcamaların etkinliğini kontrol edecek mekanizmalar oluşturulacaktır.
- Koruyucu sağlık alanında çalışan personelin sayısı ve niteliği artırılacak, gerekli altyapı ihtiyacı karşılanacak ve halkın koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesi sağlanacaktır. Uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulacaktır."[1]

Günümüze değin yukarıda belirtilenler SDP çerçevesinde hızla uygulanmış toplumumuzun her kesiminden bu program özellikle dar kesim tarafından büyük kabul görmüştür. Özel sektör hastaneleri özellikle "1985-1992 yılları arasında sağlık kuruluşlarına getirilen teşvik tedbirleri ile 1994 sonrasında getirilen yatırım teşvik tedbirleri sağlığın yatırım yapabilecek bir alan olarak görülmesine neden olmuştur. 2001 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinin sayısı 71.624 iken özel hastane sayısı 10.020'dur."[2] Programla belirtilen özel sektörün sağlık sektörüne yatırım yapması 58, 59. 60. ve 61. hükümet döneminde cumhuriyet tarihimizde hiç olmadığı kadar rağbet görmüştür. Belirli başlı özel sektör zincir hastaneler Medikal Park, Acıbadem gibi sayılabilir.

[1] DPT, 2006, s.88
[2] T. Temel, Özel Hastaneler Sektör Profili, İstanbul Ticaret Odası, İstanbul, Haziran 2003, s.7-8

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

SDP'nın oluşturulmasının temel nedenleri, uluslararası kurum/kuruluşların sağlık politikalarına bakış açısı ve ülkemizde sağlık politikalarının oluşum süreçleri de göz önüne alınarak 2003 yılında *reform* yerine *dönüşüm* olarak uygulamaya konulan SDP'nin oluşturulma gerekçeleri ele alınmıştır.[1]

OECD'nin 2008 yılında Türkiye'de yaptığı, Sağlık Sistemi İncelemelerinde; Türk sağlık sistemindeki yapısal sorunların çözümü, sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler, sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı ve düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirlik olarak belirtmiştir.[2] DSÖ, ülkelerin sağlık politikalarını oluştururken, ülkelere bunun zorunluluklarını veya ülkelerin sağlık politikasındaki reform gereklerini, sağlık sistemlerinin temel amaçları olarak ifade etmiş; artan maliyetler, yükselen beklentiler ve ülkelerin ödeme kapasitesindeki sınırlılıklar olarak genel çerçevesini belirtmiştir.

1.1. Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Reformunun Global Nedenleri

Dünyada hızlı bir gelişim gösteren tıp bilimi ve tıbbi teknoloji sağlık sektörüne adaptasyonu aynı hızla olmakta bu durum direkt olarak sağlık harcamalarını büyük ölçüde maliyet olarak arttırmaktadır. Günümüzde sağlık harcamalarındaki gözle görülen artışın en büyük etkeni; teşhis, tedavi ve bakım için eskiye oranla daha fazla teknoloji ve bulguya gereksinim duyulduğundandır.

[1] TCSB, SDP, 2003, Ankara, s.24;
http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html (05.05.2014)
[2] Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, 2008, s.36;
http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf (06.05.2014)

1. Artan Maliyetler:

Gümüşel'e göre sağlık reformunun global nedenleri arasında sayılan artan maliyetlerin nedenleri şu şekildedir:

"• Dünyanın her yerinde sağlık hizmetlerinin maliyetleri artmaktadır.

• Yaşlanan nüfusun artan maliyetler üzerinde etkisi söz konusudur.

• Kronik hastalıklarda meydana gelen artış

• Yeni ve karmaşık teknolojiler"[1]

SDP (2003) global nedenleri olarak artan maliyetler, yükselen beklentiler ve ödeme kapasitesindeki sınırlılıklardır. Artan yaşlı nüfus ve kronik hastalıklarda meydana gelen artışlar, yeni ve karmaşık teknolojilerde maliyetlerin artışında etken rol üstlenmektedir.

2. Yükselen Beklentiler:

"• Ekonomik nedenler

– Ülkeler geliştikçe sağlık için daha çok harcama eğilimindedir.

• Sosyal nedenler

– İletişim ve seyahat imkânlarındaki artışıyla *daha iyi* sağlık hizmetlerinden haberdar olma

• Politik nedenler

– Demokrasinin gelişmesi ile birlikte artan beklentiler ve ülke yöneticilerin bu beklentilere cevap verme zorunluluğudur."[2]

Bireylerin ekonomik, sosyal ve kültürel nedenlerle yükselen beklentileri, iletişim ve seyahat etme imkânları geliştikçe, daha iyi sağlık hizmetlerinden bilgi sahibi olarak bu yönde beklentileri artmaktadır. Bireylerin kazançlarının artması, bilgiye olan hızlı erişimleri, tüm dünyadaki gelişim ve değişimleri takip etmesi sonucu daha iyi bir yaşam kalitesi için beklenti içerisinde olmalarından dolayı kendi yaşam kalitesini artırmak için kendileri ve sağlıkları adına daha çok harcama yapmaktadırlar. Ülkede gelişen demokrasi ile birlikte bireylerin daha iyi hizmete

[1] Gümüşel, s.5
[2] Gümüşel, s.6

olan talepleri artış eğilimi gösterdiğinden ülke yöneticilerinin bu beklentilere cevap verme zorunluluğu doğmakta ve beklentileri daha üst seviyelere çıkartmaktadır. Belirtilen bu gerekçeler doğrultusunda ülke politikalarının da bu beklentileri karşılayacak şekilde tasarlanması gerekmektedir.

3. Ödeme Kapasitesi:

Gümüşel sağlık sektöründeki ödeme kapasiteleri şu şekilde belirtmiştir;

"• Sağlık sektöründeki maliyetler ve talep, ekonomik büyümeden daha hızlı gelişim göstermesi.
• Programın uygulanması için kaynak yaratan DB ve Uluslararası Para Fonu (IMF)'den programın altyapısının oluşturulması ve yürütülmesi için sağlanan krediler, kamu harcamalarını kısma zorunluluğunu da beraberinde getirmiştir"[1].

Belirtilen bu global nedenlerden dolayı Türkiye'de Sağlık Reformunun yapılması zorunluluğu, gerekçelerini şu şekilde ifade etmiştir:

"• Sağlık güvencesi olmayan nüfus
• Mevcut sağlık sisteminden duyulan tatminsizlik
• Kaynak kullanımında verimsizlik
• Ekonomide dönüşüm ve uluslararası ilişkiler."[2]

Sağlık güvencesi olmayan bireylerin muayene, teşhis, tedavi ve bakımlarından istenilen ölçüde yararlanamamaları, mevcut sağlık sisteminin aksaklıklarından duyulan rahatsızlık, sınırlı kaynaklarının kullanımında yaşanan verimsizliklerden dolayı uygulamaya konulmuştur.

SDP'nın temel amacı: *Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyet uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması* olarak ifade edilmiştir. SDP'nin bileşenleri sekiz ana başlık altında toplanmıştır.

[1] Gümüşel, s.7
[2] Gümüşel, s.8

"• Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
- Genel Sağlık Sigortası
- Yaygın, erişilebilir sağlık hizmeti
  - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri
  - Etkili, kademeli sevk zinciri
  - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
- Akılcı ilaç ve malzeme kullanımı yönetiminde kurumsal yapılanma
- Sağlık bilgi sistemi "[1]

SDP'nın temelini oluşturan bu bileşenler uygulanacak olan sağlıktaki reformun en önemli başlıklarıdır. Mevcut sağlık sisteminin yapısında köklü değişimleri öngören bu reformla birlikte eski sistem tamamıyla ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır.

1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel Reform Alanları

Ülkemizde şimdiye kadar yapılması planlanmış sağlık reformları çoğu zaman yeterli çoğunluğu bulamayarak siyasi iradelerce uygulanamamıştır. Ülkemizin uzun dönem süren koalisyon hükümetleri kaynak yetersizliği, siyasi yaklaşımlar ile sağlıkla ilgili reformlar tasarlanmış fakat uygulama alanı bulamamıştır. 2002 yılında ülkemiz tek partinin iktidarlığı ile özellikle o yıllarda bireylerin sağlıkla ilgili birçok problemin varoluşu, bu alandaki sorunların çözümünü için gerekli yaptırımların ötelenmesi bu dönüşümü gerekli kılmıştır. SDP'nın temel reform alanları;

- *Hizmet sunumunda reform:* Bilindiği gibi sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üç aşamada sürdürülmektedir. Bu hizmetler sürdürülürken sağlık alanında reformlar gerçekleşmiştir. Bunun ilk aşaması olan birinci basamakta *Aile Hekimliği* uygulamasıdır.

[1] TCSB, SDP, s.26-37

"– Birinci basamak

- Kırsal alanda sağlık evi ve ocakları, kentlerde aile hekimleri
- Herkesin bir aile hekimine kayıtlı olması
- Aile hekimlerine listelerindeki hasta sayısına göre ödeme yapılacak
- İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri aile hekiminin sevki ile kullanılması

–Sağlık işletmeleri

- Gelirleri ile giderlerini karşılayabilen
- Verimlilik ve etkililik ilkelerine göre yönetilen
- Personelini sözleşmeli olarak istihdam eden
- Fiyatlarını pazarlıkla belirleyip hizmet ve kalite yarışına giren
- İdari ve mali açıdan özerk
- Kamu tüzel kişiliğine sahip işletmeler"[1]

- *Hizmet finansmanında reform*

  – GSS

Herkesi tek çatı altında toplayan GSS'nın kurulması ile sağlık hizmeti sunumunu yapan kurum ile bunun finansmanını sağlayan kurumun birbirinden ayrılması[2]

GSS'nın Temel Amacı: Hakkaniyet amacı doğrultusunda, vatandaşların ödeme gücü oranında katkıda bulunacakları ve hizmetleri gereksinimleri ölçüsünde kullanabilecekleri bir sigorta modeli oluşturmak olarak belirlenmiştir. Değişim, dönüşüm insan ve dolayısıyla toplum hayatı için önemli bir süreci oluşturmaktadır. Günümüz değişen yaşam koşulları ve kriterlerine göre sağlık sistemlerinin uluslararası ilişki/etkileşimler, bireylerin beklenti ve ihtiyaçları yönünde değişmesi ve gelişmesi yönünde oluşturulması gerekmektedir. DSÖ'nün dünya genelinde ortaya koyduğu sağlık sistemleri; *her ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmasını* ve bu hizmetlerin etkili, karşılanabilir maliyette olması ve toplumca kabul görmesi

[1] Gümüşel, s.14-16
[2] Gümüşel, s.14-16

şeklinde olması gerektiğini ve ülkelerin sağlık sistemlerini bu faktörler göz önünde bulundurularak geliştirilmesini önermektedir.[1]

GSS ile herkes temel bir sigorta kapsamına alınmıştır, Ancak tedavisi maliyetli hastalıklar için kişi ek pirim ödemek zorunda kalacaktır. Birey ilerleyen dönemde daha yüksek maliyetli kanser, kalp, tansiyon gibi hastalıklarda sigorta kapsamında hiç alınmayacak ya da kısmi olarak alınacaktır. Bireyler, yüksek maliyetli bir hastalığa yakalanması durumunda ortaya çıkan maliyeti kendi cebinden ödeme zorunda olacaktır. Bunun dışında izlenecek farklı bir yol ise, birey hem GSS kapsamında zorunlu olarak yer alırken ileriki dönemlerde özel sigorta şirketlerinden özel sağlık sigortası yaptırmak zorunda kalacağıdır. Günümüz koşullarında asgari ücretle geçinen bir çalışanın kanser hastalığı maliyetini bu ücret ile karşılama olasılığının ekonomi yasalarının doğası gereği olmayışıdır.

SDP'nın Amacı: Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. [2] Sağlık kuruluşlarının öncelik hedefi ise, bireyin, toplumun sağlığı için koruyucu tedbir ve önlemler alınarak hastalık oluşmadan, bireylerin doğal durumunun sürdürebilirliliğini sağlamaktır. Bu amaçla sağlık kuruluşları sağlık talebi gereksinimi duyulduğunda bunu hazır bulundurmak için yapı içerisindeki sağlık personeli, yardımcı sağlık personeli, idari, mali ve ekipmanları hiçbir aksaklığa yol açmadan günümüz modern yönetim anlayışı ile organize etmesi gerekmektedir.

SDP'nın Bileşenleri: Planlayıcı ve denetleyici bir SB, herkesi tek çatı altında toplayan GSS, yaygın, erişebilir sağlık hizmeti, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri, etkili, kademeli sevk zinciri, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri, motivasyonu yüksek sağlık personeli, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme kullanımı, sağlık bilgi sistemi'dir.[3]

---

[1] R. Akdağ, Sağlıkta Dönüşüm Projesi Değerlendirme Raporu (2003-2010), (Ed.R. Akdağ) 2011f; http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf (05.06.2014)

[2] TCSB, Türkiye'de Sağlığa Bakış, Ankara, 2007.s.268

[3] A. Kısa, Türkiye'de Sağlık Ekonomisinde Yaşanan Gelişmeler, "1. Sağlık Ekonomisi Kongresi 22 Kasım 2012" Ankara, 2012, s.12; http://ventiosunum.com/?s=282B5821563E38235E (01.05.2014)

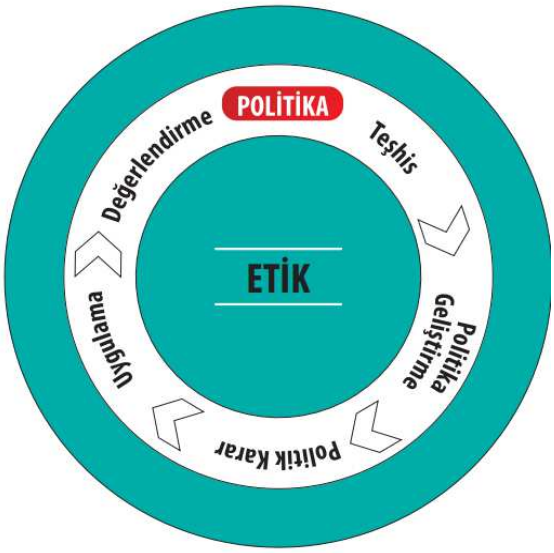
2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP'nı ve sistemi oluşturan altyapı çalışmalarıyla, sağlık politikalarının izlediği süreç açıklanması ile SDP'nin daha iyi anlaşılması bağlamında önemlidir. Sağlık politikası; hakkaniyet ölçüsünde, erişilebilirliği, iyileştirici ve geliştirilmesi, hizmeti talep eden bireylere cevap verebilir, finansmanı sürdürülebilirlik hedefleri bakımından değerlendirilmesi, uygulanan dönüşüm programının etkileri, yararları, aksaklıklar ve eksikliklerin neler olabileceği irdelenerek, incelenmesi sağlık politikasının etkin yürütülmesinde önemli olacaktır.

SDP'nın 2003 yılında uygulamaya başlanılan program ile sağlık sistemi önemli ve kökten değişimlere yol açmıştır. Kamu hastanelerinin tamamı, SGK hastaneleri dahil SB bünyesinde KHB ile entegre edilmiştir. Bu amaçla prensipte sağlık hizmetlerini satın alan ile hizmet sunucusu birbirinden ayrılmıştır. Yapılan bu reformlar, farklı sosyal güvenlik kurumlarını SGK bünyesinde toplanmış ve birleştirilmiştir. Ortak yararlanılan veri tabanları ile talep ve kullanım yönetim sistemleri paylaşılmış, çeşitli sağlık sigorta şemalarının kapsamındaki teminat paketi SGK altında entegre edilmiştir.

Hizmet sunuculara ödeme mekanizmaları dağınık, geriye dönük, hizmet başına ödeme sistemlerinden; performansa dayalı ödemeyi içeren ileriye dönük ödeme sistemlerine doğru geçiş halindedir. 2008 yılı Ekim ayında "Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu'nun uygulamaya konmasıyla birlikte, Türkiye'deki kamu hastanelerinden yararlanan hastalar için tek bir ödeyici sistemin yapısı oluşturulmuştur. 2008 yılı itibarıyla Türkiye'deki 81 ilin 23 tanesinde (aile hekimliği modeli bazında) entegre bir *Birinci Basamak Sağlık Sistemi* uygulanmıştır. Kamu hastanelerine kaynak tahsisi konusunda daha fazla özerklik verilmiştir ve aynı zamanda hastanelerin SB'na karşı daha fazla hesap verebilirlik çerçevesinde çalışmaları beklenmektedir."[1]

[1] OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri, 2008, s.12; http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasi_acilimlar_2011/upsem/OECD_Kitap.pdf (12.05.2014)

Şekil.2. Sağlıkta Politika Çemberi



Kaynak: R. Akdağ, Türkiye SDP İlerleme Raporu, Ankara, 2008a, s.25

SDP politik ve metodolojik hazırlıkları yapılırken, sağlık politikalarının değişim sürecinin sağlıklı bir şekilde işlemesini sağlayacak aşamalı, süreklilik arz eden bir politika döngüsü tasarlanması, buna göre öncelikle sorun tanımlanması ve sorunlara zemin oluşturan koşulların analiz edilmesi, sorun çözümüne yönelik politikaların geliştirilmesi ve bu politikaları hayata geçirilmesinde politik kararlar verilmesi ve ardından da bu kararların uygulanmasıdır. Çizilen bu etik çerçeve içinde yürütülen politikaların sonuçları değerlendirilmektedir.[1]

Türkiye'nin planlı döneme girilmesiyle sağlık hizmetlerine gereken önemin verilerek yurdumuzun tüm noktalarına hizmetin götürülmesi ele alınarak bireylerin ve dolayısıyla da toplumun her kesiminin sağlık hizmetinde eşit olarak faydalanması hedeflenmiştir. Sağlık kalitesinin yükseltilmesi için sürekli çalışmalar yapılmıştır. Bu amaçla birçok kanun ve yönetmelikler çıkartılmıştır. Türkiye'de sağlık hizmetleri ve bu konuda yapılan çalışmalar sürekli ülkemiz gündeminde olmuştur. Oluşturulan politikaların tamamında hizmet kalitesine vurgu yapılarak bu hizmetin herkes tarafından eşit ve ulaşılabilir nitelikte olması hedeflenmiştir. Bu amaçla oluşturulan politikaların yeterince sağlam temellere oturtulamaması insan yaşamı için elzem olan sağlık hizmetlerinde çoğu zaman aksaklıklara yol açmış ve bu hizmet sunumunu

[1] Akdağ, 2008a, s.25

gerçekleştiren sağlık çalışanlarının çalışma şartları, ücretleri ve hakları göz ardı edilmiştir. Oluşturulan sağlık politikaları ve reformlarının temeli olan Dünya Bankası ile imzalanan protokolün devamı niteliğiyle günümüze kadar devam eden bir projedir.

2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ AMAÇLARI VE İLKELERİ

SDP ile başlayan sağlıkta yaşanan dönüşümde tüm programın içeriğinde herkesin kolayca ulaşılabildiği, yüksek kaliteli sağlık hizmetleri amaçlanmaktadır. Günümüz koşullarında hizmetin sadece gereksinim duyanlara sunulması tek başına yeterli olmamaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinin belirtilen kalite ve akreditasyon standartları ile mevcut kısıtlı kaynaklarla etkin, verimli ve maliyeti açısından önemlidir. Donabedian 2003'a göre, sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetleri bilimi ve teknolojisi ile bu bilim ve teknolojinin uygulanmasının ürünüdür. Sağlık Hizmetlerinde kalitenin özellikleri; etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık, hakkaniyet'tir. Maxwell kalitenin özelliklerini ise, etkililik, kabul edilebilirlik, verimlilik, erişebilirlik, hakkaniyet, uygunluk olarak belirtmiştir. Overetveit yaptığı çalışmada Sağlık hizmetlerinde kalite, kaliteli hizmeti sağlık ihtiyacı olanlara ihtiyaçları oranında ve sağlık kuruluşuna bu hizmeti en az maliyeti olacak şekilde, satın alıcılar tarafından belirtilen sınırlar ve prosedürler dikkate alınarak karşılanmasıdır. Kalitenin boyutları müşteri kalitesi, profesyonel kalite ve yönetim kalitesi olarak belirtmektedir.[1]

Sağlık alanında yaşanan çok önemli gelişmeler beraberinde yeni sıkıntı ve sorunları da beraberinde getirmektedir. SDP'nin amaç ve ilkelerinde belirtilen ana başlıkların uygulama aşamasında yeterince etkili olmadığı gözlenmektedir. Sağlık politikaları insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi herkes tarafından kabul edilebilir hedef olarak belirlenirken, mevcut kısıtlı kaynakların etkin kullanılması adalet ve eşitlik ilkeleri ile tezatlık göstermektedir. Sağlık politikaları ya da programları sosyal devlet anlayışı içerisinde geliştirilerek parası olanın ulaşabildiği ya da satın aldığı bir hizmet olarak değil parası olmayan bireylerinde ulaşabildiği bir sistemi tanımlamalıdır.

[1] S. Kaya, Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Ankara, 2005, s.5

SDP'nın amaçları ;"sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde; organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulmasıdır." [1]

Etkililik, "uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacını ifade eder."[2] Uygulanması tasarlanan sağlık politikalar birey ve toplum sağlık düzeyinin en iyi seviyeye ulaşma amacını ifade eder. Etkililik mevcut ulaşılabilir olan iyileşmelerin gerçekte ulaşma derecesidir. Sağlık hizmetinin sunumundaki en önemli ve beklenen hedef insanların hastalanmasına yol açan olumsuz etkilerin tamamen ortadan kaldırılmasına yöneliktir.

Verimlilik, "mevcut kısıtlı olan kaynakları etkin olarak kullanılması ile maliyetlerin düşürülmesi mevcut olan bu kaynaklarla hizmetin üretilmesidir."[3] Mevcut kısıtlı kaynakları ile ifade edilen, sağlık işgücünün dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, modern anlayışın hakim olduğu sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları ile verimliliğin ön plana çıkartılmasıdır.

"Verimlilikte sağlıkta ulaşılabilir iyileştirmeleri azaltmaksızın hizmet maliyetini azaltma yeteneğidir."[4] Sağlıkta bakım hizmetlerinde verimliliği artırma çabaları bu hizmeti sunanların daha etkili yararlı yöntemleri kullanarak, sağlık hizmet sunumunda kullanılan ürün ve hizmetlerin verimli üretilerek, sağlık bakım hizmetlerinin demografik, sosyo-ekonomik olarak farklı hasta grupları arasında sağlıkta beklenen iyileşmelere orantılı olarak dağılımımın sağlanmasıdır. Mevcut sınırlı kaynaklar ile sunulan sağlık hizmet sunumunun, düşük maliyetle ve uzun süreli hastalara sunulmasının sağlanmasıdır.

"Hakkaniyet, bütün insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmaları, hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmaları ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması ilkesidir."[5] Sağlık hizmet

---

[1] TCSB, SDP, s.24
[2] Ö. Genç, Yataklı Tedavi Kurumları Sektör Araştırması, Ankara, 2005, s.54;
http://www.kalkinma.com.tr/data/file/raporlar/ESA/SA/2005-SA/SA-05-07 24_Yatakli_Tedavi_Kurumlari_Sektoru.pdf (06.06.2014)
[3] Genç, s.54
[4] S. Kaya, Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı" (Ed. S. Kaya), Eskişehir, 2013, s.6;
http://eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/sak208u.pdf (05.06.2014)
[5] Genç, s.54

sunumunda kullanılan mevcut sınırlı olan kaynakların gereksinim duyan her bireye, coğrafi şartlar gözetilmeden eşit olarak ulaşılabilir olmayı ifade eder.

SDP'nın amaçladığı hedef sağlık hizmeti sunumundan daha verimli ve eşit ölçüde herkesin yararlanabilmesidir. SDP'nın oluşması için; Modern iyi bir yönetim modeli olması, bütçe finansmanının iyi planlanması ve sağlık hizmetinin ihtiyacı olan bireyler tarafından erişilebilirliği önem taşımaktadır.[1] Hakkaniyetin hizmetin erişebilirliğine, etkililiğine ve alınan hizmetin kabul edilebilirliği ile açıklanır. Yaş, cinsiyet, gelir, sosyal sınıf, etnik köken, oturulan mevki vb. nitelenen nüfus grupları arasında sağlık hizmetlerinin farklılıkları ortadan kaldırarak toplumun tüm kesimlerinde hakkaniyeti sağlamaktır.

SDP'nın kapsamında uygulanan politikalar sonucunda toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi *etkililik*, hastaları tedavi etmenin maliyeti yüksekliği nedeniyle bireylerin hastalanmasının önlenmesi için koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesidir. Bu amaçla, anne bebek ölümlerinin azaltılması, yaşam süresinin uzatılması, mevcut kaynakları uygun şekilde kullanarak sağlık hizmet sunum maliyetini düşürüp, mevcut olan kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi (verimlilik), bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına bireylerin mali güçleri oranında katkıda bulunmalarını sağlanmalıdır (hakkaniyet).[2]

2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Hedefleri

SDP programın amaç ve ilkeleri program öncesi ülkemizde sağlık alanında yaşanan büyük sıkıntıların toplum tarafından yüksek bir şekilde dile getirilmesi, gerek bireylerin, gerekse sağlık çalışanlarının sorunlarının günden güne artması olarak değerlendirilebilir. SDP öncesi ülkemizde kamu sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan olumsuzluklar ve sağlık sorunları değerlendirildiğinde; Hekimlerin kamu hastanelerinin imkanlarını (ekipman, malzeme ve personelini, ameliyathanesini) kullanarak cerrahi müdahalede 'bıçak parası' adıyla hastadan yasal olmayan ücret alması. Kamu sağlık kuruluşlarındaki yoğunluk, muayene olamama,

[1] Tengilimoğlu ve diğ., 2009a, s.100
[2] Tengilimoğlu ve diğ., 2009a, s.138

farklı sağlık sistemlerinin olması, (SSK, Bağkur, Yeşilkart, Emekli Sandığı) hastaların her istediği sağlık kuruluşuna gidememesi, hekim seçme hakkının olmaması, ödeme güçlüğü çeken hastaların ödeme yapılana dek ya da kefilli senet imzalanana kadar hastanelerde rehin kalması SSK'lı hastaların istediği eczaneden alması gereken ilaçları alamaması. Hastaların uzun süren sevk ve evrak işlemleri, bürokrasinin zorluğu, uzun poliklinik kuyrukları, ilaç kuyrukları insan onuru ile bağdaşmayan yaklaşımlar, koğuş sistemi odalar, karmaşa ve karışıklıklar gösterilebilir. Bu sorunların ilk aşamada çözümü ile bireylerin sağlık hizmetlerindeki iyileşmeleri izlemesi SDP' nin kamuoyu tarafından kabullenmesini sağlamıştır.

Ülkemizde 1990 yılında başlayan süreç tek başına iktidar dönemi ile beraber 2002 yılından itibaren hızlı bir ivme kazanması ve Sağlık Bakanlığı'nın bu süreçteki kararlılığı ile dönüşüm politikasının oluşturan temel ilkeler şu şekilde ifade edilmiştir:

" -İnsan merkezlilik: Sistemin planlanmasında ve hizmet sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç ve taleplerinin esas almayı, sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey *aile sağlığı* kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.

-*Sürdürülebilirlik:* Geliştirilecek olan sistemin ülke koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek sürdürülebilirliğinin sağlanması,

-*Sürekli kalite gelişimi:* Sistemin sürekli kendini değerlendirerek hep daha iyiyi aramayı, hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını ifade etmektedir.

-*Katılımcılık:* Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulması. Sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanması.

-*Uzlaşmacılık*: Demokratik bir yönetimin gereği olarak sağlık sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışları,

-*Gönüllülük:* Hizmeti arz ve talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik istekli davranmalarını sağlama.

-*Güçler ayrılığı:* Sağlık hizmetlerini finanse eden, denetleyen ve hizmet üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesi.

-*Desantralizasyon:* Merkezi örgütlenmenin getirdiği olumsuzlukları gidermek için idari ve mali yönden kurumları özerkleştirerek yerinden yönetim ilkesine göre örgütlenmesini ifade eder.

-*Hizmette rekabet:* Sağlık hizmet sunumunun devlet tekelinden çıkartılarak farklı hizmet sunucularının bir biriyle rekabetini sağlamayı amaçlar."[1]

Sağlık politikasını oluşturan temel ilkeleri ile vurgulanan insan odaklı, sürdürülebilirliği, merkezi örgütlenmenin yol açtığı hantal yapının kaldırılarak yerinden yönetimine devredilmesi, sağlık politikalarında işleyişin hızlanması ve en önemlisi sağlık hizmet sunumunun devletin tekelinden çıkartılarak özel sektöre yönlendirilmesidir.Böylelikle özel sektöründe katılımı sağlanarak hizmet kalitesinde rekabet ortamı oluşturulacak ve beklenen iyileşmenin sağlanacağı amaçlanmaktadır.

2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Unsurları

SDP için alt yapı içerisinde bulunması gereken hizmetler, kurumlar, işgücü ve finansal yapının ayrıntıları önemlidir. SDP'nın ana çatısını oluşturan sağlık bakanlığının programda kendilerine belirledikleri görev ve yetkileri incelemek gereklidir.[2] SDP, sektörü bütün boyutları ile kavramak üzere şekillendirilmiş toplam 8 bileşenden oluşmaktadır. Her bileşen bir diğeri ile ilişkilendirilmiş olup, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri ihtiva etmektedir.

[1] Ateş, s.117
[2] Tengilimoğlu ve diğ., 2009a, s.101

3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ BİLEŞENLERİ

2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP tüm sağlık sistemini kapsayacak şekilde, sekiz başlıkta gerçekleştirilmesi planlanan değişimleri ve mevcut problemlere ilişkin çözümleri içeren bir çerçevededir. Programda bakanlığın mevcut hantal merkezi yapısından kurtarılarak bakanlığın; planlayıcı, denetleyici, politika geliştiren, standartları belirleyen ve denetleyen konumu ile daha etkin, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde yönlendirici olması, bakanlığa bağlı hizmet veren sağlık kuruluşlarının yerinde yönetim anlayışıyla yönetilmesi, mali açıdan özerk sağlık işletmesi statüsüne kavuşturulması öngörülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi açısından gelişmiş ülkelerin benimsediği örgütlenme modelleri vardır. Sağlık hizmetinin sunumunun kamu hizmeti olarak ele alınmadığı durumlarda serbest piyasa koşulları geçerlidir. Alma-Ata Bildirgesi'nin ilkeleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin zorunlu ve satın alınmayan bir hizmet olduğu ve devlet tarafından verilmesi gerektiği noktasından hareketle sağlık hizmetlerinin ilkeleri aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır. Bunlar: Sosyal eşitlik, birinci basamak sağlık hizmetleri, sürekli hizmet anlayışı, bütünleştirilmiş sağlık hizmeti, etkili ve kademeli sevk zinciri, ekip hizmeti, ana ve çocuk sağlığına öncelik verilmesi, koruyucu hizmetlerin önceliği, toplumun her kesiminin katılımı, denetim ve hizmet içi eğitim, esnek planlama ve sektörler arası işbirliğini içermektedir.[1]

3.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, "Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılışını takiben 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı Kanun ile kuruldu. Genç cumhuriyetin ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Bu dönem kurtuluş savaşının izlerinin silinmesi ve yaraların sarılması ile geçen dönem olduğundan, kayıt sistemi kurulamamış, bakanlık mevzuat geliştirme yönünde çalışmalara odaklanmıştır."[2]

[1] S. Somunoğlu, Sağlık Kurumları Yönetimi-I, "Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi" (Ed. M. Tatar), Eskişehir, 2012, s.14;
http://eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/SAK201U.pdf (06.06.2014)

[2] TCSB, Stratejik Plan, s.20

Sağlık Bakanlığının, "İdari ve işlevsel bakımdan yeniden yapılandırılması ve sağlık sektöründe merkezi planlayıcı ve denetleyici otorite (stewardship) rolünü üstlenmesidir".[1]

SDP, desantralizasyon[*] için sağlık sistemin hantal merkezi yapısının değiştirilmesi gerektiği belirterek, "Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı politika geliştiren, standart koyan ve denetleyen bir konumda olduğunda daha etkin, verimli ve hakkaniyete uygun yönlendirmeler yapması hedeflenmektedir."[2] Demokrasinin en önemli unsurlarından olan yasama, yürütme ve yargıdır. Sağlık Bakanlığının ürettiği sağlık politikaları, uygulamaları ve planlamalarıyla hem toplum açısından hem ülke idaresi açısından çok önemli bir misyonu üstlenmiş olmasıdır. Sağlıklı bireyler sağlıklı toplumu oluşturur. Sağlıklı toplumlar geleceğe daha güvenli ve umutla ulaşırlar. Sağlık Bakanlığının idari kapasitesi, teşkilatlanma yapısı ve izlediği politikalar tüm kurumlar ve toplum açısından belirleyici olacaktır.

SDP ile Sağlık Bakanlığının değişen yapısıyla politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen yapıyla, kamu ve özel sektörün sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde kullanılmasını sağlamak olarak amaçlanmıştır. Ana hatlarıyla belirlenen amaçlar doğrultusunda, bakanlık bünyesindeki sağlık işletmelerini yerindelik ilkesiyle yeniden yapılandırma hedeflemiştir. Bu anlayışıyla, bireylerin gereksinim duyulan sağlık hizmetine ulaşması için bireylere daha yakın olan yerel yönetimler tarafından yerine getirilmesi ve bunu yaparken yerel yönetimlerin yönetim ve mali yapılarında özerklik sağlanarak sahip oldukları/olacakları hakları serbest olarak kullanabilme olanağı kendilerine sağlanmıştır. 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan uygulamalar günümüze kadar artarak devam etmiştir. Döner sermayenin işlevi ve etkinliği sağlık kuruluşlarında öne çıkmaktadır. Döner Sermaye konusunda birçok eleştirilerin yapılması, dağılımı konusundaki eleştirilere rağmen sağlık kuruluşları ve çalışanlar açısından önemli bir maddi unsurdur. Özellikle döner sermaye uygulamaları

[1] Sülkü, s.13

[*] Yerinden yönetim

[2] S. D. Etöz, Sağlık Reformu 1980-2010, (Ed. B.Ayman Güler), Ankara, 2010, s.160; http://perweb.firat.edu.tr/personel/yayinlar/fua_1624/1624_61541.pdf (06.06.2014)

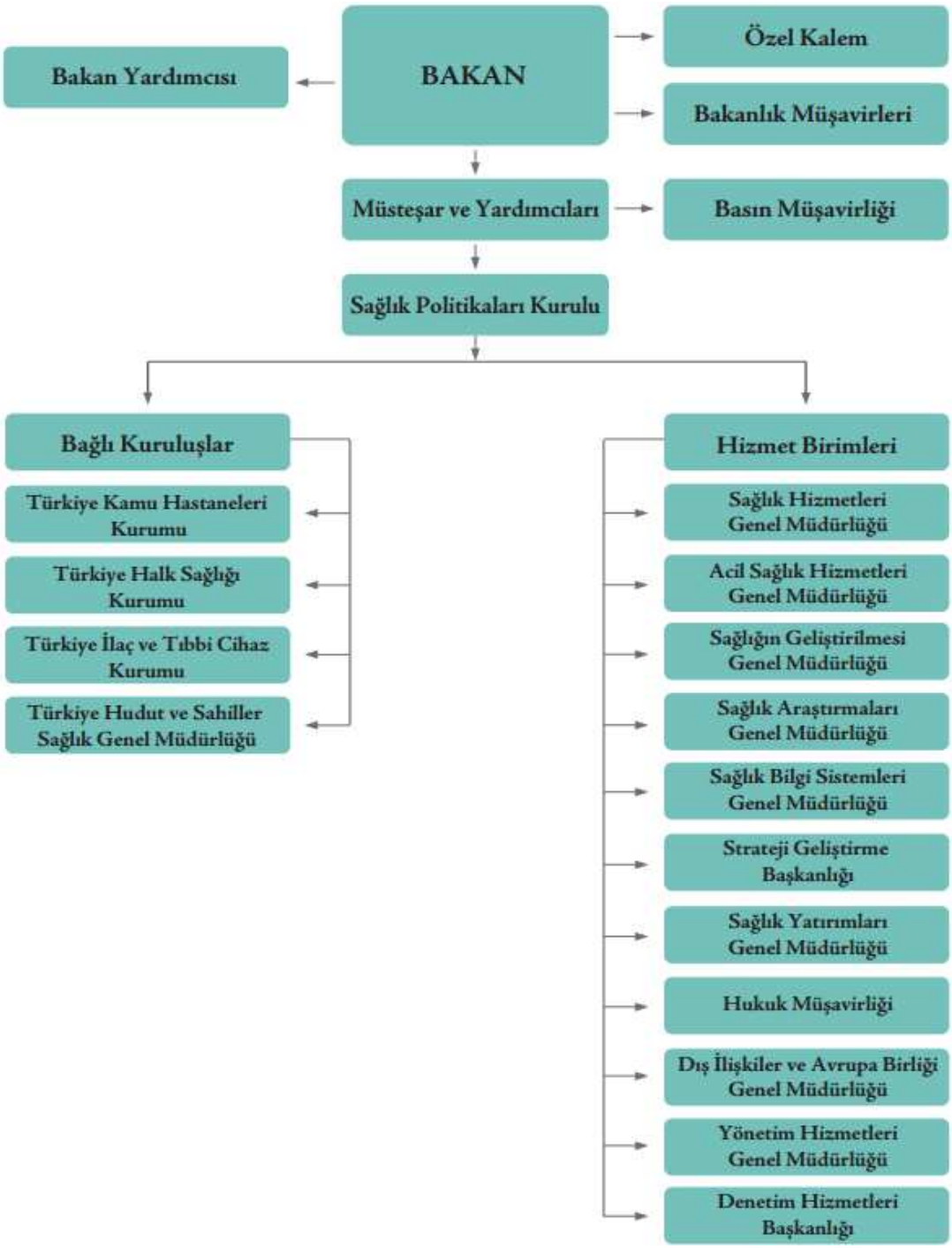
(Performansa Dayalı Ek Ödeme) ile sağlık işletmelerine mali yönden özerklik sağlanmıştır.

Sağlık Bakanlığının, Anayasanın 56.ncı 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 vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir."[1] Hükmüne yer verilmiş ve böylece devlete sağlık alanında önemli görev ve yükümlülük getirilmiştir. "Anayasanın 56. maddesi ile devlete yüklenen sağlık hizmetlerini yürütme görevi 663 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Sağlık Bakanlığına verilmiş ve 1.inci maddesinde belirtilen bu görev "herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için Sağlık Bakanlığının kurulmasına, teşkilat ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemektir"[2]

Sağlık Bakanlığı'nın dönüşen ve değişen yapısını ifade etmek ve bu kararnameyle günümüzdeki şeklini alan, planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması Şekil 3'te verilmiş ve buna bağlı teşkilat yapısı şema şeklinde gösterilmektedir.

[1] TCSB, "Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK", Karar Sayısı: KHK/663, 2 Kasım 2011, RG, S.28103;
http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm (05.06.2014)
[2] TCSB, "Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK", (05.06.2014)

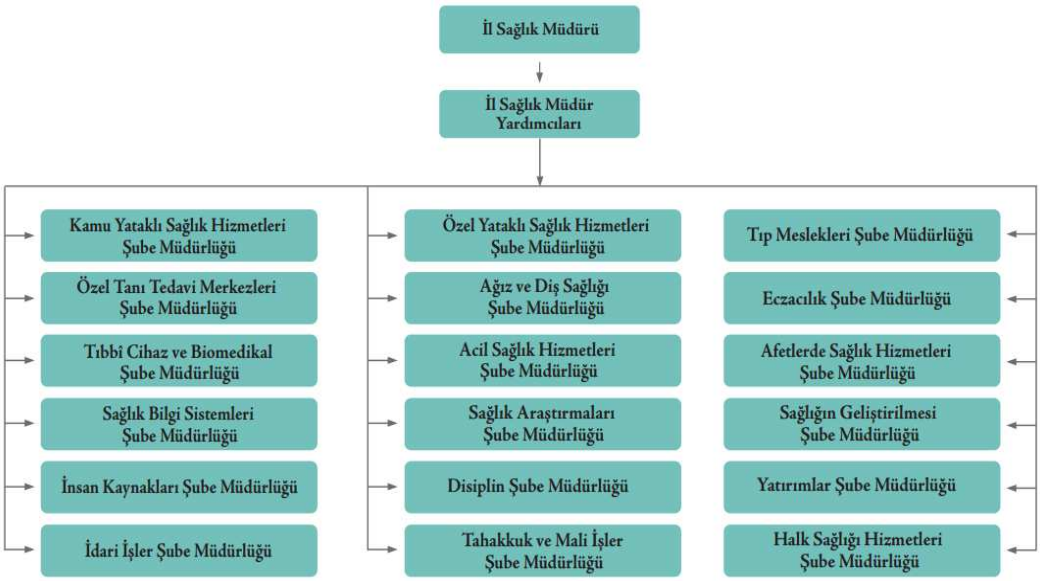
Şekil.3. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı



Kaynak: TCSB, Stratejik Plan, 2013-2017, Aralık-2012, s.34

Değişen, gelişen ve dönüşen yapısıyla Sağlık Bakanlığı daha etkin, politika geliştirici, geliştirilecek stratejiler ile denetleyici yapıya kavuşmayı amaçlamaktadır. SDP ile amaçlanan hedeflere ulaşabilme yeteneği ile oluşturulmuş taşra teşkilatıdır.

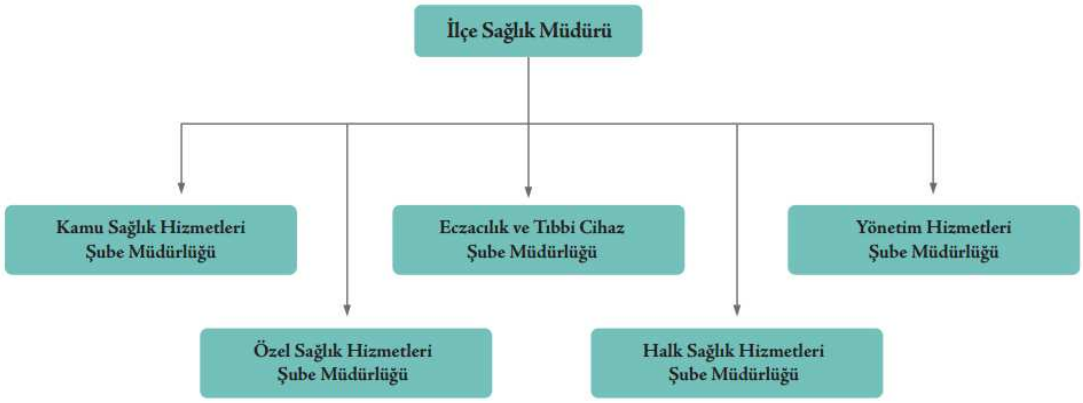
Şekil.4. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı I



Kaynak: TCSB, Stratejik Plan, 2013-2017, Aralık-2012, s.35

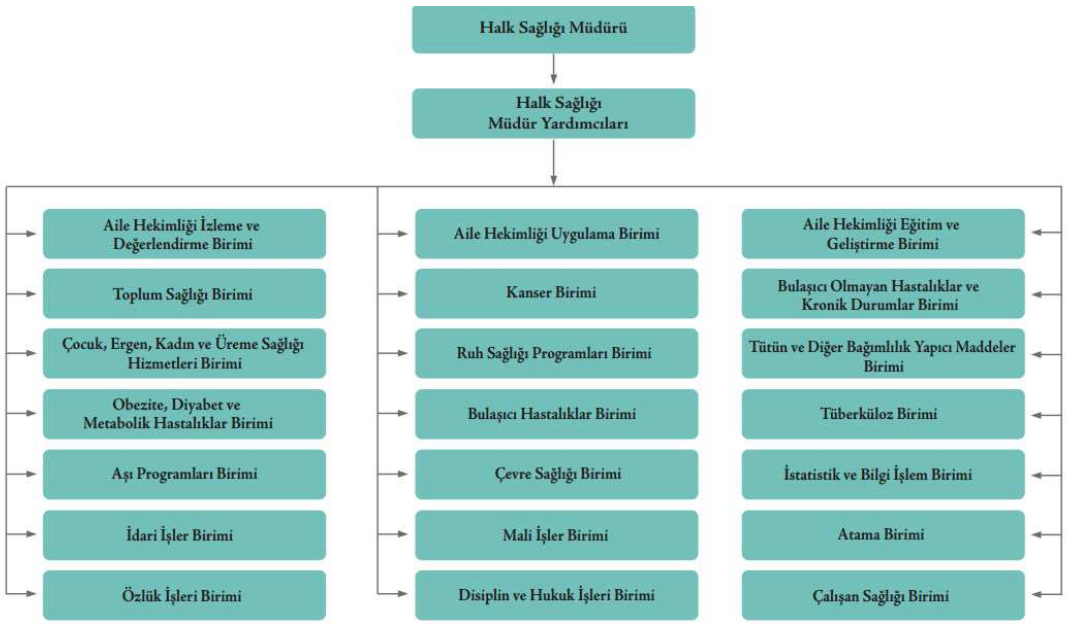
Sağlık Bakanlığının teşkilatlanma yapısında sağlık hizmetlerini kalite açısından denetleyen, izleyen bir yapıyı taşra teşkilatlarında da uygulamış, yerinden yönetim felsefesi ile teşkilatları yapılandırmıştır.

Şekil.5. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 2



Kaynak: TCSB, Stratejik Plan, 2013-2017, Aralık-2012, s.35

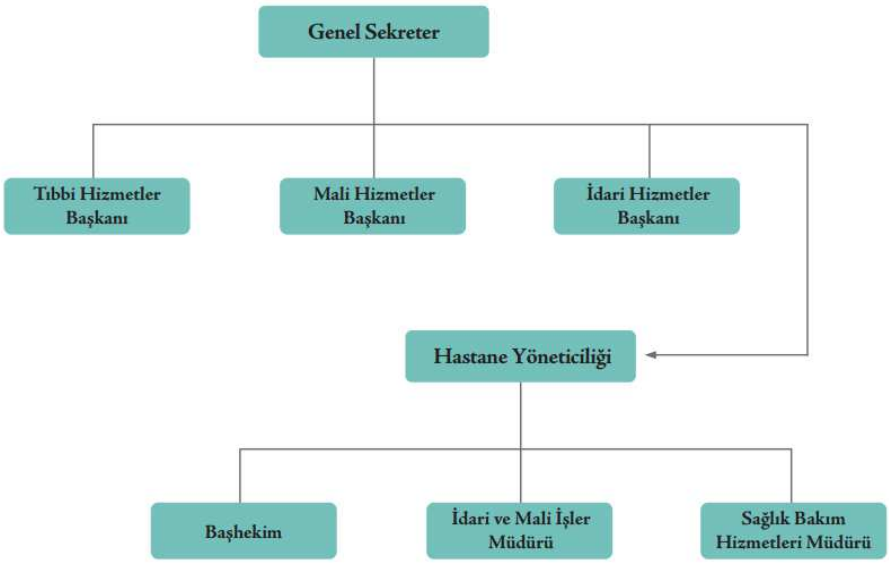
Şekil.6. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 3



Kaynak: TCSB, Stratejik Plan, 2013-2017, Aralık-2012, s.36

Taşra Teşkilatı, Halk sağlığı Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezleri ve Halk Sağlığı laboratuarlarından oluşur. Müdür kurumun ildeki temsilcisidir. Yerinden yönetim ilkesi ile Sağlık Bakanlığı çözüm gerektiren konuları merkeze taşımadan yerinde çözmeyi hedeflemektedir.

Şekil.7. Sağlık Bakanlığının Taşra Teşkilatı 4



Kaynak: TCSB, Stratejik Plan, 2013-2017, Aralık-2012, s.36

Sağlık Sistemi'nin merkezi yapılanmasında, Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin yürütülmesi kararları, politikaların belirlenmesi ve uygulanmasından sorumludur. Sağlık hizmetlerinin taşra teşkilatlanmasında il bazında personel ve yönetim açısından valilere bağlı, sağlık hizmetlerinin kapsamı açısından teknik bakımdan Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumluluğu bulunan İl Sağlık Müdürlüğüdür. Sağlık sisteminin merkezi yapısı 2003 yılına kadar devam etmiş, 2003 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanması, kamu hastanelerinin tek çatı altında birleşmesi, sözleşmeli personel alınması gibi birçok düzenlemeler yapılmıştır.[1]

SDP olarak ifade edilen bu düzenlemeler ile ülke sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir biçimde sunulması, herkesin hakkaniyetli bir biçimde sağlık hizmetinden yararlanması ve hizmetlerin finansmanının sağlanması amaçlanmıştır. Herkese sağlık başlığı ile SDP'nin Temel ilkeleri; insan merkezlilik, sürdürülebilirlilik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllük, güçler ayrılığı, hizmette rekabet ve desantralizasyon şeklindedir.[2]

Desantralizasyon DSÖ ve DB tarafından sağlık reformlarının özünü oluşturmaktadır. "Karar verme ve kamuya ait fonksiyonların yönetimi gibi faaliyetler için mevcut yasal ve politik otoritenin merkezi hükümetten ve onun kuruluşlarından taşra birimlerine, yarı özel kamu birliklerine, fonksiyonel otoritelere, özerk yerel yönetimlere ya da hükümet dışı örgütlere transferi ya da devridir."[3] Desantralizasyon ile Sağlık Bakanlığı sorumluluk ve yetkilerini, mali sorumluluklarını İl Sağlık Müdürlüklerine ve yerel yönetimlere (verimlilik ve maliyet kontrol gerekçesiyle) devrini ifade eder.

Sağlık sistemleri, birey ve dolayısıyla toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesine, sağlık hizmetlerine gereksinim duyan bireylere etkili, verimli ve kaliteli sağlık hizmet sunumu, toplumun sağlık konusundaki ihtiyaç/beklentilerinin

[1] Somunoğlu, s.16
[2] Tengilimoğlu ve diğ. 2009a, s.138-139
[3] A. Küçük, "Sağlık Personel Reformu: 1980-2010 Dönemi, Sağlık Hizmetlerinde Reform: Kamu Hastane Birlikleri Modeli Üzerine", (Ed. B.A. Güler), Kamu Yönetimi Çalışmaları: Kamu Yönetimi ve Reform, S.20, Ankara, 2010, s.200;
http://perweb.firat.edu.tr/personel/yayinlar/fua_1624/1624_61541.pdf (06.05.2014)

karşılanması ile ilgili çalışmaların yapılmasıdır. Bu çalışmalarla; sağlık hizmetlerinin temel özellikleri, sağlık hizmet sunumunun organize edilmesi, finansmanı ve sürdürülebilir kaliteli bir hizmet sunumu için büyük bir önem taşımaktadır.

Ülkemiz sağlık sistemini incelediğimizde, Sağlık Bakanlığının SDP sürecinde yapılan yapısal yasal düzenlemelerle Sağlık Bakanlığının planlayıcı, denetleyici rolü ile ön plana çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı, sağlık politikalarını düzenlerken, sağlık hizmetlerinin planlaması, denetlenmesi, organizasyonuna ve özellikle hastalığın oluşmadan önlenmesi kapsamında sağlık politikalarına önem vermiştir. Ayrıca, harcanan kaynakların etkili kullanılmasında, koruyucu sağlık hizmetlerinin tam anlamıyla oluşturulması için gerekli tedbir ve önlemlerin alınması, sağlığın geliştirilmesi, sürdürülebilmesi ve gerekli faaliyetleri organize ederek yürütülmesini kapsamaktadır. Bu amaçla sağlık sektöründe sağlık hizmeti üreten kamu ve özel kurumların faaliyetlerini denetleme ve kurumlar arasında işbirliğini sağlanma görevi bulunmaktadır.

SDP'la sağlık sistemimizde reform süreci, sağlık hizmet sunumunun kaliteli, etkili, verimli bir şekilde sunulması ve hizmetlerin finansmanına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. SDP uygulamasında kendisinden önce yapılmış olan reform çalışmalarından sağlanan birikimler SDP'nın temelini oluşturmuştur. Bu bağlamda oluşturulan programın modern yönetim anlayışıyla, yönetimin yapısı oluşturulmuştur.

Sağlık Bakanlığının yapısı değişiminde; sağlık hizmetlerinin tüm paydaşlarını, her aşamasını planlayan, denetleyen, finanse eden, bütçe ve yürütme işlevlerini yerinde yönetime veren ve onları güçlendirici bir yapı hedeflenmiştir. SDP ile beraber görev ve sorumlulukları yerinden yönetime devreden, hizmet kalitesini ve verimliliği, etkinliği arttırıcı bir yapıya kavuşmayı hedeflemektedir.

SDP' da Sağlık Bakanlığı, standartları belirleyici, , koordine eden, rehberlik yapan, akredite edici özellikte, özel sektörün sektörde daha fazla katılımını özendiren, kamu özel ortaklığı modelini benimseyen bir yapı amaçladığı görülmektedir.

3.2. Genel Sağlık Sigortası (GSS)

Sosyal ve güvenlik sözcüklerinin oluşturduğu bir terimdir. Bu sözcüklerden her biri kendi başına değişik anlamlarda kullanılmaktadır. Batı dillerinde sosyal sözcüğü Latincenin arkadaş, yoldaş, meslektaş anlamındaki *socius* kelimesine dayanılarak türetilmiştir.[1] Bireylerin yaşamlarındaki tehlikelere karşı güvence altında olmak isteyişi GSS ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Bireylerin yaşantı şekli, gelir durumu, bulunduğu yerin demografik yapısı beklentilerini şekillendirmektedir.

İnsan Hakları Evrensel Bildirisine göre; "Herkesin gerek kendisi, gerek ailesi için yiyecek, giyecek, konut, sağlıksal bakım, gerekli toplumsal hizmetler de içinde olmak üzere sağlığına ve esenliğine uygun bir yaşam düzeyine; işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılıkta ya da geçim olanaklarından kendi iradesi dışında yoksul kaldığı başka durumlarda, güvenliğe hakkı vardır. Analık ve çocukluk özel bakım ve yardım hakkı doğurur. Bütün çocuklar, ister evlilik içinde, ister evlilik dışında doğsunlar, eşit sosyal güvenlikten yararlanırlar."[2]

Sosyal sigortalar; bir ülkede çalışanların maruz kalabilecekleri belirli sosyal riskleri karşılamak amacıyla, çalışan ve işverenlerin de zorunlu katılımıyla devlet tarafından kurulan örgütlenmiş bir kurum olup, primli sosyal güvenlik rejimini oluşturur.[3] Sanayinin hızlı gelişimi ile kentleşmenin hızlanması beraberinde kırsal bölgelerde yaşayan insanların daha iyi yaşam şartları beklentilerinden dolayı kentlere geçişler yaşanmıştır. Bu geçişlerle kalabalıklaşan kentlerin, trafik, hava kirliliği, çevre kirliliği vb. çevresel etmenlerin yanında çalışma ortamlarından kaynaklanan riskler ile bireyler karşı karşıya bulunmaktadırlar. Risklerden zarar görülmemesi ve olası herhangi bir sağlıklı halin yitirilmemesi için kendilerini hem sosyal açıdan hem de sağlık açısından güvence altına almayı istemektedirler.

Ülkemizde sağlık hesaplarının rutin olarak tutulmasını ve izlenmesini sağlayan, doğru verilere ulaşmayı mümkün kılan bir sistem olması gerekmektedir. Türkiye' de sağlık harcamaları devlet bütçesi, sosyal güvenlik kurumları ve bireylerin kişisel harcamaları olmak üzere üç şekildedir.

---

[1] Yıldırım, Sağlık Sigortacılığı, s.3
[2] İnsan Hakları Evrensel Bildirisi;
http://www.meb.gov.tr/belirligunler/insan_haklari/bildirge.htm (08.09.2014)
[3] Yıldırım, Sağlık Sigortacılığı, s.6

"SDP'daki adıyla GSS, toplumdaki tüm bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi için oluşturulmuş ve hizmet alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı sosyal sigorta olarak tanımlanmıştır."[1] Zorunlu GSS Türkiye'de 2006 yılında 5510 sayılı kanunla uygulamaya girdi ancak teknik çalışmalar yetişmediği için 2008 ve 2010 yıllarında yayınlanan kanunlar ile 2'şer yıl ertelendi. 28 Aralık 2011 tarihinde RG' de yayınlanarak yürürlüğe giren yasa uygulaması 1 Ocak 2012 resmi olarak uygulamaya başlamıştır.[2]

SDP'nın en önemli bileşeni olan SGK 13.04.2006 tarihli 5487 sayılı kanun ile yürürlüğe girdi. Kanunun geçiş aşamasında ortaya çıkabilecek aksaklıklar için yeşil kart uygulamasının kapsamı genişletilerek ilaç ve ayakta tedaviyi karşılar hale getirilmiştir. Bu kanunla SGK'na bağlı SSK hastaneleri de Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Sağlık hizmeti sunumunu yapanla bunun finansmanını sağlayan kurumlar birbirinden ayrılmıştır. GSS, herkese eşit ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunmayı hedeflemesi ve buna katılımın zorunlu olduğu pirime dayalı bir sistemi ifade etmektedir. Çalışanlardan %12,5 oranında (%7,5 işveren, %5'i çalışan payı) olarak prim ödenmektedir.[3] Sağlık hizmeti talebinde de katkı payı olarak ekstra ödeme alınmaktadır. Prim ödemeyenler ya da ödeyemeyenler sağlık hizmetlerinden yararlanmayacaklardır.

Anayasamızda belirtilen ve uluslararası evrensel beyannamelerde özellikle vurgu yapılan doğuştan kazanılmış bir hak olarak görülen, yaşam ve sağlık, ülkemizde sağlık sistemimizin yeniden yapılandırılması aşamasında yapılan reformlar ışığında bireylerin elde etmesi için çaba göstermesi gereken bir değer olarak bireysel düzeye indirgenmiştir. Bu hakka sahip olmanın bir bedeli var olduğu ve bu bedel ödenmesi gerekmekte anlayışı ile bu düzeyi açıklayabiliriz. Artık sağlık hizmetleri için ödenen bedel katkı payı altında tekrar tekrar alınmaktadır. Şöyle ki; sigorta primlerinin esası çalışanların sağlık gereksinimlerine ihtiyaç duyduklarında bu bedelin sigorta tarafından karşılanmasıdır. Günümüzdeki uygulama ise muayene ödemesi, ilaç katkı payı ödemesi olarak karşımıza çıkmaktadır. SDP tam anlamıyla

[1] Ateş, s.121
[2] SGK, "Sosyal Güvenlik Kurumu Taşra Teşkilatı Kuruluş ve Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik", 2011, Resmi Gazete, S: 28156; http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/12/20111228-12.htm (06.06.2014)
[3] SGK, Prim Oranları, 2014, s.1; http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/sigortalilik/isveren/isveren_prim_oranlari/ (06.06.2014)

sağlık sektöründe uygulamaları oturmamıştır. Özellikle sevk zincirinin kurulamaması da en önemli sorunlardan biridir.

SDP'ında ifade edilen *hakkaniyet* ilkesiyle, bireylerin ödeme gücü ile doğru orantılı olarak katkıda bulunabilecekleri ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modelinin oluşturulması düşünülmektedir. Bu yaklaşımla *sosyal devlet* olmanın temel niteliği de vurgulanmıştır. GSS'nın yanında özel sigortanın da gelişimi desteklenerek GSS'nin yanında bireyler istekleri doğrultusunda özel sigorta yaptırabileceklerdir. GSS ile bireylerin hizmet alımı sırasında katılım payı ödenmektedir. Bu sistemden önce sadece ilaç alımı sırasında ödedikleri katılım payları tüm hizmet için geçerli olmaktadır. Bu anlayış koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bütünlüğü amacını olumsuz yönde etkilemektedir. İlerleyen zamanlarda, sağlık hizmetlerini sunan ve bu hizmetlerden yararlananlar için sıkıntılar yaşanacağı düşünülmektedir.

3.3. Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Ulaştırılması

Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde her noktaya aynı hizmet kalitesiyle erişimini kolaylaştırılması ve insan temel haklarını esas alarak etkinlik ve verimliliğini arttırılmasıdır. "Sosyal devlet, vatandaşların sağlık, eğitim hizmetlerini vergilerden finanse eden ve herkese gereksindiği hizmeti sunan bir yaklaşımdır."[1] Sağlık hizmetleri; hastalıkların teşhis, tedavisi ve sağlığın korunması, geliştirilmesi, sürdürülebilir olması için gereken tüm hizmetleri içeren bütüncül bir kavramdır.

SDP uygulanmasında en önemli gerekçelerden biri SDP öncesi, Sağlık hizmetleri sunumunun ve ulaştırılmasının karmaşık bir yapıda olmasıydı. Kamu Hastanelerinde çalışan doktorların hem özel muayenehanelerinde hem de kamu hastanelerinde yarı zamanlı olarak çalışmaları ve beraberinde getirdiği hekim-hasta ilişkisinde güvensizlik, memnuniyetsizlik, bireylerin her istediği hastaneye gidememeleri gibi birçok bürokratik engeller olarak hizmet alanlara yansımakta idi.

[1] M. Civaner, Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?," Bir Meslek Olarak Hekimlik ve Sağlık, Aile Hekimliğinin Sağlıkçı Rolünü Nasıl Etkileyebileceğine İlişkin Öngörüleriniz Nelerdir?",(Ed. M. Eskiocak, E.Aras ve diğ.,), Ankara, 2007, s.49;
http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kentlerde_saglik_hizmetleri2.pdf (06.06.2014)

Bilindiği gibi, sağlık sektörü; bireylerin oluşturduğu toplumun sağlığını korumak ve gerçekleştirmek için, sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü hizmeti üretme, sunma ve talep etme ve tüketimi üzerine kurulmuş sistemler ile bunları içeren çok farklı mesleklerdeki kişi, kurum, kuruluş, statü gibi unsurların hepsini belirtmek amacıyla genel ve kapsayıcı kavramdır. Hizmetin sunumu ve ulaştırılmasında bu özelliklerin dikkate alınarak yapılması gerekmektedir.

Sağlık hizmet sunumu doğası gereği, bireyi ve toplumu temel alan, sağlık hizmetlerin bireye zamanın hangi anında nasıl gerekli olacağı kestirilemez. Sağlık hizmetinin üretildiği anda tüketilmesi zorunluluğu dikkate alındığında bireylerin gereksinim duydukları anda sağlık hizmetine kolay ulaşımlarının sağlanması önemlidir. Belirtilen tüm kavramlar dizininde sosyal devlet anlayışının olması özü itibariyle bireylerin gereksinim duyduklarında sağlık hizmetine maddi durumunun yeterli olup olmadığına bakılmaksızın bu gereksinimin sunulması ve sağlık hizmetlerin yaygın ve ulaşılabilir olması sayılmaktadır.

Günümüzde tıp alanındaki meydana gelen gelişmeler, yenilikler ve sağlık teknoloji ile sağlık sistemlerinde kullanılan tıbbi cihazlar, ilaç, tıbbi ve cerrahi uygulamalar ile sağlık hizmet sunumunda ön planda olan önleyici, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonda önemli, vazgeçilemez hayati bir görev üstlenmektedir.

3.3.1. Aile Hekimliği Uygulaması

SDP'nın en önemli yapı taşı olan Aile Hekimliği; herkesin kolayca erişebileceği ve herhangi bir engelle karşılaşmadan, tüm sağlık sorunlarını danışabileceği aile hekiminin olmasıdır. Aile hekimliği, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada sunarak, kendi sorumluluğu altındaki bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleriyle ilgili olan ve kişilerin hekimlerinin kendi insiyatifleri ile seçebilmelerini ifade eder.[1] Bu uygulama sayesinde zaman ve kaynak israfının önlenmesi hedeflenmektedir. Aile hekimliğinin temel görevleri ve amaçları; koruyucu, erken tanı ve tedaviyi sağlamak, sağlık ile ilgili tüm konularda ilk değerlendirmeyi yapmak, sorumluluğu altındaki kişilerle sürekli ilişki halinde olarak onları izlemek, birinci basamakta verilmesi gereken bireye ve topluma yönelik

[1] Ateş, s.120

koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak, kronik hastalıklarda sürekli bakım ve tedaviyi sağlamak, bu tür hastalığı olan kişileri izlemek, bireylerin yaşam kalitelerini ve sağlık düzeylerini geliştirmeye çalışarak toplumun gelişmesine katkı sağlamaktır.

DPT, Uzun Vadeli Strateji Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005'de, Aile Hekimliğinin uygulamaya konulması sağlık sektöründe hedefler arasında gösterilmektedir (DPT, 2000).[1] Bu uygulama Türkiye Cumhuriyeti 58. Hükümeti AEP ve SDP'nda yer almaktadır.[2]

SB Aile Hekimi uygulama yönetmeliğine göre, Aile Hekimi; "Yaş veya cinsiyeti ne olursa olsun, kişiyi bir bütün olarak incelemek için eğitilmiştir. Akut ve kronik hastalıkların tedavi edilmesine ek olarak, hastalıkların gelişmesini önlemek amacıyla düzenli sağlık taramalarını gerçekleştirir ve sağlıkla ilgili konularda danışmanlık hizmetini sağlar. Aile hekimi tarafından tespit edilen sağlık sorununun tedavisi, başka bir uzmanlık dalını ilgilendiriyor ve spesifik tedavi gerektiriyorsa, kişinin bu hizmete ulaşmasında koordinasyonun sağlanması da aile hekiminin görevidir."[3]

Oluşturulan organizasyonla birlikte hizmet sunumunun özellikle bireylerin koruyucu hizmetlerle, birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerin bireylerin kendi seçecekleri hekimler tarafından verilmesidir. SDP (2003) kapsamındaki "Aile Hekimliği Uygulaması ilk olarak 15 Eylül 2005 yılında pilot il olarak Düzce'de başlamış, günümüzde 81 ilde uygulanmaktadır." [4] Aile Hekimliği modeli ile sevk sisteminin mevcut yapısından kaynaklanan birinci ve ikinci basamak sağlık işletmeleri arasındaki uyumsuzluk ve yığılmalar önlenmesi düşünülmektedir. Ayrıca, aile hekimliğinin bireylerin sağlık hizmetlerine daha kısa sürede, etkili, erişimi kolay, hastanelerin hizmet sunumlarının iyi ve kaliteli bir şekilde verilmesini sağlayacaktır. Aile hekimliğinin görevleri; aile sağlığı merkezinin yönetimi, birlikte çalıştığı ekibin denetimi, hizmet için eğitimlerin sağlanması, aile hekimi kendisine kayıtlı olan

[1] DPT, Uzun Vadeli Strateji Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005. T.C. Başbakanlık DPT, Ankara, 2000
[2] TCSB, SDP, s.10
[3] TCSB, "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği", 25 Mayıs 2010, Resmi Gazete, S: 27591; http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeligi.html (05.11.2013)
[4] Ateş, s.120

bireyleri bir bütün halinde ele alıp, bireye yönelik koruyucu, tedavi ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır.[1]

Aile hekimi, bulunduğu bölgenin sağlık hizmetlerinin planlanması, bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği halinde, bireye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanı, tedavi, rehabilite ve danışmanlık hizmetlerini vermesi, bireylerin periyodik sağlık muayenelerinin yapılması, bireylerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaların yapar. Ayrıca, evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatağa bağımlı hastaların vb. yapması, aile sağlığı merkezinde tanı veya tedavisi mümkün olmayan hastaların sevk edilmesi, sevk edilen bireylerin geri bildirimlerinin takip edilmesi, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlaması ve tüm bu faaliyetlerin kayıtlarını tutarak izlemesi ve gerekli yerlere bildirmesini sağlamaktadır. Aile hekimi, kısaca ayakta tedavi edici hizmetlerle, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sunmaktadır.

Son dönemlerde aile hekimlerinin bölgesine gelen Suriye'deki iç savaştan kaçan insanların takibi, kontrolü ve izlenmesi de aile hekimleri tarafından yapılmakta mevcut iş yüklerini daha da arttırmaktadır. Ayrıca hasta takibi konusunda yaşadığı sıkıntılardan dolayı aile hekimlerine kesilen cezalar aile hekimlerini maddi ve manevi sıkıntı yaşatmaktadır. Şöyle ki; kendi bölgesine kayıtlı gebe ve çocukların aşı, sağlık kontrollerini takip etmekle yükümlü aile hekimlerinin kendisinden kaynaklanmayan sebeplerden bile olsa hastaların takibinde (gebe ve bebekler) sağlık kontrollerinin yapılamamasından dolayı aile hekimine cezai işlem uygulanarak maaşlarından kesinti yapılmaktadır.

Aile Hekimliği Merkezlerinde sunulan hizmetler, başvuranların hizmete ulaşabildiği, hizmetlerin niteliği katılımcıların hizmetten ve hizmet sunuculardan beklentilerini karşılayabildiği sürece faydalı olacaktır.

Aile hekimliği ile bireyler birinci basamakta gereksinim duyduğu sağlık hizmetini alabilmesi, birinci basamakta teşhis edilen hastalık durumunda birinci basamakta tedavisi mümkün olmayan durumlarda sevk zinciri sayesinde ikinci ve

[1] Belek, s. 87

üçüncü basamakta tedavi ve bakımlarını sağlayarak bu süreci izler. Aile hekimliğinin bulunduğu alandaki bireylerin, aşı, hamilelerin izlenmesi, bebeklerin izlenmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine katkı sağlamasını ifade etmektedir. Aile hekimliğine kayıtlı bireylerin istedikleri başka bir hekime kayıtlı olma hakları, ya da hekim seçme hakkı, tedaviyi kabul edip etmeme gibi haklara da sahip bulunmaktadır. Bu durum aile hekimliği sisteminde işleyiş ile ilgili problemler meydana getirebilir. Ayrıca tıp eğitimi almış bulunan doktorların görev yaptığı sağlık kuruluşunun kiralanması, personel çalıştırması vb. gibi işletme yönetimi ile ilgili bilgilerinin yeterli olmaması, teşhis ve tedavi için yeterli tıbbi donanım ve, uzmanlık eğitimine tabi olmadan aile hekimi olmaları aynı zamanda bazı hekimlerinde aile hekimliği uzmanlığı eğitimi için Tıpta Uzmanlık Sınavına girmek zorunda olması da yaşanılan sıkıntılardan bazılarıdır.

3.3.1.1. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

"Etkili, Kademeli sevk zincirinin kurulabilmesi, birey kendi seçtiği ve güven duyduğu hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve bu hizmet sunumunun kalitesine bağlıdır."[1] SDP'na göre, kurulması öngörülen sistem, etkili ve kademeli bir sağlık sisteminin oluşturulamamasından kaynaklanan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasındaki uyumsuzluk ve yığılmaları önleyerek, kişilerin sağlık hizmetlerine daha kısa süre içinde, etkili ve tatmin edici düzeyde erişim olanaklarını kolaylaştırması yönündedir.

Sevk Zinciri Uygulaması tanı, tedavi için ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk eden birinci basamak sağlık kuruluşunun tedavinin devamı, izleme ve bakım için alt seviyelerdeki kurumlara geri dönüşleridir. Hastaların tüm kayıtlarını tutmak ve izlemekle yükümlü olan aile hekimliği sevk edilen hastanın ikinci basamakta verilen hizmetlerin, tedavilerin geri bildirimi ile tıbbi kayıt sistemini güçlendirmesi yönünde önemli olacaktır. Bu amaçla sağlık hizmetinin kalitesinden ödün vermeden, aşırı yığılmaları önleyici ve düşük maliyetli hizmet sunumunun mümkün olabilmesi amaçlanmıştır.

[1] Helitam, Yönetim ve Organizasyon, Ulusal Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikaları-2, Atatürk Üniversitesi Uzaktan Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi, Erzurum, 2010, s.5; http://helitam.files.wordpress.com/2010/10/yonetim-ve-organizasyon-hafta-5.pdf (06.05.2014)

SDP'nın en önemli ve belki de vazgeçilmezi sevk zinciridir. Etkili bir sevk zincirinden söz edebilmenin ön şartı, bireyin kendi seçtiği aile hekiminden birinci basamakta çözülebilir olması, çözülemediği durumlarda ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlara sevkidir.[1] Etkili, Kademeli Sevk Zincirinin uygulanmasıyla, birinci basamakta çözülebilecek sorunların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gitmeden çözümlenerek hastanelerde oluşan yığılmaların önlenmesi ve maliyetlerin düşürülmesi amaçlanmaktadır. Sevk incirinin en önemli özelliği birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren basit hastalıklarda (soğuk algınlığı, kronik hastalıklar) gereken ilaçları ve tedavinin yapılması, aile hekimi gerektiği durumlarda hastasını ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk etmesi ve tüm bu süreci geri bildirimleri ile izlemesi kayıt altına almasıdır. 2008 yılının kasım ayında pilot uygulama olarak Bayburt, Denizli, Isparta ve Gümüşhane'de konulan sevk zinciri uygulamasında birçok sorunla karşılaşıldı. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gelen hasta sayıları ve birinci basamak sağlık kuruluşunun yetersiz donanım, araç, gereç ve personel eksikliğinden dolayı sevk zinciri uygulaması durdurulmuştur.

Devlet Planlama Teşkilatı Onuncu Yıl Kalkınma Planında (2014-2018) durum analizine göre; "Daha kaliteli ve maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumu amacıyla koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde, performansa dayalı ek ödeme sisteminde, sevk zincirinde, sağlık insan gücünde iyileştirme ihtiyacı devam etmektedir." [2]

Sevk zincirinin başarıya ulaşabilmesi için birinci basamak sağlık hizmet alanlarının fiziki şartları, donanım ve personel olarak iyileştirip hizmete yeterli hale getirmek gerekmektedir. Günümüzde birinci basamak sağlık kuruluşlarında sevk zinciri uygulaması yapılamamaktadır.

3.3.1.2. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeler

Uluslararası kuruluşlar DB ve IMF neoliberal anlayışa uygun sağlık reform sürecinin başlaması, bu anlayışın ana çatısını oluşturan planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı, tüm bireyleri tek çatı altında toplayan GSS, idari ve mali özerkliğe

[1] Tengilimoğlu ve diğ., 2009a, s.141
[2] DPT, Onuncu Yıl Kalkınma Planı, (2014-2018), 2013, s.173; http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss476.pdf (06.06.2014)

sahip sağlık işletmeleri ile güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği oluşturmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu tarafından, tedavi edici hizmetlerin ise özerk sağlık kurumları ve özel sağlık sektörü tarafından yürütülmesi amaçlanmıştır.[1] Bu program ile Sağlık Bakanlığının planlayıcı, kural koyucu, standartları belirleyici ve akredite edici işlevi ile sağlık sistemi içinde düzenleyici, denetleyici bir konumda ve uygulamaya yönelik görev yükünün yerel yönetim kuruluşları ve yerinden yönetim birimlere devredilmesiyle, ikinci adımda bireylere sağlık hizmet sunumu veren sağlık işletmelerinin yapılarını idari ve mali yönden özerk işletmelere dönüştürülmesidir.

Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve kamuya ait tüm hastanelerin verimlilik ve etkinlik anlayışı ile hizmet veren, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, sağlık sektörünün diğer paydaşları ile kontrollü bir rekabet ortamında etkin ve kaliteli sağlık hizmetini sunabilen daha verimli sağlık işletmeleri haline dönüştürülmeye çalışılmaktadır.[2] Mevcut yapının beklenilen yüksek kalite ve kaliteli hizmet sunumu için yeterli olmayışı, yerinde karar alabilen, etkili ve sorunların oluştuğu anda çözüm üretilen bir yapının gerekliliğidir.

"Kamu hastanelerinin ve hizmetin finansman modelinin değiştirilerek, mevcut sistemde kamu hastanelerinin finansmanı bütçeden Sağlık Bakanlığına ayrılan pay ile sosyal güvenlik kuruluşlarından tahsil edilen ödemelerle karşılanmaktadır."[3] KHK'na bağlı sağlık kuruluşların kendi gelir kalemleri ve gelir-gider dengesini kurması amaçlanmıştır. Dünyada uygulanan sağlık finansmanı olarak ulusal sağlık hizmetleri sistemi; Sağlık hizmetinin tüm ülkede yaşayanlara ücretsiz olarak sunulması ve bunun finansmanını toplanan vergilerden karşılanması için kurulması amaçlanmıştır. Sosyal sağlık sigorta sistemi: sisteme dâhil olanlar, sunulacak sağlık hizmetleri için belli bir oranda pirim ödeme durumundadır. Özel sağlık sigortası sistemi: Ödeme gücü olan bireylerin yararlandığı sistemdir. Türkiye'de günümüz sağlık sisteminin finansman yarısı karma özellik göstermektedir.[4]

[1] Küçük, s.198
[2] Ateş, s.121
[3] Ateş, s.121
[4] E. Gümüş, Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler, S.24, Ankara,2010, s.20; http://arsiv.setav.org/ups/dosya/44645.pdf (06.06.2014)

Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı 2012 yılı yatırım planlamasında Türkiye 2023 vizyonu ve SDP gereğince kamu özel ortaklığı çerçevesinde özel sektörün yapacağı şehir hastanelerini 49 yıllığına kiralayacak bunun için yıllık kira bedeli özel sektöre ödenecektir. 49 yılın sonunda özel sektör bedelsiz olarak bu hastaneleri devlete devredecektir. Mevcut kamu hastaneleri yeni yapılan şehir hastanelerine personeli ile geçecektir. Şehir hastanelerinin kiraları döner sermayeden ödenecektir.

Tablo.4. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı Hastane Yatırımları (2012-2014)

Sıra No	Proje Adı	Yatak Sayısı
1	**Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü***	**3566**
2	**Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü***	**3662**
3	**Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü***	**1584**
4	**Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü***	**1040**
5	Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü	840
6	Manisa Eğitim ve Araştırma Hastanesi	558
7	Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi	495
8	Adana Entegre Sağlık Kampüsü	1550
9	Bursa Entegre Sağlık Kampüsü	1355
10	Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü	1875
11	Isparta Şehir Hastanesi	755
12	İstanbul İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü	2682
13	İstanbul Bakırköy Entegre Sağlık Kampüsü	1043
14	İstanbul Üsküdar Devlet Hastanesi	425
15	İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü	2060
16	Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü	1180
17	Mersin Entegre Sağlık Kampüsü	1233
18	Eskişehir Şehir Hastanesi	1081
19	Rehabilitasyon - Psikiyatri - Adli Psikiyatri Hastaneleri Paket**	
20	THSK + TİTCK Kampüsü**	-
21	FTR, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri**	-
Genel Toplam		**26984**

Kaynak: TCSB, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Kamu Özel İşbirliği Projeleri, 2014; http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/Default.aspx?tabid=347&PID=1034&CategoryID=15&CategoryName=Projeler&language=tr-TR (10.10.2014) ilgili sitedeki verilerden derlenmiştir.

***Yapım aşamasında olan projeler**

**** Yatak kapasiteleri belirtilememiştir**

Kamu Özel Ortaklığı ile yapılan şehir hastanelerinde modern teknolojiye uygun cihazların kullanılması hastalar açısından olumlu olacağı düşünülmekle beraber dünyada kullanılan aynı sisteminin bazı sıkıntılara neden olduğu görüldü. Örneğin, İngiltere sağlık sisteminde (NHS) geri dönülmez hasarlar yarattığına ilişkin pek çok bilgi bulunmaktadır. 2011'de yayımlanan Avam Kamarası raporunda Queen

Alexandra hastanesinin kamu özel ortaklığı kira ödemelerinin neden olduğu mali güçlükleri aşmak için 700 personeli işten çıkardığı belirtilmektedir.[1]

3.3.1.3. Hekim Seçme Hakkı

SDP, kapsamında, en temel hasta haklarından biri olan *hekim seçme hakkıdır*. "Bu hakkın kullanılması amacıyla hastanelerde poliklinik oda sayılarının arttırılarak Hekim Seçme Uygulaması 2004 yılında başlatılmıştır. Bu genelgedeki gerekleri yerine getiren hastanelerin *Hekim Seçme Hakkı Logosunu* hastanelerine asılması istenmiştir. Sağlık Bakanlığı, 17 Ekim 2007 tarihinde yayımladığı yönerge ile "Sağlık Hizmet Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge mevcuttur."[2] Bununla birlikte birinci basamak sağlık kuruluşları, ilçe hastaneleri, genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve ağız ve diş sağlığı merkezlerini kapsamıştır. Türkiye'de TKHK'na bağlı hastaneler ve ağız ve diş sağlığı merkezlerinde hekim seçme hakkı uygulaması yapılmaktadır.[3]

Hekim seçme hakkı; hasta ve hasta yakınlarının, en temel hasta hakkı olan sağlık çalışanını seçmesi ve değiştirmesi hakkına sahip olmasıdır. Hekim seçme hakkı, ulusal ve uluslararası metinlerde şu şekilde yer almaktadır: "Lizbon Bildirgesi 1981; hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir. Amsterdam Bildirgesi 28-30 Mart 1994; hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak, hekimlerini veya diğer sağlık personelini ve sağlık kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir. Bali Bildirgesi Eylül 1995; hasta özel veya devlet sektöründe olmasından bağımsız olarak hekimini ve hastanesini veya sağlık hizmeti veren kurumları özgürce seçme ve değiştirme hakkına sahiptir. Hasta herhangi bir aşamada diğer bir hekimin görüşünü alma hakkına sahiptir. Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi) Temel Dokümanı Roma, Kasım 2002; yeterli bilgiye sahip her birey farklı tedavi prosedürleri ve tedaviyi verecek kişiler arasında seçim yapma hakkına sahiptir. Hasta, hangi teşhis ve tedavi yöntemin kullanılacağı seçebilme ve doktor, uzman

---

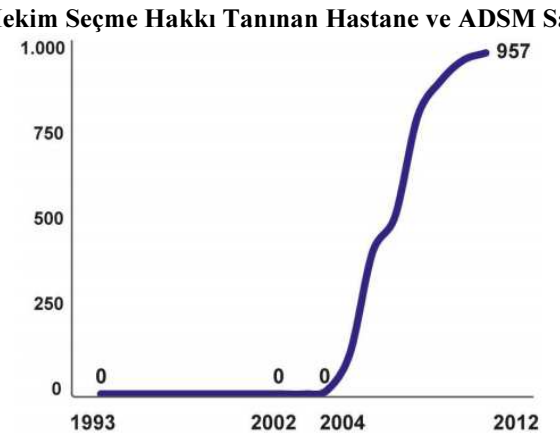
[1] Ö. Erbaş-C. Işık Yavuz-B. İlhan, Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı, Türk Tabipler Birliği, Ankara, 2012, s.16; http://www.ttb.org.tr/kutuphane/sagliktakamuozel.pdf (02.01.2014)

[2] TCSB, 2004/117 sayılı "Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi", 8 Eylül 2004; http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/hekimsecme.htm (08.06.2014)

[3] …..,http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/hekimsemebilgi.htm (17.01.2014)

veya hastane seçimi konularında karar verme hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, bu tedaviyi uygulayacak sağlık kurumları ve doktorlar ile alınan sonuçlar hakkında bilgi vererek bu hakkın kullanılabileceğini temin etmelidirler. Bu hakkın kullanımını kısıtlayan tüm engeller kaldırılmalıdır. Doktoruna güvenmeyen bir kişi başka bir doktor talep edebilir. Hasta Hakları Yönetmeliği 9 uncu Madde, 1998; mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır. Yataklı Tedavi İşletme Yönetmeliği 8 inci Madde 2005; yataklı tedavi kurumlarında mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçmesine imkân sağlanır. Hasta Hakları ve Sorumlulukları TS-12222-Nisan 1997; her hastanın sağlık sistemine uygun olması ve yetkili hekimin uygun görmesi halinde, kendisine sağlık hizmeti sunan kişi ve kuruluşu değiştirme hakkı bulunmalıdır. Hekimlik Meslek Etiği Yönetmeliği 22 inci madde; hasta, mevzuatın belirlediği kurallara, tıbbi uygulamanın özelliklerine ve kurumun koşullarına göre hekimini seçmekte özgürdür." [1] SDP ile kat edilen mesafelerde bireylerin sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimleri seçme, ya da mevcut tedavisi devam ederken hekimi değişimini isteme hakkı son derece önemlidir. Bireyler sağlık hizmetlerinden faydalanması ve bu hizmetleri sunacak olan hekimleri seçebilmesi bireye verilen değerin bir göstergesidir ve hasta memnuniyetini sağlayan önemli bir etmendir.

Şekil.8. Hekim Seçme Hakkı Tanınan Hastane ve ADSM Sayısı



Kaynak: R. Akdağ, SB, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu Türkiye SDP'nın 10. Yılı, 20 Kasım 2012, 2012d, s.97; http://saglik.gov.trbutce2013.pdf (13.09.2013)

[1] TCSB, Erzincan Sağlık İl Müdürlüğü, "Hekim Seçme Hakkı"; http://www.erzincan.saglik.gov.tr/menu.asp?sayfa=20 (19.10.2013)

SB bünyesindeki hastanelerin tamamından bireyler *hekim seçme özgürlüğünden* yararlanmaktadır. Bireylerin hekim seçme hakkı en doğal haklarından biridir. Hasta hakları, insan haklarının ve değerler bütününün sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmekte ve dayanağını insan hakları evrensel beyannamesi vb. belgelerden temel almaktadır.

3.3.2. Sağlık Çalışanları

Sağlık çalışanlarının meslekleri; tıbbi müdahale yapanlar, idari hizmet verenler, teknik hizmet verenler ve destek hizmeti verenler olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır.[1] İnsan yaşamı için son derece önemli bir misyonu üstlenmiş olan yaşam ile ölüm arasındaki çizgiyle her an karşı karşıya olan sağlık çalışanları, bu süreçte bilgi, deneyim ve analitik çözüm üretebilme kapasite ile sağlık hizmet sunumunu gerçekleştirmektedir. SDP ile başlayan süreçte kalite, müşteri, işletme, performans, sürdürülebilir ve iyileştirilebilir kalite anlayışı, akreditasyon birçok farklı kavram ve prosedürleri uygulamaktadır. Belirtilen bu prosedürlerle, sağlık hizmet sunumunu yerine getirirken program öncesinde de var olan sorunlar, tam anlamıyla çözüme kavuşmadan yeni sorunları da çözebilmek için gayret ve çaba gösterilmektedir. Günümüzde sağlık çalışanların kendilerini geliştirme ve mesleklerinin gereği olan bilgi ve tıp teknolojisini takip eden bir yaklaşımları, lisansüstü eğitim alma istekleri gözlemlenmektedir.

Sağlık personeli memnuniyet araştırmasında; "insan kaynaklarının memnuniyeti ile ilgili olarak; yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücünün oluşturulması amaçlanması, sağlık personelinin sorunlarının çözümü için adımlar atılması konusunda bir süreç başladığı bu programla açıkça ifade edilmiştir. Bu süreçte performans yönetim sisteminin uygulanması, tam gün yasası (18 Ocak 2014) ve sağlık iş gücünün teknik, idari ve eğitim kapasitelerinin güçlendirilmesi gibi sağlık çalışanlarını motive etmeye yönelik politikaları kapsamak olduğu belirtilmektedir."[2]

---

[1] B.A.Güler, Kamu Yönetimi Çalışmaları, "Kamu Yönetimi ve Reform", Ankara Üniversitesi (AÜ), Siyasal Bilgiler Fakültesi (SBF), Kamu Yönetimi ve Reform, S. 09, Ankara, 2010, s.174

[2] R. Akdağ, Sağlık Bakanlığı Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması, (Ed. R.Akdağ), Ankara, 2010g, s.viii; http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasi_acilimlar_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf (06.06.2014)

Sağlık çalışanları, bireysel ve toplumsal açıdan bakıldığında çok önemli bir konumda, özverili, riskli, insan hayatı açısından çok kritik bir görev üstlenmektedir. İnsan ve toplum sağlığı ve yaşamı için bu yükümlülükleri yerine getirebilmeleri, hizmet kalitesini yükseltebilmeleri için, fiziki çalışma ortamının yeterliliği, iş tanımının yapılması, eşit ve hakkaniyet ölçüsü içerisinde performansı objektif olarak değerlendirilmiş bir ücret alması, çalışma saatleri/nöbetlerin eşit dağılımının yapılması gerekmektedir. Sağlık personelinin belirtilen nedenlerden dolayı iş doyumsuzluğu, motivasyonunun düşmesi verdiği hizmetin niteliğini düşüreceği gibi bireylerle birebir ilişki içerisinde olduğundan çalışanlarda meydana gelebilecek olumsuzluklar hastalara ve topluma etkileri olumsuz olarak yansıyacaktır.

Sağlık çalışanların, üstlendikleri mesleki sorumluluklar ve sosyal statüleri gereği kendi yaşam biçimleri ile toplumda örnek olma ve sağlık eğitimi yönünden de hizmet sunumu yaptıkları bireyleri/grupları etkileme özelliğine sahiptirler. Bireyleri, aileleri, toplumları yaş, cinsiyet, ırk yönünden ayrım yapmadan kültürel özellikleri ile birinci derecede hizmet sunumunu gerçekleştiren aile hekimleri, hemşire, ebe, sağlık teknisyeni ve diğer sağlık çalışanları mesleklerinin ilkeleri ve gereğiyle insanlarla kurdukları sıkı iletişimlerini olumlu, bireylerin/toplumların sağlıklarını koruyucu, önleyici ve rehabilite edici olarak gereken azami özeni göstererek toplumun ve gelecek nesillerin sağlıklı olmasına önemli katkılarda bulunmaktadırlar.

3.3.3. İnsan Kaynakları Yönetimi

Sağlıkta insan kaynakları "ülkelerin sağlık sistemlerinin kalbi, sağlık hizmetlerinin en etkili kısmı ve sağlık politikalarının kritik bir bileşeni olarak tanımlanmaktadır. DSÖ'ne göre ise sağlık iş gücü toplumun sağlık düzeyini koruyan ve geliştiren kişilerdir."[1] Stratejik planla beraber belirlenen hedefler; sağlığa yönelik insan kaynaklarının iyileştirilmesi, sağlık alanında bulunan kısıtlı insan kaynağını oluşturan hekim, hemşireler ve sağlık personeli, ihtiyaç duyan herkese sağlık hizmeti vermesi, hizmet veren nitelikli uzman personelin verimliliğini arttırıcı çözümlerinde üretilmesi gerekmektedir.[2] Sağlık hizmet sunumu yapan personelin verimliliğinin arttırılmasına yönelik SDP kapsamında Performansa dayalı ek ödeme sistemi, hizmet

[1] Akdağ, 2010g, s.1
[2] TCSB, DSÖ, Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011, Ankara, 2012, s.15; http://www.sagem.gov.tr/HSPATUR2011.pdf (04.02.2014)

sunumunda görev yapan personelin ödüllendirilmesini amaçlayan bir sistemdir. Sağlıkta performans ölçüm ve performansa dayalı ek ödeme sistemi, çalışanların bireysel performansını ölçerek sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi ve çalışanların motive edilmesi için pilot uygulamadan sonra 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında başlatılmıştır.[1] Sağlık çalışanlarının (hekim) hizmet üretimleri ölçülmesi ile bunun karşılığı çalışana ödenen ek ödeme ile motivasyon artışı sağlanarak hasta odaklı yaklaşımla, hastaların memnuniyeti sağlanması hedeflenmiştir. Çalışanların yoğunluk ve verimliliğine yönelik teşvikler sağlamaya odaklanmış sonraki süreçte ise kalite bileşenleri faktörlerini de bünyesine alarak kapsamı genişletilmiştir. Kamu hastanelerinde hekimlerin mevcut istihdamdan daha fazla oranda tam zamanlı olarak çalışması ve finansman koşullarının iyileştirilerek özendirilmesi sağlanmıştır. Bu sistemle çalışanların motivasyon ve verimliliğinin artırılması, daha etkili dağılım (personel dağılım cetvelleri oluşturulması) ve yeni mezun sayısının artırılması, sağlık tesislerinde kalitenin artırılması için sürekli hizmet içi eğitimlerin yapılması da önem arz etmektedir. SB, sağlık sisteminin planlanması, yönetilmesi, denetlenmesi için düzenli bir bilgi akışına ve bu bilgilerin çözümlenebileceği bilgi sistemine duyulan ihtiyacın giderilmesi için SDP'nin temel bileşenlerini uyumlaştırmak için bütünleşmiş bir bilgi sistemine gereksinim vardır. Bu bilgi sistemi ile gerekli olan bilgilerin yorumlanması, aksayan ya da yapılması planlanan sisteminin işleyişine katkı yapacak yenilikler ve çözümleri üretebilmek gereklidir.

3.3.3.1. İnsan Kaynakları Durum Tespiti ve Çözüm Planlaması

Tablo.5.'e göre, Türkiye'de 2002 yılında toplam hekim sayısı 91.949 yüz bin kişiye düşen hekim sayısı 139, diş hekimi 25, eczacı 34, ebe ve hemşire 173'dür. 2011 yılında da yüz bin kişiye düşen hekim sayısı 169, diş hekimi 28, eczacı 35, ebe ve hemşire 237'dir.

[1] R. Akdağ, SDP İlerleme Raporu, Ankara, 2008a, s.81; http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasi_acilimlar_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf (06.06.2014)

Tablo.5. Sağlık Personeli Sayıları, Türkiye, (2002, 2011)

	2002		2011	
	Sayı	**Yüz Binde**	**Sayı**	**Yüz Binde**
Uzman Hekim	45.457	69	66.064	88
Pratisyen Hekim	30.900	47	39.712	53
Asistan Hekim	15.592	24	20.253	27
Toplam Hekim	91.949	139	126.029	169
Diş Hekimi	16.371	25	21.099	28
Eczacı	22.289	34	26.089	35
Hemşire	72.393	110	124.982	167
Ebe	41.479	63	51.905	70
Diğer Sağlık Personeli	50.106	76	110.862	148
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	127	209.126	280
Toplam Personel Sayısı	378.551	573	670.092	897

Not: 2002 Nüfus (TÜİK Nüfus Projeksiyonları) 66.008.000, 2011 Nüfus (Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi) 74.724.269

Kaynak: TCSB, Stratejik Plan (2013-2017), 2012, s.37

SDP çerçevesinde Sağlıkta İnsan Kaynakları (SAİK) Planlaması ve Politika belirleme çalışmaları Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (SAGEM) bünyesinde Mayıs 2006 yılında başladı.

"• Ekim 2006-Şubat 2007 tarihleri arasında Sağlıkta İnsan Kaynakları Değerlendirme analizi,

- Şubat 2007'de Sağlık İşgücü Geliştirme Aracı için finansman, eğitim ve yönetim kapasitelerinin stratejik değerlendirme rehberi tamamlanmış,
- 12-16 Mart 2007 tarihlerinde DSÖ ve Harward Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu işbirliğiyle Sağlıkta İnsan Kaynakları Değerlendirme Analizi gerçekleştirilmiş,
- Mart ve Nisan 2007 tarihlerinde Sağlıkta İnsan Kaynakları ile ilgili sektörlerle görüşmeler yapılmış,
- 2011 yılında Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması Raporu yayınlanmış,
- Eylül 2011 tarihinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde işyüküne dayalı personel ihtiyacı belirleme çalıştayı gerçekleşmiş,
- 2012 yılında DSÖ tarafından geliştirilen SAİK arz ve ihtiyaç projeksiyon modeli alınarak SAİK 2023 Vizyonu makro düzeyde hazırlanmıştır."[1]

Etkili bir sağlık hizmet sunumunda insan kaynakları, çok önemli bir kaynaktır. Sağlık hizmetlerinde emek ve yoğun bir ilişkiyle hizmetlerin verilmesi söz konusudur. Sağlık hizmet sunumunda hizmetlerin etkili, verimli, erişebilir ve

[1] TCSB, Sağlıkta İnsan Kaynakları Araştırmaları, Ankara, 2013, http://www.saglik.gov.tr/SHGM/belge/1-24239/saglikta-insan-kaynaklari-arastirma-asistani-istihdami.html (12.01.2014)

zamanında sunulabilmesi için nitelik ve nicelik olarak yeterli sağlık insan gücünün, motivasyonu sağlanarak çalışılmasıyla mümkündür.

3.3.3.2. Sağlık İnsan Kaynağı İstihdamı

Hızla değişen gelişmeleri takip eden ve bunları mesleğiyle içselleştiren bilgili, her yönden kendini geliştirmiş, motivasyonu yüksek, mesleğinde gelişim ve gelişme yönünde kendini besleyen, bilgiyi katma değere dönüştüren, her alanda özgüveni yüksek işgücü en önemli değerlerdir.

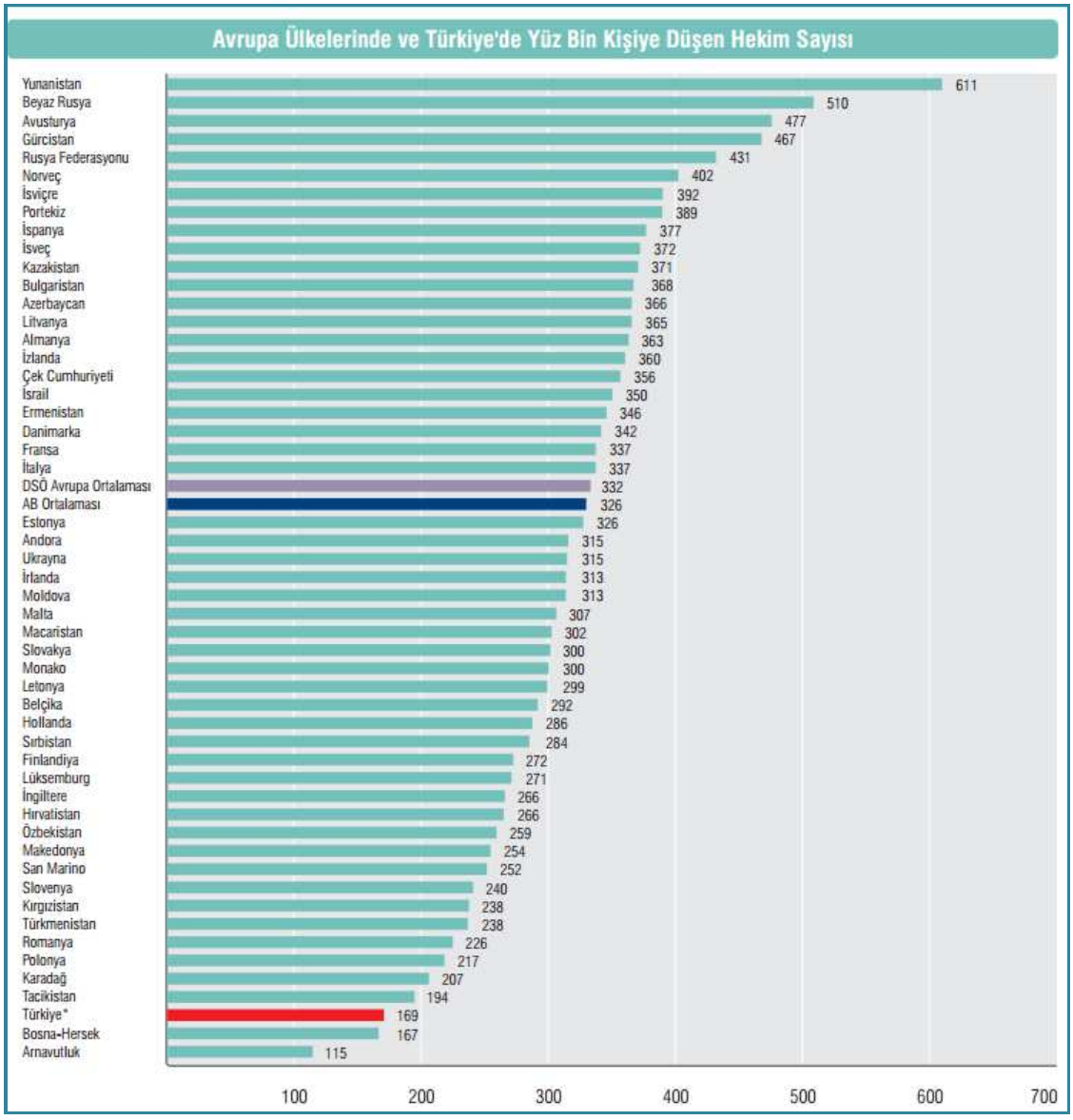
İnsan kaynakları yönetimi ile kamu sağlık kuruluşlarının yetersiz personel sayıları ile çağımızın kaliteli hizmet anlayışını gerçekleştirmesi olası görülmemektedir. Yetersiz istihdam ile mevcut çalışanların üzerindeki işyükünün daha artması sonucu çalışanlar üzerindeki olumsuz faktörler (iş doyumsuzluğu, iş stresi, yaşam kalitesinin düşmesi, yılgınlık, işten ayrılma niyeti, yeni iş olanaklarının gündeme gelmesi vb.) hizmet kalitesinin önündeki en büyük engeldir. Bu amaçla 2004 yılından itibaren uygulamaya konulan "4924 sayılı kanunla Sağlık Bakanlığı'na özgü yeni bir sözleşmeli istihdam modeli geliştirilmiştir."[1] Bu modelin temeli gönüllülük esasına dayanmakta ve personelin kendi rızası ile bu kanuna tabi olarak çalışması durumunda mali hakları eşdeğer görevdeki personellere göre daha yüksek oranda gerçekleşeceği belirtilmektedir. Bu kanunla birlikte 10 yıllık sözleşmelilik sürecinin sonunda sürekli sözleşmeli olma hakkı tanınmaktadır.

SDP ile doktor ve hemşire sayılarının fazla olduğu yönündeki yaklaşımlar değişerek ülkemizin ihtiyacı olan sağlık personeli ve eğitimlerindeki kalite prensibiyle sayılarının 2003 yılından itibaren artışı gözlenmektedir. Şekil.9 incelendiğinde Aralık 2010 tarihiyle ülkemizde hekim sayısı 115.321 ve her bin kişiye düşen hekim sayısı 1,56'dır. Buna göre Türkiye DSÖ Avrupa standartlarında alt sıralarda yer almaktadır. Günümüzde bu konuda iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır. Fakat artan üniversite sayıları ile beraber eğitimin kalitesinin sorgulanması da beraberinde yapılmaya başlanmıştır. Eğitim kurumlarının altyapı eksiklikleri, uzman eğitim kadro yetersizliği, laboratuar, malzeme eksikliği vb. gibi

[1] N. Etiler B.Urhan, Kocaeli İlinde Kamu Sektöründe İstihdam Edilen Hekimlerin Çalışma Koşulları, 2008, s.3; http://smyo.karabuk.edu.tr/akademik_personel/Ders_icerikleri/SIL202_INSAN_KAY_YON.doc, (06.06.2014)

daha birçok sorunlar çözüm beklemektedir. Bu sayısal artış için yabancı hekimlerin ülkemizde görev yapması ve bunun gibi geçici önlemlerde Sağlık Bakanlığı gündeminde yer teşkil etmektedir.

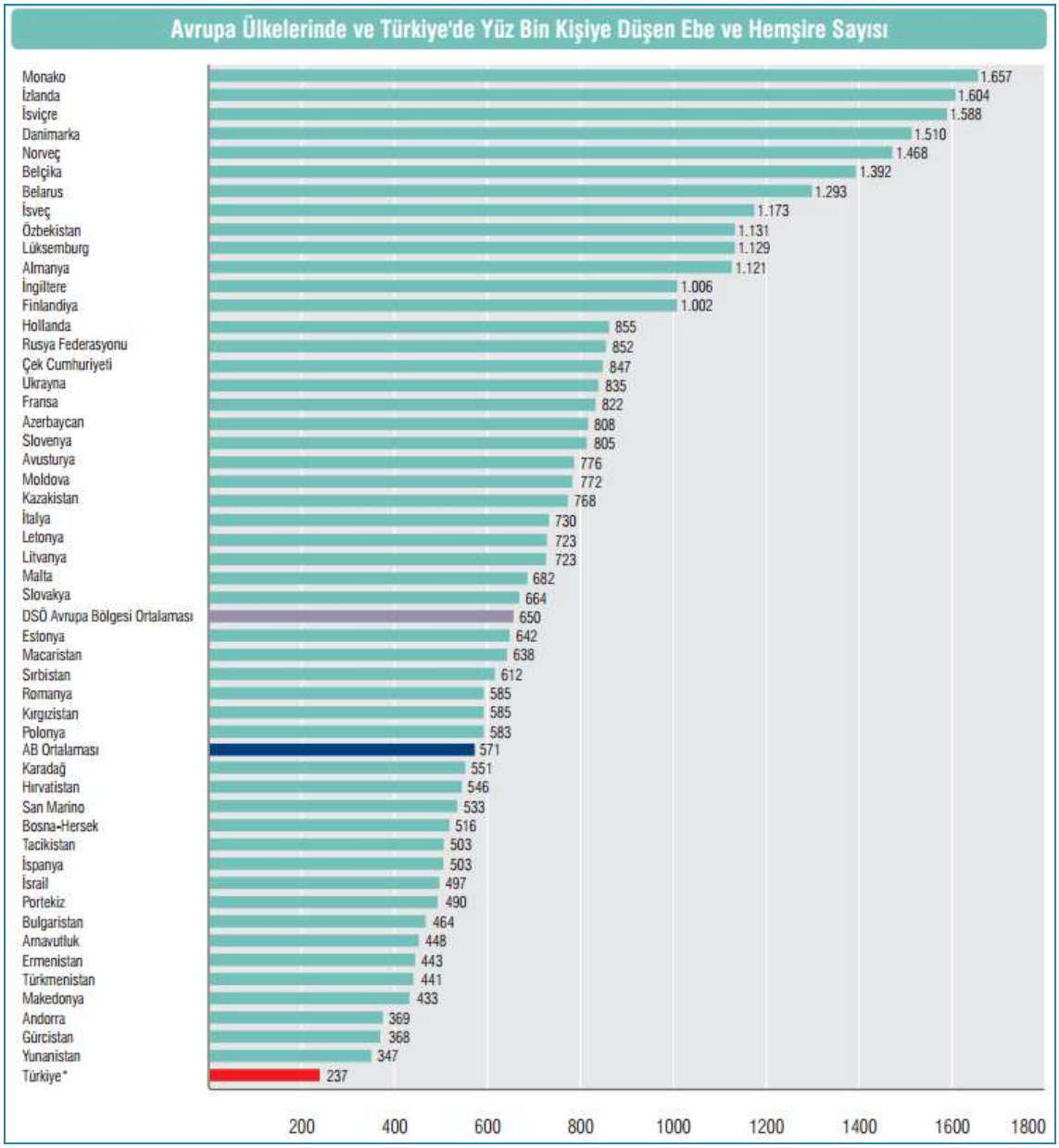
Şekil.9. Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de 100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayıları



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (*Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı), World Health Statistics 2012; R. Akdağ, SDP Değerlendirme Raporu (2003-2011), (Ed.R. Akdağ), 2012b,s.248; http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf (05.06.2014),

Şekil. 9 ve 10'da Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'de yüz bin kişiye düşen hekim sayıları, hemşire ve sağlık çalışanların sayıları verilmektedir. Şekil. 9 ve 10 incelendiğinde sayısal farklılıklar görülmektedir.

Şekil.10. Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayıları



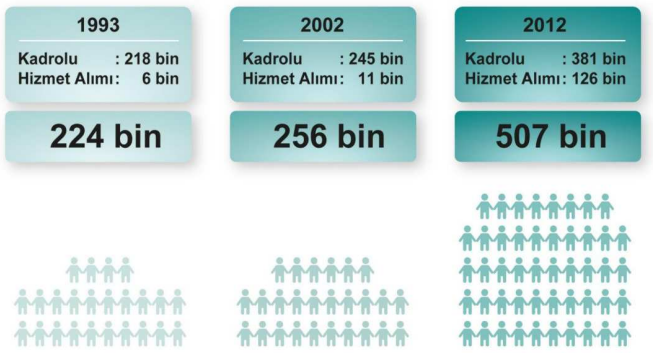
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (*Türkiye için 31.12.2011 tarihli veriler esas alındı), World Health Statistics 2012; R. Akdağ, SDP, Değerlendirme Raporu (2003-2011), (Ed.R. Akdağ) 2012b, s.253; http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf (05.06.2014),

Şekil 10 incelendiğinde Aralık 2010 tarihiyle her bin kişiye hemşire ve ebe sayısı 208'dır. Buna göre Türkiye DSÖ Avrupa standartlarında alt sıralarda yer almaktadır. Hemşire ve sağlık çalışanı nüfusun ihtiyacı ve artan sağlık hizmet talebi doğrultusunda artışının sağlanması ve geliştirilmesi söz konusudur.

3.3.3.3. Personel İstihdamı ve Atamaları

Sağlık personelinin ülke genelindeki dengesiz dağılımını ve dönemin en önemli sorunlardan biri olduğu aşikârdır. SDP'nın öncelikli konusu olan bölgeler arası personel dağılımında farklılıkların kabul edilebilir bir düzeye indirgenmesi, personel istihdamında unvanlara göre gerçekçi standartların belirlenerek atamaların insan gücü planlamasının yapılarak, objektif ve hakkaniyete uygun bir sistemin kurulması hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı, coğrafi şartların zorluğu ve diğer nedenlerle tercih edilmeyen,, kalkınmada öncelikli illere, maddi olarak cazip hale getirerek özendirme çerçevesinde sözleşmeli sağlık personeline imkân tanıyan 4294 sayılı kanunu çıkarılmıştır. Bu kanunun amacı, herkesin sağlık hizmetine ulaşmasını, hekimlere teşvik edici imkânlar (maddi vb. haklar) teşvik edilmiş devlet hizmeti yükümlülüğü getirilmiştir. Daha önceki dönemlerde uygulan mecburi hizmetin eksik ve hataları göz önünde bulundurularak hazırlanan yeni modelde bahsi geçen bölgelerde farklı süreler ve yüksek ücretler sağlayan kabul edilebilir ve sürdürülebilir bir düzenleme olarak hazırlanmıştır.[1]

Şekil.11. Sağlık İnsan Gücü



Kaynak: R. Akdağ, SB, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu Türkiye SDP'nın 10. Yılı, 20 Kasım 2012, 2012d, s.42; http://saglik.gov.trbutce2013.pdf (08.05.2014)

Atamalarda, objektif kriterlerin sağlanarak, sağlık işletmelerine/kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması amacıyla, Atama ve Nakil Yönetmeliği hazırlanarak, sağlık personeli için personel dağılım cetveli oluşturulmuştur. Yönetmelikle bölge gruplaması yapılarak

[1] Akdağ, 2012b, s.253

açıktan atama yoluyla uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacılar dijital ortamdaki kurayla sağlık personeli genel hükümlerine göre merkezi sınavla atama yapılmaktadır.[1]

3.3.3.4. Sağlık Personeli Eğitimi

Sağlık personelinin eğitimine ve mesleki gelişimine katkı sağlayacak olan her türlü eğitim araç-gereçleri (kitap, bilimsel içerikli yayın gibi) sağlık işletmelerinin döner sermaye kaynaklarından temin edilerek personelin mesleki eğitim ve bilimsel etkinliklere katılımları sağlanmasıdır.[2] Mevcut durumda eğitim ve araştırma hastanelerinde ücretsiz olarak sağlanan bilimsel yayınlara elektronik erişim imkânları sağlanarak tüm sağlık çalışanlarının elektronik ortamda, basılı bilimsel yayın kitap ve kongre desteği sağlanacaktır. Sağlık çalışanlarının bilimsel ve teknolojik gelişimlere uygun eğitim görmesi ve uluslararası düzeyde görev yapacak nitelikte sorumluluk alması, kendini geliştirmesi ve bağlı olduğu kurumun bu yöndeki destek ve teşvikleri ile gerçekten iyi eğitilmiş, hizmet kalitesini esas alan bir hizmet anlayışına sahip olması gereklidir.

3.4. Eğitim ve Bilim Kurumları

Sağlık çalışanlarının teknik yönden bölgesel eğitim toplantıları, insan gücü kaynaklarının verimli ve etkili bir şekilde kullanılması için 2006 yılından itibaren SB personeline Hıfzıssıhha Mektebi tarafından internet üzerinden sistematik sağlık yönetimi eğitimleri yürütülmektedir. Ayrıca Hıfzıssıhha Mektebi bünyesinde geliştirilmiş Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi (USES) üzerinden, SB'na bağlı tüm kurumlarda, verimliliği ve hizmet kalitesini arttırma amaçlanmıştır.[3]

SDP'nın temel ilkelerinden olan ve sağlık sisteminin eğitim yönünü destekleyecek olan eğitim ve bilim kurumları ile hem bilimsel anlamda hem de sistemin gereksinim duyduğu sağlık çalışanını karşılanması amaçlanmıştır. Yetersiz sayıda doktor, hemşire ve sağlık işgücünün sisteme kazandırılması için yeni tıp ve hemşirelik fakülteleri açılmış ve mevcut olanların kontenjanları yükseltilerek

[1] Akdağ, 2012b, s.205
[2] Akdağ, 2012d, s.42
[3] TCSB, Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi, http://www.uses.gov.tr; (11.10.2014)

giderilmeye çalışılmıştır. Bu durum, eğitim standartlarının kalite konusunu gündeme getirmektedir.

Tıpta uzmanlık eğitimi müfredat programlarının meslek örgütlerinin de katılımı ile geliştirilip denetlenmesi gerekir. Eğitim hastanelerinin yeniden organize edilip, verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı oluşturması gerekmektedir. Bu uygulamalar Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturulacaktır. SB, Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği (11.12.2009); hizmet içi eğitimler, aynı konulu eğitimlerin birleştirip verilmesini sağlamıştır.[1]

3.5. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon Kalite

SDP'nın sekiz bileşeninden biri olan Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri Kalite Akredidasyon programın temel amaçlarından olan sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Kalitenin ihmal edilmiş bir konu olması sadece hizmetin hızlı bir şekilde verilmesi amaçlı hizmet sunumu anlayışı ile yapılması geçmiş dönemlerde birçok aksaklığa yol açmıştır. Toplam kalite anlayışı ile kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesine ilişkin usul ve esasları düzenleme amacıyla 30 Ekim 2001 tarihinde *Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi* yürürlüğe girmiş toplam kalite yönetim çalışmalarında aktif olarak çalışmalar başlamıştır.[2] Sağlık kalitesini iyileştirmek, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olmasını sağlamak ve toplumun sağlık hizmetlerine olan güvenini arttırmak için SB 2012 yılında *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*'nı kurmuştur.[3] Akreditasyon, sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesini iyileştirme amacıyla tasarlanan ve kuruluşun yüksek kalitede sağlık hizmeti üretirken kuruluşun organizasyon ve hasta merkezliliğini karşılayıp karşılamadığının bağımsız bir akreditasyon kuruluşu tarafından değerlendirildiği bir

[1]TCSB, "Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği",11.12.2009, http://mevzuat.saglikaktuel.com/saglik-bakanligi-hizmet-ici-egitim-yonetmeligi-42m.html (08.06.2014)
[2] Kaya, s.36
[3] H. Kuş, "Evrensel Pencereden Türkiye'de Sağlıkta Kalite", Sağlık ve İnsan Aylık Sağlık ve Yaşam Dergisi Ekim Ayı, S.10, 2012, s.29; http://www.saglikveinsandergisi.com (11.10.2014)

süreci tanımlamaktadır.[1] Sağlıkta hizmet kalitesinin standartlarını yükseltme, faaliyetlerinde hasta ve çalışan güvenliğini sağlama, sağlığın tüm paydaşları ile birlikte hareket etme ve dinamik yapısı ile yeniliklere öncülük etme kuruluş amaçları arasında sayılmaktadır.

Programın hedeflerine ulaşabilmesi için tüm bileşenlerinin birbiriyle ilişkilendirilmesi, sağlık çalışanlarının yüksek motivasyonda çalışabilmesi ve bu motivasyonu sağlayacak tüm faaliyetler insan gücünün hizmet içi eğitimlerle nitelikli ve etkili bir hale getirilmelidir.

Sağlık hizmetlerinde kalite, sadece bakımın içeriği ile değil, hizmetin sunumu ve yönetimi ile de ilgilidir. Sağlık kuruluşlarının sayısının artması, sağlık hizmetleri harcamalarının artması, sağlık hizmeti sunan kurumların kalite konusunda bilinçlenmesi kalite yönetim sistemlerinin, uluslararası standartların ve sürekli iyileşme mekanizmalarının kurulmasına sebep olmuştur. Ülkemizde, sağlık hizmetlerinde kalitenin oluşumuna katkı sağlayacak ve destekleyecek bir sistemlere gereksinimi vardır. Ayrıca, sistemin; eğitim, yönlendirme, denetim, kıyaslama (benchmarking) gibi fonksiyonlara sahip olması öngörülmektedir.[2]

Türkiye'de ve uluslararası alanda yaygın ve saygınlığı olan ABD menşeili Sağlık Kurumları Kurumları Akreditasyon Komisyonu (Teh Commision on Accreditation of Healt Care Organizations-JACHO) tarafından geliştirilen standartlara göre sağlık kuruluşları akredite edilmektedir. SB ile Joint Commission International (JCI) arasında imzalanan işbirliği protokol; ulusal sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması, standart geliştirme, kalite izleme ve ölçme sistemlerinin geliştirilmesi, denetçilerin eğitimi, veritabanı oluşturulması gibi başlıkları içermektedir. Bu gelişmeler ile SB kamu hastanelerinin akreditasyon sürecine hazır hale gelebilmeleri için oluşturduğu mevzuat uygulamaya koyulmuştur. Sağlık Bakanlığı, 2008'de *Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi* hazırlanmıştır.[3] Sağlık hizmetlerinde alternatif

[1] D. Tengilimoğlu-O.Işık- M. Akbolat, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2014, s.189

[2] S. Gülay, Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon, 2014, Ankara, s.25; http://www.asm.gov.tr/UserFiles/File/sempozyumsunulari/saglikhizmetlerindeakreditasyonsedatgulay ankarasm.pdf (08.06.2014)

[3] İ. Aydemir, Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi (HÜ), SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), Ankara, 2010, s.30

tedavilerin uygulanması, ileri teknoloji ürünlerinin kullanılması, ilaç yönetimi, çalışanların sağlık hizmetlerine profesyonel bir bakış açısının geliştirilmesi, hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmetlerinin tüm sürecinde bilgi alması, eğitilmesi ve katılımlarını sağlayarak memnuniyetlerinin sağlanması gibi konular düzenlenmiştir. Sağlık kalitesini iyileştirmek, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olmasını sağlamak ve toplumun sağlık hizmetlerine olan güvenini arttırmak için Sağlık Bakanlığı buna göre 2012 yılında Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'nı kurmuştur.[1] Birey sağlığını sağlık hizmetlerinin merkezine koyarak, sağlıkta hizmet kalitesinin standartlarını yükseltme faaliyetlerinde hasta ve çalışan güvenliğini bütün yönleri ile sağlama, sağlığın tüm paydaşları ile uyum içinde olunması, yeniliklere önem verilmesi kuruluşun temel amaçları arasında sayılmaktadır.

Akreditasyon ve kalite standartları; hastaların bakım sürecinde bakım kalitesini en üst seviyede geliştirilmesi, güvenli ve sağlıklı hasta bakım çevresinin oluşturulması, hasta ve hasta yakınları ve çalışanlara yönelik oluşabilecek, risk teşkil edecek şartların en aza indirilmesi ya da ortadan kaldırılması, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürdürülebilirliğini hedeflemektedir. Genel anlamıyla sağlık hizmet sunumunda kalite, sağlık hizmeti veren işletmeler tarafından verilen bakımın sunumu ve yönetimidir. Sağlık alanında geçmişten günümüze uzun süredir devam eden gelişmeler, ilerlemeler ve değişim hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel yapılanma sürecinde önemli değişimlere neden olmuştur. Kalite konusunda tüm sektörlerde olduğu gibi insan yaşamında önemli görevi üstlenmiş olan sağlık işletmelerinde de bilinçlenme olgusu giderek artmış, sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin hizmetin kalitesi yönünde beklentileri artmıştır.

Ülkemizde özel hastanelerdeki başlayan kalite kısa bir süre içinde kamu hastaneler birliğine bağlı hastanelerde de ihtiyaç olmuştur. Akreditasyon, sağlık hizmetlerinde hasta bakım kalitesini arttırmak için ihtiyaç duyulan uluslararası standartların sağlık işletmelerindeki uygulama yeterliliğinin, bağımsız ve kâr amacı gütmeyen uluslararası bir kuruluş tarafından belgelendirilmesidir.

[1] TCSB, 2014; www.kalite.gov.tr (07.06.2014)

3.6. Tıbbi Malzeme-İlaç Yönetimi

SDP'nda eski dönemlerde uygulanan fiyat politikaları, kamu adına ilaç ve eczacılık hizmetleri ile ilgili norm ve standartları belirlemek, ilgili kurum ve kuruluşlarla tam bir iş birliğinde olarak bu doğrultuda denetimleri yapmak, tıbbi malzemelerin ve ilaçların akılcı kullanımı teşvik ve etmekle yetkili kurum olarak oluşturulmuştur.

3.6.1. Tıbbi Malzeme-İlaç Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

Kurulan Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu Bakanlığa bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğine sahiptir. Sağlık Bakanlığının politika ve hedeflerine uygun olarak ilaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslar arası kontrole tabi maddeler, tıbbî cihazlar vb. geleneksel bitkisel tıbbî ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbî ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar hakkında düzenleme yapma ile görevli kuruluştur.[1] İlaç Takip Sistemi ile ilaçlarının her birimin izlenmesi, ürünlerin tekilleştirilmesini sağlayan karekod ile ürünlerin işaretlenmesi sağlanırken, ürünün geçtiği her noktadan merkezi veritabanına yapılacak bildirimler ile de takibi sağlanmaktadır.

3.6.2. Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu

Sağlık Bakanlığı politika ve hedeflerine uygun olarak ilaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, tıbbî cihazlar, vücut dışı tıbbî tanı cihazları, geleneksel bitkisel tıbbi ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbî ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar hakkında düzenleme yapmakla görevli Sağlık Bakanlığı'na bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğe sahip kurumdur. Kurumun görev alanına giren ürünlerin ruhsatlandırılması, üretimi, depolanması, satışı, ithalatı, ihracatı, piyasaya arzı, dağıtımı, hizmete sunulması, toplatılması ve kullanımları ile ilgili kural ve standartları belirlemek gereklidir. Bu faaliyetleri yürütecek kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere izin vermek, ruhsatlandırmak, denetlemek ve gerektiği durumlarda yaptırım

[1] R. Erdem, Hastane Yönetim Kurulu ve Kamu Hastane Birlikleri, Eskişehir, 2013, s.153

uygulamak, laboratuar analizleri yapmak ve yaptırmak görev alanına girer.[1] Türkiye'deki ilaç harcamaları sağlık harcamaları içerisinde önemli bir yer tuttuğundan dolayı bu konuda yapılan iyileştirmeler ile gereksiz ilaç kullanımının önüne geçmeyi ve gerektiği kadar ilacın kullanılmasının sağlanmasıyla ülke ekonomisine katkısı hedeflenmiştir.

01.07.2012 tarihi itibariyle e-reçete uygulaması başlamış, 15.01.2013 tarihi itibariyle reçeteler e-reçete olarak düzenlenmeye başlamıştır. Sağlık hizmet sunucularının sistemleri üzerinde, hekimler tarafından kurumun duyurduğu ve tanımladığı şekilde oluşturulup MEDULA sistemine elektronik ortamda kaydedilerek elektronik reçete numarası verilmiş olan reçeteler e-reçete olarak tanımlanmaktadır.[2]

3.7. Sağlık Bilgi Sistemi ve Sağlık Net

SDP ile sağlık bilgi sistemleri, yalnızca teknolojik yatırımlarla gerçekleştirilen çalışmaları kapsamamaktadır. Etkin hizmet verebilecek ülke çapındaki sağlık bilgi sistemlerinin hayata geçirilmesi için ulusal ve uluslar arası bilişim standartları, kodlama, sınıflama ve terminolojilerin belirlenmesi gerekmekte, bunun yanında sağlık personelinin gündelik iş yapma kriterlerinin arasına bu sistemleri dâhil etmesinin sağlanması hedeflenmiştir.[3] SDP'nın içerdiği e-sağlık vizyonu çerçevesinde, sağlık hizmeti veren tüm kurumların standart tanımlarını, doktorların veri bankasını, uluslararası kabul edilmiş hastalık sınıflandırmalarını, ilaç ve tıbbi malzeme kodları bulunmaktadır.

SDP'nın temel bileşenlerinden olan Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS) ile, sağlık kurumlarında üretilen her türlü sağlık verisini, kişi bazında doğrudan üretildikleri yerden, standartlara uygun şekilde toplayıp raporlar üreterek kişisel ve kamusal olarak maksimum fayda sağlamayı hedefleyen bilgi ve iletişim platformudur. Sağlık dönüşüm programından önce sadece istatistikî ve matbu olarak toplanan veriler, 2009'da devreye sokulan Sağlık – Net ile hastanın doğumdan-ölüme tüm sağlık bilgilerini kapsayacak şekilde verilerin toplanmasıdır. Bireylerin

[1] Erdem, s.154
[2] SGK, Genel Sağlık Sigortası, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/genel_saglik_sigortasi/alo170_BimerSSS/e_recete (22 Ocak 2014)
[3] Akdağ, 2012d, s.179

verilerinin elektronik ortamda sağlık kayıtlarının tutulması, standart kodlama sistemleri ile zorunluluk haline getirilerek ülke genelindeki hasta dosyaları elektronik dosya ortamına dönüştürülerek yurdun her yerinden erişilebilir hale getirilmesidir.[1] Sağlık Net ile Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), Hastane Bilgi Sistemleri (HBS), Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), Tele-Tıp, Ulusal Veri Standartları (USVS), Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü (SKRS) ve internet üzerinden sunulan çok sayıda servis ile Türkiye'deki e-sağlık uygulamalarının temel bileşenlerini oluşturmaktadır.

Şekil.12. e-Sağlık Uygulamaları



Kaynak: R. Akdağ, SB, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu Türkiye SDP'nın 10. Yılı, 20 Kasım 2012, 2012d, s.99; http://saglik.gov.trbutce2013.pdf (03.05.2014)

Bu sistemle sağlık sektörünün sorunları ve önceliklerinin belirlenmesi, önlemlerin alınması, sektörün kullandığı kaynakların, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmasına olanak verecek şekilde veri toplayıcı ve işleyecek bir fonksiyon üstlenilmiştir.[2] Sağlık hizmeti sunan kademelerde dikey işlemesi gereken bilgi akışı, hizmet sunumu ve finansman bilgilerinin

[1] Akdağ, 2012b, s.233
[2] Akdağ, 2012b, s.233

değerlendirilmesi noktasında yatay bir entegrasyona ihtiyaç göstermektedir. Sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla kurulan sağlık bilgi sistemi ile kayıtların güvenilir ve sürekli şekilde tutulması, hizmetlerin verimliliğini geliştirmek, kullanılan kaynakların nerede ve nasıl kullanıldığını takip etmektir.[1]

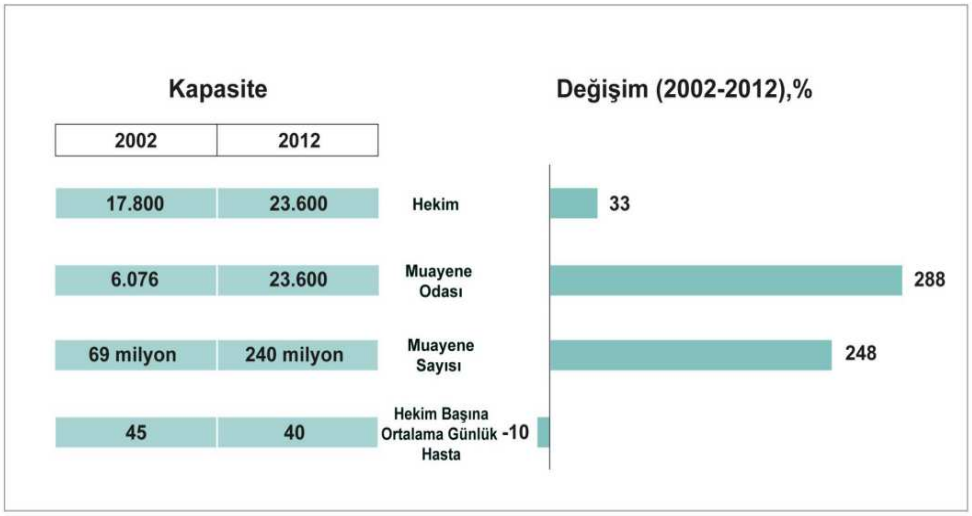
4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI REFORMLARI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

4.1. Aile Sağlığı Merkezleri

Aile Sağlığı Merkezleri aile hekimi ile aile sağlığı personelince aile hekimliği hizmetinin verildiği, bireylerin sağlık sistemine kayıtlı olduğu birimdir. Bu merkezlerin görevleri bireylerin kendilerine kayıtlı olanların sağlıklarının korunması, hastalanmaları durumunda tedavi edilmeleri, izlemeleri, kayıtlarının tutulmasından sorumludurlar. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tedavisi, bağışıklama, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması, halk sağlığı eğitimi, çevre sağlığı, hasta bakımı ve sağlıkla ilgili istatistiksel verilerin toplanması görevleri arasındadır. ASM koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmayı esas alarak sağlık hizmetine ihtiyacı olanların başvuru yaptığı ilk adım ve daha kapsamlı bir tedaviye ihtiyacı olanları da sevk işlemini yapan ilk basamaktır. Toplumun ve bütüncül bir sağlık hizmet sunumunun koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerlerdir ve aile hekimliğinin temelini oluşturmaktadır. ASM, sosyal devlet olmanın getirdiği ve gerekliliği ile kalkınmakta, nüfus açısından sığ olan bölgelerde kurulan ve birinci basamak sağlık hizmetlerini veren kuruluşlardır.

[1] Tengilimoğlu ve diğ., 2009a, s.144

Şekil.13. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Hizmetlerde Hekim Verimliliği



Kaynak: R. Akdağ, SB, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu Türkiye SDP'nın 10. Yılı, 20 Kasım 2012d, s.114; http://saglik.gov.trbutce2013.pdf (08.05.2014)

SDP'nın en önem verdiği başlıkların arasında sayılan, sağlık hizmetleri sunumunda koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini esas almasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetinde yer bulan sağlık ocakları ile sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetlerinde teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin kolayca erişim sağladıkları, düşük maliyetli etkin ve yaygın bir sağlık hizmetinden söz edilmektedir. Sağlık ocakları bakanlığın belirlediği fiziki şartlara uygun daha fonksiyonel olan ASM'ne dönüştürülmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ASM ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin sistemin içerisine dâhil edilmesiyle yeni bir yapılanmaya gidilmiştir.[1] Aile hekimi bireylere yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan sağlık hizmeti vermek üzere uzmanlaşmış doktor; ailelere yaşadıkları toplumla birlikte birincil ve sürekli bir sağlık bakım hizmeti sunarak fiziksel, psikolojik ve sosyal problemleri yönlendirerek, diğer uzmanlıklara ihtiyaç olduğunda kapsamlı bir sağlık bakım hizmeti verilmesini koordine eder.

"5502 sayılı *Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu* ile tüm vatandaşlarımızın birinci basamak sağlık hizmetlerini ücretsiz alma durumunu ifade eder."[2] Ancak uygulamada bireylere e-reçete ile eczanelerde muayene ücreti ve ilaç katkı payı

[1] R. Akdağ, Sağlık Bakanlığı, SDP İlerleme Raporu, (Ed. R.Akdağ), Aralık 2012b, s.109 http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf (08.12.2013)
[2] Akdağ, 2012b, s.91

altında tahsil edilmektedir. Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetlerinin entegre yürütülmelidir. Entegre sağlık modeli, çağdaş aile hekimliği uygulamasıdır.[1] Çağdaş aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici şekilde sunulmasıdır. Uygulamaya bir türlü geçilemeyen sevk zinciri ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmet alabilecekken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönelen hastalar, ikinci ve üçüncü basamakta gereksiz yığılmalara neden olmaktadır. Aile Hekimliği bütüncül bir sağlık hizmetidir. Kapsamlı, sürekli, koordine edilen ve kişiye özel bir sağlık hizmeti sunulmasında birincil etkendir.

4.2. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri

Tengilimoğlu'na göre afet; "fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıp yaratan, normal yaşamı tamamen veya kısmen durduran ve insanların kendi olanakları ile başa çıkamayacakları bir doğa felaketidir."[2] Afetler, var olan mevcut doğal dengenin işleyişini bozarak, bireylerin ve toplumun olağan yaşam akışında kısmi ya da kalıcı etkiler bırakarak mevcut düzenini ortadan kaldırır. Can ve mal kayıplarının yaşanması ile psikolojik anlamda derin etki bırakarak bireylerin algılama ve uyum sağlama kapasitesini düşüren ve yaşama isteğini sekteye uğratarak, olağan yaşam döngüsüne dönebilmesi için fizyolojik gereksinimler için dışarıdan sağlanacak her türlü desteğe muhtaç bırakan her türlü yıkıcı doğal olaylardır.

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı Afet Acil Durum Yönetim Başkanlığı, Afet, olağandışı ve acil durumlarla ilgili gerekli planları yapmak, organizasyonu sağlamak, ihtiyaçları tespit ederek ilgi birimlere temin ettirmek, bu tür durumlarda gereken sağlık hizmetlerini planlamak ve uygulanmasını sağlamak, afet döneminden normal döneme geçilmesine kadar olan süreçte ihtiyaç duyulan her türlü sağlık hizmeti için gerekli ekip, ekipman ve personelin planlamasını yapmak, kimyasal, biyolojik, radyolojik, nükleer, ve endüstriyel maddeler ile ilgili meydana gelebilecek her türlü kaza, saldırı gibi durumlarda sağlık hizmetlerini planlama,

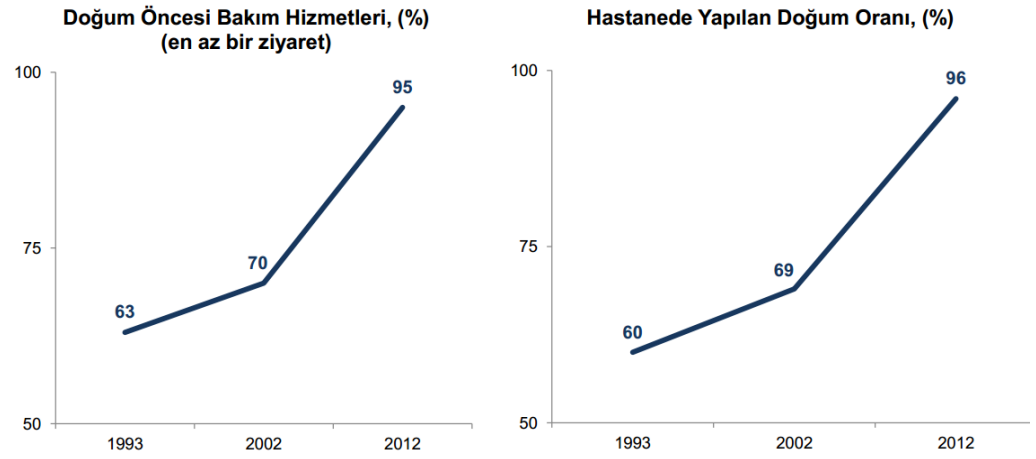
[1] TCSB, Resmi Web Sitesi http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213 (06.03.2014)
[2] Tengilimoğlu ve diğ., 2009a, s.517

organize ve uygulanmasını sağlamaktır.[1] Acil ve afetlerde sağlık hizmetlerini yerine getirmek için Türkiye'nin 81 ilinde özel eğitim almış, sağlık personelleri görev yapmaktadır.

4.3. Anne ve Çocuk Sağlığı

Türkiye'de anne ve çocuk sağlığına hizmet veren kurumlar, eski adıyla sağlık ocakları yeni adıyla aile sağlığı merkezleri, sağlık evleri, anne çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ve hastanelerin ilgili bölümleridir. Belirtilen bu merkezlerde düzenli aralıklarla gebelerin sağlık kontrolleri yapılmakta, gebelikten korunma yöntemleri konusunda danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Doğumdan itibaren çocukların gelişimi izlenmekte ve belirtilen sürelerde aşıları yapılmaktadır.[2]

Şekil.14. Anne ve Çocuk Sağlığı

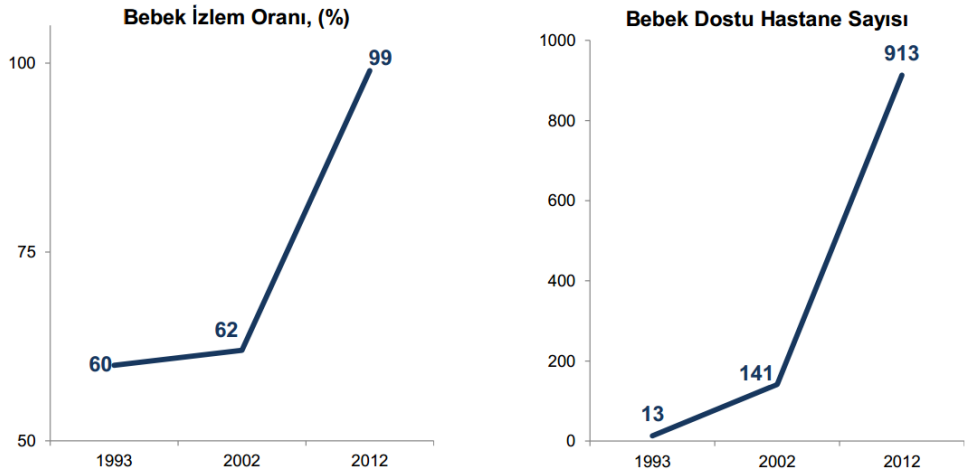


Kaynak: R. Akdağ, Sağlık Bakanlığı, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu Türkiye SDP'nın 10. Yılı, 20 Kasım 2012d, s.51; http://saglik.gov.trbutce2013.pdf (08.05.2014)

Gelişmiş toplumlarda ve günümüz modern sağlıklı yaşam anlayışında anne ve çocuk sağlığına verilen önem ülkelerin geleceklerini oluşturacak nesillerin hangi oranda ve nasıl bir sağlık düzeyine ulaşacaklarını gösterecektir.

[1] TCSB, "Afet Acil Durum Yönetim Başkanlığının Görevleri", 2014; www.acilafet.gov.tr./pages.asp?nid=497 (20 Ocak 2014)
[2] N. Akyıldız, Anne Çocuk Sağlığı I, Ankara, 2000, s.7

Şekil.15. Bebek İzlem Oranı ve Bebek Dostu Hastane Sayısı



Kaynak: R. Akdağ, SB, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu Türkiye SDP'nın 10. Yılı, 20 Kasım 2012d, s.52; http://saglik.gov.trbutce2013.pdf (08.05.2014)

Tablo.6. Yaşam Göstergeleri

Yaşam Göstergeleri	**1993**	**2002**	**2011**
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (yıl)	69,3 (1995)	71,8	**75** (2009)
Bebek Ölüm Hızı (binde)	53,0	31,5	**7,7**
Anne Ölüm Oranı (yüzbin canlı doğumda)	**89,0**	**64,0**	**15,5**

Kaynak: OECD Health Data, TNSA 1993, WHO Revised 1990 Estimetes of Maternal Mortality, DSO World Health Statistics 2012, Sağlık İstatistik Yıllığı 2011, R. Akdağ, SB 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu Türkiye SDP'nın 10. Yılı, 20 Kasım 2012, 2012d, s.139; http://saglik.gov.trbutce2013.pdf (08.05.2014)

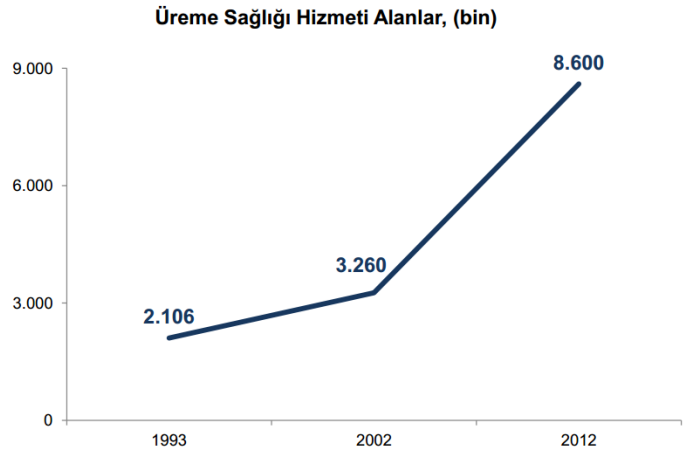
İkinci dünya savaşında yaşanan deneyimlerin tıp alanındaki yaşanan gelişmeleri olumlu yönde etkilediği kaçınılmazdır. Bu olumsuzlukların tıp alanında bir fırsata dönüştürülmesi ve günümüze değin tıp alanında gözlenen iyileşmeler ve gelişmeler, sürekli daha iyi bir teknoloji için yapılan ar-ge araştırmalar ülkelerin artan refah oranları ile insan yaşamı günden güne artmaktadır. 1993 yılı baz alındığında ülkemizde yaşanan göreceli iyileşmeler olumludur. Günümüzde insanı kendi sağlıklarına, yaşam standartlarına ve yaşam kalitelerine son derece önem vermektedir. Bilginin kolay ulaşılabilirliği, ekonomik durumlarındaki iyileşmeler ve

küreselleşen yaşam ile bireyler kendileri için daha iyi sağlık hizmeti beklemekte ve talep etmektedirler.

Üreme sağlığı hizmetleri de anne-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde yürütülmektedir. Üreme sağlığı sorunlarını önleyerek üreme sağlığına ve iyi olma durumuna katkıda bulunan yöntem, teknik ve hizmetler olarak tanımlanmaktadır.[1] Tıp alanında hem bilgi hemde teknolojilerle birlikte üreme sorunları daha iyi teşhis edilmekte, test ve analiz imkânları ile çözüme odaklı stratejiler geliştirilmektedir.

Türkiye'de cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanındaki hizmetlerin kullanılabilirliği ve erişebilirliğinin artırılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve tüm toplumu etkileyen bir olgu olarak cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanındaki koruyucu sağlık hizmetlerinin bilinçlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı çalışmalarını, Türkiye Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı ile yürütülmektedir.[2]

Şekil.16. Üreme Sağlığı Hizmeti Alan Çift Sayısı (bin)

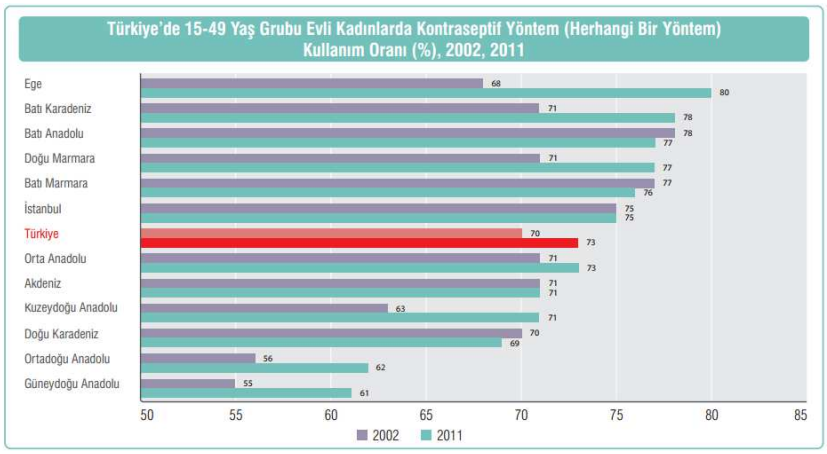


Kaynak: R. Akdağ, SB 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu Türkiye SDP'nın 10. Yılı, 20 Kasım 2012, 2012d, s.53; http://saglik.gov.trbutce2013.pdf (08.05.2014)

Şekil 17 incelendiğinde, Türkiye Cinsel Sağlık ve Üreme Sağılığı programı kapsamında Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarından üreme sağlığı hizmeti alan çift sayısı 2002 yılında 3.260.000 iken 2011 yılında 8.165.000'a yükselmiştir.

[1] Akyıldız, s.7
[2] Akdağ, 2012d, s.117

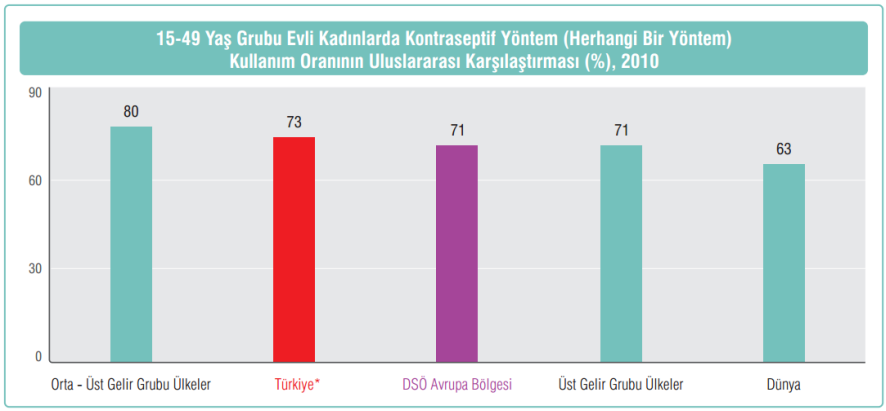
Şekil.17. Türkiye'de 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kontraseptif Yöntem (Herhangi Bir Yöntem) Kullanım Oranı (%), 2002, 2011



Kaynak: R. Akdağ, Sağlık Bakanlığı, SDP İlerleme Raporu (2003-2011), (Ed. R.Akdağ), Aralık 2012b, s.118; http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf (03.05.2014) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2011, World Health Statistics 2012 *Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

Anne ölümlerini önleme de, istenmeyen gebeliklerin ve iki yıldan kısa aralıklarla annelerin gebe kalmalarının önlenmesi son derece önemlidir. Şekil 18 incelendiğinde; Üreme sağlığı kapsamında yöntem uygulayan kişilere ziyaret sayısı 2002 yılında 4 milyon iken 2011 yılı sonu itibariyle 8 milyondur. Doğurganlık çağındaki kadınların %73'ü doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır. Bu belirtilen %73'lük oran DSÖ'nün Avrupa bölgesi oranının üzerindedir.

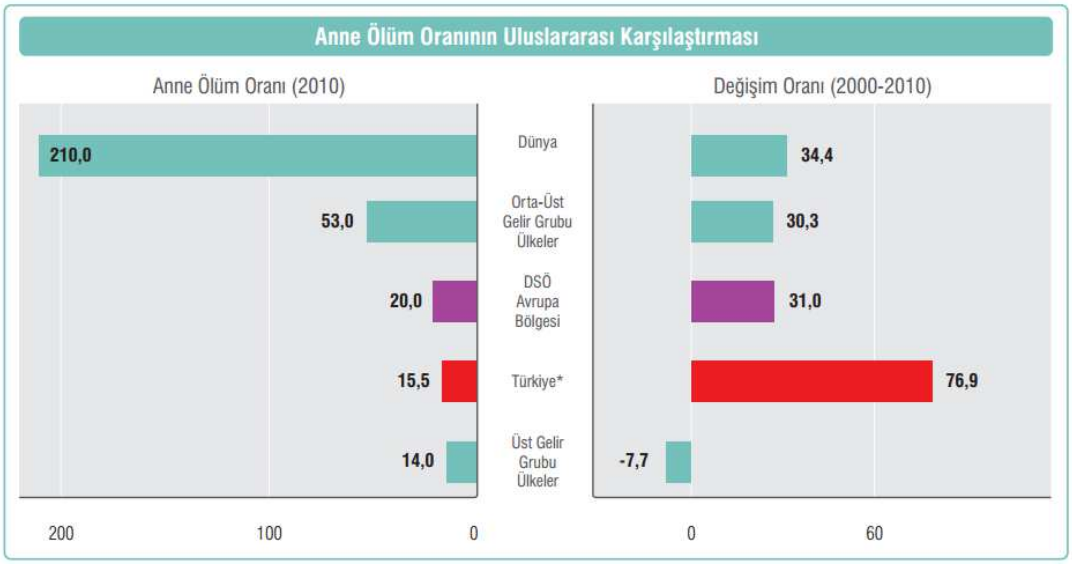
Şekil.18. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kontraseptif (Gebelik Önleyici) Yöntem Kullanım Oranının Uluslararası Karşılaştırması (%), 2010



Kaynak: R. Akdağ, Sağlık Bakanlığı, SDP İlerleme Raporu (2003-2011), (Ed. R.Akdağ), Aralık 2012b, s.118; http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf (03.05.2014) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2011, World Health Statistics 2012 *Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

Hemoglobinpatiler (kalıtsal kan hastalıkları) açısından riskli olan bölgelerde evlenecek olan çiftlerin taramalarının gerçekleştirilmesi, muhtemel risklerin tespiti, evlilik öncesi kadın ve erkeklerin akraba evliliği ve kalıtsal hastalıklar konusunda gerekli eğitimlerin sağlanması, talasemi hastalığı ile ilgili sık rastlanan illerde hemoglobinopati tarama testi uygulanmıştır.[1] Sağlıklı bir toplumu oluşturmanın en önemli göstergesi evlilik öncesi yapılacak olan testler ile muhtemel risk oluşturan çiftlerin taramalarının yapılması sonucu sorunun başlangıç aşamasında çözüme kavuşturulması ile sağlıklı bireylerin topluma kazandırılmasıdır. SDP ile anne ölüm oranını aynı gelir grubu ülkelerle karşılaştırılmasında Türkiye'de gözle görünür bir iyileşme sağlanmıştır (Şekil 19, 20).

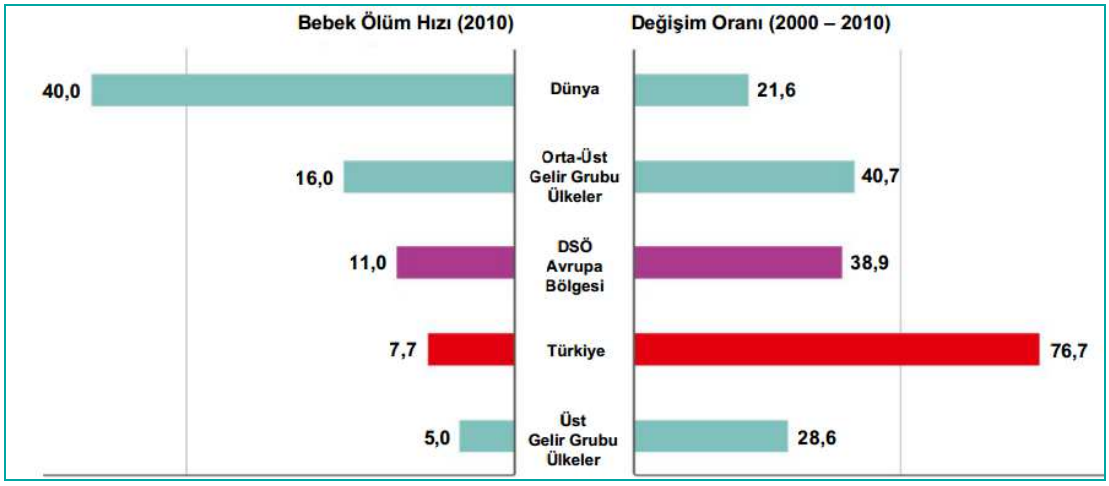
Şekil.19. Anne Ölüm Oranının Uluslararası Karşılaştırması



Kaynak: R. Akdağ, SB, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu Türkiye SDP'nın 10. Yılı, 20 Kasım 2012, 2012d, s.18; http://saglik.gov.trbutce2013.pdf (08.05.2014) SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, DSÖ World Health Statistics 2012, Not: Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

[1] Akdağ, 2012d, s.118

Şekil.20. Bebek Ölüm Hızı (binde)

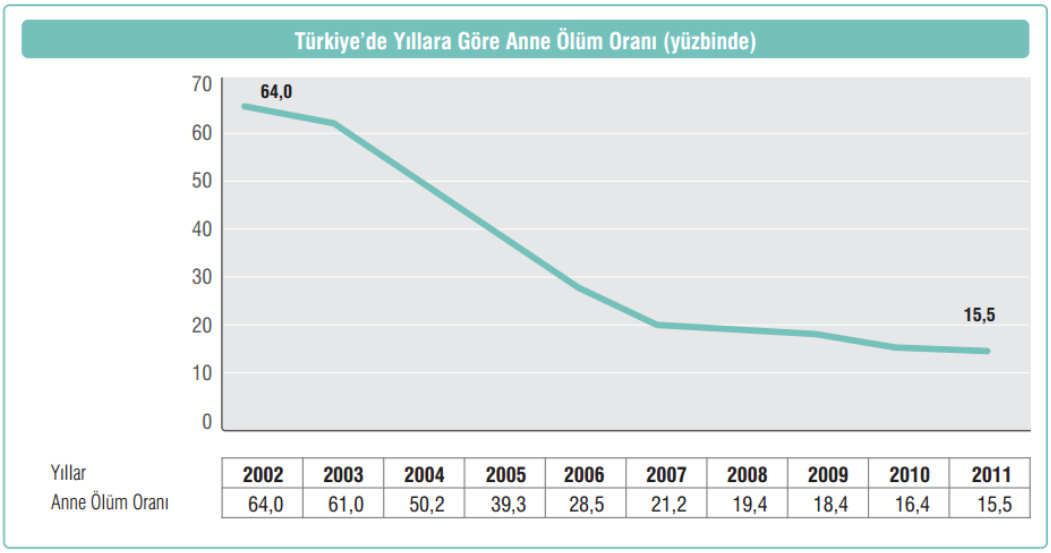


Kaynak: İstanbul Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi "Bebek ve 5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Araştırması 2012", DSÖ World Health Statistics 2012 Not: Türkiye verisi 2011 yılına aittir. R. Akdağ, SB, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu Türkiye SDP'nın 10. Yılı, 20 Kasım 2012, 2012d, s.15; http://saglik.gov.trbutce2013.pdf (08.05.2014)

2000-2010 Aralığında Türkiye'de aynı gelir grubunda olan ülkelerdeki bebek ölümleri %40,7 iken Türkiye'de bu oran %76,7 idi. DSÖ Avrupa Bölgesinin 2015 yılı hedefi binde 9'dur. 2010 yılında gerçekleşen 7,7 ile üst gelir grubu ülkelerdeki 5,0 yaklaşmıştır. UNICEF, 2009 Türkiye'de 5 yaş altı ölüm hızında düşüş adlı çalışmasında; "Doğum öncesi bakımda artış, sağlık kuruluşlarında ve sağlık personeli nezaretinde doğum yapan kadın sayısındaki artış, yeni doğan yoğun bakım hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak gelişmesi, yeni doğanların ve çocukların sağ kalım oranına doğrudan katkı sağlamıştır."[1] Ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren temel ögelerin arasında sayılan anne ve bebek ölümlerinin azaltılması, tüm dünyada önemi bilinmekle beraber bu ilerlemeyle anne ve bebek ölüm hızında düşüş yaşanmıştır.

[1] Akdağ, 2012d, s.16

Şekil.21. Türkiye'de Yıllara Göre Anne Ölüm Oranı (yüz binde)



Yıllar	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Anne Ölüm Oranı	64,0	61,0	50,2	39,3	28,5	21,2	19,4	18,4	16,4	15,5

Kaynak: R. Akdağ, Sağlık Bakanlığı, SDP İlerleme Raporu (2003-2011), (Ed. R.Akdağ), Aralık 2012b, s.128; http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf (03.05.2014) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2011, *Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

Anne ölüm oranlarını azaltmada etkili olan politik bir öncelik olarak belirlenmesinin ve buna göre finansman ayırarak, hizmet ve politikaları kültürel hassasiyetlere göre düzenlemekle sağlanmıştır. Bu hizmetler, hamileler için hastane içinde doğum öncesi anne misafirhanelerin kurulması, anne ve bebek dostu hastane uygulamaları, gebelerin ücretsiz doğum ve tedavinin sağlanması ve acil hallerde ücretsiz kara ve hava ulaşımının sağlanmasını içerir.[1]

4.4. Bulaşıcı Hastalıklar

Bağışıklama hizmetleri bebekleri, çocukları ya da erişkinleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılayarak bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile yürütülen önemli bir temel sağlık hizmetidir. Bağışıklama hizmetlerinde temel amaç, başta bebek ve çocuklar olmak üzere toplumda aşı ile korunulabilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek, dolayısıyla bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri ve sakatlıkları önlemektir.[2]

[1] Akdağ, 2012b, s.125
[2] Akdağ, 2012b, s.134

Tablo.7. Bulaşıcı Hastalıklar Göstergeleri

Bulaşıcı Hastalıklar Göstergeleri	1993	2002	2011
Tüberküloz Prevalansı (yüz binde)	50	38	**24**
Kızamık Yerli Vaka Sayısı	34.285	7.810	**0**
Sıtma Yerli Vaka Sayısı	47.210	10.184	**0**
Tifo Vaka Sayısı	**14.347**	**24.390**	**26**

Kaynak: DSÖ Global Health Observatory Veritabanı, Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987- 1994, Sağlık İstatistik Yıllığı 2011; R. Akdağ, SB, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu Türkiye SDP'nın 10. Yılı, 20 Kasım 2012, s.140

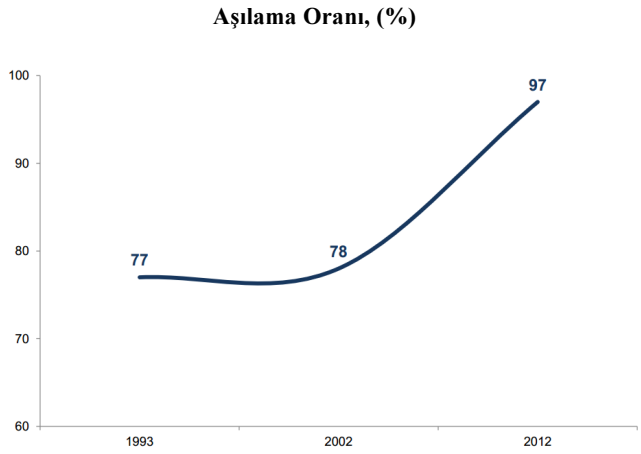
Tablo.10.'da görüldüğü gibi düzenli aşılama ile su ve besinle bulaşan hastalıklarla mücadele kapsamında sürdürülen çalışmalar, sıtma ve kızamıkta büyük aşama kaydedip hastalıkların görülme oranını 0'a düşürmüş, diğer hastalıklarda da görülme sıklığı 2011 yılında düşmüştür.

4.5. Bağışıklama Programları: Aşılar

Bağışıklama Programı ile boğmaca, difteri, tetanos, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tüberküloz, poliomyelit, Hepatit B ve Hemofilus influenza Tip B'ye bağlı hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltarak, bu hastalıkları kontrol altına alınması ve tamamen ortadan kaldırılması amacı ile hassas yaş gruplarına enfeksiyona yakalanmalarından önce ulaşılıp bağışıklanmalarını sağlamak için yapılan aşılama hizmetlerinin tamamıdır.[1] Şekil.22.'de SB'nın Genişletilmiş Bağışıklama Programı çerçevesi içerisinde yapmış olduğu aşılama oranının %97'ye ulaştığı görülmektedir

[1] A.A. Demir, Sağlık Bakanlığı, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Ankara, 2008

Şekil.22. Aşılama Oranları (%)



Kaynak: R. Akdağ, SB, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu Türkiye SDP'nın 10. Yılı, 20 Kasım 2012d, s.49; http://saglik.gov.trbutce2013.pdf (08.05.2014)

4.6. Sağlıklı Çevre Sağlıklı İnsan

Bireyin sağlığını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen unsurların başında bulundukları çevreye, kişilerin tercihleri, alışkanlıkları sebebiyle davranımları ve doğal yaşama koruyucu bir şekilde yaklaşmama olarak söylenebilir. Ekolojik dengenin bozulması ile beraber bireyin sağlığını tehdit eden bir olgu ortaya çıkmaktadır. Çevre Kanununda yapılan tanıma göre "Çevre: Canlıların yaşamları boyunca ilişkilerini sürdürdükleri ve karşılıklı olarak etkileşim içinde bulundukları biyolojik, fiziksel, sosyal, ekonomik ve kültürel ortamı, Çevre korunması: Çevresel değerlerin ve ekolojik dengenin tahribini, bozulmasını ve yok olmasını önlemeye, mevcut bozulmaları gidermeye, çevreyi iyileştirmeye ve geliştirmeye, çevre kirliliğini önlemeye yönelik çalışmaların bütününü, Çevre kirliliği: Çevrede meydana gelen ve canlıların sağlığını, çevresel değerleri ve ekolojik dengeyi bozabilecek her türlü olumsuz etkiyi, Sürdürülebilir çevre: Gelecek kuşakların ihtiyaç duyacağı kaynakların varlığını ve kalitesini tehlikeye atmadan, hem bugünün hem de gelecek kuşakların çevresini oluşturan tüm çevresel değerlerin her alanda (sosyal, ekonomik, fizikî vb.) ıslahı, korunması ve geliştirilmesi sürecini, ifade eder."[1] Sağlıklı Çevrenin ve bireylerin yaşamlarını sağlıklı, sürdürebilmeleri için gerekli ortam sağlanmalıdır.

[1] TBMM, "Çevre Kanunu" Resmi Gazete, 11.8.1983, S.18132, C.22; Madde 2 (Değişik madde: 5491 s. K. m.2 – RG: 13 Mayıs 2006 – S. 26167), s.499
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=49:vre-kanunu&Itemid=28 (12.12.2014)

Çevre kirliliği günümüz başlıca dünya sorunlarındandır. Gürültü, hava, su kirliliği ve başka birçok olumsuz etken, canlı düzen ve dengesini sağlayan çevrenin kirlenmesine, bozulmasına neden olur. Çevrenin korunması ve çevre sorunlarının çözümünde insan önemli rol oynar.

Bireylerin dolayısıyla da toplumun sağlığını koruyucu sağlık hizmetleri yanında, bireylerin bilinçlenmesi, kendi sağlıkları üzerinde doğru karar verebilecek bilgiyle donanması, sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Hastalık etkenlerinin oluşumunu önleyerek, verem, kanser gibi hastalıkları kontrol altına almak, çevre atıklarının zararlarını ortadan kaldırmak için tüm tedbirleri almak için önemli etkenler şöyle sıralanabilir. Kullanma ve içme sularının kontrollerini uluslararası standartlara uygun hale getirmek, kanalizasyon ve altyapı sistemlerinin düzenli çalışmasının sağlanması ve arıtma tesislerinde sonlanacak şekilde çağın gerekleri doğrultusunda iyileştirilmesini sağlamak, çöplerin ve çöp tesislerinin, çevre sağlığını etkilemeyecek şekilde düzenlenmesi, endüstriyel bölgelerde meydana gelen atıklar için modern teknoloji ile kurulan toplama ve arıtma tesislerinin kurulması, hızlı şehirleşme ile birlikte artan şehir nüfusunun birinci basamak sağlık hizmetlerini karşılayacak şekilde geliştirilmesi, şehirleşme ile beraber artan çevresel olumsuz faktörlerin azaltılması yönünde sürdürülebilir programlar oluşturulması, çevrenin korunması için ve eğitici program ve yayınlar ile toplumu bilinçlendirilmesi ile bir çok sorunun önüne geçilerek dolayısıyla, sağlık hizmetlerine duyulacak gereksinimi de azaltacaktır. Çevre sağlığı yerine getirilmemiş bir alanda yaşayan insanların sağlıklı olabilmesi düşünülemez.

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler;

“ • Temiz su kaynaklarının sağlanması,
- Hava kirliliğinin kontrolü,
- İş sağlığı ve güvenliği,
- Atıkların kontrolü,”[1]

[1] Sülkü, s.13

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin insan sağlığı üzerinde son derece önem taşıdığı bu alanda eğitim almış personelce yürütülmesi, insan sağlığını olumsuz yönde etkileyecek fiziki, kimyasal ve biyolojik çevre faktörlerinin ortadan kaldırılması ve korunması ile mümkün olacaktır.

4.7. Sağlıklı Beslenme

Sağlıklı bir toplumun geleceği, bireylerin sağlık düzeyini yükselterek, verimli, üretken, sağlıklı nesillerin yetiştiği, ekonomik, sosyal ve kültürel yönden doyuma ulaşmış bireylerden kurulu olmalıdır. Günümüzde insanların daha riskli yaşam sürmekte, modern yaşamın sağladığı imkânlar sayesinde daha az hareket etmekte ve beslenme (fast-food) alışkanlıkları da olumsuz yönde etkilenmektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde ön şart yeterli ve dengeli beslenme ile hareketli yaşam tarzının benimsenmesi gerekmektedir.

5179 sayılı kanuna göre kurulan Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı kurularak, toplumun beslenme konusunda bilinçlendirilmesi, obezite ve toplumda sık görülen beslenme sorunlarının önlenmesi ve daha hareketli bir yaşam tarzının benimsetilmesine yönelik çalışmalar yürütülmektedir.[1] DSÖ (2008), obeziteyi sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır. [2] Görpelioğlu, obeziteyi; "İnsan ömrünü kısaltması ve ortaya çıkardığı yan etkilerle de yaşam kalitesini bozması nedeniyle bir hastalık olarak tanımlamaktadır."[3] Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı 2010 yılında uygulamaya girmiştir. Bireylerin sağlıklı yaşam kapsamında: Vücut kitle indeksinin hesaplanması, porsiyonlarda küçültme ve hareketi arttırmak için çeşitli faaliyetler gerçekleştirilmektedir.

Obeziteye neden olan faktörler ise; enerji yoğun gıdalara kolay ulaşılması, durağan yaşam, dengesiz beslenme; yetersiz fiziksel aktivite, bazı endokrin hastalıklar (metabolik sendrom, diyabet, hipotiroidi, polikistik over sendromu,

[1] R. Akdağ, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, (Ed. R. Akdağ), Ankara, 2008c, s.105; http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/TSDP.pdf (03.06.2014)

[2] İ. Yetkin, Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı, "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sağlık Bakanlığı", Ankara, 2013, s.20

[3] İ. Görpelioğlu, Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı, "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sağlık Bakanlığı" ,Ankara, 2013, s.5

cushing sentromu, büyüme hormonu yetmezliği, genetik sendromlar) olarak sayılabilir. Obezitenin risk faktörleri ise; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, evlilik, doğum sayısı ve doğumlar arası süre, beslenme alışkanlıkları, sigaranın bırakılması ve alkol alışkanlığı, sosyo-kültürel, sosyo-ekonomik durum, genetik faktörlerdir.[1]

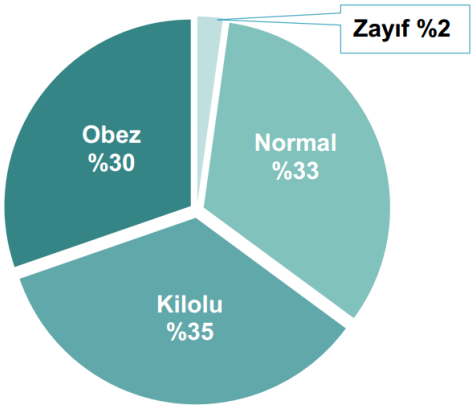
Obezitenin tedavisi olmadığında yan etkileri ile birlikte yaşam süresinin kısalması, yaşam kalitesinin bozulması, doku ve organlarını olumsuz yönde etkileyen birçok kronik hastalık oluşmaktadır. Tüm dünyada obezite *çağın hastalığı* olarak nitelendirilmektedir. Obezite ve neden olduğu hastalıklar sonucunda sağlık hizmetleri daha çok kullanılmaktadır. Sağlık kuruluşlarına kilo kontrolü nedeniyle başvuran bireylerin sayısı gün geçtikçe daha çok artmaktadır. Kısıtlı kaynakların özellikle de sağlık kaynaklarının etkili kullanımında önlemek iyileştirmekten daha kolaydır ilkesi ile aile hekimlerinin koruyucu hekimlik ve danışmanlık görevlerini ön planda olmasını gerektirmektedir.[2] Dünyada aile hekimlerinin sağlık hizmet sunumunda birinci basamakta olması, kolay ulaşılabilirlik ve sürdürülebilir olması, hem kişisel hem de toplumun bakışı obezitenin önlenmesinde ve tedavisinde büyük önem ve sorumluluk taşımasını sağlamıştır. Obezitenin ilk tanısının birinci basamakta konması son derece önemlidir.[3]

Türkiye'de etkili bir sevk zinciri sisteminin istenilen ölçüde olmaması ve bireylerin katkı paylarının yüksek olmasına rağmen birinci basamak sağlık hizmeti kuruluşlarını tercih etmemesi, obezite ile mücadele programının yürütülmesinde sıkıntılar oluşabilir. Aile hekimleri, kendilerine kayıtlı olan bireylerin obezite açısından yüksek risk taşıyan hastalara kilo kontrolü, sağlıklı beslenme ve sağlıklı vücut ağırlığı konusunda bireylere eğitim vermeli ve danışmanlık yapmalıdır. Ancak programın başarılı olması diğer sağlık personelleri ile işbirliği yapılarak toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

[1] Yetkin, s.22
[2] V. Balenescu, Dünya Sağlık Örgütü Bülteni, http://www.who.int/bulletin/volumes/89/4/11-030411/en/ (08.06.2014)
[3] R. Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 10. Yılı, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu, 2012d, s.62; http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-78664/h/butce2013.pdf (09.06.2014)

Şekil.23. Obezite ile Mücadele Programı

On dokuz Yaş ve Üzeri Bireylerde Vücut Kitle İndeksinin Dağılımı, (%)



Kaynak: R. Akdağ, SB, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu Türkiye SDP'nın 10. Yılı, 20 Kasım 2012, 2012d, s.61;

http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-78664/h/butce2013.pdf (09.06.2014)

Toplumun Beslenme Konusunda Bilinçlendirilmesi Programında, eğitim materyalleri ile sağlık personeli ve toplumun bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi çalışmaları yapılmalıdır.

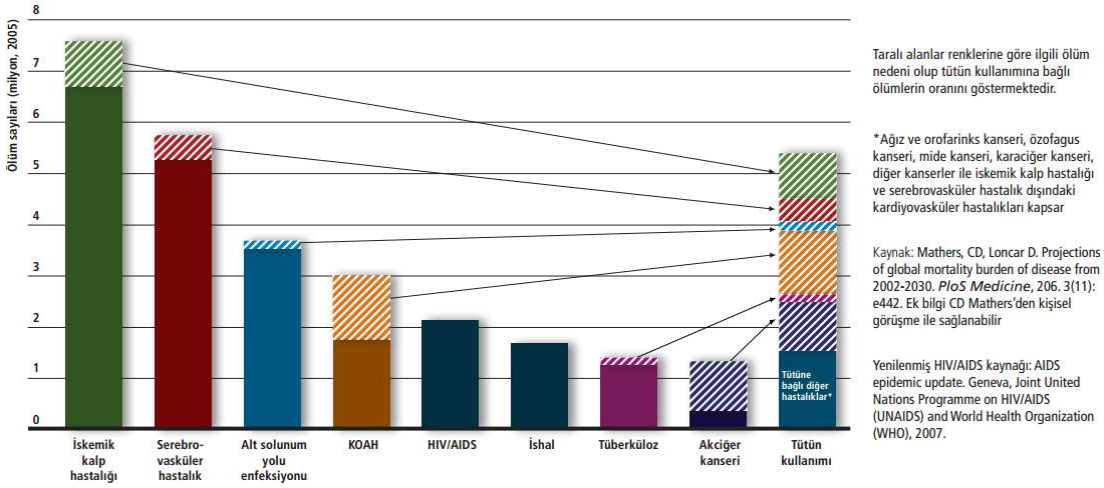
4.8. Alkol, Madde ve Tütüne Bağlı Zararların Azaltılması

DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu 2008'de MPOWER (güçlendirme) tütün kullanımının kontrolü ve sürekli olarak izlenmesi gerekliliğine vurgu yapılarak, beş yöntem belirlemiştir. Bunlar: Tütün kullanımı ve önleme politikası izleme, bireylerin sigara dumanından pasif etkilenimlerinin önlenmesi, sigarayı bırakmak isteyenlere yardım edilmesi, bireylerin sigaranın zararları konusunda uyarılması, tütün reklamı tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakların uygulanması ve tütüne uygulanan vergi miktarının artırılması olarak açıklanmıştır.[1] DSÖ Avrupa Bölgesi Ulusal Tütün Kontrol Toplantısında: "Türkiye, DSÖ M-POWER kriterlerine göre en yüksek uygulama puanı alan dünyada ilk ülkedir."[2] Bununla birlikte bağımlılık yapıcı madde kullanımını tamamen azaltmaktır. Bu politikaların izlenmesi ve uygulanması tütün kullanımını azalttığı kanıtlanmıştır. Ülkemizde uygulanan bu politikalar sonucu

[1] N. Bilir, DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, (Çev.Ed.N.Bilir) MPOWER Paketi, 2008, s.10
[2] TCSB, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü (THSSGM Bülteni), S:41, Ocak, 2013, s.1; http://www.hssgm.gov.tr/alt_menu/bultenler/2013_ocak.pdf, (20.01.2014)

topluca oturulan alanlarda, kamusal veya özel alanlarda, kapalı alanlarda ve birçok alanda sigara içilmesi kanunen yasaklanmıştır.

Şekil.24. Tütün Kullanımı Dünyada En Sık Sekiz Ölüm Nedeninden Altı Tanesi İçin Risk Faktörü



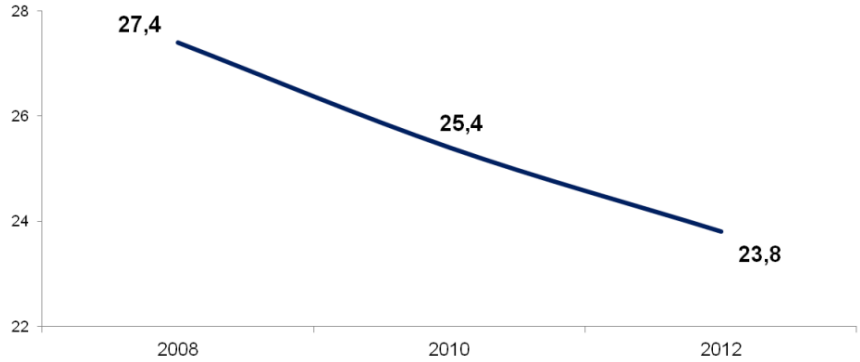
Kaynak: N.Bilir, DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, (Çev. Ed.N.Bilir) MPOWER Paketi, 2008, s.9

Şekil 24'deki taralı alanlar renklerine göre ilgili ölüm nedeni olup, tütün kullanımına bağlı ölümlerin oranlarını ifade etmektedir. Alkollü içkiler sektörü dünya genelinde düzenleme ve denetimlerin sıklıkla kullanıldığı alanlardır. Devletin sosyal sorumluluk temelinde halkın sağlığına zarar veren alışkanlıkların zararlarını ve bireylerde bağımlılığa yol açtığı düşünülen, birçok sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına neden olan ve sosyal hayatın alanlarına yayılarak suç işleme, trafik kazası, intihar gibi sonuçlara yol açan sebepleri ortadan kaldırmaya çalışmasıdır. DSÖ yaptığı çalışmaları ile alkol kullanımının insan sağlığını ciddi şekilde bozucu etkilerini ortaya koymuştur. Alkolün, suç işleme, trafik kazaları, aile içi şiddet ve toplum huzurunu bozucu etkileri bulunmaktadır. DSÖ 63.ncü Dünya Sağlık Asemblesi 2010 ile alkolün zararlı kullanımını azaltmak amacıyla küresel stratejiyi onaylamıştır.[1]

[1] S. Kuş, Alkol Kontrolü Stratejileri, Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu, Ankara, 2012, s.5

Şekil.25. Tütünle Mücadele Programı

15 Yaş Üzeri Nüfusun Her Gün Tütün Kullanma Durumu, (%)



Kaynak: R. Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 10. Yılı, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu, 2012d, s.70;
http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-78664/h/butce2013.pdf (10.06.2014)
TUİK, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2008; TÜİK, Sağlık Araştırması, 2010; TUİK, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012;

Sağlıklı bireyin/toplumun temel ön şartı insan yaşamının olağan döngüsünün zarara uğramasıdır. Bireylere sağlıklı bir yaşam sunulması için düzenlenmesi gereken, tütün, alkol, madde bağımlılığı kullanımında bireylerin dolayısıyla toplumun tüm dengelerini bozan bağımlılıklardan bireylerin kurtulması yönünde atılmış ve atılacak adımların tam anlamıyla yürütülmesi toplumun bugünü ve yarını için son derece önemli olacaktır.

4.9. Akıl ve Ruh Sağlığı

SDP ile DSÖ'nün ruh sağlığı politikaları ile ilgili önerdiği yedi başlık çerçevesinde yürütülmektedir. DSÖ'nün ruh sağlığı alanı ile ilgili modern tespitleri mevcuttur. Politika metnindeki temel öneriler şu şekildedir:

"• Ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu,
- Toplumu esas alan rehabilitasyon çalışmalarının yapılması,
- Ruh sağlığına ayrılan kaynak miktarının arttırılması,
- Ruh sağlığı alanı ile ilgili gerekli yasaların çıkartılması,

- Damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması,
- Ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün eğitilmesi ve arttırılmasıdır."[1]

Belirtilen bu kriterler ile birlikte SB Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlanmıştır. 2005 tarih ve 14160 sayılı *Ruh Hastalarının Sevk ve Takipleri Hakkında* hazırlanan genelge ile ruh hastalarının sevk ve takipleri çağdaş hukuk kuralları gözetilerek düzenlenmiştir.[2] Ruh sağlığı hastalarının hastalıklarının doğasına uygun hizmetlerin verilmesi amacıyla bu hastalara ayrılan yatak sayıların artırılması, bu alandaki yasal düzenlemeler yapılarak ruh sağlığına etki eden faktörlerin ortadan kaldırılarak eğitim ve araştırma faaliyetlerine önem verilmesi gerekmektedir. Bu hastalıklarda kullanan ilaçların akılcı şekilde kullanılması, çocukların psiko-sosyal gelişiminin desteklenerek çocuklara yönelik ruh sağlığı hizmetleri verilmesiyle hastaların hastalıktan önceki doğal yaşam döngüsüne kazandırılmalarının sağlanmalıdır. İnsan sağlığının geliştirilmesindeki ana amaç; akılcı sağlık davranışlarının toplumda geniş tabana yayılarak uygulanmasının sağlanmasından geçmektedir. Bu kapsamda sağlığı geliştirme uygulamaları, bireylerin, bireysel seçim ve sosyal sorumluluklarını geliştirerek kendi sağlıklarına gerekli özeni göstermelerini sağlamaktadır.

4.10. Sağlığın Geliştirilmesi, Kronik Hastalıklar İçin Toplumsal Hareket ve Bilinç Gelişimi

Sağlığın geliştirilmesi *healt promotion* kavramı, bireylerin *optimal sağlık* durumunun sağlanması yönünde hareket edebilmeleri için yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım eden bir yaklaşımdır.[3] Sağlığın geliştirilmesi DSÖ'nün mevcut sağlık tanımını bütünlemesi açısından hükümetlerin sağlık alanındaki sorumluluklarının desteklenmesi, sağlığı toplum adına savunması ve sağlığa çoğulcu katılımı desteklemesi eklenebilir.

---

[1] R. Akdağ, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, (Ed. R. Akdağ), Ankara, 2008c, s.121; http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/TSDP.pdf (03.06.2014)

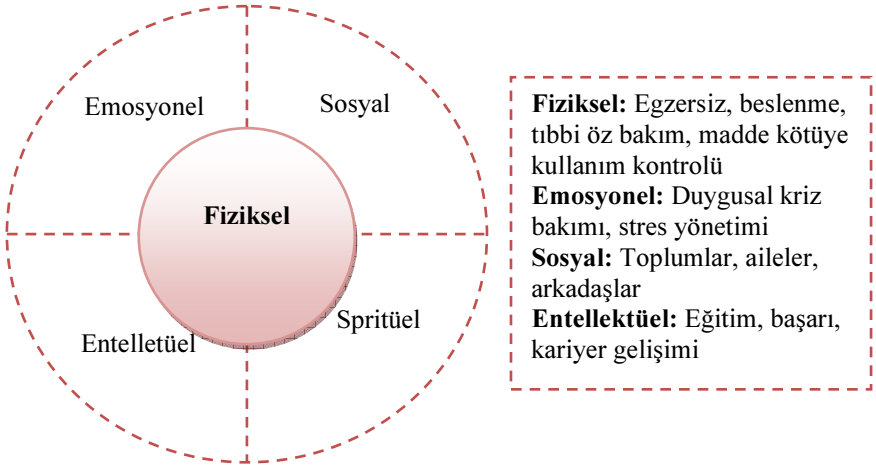
[2] TCSB,"Ruh Hastalarının Sevk ve Takipleri Hakkında" genelge; www.sağlik.gov.tr (19.01.2014)

[3] S.Aydın, Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu, Sağlık Bakanlığı, 13-18 Kasım, Ankara, 2013, s.17

Genel olarak sağlığın geliştirilmesi beş ana prensip mevcuttur. Bunlar:

"1. Sağlığın geliştirilmesi, var olan koşullara bağlıdır.
2. Sağlığın geliştirilmesi, DSÖ'nün sağlık tanımının üç boyutunu tamamlamaktadır.
3. Sağlığın geliştirilmesi, hükümetlerin sağlık alanındaki sorumluluklarını destekler
4. Sağlığın geliştirilmesi, sağlığı toplum adına savunur.
5. Sağlığa katılım, sağlığın geliştirilmesinin başlıca unsurudur." [1]

Şekil.26. Sağlığı Geliştirmede İdeal Sağlık Dengesi



Kaynak: S. Özcan-A. Bozhüyük, "Sağlığın Geliştirilmesi ve Aile Hekimlerinin Rolü". 2013;7(3): 46-51, s.47; http://www.cukurovaaile.org/tjfmpc/2013_3/2013_3_3.pdf (12.06.2014)

Sağlığın teşviki veya sağlığın geliştirilmesi ile bireylerin, yaşam tarzlarını olumlu yönde değiştirmelerine yardımcı olan bu amaç doğrultusunda sağlık eğitimi, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmeyi, toplumun sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmayı ve kişilerde sağlıkla ilgili düşünce, inanç, tutum, davranış ve yaşam biçimi değiştirmeyi amaçlamaktadır.

Sağlık, bireyler ve toplum için en önemli konudur. Bireyler gelişen ve değişen yaşamları ile birlikte günümüzde; hastalıklara karşı korunma, kendi ve ailesini sağlıklı bir çevrede yaşamasını, çalıştıkları işyeri ortamının hijyenik ve güvenli olmasını, sağlık hizmetlerinde de güvenilir, kaliteli, erişilebilir yüksek standartta bir sağlık hizmeti almayı talep ederler. Bireylerin tüm bu beklentilerine

[1] Özcan- Bozhüyük, s.47

karşılık SB, ihtiyaçlar doğrultusunda politikaları belirleyerek planlama yapmalıdır. Bireylerin daha sağlıklı tercih yapabilmeleri için doğru, güvenilir bilgi verilmesini sağlamak, sağlıklı bireyleri ve hastaları desteklemek, sağlığı geliştirmek, beslenme, fiziksel aktivite, zararlı alışkanlıklar gibi birey sağlığını etkileyen faktörleri kontrol etmeli ve düzenleme yapmalıdır.

Sağlık Bakanlığı bu amaçla Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı ve Kronik Hastalıklar ve Durumlar Daire Başkanlığını kurmuştur. Kurumların görevleri: sağlık açısından öncelikli sorunları ve öncelikli grupların tespit edilmesi, hastalıklar ve risk faktörleri konusunda gerekli tarama programlarının planlanması ve yürütülmesi, kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, üniversiteler ve diğer örgün eğitim kurumları, sivil toplum kuruluşları, işyerleri vb. gibi işbirliği içerisinde ulusal sağlığın geliştirilmesi programlarının yürütülmesi, uluslar arası kuruluşlarla (DSÖ, AB, OECD vb.) koordinasyon, işbirliği ve ortak sağlığın geliştirilmesi programlarının yürütülmesi, takip ve değerlendirilmesidir.[1]

Bakanlık, hastalıkların araştırılması, hastalıklara ilişkin toplumun bilinç düzeyinin arttırılması ve hastalıkları oluşturan risk faktörleriyle mücadele ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, sağlık açısından olumsuzluk oluşturacak risk faktörleri belirlenerek önlem alınmasıyla bireylerin sağlığı korunmalıdır. Sağlık harcamalarının alınan koruyucu önlemlerle azaltılarak yatırım gerektiren alanlara kaynaklar yönlendirilmelidir.

[1] Akdağ, 2008c, s. 126

5. 2002 SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARININ SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM HEDEFLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

1990 yılında DB ile imzalanan anlaşmayla ülkemiz gündemine giren Sağlık Projesi sağlık sisteminde köklü değişikleri içermesi ve kamu sağlık kurumlarının işletmeleştirilmesi, özelleştirme anlamındaki yapısal dönüşüm için bir milattır. Bu anlaşma sağlıkta dönüşümün finansmanını sağlamak için bir borç anlaşması niteliğindedir. DB'ndan sağlanan krediler ile SDP için gerekli olan altyapı çalışmaları (otomasyon, aile hekimliğine geçiş eğitimleri, vb.) için kullanılmıştır. 1990 yılından itibaren görevde olan hükümetler sağlıkta reform çalışmalarına destek vererek gereken yasaları hazırlamışlardır. Ülkemizde yaşanan 2001 krizi ile birlikte sağlık hizmet sunumunda yaşanan hizmet aksaklıkları, uzun kuyruklar vb. nedenlerden, toplumun sağlık hizmetlerinin değişimine istekli oldukları görülmektedir. Toplumun bu değişimlere hazır durumda olduğu bir dönemde uygulamaya başlanmıştır. 2002 yılında seçimlerinde tek başına iktidara gelen 58.hükümet sağlıkta reform için gereken yasa tasarılarını elinde hazır bularak SDP'nı tek başına iktidar olmanın verdiği avantajla birlikte 2003 yılından itibaren uygulamaya koymuştur. SDP'nın temel ilkeleri: Aile Hekimliği Sistemi, GSS, Hastanelerin işletmeler haline dönüştürülmesi, sağlık çalışanlarının performans üzerinden ücretlendirilmesi ve sözleşmeli olarak istihdam edilmelerini içermektedir. 2003 yılında uygulamaya konulan SDP sağlık sisteminin dünü, bugünü ve yarını önemli ölçüde değişim göstermiştir. Sağlık Bakanlığının bu alanda kararlı davranması ve sürdürdüğü politikalar ile ülkemizin sağlık sistemi, 2003 yılı öncesine göre büyük ve kalıcı bir değişim göstermiştir.

Sağlık Dönüşümün temel bileşenleri: sağlık hizmeti satın alan, SGK'nın oluşturulması, Sağlık Bakanlığının planlayıcı-denetleyici olması, sağlık hizmetlerinin özelleştirme ve işletmeleştirmesi, insan kaynakları yönetiminin ve sağlık enformasyon sisteminin güçlendirilmesidir. DB ile Sağlık Bakanlığı, arasında 20 Mayıs 2004 tarihinde imzalanan (Healt Transition Project) ile 2004-2008 tarihleri arasında kullanılmak üzere 71,22 milyon Dolar bir bütçe sağlandı. Bu anlaşma, Şubat 2003 yılında AEP'nda sağlık hizmet finansman ve üretiminin birbirinden ayrılması gerektiği, bu şekilde kaynakların kullanımındaki verimliliği artırmak için hastanelere

otonomi verilmesi gerektiği, birinci basamakta aile hekimliği gibi saptama ve önerilere katılma gerekliliğini belirtmektedir.[1]

SDP öncesinde kamu hastanelerinde çalışan doktorlar, kamu hastanelerinde ve özel muayenelerinde yarı zamanlı olarak çalışmaktaydı. Sağlık Bakanlığı bu çalışma şeklinin hizmet sunumunda kaliteyi düşürücü etkisi ve hasta-hekim güvenini ortadan kaldırdığını varsayarak, sağlık hizmetlerine erişimine kolaylaştırmak adına Tam Gün Yasasını yürürlüğe koymuştur. [2] Tam gün yasasıyla profesör ve doçentler mesai dışında özel hastane ve vakıf üniversite hastanelerinde çalışabilecek, kamuda çalışan doktorlar mesaileri dışında 30 saati aşmayacak şekilde işyeri hekimliği yapabilecek, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) sözleşmeli profesör ve doçent çalıştırabilecektir.

SDP'nda 2003-2012 aralığında SSK hastaneleri ve diğer kamu kurumları hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devri ile gerçekleşmiştir. İnsan ihtiyaç ve beklentilerinin gün geçtikçe artması sağlık hizmetlerininde de aynı paralellikte artması anlamındadır. Bu artışın göreceli olarak tam anlamıyla sunulan hizmetin kalitesini de aynı oranda arttırması için yeterli olmayacaktır. Üretilen sağlık hizmetlerini talep eden bireylerin ihtiyaç ve isteklerinin tam olarak belirlenmesi ve onların uluslararası standartlar doğrultusunda karşılanması için yapılacak çalışmalar kalitenin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi yönünde gerçekleşmelidir. Sağlık Bakanlığı bunları hedef alarak Kamuya ait sağlık işletmelerinde, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla tek çatı altında birleştirerek kaynak ve personel ihtiyaçlarını tespit etme yönünde çalışmalar yapmıştır. İstihdam planlamasıyla beraber personel hareketlerini de düzenleme çalışmaları yapmıştır.

KHB, SDP'nin temel felsefesi ile hizmet sunumunun verimli ve etkin sunularak toplumun tüm kesimlerine aldıkları hizmetin memnuniyetine odaklanan özel sektörün çağdaş yönetim anlayışına sahip olan en önemli parçalarından biridir. Kamu kurumlarının atıl, verimsiz ve kalite odaklı hizmetten uzak ve etkin olarak yapılmadığı algısıyla tüm bu belirtilen sınırlı olan kaynakların verimlilik ve etkililik

[1] Belek, s.27
[2]TCSB, "Tam Gün Yasası Uygulaması Hakkında Genelge";
http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-88647/h/tam-gun-uyggenelge-8-1.pdf (05.03.2014)

esasıyla yönetilmesi önemlidir. KHB'nin stratejik hedefi; performans, kalite, verimlilik, kaynak oluşturma ve bunların modern ölçümleme ve izleme yöntemiyle izlenilebilir olmasını sağlayarak, kamu kurumlarının maksimum kalite olgusu anlayışını oluşturma ve bunların aynı kalite sürdürülebilir olmasını sağlamaktır.

Koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve modern sağlık anlayışı olarak nitelendirilen aile hekimliği uygulaması başlamış ve ülkemizdeki tüm illere yaygınlaştırılmıştır. Gelişmiş ülkelerde ve dünyada birçok ülkede farklı kapsamlarda hizmet sunumu yapan aile hekimliği uygulaması dönüşüm programının en önemli başlıklarından biridir. Dönüşüm programında birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanması planlanan fakat birçok aksaklıklar ile hayata geçirilememiş olan sevk zinciri sisteminin tam anlamıyla yerine getirilememesi program için engel oluşturmaktadır. Sevk zinciri uygulamasındaki temel amaç birinci basamak sağlık hizmetlerinde çözüme ulaşabilecek sağlık konularının birinci basamakta tedavi edilerek ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde gitmeden gereksiz yığılmaları önlemek ve koruyucu sağlık hizmetlerini daha önemli haline getirmektir. Aile hekimliği sistemi birey ve toplum sağlığı için son derece önemli bir konudur. Aile hekimlerinin iki yılda bir yenilenen sözleşmeleri ise iş güvencesinde sıkıntı yaratmaktadır. Ayrıca aile hekiminin ayrı bir ihtisas alanında eğitim almadan hayata geçirilmesinin olumsuz sonuçları tüm toplum ve SB tarafından görülerek yeni bir adım atılmıştır. Aile hekimlerinin uzmanlığı ile ilgili olarak ve Avrupa Birliği üyeliği sürecinde 2017 yılına kadar mevcut Aile Hekimlerinin uzmanlığı sorununun çözümü için güvence vermiştir. Aile Hekimi uzmanlığı konusu sistemin önündeki bir sorun olarak çözüm beklemektedir.

2002-2012 döneminde ülkemizde GSMH meydana gelen olumlu artışlar TÜİK verilerinde kişi başına düşen milli gelir 2011 verilerine göre 15.137 $'dır. Yaşanan bu artışlarla birlikte bireylerin sağlık harcamaları da yıllara göre artış göstermektedir. 2003-2009 arası saptanan sağlık harcamaları 3 milyar TL'den 11 milyar TL'ya çıkarak 3,7 kat oranında artmıştır.[1] SDP'nda tüm vatandaşların eşit bir sağlık hizmetinin sunulması hedefi ile bireylerin sağlık hizmetlerinden

[1] TUİK, www.tuik.gov.tr (20 Aralık 2013)

faydalanabilmesi karşılığında ödemesi gereken bedeli ifade etmektedir. Bireylerin sağlık sigortası aracılığıyla ödeyebilmesi için çalıştığı özel, kamu kuruluşuna göre bir sosyal güvencesinin olması zorunludur. SGK bünyesinde birleştirilen SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığından oluşmaktadır. Evrensel olarak kabul edilmiş olan sağlığın bir hak olduğu ve her vatandaşın bu haktan eşit faydalanması gerektiği hareketle genel sağlık sigortasını içinde sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için özel veya genel sağlık sigortalarına sahip olmayan ve maddi imkânı dâhilinde bunu karşılayamayan bireylerin primleri devlet tarafından ödenmektedir. Bunun şartı ise gelir durumu yetersiz olan bireylerin 01.01.2012 tarihinden itibaren *gelir tespiti* yaptırması zorunluluğudur. [1]

SDP ile gelir seviyesi düşük olan vatandaşlar için uygulanan *Yeşil Kart* ile sağlık hizmetlerinden tamamen ücretsiz bir şekilde yararlanmaları sağlanmıştır. Yeşil kart kullanan birey sayısı 9,5 milyondur. GSS kapsamı dâhilinde yeşil kart sahibi olanlar gelir testi uygulanacak ve gerçek gelirleri hesaplanarak asgari ücretin üçte biri oranında geliri olanların primleri devlet tarafından karşılanacak bunun üzerinde olanlar ise GSS'na pirim ödeyecektirler.[2]

SDP'nın uygulamaya geçilmesi ile Sağlık çalışanlarının gösterdikleri performansla, başarısında ya da başarısızlığında söz sahibi olacak olan programın başarısı, eğitimli, performansı yüksek iş gücü ile hizmet veren sağlık çalışanlarına bağlıdır. Sağlık çalışanlarının motivasyonunun yüksek tutulması, çalışma ortam koşullarının fiziki anlamda düzenlenmesi, ekonomik anlamda yaşam standartlarını koruyan, mesai saatlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin eksiksiz sağlanması, nöbet, icap yoğun çalışma şartlarının ve ücretlerinin iyileştirilmesi, yıldırma, şiddete maruziyetlerinin ortadan kaldırılması ile SDP'nın başarısı ve etkinliğinin sağlanacağı aşikardır. Sağlık hizmet sunumu yapan çalışanların etkili ve verimli olabilmesi için yukarıda bahsedilen bütün şartları ile iyileştirilmiş olmasına bağlıdır. Son derece yaşamsal bir görev ifa eden sağlık çalışanlarının performansı ve sunduğu hizmet kalitesi aynı oranda artacak ve etkili olacaktır. SDP ile hem sağlık çalışanlarının performansını arttırıcı bir uygulama olarak hem de hizmet alanlar yani hastalarında

[1]…..,http://www.sgk.com.tr/746-Haber-gelir-testi-yaptirmayanlar-her-ay-213-lira-prim-odeyecek.html Haber Tarihi: 25.01.2012, (19.11.2013)
[2] TCSB, www.sgk.gov.tr (20.12.2013)

yaşanan sorunların çözüme kavuşturulması amacıyla Performansa Dayalı Ücret sistemi uygulamaya geçilmiştir. Performansa Dayalı Ücret sistemi ise yalnızca Hekimlere Döner sermaye ödemelerinin performansa göre yapılması diğer sağlık çalışanlarının arasındaki ekip ruhunu zedelediği ve iş yükünü artırdığı görülmüştür. Hekimlerle Yardımcı sağlık personelleri arasında gelir uçurumu meydana gelmiştir. Performans sistemi nedeniyle mutlak endikasyonu (gerekliliği) olmayan ameliyat sayıları artmış ve hasta güvenliği tehlikeye atılmıştır. Yine A gurubu ağır ameliyatlar yerine riske girmeden daha çok puan getiren B ve C gurubu orta ve küçük ameliyatlar daha çok yapılmaya başlanmış, riskli hastalar sevk edilmiştir. Bunların sonucunda da mali açıdan ülke ekonomisine bakan yönü ile sağlık harcamaları da artarak devam etmektedir.

Ölçme ve değerlendirmeyi yapan yöneticilerin hakkaniyet ölçüsünde ve objektif davranmaları gerekmektedir. Sağlık çalışanlarına hizmetiçi eğitimlerinin verilmesi, artan sağlık personeli için eğitim veren lisans ve lisansüstü kurumlarının eğitim kalitesinin arttırılması gerekmektedir. Sağlık hizmet sunumundan yararlanan bireylerin hizmetler ile bilgilere kolayca ulaşabilmelerinin sağlanması ve bilgilendirici çalışmaların sürekli yapılması bireyler açısından da önem arz etmektedir.

SDP'nin uygulamaya başlanması ve toplumu tüm kesimlerinin yenilikler karşısında gerekli bilgi ve yeniliklere uyum sağlaması amacıyla açıklamalar, bilgiler verilmelidir. Karmaşık yasalar ve kararnameler bu hizmeti alan ve verenler açısından sadeleştirilerek doğru bilgilendirmelerle verilmelidir. Bu amaçla SB ve SGK bünyesinde oluşturulan web siteleri ve iletişim hatlar ile bu alandaki taleplerin karşılanması amaçlanmıştır. "Alo 113 Çalışan Güvenliği, Alo 184 SB İletişim Merkezi, Alo 150 BİMER; Başbakanlık İletişim Merkezi, Alo 184 SABİM; SB İletişim Merkezi, Alo 182 Hastane Randevu Merkezi, MHRS Sistemi, Hekim Seçme Hakkı, Hasta Hakları ve Halkla İlişkiler, Alo 171 Sigara Bırakma Hattı, SGK www.sgk.gov.tr, www.saglik.gov.tr, Aile Hekimliği Hizmeti, Evde Bakım Hizmeti, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Dumansız Hava Sahası vb. gibi hizmetler sunulmaktadır. Ayrıca SB, SDP ile ilgili her türlü bilgileri içeren ilerleme raporları

ile kamuoyunun bilgisine sunmaktadır."[1] SDP ile bireylerin gereksinim duyduğu sağlık hizmetini uygun, kolay erişilebilir ve sürdürülebilirliği sağlanmak istenmektedir, Sağlık çalışanlarının da performansı ile oluşacak bu program bireylerin güvenlik ve mahremiyetlerini koruyucu her türlü yasal hakkının korunmasıyla etkili ve verimli, teşhis, tedavi ve rehabilitenin olumlu bir sonuç alınana kadar tamamlanması sürecini kapsamaktadır.

SDP uygulamaya girdiği 2003 yılından itibaren yapılan köklü değişimler ana hatlarıyla şunlardır; Nisan 2003 Performansa Dayalı Ücret Sistemi, Eylül 2003 devlet memurlarının sevksiz özel hastanelere başvuru imkânı, Ocak 2004 SB-SSK kurumu sağlık tesisleri ortak kullanımı, Mart 2004 Reçeteli ilaçlarda KDV %18'den %8'e indirilmesi, Referans Fiyat Sistemine geçilmesi, Şubat 2005 SSK sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı'na devri, Mayıs 2005 Aile Hekimliği pilot uygulamasının başlaması, Mayıs 2006 SGK'nın kurulması, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı SGK çatısı altında toplanması, Haziran 2007 SGK SUT (Sağlık Uygulama Tebliği), Ekim 2007 GSS sistemine geçiş, Ocak 2009 SB hastanelerinde global bütçe uygulaması, Ocak 2010 Kamu personelinin de GSS kapsamına alınması, Tam gün yasası, Ekim 2012 Kamu Hastane Birlikleri Yasası ile Sağlık Bakanlığı bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları bakanlığın ilgili kuruluş statüsüne göre birliğe dönüştürülmesidir.[2]

6. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE ELEŞTİRİLER

2003 yılından itibaren *SDP* ismi uygulamaya giren program Türkiye'nin sağlık sisteminin sorunlarını çözmek amacıyla dünyadaki sağlıktaki dönüşüm DSÖ politikaları ile uyum içerisinde, sağlıkta reform yolu ile Türk Sağlık Sisteminin yeniden yapılandırılmasıdır. SDP'ye bilgi, finansal ve denetleme konusunda destek sağlayan IMF, DB ve DSÖ'nün katkıları programın belirleyicisidir. SDP uygulama öncesinde sağlık sistemimizde yaşanan ve çözüm bekleyen sorunlar, bu konuda

[1] TCSB, www.sgk.gov.tr (20.11.2013)
[2] TCSB, www.sgk.gov.tr (20.11.2013)

hazırlanan rapor, çalışma ve görüşler ülkemizde sağlık sistemimizde bir reform yapılmasının gerekliliğini ortaya koymuşlardır.

Elbek ve Adaş, 2009 yılında Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme çalışmalarında SPD programını; ekonomik kavramlar ekseninde sağlık alanını ele alan egemen yaklaşımın, kamunun rolü azaltılarak, piyasa dinamiklerine açık, özel sektör yatırımlarını teşvik eden, kârlılığı ve verimliliği temel alan yeniden yapılandırılmayı öngören, kamuda özel sağlık uygulamalarını teşvik eden ve kamu-özel işbirliğini özel sektör lehine geliştirmeyi hedefleyen program olarak belirtmişlerdir. Bu programın dayandığı temelin 1980'lerde benimsenen neo-liberal yapısal dönüşüm politikalarının bir sonucu olarak ifade etmişlerdir. [1]

Anayasamızın 60. Maddesine göre herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar şeklinde belirtilmesi devlete önemli bir sorumluluk verdiğini göstermektedir. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde (madde 22) "herkes, toplumun bir ferdi olarak sosyal güvenlik hakkına sahiptir, sosyal güvenlik, bireyin onuru, kişiliğinin geliştirilmesi için kaçınılmaz ekonomik, sosyal ve kültürel hakların tatmin edilmesine dayanır ilkesi ile yer almıştır."[2] Nüfusun hızla yaşlanması, mevcut olan sosyal güvenlik sisteminin yapısından kaynaklı sorunlar, sosyal güvenlik kurumlarının sağladığı olanaklar arasındaki derin farklılıklar, sağlığın finansman açıklarını kapatmak için kullanılan kamu kaynaklarının kullanımının artması sonucu sosyal güvenlik reformu gerekli olmuştur. Sosyal güvenlik reformu ile tüm bireylerin hakkaniyet uygun, eşit, koruyucu ve tedavi edici kaliteli sağlık hizmet sunumunu finanse eden yapıda GSS'nın oluşturulması amaçlanmıştır. Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar gibi kurumların tek çatı altında toplanması tek bir prim sistemine dayanmaktadır. Sosyal güvenlik reformuyla tüm bireylerin eşit kapsamlı ve kalitede sağlık sigortacılığı hizmetine sahip olması, katılımın zorunlu olduğu, prime dayalı bir yapı olması, yoksullar için sağlık sigortasının kamu tarafından karşılanması, maliyet-etkili tedavi yöntemlerinin sunulmasını destekleyen bir finansman yönetimi ve sağlık

[1] O. Elbek-E.B.Adaş," Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme", Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, C.12, S.1, 2009, s.23

[2] Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde (madde 22), 2004; http://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html (25.12.2013)

hizmetleri sunumunun geliştirilmesine yönelik olarak SDP ile hayata geçirilmiştir. Ülkemizde uygulamaya başlayan SDP toplumda olumlu eleştiriler almasına karşın bu program akademik çevrelerden, sağlık çalışanlarından ve sivil toplum kuruluşları tarafından olumsuz eleştirilere maruz kalmıştır.

Türkiye'de sağlık harcamaları hızla yükselmektedir. Bu harcamalarda en önemli kalemin başında ilaç gelmektedir. Tek alıcı olan SGK'nın bu harcamaları finanse edebilmesinin zorluğu uzun dönemde daha çok belirginleşecektir. SDP'nin özel sağlık sektörünü destekleyen yapısı önümüzdeki süreçteki politikalar ve yasalarla sağlık tamamen özelleşecektir. Bunun en belirgin özelliği ise sağlık kampüsleri-şehir hastaneleridir. Her üç basamak sağlık hizmetlerinde de bireylerin muayene, teşhis, tahlil ve tedavilerinde, ilaçlarda katkı payı, fark alınmaktadır.

Aile hekimleri kendine kayıtlı bireylerin izlenmesinden (doğum, ölüm) ve her türlü sorumlu tutularak aksama sürecine girmektedir. Bireylerin ve toplumun sağlığını doğrudan ilgilendiren koruyucu sağlık hizmetlerinin performans ücreti sağlamayan tıbbi uygulamalar arasına koyulması önemli bir sorundur. Performansa dayalı ödeme sistemi ile sağlık çalışanlarında iyileşmeler sağlanmaya çalışılmış ancak bu da beraberinde hasta ve çalışanlar olarak yeni sıkıntıları gündeme getirmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanması gereken Sevk Zinciri etkinliği istenen düzeye getirilememiş, ertelenmiş, tekrar gündeme alınmış fakat etkin bir sevk zinciri uygulaması halen oluşturulamamıştır.

GSS ile bireylerin hizmet alımı sırasında katılım payı ödenmektedir. Bu sistemden önce sadece ilaç alımı sırasında ödedikleri katılım payları tüm hizmet için geçerli olmaktadır. Bu anlayış koruyucu, teşhis, tedavi ve iyileştirme hizmetlerinin bütünlüğü amacını olumsuz yönde etkilemektedir

SONUÇ

Sağlık, yaşam hakkı gibi insanın doğumu ile beraber elde ettiği bir haktır. Bu hakkın yerine getirilmesi herhangi bir koşula bağlı olmaksızın bireyin gereksinim duyduğunda ona ulaşması devlet sorumluluğundadır. Bireyin yaşam hakkı gibi tıbbi bakım alma hakkı da uluslar arası evrensel beyannamede yer almıştır. Ülkeler sağlık politikalarını oluştururken sağlık hizmetlerine her bireyin kolay erişebilir olmasını, gereksinim duyulduğunda ise hazır olmasını ve bu hizmetin çağın modern tıp bilimi ve teknoloji ile her açıdan yetkin sağlık çalışanları tarafından sunulmasını sağlamalıdır. 1975 yılında Alma-Ata ile ortaya konan temel sağlık değerleri *herkes için sağlık anlayışıdır*. SDP kapsamını oluşturan *herkese sağlık, herkese sağlık hizmetini eşitlik ilkesi ile ulaştırma hedefi*, herkesin en yakınına kadar ulaşabilen, yaygın, bütüncül birinci basamak sağlık hizmetleridir. DB ve ona bağlı kuruluşların dünya üzerinde uygulamaya koydukları sağlık politikalarında ortak nokta, sağlık hizmetinde kamusal niteliğin azaltılması ve vatandaşların bu hizmetlere daha fazla katkı sağlamasıdır. Uygulanan sağlık politikalarının hedefi, anayasal güvence altına alınan bireylerin sağlık hakkı ve sağlık hizmetini sunma, finansman ve uygulama olarak kamusal hizmet sınıfından çıkarılması ya da bunun kısmen de olsa azaltılmasıdır.

Türkiye'de sağlık hizmet sunumu 1982 anayasasına kadar devletin sunması gereken bir kamu hizmeti iken, 1982 anayasasında özelleştirme eğilimi göstererek toplumun temel hassasiyetleri göz ardı edilmiştir. Sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin kim/kimler tarafından üretileceğinin, nasıl sunulacağının, finansmanının nasıl sağlanacağının, sağlık hizmetinin kullanıcılara nasıl ulaştırılacağının belirlenmesi doğrultusunda ulusal ve uluslararası ölçekte hükümetler veya karar vericiler tarafından yapılan tercihler, alınan kararlar, oluşturulan yasal düzenlemelerin tümünü oluşturmaktadır. DB ve ona bağlı kuruluşların dünya üzerinde uygulamaya koydukları sağlık politikalarında ortak nokta, sağlık hizmetinde kamusal niteliğin azaltılması ve vatandaşların bu hizmetlere daha fazla katkı sağlamasıdır. Uygulanan sağlık politikalarının hedefi, anayasal güvence altına alınan bireylerin sağlık hakkı ve sağlık hizmetini sunma, finansman ve uygulama olarak kamusal hizmet sınıfından çıkarılması ya da bunun kısmen de olsa azaltılmasıdır.

SDP'nın temel başlıkları, planlayıcı ve denetleyici SB, herkesi tek çatı altında toplayan GSS ve sağlık hizmetlerinin yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmetleri sunumunu kapsamaktadır. Ülke sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin kim/kimler tarafından üretileceğinin, nasıl sunulacağının, finansmanının nasıl sağlanacağının, hizmetin kullanıcılara nasıl ulaştırılacağının belirlenmesi doğrultusunda ulusal ve uluslararası ölçekte hükümetler veya karar vericiler tarafından yapılan tercihler, alınan kararlar, oluşturulan yasal düzenlemelerdir.

Ülkelerin sağlık sisteminin insan/toplum yaşamındaki rolü, toplum bireylerinin değişen ve gelişen dünyaya daha çok uyumunu sağlanması ve sosyal olarak daha barışık olmalarını sağlama, bireysel sağlıkları için ihtiyaçları ve beklentileri doğrultusunda daha iyi organize edilmiş sistemi oluşturarak daha iyi sonuçlar ortaya koyabilmektir. SDP kapsamında uygulanan politikaların temel amacı bireylerin dolayısıyla da toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi hedeflemektedir. Programla sağlık hizmetlerinin sunumundaki en büyük hedef, hastalıkları tedavi etmek gibi maliyetli bir yükü karşılamaktan ziyade, bireylerin hastalanmasını engelleyici koruyucu önlemlerin alınması olarak belirlenmesidir. Ülkemizde uygulamaya konan program, ilk anda sağlık birimlerini tek çatı altında toplayan yapısı, sağlığa erişimde ulaşılabilirliği, eşitsizliği ortadan kaldırıcı yapısı, hekimlerin tam zamanlı çalışmasını zorlayıcı çabaları ile toplumda beğeni kazanmıştır.Aynı zamanda ortaya konulan diğer değişimler ; bireylerin kendi cebinden yaptığı harcama miktarını azaltan (bıçak parası, zorunlu bağış, tanıdık kişilerle kurulan ilişkiler),doktorun ya hastanede ya da özel muayenehanesinde çalışmasının sağlanması, yeşil kartlıların ayakta tedavi ücretlerinin karşılanması,18 yaş altı nüfusu ve gebeyi hiçbir ayrım gözetmeden devlet güvencesinde sigorta kapsamına alınması, farklı sigorta sistemlerinin oluşturduğu bireyler arasındaki eşitlik ilkesine aykırılığını azaltması ve ortadan kaldırmayı hedeflemesi, sosyal güvenlik kurumu güvencesine sahip bireylerin özel sağlık kurumlarına başvurabilme hakkının tanınması,dileyenin istediği kamu ya da özel sektördeki hizmet sunumuna rahat ulaşabilmesinin sağlanması, hastanelerde hastane ücretini ödeyemediği için rehin kalan bireyler için acil önlemler alınması gibi ilk andaki uygulamaları, toplumun büyük bir kesimi tarafından benimsenmesini sağlamıştır.

Yeşil kartlı kesim *gelir tespiti* sonucu yaklaşık 1.5 milyonunun gelir testinden geçmesi temelde gelir düzeyi, sağlık giderlerini karşılayacak ekonomik yeterlilikten yoksun olan bu kesimin sağlık giderlerinin karşılanması GSS'nın üzerinde önemli bir yük teşkil ederken, anayasamızda güvence altına alınan *sağlık hakkı* ve sosyal devlet anlayışıyla örtüşen bir durum olmakla birlikte bu kesimin ekonomik anlamdaki iyileştirilmeleri, ekonomiye katılmaları ve katma değer yaratmalarıyla sigorta primlerinin devlet tarafından karşılanması zorunluluğu ortadan kalkarak sistem üzerinde oluşturduğu baskı kırılacaktır. Bunun yanında ülkemizde son yıllarda azalan doğum oranları, yaşlanan nüfus sistem için bir baskı unsurudur.

SDP ile uygulamaya konan Aile Hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Aile hekimlerinin izlemekle yükümlüğü olduğu birey sayısı gelişmiş ülkelere göre çok fazladır. Aile hekimlerinin sözleşmeli olarak çalışarak iki yılda bir sözleşmesinin yenilenmesi gerekmektedir. SDP'nın olmazsa olmazı sevk zincirinin birinci basamağı olan aile hekimliğinde başlanamaması, ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz yığılmalara neden olmakta, özellikle özel sektördeki salt kâr amacına dayalı yapısıyla gereksiz tahlil, tetkik ve uygulamalar sistem üzerinde büyük yük oluşturmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin planlı, programlı ve gerektiği gibi yapıldığı ülkelerde hastalıkların ortaya çıkış hızı azaldığından sağlık harcamaları da buna paralel olarak azalmaktadır. Bulaşıcı hastalıkları yüksek bir maliyet ödeyerek ortadan kaldırılmaya çalışılmaktadır. Ülkemizde meydana gelen iş kazaları, iş güvenliği eksikliklerinden dolayı meydana gelen mesleki hastalıklar, iş ve iş gücü kayıpları, çevre kirliliğinin artarak yaşandığı, yoğun iş temposu, iş yükü, çalışma koşullarının olumsuzluğu, stres ve yoksulluklardaki artışlarla beraber sağlık harcamaları artarak bütçe üzerinde büyük bir yük ve baskı oluşturmaktadır.

SDP sosyal devlet anlayışı ile örtüştüğü teoride düşünülse de tüm dünyadaki neoliberal bir anlayışla sağlık hizmetlerinde kamusal açıdan hastalar müşteri, hastaneler bir işletme gibi bir yaklaşımla ticarileşmesi sonucu sağlık artık piyasalaşan bir süreçte kamu-özel ortaklığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu tek alıcı konumundadır. SDP'nın uygulanmaya başladığı yıldan günümüze kadar özel sektördeki artış geçmişle kıyaslanamayacak orandadır. Ülkemizdeki sağlık

sektörünün cazibesi ile uluslararası sermayenin bu alandaki faaliyetleri de aynı oranda artmıştır.

Aile hekimlerinin sözleşmeli olarak çalıştığı, sağlık çalışanlarının da sözleşmeli personel olma yolundaki yapılan çalışmalar, hastanelerdeki taşeronlaşma, ithal hekim uygulaması, performansa dayalı ücret sisteminde hakkaniyet ve objektiften uzak kalındığından dolayı ortaya çıkan adaletsizlikler, sağlık çalışanlarının artan işyükü, nöbetleri ve bu yönde sürdürülen politikaların sağlık çalışanlarının lehine yeterince olmadığı, sağlık kurumlarında yaşanan, mobbing, iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin yetersizliği ve ölümlere varan şiddet vakaları sağlık çalışanlarının motivasyonu ve performansı üzerindeki risklerdir. Toplumun tüm kesimlerini kapsayan Sosyal güvenlik kapsamı içerisinde muayene, ameliyat ve ilaçta katkı payı, fark eski anlamıyla *bıçak parası* legal olarak bireylerden alınmakta, gerçekte zaten sağlık harcamalarını karşılamak için oluşturulan sisteme daha fazla katkı anlamını taşımaktadır.

SDP'nın sosyal devlet anlayışı ile revize edilmesi birey ve toplum sağlığını yaşam kalitesini çok yakından ilgilendiren sağlık hizmetlerinden yararlanacak olan bireylerin *Genel Sosyal Güvenlik* altında kamu sağlık kuruluşları tarafından sağlık hizmetlerini almasını sağlamaktır. Çalışanların çalışma şartlarının Avrupa standartları seviyesine çekilmesi, ücretlerinin güvenceli, adil şekilde ödenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ile sağlık harcamalarının azaltılması çok mümkündür. Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmemesi günümüzde performansa dayalı ücrete dâhil edilmemesi önümüzdeki süreçte daha büyük bir maliyet ödememizi gerektirebilecektir. Belirtilen tüm bunların finansmanı için koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi ile azalan sağlık harcamaları, sevk zincirinin bir an önce uygulamaya geçilmesi, eğitim kalitesine önem vererek, sağlık sektörünün ihtiyacı olan çalışanların eğitimlerinin kaliteli, uluslararası standartlarda olmasının sağlanması gerekmektedir. Toplumun yoksul kesiminin ekonomik durumunun iyileştirilmesi için öncelikle ihtiyaç duyduğu kadar sağlık hizmetinden bedelsiz yararlanması ve onların bu yoksulluk durumlarının, eğitim, istihdamları için geliştirilecek politikalarla onları da ekonomik bağımsızlıklarını kazanacakları yeteneklere ve kapasiteye ulaşmalarını sağlamakla yaklaşık ülkemizdeki 9-11 milyon

insanın uzun dönemde sadece tüketen değil hem üretip hemde ülke ekonomisine katkı sağlayan bireyler olmasını ve bunları da günümüzün bilimsel, akılcı bir politika ile yapılmasının sağlanmasıdır.

Son on yılda neoliberal politikalar ile küresel sağlık harcamaları 2011'de 6 trilyon dolar seviyesine ulaşmıştır. SDP ile özel hastanelerin sayısal olarak büyük artış göstermiştir. Hizmetin tek satın alıcısı olan GSS, sevk zincirinin oluşturulamaması ve uzun dönemde de özel sektörün sağlık sektöründe giderek artmasından dolayı da sevk zincirinin oluşması muhtemel görülmemektedir. Günümüzde ise hasta olan birey önce aile hekimine oradan bilinçsizce birçok uzman doktora gitmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde ise hasta başı maliyeti artmakta uzman doktorlar performans sisteminde daha fazla ek ödeme elde etmek için gerekli gereksiz tahlil, tetkikler ve girişimsel cerrahi tedavi yöntemleri uygulayarak başta sağlık çalışanları olmak üzere, hastalar ve ülke ekonomiside bunlardan etkilenmektedir. SDP ile sağlık sistemimizde yapılan köklü değişiklikler yapılmıştır ve uygulamaya devam etmektedir. Sağlık çalışanlarının ise görevlerini yerine getirmeye gayret ederken karşılaştıkları olumsuzluklar, iş tanımının olmaması, ağır iş yükü, nöbetlerin sık oluşu, fiziki koşulların yetersizliği ve olumsuz çalışma koşulları, şiddet gibi sebeplerden dolayı iş tatmininde ve ekip çalışmasında meydana gelen sorunların olduğu görülmektedir.

SDP ile sağlık hizmetlerinde ES, SSK, Bağ-Kur mensubu olma ayrımı ortadan kalkarak GSS kurulması, Kamu, üniversite ve özel Hastanelerine erişimde eşitlik büyük ölçüde sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerin Sağlık Bakanlığına devri ile parçalı yapı ortadan kalkması sağlanmıştır. Sağlık Tesislerinde kalite çalışmaları başlatılmış MHRS uygulaması, Hekim seçme hakkı tanınmış, tetkiklerin hızlı yapılması için kriterler oluşturulmuş hastane olanakları güçlendirilmiştir, Yeni hastaneler kurularak koğuş sistemi odaların yerine yapılan düzenlemelerle ev rahatlığında hastaneler yapılması istenmektedir. Yetersiz doktor sayısı ve sağlık personel sayıları artırılması için kadro ve kontenjanları yükseltilerek giderilmeye çalışılmış ama hala istenen düzeye ulaşılamamıştır. Anne ve çocuk sağlığının da düşünülerek birçok destek programla birlikte ücretsiz muayene, yatış ve ilaçların devlet katkısı ile alınmasıyla anne ve bebek ölümlerinin azaldığı ancak hala

sistemde sıkıntıların olduğu görüldü. SDP'nin başarılı bir uygulama olarak devam ettirilmesi için ekip çalışmasını engelleyen sorunların ortadan kaldırılması çalışanlara kurum kültürü ve aidiyet duygusu oluşturularak, adaletli motivasyonu yüksek liyakatli yöneticilerin atanarak teknolojik gelişimlere açık ve yenilikçi, iyi eğitim almış Sağlık Personellerine ihtiyacının olduğu göz ardı edilmemelidir.

2003 yılında uygulamaya başlanan ve sağlık sistemimizde köklü değişim ve dönüşümlere yola açan SDP ile yaşanan olumlu değişimlerle, sağlık hizmetlerine erişim ve ulaşım olanakları artmış, uzun kuyruklara son verilmiştir. Ortalama yaşam süresi artmış, koruyucu sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması, doğum öncesi, doğum sonrası takiplerin aile hekimlerince sıkı takip edilmesi ve doğumların hastanede yapılması ile anne ve bebek ölüm oranlarında gelişmiş ülkelere yaklaşmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde pratisyen hekimlerin nüfusa oranının azlığı birinci basamakta sorun teşkil etmektedir. İlaç tüketimi artmıştır. Birinci basamakta sevk zincirinin kurulamaması nedeniyle hastanelere başvurular birinci basamaktan daha yüksektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli adımlar atılmıştır. Aşılama oranları yükselmiştir. Ancak hala aşı, ilaç ve tıbbi cihazların dışa bağımlı olmamız görünen eksiklerdendir. Sağlık hizmet memnuniyeti, SDP öncesine göre artmıştır. Kamu özel ortaklığına dayalı konsept ile Türkiye'de 22 proje yapımı gerçekleştirilecektir. Sağlık turizm alanında önemli adımların habercisi olan bu projeler ülke vizyonu açısından önemli bir değer oluşturacağı ve önemli bir döviz girdisi sağlayarak ekonomiye katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Fakat bu sistemin gelişmiş ülkelerde görülen uygulamalarında bir çok olumsuz yönleri de olduğu da göz ardı edilmemelidir. SDP uygulamalarında bazı boşluklar nedeniyle ilaç, tedavi, giderleri olarak da sağlık harcamalarına yük getireceği düşünülmektedir. Bununla birlikte ikinci basamaktaki hastanelerin çok yoğun olmasından kaynaklı yanlış teşhis ve tedavi olasılıkları artmaktadır.

Sağlık politikaları geçmişten gelen, tecrübe edilmiş ve sürdürülebilirliği olan sağlık hizmetleri ile mümkün olabilmektedir. SDP ile Türkiye sağlık alanında büyük atılımlar gerçekleştirmiştir. Bunun yanında ilaç harcamalarındaki büyük artış SGK gelir ve gider dengesi üzerinde büyük bir baskı oluşturmaktadır. Programın başarısı finansman modelinin sağlamlığı ile olacaktır.

KAYNAKÇA

Kitaplar

Akdağ, R. Sağlık Bakanlığı Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması, (Ed. R.Akdağ), Ankara, 2010;

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasi_acilimlar_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf (06.06.2014)

Akdağ, R. Sağlık Bakanlığı, SDP İlerleme Raporu, (Ed. R.Akdağ), Aralık 2012;

http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf (08.12.2013)

Akdağ, R. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, (Ed. R. Akdağ), Ankara, 2008;

http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/TSDP.pdf (03.06.2014)

Akdağ, R. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, (Ed. R. Akdağ), Ankara, 2008;

http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/TSDP.pdf (03.06.2014)

Akdağ, R. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Değerlendirme Raporu (2003-2010), (Ed.R. Akdağ) 2011;

http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf (05.06.2014)

Akdağ, R. SDP İlerleme Raporu, Ankara, 2008;

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasi_acilimlar_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf (06.06.2014)

Akdağ, R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 10. Yılı, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu, 2012 ;

http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-78664/h/butce2013.pdf (09.06.2014)

Akdur, R. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, Ankara, 1999

Akın, S. – Arı, H.O. ve diğ., Sağlık Bakanlığı, 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek (Ed. N. Yardım-Molahaliloğlu ve diğ.), Ankara, 2007;

http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/21_
hedefte_turkiye_saglikta_gelecek.pdf (12.05.2014)

Akyıldız, N. Anne Çocuk Sağlığı I, Ankara, 2000

Aştı, T.A. Sağlık Kavramı, İstanbul Üniversitesi (İ.Ü) Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 2012

Ateş, M. Sağlık Sistemleri, İstanbul, 2013

Aydın, S. Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu, Sağlık Bakanlığı, 13-18 Kasım, Ankara, 2013

Balenescu, V. Dünya Sağlık Örgütü Bülteni;

http://www.who.int/bulletin/volumes/89/4/11-030411/en/ (08.06.2014)

Başaran, B.B. – Dirimeşe, V. – Özkan, E. ve diğ., Sağlık Bakanlığı Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, (Ed. N.Ünüvar-S.Mollahaliloğlu- N.Yardım), Ankara, 2006;,

http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf (10.01.2014)

Bilir, N. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, (Çev.Ed.N.Bilir) MPOWER Paketi, 2008, s.10;TCSB, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü (THSSGM Bülteni), S:41, Ocak, 2013;

http://www.hssgm.gov.tr/alt_menu/bultenler/2013_ocak.pdf, (20.01.2014)

Buharalı, C. Türkiye'de ve Dünyada İlaç Sanayi Gelişme Potansiyelleri, 2009;

http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Turkey/Local%20Assets/Documents/turkey-tr_lshc_turkiyedeilacsanayi_260110.pdf (10.01.2014)

Demir, A.A. Sağlık Bakanlığı, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Ankara, 2008

DPT, 58. Hükümet AEP 03.01.2003;

http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/aep.pdf (28.10.2013)

DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007–2013), 1 Temmuz 2006 Cumartesi-Mükerrer Resmî Gazete S.2621

DPT, Onuncu Yıl Kalkınma Planı, (2014-2018), 2013;

http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss476.pdf (06.06.2014)

DPT, Uzun Vadeli Strateji Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005. T.C. Başbakanlık DPT, Ankara, 2000

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, 2008;

http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf (06.05.2014)

Erbaş, Ö. – Işık, C. Yavuz- İlhan, B. Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı, Türk Tabipler Birliği, Ankara, 2012;

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/sagliktakamuozel.pdf (02.01.2014)

Erdem, R. Hastane Yönetim Kurulu ve Kamu Hastane Birlikleri, Eskişehir, 2013

Etiler, N. - Urhan, B. Kocaeli İlinde Kamu Sektöründe İstihdam Edilen Hekimlerin Çalışma Koşulları, 2008;

http://smyo.karabuk.edu.tr/akademik_personel/Ders_icerikleri/SIL202_INSAN_KAY_YON.doc, (06.06.2014)

Etöz, S. D. Sağlık Reformu 1980-2010, (Ed. B.Ayman Güler), Ankara, 2010;

http://perweb.firat.edu.tr/personel/yayinlar/fua_1624/1624_61541.pdf (06.06.2014)

Genç, Ö. Yataklı Tedavi Kurumları Sektör Araştırması, Ankara, 2005;

http://www.kalkinma.com.tr/data/file/raporlar/ESA/SA/2005-SA/SA-05-0724_Yatakli_Tedavi_Kurumlari_Sektoru.pdf (06.06.2014)

Güler, H. – Öztürk, A. – Kapan, S. H. ve diğ., Sağlıkta Yönetici ve Birim Performansı, (Ed. Y. Erkoç- İ. Şencan-M. Atasever), Sağlık Bakanlığı Performansı Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara;

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/2202sybpk.pdf

Helitam, Yönetim ve Organizasyon, Ulusal Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikaları-2, Atatürk Üniversitesi Uzaktan Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi, Erzurum, 2010;

http://helitam.files.wordpress.com/2010/10/yonetim-ve-organizasyon-hafta-5.pdf (06.05.2014)

Kaya, S. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Ankara, 2005

Kaya, S. Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı" (Ed. S. Kaya), Eskişehir, 2013;

http://eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/sak208u.pdf (05.06.2014)

Kuş, S. Alkol Kontrolü Stratejileri, Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu, Ankara, 2012

Mutlu, A. - Işık, A. K. Sağlık Ekonomisine Giriş, 2012, Bursa

Somunoğlu, S. Sağlık Kurumları Yönetimi-I, "Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi" (Ed. M. Tatar), Eskişehir, 2012;

http://eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/SAK201U.pdf (06.06.2014)

Sülkü, S.N. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara, 2011;

http://www.sgb.gov.tr/Yaynlar/Kitap%20414.pdf (11.04.2014)

Temel, T. Özel Hastaneler Sektör Profili, İstanbul Ticaret Odası, İstanbul, Haziran 2003

Tengilimoğlu D. - Işık O. - Akbolat, M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2009

Tengilimoğlu, D. – Işık, O. - Akbolat, M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2014

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB), Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara, 2011

Yetkin, İ. Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı, "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sağlık Bakanlığı", Ankara, 2013

Yıldırım, H.H., Sağlık Sigortacılığı, (Ed. H. H. Yıldırım), Eskişehir, 2012;
http://eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/sak205u.pdf (15.01.2014)

Tezler

Aydemir, İ. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi (HÜ), SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), Ankara, 2010

Süreli Yayınlar

Acartürk, E. - Keskin, S. "Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli" Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi C.17, S.3, Isparta, 2012;

http://sablon.sdu.edu.tr/fakulteler/iibf/dergi/files/2012-3-2.pdf (14.01.2014)

Aksakoğlu, G. "Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü", Memleket Siyaset Yönetim Dergisi, S.30, İzmir, 2008;

http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sagliktasosyallestirmeninoykusu.pdf (05.06.2014)

Ceyhan, R. - Çelik, Y. "Sağlık Çalışanlarının Vardiyalı Çalışma Uygulaması Hakkındaki Görüşleri", HSİD, C:7, S:2, 2004;

http://www.saglikidaresidergisi.hacettepe.edu.tr/Makale/72/7022.pdf (12.06.2014)

Civaner, M. "Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?," Bir Meslek Olarak Hekimlik ve Sağlık, Aile Hekimliğinin Sağlıkçı Rolünü Nasıl Etkileyebileceğine İlişkin Öngörüleriniz Nelerdir?", (Ed. M. Eskiocak, E.Aras ve diğ.,), Ankara, 2007;

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kentlerde_saglik_hizmetleri2.pdf (06.06.2014)

Çelik, Y. "Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi", Sosyal Güvenlik Dergisi, 2011;

http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/3dc2c50d-f9f4-4ec9-95c1-05f1820a9793/mak-3.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=3dc2c50d-f9f4-4ec9-95c1-05f1820a9793 (27.05.2014)

Duman, S. "Türkiye'de Sağlık Uygulamaları Reformu", 2014;

http://www.kayad.org.tr/yayingoster.php?idyayinlar=2 (27.05.2014)

Ekzen, N. 58. Hükümet, "İktisat Politikaları", 2002-2006, Mülkiyeliler Birliği Dergisi, S.252;

http://www.bagimsizsosyalbilimciler.org/Yazilar_Uye/EkzenNov06.pdf (02.11.2013)

Elbek, O. - Adaş, E.B. "Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme", Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, C.12, S.1, 2009

Fişek, N. Sağlık Yönetimi, "Türkiye'de Sağlık Politikası";

http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/14.html (05.06.2014)

Görpelioğlu, İ. Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı, "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sağlık Bakanlığı", Ankara, 2013

Gülay, S. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon, 2014, Ankara;

http://www.asm.gov.tr/UserFiles/File/sempozyumsunulari/saglikhizmetlerindeakreditasyonsedatgulayankarasm.pdf (08.06.2014)

Güler, B.A. Kamu Yönetimi Çalışmaları, "Kamu Yönetimi ve Reform", Ankara Üniversitesi (AÜ), Siyasal Bilgiler Fakültesi (SBF), Kamu Yönetimi ve Reform, S. 09, Ankara, 2010

Gümüş, E. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler, S.24, Ankara, 2010;

http://arsiv.setav.org/ups/dosya/44645.pdf (06.06.2014)

Gümüşel, B., "Türkiye'de Sağlık Reformu: Sağlıkta Dönüşüm Projesi", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi (HUSEP), Ankara, 2012;

http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Gumusel%20sunum.01.pdf (05.06.2014)

Kısa, A. Türkiye'de Sağlık Ekonomisinde Yaşanan Gelişmeler, "1. Sağlık Ekonomisi Kongresi 22 Kasım 2012" Ankara, 2012;

http://ventiosunum.com/?s=282B5821563E38235E (01.05.2014)

Kuş, H. "Evrensel Pencereden Türkiye'de Sağlıkta Kalite", Sağlık ve İnsan Aylık Sağlık ve Yaşam Dergisi Ekim Ayı, S.10, 2012;

http://www.saglikveinsandergisi.com (11.10.2014)

Küçük, A. "Sağlık Personel Reformu: 1980-2010 Dönemi, Sağlık Hizmetlerinde Reform: Kamu Hastane Birlikleri Modeli Üzerine", (Ed. B.A. Güler), Kamu Yönetimi Çalışmaları: Kamu Yönetimi ve Reform, S.20, Ankara, 2010;

http://perweb.firat.edu.tr/personel/yayinlar/fua_1624/1624_61541.pdf (06.05.2014)

Özcan, S. - Bozhüyük, A. "Sağlığın Geliştirilmesi ve Aile Hekimlerinin Rolü". 2013;7(3);
http://www.cukurovaaile.org/tjfmpc/2013_3/2013_3_3.pdf (12.06.2014)

Saraçoğlu, B. – Sülkü, S. N. - Açıkgöz, Ş. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Finansal Durumu Üzerinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri, Ekonomik Yaklaşım, C. 23, Özel Sayı;

http://ekonomikyaklasim.org/pdfs2/EYD_V23_N99_A10.pdf (11.01.2014)

TCSB, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü

TCSB, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003

TCSB, Sağlıkta İnsan Kaynakları Araştırmaları, Ankara, 2013;

http://www.saglik.gov.tr/SHGM/belge/1-24239/saglikta-insan-kaynaklari-arastirma-asistani-istihdami.html (12.01.2014)

TCSB, SDP, 2003, Ankara, 2003;

http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html (05.05.2014)

TCSB, Stratejik Plan 2013 – 2017, Ankara, 2012

TCSB, Türkiye'de Sağlığa Bakış, Ankara, 2007

Uğurluoğlu, Ö. - Çelik, Y. "Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi (HSİD), Cilt (C):8, Sayı (S):1, Ankara, 2005

Kanunlar, Yönetmelik ve Genelgeler

58. Hükümet, AEP, 16 Kasım 2002;

http://www.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum (28.10.2013)

58. Hükümet, 2002 yılı Parti Programı;

http://www.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum (28.10.2013)

61. Hükümet Programı Resmî Gazete S. 2799717, 2011;

http://www.resmigazete.gov.tr (05.11.2013)

60. Hükümet, AEP, 10 Ocak 2008;

http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/ep2008.pdf (29.11.2013)

…..,http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/hekimsemebilgi.htm (17.01.2014)

….., http://www.sgk.com.tr/746-Haber-gelir-testi-yaptirmayanlar-her-ay-213-lira-prim-odeyecek.html Haber Tarihi: 25.01.2012, (19.11.2013)

Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, "5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" 2006;

http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf (11.01.2014)

Başbakanlık, "5754 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" 2008;

http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/05/20080508-1.htm (11.01.2014)

SGK, "5502 Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu" 2006;

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/tarihce (11.01.2014)

SGK, "Kamu Personelinin Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınması Hakkında Tebliğ" 2009;

http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/12/20091218-14.htm (11.01.2014)

SGK, "Sosyal Güvenlik Kurumu Taşra Teşkilatı Kuruluş ve Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik", 2011, Resmi Gazete, S: 28156;

http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/12/20111228-12.htm (06.06.2014)

SGK, Genel Sağlık Sigortası;

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/genel_saglik_sigortasi/alo170_BimerSSS/e_recete (22.01.2014)

SGK, Prim Oranları, 2014;

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/sigortalilik/isveren/isveren_prim_oranlari/ (06.06.2014)

TBMM, "5947 Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" Resmi Gazete, 2010;

http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-32384/tam-gun-yasasi-uygulamasi-hakkinda-genelge.html (12.01.2014)

TBMM, "Çevre Kanunu" Resmi Gazete, 11.8.1983, S.18132, C.22; Madde 2 (Değişik madde: 5491 s. K. m.2 – RG: 13 Mayıs 2006 – S. 26167), s.499

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=49:vre-kanunu&Itemid=28 (12.12.2014)

TCSB, "5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun";

http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7284/5258-sayili-aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-hakkinda-ka-.html (12.06.2014)

TCSB, “Afet Acil Durum Yönetim Başkanlığının Görevleri”, 2014;

www.acilafet.gov.tr./pages.asp?nid=497 (20 Ocak 2014)

TCSB, “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”, 25 Mayıs 2010, Resmi Gazete, S: 27591;

http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeligi.html (05.11.2013)

TCSB, “Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği”,11.12.2009;

http://mevzuat.saglikaktuel.com/saglik-bakanligi-hizmet-ici-egitim-yonetmeligi-42m.html (08.06.2014)

TCSB, “Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK”, Karar Sayısı: KHK/663, 2 Kasım 2011, RG, S.28103;

http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm (05.06.2014)

TCSB, “Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, (01.11.2013)

TCSB, “Tam Gün Yasası Uygulaması Hakkında Genelge”;

http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-88647/h/tam-gun-uyggenelge-8-1.pdf (05.03.2014)

TCSB, 2004/117 sayılı “Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi”, 8 Eylül 2004;

http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/hekimsecme.htm (08.06.2014)

TCSB,“Ruh Hastalarının Sevk ve Takipleri Hakkında” genelge; www.sağlik.gov.tr (19.01.2014)

TKHK, “5283 Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun”;

http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/819,5283-sayili-bazi-kamu-kurum-ve-kuruluslarina-ait-saglik-.pdf?0 (10.01.2014)

TKHK, “663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında)” ;

http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/1933,663-sayili-kanun-hukmunde-kararname-saglik-bakanligi-ve-.pdf?0 (12.01.2014)

TUİK, www.tuik.gov.tr (20 Aralık 2013)

Türk Tabipler Birliği, “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” 2006;

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=401:sosyal-genl-kurumu-kanunu-5502&catid=1:yasa&Itemid=28 (11.01.2014)

Türk Tabipler Birliği, Genel Sağlık Sigortası, Ankara, 2005;

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/gss2.pdf (11.01.2014)

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, “Kuruluş 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname”2011;
http://www.iegm.gov.tr/Detail.aspx?pages=/PortalAdmin/Uploads/Titck/Menus/Menu-80b2a3793591.html (14.01.2014)

Diğer Yayınlar

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde (madde 22), 2004;

http://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html (25.12.2013)

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi;

http://www.meb.gov.tr/belirligunler/insan_haklari/bildirge.htm (08.09.2014)

OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri, 2008;

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasi_acilimlar_2011/upsem/OECD_Kitap.pdf (12.05.2014)

OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye’de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları, 2008;

http://siteresources.worldbank.org/TURKEYINTURKISHEXTN/Resources/455687-1235059017165/OECDReviewsOfHealthSystemsTurkey_Chp2-tr.pdf(10.01.2014)

TCSB, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Kamu Özel İşbirliği Projeleri, 2014;

http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/Default.aspx?tabid=347&PID=1034&CategoryID=15&CategoryName=Projeler&language=tr-TR (10.10.2014)

TCSB, 2014; www.kalite.gov.tr (07.06.2014)

TCSB, DSÖ, Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011, Ankara, 2012, s.15;

http://www.sagem.gov.tr/HSPATUR2011.pdf (04.02.2014)

TCSB, Erzincan Sağlık İl Müdürlüğü, "Hekim Seçme Hakkı";

http://www.erzincan.saglik.gov.tr/menu.asp?sayfa=20 (19.10.2013)

TCSB, Resmi Web Sitesi

http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213 (06.03.2014)

TCSB, Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi, http://www.uses.gov.tr; (11.10.2014)

Universal Declaration of Human Rights, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 10 Aralık 1948 ve 217 a (III) sayılı kararı, 2011, Madde 25;

http://www.ddh.org.tr/site/site/belgeler (01.11.2013)

….., "Politika", Siyaset.vikipedi: http://tr.wikipedia.org/wiki/Siyaset (27.10.2013)

ÖZGEÇMİŞ

1971'de Akşehir doğumluyum. İlk ve ortaokulu Akşehir 24 Ağustos İlköğretim Okulunda okudum. 1988 yılında Konya Sağlık Meslek Lisesini bitirdim. 2010 yılında Anadolu Üniversitesi Kamu Yönetimini ve aynı yıl Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Ebelik Bölümünü bitirdim. Evli ve 3 kız annesiyim.