

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GELİŞİMİ: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM
PROGRAMI(2003-2011)**

Tuba AKKAVAK

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Büşra KARATAŞER

2018

**T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GELİŞİMİ: SAĞLIKTA
DÖNÜŞÜM PROGRAMI(2003-2011)**

Tuba AKKAVAK

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN: Dr. Öğretim Üyesi Büşra KARATAŞER

TEKİRDAĞ-2018

Her hakkı saklıdır.

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuba AKKAVAK tarafından hazırlanan "Türkiye 'de Sağlık Sisteminin Gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm Programı(2003-2011 " konulu YÜKSEK LİSANS Tezinin Sınavı, Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği uyarınca 27.06.2018. günü saat 14.00.....'da yapılmış olup, tezin* .kabul...edilmesine..... OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA
Prof.Dr. Saadettin ÖZTÜRK	BASARILI	
Dr. Öğr. Üyesi. Bülent KARATAŞ	BASARILI	
Dr. Öğr. Üyesi. Adil AKINCI	BASARILI	

* Jüri üyelerinin tezle ilgili karar açıklaması kısmında "Kabul Edilmesine / Reddine" seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

ÖZET

Sağlık ikamesi olmayan bir kavram olduğundan her ülke insan sağlığını ve toplum sağlığını önemsemektedir. Bu amaçla sağlık sistemindeki aksaklıkları gidermek için hükümetler kendi sağlık politikalarını belirlerler. Türkiye’de 1980’li yıllardan itibaren sağlık sistemindeki aksaklıklar sebebiyle sağlık reformlarına ihtiyaç duyulmuştur. Sistemdeki tıkanıklıkları gidermek için 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, ‘herkese sağlık’ başlığıyla yola çıkmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Program hedeflerine ulaşabilmek için herkesi sigorta kapsamına alan Genel Sağlık Sigortası sistemi getirilmiştir. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak için koruyucu sağlık hizmetleri ücretsiz vermeye başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmıştır, bu bağlamda Sağlık Bakanlığı artık hizmeti sunan değil denetleyen bir görevle sağlık hizmetlerinde bulunmaktadır. Program kapsamında sağlık hizmetleri sunum ve finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Yapılan bu değişikliklerle beraber Türkiye sağlık sistemi Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yapısal bir dönüşüm yaşamıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği

ABSTRACT

Health is a concept that doesn't have any substitution, so all of the countries care about their individuals' and their community health. In order to overcome the malfunctions in healthcare systems, governments determine their own healthcare policies. Healthcare reform was required in Turkey due to the troubles in healthcare system as of 1980s. So as to remove all the obstructions in the system, The Healthcare Transition Program was put into practice.

The Healthcare Transition Program started out with "health for everyone" motto. The Program's main objectives are, to organize the healthcare services efficiently, productively and fairly and to finance and serve them. In order to reach the program's main objectives, "General Healthcare Insurance" system was started to implement which takes all individuals into the scope of health insurance. Protective healthcare services were put into practice free of charge to increase the accessibility of healthcare services. The Ministry of Health was reconstructed and within this context, the Ministry has been on duty as a supervisor of services not a service provider. In the program's scope, the financing of the healthcare services and servicing has been separated. With these changes, the Turkish Healthcare System has gone through a structural transition process via the Healthcare Transition Program.

Key Words: Health, Health Transition Program, General Health Insurance, Family Practice

ÖNSÖZ

Tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, desteğini esirgemeyen danışman hocam sayın Dr. Öğretim Üyesi Büşra KARATAŞER'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca bugüne kadar maddi ve manevi her türlü desteğini esirgemeyen değerli aileme, özellikle annem Gülten AKKAVAK'a sonsuz saygı ve minnetlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HAKKI VE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	4
1.1. Sağlık Tanımı ve Kavramsal Çerçevesi	4
1.1.1. Sağlık Hakkı	6
1.1.1.1. Ulusal Literatürde Sağlık Hakkı	6
1.1.1.1.1. 1876 Anayasası (Kanun-u Esasi)	6
1.1.1.1.2. 1921 Anayasası (Teşkilat-ı Esasiye Kanunu)	6
1.1.1.1.3. 1924 Anayasası	7
1.1.1.1.4. 1961 Anayasası’nda Sağlık Hakkı	7
1.1.1.1.5. 1982 Anayasası’nda Sağlık Hakkı	8
1.1.1.2. Uluslararası Literatürde Sağlık Hakkı	10
1.1.1.2.1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde Sağlık Hakkı ..	10
1.1.1.2.2. Ekonomik, Kültürel ve Sosyal Haklara İlişkin Sözleşme.....	11
1.1.1.2.3. Avrupa Sosyal Şartı’nda Sağlık Hakkı	12
1.1.1.2.4. Alma-Ata Bildirisi	12
1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Amacı	13

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	14
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	15
1.2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	15
1.2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	17
1.2.2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	17
1.2.2.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	18
1.2.2.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	19
1.2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	19

İKİNCİ BÖLÜM

2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI	21
2.1. Sağlık Reformu	22
2.2. Sağlık Politikası	24
2.3. Osmanlı Dönemi Sağlık Politikaları	25
2.4. Türkiye`de Uygulanan Sağlık Politikaları	28
2.4.1. 1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları	28
2.4.2. 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları	31
2.4.3. 1960-1980 Dönemi Sağlık Politikaları	33
2.4.4. 1980-2000 Dönemi Sağlık Politikaları	35
2.4.5. 2000 ve Sonrası Sağlık Politikaları	36
2.4.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı	37
2.4.5.1.1. Dünya Bankası ve Sağlıkta Dönüşüm Programı İlişkisi	37
2.4.5.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlıkla İlgili Temel Problemler	39
2.4.5.1.3. Acil Eylem Planı (2002)	40

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (2003-2011)	42
3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Amaç ve İlkeleri	42

3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bileşenleri	44
3.2.1. Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılandırılması	45
3.2.2. Herkesi Tek Kurum Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası	50
3.2.3. Kolay Erişimli Sağlık Hizmet Sistemi	51
3.2.3.1. Aile Hekimliği Modeli	52
3.2.3.2. Etkin Sevk Zinciri	56
3.2.3.3. Özerk Sağlık İşletmeleri	58
3.2.3.3.1. Kamu Hastane Birlikleri	59
3.2.3.3.2. Kamu Hastane Birlikleri'nin Gruplandırılması	61
3.2.4. Beceri ve Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü	62
3.2.5. Destekleyici Eğitim ve Bilim Kurumları	63
3.2.6. Performansa Göre Ek Ödeme, Kalite ve Akreditasyon	64
3.2.7. Akılcı İlaç Kullanımı	66
3.2.8. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi(USBS)	67

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE YOL AÇTIĞI DÖNÜŞÜMLER	69
4.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yapılan Değişiklikler	69
4.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetleri Sunumu	71
4.2.1. Halk Sağlığı Hizmetlerindeki Değişimler.....	71
4.2.2. Temel Sağlık Hizmetlerindeki Değişimler	72
4.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çağdaş Uygulama: Aile Hekimliği	74
4.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetleri Finansmanı	77
4.3.1. Genel Sağlık Sigortası	80
4.3.2. Finansmanda Sağlık Bakanlığı'nın Rolü	85
4.4. Türkiye'de Sağlık Harcamaları	85
4.5. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet	88
SONUÇ	90
KAYNAKÇA	93

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Bakanlığı Yeni Teşkilat Şeması.....	47
Şekil 2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Şeması.....	49
Şekil 3. Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Zinciri.....	57
Şekil 4. 663 Sayılı KHK ile Oluşturulan Genel Sekreterlik ve Hastanelerin Şeması.....	60
Şekil 5. Temel Sağlık Hizmetleri Anlayışındaki Değişmeler.....	72
Şekil 6. Sağlık Hizmetleri Üçgeni.....	78
Şekil 7. Sağlık Hizmetleri Finansmanı.....	78

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Aile Hekimliği Geçiş Takvimi.....	53
Tablo 2. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	69
Tablo 3. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Seyri.....	87
Tablo 4. Türkiye’de Bütçeden Sağlık Harcamalarına Ayrılan Pay.....	88

GRAFİKLER LİSTESİ

- Grafik 1.** Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Ocağı/ Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı.....75
- Grafik 2.** Yıllara Göre Aile Hekimine Müracaat Sayısı, Türkiye.....76
- Grafik 3.** Yıllara Göre Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, Türkiye.....86
- Grafik 4.** Yıllar İtibari İle Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (2003-2015).....89

KISALTMALAR LİSTESİ

BAĞ-KUR:	Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu
ÇSGB:	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DB:	Dünya Bankası
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GSS:	Genel Sağlık Sigortası
SB:	Sağlık Bakanlığı
SDP:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK:	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSGSS:	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası
SSGSSK:	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
KDV:	Katma Değer Vergisi
KHB:	Kamu Hastane Birlikleri
KHK:	Kanun Hükmünde Kararname
KYTK:	Kamu Yönetimi Temel Kanunu
MEDULA:	Medikal Ulak
MERNİS:	Merkezi Nüfus İdare Sistemi
MHRS:	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
TBMM:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKHK:	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

GİRİŞ

Toplumunu oluşturan bireylerdir. Bireylerin en temel hakkı ise sağlıktır. Sağlık evrensel bir kavram olmakla birlikte sağlık kavramının tanımı olarak kabul edilen, Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımlaması; sağlığı hem bedensel, hem ruhsal hem de toplumsal olarak tam bir iyilik hali şeklinde belirtmekte ve sağlığı tüm bireylerin temel hakkı olarak kabul edip, kişi sağlığını hükümetlerin sorumluluğunda saymaktadır. Sağlık toplumların gelişmesinde önemli bir yere sahiptir. Bu yüzden hükümetler vatandaşların sağlığını korumak için sağlık alanında politikalar oluşturup, sağlığı geliştirmek için değişimler gerçekleştirmektedir.

Cumhuriyetin ilan edilmişinden günümüze kadar sağlık hizmetlerini geliştirme amaçlı çalışmalar yapılmıştır. Sağlık hizmetleri anlayışındaki değişimler o toplumdaki sosyoekonomik ve kültürel oluşum ile beraber bilimsel ve teknolojik gelişmelerle de ilişkilendirilir. Sağlık hizmetlerinde tarihsel arka plana bakıldığında Osmanlı Dönemi'ndeki geleneksel tıptan, Cumhuriyet Dönemi'nde bilimsel tıp uygulamalarına geçilmiştir.

Bireylerin, toplumların, ülkelerin sağlık alanında yaşamış oldukları ciddi sorunları aşmaları sağlık reformları ile mümkündür. Türkiye'de sağlık alanındaki reform ihtiyacı 80'li yıllara kadar dayanmaktadır. Fakat 1980 yılında yaşanan askeri darbe etkisi ile çoğu alanda olduğu gibi sağlık alanında da gelişim elde edilememiştir. 90'lı yıllarda sağlık alanındaki reformlara yönelik çalışmalar başarı ile sonuçlanamamıştır. 2000'li yıllara kadar istenilen düzeyde olmayan sağlık alanındaki çalışmalar 2003 yılında uygulanmaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ivme kazanıp sağlık alanında köklü değişikliklere yol açmıştır. Bu program Dünya Bankası'nın öneri ve yardımları ile uygulamaya konulmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir sağlık sistemi oluşturmayı hedeflemektedir. Programın merkezi insan temellidir. Bu bağlamda herkes için nitelikli, sürdürülebilir ve ulaşılabilir sağlık hizmeti amaçlanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı bu hedeflere ulaşabilmek için uygulamaya koyduğu; Sağlık Bakanlığı'nı denetleyen bir yapıya dönüştürmek, Genel

Sağlık Sigortası sistemini uygulamaya koymak, aile hekimliği modelinin uygulanması, sağlık hizmetleri sunumunda etkin bir sevk sisteminin uygulanması, özerk sağlık işletmelerinin oluşturulması, motivasyonu yüksek sağlık insan gücü, sağlık sistemini destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç kullanımı ve etkin bilgiye erişebilmek için sağlık bilgi sistemi, programın temel bileşenleridir (Akdağ, 2012: 20). Program kapsamında yayımlanan bileşenlerin ne kadar uygulanabildiği, sağlık sistemine ne şekilde etki edebildiği çalışmada değerlendirilmiştir.

Çalışmanın amacı, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan düzenlemelerin Türkiye sağlık sisteminde oluşturduğu değişimler ile program hedeflerinin Türkiye sağlık sisteminde ne derecede gerçekleştiğini değerlendirmektir.

Çalışmanın önemi, sağlık hem kişiler hem de devletler tarafından önemi yadsınamaz bir olgudur. Sağlık hizmetleri diğer mal ve hizmetlere göre daha önemli bir konumdadır. Bu sebeple devletler kişi ve toplum sağlığına özel önem verip, sağlığı geliştirici politikalar belirlerler. Çalışma; Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye sağlık sisteminin geçirdiği dönüşüm sonucu sağlık hizmetlerinde ki gerek kapsam gerek sunum gerek hizmet anlayışında ki değişimlerin, sağlık hizmeti sunucularına ve özellikle sağlık hizmetinden yararlanan vatandaşlara içerisinde buldukları sağlık sisteminin farkındalığı kapsamında katkı sağlayacağı için önem arz etmektedir. Çalışma, literatürdeki diğer çalışmalardan farklı olarak Türkiye sağlık sisteminde köklü değişikliklere sebep olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı tüm bileşenleri ile ele almış olup, program sonrası sağlık hizmetleri sunum ve finansman anlayışındaki değişimlerin ve bu değişimler sonrası ortaya çıkan sonuçların sağlık hizmeti sunan ve alan gruba olan etkileri açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın planı, çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; sağlık hakkının ulusal ve uluslararası literatürde var oluşu ve gelişimi ele alınmış olup, sağlık hizmeti kavramı ve Türkiye'de ki sağlık hizmetleri sınıflandırılması incelenmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde; sağlık reformu ve sağlık politikası kavramları açıklanmış olup, Osmanlı Dönemi ile Cumhuriyet Dönemi'ne geçişten günümüze ülkemizde uygulanan sağlık politikaları dönemsel olarak belirtilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde; 2003-2011 arasındaki yılları kapsayan Sağlıkta Dönüşüm Programı değerlendirilmiştir. Programın amaç ve ilkelerine, program dahilinde yayınlanan bileşenler ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

Çalışmanın dördüncü bölümünde; Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Türkiye sağlık sisteminde yol açtığı dönüşümlerin, sağlık hizmetleri sunumuna, sağlık hizmetleri finansmanına, sağlık harcamalarına ve sağlık hizmetlerinden memnuniyete etkisi değerlendirilmiştir.

Kullanılan metot ve teknikler, çalışmada tarihçi metottan yararlanılmıştır. Konu ile ilgili kaynak taraması yapılarak Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı ilerleme raporları, çeşitli bakanlıklar tarafından yayınlanan kitaplar, çeşitli kurumların resmi sitelerinden ulaşılan bilgi ve veriler, elde edilen makaleler incelenip çalışmaya katılmıştır.

Karşılaşılan zorluklar ve sınırlamalar, çalışma hazırlanırken gerekli olan kaynaklara, Sağlık Bakanlığı yayınlarına, gerekli verilere ulaşılmıştır. Çalışmayı sınırlandıracak herhangi bir zorlukla karşılaşılmamıştır.

Çalışmanın Varsayımları:

- Türkiye sağlık sisteminde ki yapısal dönüşüm Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerçekleşmiştir.
- Sağlık sisteminde ki eksiklikler Sağlıkta Dönüşüm Programı ile tamamlanmıştır.
- Sağlıkta Dönüşüm Programı ile herkes sağlık hizmetlerinden yararlanabilmiştir
- Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerine erişim kolay hale gelmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HAKKI VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Geçmişten günümüze, gerek değişen dünya, gerek yaşanan ekonomik gelişmeler, gerekse ilerleyen teknolojik gelişmeler sağlık hizmetlerinin gelişmesine ve sağlıklı ilgili yeni kavramların oluşmasına var olan kavramların daha da genişletilmesine neden olmaktadır.

1.1.Sağlığın Tanımı ve Kavramsal Çerçevesi

Türkçe Sözlük’te sağlık; ‘*vücutun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet*’ şeklinde açıklanmıştır. Sözlükte olan diğer bir açıklamada ise ‘*sağ, canlı, diri olma durumu*’ şeklinde ifade edilmiştir (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a640356981df7.67263582).

Halk arasında sağlık denildiğinde, kişinin kendisinde bedensel ve ruhsal olarak bir aksaklık hissetmemesi, herhangi bir işlev bozukluğunun olmaması durumu anlaşılmaktadır. Sağlık bir bakıma hastalığın tersi olarak ifade edilmektedir. Fakat bazı akademisyenlere göre hastalık ve sağlık kavramları birbirinin simetriği olan kavramlar değildir. Hastalık kavramı birden çokken sağlık kavramı tektir. Ancak günümüzde sağlık tanımı yeni boyutlar kazanmış durumdadır (Er, 2011: 6).

Sağlık, tek anlamı olan bir kavram değildir. Bugüne kadar sağlığın çeşitli tanımlamaları yapılmıştır. Sağlık olgusu göreceli bir kavram olmasından dolayı tanımlamasında da farklılıklar olmaktadır. Sağlığın pozitif ve negatif tanımını yapacak olursak, sağlığın ideal bir durum olarak algılandığı, sosyal faaliyetleri yerine getirmek için yeterli olmak olarak görüldüğü, sağlığın bir mal olarak algılandığı teoriler, bireylerin hayata katılabilme yetenekleri, yaşadığı toplumla iyi ilişkiler kurabilme becerisi, sahip oldukları psikolojik iyilik ve fiziki uyum düzeyleri, sağlığın pozitif tanımına örnek gösterilebilir. Pozitif tanımların yanında sağlık, hastalığın

yokluğu ya da patolojik anormalliğin yokluğu şeklinde negatif olarak da tanımlanabilmektedir. (Çelik, 2013: 25).

DSÖ'nün sağlık tanımı pozitif sağlık terimine önemli bir örnektir. DSÖ 1946 yılında düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı'nda sağlığın tanımını benimsemiş ve 61 üye ülkenin temsilcileri tarafından kabul edilmiştir. Benimsenen tanıma, 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasası'nın önsözünde yer verilmiştir. DSÖ'nün söz konusu tanımı, 'Sağlık; yalnızca hastalık ve sakatlıkların olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.' Tanımdaki fiziksel sağlıktan kasıt, fizyolojik iyilik halidir. Kişilerin organlarının fizyolojilerindeki aksamalar kişinin fiziksel sağlığının bozulduğunu gösterir. Bu bozukluklar nesnel ölçütlerle sağlık çalışanları tarafından saptanmaktadır. Zihinsel sağlığı, fiziksel sağlık gibi nesnel ölçütler kullanarak ölçmek mümkün değildir. Zihinsel sağlık, kişinin yaşadığı alana müdahale edebiliyor olma gücünü ve bu gücü hissetmesiyle alakalı bir durumdur. Sosyal sağlık ise, bireyin toplumsal yapı içinde kendisinden beklenen sosyal rolleri yerine getirmesidir (Hamzaoğlu, 2010: 407-408).

DSÖ'nün sağlık tanımlamasında geçen 'sosyal yönden tam iyilik hali' kavramı sağlığın sadece kişisel değil aynı zamanda toplumsal yönünün bulunduğunu belirtmektedir. Bireyin sosyal yönden tam iyilik halinde olmasının koşulu, içinde bulunduğu sosyal yaşantısının da sağlıklı olmasını gerektirmektedir. Yoksulluk, baskıcı kültürel kurallar, baskıcı politik yönetimler, çalışma güvenliğinin sağlanamaması, gelir dağılımındaki dengesizliğin yarattığı huzursuzluk, yaşam güvenliğinin sağlamaması, işsizlik, savaşlar iyilik hali durumunu azaltmaktadır. Politik, sosyal ve ekonomik faktörler ve bu faktörlerin yarattığı eksiklikler sağlığı etkilemektedir. DSÖ'nün sağlık tanımı oldukça kapsamlıdır. Hem hastalık yokluğu ile tanımlanan negatif tanımlamaya hem de hastalık yokluğundan daha fazlasını kapsayan pozitif tanımlamaya yer verilmiştir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 47; Çelik, 2013: 26).

1.1.1. Sağlık Hakkı

Sağlık hakkı, yaşam hakkı ile doğrudan bağlantılıdır. Yaşam hakkının olmadığı bir yerde sağlık hakkı da anlamını yitirir. Sağlık hakkı da tıpkı yaşama hakkı gibi her bireyin hatta tüm canlıların yaşamlarını sürdürebilmesi için korunması gerekli olan temel bir değerdir. Bu yüzden sağlık hakkı, her devletin en önemli sorumlulukları içinde yer almaktadır. Ulusal ve uluslararası anlaşmalarda sağlıklı yaşam hakkı, en temel insan hakkı olarak sayılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlığın korunması, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, devletlerin temel sorumlulukları arasında sayılmaktadır (Ertaş vd., 2016: 176).

1.1.1.1. Ulusal Literatürde Sağlık Hakkı

Sağlığın bir insan hak olarak ortaya çıkışı çok öncelere dayansa da ulusal hukuklarda normlar çerçevesinde korunan bir hak olarak ortaya çıkması geçen yüzyıla kadar dayanır. Sağlık hakkı günümüzde temel bir insan hakkı olarak sayılmaktadır. Sağlık hakkı ülkemizde, 1961 Anayasası'nda ve 1982 Anayasası'nda tanınmış temel haklardandır (Temiz, 2014: 166).

1.1.1.1.1. 1876 Anayasası (Kanun-u Esasi)

Osmanlı İmparatorluğu Dönemi'nde yürürlüğe giren ilk anayasa olma özelliğine sahip 1876 tarihli Kanun-u Esasi'de sağlık hakkı kavramına yer verilmemiştir. Anayasada temel hak ve hürriyetlere yer verilmiş olup bunlar vatandaşlık hakkı, kişi hürriyeti, kişi güvenliği, işkence yasağı, dilekçe hakkı gibi kavramlarla sınırlı kalmıştır. Çünkü söz konusu sağlık hakkı kavramı 20. Yüzyılda insanlık gündemine giren bir kavramdır (Bostancı, 2007: 33).

1.1.1.1.2. 1921 Anayasası (Teşkilat-ı Esasiye Kanunu)

1921 tarihli anayasamızda, hazırlandığı dönem itibariyle temel hak ve özgürlüklere yer verilememiştir. Kurtuluş Savaşı zamanında hazırlanan bu anayasa,

devletin kuruluşu ve işleyişiyle ilgili hükümlerden oluşmaktadır. Bu nedenle 1921 Anayasası'nda sağlık hakkı kavramına rastlanamamaktadır (Er, 2011: 29).

1.1.1.1.3. 1924 Anayasası

1924 Anayasası'nda temel hak ve hürriyetler düzenlenmiştir. Anayasada temel hak ve hürriyetlere 20 madde ile yer verilmiştir. Söz konusu bu haklar sayılarak kısa açıklamalarla belirtilmiştir. Bunun yanı sıra devletin temel kurumları yer almıştır. Fakat 1924 Anayasası'nda yaşam hakkı veya sağlık hakkı kavramı ile ilgili bir düzenleme yapılmamıştır (Kuruca, 2012: 28).

1.1.1.1.4. 1961 Anayasası'nda Sağlık Hakkı

Türk Hukukunda sağlık hakkı, 1961 ve 1982 Anayasalarında tanınmış, bu yıllara kadar anayasal düzeyde kendine yer edinememiştir. Anayasal hak güvencesi, uluslararası insan hakları hukukundan kaynaklanan sağlık hakkı ilkeleriyle bütünleştirilmiştir (Temiz, 2014: 166).

1961 Anayasası yaşama hakkının yanında sağlık hakkını da konu alan, sosyal devlet ilkesini benimseyen bir anayasa olma özelliğine sahiptir. Yaşama hakkı anayasanın 14. maddesinde; herkesin yaşama aynı zamanda varlığını geliştirme hakkına ve kişi hürriyetine sahip olduğu şeklinde yer almaktadır. Anayasanın 48. maddesi sosyal güvenliği, 49. maddesi sağlık hakkını içermektedir. Madde 48'de, tüm toplumun sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu, bu hakkın yerine getirilmesindeki görevin devlete ait olduğu ve bu görevi sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurarak veya kurdurarak yerine getireceği yer almaktadır. Madde 49'da, tüm toplumun sağlık içerisinde yaşaması (beden ve ruh), herkesin tıbbi bakım görmesini sağlama sorumluluğu, aynı zamanda yoksul kesimin sağlık şartlarına uyan konut gereksinimlerini karşılayıcı önlemler alma görevi devlete verilmiştir. (www.adalet.gov.tr/duyurular/2011/eylul/anayasalar/1982.pdf). Böylece sağlık hakkı temel bir insan hakkı sayılarak anayasamızda geçmektedir. 1961 Anayasası, sağlık hakkını sosyal bir hak olarak kabul etmiştir. Aynı zamanda sağlık hakkını gerçekleştirmek için başka hükümlere de yer verilmiştir. İşkence ve kişi onuru ile

uyuşmayan ceza yasağı, anne ve çocuğun korunması amacıyla tedbir alma sorumluluğu, insanca çalışma koşulları sağlama yükümlülüğü, insan onuruna uygun yaşam seviyesi için elverişli ücret verme yükümlülüğü gibi. Görüleceği üzere bu hükümler sağlık hakkı kapsamında değerlendirilmiş olup devlete önemli ödevler yüklemiştir (Yıldırım, 1994: 48).

1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile sağlık hizmetlerinin halkın ihtiyaçlarına cevap veren, sürekli, entegre, kademeli olarak sunulması hedeflenmiştir. 1961 Anayasası'ndan sekiz ay önce çıkarılan kanun yaklaşımı itibariyle aynı anlayışı kapsamaktadır. 224 sayılı kanun sağlık hakkını İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne dayandırmaktadır (Yıldırım, 1994: 48). Çıkarılan kanunda amaçlanan sağlık hizmetlerinin tek elden sunulmasıdır. Bu kanun (224 Sayılı) ile dar alanda geniş kapsamlı hizmet ilkesi benimsenmiştir. Kanun ile hizmet sunumunda kademeli bir yapı kabul edilip, il içinde bütünleşmiş bir yapılanma oluşturulmuştur. Bu yapılanma sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklindedir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinden yararlanırken basamaklı hizmet ve sevk sistemi getirilmiştir. Tam gün uygulamasına geçilmiştir. Bu şekilde kamuda çalışan sağlık personeli tam gün çalışıp serbest meslek icra edemeyecektir (<http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/browserecord.php?-action=browse&-recid=1550>). Getirilen bu uygulamalarla sağlık hakkının yanında sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması için de adımlar atılmıştır (Kol, 2015: 140-141).

1961 Anayasası'ndaki bu hükümler 53. madde ile sınırlandırılmıştır. Madde 53'te devletin toplum için sorumluluklarını yerine getirirken mali kaynaklarını dikkate alacağı ve bu ölçüde sorumluluklarını yerine getireceği yer almaktadır (www.adalet.gov.tr/duyurular/2011/eylul/anayasalar/1982.pdf).

1.1.1.1.5. 1982 Anayasası'nda Sağlık Hakkı

Sağlık hakkı, 1982 Anayasası'nda 56. Maddesinde yer almaktadır. Madde 56'da, tüm toplumun sağlıklı ve aynı zamanda dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu, dengeli bir çevrede yaşamak için çevre sağlığını koruma, çevre kirliliğini

önleme, çevreyi geliştirme görevleri hem devletin hem vatandaşların sorumluluğunda tutulmuştur. Tüm toplumun beden ve ruh sağlığı içerisinde yaşamasını sağlamak, sağlık kurumlarını tek elden planlama ve bu kurumların hizmet vermesini düzenleme sorumluluğu devlete verilmiştir. Bu sorumluluğu yerine getirme şekli, kamu, özel sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak bu kurumları denetleme şeklinde olacaktır. Aynı zamanda kesin bir ifade olmasa da ülkede Genel Sağlık Sigortası kurulabilir ifadesi yer almaktadır (<https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>).

1961 Anayasası'nda (Madde:49), kişilerin beden ve ruh sağlığı içinde yaşamasını aynı zamanda tıbbi yardım almasını sağlama görevinin devlet sorumluluğunda olduğu belirtilmektedir. Fakat 1982 Anayasası'nda (Madde:56), tüm vatandaşların sağlıklı ve dengeli bir çevrede hayatını devam ettirme hakkına sahip olduğu hükmü yer almakta olup, tüm toplumun beden ve ruh sağlığı içinde yaşaması ve tıbbi bakım görmesi devletin ödevidir hükmü kaldırılmıştır. Bu değişim sağlık hakkında bir daralma değil aksine bir genişleme durumudur. Bireyi tek başına değil çevresi ile birlikte ele almaktadır (Kuruca,2012: 30). 1982 Anayasa'nın ilgili maddesinde tek başına devlete değil, vatandaşlara da görevler yüklenmiştir. (m.56/2). Çevre ve sağlık arasında kurulan yakın bağa dayanılarak çevre sağlığını korumak hem devletin hem de vatandaşların ödevi olarak belirtilmiştir. İlk dört fıkrada devlete kesin bir yüküme yer verirken, son fıkrada genel sağlık sigortası kurulabilir ifadesiyle, somut koşulların gözetileceğine yer verilmiştir (Şahbaz, 2009: 411).

1982 Anayasası Madde 65'te, devletin ekonomik ve sosyal alanlardaki sorumluluklarını yerine getirmede bir kısıtlamaya gidilmiştir. Devlet bu görevlerini mali kaynaklarının yettiği ölçüde yerine getirir ifadesi kullanılmıştır (<https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>).

Sağlık hakkı, 1961 ve 1982 Anayasası'nda sosyal ve ekonomik haklar içinde yer alması sebebiyle devletin bu hakları yerine getirme gereğine 'mali kaynaklarının yeterliliği' ölçüsünde sınırlama getirilmiştir (Şahbaz, 2009: 412).

1.1.1.2. Uluslararası Literatürde Sağlık Hakkı

Tarihsel olarak sağlık hakkı, İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde hazırlanan insan hakları belgelerinde yer almaya başlamıştır. Bu dönem insan haklarının uluslararası düzeyde kurumsallaşmaya başladığı döneme denk gelmektedir (Şahin, 2010: 738).

1948 yılında kurulan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın, ırk, dil, din, ekonomik ve sosyal konum ayırt etmeksizin tüm bireylerin temel hakkı olduğunu ifade etmektedir. Sağlık alanında hizmet standartlarını yükseltmek için DSÖ ülkeler arasındaki işbirliğini sağlamaktadır (Madenöglü Kıvanç, 2015: 163). 1948 yılı sağlık hakkı açısından büyük bir öneme sahiptir. Sağlık hakkının evrensel bir hak olarak kabul edildiği bu yıl, insan hakları sözleşmesinin onaylanmasının ardından hukuki bakımdan devleti bağlayan bir ilke olmuştur. Böylece sağlık hakkı, insan hakları sözleşmesini onaylayan devletler tarafından bireylerin talep edebileceği bir hakka dönüşmüştür (Alptekin, 2004: 137).

Sağlık hakkının uluslararası belgelerde en çok geçen özneleri; herkes, tüm kişiler, tüm bireylerdir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde bu özne 'her şahıs' ifadesi şeklinde yer almaktadır. Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nde ise sağlık hakkının öznesini 'herkes' olarak vurgulamaktadır. Sağlık hakkının ikinci öznesi, insan hakları belgelerinde yeterli olanağı bulunmayan kişilerdir, diğer bir öznesi ise çocuklardır (Kol,2015:138).

1.1.1.2.1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde Sağlık Hakkı

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde sağlık bakımından yararlanma hakkı, ikinci kuşak haklar (sosyal haklar) arasında sayılmaktadır. BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi Madde 25 sağlık hakkını kapsamaktadır (Alptekin, 2004: 137).

Madde 25'te, kişinin hem kendisinin hem de ailesinin sağlık hakkına ve iyi bir yaşam geçirmesi için yeterli yaşam standartları hakkına sahip olduğu yer almaktadır. Bu hak, giyinme, beslenme, barınma, tıbbi bakım görme gibi durumları ve aynı zamanda

işsizlik, yaşlılık, hastalık, sakatlık veya çeşitli sebeplerden dolayı geçimini sağlayamama gibi durumlarda güvenlik hakkını da kapsamaktadır. Aynı zamanda anne ve çocuklarının özel yardım hakları bulunmaktadır. Evlilik birliği içinde ya da dışında doğmasına bakılmaksızın bütün çocukların eşit toplumsal korumadan yararlanacağı belirtilmiştir. (www.danistay.gov.tr/upload/insanhaklarievrenselbeyannamesi.pdf).

10 Aralık 1948 tarihinde kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile sağlık hakkı temel insan hakları arasında yer almış olup, ilk kez uluslararası bir metin ile garanti altına alınmıştır (Tuaç, 2009: 9).

1.1.1.2.2. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme

Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nin 12. Maddesi sağlık hakkını kapsamaktadır. Madde 12'de, sözleşmeye taraf olan devletlerin, tüm insanların sağlık standartlarından en yüksek derecede faydalanma hakkına sahip olduğunu kabul ettikleri yer almaktadır. Maddede taraf devletlerin sağlık hakkını tam anlamıyla gerçekleştirmek için yapacağı girişimler yer almaktadır. Bunlar, çocuk ölümlerinin azaltılması, tüm çocukların sağlıklı bir şekilde gelişmesi için tedbirlerin alınması, çevre sağlığının geliştirilmesi, salgın hastalıkların önlenmesi, kişinin hastalanması durumunda tıbbi bakım alabileceği koşulların yaratılması gibi tedbirlerdir

(https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=700:ekonom-sosyal-ve-ktel-haklara-k-uluslararasi-slee&catid=6:uluslararasyolge&Itemid=36).

ESKH Komitesi'ne göre sağlık hakkının tam olarak kullanımının sağlanması için sözleşmeye taraf devletlerin alacakları tedbirler belirtilmiştir. Tüm bireylerin tıbbi bakım ve tedaviye ulaşabilmesinin yanında çevre sağlığına, salgın hastalıklara, sağlıklı çalışma/iş koşullarına ulaşılması için gerekli önlemlerin alınması hükme bağlanmıştır (Şahin, 2010: 740).

1.1.1.2.3. Avrupa Sosyal Şartı'nda Sağlık Hakkı

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin tamamlayıcısı olarak kabul edilen Avrupa Sosyal Şartı 1961 yılında Torino'da imzaya açılmıştır. 26 Şubat 1965 tarihinde ise yürürlüğe girmiştir. Ülkemiz bu şartı 1961 yılında imzalamış olup, 1989 yılında onaylamıştır. Şartın 11. maddesi sağlığın korunması hakkını kapsamaktadır. İlgili maddede sağlığın korunması hakkının en etkin şekilde kullanılmasını sağlamak için akit tarafların işbirliği içinde olmalarını, aynı zamanda sağlığın bozulmasındaki sebepleri mümkün olduğunca yok etmek, sağlığın geliştirilmesi için eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamayı, salgın hastalıkları olabildiğince önlemeyi ve buna uygun tedbirler almayı taahhüt eder (<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf>). Avrupa Sosyal Şartı'nın 13. Maddesi sağlık ve sosyal yardım hakkını kapsamaktadır (De Schutter, 2010: 22). Hükümde, yeterli durumları olmayan tüm insanların sosyal ve tıbbi yardım alma hakkı olduğu yer almaktadır (<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf>).

1.1.1.2.4. Alma-Ata Bildirisi

1978 yılında Alma-Ata'da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı gerçekleştirilmiştir. Konferans sonucunda yayımlanan bildirge ile tüm dünyadaki insanların sağlıklarını korumak ve geliştirmek için tüm devletlerin ve dünya toplumlarının gerekli tedbirleri almaları ve harekete geçmeleri sağlanmak istenmiştir. (https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararası-konferansı-bdalma-ata&catid=6:uluslararasılge&Itemid=36). Alma Ata konferansı ile '21. Yüzyılda Herkese Sağlık' politikasının temelleri atılmıştır (Akdağ, 2012: 1).

Konferansta sağlığın, sadece hastalığın ya da sakatlığın olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin tümünün oluşturduğu sağlığın insan hakkı olduğunu, bu hakkın olabilecek en yüksek seviye de tutulması gerektiği ve bu hakkın dünya

çapında ki en önemli amaç olduğu, devletlerin bu amacı gerçekleştirirken sağlık alanının yanında diğer sosyal ve ekonomik sektörlerin işbirliğine ihtiyaç duyacağı vurgulanmıştır (https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararası-konferansi-bdalma-ata&catid=6:uluslararasıylge&Itemid=36).

Uluslararası sağlık örgütlerinin toplanıp sağlıkla ilgili sorunlara ortak çözümler aramalarının sonucu olarak sağlık bildirgeleri yayımlanmaktadır. Alma-Ata Bildirgesi ile başlayıp günümüze kadar birçok sağlık bildirgesi yayımlanmıştır. Bunlar; 1981’de yayımlanan hasta haklarını temel alan Lizbon Bildirgesi, 1986 yılında 1. Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı sonucu yayımlanan Sağlık Geliştirme Ottawa Şartı, 1988 yılında 2. Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı sonucu yayımlanan Adelaide Tavsiyeleri, 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan Kopenhag Bildirgesi, 1995 yılında Lizbon Bildirgesi’nde yer alan hasta haklarında ki eksik olan yönleri ortadan kaldırmak için yayımlanan Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi)’dir. 1996 yılında Ljubljana Bildirgesi, 1997 yılında 4. Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı sonucu Jakarta Bildirgesi, 2000 yılında Halkların Sağlık Bildirgesi yayımlanmıştır. 2001 yılında Dubronvik Sözleşmesi imzalanmış ve sağlık alanında stratejiler belirlenmiştir. 2005 yılında 6. Küresel Sağlık Geliştirilmesi Konferansı (Bangkok Konferansı) düzenlenmiştir. 2008 yılında Tallinn Şartı ve 2012 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi Komitesi’nin 62. oturumu olan Malta Belgesi ile insanların sağlığını önemli ölçüde arttıracak, sürdürülebilir, evrensel, insan merkezli, daha eşitlikçi bir sağlık sistemi için ortak politikalar benimsenmiştir ve buna uygun adımlar atılmıştır (Madenoğlu Kıvanç, 2015: 164).

1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Amacı

Sağlık hizmetleri; sağlığın korunması, hastalıkların tedavi edilmesi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmalara denir. (Akdur, 1999: 5). Toplumun sağlığını korumak, sağlık düzeyini yükseltmek için verilen sağlık hizmetinin kurallarını,

standartlarını, şeklini, sınırlarını belirlemek ve bu sistemi denetlemek Sağlık Bakanlığı'nın görevidir (Karar, 2013: 7).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumdaki sağlık statüsünün artırılması ve sağlıklı olma durumunun devam etmesi için çaba gösterilmesi, kişilerin hastalıklardan korunması, hasta bireylerin tedavi edilmesi, kişilerin kendi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde yaşamlarının sağlanmasıdır. Tüm bu amaçlar doğrultusunda, kişilerin ömürlerini sağlıklı geçirmeleri ve işgücü kayıplarının azaltılıp psikolojik açıdan bireylerin kendilerini iyi hissetmeleri, yüksek motivasyonlu olmaları, toplumu oluşturan bireylerin sağlık durumunun devamlığı hedeflenmektedir. Hedeflenen bu amaçların gerçekleştirilmesi için sağlık hizmetlerinin belli özelliklere sahip olması gerekmektedir. Diğer hizmetlerden sağlık hizmetlerini farklı kılan başlıca özellikler bulunmaktadır (Somunoğlu, 2012: 10).

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran özellikler;

- İkamesi olmayan bir hizmet olması,
- Nitelik olarak acil olduğundan ertelenemez olması ve süreklilik arz etmesi,
- Kar amacı gütmeyen sosyal amaç taşıması,
- Sağlık hizmetlerinde hataya yer olmaması,
- Sağlık hizmetleri çalışanlarının uzmanlaşma seviyelerinin ve bu duruma paralel olarak ücretlerinin de yüksek olması,
- Sağlık hizmetleri ile diğer meslek grupları arasında iş bölümü ve koordinasyonun gerekli olması,
- Sağlık sektöründe yapılan işler her birey için değişken olduğundan hizmetin standartlaştırılmaması,
- Sağlık hizmetlerindeki arzın pahalı olması,
- Sağlık hizmeti talebinin tüketici tarafından belirlenmemesi,
- Profesyonel çalışanlardan oluşan sağlık hizmetleri personeli kurumsal hedeflerden ziyade mesleki hedefleri önemsemelidir (Özmen, 2013: 6).

Ülkelerdeki sağlık politikalarının belirlenmesinde kullanılan verimlilik, kalite, etkililik, harcanana değer olma gibi kavramlar sağlık sektöründe de uygulanır hale gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı insan faktörüne dayanan arzı oldukça pahalı olan bir özelliğini de taşımaktadır. Sağlık hizmetlerindeki talebi hasta değil sağlık meslek mensupları tarafından belirlenir. Sağlık hizmetlerinde, hizmet sunumundan kaynaklı hataların insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar doğurması hizmette kalitenin önemini arttıran bir durumdur. Kalitenin amacı; sağlık hizmetlerinin yararının artırılmasıdır. Sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların ve verilen hizmetlerin özelliklerinin belli standartlara ne kadar uyduğunun göstergesi kalite ile saptanmaktadır (Karar, 2013: 11-12).

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin öncelikli hedefi, bireylerin hastalanmalarını önlemek, hastalıklardan korumak ve sağlıklı kalmalarını sağlamaktır. Fakat toplumun tümünü bütün hastalıklardan korumak mümkün olmamaktadır. Sağlık hizmetlerindeki ikincil amaç hastalıkların tedavi edilmesidir. Tedavinin mümkün olmadığı durumlarda yani sakatlıkların olduğu durumlarda rehabilitasyon hizmetleri devreye girmektedir (Kuruca, 2012: 51). Sağlık hizmetleri; sağlığın korunması, hastalıkların tedavi edilmesi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmalar doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri olarak üç bölüme ayrılmaktadır (Akdur, 1999: 5).

1.2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireyin ve toplumun karşılaşabileceği hastalık risklerini en az seviyeye indirmeye, sağlığın korunup geliştirilmesi için çevreye ve bireye yönelik alınacak önlemlerin bütünüdür. Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık riski doğmadan önce verilen bir hizmet olduğundan etkisi büyük maliyeti düşük bir hizmettir. Koruyucu sağlık hizmeti veren birimler; 112 acil sağlık hizmeti birimi, aile ve toplum sağlık merkezleri, verem savaş dispanseri, ana çocuk sağlığı merkezi, halk sağlığı laboratuvarı, üniversitelerin medikososyal birimleri, sağlık evi

hizmet birimlerindedir. Bu tür hizmetler çevreye yönelik ve kişiye yönelik olarak verilmektedir (Özmen, 2013: 8).

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Bireylerin çevrelerinde bulunan ve sağlıklarını negatif yönde etkileyen biyolojik, kimyasal, sosyal ve fiziki etkileri ortadan kaldırıp, kişilerin olumsuz çevre koşullarından etkilenmesini engelleme çabalarının tümüdür. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri şu şekilde sıralanabilir;

- Hava kirliliği ile savaş,
- Katı ve sıvı atıkların etkisiz duruma getirilmesi,
- Gürültü ile savaş,
- Konut sağlığı,
- Temiz ve yeterli ölçüde su sağlanması,
- Gıda sağlığı,
- Besin sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Radyasyon ile savaş,
- Haşerelerle mücadele.

Görüldüğü üzere çevreye yönelik koruyucu hizmetleri sağlık sektörü dışında diğer sektörler (Belediyeler, Gıda Tarım Ve Hayvancılık Bakanlığı, Çevre Bakanlığı İl Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Çevre Sağlığı Şube Müdürlüğü) tarafından yürütülmesi gereken hizmetlerdir. Sağlık sektörü daha çok danışmanlık, eğitim ve denetim görevini yürütmektedir (Kuruca, 2012: 52).

İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Bireyleri ve toplumu hastalıklara karşı korumayı ve hasta olmaları durumunda erken teşhis ile gerekli tedavi ve iyileşmelerini sağlayan hizmetlerdir. Kişiye yönelik sağlık hizmetleri;

- Bağışıklama,
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi,
- Doğurganlığın kontrolü (üreme sağlığı),

- Hijyen ve sağlık eğitimi,
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,
- İlaçla koruma.

İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri yukarıda sıralanan başlıca hizmetlerden oluşur. Bu hizmetler, sağlık sektörü ve sağlık personeli tarafından verilmektedir (Akdur, 1999: 5).

1.2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, kişinin sağlığının bozulmasıyla başlayan muayene ve tedavi sürecini kapsayan hizmetler bütünüdür. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha maliyetlidir. Bu tür hizmetler sonucunda ortaya çıkan sosyal fayda olsa da bireysel fayda da ön plandadır. Bu tür hizmetler, ayakta, yatarak, evde bakım hizmetleri şeklinde verilmektedir. Bunlardan en pratik ve az maliyetli olanı ayakta tedavidir. Bu tedavi yönteminde hastalığın çok fazla ilerlememiş olması sebebiyle bireye konulan tanı ilaç yardımı ile önlenmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinden yataklı tedavi hizmeti maliyeti en yüksek olan sağlık hizmetidir. Bu tür hizmet sunumunda basamak sistemi ve bu basamak sistemi içerisinde sevk sistemi bulunmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 185).

Hastalığın niteliğine göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak ayrılmaktadır. Birinci basamağı; aile hekimlikleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri oluşturmaktadır. İkinci basamağı; özel ya da devlet hastaneleri, üçüncü basamağı ise üniversite hastaneleri, onkoloji hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları merkezleri gibi belli dallarda uzmanlaşmış kuruluşlar oluşturmaktadır (Doğan; Bakan; Hayva, 2017: 819).

1.2.2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmeti kişilerin farklı sağlık sorunları ile geldiği ilk sağlık kurumu ve burada verilen sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmet

her ülkede farklı şekillerde sunulmasına rağmen ortak bir özelliği vardır. Her ülkenin sağlık sisteminin olmazsa olmaz bir parçasıdır (Öcek ve Soyer, 2006: 272).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişileri hastalıklardan koruyup, kişilerin sağlıklarını geliştirmektir. Bununla beraber hastaların ayakta tedavilerini de amaçladığından birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin hepsini kapsamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri bireylere ihtiyaç duydukları ölçüde ve yerde sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu tür sağlık hizmetleri halkın kolay ulaşabileceği yerlerde ve ücretsiz hizmet vermektedir. Sınırları belirlenmiş bir nüfustan sorumlu olan birinci basamak sağlık hizmetlerinde, bireylere verilen hizmet gerektiğinde evde ya da ilgili yerde, tüm bireylere eşit fakat gerektiğinde öncelikli ve özellikli olarak verilmektedir (Bostancı, 2007: 51-52). Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar, kamu idareleri bünyesinde olan kurum hekimlikleri, aile hekimlikleri, verem-savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı merkezi, 112 acil birimi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi, üniversitelerin medikososyal birimleridir. Ayrıca özel poliklinikler, ağız ve diş sağlığı hizmeti veren birimler, birinci basamak sağlık kuruluşlarından sayılmaktadır (Kuruca, 2012: 54).

1.2.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamakta tedavi edilemeyen hastaların teşhis ve tedavi edildiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetine ikinci basamak sağlık hizmetleri denir. Bu tür hizmetleri veren kuruluşlar yataklı sağlık kuruluşlarıdır (Önder, 2013:38).

Ülkemizde bu tür sağlık hizmetleri, devlet hastanelerinde, devlet hastanelerine bağlı olan semtlerdeki polikliniklerde, ilçe hastanelerinde, Milli Savunma Bakanlığı'nın hastanelerinde, kamu kurumlarına bağlı tıp merkezlerinde verilmektedir. Bunun yanında özel hastaneler ve diğer yataklı sağlık kuruluşlarında da ikinci basamak sağlık hizmetleri verilmektedir. Kamu veya özel ayrımı yapılmadığı durumlarda genel bir ifadeyle ikinci basamak sağlık hizmetleri hastaneler ve rehabilitasyon merkezlerinde verilmektedir (Özmen,2013: 13).

1.2.2.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastalığa (kanser, verem vb.), özel bir yaş grubuna (çocuk hastalıkları hastaneleri) ya da cinsiyete (kadın doğum hastaneleri) göre sağlık hizmeti veren, o alanda ileri teknoloji ve aynı zaman da üst düzeyde uzmanlaşmış hekimlerle donanmış olan yataklı tedavi kuruluşlarında verilen sağlık hizmetine üçüncü basamak sağlık hizmetleri denir. Ülkemizde bu hizmeti veren sağlık kuruluşlarına, eğitim ve araştırma hastaneleri, dal hastaneleri, üniversite hastaneleri örnek olarak gösterilebilmektedir (Kuruca, 2012: 55). Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, diğer iki basamaktan daha maliyetlidir. Bunun sebebi ağır hastaların ya da kronik hastaların tedavi süreci için geniş araştırmalara ihtiyaç duyulmasıdır. Üçüncü basamaktaki görevli personelin uzman ve tecrübeli kişilerden oluşması ücretlerinin yüksek ve kullanılan teknolojinin ileri düzey olması itibariyle sağlık hizmeti maliyetini arttırmaktadır (Özmen,2013: 16).

1.2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Bireylerin yaşadıkları ciddi hastalıklar, yangın, sel, deprem gibi doğal afet, geçirdikleri trafik kazası vb. olaylar gibi beklenmedik anda oluşan olaylar sonucunda bedensel ya da ruhsal yönden kalıcı sağlık problemi yaşamaları durumunda sosyal ve fiziki açıdan tekrar hayata dönmelerini, topluma tekrardan kazandırılmalarını sağlamak için rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir. Bu sağlık hizmetleri sosyal rehabilitasyon ve tıbbi rehabilitasyon olmak üzere verilmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 186).

Sosyal Rehabilitasyon: Kişinin yaşadığı sakatlık nedeniyle sağlıklı durumda iken yaptığı işini yapamayacak durumda olan kişilere bir iş öğretme, iş bulma ve işe alıştırmak için yapılan rehabilitasyondur. Mesleki rehabilitasyon olarak da adlandırılmaktadır. Sosyal rehabilitasyona örnek olarak özürlü çocuklara yönelik açılan merkezler gösterilebilir (Erdoğan, 2014: 29).

Tıbbi Rehabilitasyon: Bireylerin yaşadığı bedensel sakatlıkların olabildiğince düzeltilmesi için hekim ve sağlık personelleri tarafından yapılan rehabilitasyondur.

Tıbbi rehabilitasyona örnek olarak fizik tedavi hastaneleri gösterilebilir (Erdoğan, 2014: 28).

İKİNCİ BÖLÜM

2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARI

Ülkemizde sağlık hizmetlerini modernleştirme girişimleri Cumhuriyet Dönemi’nden daha öncelere dayanır. Osmanlı Devleti insanların sağlık alanındaki gereksinimlerini karşılamak için birtakım çalışmalarda bulunmuştur fakat 19. Yüzyılın sonuna kadar Osmanlı Devleti sağlık hizmetlerini asli görevlerinden biri olarak görmemiştir. İmparatorluk döneminde sağlık hizmetleri orduya ve saraya yönelik sunulmuştur. Osmanlı Devleti’nin sağlık işlerini düzenleyen Reisu’l Etibba (Hekim Başı) kurumundan başka kurum bulunmamaktadır. İlk anayasamız olan Kanun-u Esasi’de de sağlığa dair hiçbir kavram yoktur (Akdur, 1999: 11).

Türkiye Büyük Millet Meclisi ile sağlık hizmetleri ilk kez bir devlet görevi olarak kabul edilmiştir. Sağlık hizmetleri, 1920 yılında kabul edilen 3 Sayılı Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Suret-i İntihabına Dair Kanun ile ayrı bir bakanlıkça yürütülmeye başlamıştır. TBMM’nin ilk sağlık bakanı Dr. Adnan Adıvar’dır. Bu dönemde sağlık alt yapısının temelleri atılmıştır. Çünkü daha önce sağlık alanında yerleşmiş bir düzen ya da ihtiyaçlara yanıt verecek yasal bir düzenleme yoktu. Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık hizmetlerine büyük önem verilmiştir. Sağlık sisteminin kurulması ve örgütlenmesi için birçok yasa yürürlüğe konulmuştur. 1921 yılında göreve gelen Dr. Refik Saydam sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve yayılmasında büyük başarı göstermiştir. Dr. Behçet Uz döneminde ‘Birinci On Yıllık Sağlık Planı’ yürürlüğe girmiştir. Bu plan ile sağlık hizmetlerinin hepsi merkezi hükümet sorumluluğu haline getirilmiştir. 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile hem vatandaşların sağlık hakkı tanımlanmış hem de bu hakkın uygulanabilmesi için devlete sorumluluklar yüklenmiştir (Ertaş, İleri ve Seçer, 2016: 4-5).

Dünyada yaşanan küresel ekonomik değişimler, farklılaşan ihtiyaçlar her alanda olduğu gibi sağlık politikalarında da reformlara ve iyileştirmelere neden olmuştur. Özellikle 1980’li yıllar ve sonrasında neoliberalleşmenin etkisiyle Türkiye’de sağlık

alanında kırılma sayılabilecek adımlar atılmıştır. 1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile kamu hastanelerinde olan merkeziyetçi yapının kaldırılması amaçlanmıştır. 1989 yılında ise ulusal sağlık politikası oluşturmak için ön çalışmalar yapılmış ve sağlık sektöründe genel bir plan hazırlanmış, Dünya Bankası'nın desteği ile sağlık politikalarında reformu amaçlayan gelişmeler olmuştur. Toplanan I. ve II. Ulusal Sağlık Kongreleri'nde birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlık hizmetleri finansmanının güçlendirilmesi, Sağlık Bakanlığı'ndaki merkeziyetçi yapının kaldırılması gibi önerilerde bulunulmuştur. Fakat bu öneriler 2000'li yıllarda yasal bir düzenlemeye dönüştürülmüştür. 2004 yılında 5227 sayılı Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı ile katılımcılık, hizmetlerde yerellik, saydamlık, bilgi teknolojilerinden etkin bir şekilde faydalanabilmek, adalet, sürekli gelişim gibi ilkeler kamu yönetiminde belirlenmiştir. Belirlenen bu ilkelerin sağlık sektörüne yansımaları Sağlıkta Dönüşüm Programı ile olmuştur (Aktel, Altan, Eke, Kerman, 2013: 34-35).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin neoliberalleştirilmesini amaçlayan sağlık reformu çalışmalarının 5 bileşeni bulunmaktaydı. Bunlar; genel sağlık sigortası sisteminin kurulması, sağlık insan gücü istihdamında merkeziyetçiliğin kaldırılması, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, hastanelerin işletmeleştirilmesi ve desantralize bir sağlık sisteminin kurulmasıdır. Sağlık alanındaki reform çalışmalarının temel amacı ise, sağlık hizmeti sunumuna rekabeti sokmak ve verimliliği arttırmaktır. Neoliberal politikaların uygulanmasına yönelik yapılan sağlık reformu çalışmaları Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yeni bir boyut kazanmıştır. Bu sayede sağlık alanında hızlı bir neoliberal dönüşüm hareketine Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlanmıştır (Görmüş, 2013:170-171).

2.1.Sağlık Reformu

Reform kavramı daha iyi duruma getirebilmek için yapılan düzeltmeler olarak tanımlanmasına rağmen sağlık sektöründeki reformun neleri kapsadığının evrensel bir tanımı bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde reform kavramı genellikle sağlık politikalarını değiştirmeye yönelik yapılan faaliyetler olarak tanımlanabilmektedir.

Sağlık hizmetleri reformu, önceliklerin saptanması, politika geliştirilmesi ve geliştirilen politikaların uygulamaya geçmesini kapsar (Saltman ve Figueras, 1999: 384).

Ülkemizde 1980’li yılların başlarından itibaren önemli reform girişimlerinin olduğu bilinmektedir. Sağlık hizmetlerindeki artan maliyetler ülkeleri sağlık hizmetleri alanında reformlar yapmaya itmiştir. Artan maliyetler tıbbi hizmetlerin ve tıbbi malların daha az maliyetli olması için çözüm üretmeye itmiştir. Yaşlanan nüfus ve kronik rahatsızlıkların artması ile bağlantılı olarak artan bakım hizmetleri maliyet artışının en önemli unsurudur. Teknolojinin gelişmesi ile ortaya çıkan yeni tedavi şekilleri toplumun beklentilerini arttırmış bu da sağlık hizmetlerindeki maliyet artışına neden olmaktadır. Bu sebeple 1980’li yılların ortalarında başlayan reform girişimleri sağlık hizmetlerinin etkinlik, verimlilik, hasta tercihleri ve ekonomik baskılar doğrultusunda değişmesine neden olmuştur. Genel olarak sağlık hizmetlerindeki reform ile amaçlanan sağlık harcamalarında verimliliğin artırılması, sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması aynı zamanda toplumdaki her bireye eşit sağlık hizmeti sunmak yönündeki baskılara cevap vermektedir (Günaydın, 2011: 327).

Dünya Bankası, farklı ülkelerde sağlık alanında analizler gerçekleştirip, bu analizlerle ilgili raporlar hazırlayıp, hazırladığı bu raporlarda tüm ülkelerde sağlık alanındaki artan maliyetlerden kaynaklanan bir sağlık krizinin varlığından bahsetmiştir. Krizin çözümü olarak sağlıkta reform önerisi ülkelere benimsetilmiştir. Her ülkenin farklı sosyo-ekonomik düzeye ve farklı sağlık sistemine sahip olmasına rağmen her ülkeye aynı çözümü içeren reform paketleri hemen hemen benzer sistemlerle uygulamaya başlanmıştır. Reformun uygulanması ile tüm bireylerin sağlık hizmeti kapsamına alınacağı ve sosyal güvenlik kurumunun farklılığından doğan eşitsizliklerin çözüleceği söylenmiştir. DB kaynaklı sağlık reform adımları öncelikle 1980’lerin ilk yıllarında Şili, Arjantin, Meksika, Hindistan ve Yeni Zelanda da gerçekleştirilmiştir. Türkiye’de de 1986 yılında reform adımları atılmıştır (Hamzaoğlu, 2011: 26-27).

2.2. Sağlık Politikası

Politika, sözlükte yer alan tanımına göre, devletin etkinliklerini yöntem, amaç ve kapsam yönünden düzenleme ve gerçekleştirme esaslarının tümünü kapsar (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a6422103f5a14.47958849). Tam olarak bir tanımı olmamasıyla beraber olan tanım ve kavramlarının güç ve tartışmalı olduğu sağlık politikası, sağlık üzerinde etkisi olan özel sektör, kamu ve gönüllü platformlarca gerçekleştirilen faaliyetlerin tümünü içerir. Sağlık politikası sağlık hizmetlerinin tüm kurumlarını hizmetlerini ve ekonomisini etkileyen durumların ötesinde sağlık alanında etkisi olan kamu-özel sektör ve örgütler tarafından istenilerek veya istenilmeyerek gerçekleştirilen tüm faaliyetleri de içeren bir kavram olarak tanımlanabilir. Bu tanımlamada da görüldüğü gibi sağlık politikası yalnızca sağlık hizmetlerini kapsamayıp sağlık ile ilgili tüm politikaları içerecek şekilde genişletilmiştir (<http://www.pitstop.com.tr/saglik-politikasi-nedir/>).

Sağlık politikalarının amacı ne olmalıdır sorusu, sağlık politikalarını oluşturma sürecinde üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Bu bağlamda bireyleri sadece tedavi etmek yeterli değildir. Çünkü bireyleri kazalardan ve hastalıklardan korumak onları tedavi etmek kadar önemlidir. Bu sebeple sağlık politikalarındaki amacı, Dünya Sağlık Örgütü'nün ilkeleri kapsamında belirlemek daha uygun olmaktadır. Günümüzde sağlık politikaları bu politikaların uygulanması ve denetlenmesi gibi aşamaları devlet ve hükümetler tarafından hazırlanmaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerinin önemli bir konu olması amacıyla devlet denetimi olmadan sağlık politikalarının hazırlanması mümkün olmaz. Ülkemizdeki sağlık politikalarının gelişimi Cumhuriyet Dönemi'nden önceki dönemlere kadar uzanmasına rağmen 19.yy.ın sonuna kadar devletin asli görevlerinden sayılmamıştır (Ertaş vd., 2016: 178).

2.3. Osmanlı Dönemi Sağlık Politikaları

Osmanlı Devleti'ndeki sağlık kuruluşları 19. yüzyıla kadar Selçuklu Dönemi'nin tekrarı niteliğinde olup, o dönemdeki sağlık kurumları devlet elinde bulunan resmi kurumlar değil daha çok vakıf sistemi ile zengin kişilerin veya devlet adamlarının toplumun hizmetine sunduğu kuruluşlardı. O zamanki isimleriyle Darüşşifa, Tımarhane, Bimarhane gibi isimlerle anılan sağlık kurumları III. Selim Dönemi'nde köklü değişikliklere uğramışlardır. 19. yüzyıla kadar içlerinde Osmanlı Devleti'nin de bulunduğu çoğu devlet planlı bir sağlık politikasına sahip değildi. Batı dünyasında salgın hastalıkların (kolera veba gibi) yarattığı korku ile batılı devletlerin sağlığa bilinçli politikalarla yaklaşmaları Osmanlı Devleti'ni de etkilemiş ve sağlık alanında devlet düzenlemeleri yapmaya yöneltmiştir. Başlangıçta sağlık hizmetlerinde askeri alanda yapılan yenilikler, halk sağlığı alanına da yansımıştır (Çavdar ve Karcı, 2014: 256).

Osmanlı Devleti'nde sağlık teşkilatlanmasını 1940'lı yıllarda faaliyete başlayan Karantina Örgütü ile görebilmekteyiz. Örgüt, salgın hastalıkların dünyada yayılmasını önlemek için batılı ülkelerin insiyatifleri doğrultusunda kurulmuştur. Bu doğrultuda ülkenin belirli bölgelerine sağlık elemanları yerleştirilmiştir fakat doğrudan ülke içi hizmet verme kaygısı yoktur. Örgüt yapısı gereği ulusal ve kalıcı bir örgüt değildir. Osmanlı Devleti'nde Tanzimat'tan sonra devlet yapılanmasındaki değişiklikler sağlık teşkilatlanması çalışmalarını da beraberinde getirmiştir. Devletin öncelikle yapmak istediği ülkedeki hekim ve ebelerin kimlikleri ve sayıları ile ilgili net bilgi edinmek olmuştur. Daha önceleri niteliği ve niceliği belirsiz olan sağlık çalışanları devletin denetimi altına alınmış olup, bu sayede teşkilatlanma adına ilk adımlar atılmıştır ve 1861 yılında 'Tababeti Belediye İcrasına Dair Nizamname' ile yasal bir dayanağa kavuşmuştur (Aydın, 2004: 189-190).

Osmanlı Devleti'nde ilk hastane Nizam-ı Cedit ordusunun sağlık ihtiyaçlarını gidermek amacıyla kurulmuş olan Levent Çiftliği Hastanesi'dir. 1799 yılında Padişah Üçüncü Selim döneminde kurulan hastane Yeniçeriler tarafından 1808 yılında yıkılmıştır. Yine aynı yıllarda Üçüncü Selim tarafından Selimiye Kışlası

kurulmuş olup bununla birlikte bir hastane yaptırılmıştır. Bu gelişmelere ek olarak 1806 yılında deniz tıp okulu açılmıştır. Okulun açılma amacı, o yıllara kadar tıp eğitiminden yasal olarak geçmemiş hekimlerin gemilerde hekimlik yapmasını engellemektir. Üçüncü Selim döneminde başlatılmış olan sağlık reformları Üçüncü Selim'in tahttan indirilmesiyle duraklamış olup, İkinci Mahmud döneminde sağlık reformları devam etmiştir. Bu dönemde tüm askeri kuruluşların sağlık koşulları iyileştirilmeye çalışılmış olup, Taksim Topçular Kışlası'nda (1809), Cebehane'de(1828), Kubarhane'de (1835), Tophane'de (1835), Büyükliman'da(1838), Galatasaray'da (1838), askeri hastaneler kurulmuştur. Osmanlı Dönemi'ne bakıldığında genellikle hastanelerin orduya ve savaşlar sonrasında gazilere yönelik tedavi amaçlı kurulduğu gözlemlenmektedir (Yavuz,1988: 124) .

Padişah İkinci Abdülhamit'in annesi tarafından kurulan Bezm-i Alem Valide Guraba-i Müslimin Hastanesi Osmanlı Devleti'nde 'hastane' tabirinin kullanıldığı ilk sağlık kurumudur. (Aslan ve Erdem, 2017: 16). Batı ülkelerinde ki tıp anlayışına uygun bir sivil sağlık kuruluşudur. Bu hastane kurulan ilk vakıf hastanesi olma özelliğini de taşımaktadır (Yavuz, 1988: 126). Osmanlı Devleti'nde ev önemli vakıflar padişahlar tarafından yaptırılmıştır. Aynı zamanda padişah anaları ve padişah hanımları tarafından yaptırılan eserlerin de vakıf tarihinde önemli bir yere sahiptir. Osmanlı sağlık kurumlarının tamamına yakını da padişah, eş ve analarına ait yaptırılmış kurumlardır. Yaptırdıkları çok amaçlı bina topluluklarının içinde darüttıp ve darüşşifa gibi sağlık eğitimi ve aynı zamanda sağlık hizmeti veren kurumlara da yer vermişlerdir. Darüşşifaların (hastane) çoğunda tıp eğitimi verilirken bazı darüşşifaların yanında ayrı bir tıp fakültesi (darültıp) yaptırılmıştır. Osmanlı sağlık tarihinin ilk ve en önemli kaynaklarının başında gelen vakfiyeler Osmanlı Devleti padişahlarının yaptırdığı darüşşifa ve darültıp (hastane ve tıp fakültesi) yönetmeliklerini kapsamaktadır. Osmanlı Sağlık Anayasası'nın metinlerinden sayılan vakfiyelerde Osmanlı'da darüşşifa ve darüttıbbın kuruluş nedenleri, bu kurumlarda görev alacak sağlık personeli ve diğer çalışanların görevleri, görevleri karşılığında alacakları ücretler hangi hizmetlerin sunulacağı, hizmetlerin kime sunulacağı yer almaktadır. Bu belgeler Osmanlı'daki sağlık hizmeti sunumu temel olmak üzere, tıp

etiği, devletin maddi olanakları, devletin sağlığa bakışı, hastanelerin teşkilat yapısı, kademeli şekilde tüm sağlık personelinin vasıfları, kadroları, mevcut sayıları, hastanedeki yatak sayıları, hasta yemekleri, hasta elbiselerinin temizlenmesi, hastaların kişisel temizlikleri için gerekli imkanların sağlanması gibi bilgileri vermektedir. Aynı zamanda hekimlerin vasıflarının yanında hastalara karşı olan davranışları da ayrıntılı olarak yer almaktadır (Yılmaz ve Yılmaz, 2006: 41-42).

Osmanlı Devleti'nde İkinci Mahmud'un padişahlık yaptığı zamanlarda halk sağlığına verilen önem göze çarpmaktadır. Bu dönemde ortaya çıkan çiçek salgınına karşı devlet çağdaş bir yaklaşımla halk sağlığı konusuna eğilim göstermiştir. İstanbul'da açılan Bezm-i Alem Valide Guraba-i Müslimin Hastanesi'nden sonra şehrin diğer bölgelerinde de çeşitli hastaneler kurulmuştur. Genel hastanelerin haricinde kadın, erkek ve çocuk hastaneleri, zührevi hastalıklar hastanesi, kuduz vakalarına bakan ihtisas hastaneleri de açılmıştır. Sağlık konusu sadece saray ve orduya yönelik sunulan bir hizmet olmaktan çıkıp halk sağlığına da yönelmiştir (Çavdar ve Kırıcı, 2014: 258-259).

1800'lü yıllardan sonra farklı padişahlar tarafından gazilerin tedavi edilmesi, salgın hastalıklarla mücadele hastaneleri ve ordu hastaneleri gibi farklı amaçlarla inşa edilmiş hastanelerin çoğu yıkılmış olsa da Osmanlı Devleti'nden Cumhuriyet Dönemi'ne kalmış hastaneler de bulunmaktadır. Osmanlı Dönemi'nde kurulmuş olan fakat isim ve yerleşke değişikliği yapılarak günümüzde de kullanılmaya devam eden Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Türkiye'nin en büyük ruh ve sinir hastalıkları hastanesi olarak faaliyet göstermeye devam etmektedir (Aslan ve Erdem, 2017: 16). Osmanlı Dönemi'ndeki adıyla Topkapı Bimarhanesi, dönemin en büyük ve resmi akıl hastanesi olarak hizmet vermekteydi. Ünlü hekim Mazhar Osman 1920 yılında hastanenin başhekimliğine getirilmiştir. Cumhuriyetin ilanından sonra Mazhar Osman'ın teklifi üzerine Bakanlar Kurulu kararı ile Bakırköy'de yer alan Reşadiye Kışlası Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi günümüzde de faaliyet göstermektedir (Artvinli, Erkoç, Kardeş, 2009: 1).

2.4. Türkiye’de Uygulanan Sağlık Politikaları

Osmanlı Dönemi’nde devlet tarafından yürütülen sağlık hizmetleri genellikle ordu ve saraya sunulmuştur. O dönemde Hekim Başı (Reissul Etibba) kurumundan başka sağlık hizmetlerini, sağlık çalışanlarının atamalarını düzenleyen bir kurum yoktu. Sağlık hizmetleri genellikle serbest çalışan hekimlerden ücret karşılığında sağlanmıştır (Akdur, 2008: 1). Ancak Mustafa Kemal Atatürk tarafından kurulan Türkiye Cumhuriyeti ile çağdaş değerler benimsenmiş ve Cumhuriyetin ilanı ile her alanda olduğu üzere sağlık alanında da önemli gelişmeler olmuştur. Bu gelişmeler sürecinde en belirleyici olan Atatürk’ün benimsemiş olduğu sağlık anlayışıdır. Bu yeni dönemde bireylerin sağlıklarının korunması ve aynı zamanda sağlığın sürdürülebilir olması esas alınmıştır. Mustafa Kemal Atatürk’ün esas aldığı nokta, sağlık hizmetlerinin halka sunulmasının devletin bir görevi olduğudur. Cumhuriyet Dönemi’nde sağlık sorunlarına hızlı ve kalıcı çözüm arayışları olmuştur (Aydın, 2002: 183).

Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları 5 dönemden oluşmaktadır. Dr. Refik Saydam ile anılan 1920-1938 yıllarını kapsayan dönem, Dr. Behçet Uz ile anılan 1938-1960 yıllarını kapsayan dönem, Sosyalleştirme Dönemi olarak bilinen 1960-1980 arası yılları kapsayan dönem, Aktif Özelleştirme Dönemi olarak anılan 1980-2000 arası yılları kapsayan dönem, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı kapsayan 2000’den günümüze gelen dönem olarak ayrılmaktadır (Önder, 2013: 67).

2.4.1. 1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları

TBMM’nin kuruluşu ile sağlık hizmetleri devlet görevi olarak kabul edilmiştir. TBMM, 1920’de kabul edilen 3 Sayılı Kanun ile sağlık hizmetlerini bir devlet görevi olarak kabul edip, ayrı bir bakanlık olarak yürütmüştür. (Akdur, 2008: 1). Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı olarak seçilmiştir. 03.05.1920-10.03.1921 tarihleri arasında görev yapmıştır (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11490/bakanlarimiz.html>). Ancak bu dönemde sağlıkla ilgili çok gelişme kaydedilememiştir. Bunun sebebi Kurtuluş Savaşı dönemine rastlamasıdır (Akdağ, 2008: 13).

Bakan Adıvar'dan sonra Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam 10.03.1921 tarihinde göreve başlamıştır. 24.12.1921-27.10.1923 tarihleri arasında Dr. Rıza Nur, 30.10.1923-21.11.1924 tarihleri arasında tekrar Dr. Saydam, 22.11.1924-03.03.1925 tarihleri arasında Dr. Mazhar Germen Sağlık Bakanı olarak görev yapmıştır. 04.03.1925 tarihinde yeniden göreve gelen Dr. Saydam 1937 yılına kadar Sağlık Bakanlığı görevine devam etmiştir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11490/bakanlarimiz.html>).

Dr. Refik Saydam Cumhuriyetin ilanından sonra görev yaptığı süre boyunca sağlık hizmetlerinin gelişmesi için önemli katkılarda bulunmuştur. 1923 yılında sağlık hizmetleri 554 hekim, 4 hemşire, 69 eczacı, 136 ebe, 560 sağlık memuru ile sunulmaktaydı (Akdağ, 2008: 13).

Sağlık politikaları Dr. Refik Saydam döneminde 4 ilke etrafında şekillenmiştir.

1-Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi,

2-Koruyucu hekimlik merkezi yönetimin, tedavi edici hekimlik yerel yönetimlerin sorumluluğunda olması,

3-Sağlık insan gücünü arttırmak için tıp fakültelerinin iyileştirilmesi, tıp öğrencileri için yatılı yurtların açılması, tıp fakültesi mezunlarına zorunlu hizmet şartı konulması,

4 -Bulaşıcı hastalıklarla (sıtma, verem, cüzam vb.) mücadele için programların başlatılması (Akdağ, 2008: 14).

Belirlenen bu ilkelere paralel olarak dikey örgütlenme modeli ile sağlık hizmetleri yürütülmüştür. Sağlık hizmetleri planlamasında ki hedefler sağlık personeli açığını kapatmak ve koruyucu sağlık hizmeti üretmektir. Bu hedefler sağlık hizmetlerini kırsal kesime ulaştırma politikasıyla bir aradadır. Bu politikalar ışığında tüm ülkeye sağlık hizmeti götürmek için kentten kırsala sağlık personeli atanmıştır ve aynı zamanda kırsal kesime sağlık üniteleri kurulmuştur. Bu sebeple gereken hizmet altyapısı oluşturulmaya çalışılmıştır. Sağlık hizmetlerinde istenen hedeflere ulaşabilmek için bulaşıcı olan hastalıklarla mücadele etmek ve ülke genelinde sağlık

hizmetlerini örgütlemek başta gelmiştir. Dr. Refik Saydam, sağlık hizmetlerini taşıraya götürebilmek için çaba sarf etmiştir. Bunun için bazı bulaşıcı hastalıklara karşı dikey örgütlenme adı da verilen teşkilatlar kurulmuştur. Bulaşıcı hastalıklara karşı bakanlık içerisinde merkezde ve kırsal kesimlerde özel hizmet örgütleri kurulmuştur. Bu örgütler ihtiyaç olan bölgelerde teşkilatlanmaya gitmiştir. Sıtma ile mücadele dikey örgütlenme konusundaki en önemli örnektir (Aydın, 2002: 189).

Dr. Refik Saydam'ın en önde tuttuğu konulardan biri sağlık personelinin sayısını arttırmaktır. Öncelikle hekimler olmak üzere veterinerler, hemşire, ebe ve eczacılar yetiştirmesi için çalışmalar yapmıştır. Bunun yanı sıra fizik tedavi uzmanı, tıbbi teknisyenler, diyetisyenler, psikologların yetiştirilmesini sağlamıştır. Görevlerini serbest yerine getirenler için 'Zat İşleri ve Muamelat Müdürlüğü' kurulmuştur. Dr. Refik Saydam sağlık personeli sayısında ciddi bir artış elde etmiştir (Karabulut,2007:153). Tıp öğrencilerinin yeme, giyinme, barınma ihtiyaçlarını karşılamak için tıp öğrenci yurtları kurulmuştur. Öğrenciler bu yurtlardan ücretsiz faydalanmışlardır. Tıp eğitimini tamamladıktan sonra 4 yıl süre ile Sağlık Bakanlığı Teşkilatı'nda zorunlu görev yapmışlardır (Fişek, 1991: 3) Koruyucu sağlık hizmetlerine ve bulaşıcı hastalıkları engellemeye önem verilmiş, tedavi edici sağlık hizmetlerini yerel yönetimlere bırakmıştır. Belli şehirlerde (Ankara, Erzurum, İstanbul, Sivas, Diyarbakır) numune hastaneleri açmıştır. Doğum ve çocuk bakımevleri, ebe okulları açılmıştır (Sargutan, 2006: 2896). 1924 yılında kırsal kesimde ayakta tedavi sunan hizmet ünitelerinin açılması planlanmıştır. Planlanan hizmet ünitesinin ismi muayene ve tedavi evi, sayısı 150dir. 1930 yılında diğer muayene ve tedavi evlerinden farklı olarak bir ilk gerçekleştirilmiş ve hem koruyucu sağlık hizmetleri hem de tedavi edici sağlık hizmetlerini birlikte sunan Etimesgut Numune Dispanseri açılmıştır. 1937 yılından sonra sağlık merkezi daha sonra da sağlık ocağı adını almıştır (Aydın,2002:190).

1923-1938 döneminde Sağlık Mevzuatı çalışmaları ön plandaydı. Bu dönemde sağlık sisteminin kurulması ve aynı zamanda örgütlenmesi için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından birçok yasa ve tüzük hazırlanmıştır (Saltık, 2014: 9).

Dr. Refik Saydam'ın görev yaptığı dönemde yürürlüğe giren ‘ Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ‘ en önemli kanundur. Bu kanun hekimlik mesleğinin uygulama alanını kapsar. Kanunun ilk bölümünde hekimlik yapabilme, özel muayenehane açma, doktorların nitelikleri, ameliyat yapma koşulları ve kuralların dışına çıkan doktorlara uygulanacak cezalar yer almaktadır. İkinci bölüm dış hekimlerini, üçüncü bölüm ebeleri, dördüncü bölüm sünnetçileri, beşinci bölüm hemşireleri, altıncı bölüm genel hükümleri kapsar (Karabulut, 2007: 155).

24.04.1930 tarihinde ‘Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1593 sayılı)’ çıkarılmıştır. 06.05.1930 tarihinde resmi gazetede yayımlanmıştır (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>). Bu kanun o dönemdeki en ileri sağlık yasalarındandır. Birçok Avrupa ülkesinde benzer bir genel sağlık yasası yoktu. Bu yasada halk sağlığının korunması için uzmanlardan oluşan bir kurumla bilimsel gelişmelerin incelenmesi gerektiği bu sebeple Hıfzısıhha Kurumu'nun oluşturulması sağlanmıştır. Hıfzısıhha kanununda bakanlığın görevlerini belirleyen bölümde ki 18 maddeden 15 maddesi koruyucu sağlık hizmetlerini kapsamaktaydı (Akdur, 2008: 2).

Dr. Refik Saydam toplum sağlığını korumak ve Türkiye'nin her yerine sağlık hizmeti ulaştırmak için çaba göstermenin gerçek hekimlik olduğunu savunan ve tüm yaşamını bu yola adayan bir hekimidir (Fişek,1987:4).

2.4.2. 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları

Dr. Refik Saydam'ın Başbakanlık görevine gelmesi sebebiyle Sağlık Bakanlığı'na Dr. Hulusi Alataş getirilmiştir. Bu dönemde Sağlık Bakanları sık sık değişmiştir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11490/bakanlarimiz.html>).

Dr. Refik Saydam döneminde ki sağlık politikasından sonra ilk önemli girişim Dr. Behçet Uz tarafından yapılmıştır. Dr. Behçet Uz'un 1946-1948 yılları arasındaki görevi sırasında ‘ Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı ‘ hazırlanmıştır. Plan Cumhuriyet Dönemi'nde yazılmış ilk sağlık planı olarak bilinmektedir (Ertaş vd.,2016: 179). Sağlık planının en önemli özelliği kırsal alandaki birçok köye

koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sunan sağlık merkezlerinin kurulmasıdır (Fişek,1991: 3). Planın temel nitelikleri tüm hastaneleri tek elden idare etmek, il merkezlerindeki mevcut hastaneleri düzeltmek, eksik olan yatak ve malzemeleri tamamlamak, gerekiyorsa yeni hastane kurmak, yatarak tedavi gören hastalardan yatak ve tedavi ücreti almak, sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamak amacıyla bir sağlık bankası kurmak, kurulan sağlık bankasından hekim, hemşire, ebe ve sağlık memurlarına dolgun bir ücret vermek, bu sağlık personellerinin ve çocuklarının sigorta ücretlerinin bu banka tarafından karşılanması, ülkenin 7 yerinde kapsamlı tıp fakülteleri ve hastaneler yapmaktır (Dirican, 2001: 467).

Planın gerçekleşmesi 10 yıllık bir dönemi karşılayacaktı. Sebebi ise mali yetersizlik ve personel yetersizliği idi. Fakat bu plan kanunlaşmadan Dr. Behçet Uz Sağlık Bakanlığı görevinden ayrılmıştır (Ertaş, vd.,2016: 179). Dr. Behçet Uz'un görevden ayrılmasından sonra uzun dönem planlı ve sistemli bir çalışma yapılmamıştır. 1954 yılında tekrar göreve gelen Bakan Uz, Milli Sağlık Programı adıyla ilk sağlık planından daha kapsamlı bir program hazırlamıştır. Milli Sağlık Planı'na göre 7 sağlık bölgesine (Balıkesir, İzmir, Ankara, Erzurum, Samsun, Seyhan, Diyarbakır) ayrılan ülkemiz Milli Sağlık Programı'na göre 16 sağlık bölgesine ayrılması planlanmıştır. Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı'nda halkı ücreti karşılığı sigorta kapsamına almak, sigortasız olan bireylerin, ödeyemeyecek durumda olanların tedavi ücretlerini özel idare bütçesinden karşılamak, tıbbi malzeme üretimini kontrol altına almak, çocuk besinlerini üretecek sanayi kuruluşlarını oluşturmak ve sağlık merkezleri kurmak yer almaktadır (Akdağ, 2008: 16).

1947 yılında Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş aynı zamanda bir aşı istasyonu hizmet vermeye başlamıştır. 1948 yılında ise boğmaca aşısı ülkemizde üretilmeye başlamıştır. 1946 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuştur. Bunu takiben sigortalı çalışanlar için hastaneler açılmıştır. Türk Tabipler Birliği Kanunu, Eczacılar ve Eczacılar Kanunu, Hemşirelik Kanunu, Türk Eczacılar Birliği Kanunu gibi sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapılarını oluşturan

mevzuatta Dr. Behçet Uz döneminde oluşturulmuştur (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>)

2.4.3. 1960-1980 Dönemi Sağlık Politikaları

Bu dönemde 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. Maddeleri doğrultusunda sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri devlet görevlerinden sayılmıştır. 49. Maddede devletin herkesin sağlıklı yaşamasını ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevli olduğu yer almaktadır. Böylelikle sağlık bir insan hakkı olarak Anayasa ile güvence kapsamına alınmıştır (Kol,2015: 141). Bu maddeler ışığında hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda halkın sağlık düzeyini yükseltebilmek için halk sağlığı hizmetlerine önem verilmiştir. Bu amaç doğrultusunda tedavi edici sağlık hizmetlerini, koruyucu sağlık hizmetlerini tamamlayan bir öge olarak adlandırıp çok sayıda kişinin yararlanamadığı ve yüksek maliyetli olan hastanecilik yerine, ayakta tedavi hizmetini veren küçük topluluklara değin yayılan bir sağlık örgütünün oluşturulması planlanmıştır (Akdur, 2008: 4). 1961 yılında yasa olarak sunulan ve kabul edilen 224 Sayılı Kanun ile sosyalleştirme dönemi olarak bilinen dönem başlamıştır. Bu kanunla sağlık hizmetleri devletin görevi olarak tanımlanmış olsa da bu süreç içerisinde çalkalanan piyasa şartları karışık hatta büyük miktarda özel sektörün gerçekleştireceği hizmetler olarak adlandırılmaya başlanmıştır (Sayın ve Yeginboy, 2008: 4).

'224 Sayılı Kanun'un sağlık sistemine getirdikleri;

- Sağlık hizmetlerinden yararlanmada herkesin eşit haklara sahip olması,
- Sağlık hizmetlerinden yararlanılmasının ücretsiz olması, masrafların devlet bütçesinden karşılanması ya da hastanın masrafın bir kısmını karşılaması,
- Hekimlerin kamu ya da özel sektörde çalışmasının serbest olması fakat kamuda çalışan hekimin aynı zamanda özel olarak çalışmaması,
- Hekim ve sağlık kurumu seçme özgürlüğünün tanınması (bireyin ücretini ödemesi şartı ile),
- Hekimlerin ve sağlık personellerinin kamuda 3 yıl sözleşmeli çalışması ve bunun sonucunda emeklilik, kıdem ve terfi hakkının bulunması,

- İl içinde bütünleşmiş sağlık teşkilatının amiri sağlık müdürü olacaktır; valiye karşı sorumlu olan sağlık müdürü Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği yasalara uygun hizmet yürütür,
- Sağlık personeli ve mali sıkıntılar sebebi ile tüm ülkede yasanın uygulanması,
- Sağlık hizmetlerinin devlet görevi olarak kabul edilmesi,
- Tüm bireylerin sağlık hizmetinden faydalanması için birinci basamak tedavi hizmetinin köylere kadar ulaştırılması,
- Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin beraber yürütülmesi,
- Kamusal sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi,
- Halk ile bütünleşme,
- Kamuda çalışan doktorların tam gün çalışma esasıdır.
- 15 yılda tamamlanması beklenmektedir.

1962 yılında kabul edilip 1963 yılında uygulanmaya başlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda 224 Sayılı Kanun'un ilkeleri esas alınmış ve yas ilk kez Muş'ta uygulanmıştır. Ayrıca Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda hemşire ve ebe sayılarının artırılıp eğitimlerine önem verilmesi planlanmıştır (Fişek, 1991: 3-4). Fiilen sosyalizasyonun başlaması 1963 yılını bulmuştur. Kanuna göre bireyler sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde faydalanacaktır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak ücretsiz ya da sağlık hizmetini alan kişi masrafın belli bir miktarını ödeyerek hizmetten yararlanacaktır. Bireyler hekim seçme özgürlüğüne sahip olacaklardır. Hekimler kamu veya özel sektörde mesleklerini uygulayabileceklerdir fakat ya kamuyu ya da özel sektörü seçmek zorundadırlar; iki alanda birden görev alamayacaklardır. İllerde ve köylerde sağlık ocakları kurulacak ve hastaneler ile beraber sistemli bir şekilde tedavi hizmeti sağlayacaktır. Kamuya bağlı sağlık kuruluşları tek elden yürütülecektir. Sağlık personeli ve bütçe azlığı sebebi ile yasanın uygulanması 15 yılda tamamlanacaktır (http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html).

1965 yılında çıkarılan Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (554 sayılı) ile nüfusu arttırıcı (Pro-natalist) politikadan, nüfus artış hızını sınırlayıcı (anti-natalist) politikaya geçilmiştir. Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması İkinci Beş Yıllık

Kalkınma Planı'nda yer almıştır. GSS Kanun Taslağı TBMM'ye gönderilmiş fakat reddedilmiştir. 1978 yılına gelindiğinde kamuda çalışan doktorların özel muayenehane açması yasaklanmıştır. Fakat 1980 yılında bu yasa kaldırılarak tekrar serbestlik getirilmiştir (Akdağ, 2008: 17-18).

2.4.4. 1980-2000 Dönemi Sağlık Politikaları

Neoliberal görüş 24 Ocak 1980 kararlarıyla resmi bir devlet politikası halini almıştır. Aktif özelleştirme olarak da adlandırılan bu dönem de Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın yeniden düzenlendiği dönemdir. 1961 Anayasası'nda olan sağlık hizmetlerinin devletin sunması gereken bir görev olarak belirtildiği maddeler kaldırılarak, 1982 Anayasası'nın 56. Maddesinde sağlık hizmetlerinin devletin sunması değil düzenlemesi gereken bir hizmet olduğunu ifade eden hükümler gelmiştir (Akdur, 2008: 5).

1982 Anayasası ile 1961 döneminde benimsenen sosyal devlet anlayışı daha da sağlam temeller üzerine kurulmuştur. Bu sayede bireylerin sosyo-ekonomik durumları, sağlık sorunları, refah düzeyleri için asgari yaşam düzeyi sağlamak görev olarak kabul edilmiştir ve hukuk temellerine dayandırılmıştır. 80'li yıllardan sonra sağlık politikalarına yönelik yapılan çalışmalar nüfus ve aile planlaması, yeşil kart uygulaması, sigorta kapsamı gibi alanlarda olmuştur (Ertaş, 2016:180). 1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (3359 Sayılı) ile sağlık hizmetlerinin neoliberalleşmesine yönelik ilk adım atılmıştır. Türkiye Cumhuriyeti'nde ki tüm sağlık hizmetlerinin SB tarafından planlanması ve denetlenmesini sağlayan bu kanun ile Genel Sağlık Sigortası'nın ilk adımları tanımlanmış olup aynı zamanda kamu hastanelerinin işletmeye dönüştürülmesinin yolu açılmıştır. Fakat Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu'nun önemli maddeleri iptal edildiği için beklenen sonuçlara ulaşamamıştır. Türkiye'de ki sağlık reformu tercihlerini DB ve DSÖ stratejileri etkilemiştir. 1987 yılında Dünya Bankası ile Türkiye'deki sağlık durumunu değerlendiren bir anlaşma yapılmıştır. Diğer yandan Devlet Planlama Teşkilatı yaptırdığı Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması ve yapılan Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri ile Ulusal Sağlık Politikası'nın hazırlanmasına etki etmiştir.

1993 yılındaki ‘Ulusal Sağlık Politikası’ programı sağlık hizmetlerinin sunumu, çevre sağlığı, sağlıklı Türkiye hedefleri gibi temel bölümleri kapsamaktadır (Görmüş,2013: 126-127).

1990’lı yıllarda yürütülen sağlık politikalarına yönelik çalışmalar, Genel Sağlık Sigortası’nın kurulması, aile hekimliğinin oluşturulması, Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmetlerine yönelik görevlerinin sağlık hizmetlerini planlayan ve denetimini sağlayan bir yapıya dönüştürülmesi, kamu hastanelerinin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesini kapsamaktadır (Ertaş, 2016: 181).

2.4.5. 2000 ve Sonrası Sağlık Politikaları

2000’li yıllar sağlık alanında önemli gelişmelerin olduğu ve bu alanda büyük adımların atıldığı bir dönemdir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında çeşitli yenilikler başlatılmış ve bu durum oluşturulan sağlık politikalarıyla desteklenmiştir (Ertaş, 2016: 184).

Sağlık reform çalışmaları bu dönemde genellikle, GSS’ nin kurulması, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanının birbirlerinden ayrılması, SB’ nin tekrar yapılandırılması yolu ile denetim görevinin etkin biçimde yürütülmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerine verilen önemin artırılması, ayrı olan sosyal güvenlik kurumlarının tek bir kurum altında toplanması, hastanelerin özerk bir statüye kavuşturulması ve aile hekimliği uygulaması gibi konuları içermektedir. Sağlık alanında gerçekleştirilmesi istenen bu reformlar Acil Eylem Planı (2002) içerisinde belirtilmiş olup, uygulanması için zaman aralığı verilmiştir. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı bu ekseninde uygulamaya koymuştur. Programın amaçlarıyla uyumlu olacak şekilde hazırlanan 9. Kalkınma Planı (2006) ile sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı, kalite artırılması, SB’nin denetleme gücünün artırılması, sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesi, ilaç kullanımının sağlanması, GSS’nin tesisini planlamaktadır. SDP ile günümüze kadar olan reformları değerlendirip gelecekteki sağlık sistemini tasarlayıp bu sisteme geçebilmek için gerekli değişimleri yapmak amaçlanmıştır. SDP bünyesinde planlanan politikaların

tümü ÷lkedeki sağlık düzeyini arttırmayı amaçlamaktadır (avmak ve avmak, 2017: 51-52).

2.4.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

3 Kasım 2002 tarihinde yapılan seçimlerden sonra 16 Kasım 2002 tarihinde ‘Herkes Sağlık’ başlığı ile sağlıkla ilgili yapılması planlanan hedefler Acil Eylem Planı’nda belirlenmiştir. Planın belirlenmesinin ardından 59. Hükümet, Acil Eylem Planı’na sadık kalarak 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanıp kamuoyuna duyurulmuştur. SDP, DSÖ’nün ‘21. Yüzyılda Herkes Sağlık’ politikasını, AB tarafından açıklanan ‘Katılım Ortaklığı Belgesi’ni ve çeşitli uluslararası tecrübeleri örnek almıştır. SDP, 8 tema etrafında şekillenmiştir (Akdağ, 2008: 20).

2.4.5.1.1. Dünya Bankası ve Sağlıkta Dönüşüm Programı İlişkisi

1970’li yılların sonunda yaşanan ekonomik krizi atlatmak için Dünya Bankası, Uluslar Arası Para Fonu, Dünya Ticaret Örgütü gibi kuruluşların yardımıyla ‘Yapısal Uyum Programları’ başlatıldı. Bu programlar Türkiye’de dahil olmak üzere gelişmekte olan ÷lkelerde uygulamaya konuldu (Çiçeklioğlu, 2011: 67).

Küreselleşmeyle birlikte tüm dünya ÷lkelerinde uygulanmak istenen bu programlar, sosyal harcamaların ve kamu harcamalarının azaltılarak kaynakların özel sektöre kaydırılmasını, kamunun eğitim ile sağlık sektörlerinden çekilerek yerini özel sektöre bırakıp, sosyal güvencikte devlet bütçesinden sağlanan kaynakların değil sigortacılığın (primlerle) geliştirilmesi öngörmekteydi. Dünya Bankası sağlık alanında çeşitli ÷lkelerde analizler gerçekleştirip bu analizlerin sonuçlarını raporlayarak ‘sağlık krizi’nin’ yaşandığını bildirdi. Maliyet artışından yaşanan bu krizin çözümü olarak ‘sağlıkta reform’ önerisinde bulundu. Önerdiği reform paketleri ile tüm nüfusun sağlık hizmeti kapsamına gireceği ve aynı sosyal güvenlik kurumunda olmadıkları için yaşadıkları eşitsizliklerin çözüleceği bildirildi (Erol ve

Özdemir, 2014: 10). Dünya Bankası'nın önerdiği reform paketlerinin içeriğinde sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanının birbirinden ayrılması, sağlık sektöründeki kamu varlığının sınırlandırılması, piyasa mekanizmalarının yoğun şekilde kullanılması, hizmet sunan sağlık bakanlıkları yerine düzenleyici kurumlara dönüşen sağlık bakanlıklarının varlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerini vermek için aile hekimliği sisteminin oluşturulması bulunuyordu (<http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/browse-record.php?-action=browse&-recid=1963>).

2003 yılında devletlerin neoliberal politikalarının bir uzantısı olarak sağlık reformları Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yeni bir boyuta ulaşmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Dünya Bankası ve Türk uzmanlardan oluşan bir komisyonca hazırlanan rapora dayanmaktadır. Raporun adı : ‘ Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Reformu’ dur (Erol ve Özdemir, 2014: 12). Bu reforma göre: Zorunlu Genel Sağlık Sigortası'nın uygulanması; Bağ-Kur, SSK, Emekli Sandığı, Yeşil Kart, aktif memurların ortak finansman kaynağı altında toplanması önerilmektedir. Temel hizmetler paketi geliştirilmesi; koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirip, yoksul vatandaşlara temel hizmetler paketini ulaştırabilmek için yöntemler geliştirilerek sağlık alanındaki çalışanların yoksul bölgelerde görev almasına teşvik edilmelidir. Teşvikler kısa görev süresi, ek ödeme, hizmet verdikten sonra istenilen yere atanma şeklinde olabilir. Kamu hastanelerinin tekrar düzenlenmesi, verimliliği arttırmak için kamu hastanelerine idari ve mali özerklik tanınmasıdır. Kurumsal sorumlulukların yeniden belirlenmesi; Sağlık Bakanlığı'nın görevi politika belirleme, düzenleme ve denetimdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi; aile hekimliği kavramının hayata geçirilmesidir. Dünya Bankası'nın da öngördüğü gibi bu maddeler 2003 yılı Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda yer almıştır. Bu durum Türkiye'de sağlık alanındaki reformların, global reform ilkelerine paralel geliştiğinin göstergesidir (Yılmaztürk, 2013: 183-184).

2.4.5.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık İle İlgili Temel Problemler

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık alanındaki temel problemler:

- Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında Türkiye'deki bebek ve çocuk sağlık göstergeleri daha düşüktür.
- Sağlık alanındaki eşitsizlikler kentsel-kırsal alanda ve sosyo-ekonomik düzeyler arasında fazlaca görülmektedir.
- Sağlık Bakanlığı'nda ve sağlık kurumlarında olan yönetsel verimsizlikler yetişmiş eleman sayısının artırılmasını gerektirmektedir.
- Sosyal güvenlik kapsamında olmayan büyük bir kesim vardır ve bu kesimin sosyo-ekonomik düzeyleri ve sağlık göstergeleri düşük olması ciddi bir problemdir.
- Sağlık hizmetlerindeki erişim sorunu nüfusun büyük bir bölümünün sağlık güvencesinden yoksun olmasına sebep olmakta, Sağlık güvencesi olan kesim için bile tam bir kapsama olmamakla birlikte eksik sigortacılık olgusu var olmaktadır.
- Hizmet sunumundaki ve finansmanındaki bölünmüş yapı verimsizliklere yol açmaktadır.
- Sevk sisteminin uygulanmaması ile hastane hizmetlerinde gereksiz kullanım olmakta bu da üniversite hastaneleri de dahil olmak üzere birçok sağlık kurumu ciddi olmayan hastalıklar için birinci basamak sağlık kurumu gibi hizmet vermektedir.
- Toplumun kırsal kesiminde hizmete erişim için ciddi miktarda informal ödeme yapılmaktadır.
- Sağlık çalışanlarının dengesiz dağılımı, hekimlerin kentsel alanlarda görev yapmak istemesi sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmaktadır (Yılmaztürk, 2013: 183-184).

Bu problemler ve sağlık göstergeleriyle ekonomik göstergelerin uyumsuzluğu, sağlık hizmetini sunanların ve hizmeti alanların memnuniyetsizliği ve küresel reform etkileri sağlık alanında yeniden yapılanmayı gündeme getirmiştir. Bu bağlamda Türkiye’de kaliteli sağlık hizmetlerini hakkaniyetli bir şekilde sunan, sağlık giderlerindeki artan maliyete karşın bir koruma sağlayan ve sürdürülebilir bir sistem kurmak ve sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında önemli değişiklikler yapmak amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır (Sülkü, 2011: 97).

2.4.5.1.3. Acil Eylem Planı (2002)

Plan kapsamında 205 faaliyet bulunmaktadır. Bu faaliyetlerden 45’i Sosyal Politikalar altında toplanmıştır. Sosyal politikalar başlığı altında, sağlıklı toplum bölümünde 9 faaliyet bulunmaktadır.

Acil Eylem Planı’nın herkese sağlık konulu hedefleri;

- Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğuunda Devlet Planlama Teşkilatı ile işbirliği yapılarak 6-12 ay süre zarfında günün şartlarına ve yeni kurulacak sağlık sistemine göre SB’nin yeniden yapılandırılması,
- SB’nin sorumluluğuunda DPT, ÇSGB, hastanesi olan KİT’ler, Tabip Odaları ve belediyeler ile işbirliği yapılarak 12 ay süre zarfında kaliteli, hızlı sağlık hizmeti sunabilmek ve Genel Sağlık Sigortası’nın uygulanabilmesi için hastaneler arasındaki ayırım kaldırılarak tek kurum altında toplanması,
- Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğuunda Devlet Planlama Teşkilatı, Maliye Bakanlığı, hastanesi olan KİT’ler, Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Tabip Odaları ile işbirliği yapılarak 12 ay ya da daha uzun vadede, kurulacak sağlık sistemi ve GSS sisteminin kaliteli ve etkin şekilde uygulanabilmesi ve artan maliyetlerin azaltılabilmesi için uygun olan hastaneler idari ve mali açıdan özerk bir statüye kavuşturularak bununla beraber sağlık alanında rekabetin yaratılması,
- ÇSGB sorumluluğuunda DPT, Hazine Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı, SB, Tabip Odaları, niversiteler, Eczacılar Birliği ile işbirliği yapılarak 12 ay süre zarfında GSS ile sağlık hizmetleri sunum ve finansmanının ayrılması ile

maliyetlerin azaltılması, kalitenin arttırılması ve sağlık sisteminde standart birliğin sağlanması,

- ÇSGB sorumluluğunda DPT, Maliye Bakanlığı, SB ile işbirliği yapılarak 12 ay süre zarfında sağlık hizmetlerinde gelişmiş ülkeler düzeyine çıkabilmek ve bütün bireylere kaliteli hizmet sunmak için GSS sisteminin kurulması ve kurulacak bu sistem ile ödeme gücü bulunmayan bireylerin prim ödemelerinin devletçe karşılanması,
- Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda Devlet Planlama Teşkilatı ile işbirliği yapılarak 12 ay süre zarfında Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi, sevk zincirinin kurulması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin gclendirilip hastanelerdeki yığılmanın nlenmesi,
- Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda ana-ocuk sağlığına verilen önemin arttırılması,
- Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Hazine Müsteşarlığı sorumluluğunda Maliye Bakanlığı ve SB işbirliği ile sağlık alanına özel sektörün yatırım yapmasına teşvik edilmesi (www.kalkinma.gov.tr/Lists/EylemVeDigerPlanlar/Attachments/13/58.HkmetAcilEylemPlanı.pdf).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (2003-2011)

3.1.Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Amaç ve İlkeleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amacı sağlık hizmetlerini etkili, verimli, eşitlik ilkesinin yanında hakkaniyetli bir şekilde sunmak ve finanse etmektir. Amaç olarak geçen kavramlardan olan,

Etkililik; uygulanacak sağlık politikası ile toplumdaki sağlık düzeyini yükseltmek,

Verimlilik; sağlık için ayrılan mali kaynakların doğru bir şekilde kullanılarak maliyetlerin azami seviyeye indirilmesi ve aynı kaynak ile fazla hizmet üretiminin sağlanması,

Hakkaniyet; tüm toplumun ihtiyaç duyduğu ölçüde sağlık hizmetlerine ulaşmaları ve kişilerin maddi durumları kadar sağlık hizmetleri finansmanına katkı sağlamalarıdır (Çetin, 2017: 282).

Temelinde insan odaklı olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaç olarak belirlenen ilkeleri;

- İnsan merkezlilik,
- Sürdürülebilirlik,
- Sürekli kalite gelişimi,
- Katılımcılık,
- Uzlaşmacılık,
- Gönüllülük,
- Güçler ayrılığı,
- Desantralizasyon,
- Hizmette rekabettir (Akdağ , 2012 : 69-70).

İnsan merkezlilik: Sağlık hizmetinden yararlanacak kişiyi ve kişinin istek ve beklentilerini temel almayı belirtmektedir. Aynı zamanda sağlığın aile içinde

üretildiği bir kavram olduğundan hareketle kişiyi aile sağlığı çerçevesinde ele alınmaktadır. Sağlıklı toplumlar sağlıklı bireylerden oluşur gerçeğiyle birlikte bireylerin beklenti ve taleplerine cevap verebilecek bir sağlık hizmeti sunumu benimsenmek istenmiştir (Akdağ, 2012: 69).

Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sağlık sisteminin ülkenin şartlarına uyumlu olmasına ve devamlılık arz etmesini ifade etmektedir. Geliştirilecek olan sistemin o anki ülke koşullarına uygun şekilde planlanması ve finansman boyutunun göz ardı edilmeden planlanması sistemin uzun vadede devamını sağlar. Sağlık hizmetleri finansmanının en iyi şekilde kullanılması sürdürülebilirliği sağlayan temel taşlardandır (Akdağ, 2012: 69).

Sürekli Kalite Gelişimi: Bireylere sunulan hizmetlerde varılan son noktayı yeterli görmeyip hep daha iyiye ulaşmayı hedeflemeyi bunun için sistemin kendini değerlendirerek bir geri bildirim mekanizması oluşturmasını ifade etmektedir. Örneğin; MHRS sistemi insanların hastaneye gitmeden randevu almalarını sağlayan bir sistemdir. Kişiler bu yolla zamandan tasarruf etmişlerdir (Akdağ, 2012: 69).

Katılımcılık: Bu ilke ile kaynak birliğinin sağlanması hedeflenmiştir. Sistemin geliştirilmesi için tüm tarafların görüşlerinin alınıp yapıcı bir tartışma platformlarının oluşturulması hedeflenmiştir (Akdağ, 2012: 69).

Uzlaşmacılık: Sektörün farklı birimleri arasında çıkar çatışmasına göre değil karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktada buluşmayı hedefleyen ilkedir. Sağlık hizmetini sunan, finanse eden, sağlık hizmetini alan grupların ortak paydada buluşmasını ifade etmektedir (Akdağ, 2012: 70).

Gönüllülük: Sistemin içerisinde yer alacak bütün bireylerin belirlenen amaçlar doğrultusunda hareket etmelerini sağlama yöntemidir. Hizmeti sunan veya alan kesimlerin zoraki değil gönüllü katılımlarını ifade etmektedir (Akdağ, 2012: 70).

Güçlerin Ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin denetimini yapan, sağlık hizmetini üreten, sağlık hizmetlerini planlayan ve sağlık hizmetlerini finanse eden kurumların birbirinden ayrı kurumlar olması ilkesidir. Bu sayede güçler arasında çıkar farklılığı

çatışması olmayacak ve sağlık hizmetinin etkin, aynı zamanda kalitesi yüksek sunumu sağlanacaktır (Akdağ, 2012: 70).

Desantralizasyon: Yerinden yönetim ilkesinin uygulanması ile kurumlar mali ve idari yönden özerkliğe kavuşacak daha hızlı karar veren yapılara sahip olacaktır. Aynı zamanda kaynakların etkin kullanımı da bu yolla artacaktır (Akdağ, 2012: 70).

Hizmet Sunumunda Rekabet: Sağlık hizmeti sunumunun tekelden çıkıp farklı hizmet sunucular tarafından yapılması rekabeti arttıracak aynı zamanda rekabetle birlikte kalite gelişimi ve maliyet azalmasını sağlayacaktır (Akdağ, 2012: 70).

3.2.Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bileşenleri

2003 yılında Türk sağlık sisteminde köklü değişikliklere gidilmiştir. Bu değişiklikler hizmet sunumundan, sağlık hizmetleri finansmanına, insan gücünden bilgi sistemlerine kadar olmuştur (Akdağ, 2012: 80).

58. ve 59. Hükümet Planı ve Acil Eylem Planı'nda geçen hedefler temel alınarak hazırlanan SDP ile mevcut sağlık sistemi yeniden tasarlanmış ve mevcut sağlık sisteminin işleyişinde, kurumsal yapısında, personel yapısı ve dağılımında, sağlık hizmetleri finansmanında, kaynak kullanımında, sağlık insan gücünde, sağlık hizmetlerindeki merkezîyetçilikte köklü değişiklikler yapılmıştır (Ergun ve Ergun, 2010: 38).

Sağlıkta Dönüşüm Programı bütün sağlık sistemini kapsamına alan 8 ana bileşen ve alt bileşenlerden oluşan problemlere karşı çözümleri içeren bir çerçeveye sahiptir. Bu bileşenlerin hepsi birbiriyle ilişkili ve programın bütünlüğüne uygun şekilde düzenlenmiştir (Çelikay ve Gümüş, 2011: 59).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bileşenleri;

- 1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği

- b) Etkili, Kademeli sevk zinciri,
- c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için akreditasyon,
- 7- Akılcı ilaç ve malzeme üretiminde kurumsal yapılanma,
- 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi (Akdağ, 2008:20).

3.2.1. Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması

Sağlıkta Dönüşümün Programı'nın ana bileşenlerinden olan Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel olarak yeniden yapılandırılmasını öngörmektedir. Artık Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetini üreten bir yapı olmaktan çıkıp, üretilen sağlık hizmetini planlayan, denetleyen, koordine eden, politikalar geliştiren, sağlığa ayrılan kaynakların etkin, verimli, hakkaniyete uygun kullanılmasını sağlayacak bir yapıya dönüştürülmüştür (Ergun ve Ergun, 2010; 39).

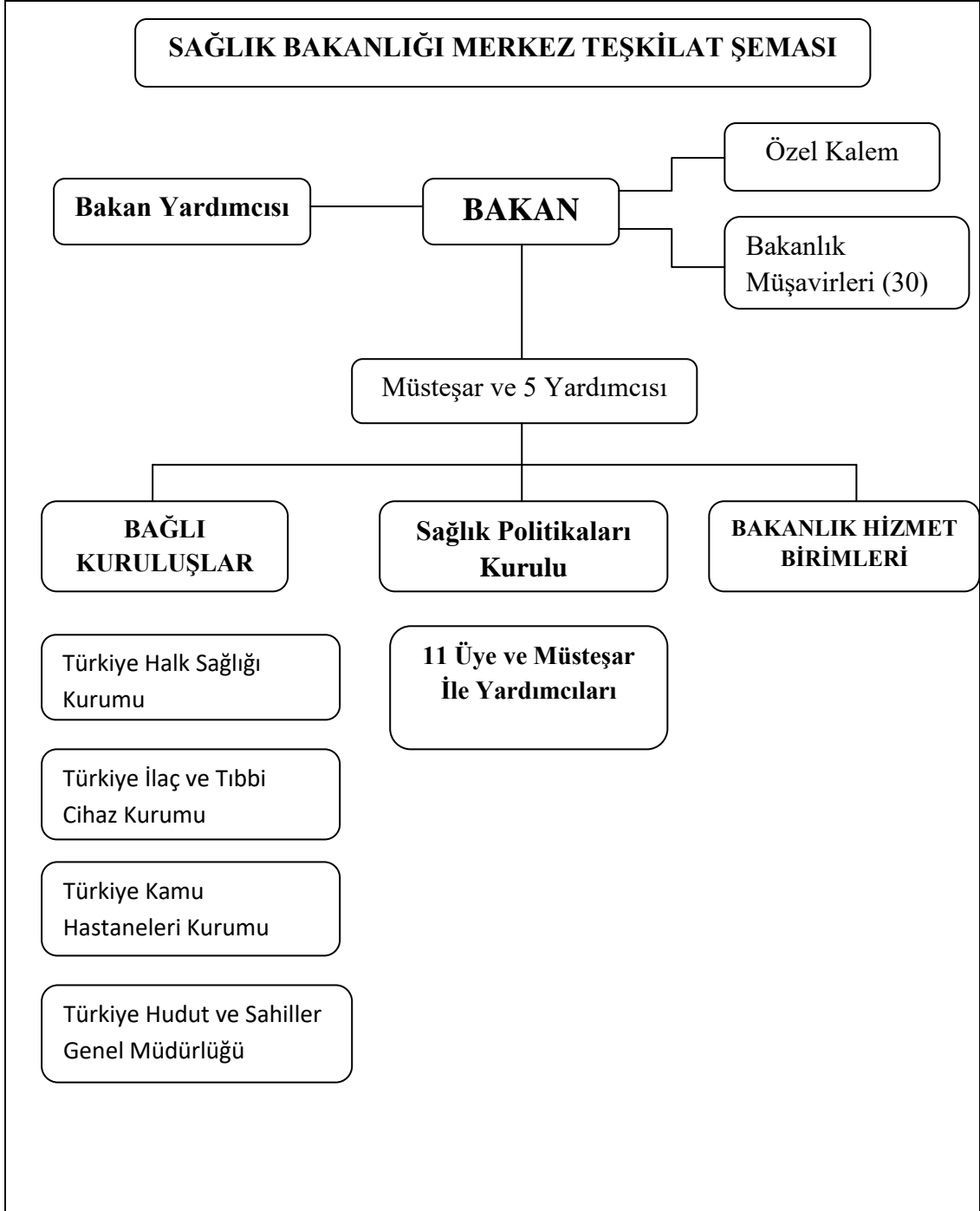
SB'nin SDP öncesindeki 13 Aralık 1983 tarihli 181 Sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye göre sorumlulukları;

- Tüm insanların hayatını fiziksel ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali içinde devam ettirmesini sağlamak için programlar yapmak, bu programları uygulamak ve aynı zamanda uygulatmak için tüm önlemleri almak için gereken teşkilatı oluşturmak,
- Bulaşıcılığı olan veya olmayan hastalıklara karşı programlar geliştirmek, aynı zamanda bu hastalıklarla mücadele ederek koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini vermek,
- Ana – çocuk sağlığını korumak,
- İlaçların üretimlerini, tüketimlerini denetlemek, tıbbi madde üretimi yapan yerlerin aynı zamanda dağıtım yerlerinin çalışmalarını denetlemek,

- Serum, aşı, kan ürünlerinin üretimini yapmak gerekli durumlarda ithalini sağlamak,
- Tarım Orman ve Köyişleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle beraber sorumluluk Sağlık Bakanlığı'na ait olarak gıda maddelerini üreten yerlerin kontrolünü sağlamak,
- Çevre sağlığı ile ilgili gerekli tedbirleri almak,
- Bulaşıcı ve salgın hastalıklara karşı deniz ve havalimanlarında koruyucu sağlık tedbirleri almak,
- Kanseri, verem, sıtma gibi alanlarda hizmet veren kuruluşların koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,
- Sağlık kuruluşlarını inşa etmek,
- Sağlık hizmetleri ile ilgili yurt içinde ve dışındaki kurumlarla işbirliği içinde olmak,
- Sermaye yatırımlarının onaylanmasını sağlamak. (<https://www.saglik.gov.tr/TR,10369/tarihi13121983--sayisi181--rg-tarihi14121983--rg-sayisi18251-saglik-bakanliginin-teskilat-ve-gorevleri-hakkinda-kanun-hukmunde-kararname.html>).

SB'nin sağlık hizmetleri sunumu da dahil olmakla birlikte birçok sorumluluğu vardır. Bu görevleri yerine getirirken çeşitli bakanlık ve kurumlarla işbirliği içindedir. SDP ile Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılma yoluna gidilmiş ve görev ve sorumlulukları azaltılarak idari fonksiyonunu etkin bir biçimde kullanma yeteneği artırılmak istenmiştir. 2 Kasım 2011 tarihinde, 663 sayılı SB ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK yürürlüğe girmiştir ve 1983 yılında yayınlanan 181 sayılı KHK kaldırılmıştır. Yeni kararnameyle SB'nin temel görevi sağlık sistemini yönetip, uygulanacak sağlık politikalarını belirlemektir. Sağlık Bakanlığı'nın yeni teşkilat yapısı merkez teşkilatı ve taşra teşkilatı ile ona bağlı kuruluşlardan oluşmaktadır (Görmüş, 2013: 200).

Şekil 1. Sağlık Bakanlığı Yeni Teşkilat Şeması

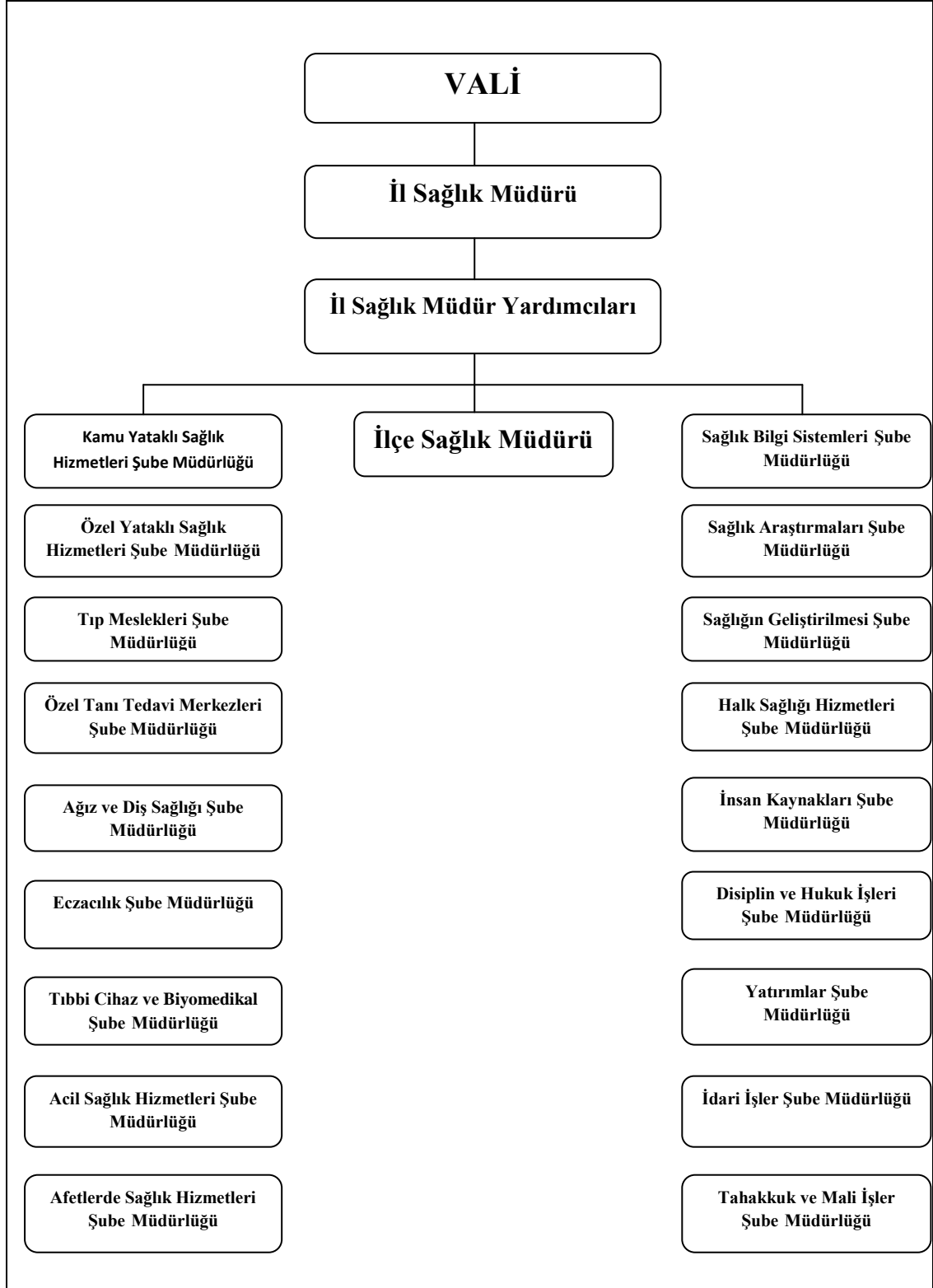


Kaynak: SB Faaliyet Raporu, 2016, s:21,
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/7585,raporpdf.pdf?0>

Merkez teşkilatı; bakan, müsteşar ve 5 yardımcısından, Sağlık Politikaları Kurulu (sağlık sistemi yönetimi ve uygulanacak politikaların belirlenmesi için bakan

tarafından seçilen 11 üye ile Müsteşar ve yardımcılardan oluşmaktadır, bu görevlendirme 2 yıllıktır), 12 hizmet birimi ve 4 bağlı kuruluştan oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı ise İl Sağlık Müdürlükleri ve İlçe Sağlık Müdürlükleri'nden oluşmaktadır. Aynı zamanda İl Sağlık Müdürleri valinin sağlık müşaviridir (Görmüş, 2013: 200).

Şekil 2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Şeması



Kaynak: SB Faaliyet Raporu, 2016, s22,

<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/7585,raporpdf.pdf?0>

Yeni yapıda politika oluşturma, denetim gibi konular Bakanlığa verilmişken, SB'na bağlı kuruluşlar oluşturulup diğer fonksiyonların yerine getirilmesi sağlanmıştır. Bunlar; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (koruyucu sağlık ve temel sağlık hizmetlerini yürütür, hastanelerin ve sağlık kuruluşlarının açılması, denetlenmesi kurumun sorumluluğundadır), Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (hastane hizmetlerini yürütür), Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (ilaç ve tıbbi cihaz ürünlerinin denetimini yapar) (Akdağ, 2012: 268).

Sağlık Bakanlığı, SDP ile sağlık hizmetleri sunumundan çekilmiş yerini özel sektöre ve sözleşmeli doktorlara bırakmış, daha çok sağlık düzenlemesi, planlama, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet, halk sağlığı, kontrol gibi konulara yoğunlaşmıştır (Kol, 2015: 150).

3.2.2. Herkesi Tek Kurum Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

GSS Sistemi, SDP'nin en önemli bileşenidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, Genel Sağlık Sigortası ile sağlık hizmetleri finansman kurumları tek bir kurum altında toplanmıştır. Türkiye'deki sağlık sistemi, Genel Sağlık Sigortası'na geçmeden önce çok başlı bir yapıya sahipti. Yeşil Kart programı, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, SSK gibi sağlık kurumları tek bir yapı altında değildi (Yıldırım, 2013: 56).

Genel Sağlık Sigortası kapsamından önceki dönemde Sosyal Sigortalar Kurumu, özel sektör çalışanlarına ve ailelerine en kapsamlı sosyal korumayı sağlamaktaydı. Bu sistem sağlık hizmetlerinin tamamı işveren ve çalışan primleri ile finanse edilen bir yapıya sahipti. SSK sosyal korumanın yanında, sağlık hizmeti sunuculuğunu da üstlenmekteydi. Bağ-Kur, SSK gibi sağlık hizmetleri sunumu yapmayı sadece bağımsız ve kentlerde çalışanlara yönelik sosyal güvenlik sağlayan bir yapıydı. Daha sonra çiftçileri de kapsamına alan bir yapıya dönüşmüştür. Bağ-Kur başlarda sadece ölüm, malullük, yaşlılık sigortaları yapmakta iken 1986 yılında kapsamına sağlık sigortasını da eklemiştir. Bu kurum sağlık hizmeti sunumunu resmi sağlık kurumlarından satın almak yolu ile yapmaktaydı. Emekli Sandığı ise, kamu

emeklilerini ve çalışan devlet memurlarını aynı zamanda ailelerini sosyal güvenceye alan bir sistemdi. Emekli Sandığı hem emeklilik fonu hem de emeklileri kapsayan sağlık sigortasıdır. Emekli Sandığı'nın finansmanı genel bütçeden sağlanır (Yıldırım, 2013: 56). 1993 yılında maddi durumu kötü olan bireylere sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için 'Yeşil Kart' uygulamasına geçilmiştir. Yeşil Kart, durumu olmayan kişilerin sağlık hizmetlerine ücretsiz erişimini sağlamaktadır. Bu uygulamanın finansman kaynağını ise genel vergiler oluşturmaktadır. Genel vergilerden sağlanan finansman sağlık harcamalarını arttırmaktadır. 1999 yılında işçi, işveren ve devletin ödediği primler ile finanse olan işsizlik sigortası programı oluşturulmaya başlanmıştır. Aynı zamanda 1999 yılında tarım işçilerinin emeklilik programlarına ek olarak bu kişileri kapsayan sağlık sigorta programları oluşturulmuştur (Bayri, 2013: 25).

SDP kapsamında hakkaniyet ilkesi ile kişilerin ödeme güçleri ile orantılı olacak şekilde bir sigorta modeli oluşturma yoluna gidilmiştir. 2006 tarihli 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu yürürlüğe girmiştir. Bu yasa gereği Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK, Sosyal Güvenlik Kurumu altında birleştirilmiştir. Yeşil Kart kapsamında olan vatandaşlarda SGK kapsamına girmişlerdir. Ödeme gücü olmayan kişilerin primleri ise devlet tarafından karşılanmaktadır. Genel Sağlık Sigortası'nın amacı; tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişebilmesini sağlamak, ülke kaynaklarının kötüye kullanımını engelleyip etkin bir yapının kurulmasını sağlamaktır (Kol, 2015: 153).

3.2.3. Kolay Erişimli Sağlık Hizmet Sistemi

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel hedefi ayırım yapılmadan herkesi kapsayan bir sağlık sisteminin oluşturulmasıdır. Doğu-batı, kent-kır, sosyo-ekonomik durum gözetilmeden kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelidirler. 'Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun' ile oluşturulan sağlık ocağı ve sağlık evi hizmet modeli zamanın en modern sistemlerindedir. Fakat amaçlanan hedefler o dönemlerde yeterince gerçekleştirilememiştir.

2003 yılından beri uygulanmakta olan SDP'nin temel bileşenlerinden birisi de, birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş uygulanma şekli olan aile hekimliğidir. Sağlık hizmetlerinde aile hekimliği öncesi hekim sayısı az iken aile hekimliği sonrası hekim sayısında ciddi artış gözlenmiştir. Sosyalizasyon politikası devam ederken bir yandan da özel sektörün sağlık hizmeti alanında yer alması öngörülmüştür. Yaygın erişimi kolay sağlık hizmet sistemini 3 yöntem oluşturmaktadır. Bunlar; aile hekimliği, sevk zinciri, özerk sağlık işletmeleridir (Yıldırım, 2013: 25)

3.2.3.1. Aile Hekimliği Modeli

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş uyarlaması aile hekimliği modelidir. Bu model her yaş grubundaki tüm bireylere, koruyucu hizmetlerin yanında tedavi edici hizmetleri de sunan, dahili tıp bilimleri içinde değerlendirilen bir tıp uzmanlık dalıdır. Aile hekimliği kişilere yönelik, koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi hizmetlerini kendi seçecekleri hekimler tarafından verilmesine olanak sağlar. Aile hekimi, yaş hastalık, cinsiyet ayrımı yapmadan, dünyaya gelmemiş bebekten ailenin en yaşlı ferdine kadar ailenin tamamının bütün sağlık sorunlarından sorumludur. Sorumluluğunda olan kişilerin hastalıklardan korunması için gereken tedbirleri almaktadır (Oğuz, 2009: 9-10).

2004 yılında çıkan 'Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Kanun' (5258 Sayılı) bu modelin nasıl olacağını belirtmektedir. Aile hekimliğinin ana unsurları şunlardır;

- Bir aile hekimi ve bir hemşireden oluşan Aile Sağlığı Merkezi sistemin temel birimidir. Herkes bir aile hekimi seçecektir fakat ailedeki her bireyin aynı hekimi seçme zorunluluğu yoktur.
- Aile hekimlikleri birinci basamak sağlık hizmeti vereceklerdir.
- Tüm ilçelerde bir TSM (Toplum Sağlığı Merkezi) kurulacaktır. Dışarıdan gelen hastalara sağlık hizmeti verip, merkezi laboratuvar görevi göreceklerdir.
- Aile hekimleri ev ziyaretleri yapıp, kendilerine bağlı olan köylere de mobil hizmet vereceklerdir.
- Bir aile hekiminin listesinde en fazla 4000 kişi olabilir.

- Hekim seçme özgürlüğü sadece kent merkezinde yaşayanları kapsar. Kırsal alanda yaşayanların böyle bir imkanı yoktur.
- Hekimlerde listelerine alınacak kişileri seçme özgürlüğüne sahiptir.
- Pratisyen sağlık ocağı hekimleri bir eğitimden geçerek aile doktoru ünvanı ile aile hekimi olarak çalışabileceklerdir (Önder, 2013: 117-118).

Tablo 1. Aile Hekimliği Geçiş Takvimi

İL ADI	GEÇİŞ TARİHİ	İL ADI	GEÇİŞ TARİHİ	İL ADI	GEÇİŞ TARİHİ
DÜZCE	15.09.2005	ERZURUM	21.11.2008	TEKİRDAĞ	09.08.2010
ESKİŞEHİR	17.07.2006	KIRŞEHİR	21.11.2008	KARS	09.08.2010
BOLU	16.10.2006	KAYSERİ	15.12.2008	ORDU	13.09.2010
EDİRNE	01.12.2006	RİZE	05.01.2009	BİTLİS	13.09.2010
ADİYAMAN	25.12.2006	TRABZON	01.05.2009	ZONGULDAK	13.09.2010
DENİZLİ	25.12.2006	UŞAK	13.07.2009	MUŞ	13.09.2010
GÜMÜŞHANE	29.12.2006	BURSA	01.10.2009	SİVAS	20.09.2010
ELAZIĞ	04.01.2007	KÜTAHYA	04.01.2010	AĞRI	11.10.2010
ISPARTA	18.01.2007	NEVŞEHİR	04.01.2010	AFYONKARAHİSAR	11.10.2010
SAMSUN	01.03.2007	SAKARYA	04.01.2010	BALIKESİR	11.10.2010
İZMİR	14.05.2007	ARTVİN	18.01.2010	VAN	18.10.2010
SİNOP	15.08.2007	ERZİNCAN	18.01.2010	HAKKARİ	18.10.2010
BARTIN	01.11.2007	İĞDIR	12.04.2010	İSTANBUL	30.10.2010
AMASYA	03.12.2007	KİLİS	12.04.2010	SİİRT	09.11.2010
BAYBURT	02.01.2008	NİĞDE	10.05.2010	MARDİN	15.11.2010
ÇORUM	02.01.2008	GİRESUN	14.06.2010	DİYARBAKIR	15.11.2010
MANİSA	02.01.2008	KIRKLARELİ	14.06.2010	KOCAELİ	15.11.2010
OSMANİYE	14.01.2008	KONYA	14.06.2010	ŞIRNAK	06.12.2010
KARAMAN	15.01.2008	BİNGÖL	05.07.2010	ŞANLIURFA	13.12.2010
KARABÜK	01.02.2008	MERSİN	05.07.2010	ANTALYA	13.12.2010

ADANA	21.05.2008	YOZGAT	05.07.2010	GAZİANTEP	13.12.2010
BURDUR	14.07.2008	ÇANAKKALE	12.07.2010	HATAY	13.12.2010
KIRIKKALE	18.08.2008	MALATYA	12.07.2010	KAHRAMANMARAŞ	13.12.2010
ÇANKIRI	15.10.2008	AKSARAY	12.07.2010	MUĞLA	13.12.2010
TUNCELİ	15.10.2008	ANKARA	15.07.2010	AYDIN	13.12.2010
YALOVA	15.10.2008	TOKAT	09.08.2010		
BİLECİK	10.11.2008	ARDAHAN	09.08.2010		
KASTAMONU	10.11.2008	BATMAN	09.08.2010		

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, akt Atasever, 2014: 138.

Pilot bölge olarak seçilen Düzce ilinde aile hekimliği uygulaması 2005 yılında başlamıştır. Bolu, Edirne, Eskişehir, Adıyaman, Denizli, Gümüşhane’de de uygulamaya başlanması ile 2006 yılında aile hekimliği il sayısı 7’ye yükselmiştir. Yıllara yayılarak genişleyen aile hekimliği 2010 yılında Türkiye genelinde uygulanmaktadır. Aile hekimliği sistemi en az bir aile hekimi ve bir sağlık elemanından(ebe, hemşire) oluşur. Hekimler kamu görevlisi değil bir girişimciye dönüştürülmüştür. Aile hekimliğinde rekabet, hasta memnuniyeti, kişi başına ve performansa göre ödeme söz konusudur (Erol ve Özdemir, 2014: 16).

Aile hekimlerinin eğitim süresi ülkelere göre farklılık göstermektedir. Türkiye’de aile hekimlerinin eğitim süresi 3 yıldır. Türkiye’de uygulanan modelde Sağlık Bakanlığı sağlık ocakları ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinin ayakta tedavi birimlerinde yani birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlere 10 günlük aile hekimliği uyum eğitimlerini tamamlamaları kaydıyla aile hekimi olmaya hak kazanabilmektedirler. Bu yolla aile hekimi olan hekimlerin istedikleri zaman asıl işlerine dönme imkanları da mevcuttur (Kol, 2015: 157).

Aile Hekimlerinin Görevleri:

- Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri vermenin yanında birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon hizmetini vermek,

- Kendisine kayıtlı bireyleri aile hekimi bir bütün olarak ele almasının yanında koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetini bireye yönelik sunar,
- Kendisine kayıtlı kişilere sağlık ile ilgili rehberlik yaparak aile planlaması hizmetini verir,
- Kişi sağlığını koruyucu ve geliştirici hizmetler ile ana çocuk sağlığı hizmetini sunar,
- Kişilere periyodik olarak sağlık muayenesi yapmak,
- Aile hekimine kayıtlı bireylerin sağlıkları ile ilgili ilk değerlendirmelerini yapabilmek için altı aylık bir süre içerisinde kendisine kayıtlı bireylere ev ziyareti gerçekleştirmek,
- Aile hekimi kendisine kayıtlı olan kişilerin kronik hastalıklar, kanser, yeni doğan, çocuk sağlığı, yaşlı sağlığı ve benzeri cinsiyet, yaş ve hastalık gruplarına göre taramalarını yapmak,
- Bireylerin sağlık kayıtlarını yıl içinde en az bir defa değerlendirme yaparak güncellemek,
- Hastalığın tanı ve tedavisinin yapılamadığı durumlarda hastayı ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetinin verildiği kurumuna sevk etmek,
- Sevk ettiği hastanın yapılan muayene, tanı, tedavi bilgilerini değerlendirip, gerekli durumlarda rehabilitasyon hizmetini ve evde bakım hizmetini koordine etmek,
- Yaşlı, yatalak ve benzer durumdaki kişilere evde koruyucu ve birinci basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetini verip danışmanlık etmek,
- Gerekli durumlarda kayıtlı olan hastayı gözlem altına alıp tetkiklerini ve tedavisini yapmak,
- Aile Sağlığı Merkezi'nin yönetimini üstlenmek, beraber çalıştığı personeli denetlemek, gerekli hizmet içi eğitimlerini vermek,
- Sağlık raporu, sevk evrakı, reçete gibi öngörülen belgeleri düzenlemek (<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/aile-hekimliinin-tanm.html>).

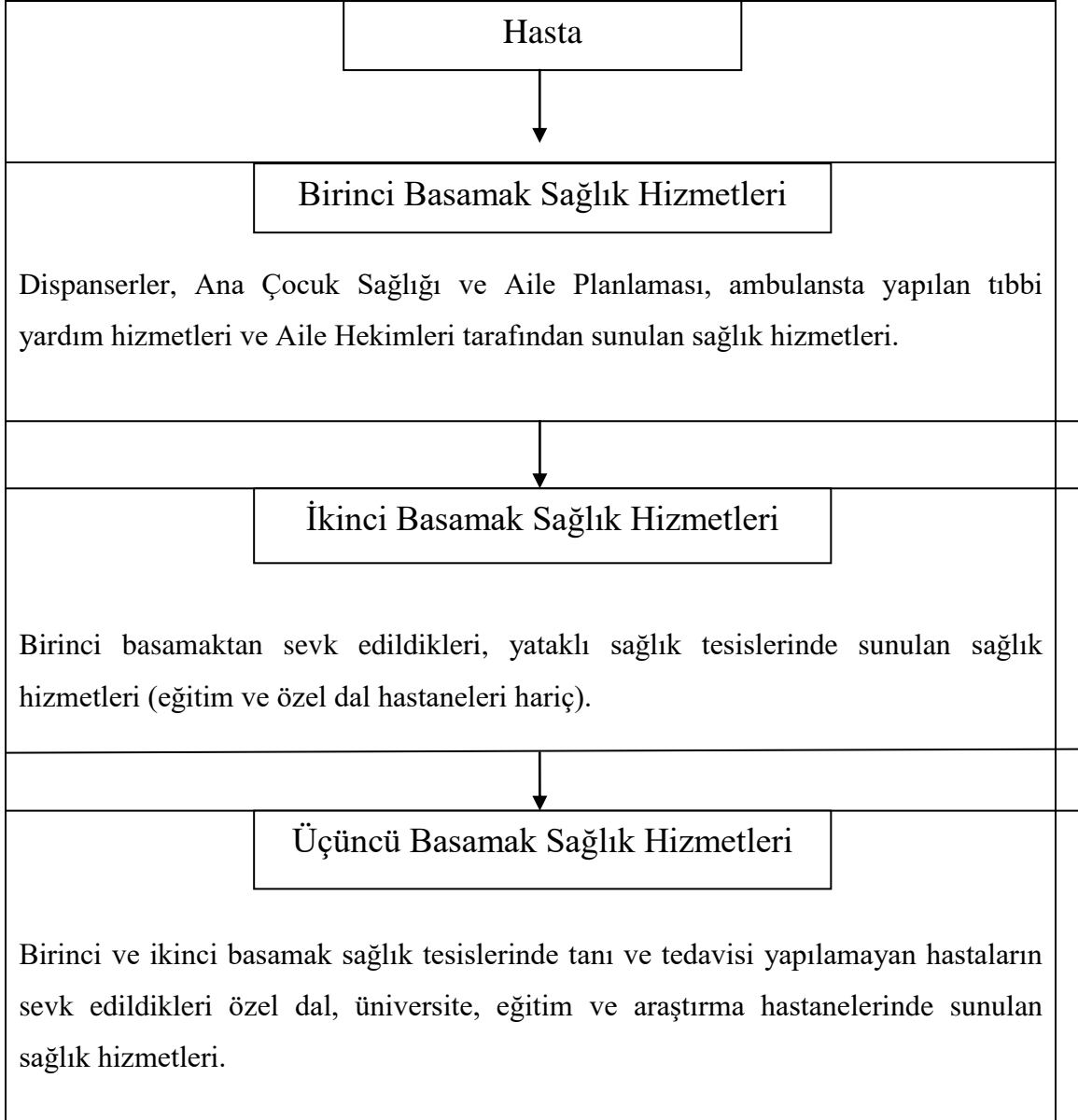
Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile beraber uyum içinde bireye yönelik sağlık hizmetlerinin sunulması ve bireylerin kayıtlarının ve istatistiklerinin tutulması ile yükümlüdür. Görevleri;

- Aile hekimi ile beraber bireye yönelik sağlık hizmeti sunmak ve sunduğu bu hizmetlerin sağlık kayıtlarını tutmak,
- Bireylerin yaşamsal bulgularını ölçmek,
- Aile hekiminin onayı ile uygun görülen ilaçları hastaya uygulamak,
- Tıbbi malzemelerin kullanıma uygun halde, hazır bulunmasını sağlamak,
- Tıbbi sekreterin bulunmadığı durumlarda sevki uygun görülen hastanın, sevk edildiği hastaneyle koordinasyonunu sağlamak,
- Yara bakım hizmetlerini yapmak,
- Eğitimi doğrultusunda basit laboratuvar tetkiklerini yapmak, tetkik amaçlı aldığı numunenin laboratuvar tarafından alınmasını sağlamak,
- Evde bakım hizmetleri için aile hekimine yardım etmek,
- Hizmet içi verilen eğitimlerde bulunmak,
- Sağlık hizmetlerinin sunulması ile ilgili aile hekiminin verdiği görevleri yapmaktır (Özdemir,2012:65).

3.2.3.2. Etkin Sevk Zinciri

Sağlıkta Dönüşüm Programı, bireyin sağlık hizmetine kolay erişimini sağlayacaktır. Etkin bir sevk zinciri ikinci basamaktaki yığılmaları önleyecek, aynı zamanda kaynak kullanımındaki verimliliği arttıracaktır. Aile hekimliğinin temel özelliklerinden biri birinci basamaktaki kapı tutuculuk görevini yapmasıdır. ‘Kapı tutucu’ hastanın sevk edilmesi halinde üst basamak sağlık hizmetlerine ulaşabildiği bir sevk modelidir. Fakat ülkemizde etkin bir sevk zinciri uygulaması işletilemediği için birinci basamaktaki kapı tutuculuk görevi yerine getirilememektedir. Birinci basamakta aile hekimlerinden sağlık hizmeti alan kişilerin %80 sorunlarının çözüldüğü bilinmektedir. Ayrıca etkin bir sevk zinciri işletilebilmiş olsaydı ikinci basamaktaki yığılmalar büyük oranda azalmış olacaktır (Başol, 2015: 139).

Şekil 3. Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Zinciri



Kaynak: Emine, Orhaner, 'Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası', Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 2006, s:14.

Sevk sistemi ile birinci basamaktan ikinci veya üçüncü basamağa sevk edilen hasta, tedavinin devamı için daha alt kurumlara geri gönderilmelidir. Ayrıca hastayı sevk eden aile hekimine hizmetin geri bildirimi yapıldığı zaman birey aile hekimince kontrol altında olacaktır. Aynı zamanda aile hekiminden önce ikinci basamak ya da

üçüncü basamakta tedavi olan gebeler, anneler, bebekler aile hekimine geri bildirim yapılmadığında aile hekiminin görevi olan aşılama takip ve koruyucu hekimlik zinciri etkin işlemeyecektir. Bu şekilde işletilemeyen sevk sistemi sağlık hizmetleri sunumunun hem kaliteli hem kısa sürede hem de düşük maliyetlerle sağlanmasını mümkün kılmayacaktır. Ülkemizde zorunlu sevk sistemi uygulanmamaktadır. Sevk sistemine uymak istemeyen hastalar zorlanmamaktadır. İsteyen herkes birinci, ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden yararlanabilir. Sevk zincirine uymamak kişiye ve devlete ek bir maliyet olarak geri döner (Er, 2011: 186).

3.2.3.3. Özerk Sağlık İşletmeleri

İdari bakımdan ve mali bakımdan özerk olan sağlık işletmeleri Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın erişimi kolay sağlık sistemi bileşeninin önemli araçlarından biridir. Türkiye'deki hastanelerin hepsi geçilecek yeni sistem ile aralarında herhangi bir ayırım olmadan SGK ile sözleşme yaparak ve sevk sistemi kurallarına uyma şartı ile tüm vatandaşlara hizmet sunabileceklerdir. Aynı zamanda hastaneler sağlık hizmetini sunarken hizmet kalitesi açısından aynı zamanda fiyatlama konusunda denetim altında olacaklardır. Kamu hastanelerine hem yönetim hem de finansman konularında, verimliliği arttırmak için Sağlık Bakanlığı kontrolünde özerklik verilecektir (Erdoğan, 2014: 133).

Dünya Bankası'nın 2003 yılında Türkiye için yayınladığı raporda kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe sahip olması gerektiğine yer verilmiştir (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ulusalsaglikpolitikasi.pdf>).

Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı, kamu hizmetlerinin bazı bölümlerinin yerel yönetimlere bırakılmasını amaçlayan, tüm kamu hastanelerinin (eğitim-araştırma hastaneleri hariç) ve diğer sağlık kuruluşlarının il özel idarelerine bağlanmasını öngörmüştür. Fakat KYTK Tasarısı yasalaşamamıştır. 2003 yılındaki bu kanun tasarısından sonra 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine İlişkin Kanun ile 2005 yılında tüm kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. (Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastaneler ve Üniversite Hastaneleri hariç). Kamu Hastane Birlikleri

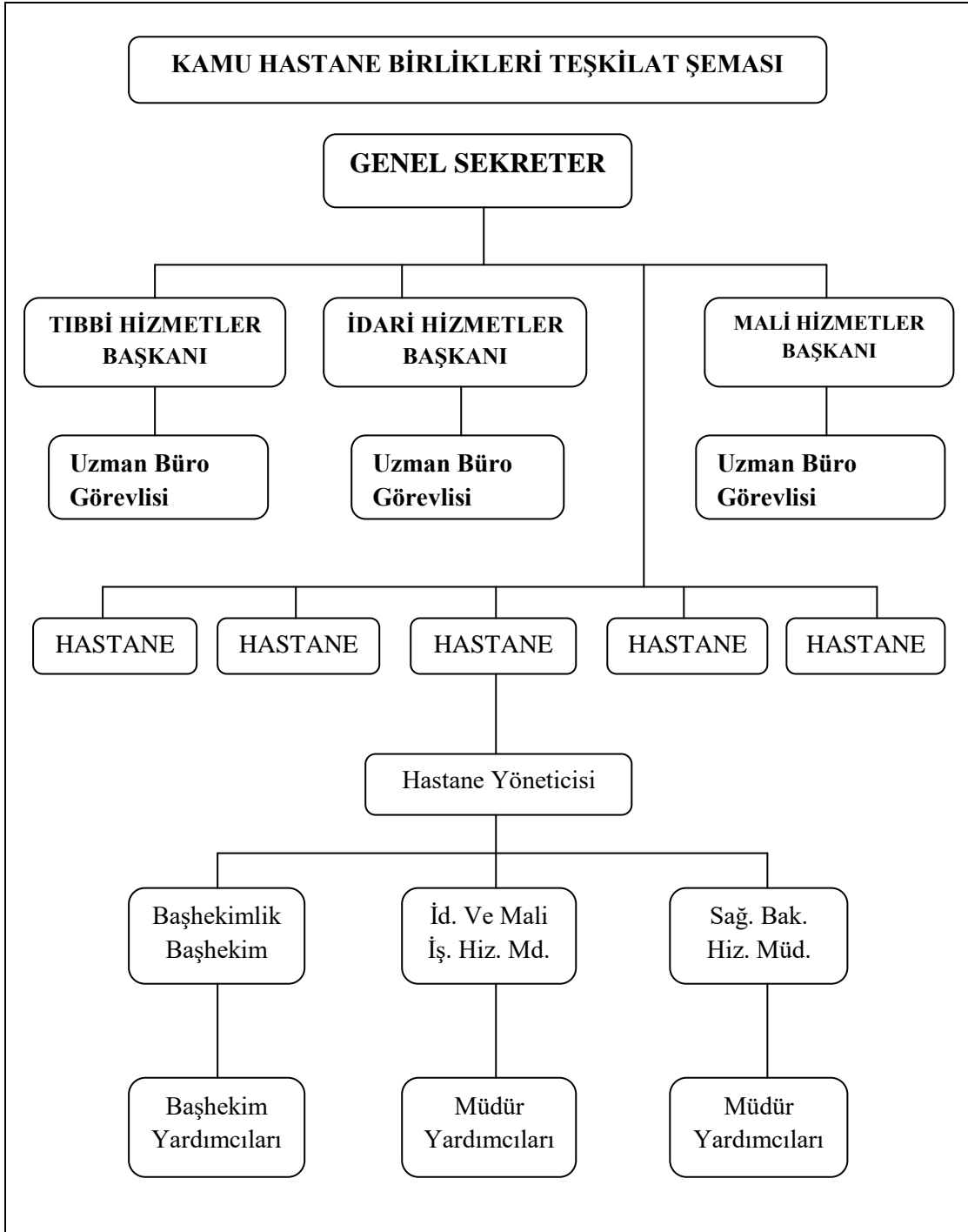
Kanun Tasarısı, kamu hastanelerinin idari ve mali yönden özerkleşmesine yönelik olarak aynı zamanda ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastanelerin özerk kamu hastane birlikleri altında toplanıp Sağlık Bakanlığı'nın bir kuruluşu haline dönüştürmeyi amaçlayarak hazırlanmıştır. Bu kanun tasarısı bazı maddelerinde değişiklik yapılarak TBMM'de kabul edilmiştir (Erençin ve Yolcu, 2008: 128-129).

3.2.3.3.1. Kamu Hastane Birlikleri

SDP'nin 8 temel bileşeni arasında olan Özerk Sağlık İşletmeleri, hastanelerin yapısal dönüşümünün temelini oluşturmaktadır. Bu çerçevede 663 Sayılı KHK ile Türkiye'de ki hastanelerin (SB' na bağlı olan hastaneler) yönetim yapısını kökten değiştirmiştir. Bu KHK, hastaneleri Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun yönetimindeki 'Kamu Hastane Birlikleri' yapısına dönüştürmüştür (Yavuz, 2015: 4).

KHB'nin kuruluş amacı sağlık kurum ve kuruluşlarının verimli aynı zamanda planlı bir şekilde yönetilip verimliliği arttırmaktır. TKHK'nin taşra teşkilatı olan KHB'ye bağlı sağlık tesisleri; hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri, semt poliklinikleri, özel tanı ve ileri tedavi merkezleridir. KHB'nin merkez birimi olan TKHK'nin görevleri, kuruma bağlı olan hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini kurmak, işletmek, gerçekleştirdikleri faaliyetleri değerlendirmek, performanslarını denetlemek, hasta hakları ve çalışanların haklarına, güvenlik ve sağlığına yönelik çalışmalar yapmaktır (Barkan, Demiray Ready, Gözlü, Örnek, 2015: 35).

Şekil 4. 663 Sayılı KHK ile Oluşturulan Genel Sekreterlik ve Hastanelerin Şeması



Kaynak: Barkan, Onur Burak; Demiray Ready, F. Nihan; Gözülü, Mehmet; Örnek Mustafa, 2015, s:6, <http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/b2f5f0ef1ef5777679062667e34bc0f.pdf>

Kamu Hastane Birlikleri yürütme organı genel sekreterliktir. Tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları genel sekreterlik altında kurulmuştur. Kamu Hastane Birlikleri'ne bağlı olan hastanelerin yönetimi hastane yöneticisi tarafından yönetilmekte olup hastanelerin teşkilat şeması başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri, başhekim ve müdür yardımcılarında oluşmaktadır (Görmüş, 2013: 206).

Kamu Hastane Birlikleri'nin en üst yöneticisi Genel Sekreter'dir. Genel Sekreter olma şartları; 4 yıllık bir yükseköğretim kurumundan mezun olma veya denkliği olan yurt dışındaki yükseköğretim kurumlarından mezun olmak, minimum 8 yıllık bir iş tecrübesine.(kamu-özel fark etmez) sahip olmaktır. Hastane yöneticisi veya idari, mali hizmetler başkanı olma şartları ise, yine 4 yıllık eğitim veren bir yükseköğretim kurumundan mezuniyet aynı zamanda 5 yıllık iş tecrübesine sahip olmaktır (Işık, 2015: 170).

Kamu Hastane Birliği'nin finansman kaynağı; Genel Sağlık Sigortası teminat paketi kapsamındaki sağlık hizmetleri için SGK'dan, teminat paketi dışında olan sağlık hizmetleri ise özel sağlık sigortaları ya da cepten ödemelerden finanse edilecektir. Kamu hastaneleri mali açıdan özerkliğe kavuşurken, yüksek ücretli, performansa dayalı ve sözleşmeli yöneticiler tarafından yönetilmekte olan sağlık işletmesine dönüştürülmüştür (Görmüş, 2013: 209).

3.2.3.3.2. Kamu Hastane Birlikleri'nin Gruplandırılması

Türkiye'deki hastaneler (kamu ve özel), kurumca belirlenecek esaslara göre 6-12 aylık sürelerle kalite, çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri ekseninde değerlendirilir. Bu değerlendirme özel veya kamu değerlendirme kuruluşlarınca yapılabilir. Sonuçlara göre hastaneler, A, B, C, D, E şeklinde gruplara ayrılır. Oluşturulan birliğin grubu, birlik içindeki hastanelerin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir. Değerlendirme sonuçlarına göre;

- Grup düşürülmesi halinde,

- D grubunun devralınması durumunda, 3. değerlendirme sonucunda C grubuna çıkarılamaması,
- E grubunu devralınması durumunda, 2. değerlendirme sonucunda D grubuna çıkarılamaması,
- Kendi bünyesindeki bir hastanenin arka arkaya yapılan 2 değerlendirme sonucunda grup düşürülmesi halinde,

E grubu hastaneyle devralınması durumunda, eğer 2. değerlendirme sonucunda hastane bir üst gruba çıkarılamaz ise genel sekreterin görevi sonlandırılır. Maddelendirilen gerekçelerin hastane ölçeğinde meydana gelmesi durumunda, genel sekreter tarafından yöneticinin hastane ile olan ilişkisi kesilir (Işık, 2015: 171).

3.2.4. Beceri ve Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

SDP'nin temel bileşenlerinden biri de nitelikli sağlık insan gücüdür. Sağlık hizmeti kalitesi açısından sağlık insan gücünün yetenekleri, her koşula uyum sağlayabilmelidir. Bu yüzden verimi yüksek sağlık hizmeti sunulabilmesi için yeterli nitelikte ve sayıda sağlık çalışanının istihdam edilmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı, hizmet içi eğitimlerle sağlık insan gücü niteliğini arttırmak için çalışmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarılı olarak gerçekleşmesi için sağlık insan gücünün yetki alanının net olarak belirlenmesi gerekmektedir. Sağlık İnsan Gücü Mevcut Durum Raporu'nda sağlık insan gücü planlaması; arz ve ihtiyacı, dağılımı, çalışan standartlarını, görev tanım ve içeriklerini, hizmet sunulabilmesi için gerekli becerileri, bilgileri ve görev ihtiyaçlarının saptanmasını ve bütün bunlarla alakalı denetim yapısını oluşturmayı kapsayan süreçtir (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5156,saglikinsangucu1996pdf.pdf?0>).

Sağlık insan gücü planlaması; belirlenmiş olan hedef ve amaçları yerine getirebilmek amacıyla gereken tutum, bilgi ve beceriye hakim insan gücü sayısını belirleme aşamasıdır. Bu aşama kimin neyi nerede ve hangi şartlarda, hangi toplum grupları için, nasıl yapacağını ve insan gücünün barındırması gereken bilgi ve

beceriye belirlemesini içerir. Sağlık insan gücü planlaması, topluma sunulan ve ilerleyen dönemlerde sunulacak olan hizmetleri verebilmek için sağlık personellerinin yeterli sayıda ve nitelikte iyi bir dağılımla doğru şekilde istihdam edilmesidir. Teknik bilgi ve becerilere hakim insan gücünün az sayıda olması sağlık hizmetinin toplumun tümüne aynı şekilde verilebilmesi için etkin insan gücü planlamasının yapılması gereklidir. Sağlık hizmetlerinde insan gücünün ve sağlık hizmetinin etkili şekilde kullanılabilmesi için gerekli olan insan gücü planlamasının temel hedefleri şöyledir; mevcut kaynakların en iyi şekilde kullanılması, gelecekte insan gücü gerekliliğinin ve mevcut insan gücü yeteneklerinin belirlenebilmesi, insan gücünün yetersiz ve fazlalık problemlerinin giderilmesidir. Sağlık hizmetleri kurumlarında insan gücü planını gerekli kılan sebepler ise; sosyal değişim, insan gücü maliyeti, tıp alanındaki gelişmeler, sağlık kurumlarındaki çalışanların nitelik ve nicelikleri açısından yetersiz kalması, bilgi üretmedeki artış olarak sayılabilir (Çıraklı, Özer, Şantaş, 2012: 46-47).

Program kapsamında çıkarılan Kanun ile personel bulmada zorlanılan yerlerde sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesini sağlamak için Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından aralarında yapılan bir hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayacak sağlık personeli tanımlanmıştır. Bu yolla sözleşmeli personelin önü açılmıştır (Çelebi Çakıroğlu ve Harmancı Seren, 2016: 38).

3.2.5. Destekleyici Eğitim ve Bilim Kurumları

SDP'nin bileşenlerinden bir diğeri sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumlarıdır. Bu eğitim ve bilim kurumlarının başında Cumhuriyetimizin ilk yıllarında var olan Hıfzısıhha Eğitim Mektebi gelmektedir. Hıfzısıhha okulu çağdaş bir düzenleme ile yeniden işlerliğe kavuşacaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'na göre ülkemizde böyle kurumlara ihtiyaç vardır. Çünkü sağlık işletmesi, sağlık planlaması, sağlık ekonomisi ve aynı zamanda halk sağlığı bilgisine sahip kişiler dönüşümü gerçekleştirip başarıyı sürekli kılmak için şarttır. Bu kurumların özellikleri; sektörel analizler yapabilen, araştırmalar yapıp aynı zamanda bu

araştırmaları planlayıp hükümetlere bu konuda danışmanlık yapabilecek olan ve mezuniyet sonrası eğitimler verecek kurumlar şarttır (Önder, 2013 :82).

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde tıp eğitiminin içeriği değiştirilecek, tıp eğitimi, tıpta uzmanlık sınavına hazırlık olmaktan çıkartılıp, SDP'nin amaçları ile paralel bir şekilde hizmet vermeye yönlendirecek birikimle donatmayı amaçlamaktadır (Er, 2011: 192).

3.2.6. Performansa Göre Ek Ödeme, Kalite ve Akreditasyon

SDP'nin ana bileşenlerinden biri de nitelikli ve kaliteli sağlık hizmetleri sunumu için kalite ve akreditasyondur. Dönüşümün ilk yılında performansa yönelik ek ödeme sistemi geliştirilmiştir. Dönüşümün ikinci yılında ise Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışması ile sağlık hizmetleri sunumuna kalite kriteri eklenmiştir (Akdağ,2012:310).

Performansa dayalı ek ödeme, bireysel performansa göre yapılan değerlendirme sonucunda belirlenen parasal ödülün kişinin ücretine eklenmesidir. Bu sistem ile maliyetleri kontrol altında tutulması, sağlık hizmetleri sunumundaki verimliliğin artırılması ve hizmet kalitesinin yukarılara çıkarılması istenmiştir. Artan kalite ve verimlilik sonucunda hasta memnuniyetinde, yapılan ek ödemeler ile de çalışan memnuniyetinde artış amaçlanmıştır (Akçakanat ve Çarıkçı, 2016: 869). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile SB'ye bağlı tüm sağlık kuruluşlarında 2004 yılında performansa dayalı ek ödeme sistemine geçilmiştir. Performansa dayalı ek ödemeler, doktorlar tarafından gerçekleştirilen işlemlerin sayısal ölçümü ile yapılmaktadır. Bu işlemler Girişimsel İşlemler Listesi'nde olan puanlara göre hesaplanmaktadır. Sağlık Bakanlığı Girişimsel İşlemler Yönergesi'nde 5000 den fazla tıbbi işlem puanlaması yapmıştır. Puanlandırma doktor dışındaki sağlık personelinin ve tıbbi cihazlar ile uygulanan tıbbi işlemlerin doktor tarafından uygulanmadığı zamanlarda gerçekleştirdiği işlemler puanlandırma sistemine katılmamakta, yalnızca doktorlar tarafından yapılan işlemler puanlandırılmaktadır. Bunun sebebi sistemin sadece doktorların emeğine bağlı hizmetlerinin puanlandırılmasıdır. Hemşire, psikolog, idari memur, hizmetliler vb. çalışan kadro sabit ek ödeme altında ücret almaktadır. 2005

yılında bu uygulamaya kalite ve akreditasyon çalışmaları da eklenip sistemin daha da geliştirilmesi sağlanmıştır (Çakır ve Sakaoğlu, 2014:4).

Akreditasyon; organizasyonların etkinlik kalite ve verimliliğini arttırmak için kullanılan belli standartlarla uygunluğunun yetkili bir kurumca onaylanmasını kapsayan ulusal düzeyde kabul edilmiş maddelere dayanan programdır. Dünyanın pek çok ülkesinde akreditasyon, sağlık sistemlerinin bir kısmını oluşturur. Akreditasyon ile ulaşılması istenen hedefler hastanın güvenliği, hakkaniyet, etkinlik, verimlilik, süreklilik, zamanlılık, uygunluk, hasta odaklılık, etkililik, sağlıklı çalışma yaşamıdır. Aynı zamanda bu hedeflere ulaşırken akreditasyonun sağlık kurumlarına katacağı diğer faydalar ise; kaliteyi güvence altına alması, hasta ve çalışan memnuniyetini esas alması, kalite iyileştirmede devamlılık sağlaması, hasta güvenliğini sağlaması, etkin kaynak yönetimini sağlaması, güvenliği desteklemesi, güvenli ilaç yönetimini sağlaması, iş birliğini desteklemesi, kurum içi takım çalışmasını desteklemesi olarak sıralanabilir (<http://tuseb.gov.tr/tuska/akreditasyon-nedir>).

Çalışmanın en önemli eksenini kalite kriterleri oluşturmaktır. Kalite kriterleri uluslararası uygulamalar baz alınarak ülke ihtiyaçları ve Sağlık Bakanlığı Stratejileri doğrultusunda oluşturulmuştur. 2008 yılında Hizmet Kalite Standartları ile 354 standart ve 900 bileşenden oluşan kalite kriterleri oluşturulmuştur. Bir yıl sonra özel hastanelere ve üçüncü basamak hastanelere yönelik olarak ‘Özel Hastaneler Hizmet İçin Kalite Standartları’ oluşturulmuştur (Akdağ,2012:310). Hastane Kalite Standartları hastane kalite temsilcilerinin, çeşitli uzmanların, uluslar ve uluslararası kurumsal yapılanmaların katkıları doğrultusunda hazırlanmıştır. Günümüzde sağlıkta kamu ve özel hastaneler kalite standardı için 2 farklı standart seti ile değerlendirilmektedir. Fakat sağlık kurumları içinde ayırım yapılmaksızın hizmet standardında benzerlik sağlamak için, aynı zamanda sağlık alanında ulusal kalite standardı belirlemek için ‘ Hastane Hizmet Kalite Standartları’ hazırlanmıştır (Akdağ, 2012: 310).

Hastane Hizmet Kalite Standartları;

- Standartların kurum içinde değerlendirilmesi birbirleriyle ilişkilendirilip kurumun bütün bölümlerini kapsamaları için boyutlandırma yapısının geliştirilmesi,
- Standartların boyutlandırma yapısına göre hazırlanması,
- Standartların güvenilirlik boyutu incelenip geçerli olması için gereken çalışmaların yapılması,
- Standartların takibi için özel bir kodlama sisteminin geliştirilmesi,
- Standartların puanlanabilmesi için bir strateji belirlenmesi,
- Tanımları dizisinin oluşturulması,
- Bilgilendirme tablolarının oluşturulması.

Standartlar hazırlanırken bilimsel bir metodoloji izlenmiştir. Hazırlanmış olan bu standartlarla etkinlik, nitelik ve uygulanabilirlik açısından büyük bir gelişim sergilenmiştir (<http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2631,hkskitappdf.pdf?0>).

3.2.7. Akılcı İlaç Kullanımı

Akılcı ilaç kullanımı ilaç kullanırken doğru şekilde uygulamak ve bilinçli olmak anlamını taşır. Gereksiz ve yanlış ilaç kullanımı hem tedavi maliyetlerini arttırmakta hem de kişinin sağlığını etkileyen ciddi bir sorundur (http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81). Bu sebeple, hem sağlık çalışanlarının hem de halkın eğitilmesi son derece önem arz etmektedir. Akılcı ilaç kullanımı için DSÖ'nün tanımlaması; 'Bireylerin klinik bulgularına ve kişisel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun zaman ve miktarda, en uygun fiyata ve kolayca sağlayabilmeleridir'. Akılcı ilaç kullanımı, doğru teşhise dayanarak verilen uygun ilacı, gereken dozda, yeterli süre ile almaktır. Bunun yanında tedavi başarısı ve ilacın yan etkilerini değerlendirmek, aynı anda birkaç ilaç kullanılacaksa bu ilaçların etkileşimini değerlendirmek, tedavinin maliyetini dikkate almak akılcı ilaç kullanımının ilkelerini oluşturmaktadır. Bu ilkelerin ülke çapında yayılması çalışmaları için Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü kurulmuştur (<http://www.tki.gov.tr/Dosyalar/Dosya/akilciilackul.pdf>).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilaçla ilgili gerçekleştirilen düzenlemeler;

- Reçeteli olan ilaçlarda KDV oranı %18 iken %8'e düşürüldü (Mart 2004).
- Sosyal güvenlik kuruluşlarının farklı geri ödeme uygulamalarını değiştirmek için İlaç Fiyat Kararnamesi ile referans fiyat sistemi getirildi. Referans fiyat sistemi ile 5-10 Avrupa Birliği'ne üye ülke takip edilerek bu ülkelerdeki en az fiyat, ülkemizdeki ilaç fiyatı için referans sayılmaktadır. Bu sistem ile en ucuz eşdeğer ilacın %22 fazlası için geri ödeme zorunluluğu getirildi (Nisan 2004).
- Reçetesiz olan ilaçlarda %18 olan KDV oranı %8'e düşürülmüştür (Ocak 2005).
- İlaç ödemelerinde (kamu), pozitif listeye geçildi (Şubat 2005).
- Yeşil Kart'lı kesimin (ayakta tedavi gören), katkı payı karşılığı ilaçlarını almaları sağlandı (Mayıs 2005).
- Yürürlüğe giren Ruhsatlandırma Yönetmeliği ile ilaç ruhsatları beş yıl olarak kararlaştırıldı (Haziran 2005).
- Eşdeğer ilaç uygulaması 77 etkin maddeden 333 gruba arttırıldı (Temmuz 2005).
- İlaç ödemelerinde uygulanacak tek pozitif liste uygulamasına geçildi (Ocak 2006).
- Yatarak tedavilerde ilaç temini sağlık kuruluşu tarafından karşılanması zorunlu kılındı (Ocak 2008).
- Mobil eczane uygulamasına geçildi (Eylül 2009).
- İlaç takip sistemi oluşturuldu (Aralık 2009).
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kuruldu (Kasım 2011) (Işık, 2015: 173,274).

3.2.8. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS)

Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerindedir. Sağlık Bakanlığı, tüm vatandaşları kapsamayı, bireylerin doğumundan yaşamının sona ermesine kadar oluşan bütün tıbbi kayıtlarının korunması ve bütün ülkeyi kapsayan iletişim ağında paylaşılması, sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması, sağlık envanterinin oluşturulması, sevk

basamakları arasında bilgi aktarımı için web servisler aracılığı ile çevrim içi toplanmasını ve veri kalitesinin artırılmasını sağlayan Sağlık Bilgi Sistemi'ni kurmuştur. Bu sistem diğer sağlık hizmeti sunan bütün kurumların ve kuruluşların insan gücü, idari-mali verilerini kayıtlayacak biçimde ayarlanmıştır (<http://www.e-saglik.gov.tr/TR,6212/sagliknet-hakkinda.html>).

Sağlık Bilgi Sistemi; sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesi, kalitenin değerlendirilmesi, aynı zamanda sağlık alanındaki problemlerin saptanabilmesi için veri toplayacak bir özelliğe sahiptir. Bu bağlamda dönüşüm içinde büyük önem arz eder. Sağlık Bilgi Sistemi, ortak bir veri tabanı üzerinden işleyen bir sistemdir. MERNIS numarası, sigorta sistemindeki verilerle sağlık hizmeti kullanımına ilişkin verileri karşılaştıran bir sistemdir. Kişinin sigortalı olup olmadığını daha kolay tespit eder. 2009 yılında Sağlık-NET oluşturulmuştur. Sağlık-NET 3 ana bileşenden oluşmaktadır. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü, web servisleridir. Bu sistem kişinin doğumundan ölümüne kadar tüm sağlık bilgilerini kayıt altında tutan bir sistemdir. MHRS, Sağlık-NET gibi sistemlerin birbirleriyle entegre çalışması çok önemlidir. Hem daha güvenilir hem de daha kaliteli verilere ulaşılmasını sağlar (Akdağ, 2012: 233-236).

SGK sağlık hizmetlerinin kullanım verilerini toplamak ve aynı zamanda bu verilerle faturalandırma işlemini gerçekleştirebilmek için MEDULA sistemini getirmiştir. Bu sistem, sağlık hizmeti sunucularının sağladığı sağlık hizmetlerine ilişkin bilgilerin elektronik olarak gönderilmesini sağlamak için kullanılmaktadır. SB'ye bağlı hastanelerde 2006 yılında başlatılan bu uygulamaya kurum ile sözleşmesi olan veya olmayan üniversite ve özel hastanelerinde bu sisteme geçilmesi zorunlu kılınmıştır. MEDULA ile gerçekleştirilmeyen fatura bedelleri ödenmemekte ve aynı zamanda bu sistem üzerinden basılmış fatura ile birlikte elektronik fatura da düzenlenip Sosyal Güvenlik Kurumu'na gönderilmesi zorunlu kılınmıştır (Işık, 2015: 78).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN YOL AÇTIĞI ÖNEMLİ DÖNÜŞÜMLER

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlaması ile hem sosyal güvenlik hem de sağlık sisteminde önemli dönüşümler yaşanmıştır. Türkiye sağlık sisteminde sağlık hizmetleri sunum ve finansmanında parçalanmış, verimlilik ve etkililik ilkelerine uymayan, eşitlikten uzak olan bir sağlık sisteminden, tüm nüfusa hizmet veren hakkaniyetli bir sağlık sistemine geçilmesi için program uygulanmıştır.

4.1.Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yapılan Değişiklikler

Program dahilinde Türkiye sağlık sisteminde köklü değişiklikler yapılmıştır. Kaynakların verimli kullanılması, sağlık hizmetlerindeki erişimdeki eşitsizliğin giderilmesi, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde kullanılması için yapılan değişiklikler aşağıdaki tabloda kronolojik sıraya göre listelenmiştir.

Tablo 2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Tarih	Değişiklik
2003	SDP açıklandı.
	Performansa dayalı ek ödeme çalışması başladı.
	Memurlar özel sağlık kuruluşlarından faydalanmaya başladı.
2004	Performansa dayalı ek ödeme sistemine geçildi.
	Aile hekimliği uygulamasına geçildi.
	SSGSS Yasası TBMM'ye gönderildi.
	İlaç fiyatlarında referans fiyatlamaya geçildi.
	İlaçta geri ödemede referans fiyatlama yöntemine geçildi.
	Reçeteli ilaçlarda KDV oranı %18'den %8'e düşürüldü.

2005	SSK sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı'na devredildi.
	SSK üyeleri ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başladı.
	Yeşil Kart'lı kişilerin ayakta sağlık harcamaları ve ilaçları ödenmeye başladı.
	Yeşil Kart'lı kişilerden ilaçta %20 katılım payı alınmaya başladı.
2006	SB hastanelerinde global bütçe uygulamasına geçildi.
	Program öncesi ödenen bazı ilaçlar pozitif listeden çıkarıldı.
	Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarıldı.
	SSGSSK'nin bazı maddeleri iptal edildi.
2007	Ayakta ve yatan hastalarda paket fiyat uygulamasına geçildi.
	SGK'da MEDULA sistemi uygulanmaya başladı.
	Özel sağlık kurumlarının kuruluşu ile ilgili düzenlemeler yapıldı.
2008	SSGSS ile ilgili kanunlar yürürlüğe girdi.
	Reşit olmayan tüm nüfus güvence altına alındı.
2009	İlaçta geri ödeme bandı, eşdeğer gruptaki en ucuz + %15 olarak değiştirildi.
	Ödeme komisyonunun çalışma esas ve usulleri yönergesi yayımlandı.
	Ayakta bakım hizmetleri için katkı payları getirildi.
2010	Yeşil Kart'lı kesim özel hastanelerin acil ve yoğun bakımlarından ücretsiz yararlanmaya başladı.
	İlaçta global bütçe uygulamasına geçildi.
	İlaç fiyatlarının belirlenmesinde yeni indirim oranları belirlendi.
	Aile hekimliği uygulaması tüm ülkeye yayıldı.
	Özel hastaneler sınıflandırıldı ve alabilecekleri ek ücretler belirlendi.
	Aktif kamu çalışanları SGK'ya devredildi.
Tam Gün Yasası ile ilgili düzenlemeler yapıldı.	
2011	SB hastanelerinde teşhis ile ilgili gruplara geçildi.
	Tam Gün Yasası üniversitelerde uygulanmaya başladı.

Kaynak: Tatar, Mehtap, 'Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi', *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1, 2011, s.128.

4.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetleri

Sunumu

SDP öncesi sağlık hizmetleri sunumunda karışık ve parçalı bir yapı söz konusuydu. Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve üniversiteler şeklinde üç ana kamu hizmet sunucusu bulunmaktaydı. Sağlık Bakanlığı, bakanlığa bağlı sağlık tesisleri ve hastaneler aracılığıyla sağlık hizmetlerinde en büyük sunucu olarak birinci basamak, ikinci basamak, üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermekteydi. Bunun yanında koruyucu sağlık hizmetlerinin tek sunucusu konumundaydı (Sülkü, 2011: 15).

Sağlık Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetleri sunumunda önemli değişikliklere gidilmiştir. SSK`ya bağlı sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı`na transferi sonucunda sağlık hizmetleri sunumu ve sağlık hizmetleri finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yapılan düzenlemeler daha çok Sağlık Bakanlığı`nın yeniden yapılandırılması ile birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde köklü değişikliklerin yapılması üzerine planlanmıştır (Şentürk Doğan, 2017:8).

4.2.1. Halk Sağlığı Hizmetlerindeki Değişimler

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmet sunumundaki önemli değişimler halk sağlığı alanında da yaşanmıştır. Halk sağlığı hizmetlerinde yapılan iyileştirmeler;

- Halk sağlığı hizmetlerine yapılan yatırımlar arttırılmıştır.
- Aile hekimliği sistemine geçilerek halk sağlığı hizmetleri güçlendirilmiştir.
- Her ilde ücretsiz kanser taraması yapan birimler (KETEM) kurulmuştur.
- Tüm kırsalda gezici sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmıştır.
- Halk sağlığı hizmetlerinden yararlanma ücretsiz olmuştur.
- Dumansız Hava Sahası uygulaması ile tütün ürünleri kullanımının azaltılmasına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır.

- Toplum temelli ruh sağlığı modeline geçilerek, ruhsal bozukluğa sahip kişilerin tedavileri gerekli durumlarda yaşadıkları yerlerde yapılmaya başlanmıştır.
- Aşılama programına yeni aşılar eklenmiştir.
- Misafirhane projesi ve ocuk sağlığını ilgilendiren ağdaş tarama programları başlatılmıştır.
- Kronik hastalıklara bağlı erken ölümleri engellemek için programlar uygulanmaya başlanmıştır.
- Herkese sağlıklı bir beslenme, hareket alışkanlığı kazandırmak için programlar başlatılmıştır.
- Uyuşturucu İle Mücadele Dayanışma Destek Hattı açılmıştır.
- Sağlık sorumluluğu geliştirme amaçlı programlar başlatılmıştır.
- Anne-bebek sağlığı hizmetleri güçlendirilmiştir.
- Evde Sağlık Hizmeti uygulanmaya başlanılmıştır.
- Sağlıklı yaşam programları uygulanmaya başlanmıştır (Atasever ve Karaca, 2017: 24).

4.2.2. Temel Sağlık Hizmetlerindeki Değişimler

Sağlıkta Dönüşüm Programı ncesi temel sağlık hizmetlerindeki anlayış, programın iyileştirme uygulamalarından dolayı günümüz anlayışı ile büyük farklılık göstermektedir.

şekil 5. Temel Sağlık Hizmetleri Anlayışındaki Değişmeler

Başlangıçta Hakim Olan Temel Sağlık Anlayışı	Günümüz Temel Sağlık Anlayışı
Kırsal alanda yaşayan ve durumu olmayan kişilerin temel sağlık hizmetlerine ve ilaçlara daha kolay erişebilmesi	Evrensel ulaşım ve sosyal sağlık güvencesine ulaşmak için sağlık sistemlerinin tekrar düzenlenmesi
Anne ve ocuk sağlığına özel önem	Toplumdaki tüm bireylerin sağlığına özel

verilmesi	önem verilmesi
Genellikle bulaşıcı hastalıklar olmakla birlikte az sayıda hastalığı baz alma	Hastalık ve risklerin kapsamını dikkate alarak, kişilerin sağlık ihtiyaçlarına kapsamlı olarak odaklanma
Köy düzeyinde sağlık eğitimi verme, su ve hijyen iyileşmesini sağlama	Sağlıklı yaşam tarzlarının benimsetilmesi, çevresel zararların kişi sağlığına olan zararlarının azaltılması
Profesyonel olmayan toplum sağlığı çalışanları için basit bir teknoloji	Teknoloji ve ilaçlara erişimi kolaylaştıran sağlık çalışanları ekibi
Yerel sağlık komiteleri tarafından yerel kaynakların harekete geçirilmesi ve sağlık merkezlerinin yönetimine katılım	Politika tartışmalarına sivil toplumun örgütlü katılımı
Devlet tarafından finansmanı ve sunumu sağlanan, yukarıdan aşağıya merkezi yönetim esaslı sağlık hizmetleri	Küresel anlamda işleyen çoğulcu sağlık sistemleri
Artan kısıtlılıkların yönetimi ve küçülme	Sağlık alanında kaynak artışını yöneterek evrensel erişime doğru yönlendirme
Yardımlaşma ve teknik destek	Küresel boyutta işbirliği ve beraber öğrenme
Hastanenin antitezi olarak Temel Sağlık	Tüm basamaklarda kapsamlı sonuca ulaşmanın gerekliliği olarak Temel Sağlık
Temel Sağlık Hizmetleri pahalı değildir ve büyük yatırımlar gerektirmez	Temel Sağlık Hizmetleri ucuz değildir: makul yatırımlar yeterlidir, fakat diğer hizmetlere göre ayrılan kaynakla daha iyi değer üretir.

Kaynak: Akdağ, Recep, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:770, Ankara, 2008, s:40.

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesindeki temel sağlık hizmeti anlayışı, kırsal kesimdeki yoksul sınıf için hizmeti kapsarken, günümüz anlayışında sağlık hizmetlerine toptan erişimi kapsamaktadır. Program öncesinde sadece anne ve çocuk

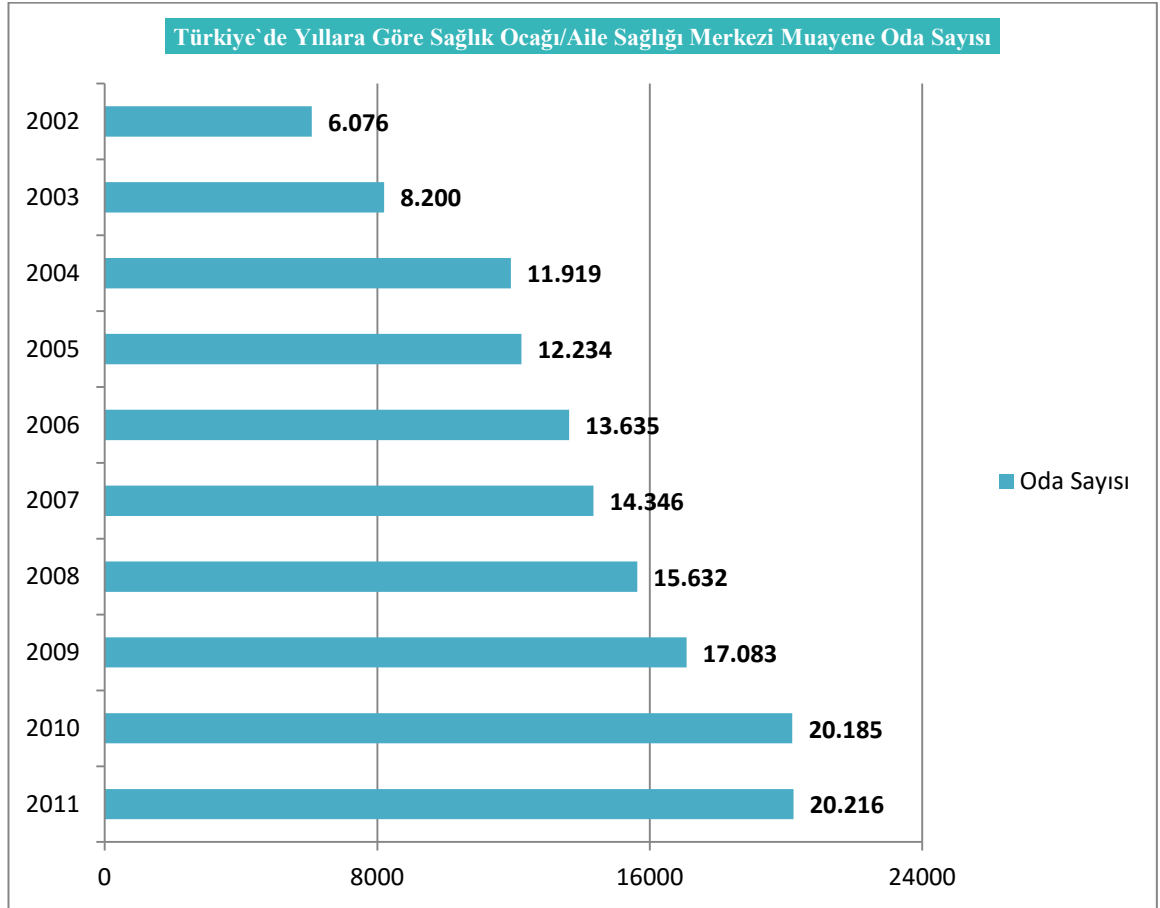
sağlığına önem verilirken program sonrası herkesin sağlığına önem verilmiştir. Başlangıçta akut enfeksiyon hastalıklarına odaklanırken, günümüzde bütün sağlık risklerine önem verilmektedir. Sağlıklı yerel çevreden, sağlıklı yerel ve global çevreye geçilmiştir. Küçük ölçekli yapılanmadan, tüm vatandaşların hizmet alacağı yapılanmaya geçilmiştir. Devlet merkezli yapılanmadan, kamu-özel sektör işbirliğine gidilmiştir. Karşılıklı yardım yerine, küresel dayanışma anlayışına gidilmiştir. Temel sağlık hizmetleri program öncesi ucuzken, program sonrası harcanan paraya karşılık olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Akdağ, 2008: 41).

4.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çağdaş Uygulama: Aile Hekimliği

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında temel amaç, hastalığın tedavisinden önce hastalığın önlenmesi olmalıdır düşüncesiyle sağlık hizmetlerinin sunumu, hem halk sağlığı hizmetlerini hem de sağlık hizmetlerini içine almaktadır. Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılmış ve güçlendirilmiş olup SDP'nin temel bileşenlerinden olan aile hekimliği modeli aşamalı bir şekilde uygulamaya başlanmıştır. (

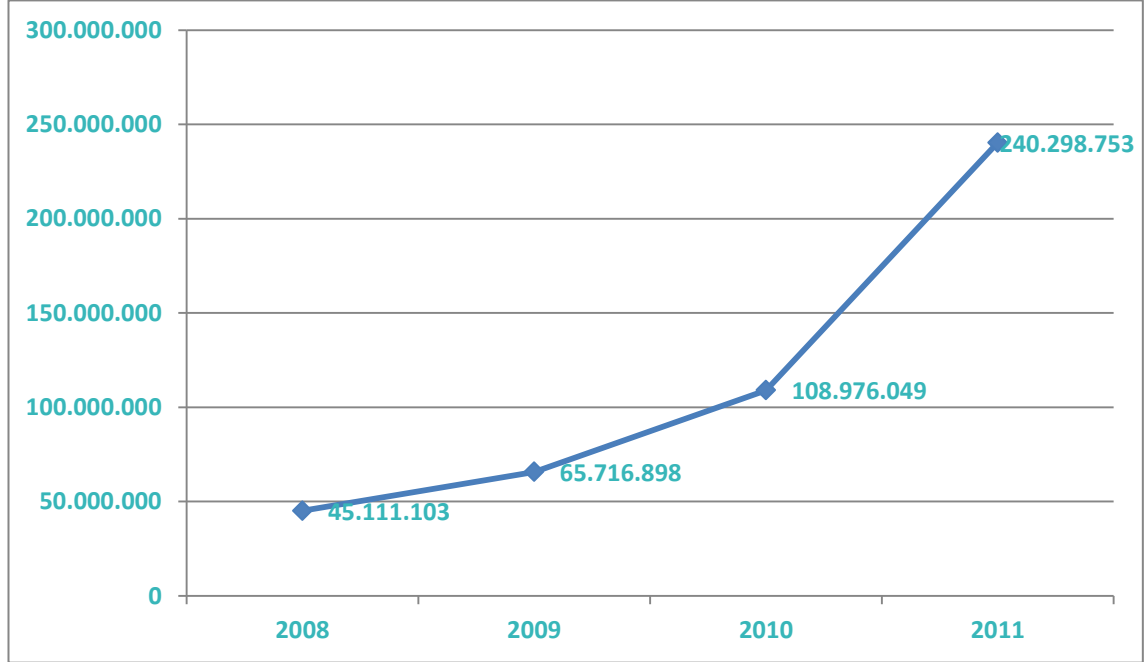
[http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/turkiye saglik sistemi performans degerlendirilmesi_2011.pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglik_sistemi_performans_degerlendirilmesi_2011.pdf)). 2005 yılında uygulanmaya başlanan aile hekimliği 2010 yılında tüm Türkiye'yi kapsamına almıştır (Kitapçı ve Avcı, 2010: 30).

Grafik 1. Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Ocağı/ Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Akdağ, Recep, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), 2012, s:107.

Yıllara göre aile sağlığı merkezlerindeki muayene oda sayıları grafikte görülmektedir. SDP’den önce 6.076 olan muayene odası sayısı 2011 yılında 20.216’ya yükseltilerek 3 katı geçkin artış göstermektedir. Aile hekimleri kişilerin ve sağlık hizmetleri sunucularının hem zaman kaybına neden olacak yanlış yönlendirmeleri hem de gereksiz sağlık harcamalarını engelleyici etkiye sahiptir. Bu sebeple aile hekimlikleri sayıları her geçen gün arttırılmaktadır (Akdağ, 2012: 108).

Grafik 2. Yıllara Göre Aile Hekimine Müracaat Sayısı, Türkiye

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), Yıldırım, Hasan Hüseyin, Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Sağlık-Sen, 2013, s:28.

Yukarıdaki grafikte yıllara göre aile hekimliğine müracaat sayısı görülmektedir. 2008 yılında aile hekimi müracaat sayısı 45 milyonu aşmış iken, 2011 yılında 240 milyonu aşmıştır. Hekime müracaat sayısının yaklaşık olarak beş kat artmasının sebebi, hem aile sağlığı merkezindeki oda sayısının artışından hem de aile hekimliği sisteminin tüm Türkiye’de uygulanmasından kaynaklıdır (Yıldırım, 2013: 28).

SDP kapsamında SB’nin görev ve yetkilerinde meydana gelen değişiklikler ‘yerinden yönetimi teşvik edici uygulamalarla’ başlatılıp Sağlık Bakanlığı’nın desentralizasyonunun sağlanmasına çalışılmıştır. 663 Sayılı KHK, sağlık hizmetlerinin sunumunda direkt sorumlu olan Sağlık Bakanlığı’nın, artık sağlık hizmetlerinin sunumu yerine, düzenleyici ve denetleyici bir role dönüşümünü ifade etmektedir. Bu bağlamda hizmet sunumunda, ikinci basamakta köklü değişikliklere gidilmiştir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı il düzeyinde hizmet veren hastaneler Kamu Hastaneler Birliği yapısı altında toplanmıştır ve idari ve mali özerkliği olan sağlık işletmelerine dönüştürülmeye başlanmıştır. 81 ilde oluşturulan 89 adet birlik Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na (SB teşkilatına bağlı) bağlanmıştır. Sadece üçüncü

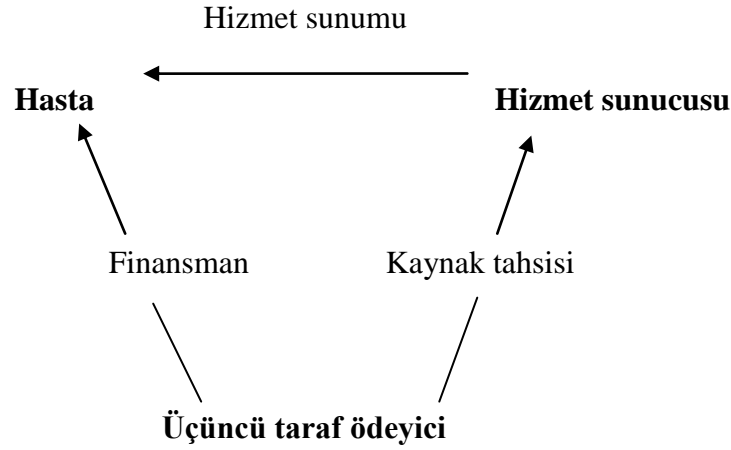
basamak sağlık hizmeti veren hastaneler bakanlığa bağlı bırakılmıştır. Oluşturulan yapılanmaya dahil edilmemiştir (Şentürk Doğan, 2017: 8).

4.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık sektöründeki faaliyetleri finanse etmek için paranın nasıl kullanılması gerektiğini içermektedir. Sağlık hizmetleri yönetimindeki temel amaç, sağlık statüsünün yukarılara çıkarılması ve toplum sağlığının geliştirilmesi olduğundan sağlık hizmetleri finansmanı bu amaçlara erişebilmek için çok önemli bir araçtır. Ülkedeki herkesin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşılabilirliğini sağlayabilmek için yeterli ölçüde ve aynı zamanda devamlı kaynak sağlamak, sağlanan kaynakları etkin kullanmak, finansman konusunda hakkaniyeti sağlamak, kaynak oluşturmada kişilerin yoksullaşmasını önlemek gerekmektedir (Çelik, 2013: 169).

Sağlık hizmetleri finansmanında sağlık hizmetini veren ile sağlık hizmetini alan arasında direk bir finansal akışın olması yerine genellikle üçüncü taraf ödeyicinin finansman rolünü üstlendiği görülmektedir. Bunun temel nedeni kişilerin sağlık hizmetine ne ölçüde ve ne zaman ihtiyaç duyacağını belirli olmaması ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğu durumda bireyin katlanması gereken maliyetlerin belirli olmamasıdır. Bu maliyetler çoğu zaman katlanılabilecek miktarın fazlası olabileceğinden üçüncü bir tarafın müdahalesi olmadığı durumda kişinin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinden daha az hizmet alması durumu doğabilir. Sağlık hizmet sunumu ve sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık hizmetini sunanlar ve finanse edenler arasında kaynak transfer süreci olarak tanımlanmaktadır (Tatar, 2011: 105).

Şekil 6. Sağlık Hizmetleri Üçgeni



Kaynak: Tatar, Mehtap, 'Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi', *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1, 2011, s:106.

Şekilde görüldüğü gibi kaynak transferi sürecinde hizmet sunucuları, sağlık hizmeti almak için başvuran kişilerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere hizmet sunarlar. Hizmet almak isteyen hastalar veya ülkenin finansman modeline göre üçüncü taraf ödeyici, hizmet bedelinin karşılığını hizmeti sunana transfer eder. Bazen kaynak akışı hasta ile hizmet sunucusu arasında doğrudan gerçekleşebilir. Bu durum kişinin aldığı hizmetin maliyetine bireysel olarak katlanabilir düzeyde olması, kişinin veya sunulan sağlık hizmetinin üçüncü taraf ödeyicinin kapsamında olmaması gibi durumlarda gerçekleşir (Tatar, 2011: 105-106). Bu transfer sürecinde sağlık hizmetleri üçgenindeki taraflar, birinci taraf hizmeti alan kişiler, ikinci taraf hizmeti sunan, üçüncü taraf sigorta fonları olarak adlandırılmaktadır (Güvercin, Mil, Tarım, 2016: 83).

Şekil 7. Sağlık Hizmetleri Finansmanı



Kaynak: Güvercin vd., 2016: 84

Sağlık hizmetleri finansmanının üç temel işlevi bulunmaktadır. Bunlar; gelir toplama, fon biriktirme ve sağlık hizmeti satın almaktır.

Gelir toplama: Sağlanan gelirlerin kim tarafından ödendiği, ödeme türü ve elde edilen gelirlerin kim tarafından toplandığı ile ilgilendir. Gelir toplama yöntemleri, vergiler, genel sağlık sigortası primleri, cepten ödemeler, bireysel tasarruflar, borç ve bağışlardır.

Fon biriktirme: Belirsiz olan sağlık ihtiyacının finansal riskini bölüştürmektir. Fon biriktirme elde edilmiş olan gelirlerin yönetimini ifade eder.

Sağlık hizmeti satın alma: Fonda biriken gelirlerin sağlık hizmeti karşılığında sağlık hizmeti sunucularına verilmesidir (Güvercin vd., 2016: 84).

Sağlık hizmetleri finansmanı bağlamında üç farklı yöntem kullanılmaktadır. Bunlar; Kamusal finansman modeli, özel finansman modeli, karma finansman modelidir.

Kamusal finansman modeli: Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel ve özel vergiler yoluyla veya toplanan primler yoluyla elde edilmektedir. Modelin temeli vergi esasına dayanıyorsa Beveridge Modeli (kamu yardımı), prim esasına dayanıyorsa Bismark Modeli (sosyal sağlık sigortacılığı) olarak adlandırılmaktadır.

Özel finansman modeli: Sağlık hizmetleri finansmanı bu modelde, özel sağlık sigortacılığı, cepten ödemeler ve tıbbi tasarruf hesapları ile karşılanır.

Karma finansman modeli: Kamusal finansman modeli ve özel finansman modelinin beraber kullanıldığı modele karma finansman modeli denmektedir. Bu modelde sağlık hizmetleri finansmanı vergiler, primler, cepten ödemeler, tıbbi tasarruflar ve özel sağlık sigortaları ile karşılanmaktadır.

Türkiye bu üç grup finansman modelinde ‘karma finansman modeli’ grubuna girmektedir. Belirli bir kesime sosyal sağlık sigortacılığı uygulanırken, diğer taraftan kamu yardımı modeli de uygulanmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanında özel harcamalar da yer almaktadır (Atasever, Karaca, Örnek, 2014: 4). Türkiye’de genel

sağlık sigortasının uygulanması ile sağlık hizmetlerinin finansmanında daha çok sosyal sigortaya dayalı yöntem kullanılmaktadır (Erol, Özdemir, 2014: 27).

4.3.1. Genel Sağlık Sigortası

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, SDP'nin en temel bileşeni olan Genel Sağlık Sigortası'nı oluşturma amacıyla çıkartılmıştır. SSGSS, 5510 Sayılı Kanun ile oluşturulan, tüm bireyleri kapsamı içine alan ve isteğe bağlı olmayan bir zorunlu sistemdir. Bireylerin sağlıklarının korunmasını, sağlık problemleri yaşadıklarında yapacakları sağlık harcamalarının finansmanını sağlayan Genel Sağlık Sigortası'dır. SSGSSK, sigorta kapsamına girenleri genel sağlık sigortalısı olarak tanımlamaktadır (Şentürk Doğan, 2017: 10).

Genel Sağlık Sigortalısı sayılanlar,

- a) Bir iş sözleşmesi ile çalıştırılan işçiler, eski SSK (5510 Sayılı Kanun 4/a). Kendi işyerlerinde bağımsız çalışanlar, eski Bağ-Kur (5510 Sayılı Kanun 4/b). Kamu kurumlarında çalışan sözleşmeli veya kadrolu memurlar, eski Emekli Sandığı (5510 Sayılı Kanun 4/c)
- b) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,
- c) 5510 Sayılı Kanun 4a ve 4b kapsamında sigortalı olmayanlar,
 - Harcamaları ve sahip oldukları taşınır veya taşınmaz malları da dikkate alınarak aile içindeki geliri askeri ücretin üçte birinden az kadar kişi başı geliri olan bireyler, (Yeşil Kart sahibi kişiler)
 - Ülkemizdeki sığınmacılar ve vatansız olarak kabul edilen kişiler,
 - 65 yaşın üzerinde yardıma muhtaç, güçsüz, düşkün Türk vatandaşlarına aylık bağlanması hakkındaki kanun gereği aylık alan bireyler, (01.07.1976 Tarihli 2022 sayılı Kanun)
 - İstiklal Madalyası verilmiş, Şeref aylığı alan bireyler, (24.02.1968 Tarihli 1005 sayılı Kanun)
 - Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerince aylık alan bireyler, (28.05.1986 Tarihli 3292 Sayılı Kanun)

- Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan bireyler, (03.11.1980 Tarihli 2330 Sayılı Kanun)
- Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kanun Hükümlerine göre, korunma, bakım, rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlanan bireyler, (24.05.1983 tarihli 2828 Sayılı Kanun)
- Harp malullüğü aylığı ya da terör aylığı alan bireyler, (12.04.1991 Tarihli 3713 Sayılı Kanun)
- Köy ve mahalle muhtarları, (18.03.1924 Tarihli 442 Sayılı Kanun)
- Devlet Sporcusu ünvanı ile aylık bağlanan sporcular,(24.06.2008 Tarihli 5774 Sayılı Kanun)
- Oturma iznine sahip yabancı uyruklu vatandaşlar,
- İşsizlik Sigortası Kanunu kapsamında işsizlik ödeneği alan bireyler, (25.08.1999 Tarihli 4447 Sayılı Kanun)
- 5510 sayılı Kanun'dan önce sosyal güvenlik kanunlarına göre aylık alan bireyler,
- Üniversitelerde yüksek öğretim gören yabancı uyruklu öğrenciler,

Genel Sağlık Sigortalısı sayılmaktadır (https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=620:5510-sayili-kanun-gerence-genel-saik-sortalisi-sayilanlar-sayilmayanlar-sortalilin-baangici-kuruma-bdmeshakkinda-tebl&catid=3:tebligengelge&Itemid=35).

Genel Sağlık Sigortalısı sayılmayanlar;

- Askerlik görevini er olarak yerine getirenler ve yedek subay okulu öğrencileri,
- Yabancı bir ülkeden iş için Türkiye'ye gönderilen ve kendi ülkesinde sosyal sigortaya tabi olduğunu belgeleyen kişiler, yurt dışında yaşayıp, oradaki sosyal sigortaya tabi olup Türkiye'de kendi hesabına çalışanlar,
- Kamu kurumlarının dış temsilciliklerinde görevli personelin sürekli temsilciliğin bulunduğu ülkede ikamet edip oradaki sosyal sigortaya bağlı olduğunu belgeleyen bireyler,

- Ceza evlerinde bulunan tutuklu ve hükümlüler,
- Yabancı ülke vatandaşı olup Türkiye’de oturma izni almış, başka bir ülkede sigortalı olmayan, aynı zamanda Türkiye’de 12 aydan az yaşayanlar,
- İsteğe bağlı sigortalı olan yabancı ülke vatandaşlarında Türkiye’de bir yıldan az oturanlar,

Genel Sağlık Sigortalısı sayılmazlar aynı zamanda bakmakla yükümlü oldukları kişilerde Genel Sağlık Sigortalısı sayılmaz (https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=620:5510-sayili-kanun-gerence-genel-saik-sortalisi-sayilanlar-sayilmayanlar-sortalilin-baangici-kuruma-bdmesakkinda-tebl&catid=3:tebligenege&Itemid=35).

Sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişiler: Sağlık hizmetlerinden, Genel Sağlık Sigortalısının yanında, bakmakla yükümlü olduğu kişilerde faydalanabilmektedirler. 5510 Sayılı Kanun’a göre Genel Sağlık Sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sigortalının eşi, varsa çocuğu, annesi, babasıdır. Çocuklar bakımından getirilen bakmakla yükümlü olunan kişi olma şartları ise; 18 yaşını doldurmamış, lise ve dengi okullarda eğitimine devam ediyor ise 20 yaşını doldurmamış, üniversite okuması durumunda ise 25 yaşını doldurmamış olmaları gerekmektedir. Bunun yanında evli olmama şartı da aranmaktadır. Yaş sınırlamalarında cinsiyet ayrımı yapılmamaktadır. Sigortalının anne ve babasının bakmakla yükümlü olduğu kişilerden sayılabilmesi için anne ve babanın geçimlerinin sigortalı tarafından karşılanması gerekmektedir (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf>).

Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmak ile yükümlü olduğu kişilerin yararlanabileceği sağlık hizmetleri;

- Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri,
- Hastalık, iş kazası gibi durumlardan dolayı ayakta ya da yatarak tedavilerde, gerekli olması durumunda yapılacak tetkik ve tahliller, tıbbi bakım,
- Diş tedavisi,

- Üreme tedavisi hizmetleri, tüp bebek tedavisi (en fazla iki denem ile sınırlı ve kadının 23 yaşından büyük ve erkeğin 40 yaşına gelmemiş olması durumunda),
- Hastanın ve refakatçisinin yol ücreti ve zaruri masrafları,
- Türkiye’de tedavinin sağlanamadığı durumlarda yurt dışındaki tedaviyi kapsar (Sülkü, 2011: 30-31).

GSS prim ödemeleri ve devlet katkısı: GSS’nin temel ilkesi, tüm bireylerden ekonomik durumuna göre prim alıp, herkese ihtiyacına göre hizmet sunmaktır. GSS, sağlık hizmetleri finansmanını sigorta primlerinden karşılamaktadır. Geliri askeri ücretin üçte birinden fazla olan vatandaşlar GSS primlerini ödemekle yükümlüdür (Erol ve Özdemir, 2014: 13).

Türkiye’nin Genel Sağlık Sigortası kapsamında dört kaynak mekanizması vardır.

- 1) İşçi ve işverenlerin ödediği primler,
- 2) Vergiler (primini ödeyebilecek maddi durumu olmayan kişilerin primleri, koruyucu sağlık hizmetleri, GSS katkısı gibi),
- 3) Cepten ödemeler (katkı payları ve enformal ödemeler, sağlık hizmeti alımında kişinin yaptığı doğrudan ödemeler),
- 4) Özel sağlık sigortası primleri (Yıldırım, 2013: 57).

SSGSS Kanun’u gereğince, Sosyal Güvenlik Kurumu giderlerini karşılamak için sigortalılardan prim almaktadır. Genel Sağlık Sigortası prim oranı 5510 sayılı Kanun’a göre hesaplanan prime esas kazancın %12,5 ‘idir. Bu oranın %5’ini sigortalı tarafından, %7,5’i işveren tarafından karşılanmaktadır. İsteğe bağlı sigorta ile sigortalı olanların prim oranı kendilerince belirlenen prime esas aylık kazançlarının %12’sidir. 2008 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu prim gelirlerinin, dörtte biri oranında devlet katkısı öngörülmüştür. Daha önce işsizlik sigortası dışında devlet katkısı yok iken çıkarılan kanunla kuruma devlet katkısı eklenmiştir (Şentürk Doğan, 2017: 11).

GSS’nin temel finansman kaynağı primlerden oluşmaktadır. İkinci gelir kaynağını ise katkı payları oluşturmaktadır. Sigortalılar ve bakmakla yükümlü oldukları, sağlık

hizmetlerinden yararlanabilmek için GSS primleri yanında belli durumlarda katkı payı ödemek zorundadırlar (Yenimahalleli-Yaşar, 2007: 114). 5510 sayılı SSGSSK 68. Maddesi'nde katılım payı; ayakta tedavilerde hekim muayeneleri ve diş hekim muayeneleri; ortez, protez, iyileştirme araç gereçleri (hayati önemde olmamak şartıyla); ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan alınmaktadır. Ayakta tedavide; birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliğinde katkı payı alınmazken, diğer iki basamakta 5 TL katılım payı, özel sağlık hizmetleri için 12 TL katılım payı alınmaktadır (Görmüş, 2013: 194). 5510 sayılı SSGSS Kanunu 69.Maddesi'nde katılım payı alınmayacak durumlar, ülkedeki afet ve savaş halinde; ayakta tedavide birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliğinde; organ, doku, kök hücre naklinde; rapora bağlanan kronik hastalıklarda; iş kazası durumlarında, kontrol muayenelerinde; şeref aylığı alanlar ile eşleri, korunma, bakım hizmetlerinden ücretsiz yararlananlar; vatani hizmet tertibinden maaş alanlar; Emniyet Genel Müdürlüğü adına okuyan öğrenciler katılım payı ödemezler (Er, 2011: 221).

Genel Sağlık Sigortası ile kamu ve özel ayrımı son bulmuştur. SGK ile anlaşmalı özel hastanelerde yapılan tedaviler devlet tarafından karşılanmaktadır. Fakat acil durumlarda, anlaşması olmayan sağlık hizmeti sunucularına da SGK tarafından ödeme yapılır. SGK sağlık hizmetini sunan özel hastaneye ek ödeme yapmaktadır. Ek ödeme oranları bakımından hastaneler beş gruba ayrılmıştır. Hizmeti sunan hastanelerin alacakları ücretler bu gruplara göre belirlenmektedir. 2012 yılından itibaren özel hastaneler puanlarına göre alacakları ek ödemeler;

- 200'e kadar puanı olan hastaneler için %30,
- 201 ve 300 aralığında puanı olan hastaneler için %45,
- 301 ve 400 aralığında puanı olan hastaneler için %60,
- 401 ve 600 aralığında puanı olan hastaneler için %75,
- 601 ve 1000 aralığında puanı olan hastaneler için %90.

Bu puanlama sistemi uygulanırken hastanenin tüm hizmet kalite standartları, hasta güvenliği, çalışan hakları, vaka dağılımlarına göre incelenerek değerlendirilir. Bu değerlendirme sonucunda %30 ile %90 arasında ek ücret verilir (Işık, 2015: 177,178).

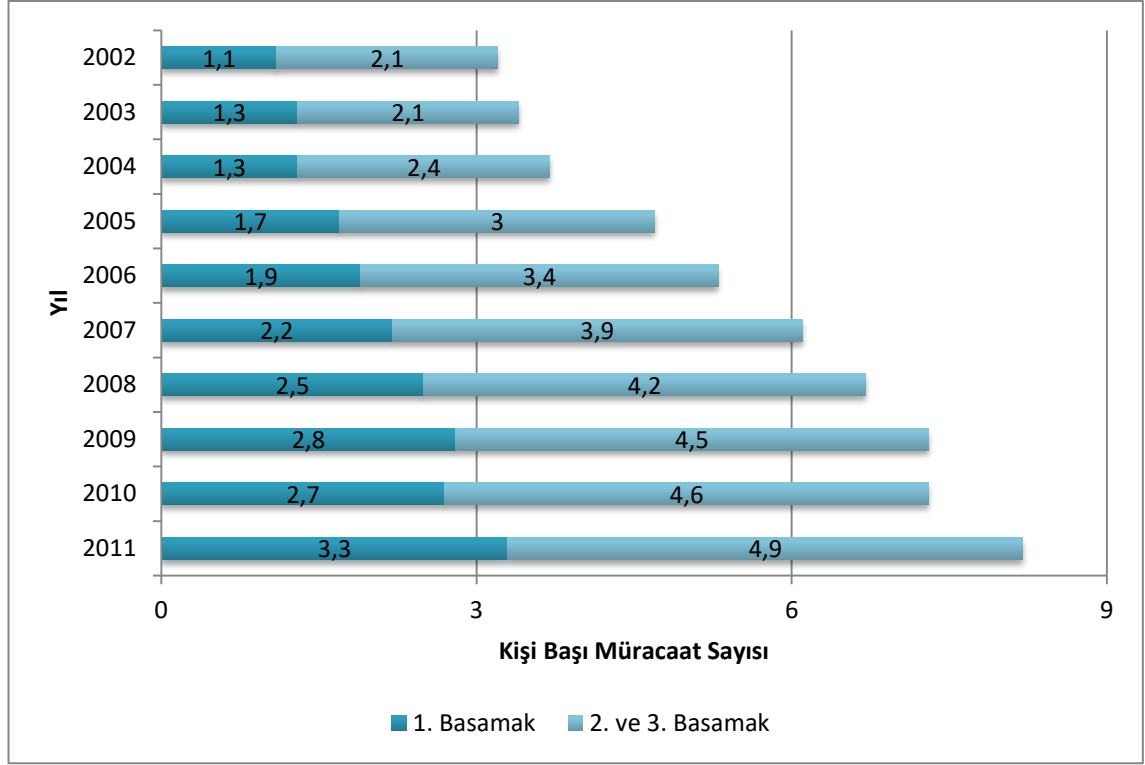
4.3.2. Finansmanda Sağlık Bakanlığı'nın Rolü

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri finansmanında Yeşil Kart uygulaması ile rol almaktadır. Sağlık Bakanlığı Yeşil Kartlıların sağlık harcamaları tahsisini Maliye Bakanlığı'ndan karşılamaktadır. Maliye Bakanlığı 2009 yılında artan sağlık harcamalarına karşın önlem olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler için sınırlı bir bütçe olması konusunda SGK ve Sağlık Bakanlığı arasında protokol düzenlemiştir. Buna göre fonların tümü SGK'dan Sağlık Bakanlığı'na oradan hastanelere aktarılmaktadır. Sağlık Bakanlığı global bütçe üst limiti aşılmayacak şekilde hastanelerinin aylık ödemelerini düzenler. Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen tüm sağlık hizmetlerini herkese tamamen ücretsiz şekilde vermektedir. SB, Maliye Bakanlığı ve SGK arasında birinci basamak tedavi hizmetlerinin sağlanabilmesi için 2007 yılında global bütçe uygulamasına geçilmiştir. Global bütçeye göre birinci basamak sağlık hizmet bedelleri belirlenmiş ve SGK fonları Sağlık Bakanlığı Merkez Döner Sermaye Saymanlığı hesabına aylık olarak yatırılmaktadır. Sağlık Bakanlığı bu fonları birinci basamak sağlık kuruluşlarına ürettikleri hizmete göre dağıtmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın finansmandaki diğer rolü de Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdeki sağlık personellerinin maaşlarının Sağlık Bakanlığı üzerinden ödenmesidir. Maaşlar dışında sağlık personeli hastanenin döner sermayesinden ek ödeme almaktadır (Sülkü, 2011: 33).

4.4. Türkiye'de Sağlık Harcamaları

Ülkedeki toplam sağlık harcamalarını etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bunlar milli gelir, sağlık hizmetlerinin göreceli fiyatı, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanında kamu ve özel sektörün rolleri gibi etkenlerdir. Bu etkenler arasında gelir büyük bir öneme sahiptir. (Sülkü, 2011: 34). Türkiye'de nüfusun çoğu genel sağlık sigortası kapsamında olması, sosyal güvenlik haklarının genişlemesi, hizmete erişimin kolaylaşması ile bu durum kişilerin sağlık kuruluşlarına olan başvurularını arttırmıştır (Güvercin, 2016: 87).

Grafik 3. Yıllara Göre Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, Türkiye



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012, s:8

Şekilde görüldüğü gibi SDP öncesinde 3,2 olan sağlık kuruluşlarında kişi başı hekime müracaat sayısı 2011 yılında 8,2'ye ulaşmıştır. 2002 yılında birinci basamakta kişi başı müracaat sayısı 1,1 iken SDP'nin temel bileşenlerinden olan aile hekimliğinin pozitif etkisi ile program sonunda 3,3'e ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına müracaat 4,9'a ulaşmıştır. Özel hastaneler hastanelere başvuru sayısındaki artışta büyük bir etkindir. Sağlıkta Dönüşüm Programı başlamadan önce tüm hastanelerde 1,9 olan kişi başı başvuru sayısı program bitiminde 4,5 olup 2,4 kat artmıştır. Program başında kişi başı başvuru sayısı 0,1 olan özel hastanelerde ise program bitiminde 8 kat artış göstererek 0,8'e ulaşmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı sonunda hastanelere yapılan 338 milyon başvurunun %93'ü, özel hastanelere yapılan 69 milyon başvurunun %79'u SGK ödemesi kapsamında olmuştur (Erol ve Özdemir, 2014: 21). Ülkemizde uygulanan sağlık

politikaları sonucunda sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik kolaylaştığından sağlık hizmetlerinin kullanımı artış göstermiştir. Bu durum sağlık harcamalarının artmasına sebep olmuştur.

Tablo 3. Türkiye`de Sağlık Harcamalarının Seyri

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kişi Başı Sağlık Harcaması (TL)	516	635	725	812	804	845	928	987	1110
Toplam Sağlık Harcamasının GSYH'ya Oranı (%)	5,4	5,8	6,0	6,1	6,1	5,6	5,3	5,2	5,4
Kamu Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	67,8	68,3	67,8	73,0	81,0	78,6	79,6	79,2	78,5
Özel Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	32,2	31,7	32,2	27,0	19,0	21,4	20,4	20,8	21,5
Toplam Kamu Sağlık Harcaması (Milyar TL)	35,4	44,1	50,9	57,7	57,9	61,7	68,6	74,2	84,4

Kaynak: TÜİK, akt., Güvercin, 2016: 88.

Tabloda görüldüğü üzere 2005 yılında kişi başına düşen sağlık harcaması iki kat artarak 2013 yılında 1100 TL olmuştur. Toplam sağlık harcamasının yurt içi hasılaya oranında bir değişiklik görülmemektedir. Kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcamalarına oranı 2005 yılından 2013 yılına kadar 1.16 kat artış göstermiştir. Özel sağlık harcamasının toplam sağlık harcamalarına oranı ise 1.49 oranda azalış göstermiştir. Toplam kamu sağlık harcamaları ise yaklaşık olarak 2.34 kat artmıştır.

Tablo 4. Türkiye’de Bütçeden Sağlık Harcamalarına Ayrılan Pay

Yıl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sağlık Harcamalarının Merkezi Bütçe İçindeki Payı	6,6	3,2	3,6	4,1	5,6	5,7	5,2
Yıl	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Sağlık Harcamalarının Merkezi Bütçe İçindeki Payı	5,5	5,7	5,8	5,5	4,4	4,1	4,2

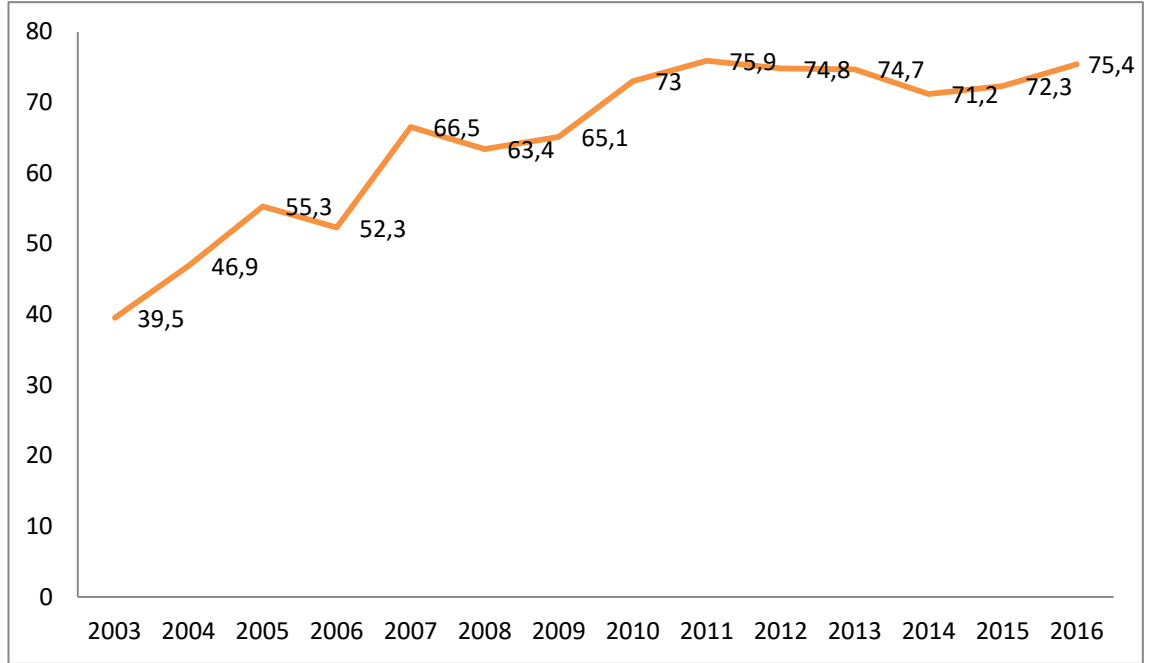
Kaynak: TÜİK, akt., Çetin, 2017: 285-286.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmaya başlamadan önce Türkiye’de sağlık harcamalarının merkezi bütçe içindeki payı 2000 yılında 6,6 iken ekonomik krizin etkisi ile 2001 yılında yarı yarıya düşüş göstererek 3,2’lik bir paya sahip olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ilk yılında sağlık harcamalarının merkezi bütçe içindeki payı 4,1 iken bu pay program bitiminde 4,4 ulaşmıştır. Programın uygulanması ile birlikte sağlık harcamalarının payı merkezi bütçe içinde kısmen büyüme göstermiştir.

4.5.Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet

2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ekseninde yapılan sağlık hizmetlerindeki iyileştirmeler ve vatandaş odaklı politikalar ile sağlık hizmetlerinde yüksek memnuniyet oranlarına ulaşılmıştır. Aşağıdaki grafikte program kapsamında sağlık hizmetlerinden memnuniyet yıllara göre yüzdelik olarak gösterilmektedir.

Grafik 4. Yıllar İtibari İle Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (2003-2015)



Kaynak: TUİK, akt., Atasever vd., 2017: 17.

TUİK tarafından yayınlanan memnuniyet anketi sonuçlarına göre Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ilk yılında %39,5 olan oran program bitiminde %75,9'a ulaşmıştır. Sağlık hizmetlerinde politika değişikliği, yeşil kart uygulaması, aile hekimliği gibi uygulamalar vatandaşların sağlık konusundaki algılarını olumlu yönde etkilemesiyle sağlık hizmetlerindeki memnuniyetini arttırmıştır (Kasapoğlu, 2016: 165).

SONUÇ

Sağlık doğuştan gelen bir haktır. Sağlığın bir hak olması sağlık hizmetlerinden yararlanmayı da beraberinde getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin ikame edilememesinden dolayı devlet müdahalesinin gerekliliği yadsınamaz bir gerçektir. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi ülkemizde sağlık hizmetlerine gereken önem tam anlamıyla verilememiştir. Program öncesi sağlık hizmetleri sunum ve finansmanında aksaklıklar görülmektedir. Program ile var olan aksaklıkların düzeltilmesi amaçlanmıştır.

Ülkemizde 1961 Anayasası'nın 49. Maddesiyle sağlık hizmetleri devletin sunması gereken bir hizmet olarak belirtilmiştir. Çıkarılan 224 sayılı yasa ile sağlık hizmetlerinde sosyalleştirilmeye gidilmiş ve sağlık hizmetleri finansmanı devlet bütçesi tarafından karşılanmıştır. Fakat 1982 Anayasası'nın 56. Maddesi ile devlete sağlık hizmetlerini sunmak yerine bu hizmetleri denetleme sorumluluğu yüklenmiştir. Böylece sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin önü açılmıştır. Özelleştirmeye doğru giden sağlık sisteminde toplumdaki temel sağlık ihtiyaçları kısmen göz ardı edilmiştir. 1980-1990'lı yıllarda sağlık sistemindeki eksikliklerden dolayı sağlık alanında reformlara ihtiyaç duyulmuştur. Reformlara ihtiyaç duyulan yıllarda sağlık alanındaki eksikliklerin giderilememesinden dolayı 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya konulmuştur.

Program öncesi SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'na kişiler farklı sağlık kurumlarından sağlık hizmeti alırken, program kapsamında yürürlüğe giren SSGSSK ile sağlık hizmetleri finansmanında etkin olan üç kurum, SGK çatısı altında toplanmıştır. Bu uygulama ile bireyler sağlık sisteminin sağladığı tüm imkanlardan eşit şekilde faydalanabilmişlerdir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun tek çatı altında toplanması kurumu hizmetin alıcısı durumuna, hizmet sunucusu durumuna ise hastaneler geçmiştir. Böylece sağlık hizmetini sunan ve finanse edenler arasında ki çatışma ortadan kalmış, daha verimli hizmet sunumu sağlanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile herkesin Genel Sağlık Sigortası kapsamında sigortalı olması ile aynı zamanda fark olmaksızın istediği hastaneden sağlık hizmeti

alma hakkına sahip olması, koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinden ücret alınmaması, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmıştır. Bu durum Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlangıcından bitişine olan süreçte hekim başına müracaat sayısının artışından gözlemlenmektedir.

Tutarı zaman içinde artan, devletin sağlık hizmetlerine gereksiz yığılmaları önlemek ve bu yığılmalar sonucu artacak sağlık harcamalarını engellemek için aldığı katılım payları, ödeme gücü az olan kişilerin sağlık hizmetine ulaşımını engellemektedir. Katılım payları sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliği arttırmaktadır. Ayrıca katılım payı ödeyecek gücü olmayan kesimin, sağlık sorunlarını önemsemeyip gizlemesi ile sağlık hizmeti veren kurumlara olan başvurularını engellemektedir. Katılım payı ödeme gücü olmayan kesim, gerekli durumlarda sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamak için ikinci basamak sağlık hizmetlerinde katkı payı alınmayan acil servise başvurmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda Kamu Hastaneler Birliği Kanunu ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin özerk bir yapıya kavuşturulması ile kaynakların etkin ve verimli kullanılması amaçlanmış, fakat kanunun henüz tam anlamıyla uygulanamamasından dolayı sonuçları hakkında net bir değerlendirme yapılamamaktadır. Sağlık hizmetlerinin erişiminde eşitliğin sağlanması ile sağlık hizmetlerine olan talepte büyük bir artış olmuştur. Buna karşın Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere performansa bağlı ek ödeme sistemi getirilerek sağlık hizmet arzında verimlilik açısından artış görülmüştür. Performansa bağlı ek ödemelerle beraber yönetim giderleri ile hizmet üretim giderlerinin sağlık harcamalarını arttırmasından dolayı global bütçe uygulamasına geçilmiş ve sınırlı bir yıllık bütçe olması konusunda Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler için protokol düzenlenmiştir. Program ile birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, etkin bir sevk zincirinin uygulanması hedeflenmiştir. Fakat bu hedefe tam anlamıyla ulaşamamıştır. Program ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulamaya konulan aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirse de sevk zincirinin uygulanamaması ile ikinci basamak ve üçüncü basamakta yoğun hasta talebine sebep olmakta ve bu durum hem sağlık harcamalarını arttırmakta hem de kar amacı güden özel sağlık hizmetlerinde yapılan gereksiz uygulamaları arttırarak sağlık sistemi

üzerinde olumsuz etkilemektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hedeflenen bilgi ve beceri ile donatılmış sağlık insan gücü istihdamı sağlanmıştır. Program ile sözleşmeli olarak istihdam edilen kişiler rekabeti de beraberinde getirmiştir. Hastane yönetimine uzman kişilerin görevlendirilmesinin önünün açılması ile yönetici olacak kişilerin bilgi ve becerilerini arttırmasına sebep olacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın en önemli sonuçları sağlık hizmetlerinin hakkaniyete uygun bir şekilde sunulması, artan sağlık giderlerine karşın etkin mali korumanın oluşturulması ve sosyoekonomik olarak dezavantajlı olan grubun sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması gerçekleşmiştir. Bu durum Sağlıkta Dönüşüm Programı bitiminde sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının büyük bir artış göstermesinden anlaşılmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, uygulanan sağlık reformu ile Türk sağlık sisteminde ki yapısal dönüşüm Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerçekleşmiştir varsayımı tutarlı çıkmıştır. Sağlık sistemindeki eksiklikler Sağlıkta Dönüşüm Programı ile tamamlanmıştır varsayımı, Türkiye sağlık sisteminde kapsam, erişim, kalite, verimlilik, hakkaniyet gibi eksiklikler giderilmiş olup sistemde hala eksikliklerin olması ile birlikte (katılım payları, sevk sisteminin uygulanamaması) varsayımın kısmen tutarlı çıktığını söylemek mümkündür. GSS sistemi ile tüm ülkenin sigorta kapsamına alınması ve ayırım olmaksızın herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi ile üçüncü varsayım da tutarlı çıkmıştır. Son varsayım olan sağlık hizmetlerine erişimin kolay hale gelmesi, geçilen aile hekimliği sistemi ile aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi ile sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmıştır, böylece son vardayım da tutarlı çıkmıştır.

Günümüzde, Türkiye sağlık sisteminin, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temelinde var olan etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde organize edilerek sunulan ve herkesi kapsayan bir sağlık sistemine dönüşümü sağlanmıştır.

KAYNAKÇA / BİBLİYOGRAFYA

Akçakanat, Tahsin; Çarıklı, İlker Hüseyin, ‘Sağlık Kurumlarında Performansa Dayalı Ödeme Sistemi: Üniversite Hastanelerinde Çalışan Öğretim Üyeleri Üzerine Bir Araştırma, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 21, Sayı: 3, 2016.

Akdağ, Recep, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:770, Ankara,2008.

Akdağ, Recep, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839, Ankara, 2012.

Akdur, Recep, ‘Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık’, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, (21-25 Ekim 2008) Kitabı, Ankara, 2008.

Akdur, Recep, ‘Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması’, A.Ü.T.F Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 1999.
http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf (Erişim Tarihi 14.01.2018).

Aktel, Mehmet; Altan, Yakup; Eke, Erdal; Kerman, Uysal, Türkiye’de Sağlık politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz, *Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 15, Sayı: 2, 2013.

Alptekin, Kamil, ‘Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme’, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, Cilt: 12, Sayı: 2, 2004.

Artvinli, Fatih; Erkoç, Şahap; Kardeş, Fulya, ‘Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Kısa Tarihi’, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler dergisi*, 25. Yıl Özel Sayı, Cilt: 22, Sayı: 1-4, 2009.

Aslan Sevil, Erdem Ramazan, ‘ Hastanelerin Tarihsel Gelişimi’, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt: 2, Sayı: 27, 2017.

Atasever, Mehmet, *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*, Bakanlık Yayın No: 983, Ankara, 2014. <http://www.mehmetatasever.org/FileUpload/ks730379/File/saghar.pdf> (Erişim Tarihi: 03.06.2018).

Atasever, Mehmet; Karaca, Zafer, 'Türkiye Tıbbi Cihaz Sektör Analizi', SASAM Enstitüsü, Sağlık-Sen, 2017. http://www.sasam.org.tr/wp-content/uploads/2017/04/T%C3%9CRK%C4%B0YE-TIBB%C4%B0-C%C4%B0HAZ-SEKT%C3%96R-ANAL%C4%B0Z%C4%B0_SASAM.pdf (Erişim Tarihi: 04.06.2018).

Atasever, Mehmet; Karaca, Zafer; Örnek, Mustafa, 'Türkiye Sağlık Harcamaları Analizi', SASAM Enstitüsü, Sağlık-Sen, 2017. <http://www.sasam.org.tr/wp-content/uploads/2017/10/SA%C4%9ELIK-HARCAMALARI.pdf> (Erişim Tarihi: 29.05.2018).

Avrupa Sosyal Şartı (Değiştirilmiş Şekli), <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf>, (Erişim Tarihi 20.12.2017).

Aydın, Erdem, '19. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması', *Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi*, Sayı: 15, 2004.

Aydın, Erdem, 'Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri', *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, Cilt:31, Sayı:3, 2002.

Barkan, Onur Burak; Demiray Ready, F. Nihan; Gözlü, Mehmet; Örnek Mustafa, Sağlık ve Sosyal hizmet Çalışanları Sendikası (Sağlık-Sen), SASAM Enstitüsü, Üçüncü Yılında Kamu Hastane Birlikleri, Nisan 2015, <http://www.saglikxen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/b2f5f0ef1ef57777679062667e34bc0f.pdf>, (Erişim Tarihi: 13.02.2018)

Barkan, Onur Burak; Demiray Ready, F. Nihan; Gözlü, Mehmet; Örnek Mustafa, Sağlık ve Sosyal hizmet Çalışanları Sendikası (Sağlık-Sen), SASAM Enstitüsü, Kamu Hastane Birlikleri (Saha Araştırması), Kasım 2015,

<http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/20227bd76a4a877b1f04c9c377bd5e57.pdf> (Erişim Tarihi 15.01.2018).

Başol, Emel, ‘ Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri’, *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:4, Sayı:8. 2015.

Bayri, Osman, ‘Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Kurum ve Kapsam Olarak Gelişimi ve Sosyal Güvenlik Adaleti’, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt:3, Sayı:2, Haziran 2013.

Bostancı, Yalçın, ‘*Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık sigortası*’, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı,(Doktora Tezi), Konya, 2007.

Çakır, Özlem; Sakaoğlu, H. Hakan, ‘Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Ücret Adaleti Algısı: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği’, *Çalışma İlişkileri Dergisi*, Cilt: 5, Sayı:1, Ocak 2014.

Çavdar, Necati; Karıcı, Erol, ‘*XIX. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatına Dair Bibliyografik Bir Deneme*’, Cilt: 9, Sayı: 4, 2014. http://www.turkishstudies.net/Makaleler/2131669244_15%C3%87avdarNecati-vd-trh-255-286.pdf, (Erişim Tarihi 21.01.2018).

Çavmak, Doğançan; Çavmak, Şeyda, ‘Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 1, 2017.

Çelebi Çakıroğlu, Oya; Harmancı Seren, Arzu Kader, ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri’, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, Cilt: 3, Sayı:1, 2016.

Çelik, Yusuf, *Sağlık Ekonomisi*, 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2013.

Çelikay, Ferdi; Gümüş Erdal, ‘Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı’ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:11, Sayı:1, 2010.

Çelikay, Ferdi; Gümüş Erdal, 'Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi', *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt: 66, Sayı: 3, 2011.

Çetin, Fatma Gökçen, 'Sağlıkta Dönüşüm Programı Ekseninde Sağlıkın Ekonomi Politikası', *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:19, Sayı:1, 2017.

Çıraklı, Ümit; Özer Özlem; Şantaş, Fatih, 'Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması', *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 2, Sayı: 2, 2012.

Çiçeklioğlu, Meltem, 'Türkiye'de Sağlık Reformları', Kapitalizmin Krizi ve Sağlık Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf> (Erişim Tarihi 30.01.2018).

Dirican, Rahmi, 'Dr. Behçet Uz (1893-1986) ve Ulusal Sağlık Planı', *Toplum ve Hekim*, Cilt: 16, Sayı: 6, Kasım-Aralık 2001.

Doğan, İnci Fatma; Bakan, İsmail; Hayva, Sakine, 'Sağlık Sektörünün Temel Aktörleri Olan Hastanelerde Rekabet Stratejilerinin Kaliteye Etkisi', *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:16, Sayı:62, 2017.

Dünya Bankası Sağlıkta Dönüşüm Projesi Değerlendirme Belgesi, *Toplum ve Hekim*, Cilt:20, Sayı:6, Kasım-Aralık 2005, <http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/browserrecord.php?-action=browse&-recid=1963> (Erişim Tarihi 02.02.2018).

Er, Ünal, *Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.

Erdoğan, Habibe, *Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2010)*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2014.

Erençin, Arif; Yolcu, Vesim, ‘Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi’, *MEMLEKET Siyaset Yönetim (MSY)*, Cilt: 3, Sayı: 6, Haziran 2008.

Ergun, Cem; Ergun Diricioğulları, Ayşe, ‘Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma’, *Toplum ve Demokrasi*, Cilt: 4, Sayı: 8-9-10, Ocak-Aralık 2010.

Erol, Hatice; Özdemir, Abdullah, ‘Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi’, *Sosyal Güvenlik Dergisi: Journal Of Social Securty*, Cilt:4, Sayı:1, 2014.

Ertaş, Handan; İleri, Hüseyin; Seçer, Betül, ‘Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikasının incelenmesi’, *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, Sayı: 12, 2016.

Fişek, H. Nusret, ‘Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları’ *Toplum ve Hekim*, Cilt:7, Sayı: 48, Aralık 1991.

Fişek, Nusret, ‘Sağlık Hizmetlerinde Dr. Refik Saydam’, *Toplum ve Hekim*, Cilt: 6/B, Sayı: 45, Aralık 1987.

Görmüş, Ayhan, *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerinde Etkileri*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2013.

Günaydın, Davuthan, ‘Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları’, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 60, 2011.

Güvercin, Ali; Mil, Halil İbrahim; Tarım, Bülent, ‘Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu’, *Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt:7, Sayı:13, 2016.

Hamzaoğlu, Onur, ‘1980 Sonrası Sağlık Reformları’, *Kapitalizmin Krizi ve Sağlık*, 2011. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf> (Erişim tarihi 09.01.2018).

Hamzaoğlu, Onur, 'Sağlık Nedir? Nasıl Tanımlanmalıdır?', *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt: 25, Sayı: 6, Kasım-Aralık 2010.

Işık, Oğuz; Akbolat, Mahmut; Uğurluoğlu Aldoğan, Ece; Uğurluoğlu, Özgür, *Sağlık Kurumları Mevzuatı* 4.Baskı, Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1817, Eskişehir, 2015.

İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi, <http://www.danistay.gov.tr/upload/insanhaklarievrenselbeyanamesi.pdf> , (Erişim Tarihi 18.12.2017).

Karabulut, Umut, 'Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937)', *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi*, Cilt: 6, Sayı:15, 2007.

Karar, Şiyar, *Türkiye'de Sağlık Sistemi ve 2003 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2013.

Kasapoğlu, Aytül, 'Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü', *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, Cilt:19, Sayı:2, 2016.

Kesgin, Coşkun; Topuzoğlu, Ahmet, 'Sağlığın Tanımı; Başaçıkma', *İstanbul Kültür Üniversitesi Güncesi Fen ve Mühendislik Bilimleri Dergisi*, Cilt: 4, Sayı: 3, Ekim 2006.

Kitapçı, Hakan; Avcı, Sevinur, 'Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kişilerin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi ve Beklentilerinin Tespit Edilmesi', *Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:4, Sayı:1, 2010.

Kol, Emre, 'Türkiye'de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi', *Sosyal Güvenlik Dergisi: Journal Of Social Securty*, Cilt: 1, Sayı: 1, 2015.

Kuruca, Mustafa, 'Genel Sağlık Sigortası, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkiler Anabilim Dalı çalışma Ekonomisi Bilim Dalı, (Doktora Tezi), İstanbul, 2012.

Madenoğlu Kıvanç, Meral, 'Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye'de Sağlık Reformları', *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, Sayı: 3, Cilt: 2, 2015.

Oğuz, Dilek, 'Aile Hekimliği', *Güncel Gastroenleroji Dergisi*, Cilt: 13, Sayı: 1, 2009.

Olivier DE SCHUTTER, *Avrupa Sosyal Şartı: Avrupa İçin Yeni Bir Sosyal Anayasa*, Ankara Basım Yeri: Ően Matbaa, Ankara, 2010.

Orhaner, Emine, 'Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası', *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı:14, 2006.

Öcek, Zeliha A.; Soyer, Ata, 'Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 2000-2004 Durum Değerlendirmesi', *Toplum ve Hekim*, Cilt:21, Sayı:4, Temmuz-Ağustos 2006.

nder, Burçak, *Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi*, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, (Yüksek Lisans Tezi), Aydın, 2013.

zmen, Sümeyye, *Genel Sağlık Sigortasının zel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri*, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, (Yüksek Lisans Tezi), Bursa, 2013

Saltık, Ahmet, Türkiye'de Erken Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AnaBilim Dalı, [http://ahmetsaltik.net/arsiv/2014/06/Erken Cumhuriyet Donemi Saglik Hizmetleri1.pdf](http://ahmetsaltik.net/arsiv/2014/06/Erken_Cumhuriyet_Donemi_Saglik_Hizmetleri1.pdf) (Erişim Tarihi 25.01.2018).

Saltman, R.B., Figueras, J., 'Avrupa lkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi', Çeviren, Yıldırım, H. Hüseyin, , *Toplum ve Hekim*, Cilt:14, Sayı: 5, Eylül-Ekim 1999.

Sargutan, A. Erdal, 84 lke ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, 2006,

<http://www.sargutan.com/93%20TURKIYE%20SAGLIK%20SEKTORU,%20SAGLIK%20SISTEMI%20VE%20MALI%20YAPILARI.pdf> (Erişim Tarihi 24.01.2018).

Sayın, K. Şevket; Yeginboy, E. Yasemin, ‘ Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları’, 2. Ulusal İktisat Kongresi, DEÜ İİBF İktisat Bölümü, İzmir, 20-22 Şubat 2008.

Somunoğlu, Sinem; Ağırbaş, İsmail; Tengilimoğlu, Dilaver; Çelik, Yusuf; Erdem, Ramazan; Akbulut, Yasemin; Erigüç, Gülsün, *Sağlık kurumları Yönetimi-I*, Editör: Mehtap Tatar, Anadolu Üniversitesi, 1.Baskı, ,Eskişehir, Temmuz 2012.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf>, (14.01.2018).

Sülkü, Seher Nur, ‘Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları’, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No:2011/414, Ankara, Kasım 2011.

Şahbaz, İbrahim, ‘ Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı’, *TBB Dergisi*, Sayı:86, 2009.

Şahin, Adil, ‘Ulusal Üstü İnsan Hakları Hukukunda Ekonomik Sosyal ve Kültürel Hakların Niteliği Bağlamında Sağlık Hakkının Kapsamı Üzerine Bir İnceleme’, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Cilt: 59, Sayı: 4, 2010.

Şentürk Doğan, Bilge, ‘Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Sağlıkta Dönüşüm Projesi’, *V. Anadolu International Conference in Economics*, Eskişehir, Mayıs 11-13 2017.

T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (AEP), www.kalkinma.gov.tr/Lists/EylemVeDigerPlanlar/Attachments/13/58.HükümetAcilEylemPlanı.pdf, 17.01.2018.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığın Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10369/tarihi13121983--sayisi181--rg-tarihi14121983-->

[rg-sayisi18251-saglik-bakanliginin-teskilat-ve-gorevleri-hakkinda-kanun-hukmunde-kararname.html](http://www.saglik.gov.tr/dosyasb/saglik.gov.tr/Eklenti/7585,raporpdf.pdf?0) (Erişim Tarihi 17.01.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Faaliyet Raporu 2016, Taşra Teşkilat Şeması, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/7585,raporpdf.pdf?0> (Erişim Tarihi 03.02.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aile Hekimliği, <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/aile-hekimliinin-tanm.html> (Erişim Tarihi 06.05.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Hastane Hizmet Kalite Standartları, <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2631,hkskitappdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi 14.01.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Ankara, 2012, Sağlık Bakanlığı Yayın No:885, https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf, (Erişim Tarihi: 15.05.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanları ve Görev Dönemleri, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11490/bakanlarimiz.html>, (Erişim Tarihi: 21.01.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı'nın Tarihçesi, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> (Erişim Tarihi: 10.01.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ulusal Sağlık Sistemi(USS), Sağlık.Net Hakkında, <http://www.e-saglik.gov.tr/TR,6212/sagliknet-hakkinda.html> (Erişim Tarihi: 01.02.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ulusal Sağlık Politikası, 1993, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ulusalsaglikpolitikasi.pdf> (Erişim Tarihi: 14.01.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık İnsan Gücü Mevcut Durum Raporu, 1996,

<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5156,saglikinsangucu1996pdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 20.02.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Neden Akılcı İlaç Kullanımı, http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81, (Erişim Tarihi: 14.01.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011, Hizmet Sunumunun İyileştirilmesi, 2012, http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglik_sistemi_performans_degerlendirme_2011.pdf, (Erişim Tarihi: 02.05.2018).

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı, 2013 Yayın No:93. <http://www.tki.gov.tr/Dosyalar/Dosya/akilciilackul.pdf>, (Erişim Tarihi 22.01.2018).

Tatar, Mehtap, 'Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi', *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1, 2011.

Tatar, Mehtap, Sağlık Politikası Nedir? 2012. <http://www.pitstop.com.tr/saglik-politikasi-nedir/>, (Erişim Tarihi: 21.01.2018).

TBMM, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, <https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>, (17.12.2017).

TDK, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a640356981df7.67263582 (Erişim Tarihi 21.01.2018).

TDK, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a6422103f5a14.47958849, (11.01.2018).

Temiz, Özgür, 'Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı', *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt: 69, Sayı: 1, 2014.

Tuaç, Pelin, ‘*Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği: Hukuki Bir Değerlendirme*’, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı Özel Hukuk Programı, (Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 2009.

Türk Tabipler Birliği, Temel Sağlık Hizmetleri Uluslar arası Konferansı Bildirisi (Alma Ata), https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararası-konferansi-bdalma-ata&catid=6:uluslararasılge&Itemid=36, (20.12.2017).

Türk Tabipleri Birliği Dosya-Rapor, ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’, *Toplum ve Hekim*, Cilt: 16, Sayı: 1, Ocak-Şubat 2001. <http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/browserecord.php?-action=browse&-recid=1550> (Erişim Tarihi 20.12.2017).

Türk Tabipleri Birliği, 5510 Sayılı Kanun Gereğince Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma bildirilmesi Hakkında Tebliğ, https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=620:5510-sayili-kanun-gerence-genel-saik-sortalisi-sayilanlar-sayilmayanlar-sortalilin-baangici-kuruma-bdmeshakkinda-tebli&catid=3:tebligengelge&Itemid=35 (Erişim Tarihi 14.01.2018).

Türk Tabipleri Birliği, Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme, https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=700:ekonom-sosyal-ve-ktel-haklara-k-uluslararası-slee&catid=6:uluslararasılge&Itemid=36, (Erişim Tarihi 19.12.2017).

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü, Akreditasyon Nedir? <http://tuseb.gov.tr/tuska/akreditasyon-nedir> (Erişim tarihi 14.01.2018).

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf> (Erişim Tarihi 09.01.2018).

Yavuz, Cavit Işık, ‘Kamu Hastane Birlikleri ve Hastanelerde Yapısal Dönüşüm’, *Toplum ve Hekim*, Cilt: 30,Sayı: 1, Ocak-Şubat 2015.

Yavuz, Yıldırım, ‘Batılılaşma Döneminde Osmanlı Sağlık Kuruluşları’, *ODTÜ Mimarlık Fakültesi Dergisi*, Cilt: 8, Sayı: 2, 1988.

Yenimahalleli-Yaşar, Gülbiye, *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, (Doktora Tezi), Ankara, 2007.

Yıldırım, Ali, ‘1961 Anayasasında ‘Sosyal Devlet ve Sağlık Hakkı’’, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 60, Mart-Nisan 1994.

Yıldırım, Hasan Hüseyin, *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, Ankara, 2013.

Yılmaz, Coşkun; Yılmaz, Necdet, ‘Osmanlı Hastane Yönetmelikleri: Vakfiyelerde Osmanlı Darüşşifaları’, *Osmanlılarda Sağlık I* , 1.Cilt, Esen Ofset, İstanbul, 2006.

Yılmaztürk, Aysun, ‘Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi’, *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 15, 2013.

1921, 1924, 1961 ve 1982 Anayasaları Karşılaştırma Tablosu, <http://www.adalet.gov.tr/duyurular/2011/eylul/anayasalar/1982.pdf>, (17.12.2017), s.9, s.34.