

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ VE
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI
(2003-2019)**

Sinan SERT

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Durmuş Çağrı YILDIRIM

2019

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

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI
(2003-2019)

Sinan SERT

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN: DOÇ. DR. DURMUŞ ÇAĞRI YILDIRIM

TEKİRDAĞ-2019

Her hakkı saklıdır.

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Hazırladığım Yüksek Lisans Tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığını taahhüt ederim.

... /... / 20...

Sinan SERT

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

Sinan SERT tarafından hazırlanan "Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2019)" konulu YÜKSEK LİSANS Tezinin Sınavı, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği uyarınca 08.01.2020 günü saat 11:00'da yapılmış olup, tezin **KABULÜNE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.


Jüri Başkanı:	Doç. Dr. Durmuş Çağrı YILDIRIM	Kanaat:	İmza:
		BAŞARILI	
Üye:	Doç. Dr. Emrah İsmail ÇEVİK	Kanaat:	İmza:
		BAŞARILI	
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi Berna AK BİNGÜL	Kanaat:	İmza:
		BAŞARILI	

Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu adına

16.01/2020.

Dr. Öğr. Üyesi Ali Faruk AÇIKGÖZ

Enstitü Müdürü V.



ÖZET

Kurum, Enstitü,	:Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
ABD	: Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Tez Başlığı	:Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2019)
Tez Yazarı	:Sinan Sert
Tez Danışmanı	:Doç. Dr. Durmuş Çağrı Yıldırım
Tez Türü, Yılı	:Yüksek Lisans Tezi, 2019
Sayfa Sayısı	:200

Sağlık uluslararası bir kavramdır ve sağlıklı yaşamak her bireyin hakkıdır. Devletin vatandaşa karşı var olan yükümlülükleri arasında bireylerin sağlığının korunması ve sağlık hizmetlerinin sunulması bulunmaktadır. Sağlıklı bireyler sağlıklı toplumları sağlıklı toplumlarda gelişmiş ülkeleri oluşturur. Bir ülkenin gelişmesinin sağlıklı bireyler sayesinde olduğu düşünüldüğünde sağlık hem bireysel hem de kamusal yönüyle büyük önem taşımaktadır.

Bu nedenle devletler sağlık politikaları doğrultusunda sağlık sistemleri oluşturmuş ve bireylerin sağlığı korunmaya çalışılmıştır. Dünyada meydana gelen değişiklikler küreselleşme ile ülkeleri her alanda olduğu gibi sağlık alanında da etkilemektedir. Ülkeler sağlık sistemlerini günün şartlarına uyarlamak zorundadırlar. Ülkemizde sağlık alanında yapılan çalışmalar 19.yy Osmanlı Devletine kadar uzanmakta ve cumhuriyet döneminde de dönemin şartları doğrultusunda devam etmektedir.

Türkiye’de sağlık politikalarında yapılan değişiklikler özellikle 2003 yılından sonra hız kazanmış ve bu alanda köklü değişiklikler yapılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kaliteli, etkili ve nitelikli sağlık hizmetlerinin bireylere sunulması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel bakımdan yapılandırılması, genel sağlık sigortası sistemine geçilerek sigortalı birey kapsamının artırılması, parçalı yapıdaki sağlık kuruluşlarının tek çatı altına alınması, hastanelerin idari ve mali yönüyle özerk bir yapıya kavuşması, aile hekimliği sisteminin uygulamaya konması, sağlık alanına özel sektör yatırımlarının özendirilmesi, sağlık alanında e-dönüşüm projelerinin uygulamaya konması gerçekleştirilerek sağlık sisteminde yapısal bir dönüşüm yaşanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türk Sağlık Sistemi, Sağlıkta Dönüşüm

ABSTRACT

Institution, Institute,	:Tekirdağ Namık Kemal University, Institute of Social Sciences
Department	:Department of Health Management
Title	:Turkey Health System and the Health Transformation Program (2003-2019)
Author	:Sinan Sert
Adviser	:Assoc. Prof. Durmuş Çağrı Yıldırım
Type of Thesis/Year	:MA Thesis, 2019
Total Number of Pages	:200

Health is an international concept and every individual has the right to live healthy. The state's obligations to the citizen include protection of the health of individuals and the provision of health services. Healthy individuals form healthy communities in developed countries in healthy societies. Considering that the development of a country is due to healthy individuals, health is of great importance both from the individual and public aspects.

Therefore, states have established health systems in line with health policies and tried to protect the health of individuals. Along with globalization, changes in the world affect countries in the field of health as well as in all other areas. Countries have to adapt their health systems to today's conditions. The studies carried out in the field of health in our country date back to the 19'th century Ottoman State and continued in the republic period in line with the conditions of the period.

Changes made in health policy in Turkey in 2003 and accelerated especially after drastic changes have been made in this area. Health Transformation Program aims to provide quality, effective and qualified health services to individuals. In this context, the Ministry of Health to be structured in terms of administrative and functional, general health insurance system to increase the scope of insured individuals, fragmented health institutions under a single roof, the administrative and financial aspects of hospitals to have an autonomous structure, the implementation of the family medicine system, encouraging sector investments and implementation of e-transformation projects in the field of health.

Keywords:Health Transformation Program, Turkish Health System, Health Transformation

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim sürecinde değerli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösteren ve destek olan değerli danışman hocam sayın Doç. Dr. Durmuş Çağrı YILDIRIM'a teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Sinan SERT

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	
TEZ ONAY SAYFASI	
ÖZET	
ABSTRACT	
ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
GRAFİKLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	5
1.1.SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMLARI	5
1.1.1. Sağlık Kavramı	5
1.1.1.1.Sübjektif Olarak Sağlık	6
1.1.1.2.Objektif Olarak Sağlık	6
1.1.2.Hastalık Kavramı	6
1.1.2.1.Tıbbi Açıdan Hastalık.	6
1.1.2.2.Birey Açısından Hastalık.	6
1.2.SAĞLIK SİSTEMİ VE SINIFLANDIRILMASI	7
1.2.1. Sistem Kavramı.....	7
1.2.2. Sağlık Sisteminin Tanımı.....	7
1.2.3.Sağlık Sisteminin Amaçları	8
1.2.4.Sağlık Sisteminin Fonksiyonları	8
1.2.4.1.Yönetim Fonksiyonu	9
1.2.4.2.Sunum Fonksiyonu	9
1.2.4.3.Kaynakların Sağlanması Fonksiyonu.....	9
1.2.4.4.Finansman Fonksiyonu	10
1.2.5. Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması	10
1.2.5.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi.....	12
1.2.5.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri	13
1.2.5.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri.....	14
1.2.5.4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri	15
1.2.6. Sağlık Sistemi Finansman Modelleri	18

1.2.6.1.Beveridge Modeli.....	18
1.2.6.2.Bismarck Modeli:.....	20
1.2.6.3.Karma Sistem Modeli:	21
1.3. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ	22
1.3.1. Sağlık	22
1.3.2.Hizmet Kavramı.....	23
1.4.SAĞLIK HİZMETLERİ	23
1.4.1.Sağlık Hizmetlerinin Amacı	23
1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	24
1.4.2.1. Sağlık Temel İnsan Haklarından Biridir	24
1.4.2.2.Sağlık Hizmetlerinin Tesadüfi Bir Özellik Göstermesi	24
1.4.2.3. Sağlık Uluslararası Bir Sorundur	24
1.4.2.4. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Eksik Rekabet Mevcuttur.....	25
1.4.2.5.Sağlık Hizmetlerini Sunan ile Talep Edenler Arasında Bilgi Asimetrisi Vardır.....	25
1.4.2.6. Sağlık Hizmetleri Sosyal Bir Sorumluluktur	26
1.4.2.7.Sağlık Hizmetlerinin İkameti ve Ertilenmesinin Mümkün Olmaması.....	26
1.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	26
1.4.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	27
1.4.3.1.1. Bireye Yönelik Koruyucu Hizmetler	27
1.4.3.1.2.Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler	28
1.4.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	28
1.4.3.2.1. Ayakta Tedavi Hizmetleri	28
1.4.3.2.2.Yataklı Tedavi Hizmetleri	29
1.4.3.3.Rehabilitasyon Hizmetleri.....	29
1.4.3.4. Sağlıkın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	29
1.4.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	31
1.4.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	31
1.4.4.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	32
1.4.4.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	33
1.4.5.Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri	33
1.4.5.1.Kamu Finansman Yöntemleri	34
1.4.5.1.1. Sosyal Sigortalar.....	35
1.4.5.1.2. Kullanıcı Harçları	36
1.4.5.1.3. Dolaylı ve Dolaysız Vergiler.....	36
1.4.5.2. Özel Finansman Yöntemleri	37
1.4.5.2.1.Özel Sağlık Sigortaları	37
1.4.5.2.2. Cepten Ödemeler	38
1.4.5.2.2.1.Doğrudan Ödemeler.....	40

1.4.5.2.2.2.Kullanıcı Katkıları	40
1.4.5.2.2.3.Enformel Ödemeler.....	41
İKİNCİ BÖLÜM.....	41
TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN DURUMU (1920-2002)	41
2.1.TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ (1920 – 2002).....	41
2.1.1. 1920-1923 Dönemi Sağlık Uygulamaları	42
2.1.2. 1923-1946 Dönemi Sağlık Uygulamaları	42
2.1.3. 1946-1960 Dönemi Sağlık Uygulamaları	44
2.1.4. 1960-1980 Dönemi Sağlık Uygulamaları	46
2.1.5. 1980-2002 Dönemi Sağlık Uygulamaları	47
2.2. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	49
2.2.1. Nüfusun Büyüklüğü ve Artış Hızındaki Değişimler.....	49
2.2.2. Nüfusun Yaş Yapısının Değişimi	50
2.2.3. Nüfusun Geniş Yaş Gruplarına Göre Değişimi	51
2.2.4. Anne Ölüm Oranları	52
2.2.5. Bebek Ölüm Oranları.....	54
2.2.6.Beş Yaş Altı Ölüm Oranları.....	55
2.2.7. Doğuşta Beklenen Yaşam Yılı.....	56
2.3. SAĞLIK BAKANLIĞININ YAPISI	58
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU VE SUNULUŞU.....	61
2.5.SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI.....	62
2.6. İNSAN KAYNAKLARI.....	65
2.7. BİLGİ SİSTEMLERİ.....	66
2.8. İLAÇ POLİTİKASI	66
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	67
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	67
3.1.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI TARİHSEL ARKA PLANI.....	68
3.2.NEDEN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI.....	69
3.3.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ AMAÇLARI.....	70
3.4 SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ TEMEL İLKELERİ	71
3.5 SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ GENEL ÇERÇEVESİ.....	73
3.6.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ BİLEŞENLERİ	74
3.6.1.Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması	74
3.6.2.Genel Sağlık Sigortası Uygulaması	74

3.6.3. Sağlık Hizmetleri Sisteminde Düzenlemeler	75
3.6.3.1. Sevk Zincirinde Düzenlemeler	76
3.6.3.2. Sağlık İşletmelerinin İdari ve Mali Özerkliğe Kavuşması	76
3.6.3.3. Sağlıkta Çalışan İnsan Gücünün Yapılandırılması	77
3.6.4. Sağlık Sisteminin Eğitim ve Bilim Kurumları ile Desteklenmesi	78
3.6.5. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon	79
3.6.6. İlaç ve Malzeme Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması	81
3.6.6.1. Ulusal İlaç Kurumu	81
3.6.6.2. Tıbbi Cihaz Kurumu	82
3.6.7. Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemi	83
3.7. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI UYGULAMA SÜRECİ.....	83
3.7.1. Kavramsallaşma	83
3.7.2. Yasalaşma	84
3.7.3. Kontrollü Yerel Uygulamalar	84
3.7.4. Uygulamaların Türkiye Geneline Yayılması	84
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	85
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI	
SAĞLIK POLİTİKALARINDA VE KURUMSAL YAPIDA DEĞİŞİM	85
4.1. YÖNETİM VE ÖRGÜTLENME.....	85
4.1.1. Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması	85
4.1.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	85
4.1.1.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı	88
4.1.2. Sağlık Politikaları Kurulu	90
4.1.3. Personel	90
4.1.4. Aile Hekimliği	91
4.1.5. Muhtelif Düzenlemeler	91
4.2. HİZMET SUNUMU	92
4.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yeni Dönem: Aile Hekimliği	92
4.2.2. Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altına Alınması	96
4.2.3. Hastanelerde Yerinden Yönetim	97
4.2.4. Hastane Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma	100
4.2.5. Hastane Rollerinin Kurum Bazlı Belirlenmesi ve Gruplandırılması	101
4.2.6. Özel Hastane Kapılarının Herkese Açılması	103
4.3. GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ.....	105
4.4. SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKALARI.....	109
4.4.1. İnsan Kaynakları Durum Tespiti ve Çözüm Planlaması	109
4.4.2. Kamuda Sağlık İnsan Kaynağı İstihdamında Hamle	114
4.4.3. Personel Atamalarında Şeffaflık	116

4.4.4. Sağlık Personeli Eğitimi	117
4.5.SAĞLIK BİLGİ SİSTEMİ	118
4.5.1. Çekirdek Kaynaklı Yönetim Sistemi (ÇKYS).....	119
4.5.2.Sağlık Bilişim Ağı (SBA)	120
4.5.3. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (Alo 182)	121
4.5.4. Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)	121
4.5.5. Sağlık.Net Online.....	122
4.5.6. e-Nabız, Kişisel Sağlık sistemi	122
4.6.SAĞLIKTA FİNANSAL YÖNETİM.....	123
4.6.1.Sağlık Harcamaları	123
4.6.2.Global Bütçe Yönetimi	124
4.6.3. Finansal Standart Düzenleme ve Geliştirme İşlemleri	128
4.6.4. Finansal Yönetim Bilgi Sistemlerinin Oluşturulması.....	130
4.6.5.Risk Yönetimi ve Mali Analiz	131
4.7.ÖDEME MEKANİZMALARI.....	132
4.7.1.Maaş Ödemeleri	133
4.7.2.Kişi Başı Ödeme	133
4.7.3. Hizmet Başı Ödeme	134
4.7.4.Performansa Dayalı Ödeme	135
4.8. SOSYO-EKONOMİK DİNAMİKLER VE SAĞLIK GÖSTERGELERİ.....	137
4.8.1.Sağlık Göstergelerindeki İyileşmeler.....	137
4.8.1.1.Bebek Ölüm Hızı.....	137
4.8.1.2.Anne Ölüm Hızı	139
4.8.1.3.Rutin Aşılama	142
4.8.1.4. Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (KKK) Aşısı	144
4.8.1.5.Sıtma	145
4.8.1.6.Tüberküloz	146
4.8.1.7. Tifo.....	148
4.8.2.Vatandaşın Finansal Riskten Koruma.....	149
4.8.3. Sağlık Sistemlerinden Memnuniyet.....	149
4.8.4. Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği	151
SONUÇ.....	157
KAYNAKÇA	163

TABLolar LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1.1: Sağlık Sistemleri Sınıflandırılması	17
Tablo 2.1: 1923 Yılı Sağlık Rakamları	42
Tablo 2.2: Sağlık Hizmetleri Verilerindeki Değişim (1950-1960)	46
Tablo 4.1: Yıllara Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları	100
Tablo 4.2: Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2016	113
Tablo 4.3: Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2017	113
Tablo 4.4: Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, (Sağlık Bakanlığı)	115
Tablo 4.5: Sağlık Bakanlığı Çocuk Dönemi Aşı Takvimi	143
Tablo 4.6: Yıllara Göre Kızamık Vaka Sayısı (2012-2016)	145
Tablo 4.7: Türkiye’de Sıtma Vaka Sayısı (2002-2015)	146
Tablo 4.8: Yıllara Göre Tüberküloz İnsidans Hızları (2005-2016)	147

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1.1: Sağlık Hizmetleri Şeması	30
Şekil 1.2: Sosyal Sağlık Sigortası Uygulaması	35
Şekil 1.3: Sağlık Hizmeti Kullanmada Vergilendirme Sistemi	37
Şekil 1.4: Cepten Ödeme Sistemi	39
Şekil 2.1: 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	59
Şekil 2.2: 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı	60
Şekil 2.3: 2003 yılı Türk Sağlık Sektöründeki Fon Akışı Düzenlemeleri	62
Şekil 4.1: 663 Sayılı KHK ile Yeni Merkezi Teşkilat Yapısı	86
Şekil 4.2: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı, (2017)	87
Şekil 4.3: 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı Yeni Taşra Yönetimi	88
Şekil 4.4: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı, (2016)	89
Şekil 4.5: Sağlık Bakanlığı Personel Sayılarındaki Değişim	114

GRAFİKLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Grafik 2.1: Nüfusun Büyüklüğü ve Artış Hızındaki Değişimler, (1923-2000)	49
Grafik 2.2: Nüfusun Yaş Yapısının Değişimi, (1935-2000)	50
Grafik 2.3: Nüfusun Geniş Yaş Gruplarına Göre Değişimi,(1935-2000)	51
Grafik 2.4: Anne Ölüm Oranındaki Değişimler, (1975-2003)	53
Grafik 2.5: Bebek Ölüm Hızındaki Değişimler, (1945-2003)	54
Grafik 2.6: Beş Yaş Altı Ölüm Hızı, (1966-2003)	55
Grafik 2.7: Doğuşta Yaşam Beklentisindeki Değişmeler, (1935-2000)	57
Grafik 4.1: OECD Ülkelerinde 1000 Nüfusa Düşen Hekim Sayısı	110
Grafik 4.2: Türkiye’de 1.000 Nüfusa Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı, (2001-2008)	111
Grafik 4.3: 100.000 Kişiye Düşen Hekim, Hemşire/Ebe ve Diş Hekimi Sayısı, 2002, 2006, 2010, 2015, Türkiye	112
Grafik 4.4: Bebek Ölüm Hızı (binde)	137
Grafik 4.5: Yıllara Göre Beş Yaş Altı ve Bebek Ölüm Hızı	138
Grafik 4.6: Bebek Ölüm Hızı, %, (1960-2014)	139
Grafik 4.7: Türkiye’de Meternal Mortalitenin Yıllar İçinde Değişimi	141
Grafik 4.8: Anne Ölüm Oranı Uluslararası Karşılaştırması,(100.000 Canlı Doğumda),2015	142
Grafik 4.9: Aşılama Hızları, (2002-2016)	144
Grafik 4.10: Yıllara Göre Tüberküloz İnsidansı (2005-2016)	147
Grafik 4.11: Tifo Vakalarının Dağılımı, (2000-2016), (THSK, 2016)	149
Grafik 4.12: Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranları ,(2003-2016)	150

Grafik 4.13: Yıllara Göre AB ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (%)	151
Grafik 4.14: Sağlık Harcamaları ile GSYİH Artış Oranlarının Karşılaştırılması, TL, (%), (2002-2015) Türkiye	152
Grafik 4.15: Sağlık Harcamaların ve GSYİH Artış Oranları ile Karşılaştırılması, (%), (2002-2015), Türkiye	153
Grafik 4.16: Faiz Dışı Kamu Harcaması ve Kamu Sağlık Harcaması, (%), Milyon TL, (2002-2015), Türkiye	154
Grafik 4.17: Faiz Dışı Kamu Harcamaları İçinde Kamu Sağlık Harcamalarının Oranı, (%), (2002-2015), Türkiye	154
Grafik 4.18: Vergi Geliriyle Kamu Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması, (milyon TL), (%), (2002-2015), Türkiye	155
Grafik 4.19: Kamu Sağlık Harcamalarının Vergi Gelirleri İçindeki Oranı, (%), (2002-2015), Türkiye	156

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	:	Ana Bilim Dalı
BM	:	Birleşmiş Milletler
UNICEF	:	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
ÇSGB	:	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
ÇKYS	:	Çekirdek Kaynaklı Yönetim Sistemi
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
DPT	:	Devlet Planlama Teşkilatı
EBYS	:	Elektronik Belge Yönetim Sistemi
FKM	:	Felaket Kurtarma Merkezi
FEP	:	Finansal Eylem Planı
GSMH	:	Gayri Safi Milli Hâsıla
GSS	:	Genel Sağlık Sigortası
HMB	:	Hazine ve Maliye Bakanlığı
HSGM	:	Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü
İKYS	:	İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi
KİT	:	Kamu İktisadi Teşebbüsü
KEP	:	Kayıtlı Elektronik Posta
MEB	:	Millî Eğitim Bakanlığı
MSB	:	Millî Savunma Bakanlığı
MKYS	:	Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi
MHRS	:	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
SKYS	:	Özel Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi
SB	:	Sağlık Bakanlığı

SBS	:	Sağlık Bilgi Sistemleri
SBA	:	Sağlık Bilişim Ağı
SSK	:	Sosyal Sigortalar Kurumu
SYDF	:	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Teşvik Fonu
TSİM	:	Temel Sağlık İstatistikleri Modülü
TBMM	:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
TNSA	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

GİRİŞ

Sağlık hakkı ve sağlıklı yaşam hakkı bireylerin vazgeçilmez en temel haklarından biridir. Bireylerin yaşamında hayati önem taşıması nedeniyle sağlık hakkına uluslararası ve ulusal yasalarda, sözleşmelerde yer verilmiştir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25.maddesi, Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin 12.maddesi, Avrupa Sosyal Şartı'nın 11.maddesi, Filedelfiya Bildirgesi ve Alma Ata Bildirgesi'nde sağlık hakkına yer verilmiş olup ülkemizde sağlık hakkı, 1961 ve 1982 Anayasalarında tanınan temel haklar arasındadır.

Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu dışsallıklar, sağlık konusunun devletlerin temel sorumlulukları arasında yer almasına sebep olmuştur. Genel eğilim toplumun özellikle de maddi imkânları sınırlı kişilerin asgari bir sağlık hizmeti güvencesine sahip olmasıdır. Toplum sağlığının korunması ve sağlıklı bireyler yetişmesi için ülkeler yeterli ölçüde sağlık hizmeti sağlamak ve bunu herkese eşit şekilde sunmak için gerekli çalışmalar yapmak zorundadırlar. Türkiye'de bu yöndeki çalışmalar Cumhuriyet Dönemi'nden önceki 1900'lü yıllara kadar uzanmaktadır. Osmanlı Devleti'nde toplumun sağlık alanındaki ihtiyaçlarını karşılamak için çalışmalar yapılmıştır fakat sağlığın kamu hizmeti olarak sunulmaya başlaması 19.yy sonlarına uzanmaktadır.

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılmasından sonra 1920 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuştur. Dönemin yöneticilerinin sağlığa verdiği önem ilk olarak Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasından anlaşılmaktadır. 1920-1923 yılları arasında savaş döneminin zorluğu nedeniyle daha çok mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır. Sağlık alanında acil ihtiyaçlar giderilmeye çalışılmış, belirlenen hizmet çerçevesi doğrultusunda kaynakların verimli şekilde kullanılmasına çalışılmıştır. Cumhuriyet'in ilanı ile birlikte 1923-1946 yılları arasında merkezi yönetim tarafından koruyucu hekimlik görevi üstlenilmiş, tedavi edici hekimlik yerel yönetimlere bırakılmıştır. Koruyucu hekimlik kavramı geliştirilerek koruyucu hekimlerin maaşları arttırılmış fakat serbest çalışmaları yasaklanmıştır. Yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilerek sağlık kurumlarının sayısının arttırılması istenmiştir. Yataklı tedavi kurumları ve hasta yatağı sayısı arttırılmış birçok ilde numune hastaneleri açılmış, bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda

ciddi çalışmalar yürütülmüştür. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin planlanması ve yönetilmesine ilişkin birçok yasa çıkarılarak sonraki dönemlerde sunulacak sağlık hizmetleri için zemin hazırlanmıştır.

1946-1960 yılları arasında Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı hazırlanmış fakat tam anlamıyla uygulama alanı bulamamıştır. Plan ve programın içerdiği fikirler ülkemizin sağlık yapılanmasını etkilemiştir. 1946 yılında İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) kurulmuş ve sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye başlanmıştır. Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurularak aşı istasyonu hizmete açılmıştır. Çocuk ölümleri ve enfeksiyona bağlı ölümlerin yoğun olduğu bu dönemde nüfus arttırıcı politikalar uygulanmış; sağlık merkezleri, enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri ve doğum evleri konularında önemli aşamalar kat edilmiştir. Hastane ve sağlık merkezlerinin sayısı arttırılmış, çocuk hastaneleri ve sanatoryum sayısında gelişmeler meydana gelmiştir. Bu döneme kadar yerel yönetimlere bırakılmış olan yataklı tedavi kurumları, merkezi yönetim tarafından idare edilmeye başlanmıştır.

1960'lı yıllar sosyal devlet anlayışının dünya genelinde ortaya çıktığı bir dönem olmuştur. Bu nedenle 1960 ve sonrası için sağlığın sosyalleşmesi için alan bulunduğu dönemdir. 1961 Anayasa'sının ülkemizde uygulanmaya başlaması ile birlikte sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri de devletin anayasal ve temel görevleri arasına girmiştir. 1961 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ulusal sağlık hizmetlerinin oluşturulmasına ortam hazırlamıştır. Cumhuriyet'in ilanından itibaren uygulanan nüfus arttırıcı (pro-natalist) politikalar, nüfus planlamasına ilişkin (anti-natalist) politikalar uygulanmaya başlanmıştır. "Dar bölgede çok yönlü hizmet" anlayışına geçilerek, "geniş bölgede tek yönlü hizmet" anlayışından vazgeçilmiştir. Sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde sağlık kurumları oluşturularak, hekim ve hastane sayıları arttırılmaya çalışılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve ana çocuk sağlığına yönelik düzenlemeler yine bu dönemde yapılan çalışmalar arasındadır.

1980-2002 yılları arasındaki sağlık politikalarında en önemli husus 1982 Anayasasının uygulamaya konmasıdır. Anayasanın 56. ve 60. maddeleri devletin bireylere karşı sorumlu olduğu sosyal güvenlik ve sağlık hükümlerini içermektedir.

İlk olarak 1961 anayasasında devlete yüklenen sosyal devlet anlayışı 1982 anayasası ile daha da kuvvetlendirilmiştir.

Dünyadaki pek çok ülke yıllardan beri vatandaşlarının sağlık durumunu iyileştirmek için sağlık sistemleri konusunda çalışma yürütmektedir. Bu ülkeler günümüz şartlarında elde edilen sağlık çıktılarının daha iyi olması için uyguladıkları sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve revize edilmesi konusunda ortak bir görüş belirtmektedirler. Ülkemizde dünyadaki bu gelişmelerden etkilenmiş ve sağlık sistemlerini iyileştirme konusunda çalışmalar yürütmüştür. 2000’li yıllara kadar sağlık alanında gerçekleştirilmek istenen reformlar sağlık politikalarının eksikliği, dönemin ekonomik koşulları, çıkar guruplarının muhalefeti, entelektüel desteğin yetersizliği ve reformların toplum tarafından yeterince desteklenmemesi nedeniyle sağlık reformlarının yasalasma ve uygulama sürecinde başarısız olmasına neden olmuştur.

3 Kasım 2002 tarihinde seçimler yapılmış yeni seçilen 58. Hükümetin Acil Eylem Planı’nda “Herkesin Sağlık” başlığı adı altında gerçekleştirilmesi öngörülen hedefler belirtilmiştir. İlk olarak belirlenen bu hedefler doğrultusunda hazırlanan ve 2003 yılında kamuoyuna duyurulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın 8 ana başlıkta uygulanması hedeflenmiş, programa 2007 yılında 3 yeni başlık ilave edilmiştir.

Çalışmanın amacı, Türkiye’de 2003 yılından itibaren kademeli olarak uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ülkemizdeki sağlık sistemi üzerindeki etkisini incelemek ve politika yapıcılara önerilerde bulunmak.

Çalışmanın Önemi, sağlıklı yaşam hakkı en temel haklardan biridir. Sağlık sorunu yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerini kullanırken en çok dikkat ettiği konulardan bazıları sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, alınan hizmetin maddi boyutu, hizmet kalitesi ve sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde sunulmasıdır. Dünyadaki ülkeler için tek tip sağlık sistemi yoktur. Her ülke kendi jeopolitik, ekonomik, siyasi, toplumsal özelliklerine göre sağlık sistemini oluşturmaktadır ve hiçbir sağlık sistemi ideal değildir. Her sağlık sisteminde eksiklikler meydana gelmektedir ve zaman içerisinde sağlık sistemleri toplumun ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kalmaktadır. Cumhuriyet’in ilanından günümüze

kadar sağlık sisteminde değişiklikler yapılmıştır. Yapılan bu değişikliklerle hep daha iyiye ulaşmak amaçlanmıştır. Çalışmamızda lkemizdeki sağlık sisteminin eksikliklerini gidermek, daha iyi, adil, ulaşılır bir sağlık sistemi oluşturmak için 1920 yılından itibaren uygulanan sağlık sistemleri, 2003 yılından itibaren kademeli olarak uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı, programın mevcut sisteme olan etkileri incelenmiş programın sağlık sistemine olan etkileri değerlendirilerek önerilerde bulunulmuştur.

Çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık-hastalık kavramları, sağlık sistemleri ve sınıflandırılması ayrıca sağlık hizmetleri ele alınmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde (1920-2002) arası Türkiye'nin sağlık sistemi incelenmiştir. Çalışmanın nc bölümünde Sağlıkta Dönüşüm Programı tüm yönleri ile ele alınmış ve değerlendirilmiştir. Çalışmanın dördüncü ve son bölümünde Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası sağlık politikalarında ve kurumsal yapıda meydana gelen değerim ele alınmış ve önerilerde bulunulmuştur.

Çalışma hazırlanırken tarihi metottan yararlanılmıştır. Konu ile ilgili kaynak taraması yapılarak makale, tez, kitap, resmi internet sitelerindeki veriler, Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı rapor, istatistiki veri ve kitaplardan faydalanılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1.SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMLARI

Canlılarda meydana gelen beslenme, çiftleşme, acı dindirme, tehlikelerden kaçınma gibi içgüdü ve davranışların kaynağı canlıların neslini sürdürme ve sağlığını koruma güdüsüdür (Akdur,2000, s.2).

İnsan ya da hayvanlar ile kıyaslandığında daha basit bir biyolojik yapısı olan bitkiler dahi güneş enerjisinden gün içinde daha fazla yararlanmak için çiçek ve yapraklarını sürekli güneşe döner ve gün içinde güneşin hareketini izlerler (Yavuz,2011, s.10).

Doğal hayatta canlılarda gözlemlenen bu ve buna benzer birçok örnek bize sağlığı koruma ve neslin devamına yönelik davranış ve içgüdülerin canlıların oluşumundan günümüze kadar devam ettiğini göstermektedir.

1.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık ile ilgili olan tanımlara bakıldığında ilk tanımların “herhangi bir hastalığı bulunmayan insan sağlıklıdır” şeklinde basitçe yapıldığı görülmektedir. Çeşitli bilimler 1900'lü yılların başından itibaren kendi bakış açısıyla hastalık ve sağlık kavramlarını tanımlamaya çalışmışlar, bu tanımlardan bazıları psikolojik ve sosyal alana vurgu yaparken bazıları da biyolojik ve fiziksel alana vurgu yapmıştır (Tekin,2007, s.22).

Sağlık, Ottawa sözleşmesinde temel insan haklarından biri olarak ele alınmıştır. İstikrarlı bir ekosistem, yeterli ekonomik kaynak, sürdürülebilir bir kaynak kullanımı, gıda, barınma gibi bazı ön şartlarda bu sözleşmede vurgulanmaktadır. Bu ön şartların kabul edilmesi ile fiziksel çevre, sosyal ve ekonomik koşullar, bireysel yaşam tarzı ve sağlık arasındaki bağlantılar daha da kuvvetlenmekte, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında temel teşkil etmektedir. (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi,2011, s.1). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil kişinin beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Erginöz,2008, s.32).

Herkesin kendine göre bir sağlık algısı olduğundan sağlığın tanımını yapmak son derece güçtür. Bu nedenle sağlık kavramının daha iyi anlaşılması için sağlık kavramı subjektif ve objektif olarak ele alınıp incelenmelidir (Bolsoy ve Sevil,2006, s78).

1.1.1.1.Sübjektif Olarak Sağlık

Fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden kişinin durumunu algılaması halidir. Bu algılamada kişi hasta olduğu halde kendini sağlıklı veya sağlıklı olduğu halde hasta olarak algılayabilir (Onkun,2015, s.6).

1.1.1.2.Objektif Olarak Sağlık

Doktor muayenesi ve uygulanan tanı testlerinde hastalığın olmamasıdır. Ayrıca bireyin sağlıklı olarak sınıflandırılmasında kendini subjektif olarak sağlıklı hissetmesi ve objektif olarak sağlıklı olması gerekmektedir (Onkun,2015, s.6).

1.1.2.Hastalık Kavramı

Milattan önce 4.yüzyılda Hipokrat hastalıkların oluşmasında doğaüstü güçlerin değil, doğal faktörlerin etkisinin olduğunu ileri sürmüş vücutta bulunan kara safra, sarı safra, balgam ve kan gibi sıvıların herhangi birinde meydana gelen değişikliğin hastalığa neden olduğunu belirtmiştir. Bu sıvılar da olumsuz bir değişikliğin meydana gelmemesi için sağlıklı beslenme, temiz hava, sağlıklı yaşam gibi sağlığı koruyucu esaslara uyumanın şart olduğunu belirtmiştir (Tekin,2007, s.28-29).

1.1.2.1.Tıbbi Açıdan Hastalık (disease): Tıbbi yönden hastalığı ele alacak olursak, belirli işaret ve semptomlar ile ortaya çıkan patolojik bir anormalliği muayene etmek ve bireyin yakınmalarına tıbbi literatüre göre hastalık tanısı konmasıdır (Onkun,2015, s.8).

1.1.2.2.Birey Açısından Hastalık (illness): Hastalığı toplumsal, kültürel içerikli bir kavram olarak ele alacak olursak patolojik süreçlerin sonucunun veya sağlıksızlığın birey tarafından algılanması bireyin ağrı, acı duyma durumudur (Onkun,2015, s.8).

1.2.SAĞLIK SİSTEMİ VE SINIFLANDIRILMASI

Günümüz yaşamında kişilerin sosyal ve ekonomik yönden daha iyi şartlarda bir hayat sürdürme istekleri bir hak olarak değerlendirilmektedir. İyi bir yaşam düzeyine sahip olabilmenin en temel unsurlarından biri de sağlık hizmetlerinden yeterli ve etkin bir düzeyde yararlanmaktır. Beşerî gelişmişliğin yükselmesinde ve de toplumsal refahın artmasında bir ülkede sağlık hizmetlerinin yeterli ölçüde sunulmasının ve etkin bir biçimde uygulanmasının önemi büyüktür. Sağlık hizmetlerinin yeterli ve etkin bir biçimde sunulabilmesi için o ülkedeki sağlık sisteminin de bunu destekleyecek nitelikte olması gerekir (Çelebi ve Cura,2013, s48).

1.2.1. Sistem Kavramı

Ortak bir amacı gerçekleştirmeye yönelik olarak sınırlı bir alan içerisinde birbiriyle etkileşim içerisinde bulunan ve bu etkileşimi bir düzen içerisinde gerçekleştiren parçalar bütünü şeklinde tanımlanabilir. Sistemi daha geniş bir biçimde ele alacak olursak; var olan kurallara göre düzen içerisinde çalışan bir mekanizma, bir bütünü oluşturan fikir ve prensipler topluluğunun mantık çerçevesinde etkileşmesi ya da karşılıklı etkileşim ve ilişki içerisinde olan parçaların oluşturduğu bir bütün olarak ifade edebiliriz. Sistemin işleyebilmesi için bir amacın ve belirli kuralların olması gerekir. Bu yüzden sistemler birlik ve bütünlük özelliği gösterirler. Birbirini etkileyen parçalardan oluşan sistemde bu parçaların herhangi birinde meydana gelecek değişim diğer parçaları ve sistemi de etkiler (Okursoy,2010, s.53).

1.2.2. Sağlık Sisteminin Tanımı

Çevreleri ile olan sınırının belirlenmesinin zorluğu nedeniyle sosyal sistemler karmaşık özelliktedirler. Sağlık sistemleri sosyal sistem özelliği taşımaktadır. Mevcut sosyal sistemler içerisinde en karmaşık özelliği gösteren ise sağlık sistemleridir. Sağlık sisteminin mevcut yapısını incelediğimizde her birinin farklı amacı olan birçok kurum ve bireyin olduğu görülmektedir. Ülkelerin uyguladıkları sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ve bu sistemlerin birbiriyle karşılaştırılabilir hale gelmesi için sağlık sistemlerinin tanımlanabilmesi büyük önem arz etmektedir. Bir sistemin var olup işleyebilmesi için amacının olması gerekir.

Sağlık sistemlerinin amacını “sadece insan sağlığını geliştirmek olarak yapılan faaliyetler” şeklinde dar bir bakış açısı ile değerlendirecek olursak var olan sistemi anlamakta yetersiz kalırız. Farklı bir tanımlama ile sağlık sistemi: Bir toplumun mevcut sağlık düzeyini geliştirmek için beşerî ve maddi kaynakların kullanılması ve bu amaca yönelik olarak uygulanan hizmetler olarak tanımlanabilir (Okursoy,2010, s.56). 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanmış olan raporda (“Sağlık Sistemleri: Performansı Arttırmak”) sağlık sisteminin öncelikli amacı: sağlığı korumak, iyileştirmek ve geliştirmek olan her bir faaliyeti içerisinde barındıran sistem olarak ele alınan tanım kapsayıcı niteliği en geniş olarak değerlendirilmektedir (Çelebi,2013, s.48).

1.2.3.Sağlık Sisteminin Amaçları

Sağlık sistemleri insanların yaşamlarında sağlık yönünden hayati ve vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlıklı gelişimleri yönünden sağlık sistemi büyük önem arz etmektedir. Her sağlık sisteminin en temel amacı sağlığın iyileştirilmesidir (Byamba,2018, s.4).

Sağlık sistemlerinin amaçlarını iki temel guruba ayıracak olursak:

1-Toplumun sağlık durumunu mevcuttan daha iyiye taşımak. Sağlık ile etkileşim içerisinde olan eğitim, refah ve istihdam gibi faktörler ile birlikte hareket etmek. Bu noktada hedeflenen amaç sağlık statüsündeki eşitsizlikleri düzeltmektir (Arı,2014, s.11).

2-Toplumdaki bireyler tarafından herkesçe eşit oranda ulaşılabilir ve bireylerin ihtiyaçlarına uygun yapıda hizmetler sağlamayı güvence altına almak. Kamu, özel ya da kar amacı olmayan kurumlar tarafından bu hizmetler sunulmakta ve çeşitli kaynaklardan finansmanı sağlanmaktadır.

1.2.4.Sağlık Sisteminin Fonksiyonları

Roemer (1993) sağlık sisteminin fonksiyonlarını beş kategoride ele almıştır. Yönetim, örgütlenme, hizmetlerin sunumu, finansman ve kaynaklar. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2000) çalışmasında sağlık sistemi dört temel başlıkta ele alınmaktadır. Yönetim, hizmetlerin sunulması, finansman kaynak sağlama (Karagan,2008, s.32).

1.2.4.1.Yönetim Fonksiyonu

Yönetim kavramını, ek bir merkezi görev politikası oluşturulabilmesi için bu göreve uygun veriler üretilmesi şeklinde tanımlayabiliriz. Sağlık sektörünün durumunu değerlendirmek, sektörü düzenlemek ve sağlık sisteminin etkisini, etkililiğini, performansını takip edebilmek için halk sağlığı sürveyansı verileri gibi birçok veri temel oluşturmaktadır. Yönetim bir ülkede mevcut olan ve uygulanan sağlık sisteminin etkisindeki nüfusun sağlıklı olma durumu ve bu mevcut durumun yönetimi şeklinde tanımlanabilir. Bu görev genellikle devlet sorumluluğundadır (Byamba,2018, s.6). Yönetim fonksiyonunun odak noktası kamu ya da özel sektörün bir hedef belirlemesi ve belirlenen hedeflere sosyal yönden ulaşılmasıdır. Sağlık hizmetlerinin yönetiminde ülkelerin politik ideolojisi, tarihi, kültürel ve sosyal değerleri, coğrafya etkili olmaktadır. Sağlık sistemlerinin yönetimi yönetsel düzenlemeler, karar verme, liderlik gibi süreçleri kapsar (Karagan,2008, s.34).

1.2.4.2.Sunum Fonksiyonu

Sağlık hizmetlerinin sunumu hastalıkların teşhisi, tedavisi ve hastaların rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerle birlikte hastalıkların önlenmesi ve toplumun mevcut sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yürütülen faaliyetleri kapsamaktadır. Genel olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarınca toplumu oluşturan bireylerin sağlığının korunması ve hastalıkların önlenmesi, ikinci ve üçüncü sağlık basamaklarında ise hasta bireylerin tedavilerinin sağlanması, sağlığın geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin tümü sağlık hizmeti sunumu ya da arzı olarak değerlendirilmektedir (Byamba,2018, s.6).

1.2.4.3.Kaynakların Sağlanması Fonksiyonu

Bir sağlık sisteminin oluşabilmesi için en önemli bileşen kaynakların varlığıdır. Kaynakların içerisinde sağlık hizmeti sunacak hekimler, hemşireler, eczacılar ve bu hizmetleri yönetecek yönetim birimi gibi insan kaynakları bulunur. Sağlık hizmetinin sunulacağı hastaneler, sağlık merkezleri, laboratuvarlar gibi sağlık birimleri veya sağlık imkânları oluşturulmalıdır. Hastalıkların teşhisinde ve tedavisinde kullanılan ilaç, teçhizat, malzeme gibi mallar ve hastalıkların teşhisinde/ tedavisinde; sağlığı geliştirme, hastalıkları önlemede kullanılan bilgi sağlık

sisteminin kaynakları arasında yer almaktadır (Karagan,2008, s.31). Sağlık hizmetinin sunulması için gerekli bileşenlerin bir araya getirilmesi ile kaynaklar yönetilir. Bu bileşenlerin tamamı genellikle sağlık sisteminin sınırları içerisinde bulunmaktadır (Byamba,2018, s.6).

1.2.4.4.Finansman Fonksiyonu

Sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin kullanımı sürecinde olağan veya olağanüstü durumlarda ortaya çıkan sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılamak sağlığın finansmanı olarak tanımlanabilir. Bireylerde sağlık problemlerinin oluşması ya da toplumda beklenmedik anlarda ortaya çıkan sağlık sorunlarında topluma sağlık hizmetleri açısından destekte bulunmak sağlık finansmanın asıl amacıdır. Sağlık finansmanını sağlık hizmetlerinin kullanımı sonucunda ortaya çıkan maliyetleri karşılamak için gerekli kaynakları elde etme olarak tanımlayabiliriz (Byamba,2018, s.7). Sağlık sistem finansmanını inceleyecek olursak üç alt bileşene ayırarak inceleyebiliriz. Gelir elde etme, fon biriktirme, hizmet satın alma. Gelir elde etme bileşeninin içinde birincil ve ikincil kaynaklardan elde edilen finansal hareketler bulunur. Fon biriktirme birçok farklı kaynaktan elde edilen fonların ortak bir alanda biriktirilmesini ifade eder. Fonların elde edildiği bu kaynaklar gelir temelli gönüllü sigorta, risk temelli gönüllü sigorta, zorunlu sigorta, cepten ödemeler, özel amaçlı vergiler, genel vergiler, döner kuruluşlardan sağlanan transferler ve hükümet dışı kuruluşların bağışlarıdır. Farklı kaynaklardan elde edilen ve ortak bir havuzda toplanan gelirlerin kurumsal ya da bireysel olarak sağlık hizmeti sunan sunuculara hizmet karşılığı verilmesine satın alma ya da tahsisat denir (Karagan,2008, s.32-33).

1.2.5. Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması

Ülkelerdeki sağlık sistemleri ve bu sistemlerin özellikleri sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hâsıla içindeki oranı, gibi sağlık ile ilgili bağlantılı birçok çıktıyı etkileyen en önemli faktördür. Günümüzde ülkeler kişileri hastalıklardan korumak, tedavilerini sağlamak ve hastalık sonucu engeli oluşanları rehabilite etmek için çeşitli sağlık sistemleri geliştirmişlerdir. Bu sistemlerin temel bileşenleri sağlık hizmetleri, yönetim, organizasyon, finansman ve sunumdur (Daştan ve Çetinkaya,2015, s.105-106).

Birçok sistem gibi sağlık sistemleri de dinamik bir süreç içerisinde olduğundan dış faktörlere karşı duyarlıdır ve sürekli değişime maruz kalmaktadır. Bu nedenle sağlık sistemlerini bir sınıflandırma yaparak ele alacak olursak bu sistemler arasındaki sınırları kesin çizgilerle birbirinden ayırmak mümkün olmamaktadır. Var olan sistemlerin benzerlikleri olabilir fakat birbirinden ayrıldığı temel konular ele alınarak bu sınıflandırma yapılmaktadır (Şener, Yeşilyurt ve Salamov, 2017, s.513).

“International Studies on the Relation Between the Private and Official Practice of Medicine With Special Reference to the Prevention of Disease” isimli 1991 yılında yayımlanan üç ciltlik yayında Arthur Newsholme birkaç Avrupa ülkesindeki sağlık sigortalarını ele alarak incelemeler yapmıştır. Uluslararası kıyaslamalar yaparak sağlık sistemlerinin incelenmesine İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1959 yılında yayınladığı “First Report on the World Situation; 1954, 1956” adındaki kitapta 157 ülkenin sağlık sistemlerinin geniş bir biçimde ele alınarak incelendiği bilinmektedir (Arı, 2014, s.11-12).

Yapılan bu çalışmalardan sonraki süreçte de sağlık sistemlerini gruplar halinde sınıflandırarak inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmaların bazı örneklerini inceleyecek olursak Karl Avang tarafından 1960 yılında “Health Services Society and Medicine” adlı kitap halinde yayımlanan çalışmada sağlık sistemleri a) Gelişmiş ülkeler, b) Batı Avrupa, c) Amerika, d) Sovyet Rusya şeklinde başlıca dört grupta sınıflandırılmıştır. Fulcher 1974 yılında sağlık sistemlerini a) Ulusal sağlık sigortası, b) Pazar ekonomisi ülkeleri, c) Ulusal sağlık sistemi olan ülkeler olarak başlıca üç grup halinde toplamıştır. Vincet Navarro 1978- 1981 yıllarında tıbbi ve sosyal hukukun ana belirleyicisi olarak sağlık sistemlerini kabul etmiş olup ülkedeki çalışanları temsil eden etkili bir politik partinin varlığı durumunda toplumun ulusal bir sigorta sisteminde tıbbi hizmet almasının daha kolay olduğunu belirtmektedir (Arı, 2014, s.12).

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması bakımından 1978 yılından sonra kapsamlı bir literatür oluşmuştur. Terris sağlık sistemlerini sınıflandırırken ülkelerin ekonomik özelliklerini dikkate almıştır. Terris'in sınıflandırılmasında sağlık sistemleri 1-Nüfusun çoğunluğu için sağlanan/ sunulan sağlık hizmetlerinin kamu yardım sistemleri tarafından devlet hastaneleri ya da sağlık merkezlerinde

gerçekleştirilmesi 2-Çoğunlukla, sanayileşmiş ve kapitalist ekonomiye sahip ülkelerdeki sağlık sigorta sistemleri, 3-Sosyalist rejime sahip ülkelerde görülen tüm toplumu kapsayan ulusal sağlık sistemleri olarak sınıflandırılmaktadır. Lameire ve arkadaşları tarafından (mülkiyet, finansman ve kapsam) olmak üzere üç temel model önerilmiştir. Bu modeller 1. Sosyal sigorta modeli, 2. Özel sigorta modeli, 3. Ulusal sağlık hizmetleri modeli olarak sınıflandırılmıştır. Burau ve Blank tarafından (2006) yapılan sınıflandırmada a- Sosyal sigorta modeli, b- Özel sigorta modeli, c- Ulusal sağlık hizmetleri modeli olmak üzere sağlık sistemleri üç kategoriye ayrılmıştır (Byamba,2018, s.8).

Ülkelerin sağlık sistemleri farklı gruplara ayrılarak sınıflandırılmaktadır yapılan bu sınıflandırmadan biri ve en önemlisi Milton I. Roemer sağlık sistemi sınıflandırmasıdır (Erten,2016, s.31).

National Health System of the World “(1991- 1993) adlı çalışmasında Roemer sağlık sistemlerini serbest ve girişimci sağlık sistemleri, refah yönelimli sağlık sistemleri, genel/ kapsayıcı sağlık sistemleri ve sosyalist/ merkezden sağlık sistemleri olarak devletin müdahale alanının en az olandan en çok olanına doğru sıralamıştır (Koçak,2014, s.13).

1.2.5.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi

Sağlık hizmetlerine yönelik arz ve talebin ana unsurunu özel sektörün oluşturduğu serbest piyasa tıbbi sağlık sistemlerinde kamunun sektördeki payı sınırlıdır. Bu sistemlerin en belirgin özelliği talep edilen sağlık hizmetlerinin kişisel ödemelerle ya da özel sigortalara prim ödemesi koşulu ile özel sigorta şirketleri tarafından karşılanmasıdır. Günümüzde bu sistemi uygulayan ülkelere örnek olarak Çin ve ABD’yi gösterebiliriz. Sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak özel sektör tarafından sunulması, kamu sektörünün sağlık sisteminin finansmanına kısıtlı ve dolaylı katılımından dolayı serbest piyasa tipi sağlık sisteminin uygulandığı ülkelerde maddi imkânı daha fazla olan bireylerin sağlık hizmeti güvencesi elde ettiği görülmektedir (Pişkin,2017, s.26).

Serbest piyasa tipi sağlık sistemi, girişimci sağlık sistemi olarak ta adlandırılır. Bu sistemde özel sektörün varlığından dolayı oluşan rekabetçi piyasanın

avantajlı olacağı görüşü hâkimdir ve sistemin temelini liberal ekonomi oluşturur. Kişilerin yaptığı doğrudan ödemeler ile ya da kendilerinin yaptırdığı isteğe bağlı sigorta primleri ile finansmanın sağlandığı bu sağlık sisteminde kamu tarafından yapılan kamusal harcamalar vergiler aracılığı ile finanse edilir. Bu sistemdeki ana finansman maddi durumu iyi olan bireylerin kendi istekleriyle sağlık sigortasına katılmaları ile elde edilir. Bu nedenle bireylerin teorik olarak sağlık güvencesine sahip olabilmek için maddi şartlarının iyi olması gerekir (Erten,2016, s.31).

1.2.5.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri

Refah Yönelimli Sağlık Sisteminin başlangıcı 19. yüzyıl sonlarına doğru Almanya'da sağlık durumunu koruma, sağlık sorunlarından korunmak amacı ile kurulan dağınk haldeki küçük ölçekli yardım sandıklarının birleştirilerek devlet denetimine alınması ve tüm çalışanların bu sisteme katılımının zorunlu olması ile oluşmuştur. Bu hedef doğrultusunda malullük, yaşlılık, hastalık ve iş kazası sigorta sisteminin oluşturulması için yapılan yasal düzenlemeler “Refah Yönelimli Sağlık Sisteminin” temellerini oluşturmuştur. Sistemin ilk uygulamaları Almanya'da uygulanmış olsa da sistemim prime dayalı sosyal sigorta özelliği literatürde “Bismarck Modeli” olarak isimlendirilmektedir (Pişkin,2017, s.29).

Alman devletinin kurucusu olan Otto Von Bismarck batı dünyasında ilk kez zorunlu ulusal sağlık sigortasını kurduran kişidir. Alman sosyal sağlık sigortası kurulmadan önce sağlık sorunları ile mücadelede bireye aile, akrabalar, komşular yardımcı olmakta işverenler kaza ve diğer sağlık sorunları karşısında yeterli destek sağlamamaktaydılar. Bu şartlar altında 1883 yılında ilk olarak fabrika işçilerini korumak için dört bin hastalık fonu oluşturulmuştur. Kuruluşundan itibaren otuz yıl içerisinde beden işçileri ile birlikte diğer meslek sahipleri, emekliler ve işsizlerin de sisteme dâhil edilmesiyle fon sayısı 1911'de 23 bine ulaşmıştır (Pişkin,2017, s.28).

Refah yönelimli sağlık sisteminde devlet sağlık hizmetlerini refahı yükselten bir etken olarak ele almakta ve sağlık sigortası yoluyla sağlık hizmetlerinin finanse etmektedir. Bu sistemde sağlık hizmetleri bir kamu görevi sayılmakta, toplum koruyucu sağlık hizmetlerinden ödeme yapmadan yararlanmakta, tedavi edici sağlık hizmetlerinden ise prime dayalı zorunlu sigorta karşılığında

yararlanılmaktadır. Çalışanlar istihdam oldukları iş alanına göre gelirlerinin belirli bir bölümünü hastalık fonlarına ya da benzeri üçüncü taraf fonlara katkı olarak öder. İş yaşamında aktif olmayan nüfus (emekliler, bağımlılar), aktif olan çalışanlar üzerinden sisteme katılır. Sağlık hizmetlerinin sunumu farklı kurumlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Hizmet sunucuları ile toplu sözleşme yapan sigortacılar hastalar adına hizmet satın almaktadırlar. Kişilerin sigorta kuruluşunu seçme özgürlüğü vardır. Bu sistemde hastaların sağlık kuruluşu ve doktoru seçme olanağı ulusal sağlık hizmetleri modeline göre daha fazladır (Şener, Yeşilyurt ve Salamov,2017, s.514).

1.2.5.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri

Gelir seviyesi belirli standartların üzerinde olan ülkelerin büyük kısmı refah yönelimli veya kapsayıcı politika izlemektedirler. Sağlık alanında belirli kalite standartlarını yakalamış olan ülkeler genellikle kapsayıcı tip sağlık sistemi tercih etmişlerdir. Bu sistemde her zaman güçlü bir kamu iradesi görülmektedir (Koçak,2014, s.15).

Bu sistemde ilaç, sağlık ekipmanları, sağlık insan gücü gibi arz edilen hizmetlerin büyük bir bölümü kamu sorumluluğundadır. Sağlık sisteminin küçük bir bölümünde özel uygulamalar yer almaktadır. Tekdüze bir sağlık sunum modeli mevcuttur. Kamu tarafından istihdam edilen sağlık personellerince ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda tedavi edici hizmetler ile birlikte gerçekleştirilmiştir. Bu sistemde sağlık hizmetlerinin büyük bölümünün merkezi hükümetin genel gelirlerinden karşılanmakta topluma ücretsiz olarak sunmayı öngören bir kamu görevi sayılmaktadır. Kapsayıcı tip sağlık sisteminde tek tip yönetim prosedürleri uygulanmakta ve hiyerarşi aracılığı ile yetki piramidi denetlenmektedir. Merkezi planlama ile üretim ve tüm sağlık kaynaklarının kullanımı gerçekleştirilmektedir (Şener,Yeşilyurt ve Salamov,2017, s.514).

Sağlık planları belirlenince sağlık sektörüne ayrılacak kaynaklar parlamento tarafından bütçe görüşmeleri sürecinde tartışılır ve kararlaştırılır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ya da organizasyonu genel olarak merkezi olmayan bir biçimde yürütülmektedir. Hastaların hekim ya da hastane seçme özgürlüğü

görecelidir ve bu sistemde yeni bir durumdur. Hastalar tarafından gerçekleştirilen bu seçim hakkı sınırlıdır ve genel olarak bu seçim pratisyen hekimi seçme şeklinde olmaktadır. İlk başvuru yapılan kişi genel pratisyen hekimdir (Şener,Yeşilyurt ve Salamov,2017, s.515).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan ekonomik ve politik nedenler ve savaş esnasında yürütülen tek merkezli sistemden de ilham alan refah yönelimli sağlık sistemine sahip olan kimi ülkeler kapsayıcı tipteki sağlık sistemine geçmişlerdir. 1950'li yıllarda İskandinav ülkeleri de kapsayıcı tip sağlık sistemini takip etmeye başlamışlardır. Büyük Britanya bu sistemin uygulandığı en iyi örneklerden biridir. 1970'lerde İtalya ulusal sağlık hizmetleri yasalarını yürürlüğe koymuştur. İspanya ve Yunanistan'ın reformlarını İtalya takip etmiştir. Sağlık hizmetleri ile ilgili tüm faaliyetlerin hükümet kontrolünde doğrudan sunulması, sağlık hizmetlerinin tüm nüfusu kapsamı, sağlık personelleri ve doktorların ücret sistemi ile istihdam edilmesi, finansmanın tamamının genel vergilerden karşılanması kapsayıcı sağlık sistemlerinin özelliklerindedir (Koçak,2014, s.15).

1.2.5.4. Sosyalist Tıp Sağlık Sistemleri

Bireysel ve toplumsal yönde koruyucu, tedavi edici ve geliştirici tüm sağlık hizmetlerini kapsayan ve bu hizmetleri kullanmaya yönelik bireylerden doğrudan ya da dolaylı olarak hiçbir ödeme alınmadan sunulan sağlık hizmetleri Sosyalist Sağlık Hizmetleri içerisinde yer alır. Sağlık hizmetlerinin üretimi, arzı, sağlık hizmet sunucularının mülkiyeti kamuya ait olduğundan kişiler bu hizmetlerin finansmanı için doğrudan veya dolaylı olarak harcama yapmamaktadır (Pişkin,2017, s.30).

1918 yılının temmuz ayında Bolşevik Devrimi'nden yaklaşık bir yıl sonra Doktor Nikolai Aleksandrovich Semashko'nun başkanlığını yaptığı” Halk Sağlığı ve Tıp” konulu konferans yapılmıştır. Bu konferansta vatandaşlık bağına sahip toplumdaki bireyler için tıbbi hizmetlerin ücretsiz olması kararlaştırılmıştır. Düzenlenen bu konferansın akabinde Rusya'da oluşturulan Sağlık Bakanlığı dünyadaki ilk Sağlık Bakanlığı olma unvanını taşımaktadır (Şener,Yeşilyurt ve Salamov,s.515).

Sosyalist Tipteki Sağlık Sistemini benimseyen ilk ülke eski Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB) dir. SSCB 1917 Rus devriminden sonra 1937 yılına kadar sağlık hizmetlerinde birçok reform gerçekleştirmiştir. Üniversitelerde tıp eğitimi veren okullar kaldırılarak sağlık bakanlığına bağlı sağlık enstitüleri kurulmuş, tüm hastane ve sağlık kuruluşları devlet yönetimine alınmış, özel ilaç ve kimya endüstrisi millileştirilmiş, doktor, hemşire, sağlık personelinin tamamı kamu çalışanı olmuştur. Yapılan bu düzenlemeler sonucunda halk sağlığında fark edilir ölçüde gelişme kaydedilmiştir. Fakat soğuk savaş dönemi bu durumu olumsuz yönde etkilemeye başlamıştır. Bu dönemde askeri alanda yapılan yüksek miktardaki harcamalar sağlık hizmetlerine ayrılan fon miktarına azaltmıştır. 1970 ve 1980 yılları arasında sağlık harcamalarına ayrılan fon miktarı ülke gelirinin %4' ünden daha azdır (Koçak,2014, s.16).

Sosyalist sistemler genellikle Romanya, Çekoslovakya, SSCB ve Polonya gibi eski Doğu Bloku ülkelerinde formel olarak uygulanmıştır. Ülkede yaşayan bireylerin tümüne ihtiyaç duydukları anda gereksinimleri ölçüde ve yerde mevcut sağlık hizmetlerinin en üst düzeyde sunulması sosyalist ülkelerdeki sağlık yaklaşımının temel prensiplerindendir. Sosyalist Tıp Sağlık Sisteminin genel özelliği kişisel ve toplumsal sağlık hizmetlerinin tümünün kamu eliyle ücretsiz olarak sunulmasıdır. Özel sektör yoktur ve sağlık hizmetlerinin arzı kamusal tekel niteliğindedir, sağlık personelleri kamu personelidir. Dünyadaki eski sosyalist ülkelerde komünist sistemin çözülmesi ile sağlık sistemi ile birlikte ekonomik ve politik sistemlerde de hızlı bir değişim yaşanmıştır (Şener,Yeşilyurt ve Salamov,s.515).

Eskiden Sovyet Sosyalist Cumhuriyet Birliği (SSCB)'de var olan bu sistemin günümüzde başarılı bir şekilde uygulandığı tek ülke Küba'dır. Küba düşük gelirlili ve gelişmekte olan bir ülke olmasına rağmen ülkedeki sağlık sistemi gelişmiş ve refah düzeyi yüksek ülkeler ile rekabet edecek düzeydedir. Gelişmiş ülkeler ile rekabet edebilecek düzeyde bir sağlık hizmeti verebiliyor olmasındaki temel faktör Küba'daki sosyoekonomik duruma rağmen sağlık hizmetlerine ayrılan payın ulusal gelire ve genel bütçeye oranının yüksek olmasıdır. Ayrıca sağlık hizmeti sunan

kurum ve personel sayısının gelişmiş ülkelere kıyasla yüksek olmasının yanında sağlık kurumları ülke çapında dengeli bir dağılım sergilemektedir (Pişkin,2017,s.30).

Tablo 1.1 Sağlık Sistemleri Sınıflandırılması

Serbest Piyasa Sağlık Sistemleri	Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri	Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri	Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri
<p>1- Kişiler doğrudan ödeme yaparlar veya özel sigorta firmalarına (bazen kamu firması) isteğe bağlı prim öderler. Sigortalar aracılığı ile ya da doğrudan ödemelerle sağlık hizmeti talep edilir.</p> <p>2-Sağlık hizmetlerinin arz ve talebin de özel sektör asıl unsurdur.</p> <p>3- Sağlık Hizmetleri arz ve talebin de kamu sektörü var olan etkisi sınırlıdır.</p>	<p>1- Sağlık hizmetleri talebi kişilerin ödediği zorunlu kamu (bazen özel) sigortalar ile gerçekleştirilir.</p> <p>2- Sağlık Hizmetleri talebinde (sigortalar aracılığı ile) kamu asıl unsurdur. Sağlık Hizmetleri arzında kamunun etkisi azalabilir.</p> <p>3- Özel Sektör sağlık hizmetleri arzında yer alabilir, talep kısmında (özel sigortalar aracılığı ile) ek imkanlar sunabilir.</p>	<p>1-Toplumdaki herkesi kapsayan, zorunlu tam sosyal güvenlik talebi ve kamusal nitelikteki, ücretsiz sağlık hizmetleri arıza asıl uygulamadır.</p> <p>2-Sağlık hizmetlerinin arz ve talebin de kamu sektörü asıl unsurdur. Bazı durumlarda sağlık arzında kamunun payı azalabilir.</p> <p>3- Sağlık hizmetlerinin arzında ve talebinde özel sektör ek imkanlar sunabilir.</p>	<p>1- Toplumdaki tüm bireylere yönelik zorunlu, ortak/kolektif, sağlık güvencesi ile talep ve toplumdaki herkes için ortak, ücretsiz sağlık hizmetleri arıza asıl uygulamadır.</p> <p>2-Sağlık hizmetlerinin arz ve talebin de kamu asıl unsurdur.</p> <p>3- Özel sektörün sağlık hizmetleri arzı ve talebinde yer alması istisnadır, genellikle yer almaz.</p>

Kaynak: (Arı,2014, s.15).

Sağlık sistemlerinin ortaya çıkmasından önceki dönemlerde kişiler sağlık sorunlarını kendi imkânları ölçüsünde karşılamaya çalışmışlardır. 20. yüzyıl ve sonrasındaki küresel toplum büyük bir bölümü için sağlık sistemleri büyük katkı sağlamıştır. Günümüzde yoksul veya zengin olan birçok ülkede yaşayan bireylerin hayatlarında sağlık sistemlerinin katkısı azımsanmayacak kadar önemlidir. Kişilerin sağlığını korumak ve hastalanan bireyleri tedavi etmek için geçmişten günümüze sağlık sistemleri geliştirilmiştir ve geliştirilmeye devam edecektir (Byamba,2018, s.4).

1.2.6. Sağlık Sistemi Finansman Modelleri

Ülkeler daha iyi bir biçimde sağlık hizmeti verebilmek için farklı finansman modelleri geliştirmişlerdir. Standart bir sınıflandırmadan söz etmek zor olmakla birlikte dünya üzerinde kabul edilmiş dört ana sistem vardır. Bunlar; Beveridge modeli, Bismarck modeli, Cepten ödeme modeli, Ulusal sağlık sigortası modelidir. Her bir sistemi birbirinden ayıran temel özellikleri bulunmaktadır. Bu temel özellikler; sağlık hizmetlerinin ödeme şekli, sağlık bakım hizmeti veren kurumlar, sağlık hizmetlerinden faydalanan kişiler ve sağlık sigortasını sağlayan kurumların farklıdır. Finansman modelleri incelendiğinde ülkelerin uygulayacakları finansman modeli konusunda tek bir model tercih etmedikleri bunun yerine birden fazla modelin farklı özelliklerini (vergiler, bireylerin cepten yaptığı ödemeler, sosyal sigorta primleri, özel sağlık sigortası) kullandıkları görülmektedir (Erten,2016, s.26).

1.2.6.1.Beveridge Modeli

Bu modelin ortaya çıktığı dönem 2. Dünya Savaşı'nın sonlarına doğru Birleşik Krallıkta meydana geldiği için modelin ismi Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service NHS) ile özdeşleşmiştir. Günümüzde İrlanda, Finlandiya, İspanya, Danimarka, İsveç, Yunanistan, Portekiz, İtalya, Norveç gibi ülkelerde uygulanan modelin temel özelliği sağlık hizmetinin vergilere dayalı olarak finanse edilmesidir. Beveridge modelinde vatandaşlar için sağlık hizmetlerine ulaşım ücretsizdir sadece belirli katkı payları öderler. Sağlık hizmetlerinin finansmanı devlet tarafından bütçe aracılığı ile kontrol edilir hekimler verdikleri hizmeti karşılığında kişi başı ödeme ya da maaş alır, kurumların kullandığı bütçeler merkezi idare tarafından belirlenir (Tatar,2012, s.110-111).

Kasım 1942'de İngiltere'de iktisatçı ve sosyal güvenlik uzmanı William Henry Beveridge yaklaşık olarak bir buçuk yılda hazırladığı 172 sayfadan oluşan raporu hükümete sunmuştur. Rapor, savaş sonrasında hazırlanan yasalara örnek oluşturmuştur (Kaya,2011, s.8). Beveridge raporunda toplumdaki tüm kesimleri (kadın-erkek, çalışan-emekli, vb.) kapsayacak şekilde uygulanacak, vergi temeline dayanan genel anlamda yoksulluğa ve temel gereksinimleri karşılamaya dönük olarak bir düşünce sistemi dile getirilmiştir (Çakır,2016, s.40).

Yoksulluk probleminin çözümsüz olduğu kanısı Beveridge Raporunda reddedilerek sosyal güvenlik teorisini ortaya koyar. Sosyal Güvenlik dar anlamda gelirin kesilmesi karşılığında askeri bir gelir getirisi olarak tanımlanırken, sosyal güvenliğin geniş anlamda tanımlanması eğitim, sağlık, boş vakitlerin değerlendirilmesi, konut, barınma gibi bireylere refah bir yaşam düzeyi sağlanmasını ifade eder (Kaya,2011, s.8).

Beveridge Planı'nın ana ilke ve esaslarını şöyle sıralayabiliriz: (Koç,2006, s.97).

A-Genellik İlkesi: Sosyal güvenliğin toplumun tümüne yayılmasını ifade eder. Raporun en önemli ilkelerinden biridir.

B-Sosyal Yardımlarda Teklik (Birlik): Raporun bir diğer maddesinde sosyal risklere maruz kalan bireylerin gelir durumuna bakılmaksızın, her bireye asgari yaşam standardı düzeyinde ulusal sigortadan yardım yapılması öngörülmüştür.

C-Yönetimde Birlik İlkesi: Sosyal yardımlarda tekliğin doğal bir sonucu olarak parçalı halde bulunan sosyal sigorta kurumlarının toplanması teklif edilmiş ve bu kamu hizmetinin tek bakanlık tarafından gerçekleştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu yöntemle bürokrasinin maliyetinin, formalitelerin azalması ve hizmetin veriminin artırılması amaçlanmıştır.

D-Ferdi Sorumluluk ve Devlet Katkısı: Sosyal güvenliğin finansmanı devletle fert sorumluluğunda yani üçlü katılımın zorunluluğu belirtilmiştir. (Koç,2006, s.97).

E- Primlerde Birlik ve Zorunlu Ödeme: Herkes için standart ödeme primleri ve sigortalılığın zorunluluğu vurgulanmıştır. Ülkedeki tüm sigorta kollarında aynı ve kesin olarak belirlenmiş miktarda prim alınması gerektiği üzerinde durulmuştur.

F-"Ulusal Sağlık" ve "Tam İstihdam" Politikaları ile Sosyal Güvenlik Sisteminin Desteklenmesi: Bir ülkede uygulanan sosyal ve ekonomik politikaların bir parçası da sosyal güvenlik sistemidir. Bu nedenle etkin bir sosyal güvenlik sisteminin oluşabilmesi için "Tam İstihdam" ve "Ulusal Sağlık" politikaları ile sosyal güvenliğin desteklenmesi gerekir. Tüm bireylere ücretsiz sağlık hizmeti sağlanması için sağlık hizmetleri vergilerle finanse edilmelidir.

G-Aile İhtiyaçları: Fakirliğin ortadan kaldırılmasının temel amaç olduğu bu raporda ailelerin asgari geçim standartlarının altına düşmemesi için gerekli önlemlerin alınması; doğum, analık, çocuk ve evlenme yardımlarının yapılması önerilmiştir (Koç,2006, s.98).

Beveridge Raporunda sosyal güvenliğin ağırlıklı olarak sosyal sigortalar ile desteklenmesi öngörülüyordu, fakat II. Dünya Savaşı sonrası sosyal yardımlardaki gelişme sosyal sigortalardan daha hızlıydı. İşçi sendikaları tarafından ilk yardım sandıkları İngiltere'de kurulmuş sonra Beveridge Raporunun etkisi ile sosyal sigorta uygulamasından devletçe bakım modeli ve halk sigortası uygulamasına geçilmiştir. Toplumdaki tüm kişiler kamunun sunduğu ve ağırlık olarak kamu bütçesindeki vergiler ile finanse edilen sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir. Bütçenin görüşüldü dönemde sağlık hizmetlerine ayrılacak olan kaynaklar belirlenir. Sağlık hizmetini sunanlar arasında rekabet vardır ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu birbirinden ayrılmıştır. Modelde kapsam (teminat paketi) oldukça geniş belirlenerek dispanser, hastane bakımı, analık bakımı, genel bakım gibi hizmetleri kapsar. Yerel ve merkezi devlet kamusal olanaklar vasıtasıyla toplumun sağlık hizmetlerini karşılar (Çakır,2016, s.40).

1.2.6.2.Bismarck Modeli:

Bismarck tarafından 1883 yılında Almanya'da geliştirilmiş ve daha sonra pek çok ülkede uygulama alanı bulmuştur. Model Almanya'da ortaya çıktığı için Alman sağlık sistemi ile özdeşleşmekle birlikte günümüzde İsviçre, Hollanda, Belçika, Fransa, Avusturya olmak üzere gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkede uygulanmaktadır (Tatar,2012, s.111).

19.yy'da Almanya'da sanayinin gelişmesine paralel olarak toplumda sosyalist fikirler yayılmaya, sosyalist partiler ve sendikalar kurulmaya, yeni sosyal hareketler gelişmeye başlamıştır. Güçlü bir devlet oluşturma fikrinin bir parçası olarak Alman Şansölyesi Von Bismarck sosyalist kesimdeki işçilerin desteğini almak ve işçi kesimi ile ilişkilerini geliştirmek istiyordu. Devlet sosyal hareketlerin etkisini azaltmak için geliri belirli bir seviyenin altında olan işçileri korumayı amaçlayan bir

yasa hazırladı. Zorunlu sosyal sigortayı kurumsallaştırması Bismarck'ın temel yeniliğidir (Kaptanoğlu,2018, s.3).

Bismarck sosyal sigorta sistemi ilk dönemlerde sakatlık ve hastalık risklerine ve gelecekte oluşabilecek olumsuz şartlara karşı finansal birikim yapamayan düşük gelirli çalışanları korumaktaydı. Bu nedenle belirli gelir düzeyi altındaki çalışanlar için bu sigorta zorunlu hale gelmiştir. İlk zamanlarda bu sigortanın kapsamında sadece çalışanlar olmuş fakat zaman içerisinde sigortanın kapsamı genişleyerek çalışanların bakmakla yükümlü oldukları kişiler de sigorta kapsamına alınmıştır. Uygulanmaya başlandığı ilk zamanlarda işçilerin gelir kaybını önlemeyi amaçlayan sigorta daha sonra işçilerin sakatlık ya da hastalık durumlarında işçilere olumlu yönde etki etmiştir (Kaptanoğlu,2018, s.4).

Bismarck sigorta modelinde sigorta primleri çalışan ve işverenler tarafından belirli oranlarda, maliyetlerin bir kısmı işveren bir kısmını da çalışanların ödediği primlerle karşılanmaktadır. Bu modelde devlet düzenleyici fonksiyonda olduğu için kronik hastalıklar gibi sigorta edilmesi zor sağlık problemlerinde bu gruptaki kişilere katkıda bulunarak ya da bazen fakir kesimin sigorta primlerini ödeyerek müdahil olur. Çalışan grup kazançlarının belirli bir bölümünü hastalık fonlarına veya benzer üçüncü taraf fonlara öderler. Nüfusun iş yaşamında aktif olmayan bölümü bağımlılar ve emekliler çalışan kesim üzerinden sisteme katılırlar. Sağlık hizmeti sunucuları ile toplu sözleşme yaparak hizmeti hastaları adına satın alan sigortalar mevcuttur (Çakır,2016, s.43).

Sigortada zorunluluk ilkesini ilk defa getirmesi ve çalışanların ödediği primlere ilave olarak vergiler aracılığıyla devlet desteğinin olduğu sistem dünyada da önemli bir başarı elde etmiştir. Almanya'da ortaya çıkan sosyal güvenlik modeli 1985 yılından sonra birçok Avrupa ülkesine örnek olmuştur (Kaya,2011, s.6).

1.2.6.3.Karma Sistem Modeli:

Zaman içerisinde ortaya çıkan ihtiyaçlar sağlık sistemlerini de etkilemektedir Farklı kaynaklarda ulusal sağlık sigortası olarak ta adlandırılan karma modelde Beveridge ve Bismarck modellerinden bazı özellikler bulunmaktadır. Karma model devlet tarafından işletilmekte ve vatandaşlar tarafından prim ödemesi

ve vergi yolu ile finanse edilmekte ve de özel sağlık hizmeti sunucuları kullanılmaktadır. Karma modelde tek ödeyici bulunmaktadır, kâr amacı olmadığı için sistemi pazarlamaya gerek duyulmamaktadır. Tek ödeyicinin bulunduğu model diğer modellere kıyasla daha ucuz bir sistemdir ve daha kolay yönetilip organize edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin maliyetleri kontrol edilebilmek amacı ile sınırlandırılabilenkte veya hizmet alan hastalar için bekleme listeleri oluşturulabilmektedir. Sistemin uygulandığı ülkelere örnek olarak Kanada'yı gösterebiliriz. Aynı zamanda gelişmekte olan Tayvan ve Güney Kore gibi ülkelerde de bu sistem görülmektedir (Daştan ve Çetinkaya,2015, s.107).

1.3. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.3.1. Sağlık

Sağlık ve hastalık kavramları açıklanırken günümüzde zihinsel, sosyal, bedensel olarak bütüncül bir yaklaşım ile değerlendirilmekte ve açıklanmaktadır. Fakat sağlık ve hastalık sosyal yapı ile bağlantılıdır ve sosyal yapı tarafından şekillendirilir. Bu nedenle büyük oranda faktörlerden etkilenen sağlık ve hastalık olgusu bireyin yaşadığı toplumdan soyutlanamaz. Buldukları toplum sağlık ve hastalık olgusuna şekil verir (Aytaç ve Kurtdaş,2015, s.232).

Sağlık anlayışı toplumdan topluma, bireyden bireye değişebildiği gibi zaman içerisinde de farklı olarak algılanabilir. Kimi toplumlarda sağlıklı sayılma ya da sağlıklı olma kriterlerinden biri bireyin kendinden beklenen işi yapip yapmamasıdır (Öncel,1997, s.182). Günümüze dek süren çalışmalarda sağlık ve hastalık kavramları farklı bilim dallarındaki araştırmacılar tarafından çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Örneğin, Knight sağlık ve hastalık ile ilgili tanımında dünyanın yapısını oluşturan ve farklı zıt kutuplar olarak kavramsallaştırılan bazı durum ya da güçler arasındaki dengeden bahsetmektedir. Capra'ya göre ise sağlığın tanımı bireyin çevresi ile arasındaki ilişkiye bakış açısına göre değişir. Zaman içerisinde ve kültürden kültüre bakış açısı değiştiğinden sağlık kavramı da değişmektedir. 1988 yılında Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre sağlık sadece hastalığın olmaması değil bireyin zihinsel, sosyal ve fiziksel yönüyle tam bir iyilik durumunda olması olarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşım Dünya Sağlık Örgütü'nün

sağlığa bakış açısında sosyal ve kültürel ilişkilere de önem verdiğini göstermektedir. Bu nedenle sağlık bir toplumdaki kişilerin sakat ya da hasta olmaması değil, o toplumdaki kişilerin zihinsel, fiziksel, ruhsal, ekonomik, toplumsal ve ekolojik olarak bir bütün halinde tam bir denge ve huzur halinde olmaları olarak tanımlanabilir (Kaplan,2010, s.227).

1.3.2.Hizmet Kavramı

Hizmet olarak kabul edilen faaliyetlerin heterojen olmasından dolayı hizmetlerin tanımlanması konusunda evrensel bir tanımdan bahsedilememektedir. 1700'lü yıllardan günümüze dek gelişen sistem kavramı teknik ve sistematik olarak incelenmekte ve bireylerin ortak yaşam alanlarını kullanmaları sonucunda hayatımızın her aşamasında farklı biçimlerde karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple önce hizmet kavramını tanımlamakta fayda vardır. Hizmetler tarafların birbirine sunduğu mülkiyeti gerekli kılmayan, tüketilmeleri sonucunda herhangi bir somut mal ortaya çıkarmayan yer, biçim, zaman, ürün çeşidi yönünden fayda sağlayan ekonomik karşılığı olan faaliyetler olarak tanımlanabilir. Collier hizmeti "üretildiği yerde kullanılan bir performans, bir iş ya da eylem çaba ya da sosyal olay "olarak tanımlamaktadır. Bu bakımdan hizmet makineler ya da insan tarafından üretilen kullananlara doğrudan yarar sağlayan fiziksel nitelikte olmayan ürünlerdir. İnsanların ya da toplumun ihtiyaçlarını gidermek için belirli bir ücret karşılığında satışa sunulan elle tutulamayan standartlaştırılması diğer ürünlere göre daha zor olan, yarar veya doyum oluşturan soyut faaliyetler olarak adlandırılabilir (Sayın,2011, s.246).

1.4.SAĞLIK HİZMETLERİ

1.4.1.Sağlık Hizmetlerinin Amacı

Sağlık sistemleri bireylerin sağlığına ve yaşamına olumlu yönde katkıları olan sosyal ve ekonomik sistemlerdir. Sağlık sistemlerinin ve bu hizmeti sunan doktor, hemşire, ebe vb. sağlık personellerinin temel amacı bireyleri hastalılardan korumak, uzun ve sağlıklı bir hayat sürmelerini sağlamaktır. Yapılan koruyucu hizmetlere rağmen bireyler hastalandıklarında bu kez tedavi edici ve rehabilite edici tedavi hizmetleri devreye girer. İlk amacın korunma/koruma olmasını değerlendirecek olduğumuzda, sağlık hizmetleri vazgeçilmez ve temel bir hak

karşılanması/sağlanması gereken yaşamsal mecburi bir ihtiyaç olmasına rağmen temel ihtiyaçlar sınıfında yer almaz. Kişilerin sağlık durumlarında bozulma meydana geldiğinde kullanılan bir bakım, bir koruma hizmetidir (Alacadağlı,2016, s.2)

Toplumun sağlık statüsünün artırılması ve toplumdaki bireylerin sağlıklı olma halinin sürdürülebilmesi için çaba harcanması, bireylerin hastalıklardan korunması, hasta olan bireylerin tedavi sürecine dâhil edilmesi, bireylerin bir başkasına ihtiyaç duymadan kendi ihtiyaçlarını karşılayarak yaşamlarına yarımsız devam edebilmesi sağlık hizmetlerinin amaçlarından (Akkavak,2018, s.14).

1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

1.4.2.1. Sağlık Temel İnsan Haklarından Biridir

İnsan Hakları Evrensel Beyanname'si'nin sağlık hakkını düzenleyen 25. maddesine göre bireyin kendisinin ve ailesinin refahı ve sağlığı için konut, giyim, beslenme ve tıbbi sağlık hakkı vardır. Daha sonra Dünya Sağlık Örgütü tarafından Alma-Ata bildirgesi (1978) ve Dünya Sağlık Bildirgesi'nde (1998) aynı haklar tekrarlanmıştır (İstanbuluoğlu,Güleç ve Oğur,2010,s.89).

1.4.2.2.Sağlık Hizmetlerinin Tesadüfi Bir Özellik Göstermesi

İhtiyaç duyulduğu anda hemen giderilmesi gerekir ertelenemez, bekletilemez. Ayrıca başka bir hizmet ile ikame etmek ya da acil olan muayene/tedaviyi ertelemek mümkün değildir. Aksi durumda kronik sağlık sorunları, ciddi sakatlıklar ya da ölüm ile karşılaşılabilir (Yılmaz,2015, s.55).

1.4.2.3. Sağlık Uluslararası Bir Sorundur

Sağlık iki dışsalılık nedeniyle uluslararası kamu malı özelliğindedir. Bunlardan ilki bulaşıcı hastalıkları önleme ve bu hastalıklardan korunma diğeri ortaya çıkan sağlığın ekonomik dışsal etkilerinin çok geniş olmasıdır. Toplumdaki kişilerin bulaşıcı hastalıklardan korunması ya da sağlık problemi yaşayanların tedavi edilmesi sağlıklı bireylere pozitif dışsalılıklar sağlar. Aynı zamanda bir ülkedeki hasta olan kişilerin başarılı bir şekilde tedavi edilmesi ya da ülkedeki bulaşıcı hastalıkların önlenmesi öncelikle sınır komşusu ülkeler ve sonrasında da başka ülkelerde pozitif dışsalılıklar sağlar. Ülke ve toplumun temelini oluşturan aile kurumunda yaşanan

hastalığın sebep olduğu ekonomik dışsallıklardan ilk önce aile bütçesi etkilenir. Fakat gelirin ve üretimin azalması sonucu oluşan ekonomik kayıp aile ekonomisi ile birlikte ulusal ekonomi ya da bölgesel ekonomi üzerinde dışsallıklar ortaya çıkarabilir. Sağlık ve hastalığın yoksulluk ve ekonomik gelişme arasındaki yakın ve karşılıklı ilişkisi hastalığın neden olduğu bireylerin gelirinin azalması ve ülkenin gelirinin azalmasıyla birlikte bu durum gelecek nesilleri de etkilemektedir. Yoksulluğun eğitim, barınma, beslenmeyi etkileyerek meydana getirdiği negatif dışsallıklar bununla birlikte sağlık durumu üzerinde de etkili olmakta ve sağlık yoksulluk ilişkisi uluslararası bir sorun haline gelmektedir (Çoban,2009, s.12).

1.4.2.4. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Eksik Rekabet Mevcuttur

Eksik rekabetin temel sorunlarından biri de sağlık hizmetleri talebindeki belirsizliklerdir. Mevcut bir piyasada tam rekabetin oluşabilmesi için piyasaya giriş ve çıkışların serbest olması, alıcı ve satıcı tarafından piyasa hakkında tam bir bilgiye sahip olunması, fiyatı belirleme konusunda alıcı ve satıcıların tek belirleyici olması, piyasada fiyatı etkilemeyecek kadar alıcı ve satıcının olması ve piyasada bulunan malların homojen olması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri piyasasında hizmet talep edenlerin sayıca çokluğuna karşılık sağlık sektörünün yoğun uzmanlık gerektiren bir alan olması nedeniyle sağlık hizmetleri sunanların sağlık sektörüne girişi ile ilgili sınırlamalar getirilmiştir. Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin sahip olduğu mesleki bilgilere, sağlık hizmetini talep edenlerin sahip olması mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinden yararlananların sağlık hizmetleri bilgi düzeyi ile ilgili çaba sarf etmelerine rağmen sağlık konusunda yaşadıkları niteliksel ve niceliksel bilgi eksiklikleri devam etmektedir. Sağlık hizmetlerinin mevcut durumu ve asimetric bilgi düzeyi bireylerin kullandıkları sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliğini arttırmakta ve hizmet kullanımı ile ilgili doğru karar vermelerini engellemektedir (Çoban,2009, s.13).

1.4.2.5.Sağlık Hizmetlerini Sunan ile Talep Edenler Arasında Bilgi Asimetrisi Vardır

Sağlık hizmeti talep eden bireyler ne oranda hizmet almaları gerektiğini bilemedikleri için talep edecekleri hizmet miktarını belirleyemezler. Örneğin; herhangi bir sağlık sorunundan dolayı sağlık kuruluşuna başvuran birey kendine uygulanacak tedaviyi, yapılacak tahlil ve tetkikleri ve bunların ne oranda yapılacağını bilemez.

1.4.2.6. Sağlık Hizmetleri Sosyal Bir Sorumluluktur

Sağlık hizmetleri sektöründe fiyat kavramının oluşu sağlık hizmetleri sektöründe var olan arz ve talebin eşitlendiği anlamına gelmemektedir. Bireylerin ödeme gücünden yoksun olması, ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinden yararlanamayacağı anlamına gelmez. Ödeme gücü olmayan kişilere ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini, bu hizmeti sunan kurumlar tarafından ücretsiz olarak sunulması sosyal bir sorumluluktur (Çoban,2009, s.14).

1.4.2.7.Sağlık Hizmetlerinin İkamesi ve Ertelenmesinin Mümkün Olmaması

Tüketiciler mal konusunda pek çok alternatife sahiptir. Ayrıca satın alma süreçlerinin birçoğu tekrardan gözden geçirilebilir. Herhangi bir ürün ya da hizmet satın alma durumunda olan birey bu satın alma sürecini erteleyebilir. Fakat sağlık hizmetlerinin alımı ertelenemez. Çünkü sağlık ile ilgili ortaya çıkan problem gerek duyulduğu anda ortadan kaldırılamaz ise kişilerde kalıcı hasarlar meydana gelebilmekte veya kişinin hayatı tehlikeye girebilmektedir. Bununla birlikte sadece bireyi değil toplumun tümünü etkileme olasılığından dolayı sağlık hizmetlerinin ertelenmesi veya ikamesi olanaksızdır. Örneğin sağlık problemi yaşayan bir kişiye düşük ücretli ya da daha pahalı alternatif bir tedavi uygulanması önerilemez (Yılmaz,2015, s.55).

1.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Kişilerin hastalanmalarını önlemek, hastalıklardan korumak, sağlıklı olarak yaşamlarını devam etmelerini sağlamak sağlık hizmetlerinin öncelikli hedeflerindedir. Alınan önlemlere rağmen toplumun bütününe hastalıklardan korumak her zaman için mümkün olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin ikinci amacı

hastalanan bireylerin tedavi edilmesidir. Tedaviden sonraki süreçte bireyde sakatlık hali oluşmuş ise rehabilitasyon hizmetleri ile bireyin hayatını daha kaliteli bir şekilde devam etmesi amaçlanmaktadır (Akkavak,2018, s.15).

1.4.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek ve sakatlıkların oluşmasını/ortaya çıkmasını engellemek koruyucu sağlık hizmetlerinin amaçlarındandır. Koruyucu sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetlerine kıyasla daha ucuza, daha az çabayla daha fazla insanın sağlığını koruma imkânı sağlar. Tedavi edici sağlık hizmetlerine kıyasla koruyucu sağlık hizmetleri teorik olarak daha insancıl ve daha üstün bir yaklaşımdır. Koruyucu sağlık hizmetleri bulaşıcı hastalıklar ile mücadele, hastalıkların ortaya çıkmadan gerekli önlemlerin alınması, rehabilitasyon konusunda; hasta ve hasta yakınlarına sağlık eğitimi verilmesi, hastalıkların önlenmesi konusunda eğitim, hijyen, beslenme gibi konuları kapsayan hizmetlerdir. Koruyucu hekimlik bütüncül bir yaklaşımdır ve bireyden önce toplumu kapsamayı, klinik hekimlik devreye girmeden hastalıklar risk düzeyindeyken önlenmesini amaçlar. Koruyucu önlemlere rağmen hastalıkların oluştuğu durumlarda klinik hekimlik devreye girer. Sağlık hizmetlerinde koruyucu hizmetler ve tedavi edici hizmetler birbirini tamamlayan uygulamalardır (Bilir ve Basan,2016, s.45).

1.4.3.1.1. Bireye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Erken tanı, ilaçla koruma, aşılama, sağlık eğitimi ve beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi gibi uygulamalar bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine örnek verilebilir. Hizmet türlerine bakacak olursak koruyucu hizmetler sağlık sektöründeki sağlık personellerince yürütülmektedir. Bireyleri ve buldukları toplumu hastalıklara karşı güçlü ve dirençli kılmayı, hastalanmaları durumunda erken teşhis ile uygun tedavi uygulayarak hasarsız ya da en az hasarla tedavi olmalarını sağlayan hizmetler koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde yer alır (Çiftçi,2011, s.5).

1.4.3.1.2.Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Bireylerin çevresinde bulunan kişi ve toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyen kimyasal, fiziksel, biyolojik etkenleri ortadan kaldırarak ya da kişileri olumsuz yönde etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme faaliyetlerinin hepsi bu sınıflandırma içinde bulunur. Bu hizmetleri başka bir bakış açısı ile ele alacak olursak fiziksel, biyolojik, ekonomik ve sosyolojik çevre koşullarının kişilerin sağlığına olan olumsuz etkilerini azaltmaya dönük olarak yapılan faaliyetlerin tümüdür. Bu alanda özel eğitim görmüş teknisyen, veteriner, kimyager, mühendis gibi meslek guruplarınca çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri yürütülür. Hava kirliliği ile mücadele, konut sağlığı, endüstri sağlığı, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, yeterli miktarda temiz su sağlanması bu amaca yönelik faaliyetlerdir (Çiftçi,2011, s.5).

1.4.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık durumu bozulan, hastalanan ya da hastalık belirtileri ortaya çıkan kişilerde hastalığın tanı-teşhis ve tedavi sürecini kapsayan, kişilerin eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlayan hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetlerinden sonraki aşamada devreye girer. Tedavi edici sağlık hizmetleri toplumsal fayda sağlamakla birlikte, koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla kişisel fayda sağlamaktadır. Fakat tedavi edici sağlık hizmetlerinin olumsuz yanı koruyucu sağlık hizmetlerine kıyasla daha kapsamlı cihaz/donanım, uzman personel ve daha fazla maliyet gerektirmesidir. Bu hizmetler bireye dönük olduğundan kişilerin ortalama ömrünü uzatmakta, verimliliklerini arttırmakta ve bu yönüyle milli gelir artışına katkıda bulunmaktadır. Öncelik olarak hekim sorumluluğunda uygulanan hizmetlerdir fakat diğer sağlık personellerinin önemli katkıları hizmetin gelişmesinde katkıda bulunur (Sağlık ve Sağlık Hizmetleri,2019, s.23).

1.4.3.2.1. Ayakta Tedavi Hizmetleri

Bireylerin yataklı bir sağlık kurumuna yatışını gerektirmeyen hastalıkların tanı ve tedavisi ile ilgili hizmetler ayakta tedavi hizmetleri kapsamındadır. Muayenehane, revir, acil servisler, poliklinik ve hastaneler ayakta tedavi hizmeti veren çeşitli sağlık kurumlarından bazılarıdır (Arısoy,2017, s.26).

1.4.3.2.Yataklı Tedavi Hizmetleri

Sağlık durumunu kontrol ettirmek isteyen bireylerin, sağlık durumundan endişe duyanların, hastaların ve hasta yakınlarının ayaktan veya yatarak muayene edildiği, teşhis konulduğu gerekli durumlarda müşahede altına alındığı ya da rehabilite edildikleri kurumlardır (Yataklı Tedavi Kurumları,2018, s.1).

1.4.3.3.Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyonun amacı sakatlık durumunda tedavisini, sakatlık sonucu oluşan fonksiyon kayıplarının telafi edilmesini sağlamaktır. Rehabilitasyon hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici fonksiyonları gerçekleştirecek nitelikte olmalıdır. Sağlık problemlerinden dolayı iş gücü kaybı yaşayanlara iş gücü, sakatlık hali oluşanlara çalışma olanağı sağlayan tıbbi rehabilitasyon hizmetleri hekimler ya da diğer sağlık personellerince yerine getirilir. Sosyal rehabilitasyon ise sosyal hizmet uzmanları tarafından yerine getirilir. Bir ülkede sunulan sağlık düzeyi ve kalitesi o ülkede tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici hizmetlere ayrılan kaynak ile orantılıdır. Bu nedenle ülkelerin gelişim düzeyi ile sağlık hizmetleri arasında doğru orantılı bir ilişki mevcut olup gelişmekte olan ülkelerde kaynakların sınırlı olmasından dolayı sağlık alanına kaynak tahsisi daha az olmaktadır. Ülkeler geliştikçe maddi olanakları artacağından sağlık sektörüne daha fazla kaynak tahsis ederler (Kahraman,2013, s.93).

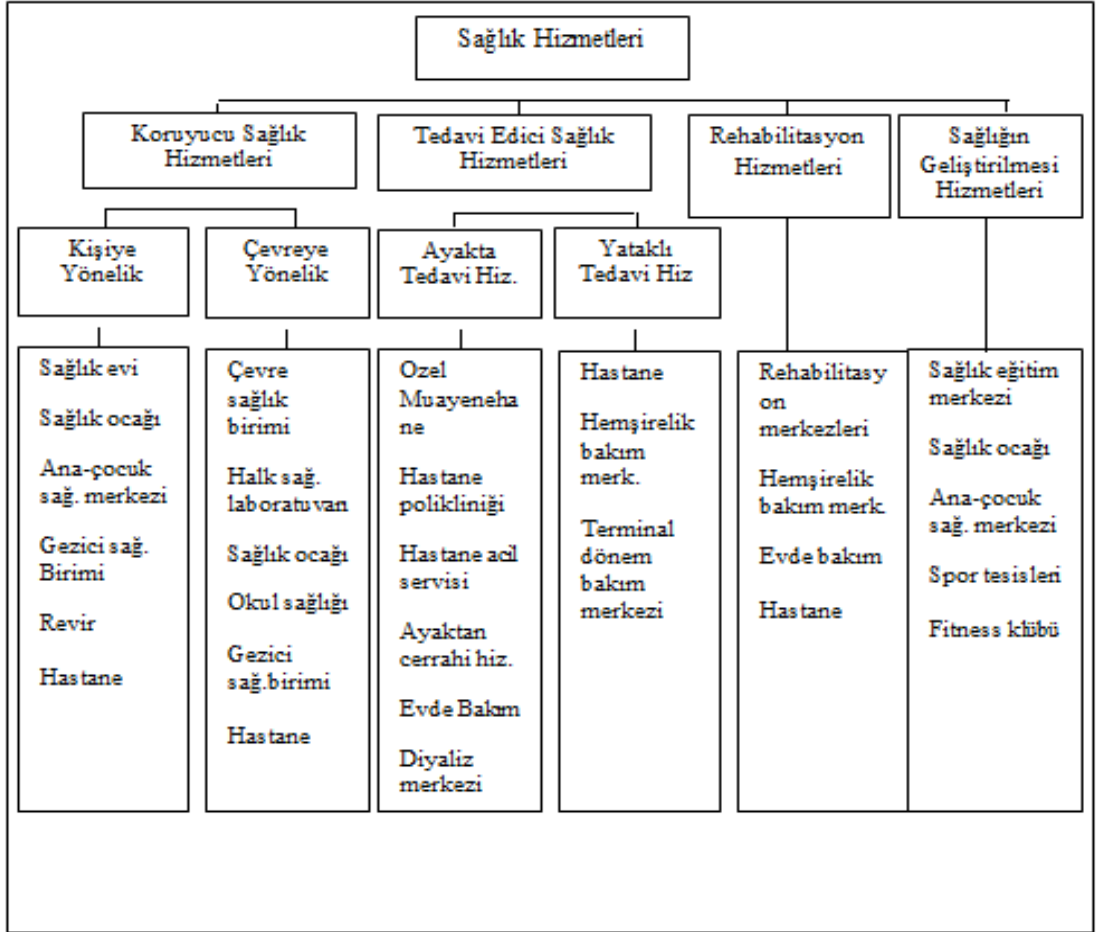
1.4.3.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Temel sorumluluğu bireylerde olan hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesi hizmetleri bireylerin sağlık durumları hakkında kontrollerini arttırmalarını ve sağlık durumlarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir. Günümüzde birçok hastalığın nedenleri arasında kişilerin yaşam tarzının ve alışkanlıklarının olduğu görmezlikten gelinemez. Bu hizmetlerin amacı bireylerin bedensel ve zihinsel sağlık durumunun iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve yaşam süresinin uzatılmasıdır (Erten,2016, s.14).

Sağlık hali tüm hayatımızı etkilemekle birlikte gelecek nesillere aktarılan bir süreçtir. Bu nedenle sağlığımızın korunması kendi yetkinliğimizden ayrı

düşünülemez. Sağlıkta yetkinlik (empowerment) bireylerin kendi sağlığını etkileyen durumlar ve süreçler üzerinde daha çok kontrol sağlayabilmesi anlamına gelmektedir. Bu yetkinlik politik, sosyal, psikolojik veya kültürel süreçleri kapsayabilir. Bu evrede sosyal grupların ve bireylerin ihtiyaçları ve talepleri belirlenir alınan kararlara dâhil olmaları için stratejiler geliştirilir ve bu ihtiyaçları karşılamak üzere kültürel, politik, sosyal eylemler ortaya konur. Kişi olarak sağlığımızın sorumluluğu bizim üzerimizdedir ve bu sorumluluğu devredemeyiz. Sağlığımızı daha iyi bir seviyeye yükseltmek ve sağlığımızı korumak için kendi irademiz dışında bir beklentimiz olmamalıdır. Fırsatları oluşturmak ve değerlendirmek durumundayız (Aydın,2018, s.1).

Şekil 1.1: Sağlık Hizmetleri Şeması



Kaynak: (Arısoy,2017, s.23).

1.4.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Dawson'un 1920 tarihinde Britanya Sağlık Bakanlığı için hazırladığı belgede ilk kez sağlık hizmetlerin den basamaklandırılarak söz edilmektedir (İnterim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services). Raporda sağlık hizmetleri üç temel düzeyde ele alınmakta ve bu düzeylerin işlevleri arasındaki ilişki incelenmektedir. Birinci basamak sağlık kurumları sağlık sisteminin merkezinde bulunmakta, bu kurumları genel uzmanlık bilgisi gerektiren ikinci basamak kurumlar desteklemekte ve son basamakta nadir görülen kompleks hastalıkların tedavi edildiği eğitim hastaneleri bulunmaktadır (Başak,2007, s.136).

Anayasal bir hak olan sağlık hakkının korunmasında sağlık hizmetlerinin kullanımı sağlık sektörünün değişen zamana göre yenilenmesinde ve sağlık sistemlerinin performanslarının ölçülmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık kişilerin yaşamına değer ve anlam katan faktörlerin başında gelmektedir. Kişilerin ruhsal ya da fizyolojik yapısındaki normal dışı durumlara gösterdiği tepki ve hastalığı-sağlığı algılayış biçimi farklılık göstermektedir. Farklı toplumlarda sağlık ve sağlık hizmetlerine verilen önem değişmektedir. Bu durumu etkileyen faktörler toplumun mevcut olan değer yapısı ve bu yapıya göre şekillenen devlet politikalarıdır. Sağlık sisteminin organizasyonu, yapısı, maddi ve insan kaynakları, finansmanı, sağlık hizmetlerinin sunumu bu devlet politikaları tarafından belirlenmektedir (Gökkaya ve Erdem,2017, s.151).

Sağlık sektörü içinde bulunan sağlık hizmetleri sivil toplum kuruluşları, kamu sektörü ve özel sektör tarafından sunulmaktadır. Sağlık hizmeti sunan bu kuruluşlar lokasyon durumu, finansal gücü ve teknolojik yapısı gibi faktörlere bağlı olarak çeşitli derecede sağlık hizmeti sunmaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu birinci basamak sağlık hizmeti, ikinci basamak sağlık hizmeti ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde gerçekleşmektedir (Çetin,2015, s.9).

1.4.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tanımlanmasında günümüze dek birçok tanım yapılmıştır. Kişilerin sağlık hizmetlerine ilk başvurduğu yer olması, eşgüdüm sağlama, süreklilik, kapsamlılık gibi özellikler bu tanımlarda görülen

birinci basamağın ortak özellikleridir. Toplumsal ve bireysel yönden bu dört özelliği taşıyan bir sağlık sistemi 1978 Alma-Ata bildirgesinde tanımlanmıştır. Birinci basamakta “sağlık bakımı kavramı, sağlık çalışanlarının belirli bir topluluğun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin çoğunu karşılayan, hastalarla sürekli ve ortak bir ilişki içinde olan, toplum ve aileye koruyucu sağlık, tıbbi bakım ve geliştirici sağlık hizmetleri sunan kapsamlı, ulaşılabilir ve bütünlük sağlığı hizmeti" biçiminde tanımlanabilir (Başak,2007, s.136).

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlar, sağlık hizmeti talebinde bulunan kişilerin ilk başvurdukları kuruluşlardır. Bu kurumlarda uygulanan sağlık hizmetleri tedavisinin evde ya da ayakta verildiği, hastaların tedavisi için yatarak tedavinin gerekli olmadığı, genellikle koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleridir. Toplumdaki aileler ve bireylere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumdaki sağlık sorunlarına çözüm bulmaya yönelik gerçekleştirilen faaliyetler birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yer alır (Çetin,2015, s.10).

Hastaların çoğunlukla ayaktan gerektiği durumlarda yatırılarak teşhis ve tedavisinin yapıldığı sağlık kurumlarıdır. Toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi, belediye poliklinikleri ve kurum tabipliği gibi sağlık merkezine sağlık sorunları için başvuran hastaların kurum ile olan ilişkisi uzun bir süre boyunca devam eder. Birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleri kendine has özellikleri ile ayırt edilir. Birinci basamak sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetleri diğer basamakların işleyişini şekillendirir ve onlara temel oluşturur.

1.4.4.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastaların ayaktan yada yatarak tedavi aldıkları gerektiği durumlarda da rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği sağlık kurumlarıdır. Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, ağız ve diş sağlığı hastaneleri, entegre ilçe hastanesi, kamu kurumlarına ait olup Bakanlıkça ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri gibi birinci basamaktan sevk alınarak ya da doğrudan başvurunun mümkün olduğu tedavi kurumlarıdır.

1.4.4.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlar belirli bir yaş gurubuna ilişkin hastalıkların tedavisi ya da belirli hastalıkların tedavi edildiği bünyesinde yüksek teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı özel dal merkezleridir. Bu kurumlar göz hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi, onkoloji hastanesi gibi özel dallara yönelik sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır (Çetin,2015, s.11).

Bazı durumlarda hastalık ilerlemiş ya da sağlık kuruluşuna başvuran vakanın durumu çok ağır olabilir, bu gibi durumlarda ikinci basamak yeterli gelmez, hastalık uzmanlaşmaya dayalı bir tedavi ve bakım gerektirebilir. Böyle bir durumda sağlık problemi yaşayan kişi tıp teknolojisinin ileri düzeyde uygulandığı ihtisas hastanelerine yönlendirilir ve tedavisine burada devam edilir. Üniversite tıp hastaneleri onkoloji hastaneleri, göğüs hastalıkları hastaneleri, çocuk hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri bu tür ihtisas hastaneleridir (Kaya,2011, s.66).

1.4.5.Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri

Orta Çağ Avrupa'sında hastalık riskine karşı koruma sağlayan finansal sistemlerin kurulmasından önce sağlık hizmetleri hayır kurumları ya da bireyler tarafından cepten ödeme yöntemi ile finanse edilmiştir. İşçilerden ve işverenlerden alınan primler ile finansmanı sağlanan sosyal sigortacılık sistemi 19.yy sonlarına doğru, vergiler ile finanse edilen sosyal sigortacılık sisteminin 20.yy ilk çeyreğinde gelişmesi ile sağlık hizmetlerinin kamu yönü gelişmiştir. Bireysel ödeme yöntemlerinden sosyal sigortacılık sistemlerine doğru değişen sağlık hizmetlerinin finansmanı ödeme yöntemlerinin de değişmesine neden olmuştur (Çoban,2009, s.118).

Uluslararası kanunlarda da yer alan sağlıklı yaşam hakkının günlük hayatta uygulanabilmesi için sunulan sağlık hizmetlerinden toplumdaki bireylerin eşit oranda yararlanabilmesi sağlık hizmetlerine kolay ulaşılması ve sağlık hizmetlerinin kaliteli olarak sunulması gerekir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin finansmanı tutarlı, etkin ve verimli bir yapıda olmalıdır. Günümüz dünyasında gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda çalışmalar yürütülmektedir. Toplumda sağlık hizmetlerinin ideal düzeyde sunulabilmesi için

sağlık hizmetleri finansmanında kullanılacak mali kaynakların piyasa aracılığı ile ya da kamu kaynakları ile sağlanması gerekir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel olarak kamu sektörü ve özel sektör tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık harcamalarının ülkelerin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla içinden aldığı pay ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklı olmakla birlikte, sağlık harcamaları ve sağlığın finansmanı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tartışılmakta ve sağlık politikalarının belirlenmesinde ülkelerin üzerinde durduğu önemli konular olarak yer almaktadır. Hangi sunum yöntemi ve finansman kullanılırsa kullanılсын temel amaç sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir erişim düzeyinde, kaliteli bir şekilde verimli ve adaletli olarak sunumu olmalıdır (Alacahan,2015, s.9).

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinin sınıflandırılması farklı biçimlerde olabilmektedir. Doğrudan ve dolaylı finansman yöntemleri biçimindeki sınıflandırma sağlık hizmeti satın alanların yaptığı ödeme şekline göre kaynaklanırken finansman kaynaklarına göre sınıflandırdığımızda kamu ve özel finansman kaynakları olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmaktadır (Çoban,2009, s.119).

1.4.5.1.Kamu Finansman Yöntemleri

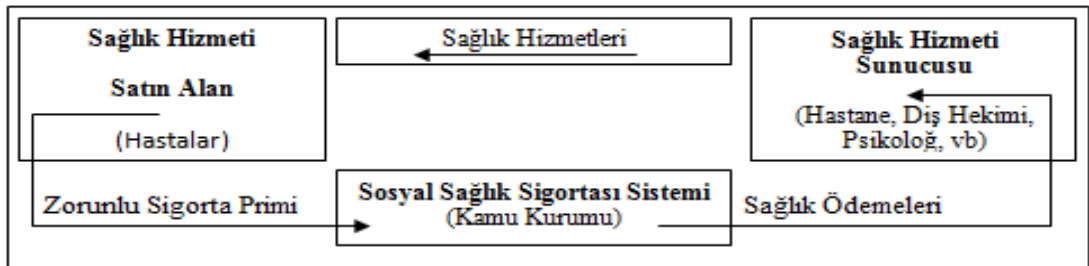
En temel insan haklarından olan sağlık hakkının fiili olarak kullanılmasının sağlanması ve bu haktan yararlanmanın temin edilmesi gerekmektedir. Günümüz dünyasında bu gerekliliği temin etmekte sorumlu unsur devlettir. Sağlık hizmetinin kullanımını sürecinde bireylerin maddi imkânlarının birbirinden farklı olması anayasal bir hak olarak tanımlanan sağlık hakkını dolayısıyla sağlıklı yaşama durumunu riske sokmaktadır. Devletin kamu gücünü kullanarak yapacağı düzenlemeler gerçekleştireceği müdahaleler toplumda farklı sınıfta bulunan kişilerin sağlık hizmetlerini eşit ve ortak bir biçimde kullanmasını sağlayacaktır. Dolayısıyla sektörün sağlık hizmetlerini maddi imkânları iyi olan kişilere tahsis etmesi, maddi imkânları iyi olmayanların hizmetten yararlanamaması veya sınırlı olarak yararlanması kamu müdahalesini gerekli kılmaktadır (Çelikay ve Gümüş,2010, s.183).

1.4.5.1.1. Sosyal Sigortalar

Günümüzde yaygın finansman kaynaklarından biri olarak kullanılan sosyal sigortalar işçiler ve işverenler tarafından finanse edilmekte ve sadece sağlık hizmetlerini değil emeklilik, sakatlık ve yaşlılık gibi alanları da kapsamaktadır. 1980'li yılların başında Zschock tarafından yapılan bir araştırmaya göre az gelişmiş ülkelerin yarısından fazlasında sosyal güvenlik kapsamında sağlık hizmetlerinin de sunulduğu ifade edilmektedir. Sosyal sigorta programlarında finansman genellikle çalışanlardan ve işverenlerden zorunlu olarak kesilen primler ile finanse olurken kamu bazı durumlarda bu programlara katkıda bulunabilir. Sağlık hizmetlerinden yararlananlar sosyal güvenlik primine ek olarak maliyet paylaşımına yönelik bir ek ödemede de bulunabilir. Sistemin idaresi kamu tarafından yapılacağı gibi özel sigorta şirketleri de kullanılabilir. Sosyal sigorta sisteminde risk bir havuzda toplanmıştır bu sebeple yüksek risk taşıyan ve sigorta sistemine dâhil olan sigortalılar lehine eşit olmayan bir yarar dağılımı gerçekleşmektedir (Tatar,1996, s.46).

Kimi ülkelerde tek bir sosyal sigorta sistemi tüm nüfusu kapsamı altına almakta ya da bunun alternatifi olarak belli sayıda olan ve üye kazanma yönünden birbiri ile rekabet içinde olmayan birbirinden bağımsız planlar nüfusu kapsam dahiline alabilir. Bu planlar toplumsal ya da bölgesel düzeyde olabilir veya belirli bir meslek alanına hizmet sağlayabilir. Kimi sigorta planları farklı düzeylerde katkı içeren değişik fayda paketleri sunmaktadır. Dayanışma oranı ve risk paylaşımı kapsanan gurubun hacmine bağlıdır. Sosyal sağlık sigortası planları yasal katkı toplama yöntemi ile ulaşılabilecek, dayanışma temelinde oluşturulmuş kendi sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilecek durumdaki toplumun alt guruplarının ihtiyaçlarını karşılamaya uygundur (Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı,2019, s.12).

Şekil 1.2: Sosyal Sağlık Sigortası Uygulaması



Kaynak: (Çelikay ve Gümüş,2010, s.190).

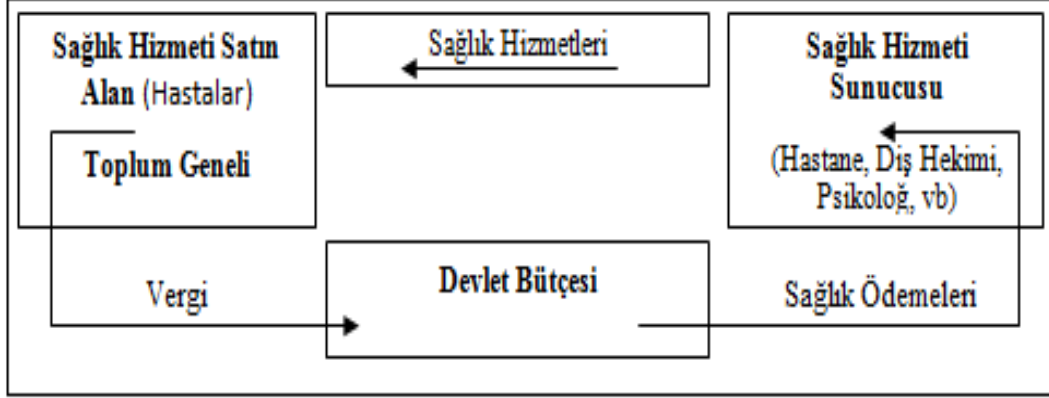
1.4.5.1.2. Kullanıcı Harçları

Kamusal hizmetler için özel kişiler tarafından yapılan ödemeler kullanıcı harcı olarak adlandırılmaktadır. Bu yönüyle sağlık hizmetleri finansman yöntemleri içinde bulunan bireysel ödemeler ile benzerlik taşımaktadır. Fakat hizmeti kamu kurumunun sunması nedeniyle kullanıcı harçları kamusal finansman kapsamında değerlendirilmektedir. Kamu hizmetlerini kullanma karşılığında kişiler tarafından ödenen paralar kamusal hizmet ve malların sunumunda kullanılmak amacıyla satın alma periyoduna eklenir. Kullanıcı harcı ücreti olarak adlandırılan bu bedeller birçok kez kullanılan kamu hizmetini parasal açıdan tam karşılığını karşılamamaktadır. Kullanıcı harçları ile vergiler arasındaki en önemli fark vergiler herhangi bir karşılık kapsamında toplanmazken, kullanıcı harçları kamusal hizmetlerin karşılığında alınmaktadır. Vergilere kıyasla kullanıcı harçlarının toplam finansmana katkısı oldukça düşük düzeydedir. Fakat talebin sınırlandırılması fonksiyonuna sahip olan harçların ekonomi üzerindeki etkinliği önemlidir (Çoban,2009, s.120-121).

1.4.5.1.3. Dolaylı ve Dolaysız Vergiler

Sağlık sektörünün finansmanında kullanılan genel vergi gelirleri en önemli finansman aracı olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı tamamen vergiler ile karşılanacağı gibi bazı sağlık hizmetleri için kamu tarafından para aktarılabilir. İngiltere gibi bazı Avrupa birliği ülkelerinde sağlık sistemi tamamen vergiler ile finanse edilmektedir. Kamu etkisinin yoğun olduğu sistemlerde sağlık hizmetlerinin finansmanında vergiler önemli rol oynar. Doğrudan vergiler ve dolaylı vergiler olmak üzere vergilendirmede iki temel esas vardır. Bazı mal ya da hizmetlerin fiyatları üzerine eklenen ve bir bölümü sağlık hizmetlerinin finansmanına katkıda bulunmak için kullanılan vergiler dolaylı vergilerdir. Gelir üzerinden direkt yapılan kesintiler ise doğrudan vergiler gurubunda yer alır. Genellikle doğrudan vergiler gelişmeye açık ve hakkaniyeti sağlayıcı biçimde olmalıdır. Birçok ülkede genel vergilendirmenin sağlık hizmetleri için gerekli maddi kaynakların sağlanması ve sürdürülebilmesi için etkili bir yöntem olup olmadığı tartışılmaktadır (Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı,2019, s.10).

Şekil 1.3: Sağlık Hizmeti Kullanmada Vergilendirme Sistemi



Kaynak: (Çelikay ve Gümüş,2010, s.196).

1.4.5.2. Özel Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin özel finansmanında bireylerin sağlık hizmetlerine yaptığı cepten ödemeler (doğrudan ödeme) veya özel sağlık sigortaları kullanılmaktadır. Maddi imkânları yüksek olan bireyler sosyal sigorta içinde yer almakla birlikte bazı durumlarda sağlık giderlerini doğrudan ödemekte ve bu ödeme risklerini azaltmak adına özel sağlık sigortasını tercih etmektedirler (Çakır,2016, s.11).

1.4.5.2.1.Özel Sağlık Sigortaları

Orta Çağ Avrupa'sında zanaatkârlar arasında hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlama düşüncesiyle kurulan sendikalar daha sonra hastalık fonlarına dönüşmüştür. Fona dahil olan üyelerin düzenli olarak ödemeler ile katkıda buldukları bu sistem zaman içerisinde ve endüstrileşme sürecinin katkısıyla çeşitlenmiş ve genişlemiştir. Endüstride çalışan bazı işçiler ve yerleşim yerleri ortak olan çiftçiler 19.yy başlarında ortak yardımlaşma sendikaları kurmaya başlamışlardır. Günümüz sosyal güvenlik kapsamında değerlendirilen sosyal sağlık sigortalarının temelini oluşturma açısından ortak yardım sandıkları önem arz etmektedir. Üyelerin değişen ihtiyaçlarına göre yardımların belirlenmesi, dayanışma sağlamak ve üyelerin yönetimde söz sahibi olması gibi temel ilkeleri olan dayanışma sandıkları üyelerin geliri üzerinden sabit bir miktarda katkı toplayarak ihtiyacı olan üyelere toplanan bu katkılar ile yardımda bulunmaktadırlar (Yaşar,2007, s.19-20).

Sigorta şirketlerinin statüsüne, primlerin hesaplama şekline, yardımların belirlenmesine ve işlevlerine göre özel sağlık sigortaları farklılaşmaktadır. İşlevleri açısından iki kısma ayrılan özel sağlık sigortalarında "ikame edici özel sağlık sigortası" zorunlu sağlık sigortası yerine kullanılırken;" tamamlayıcı özel sağlık sigortası" zorunlu sağlık sigortası ile birlikte kullanılmaktadır. Özel sağlık sigortaları primlerinin hesaplanma şekline göre toplumsal, grupsal ve bireysel risklere göre ayrılmaktadır. Kâr amaçlı olanlar ve kâr amaçlı olmayanlar olarak ikiye ayrılan sigorta şirketlerinde primlerin bireysel risklere göre belirlenme yöntemi, özel sigortalarda genellikle kullanılan prim hesaplama yöntemidir. Prim hesaplamaları grup risklerine göre yani bir işyerinde çalışan grubun ortalama sahip olduğu riske göre belirlenen sistemlerde primler işverenler tarafından ödenmektedir (İstanbulluoğlu, Güleç ve Oğur,2010, s.91).

Finansal olanakları göreceli olarak yüksek olan bireyler özel sağlık sigortalarına yönlendirilerek kamunun kısıtlı olan kaynaklarını, özel sağlık sigortasına ulaşamayacak dezavantajlı ve düşük gelirli gruplar için harcaması özel sağlık özel sağlık sigortalarının teorideki en büyük avantajıdır. Özel sağlık sigortalarının denetimi ve işleyişi bu potansiyel avantajların gerçekleşmesi bakımından önemlidir. Özel sigorta şirketlerinin sigorta tekeli yaratma isteği, şirketlerin sağlık riski yüksek olan grupları sigortalamaktan kaçınması bireylerin var olan hastalıklarını sigorta şirketlerinden gizleyebilmeleri, sigorta primlerinin doğru olarak belirlenmemesi, dayanışma ve adalet kavramlarının zedelenmesine neden olmaktadır (İstanbulluoğlu, Güleç ve Oğur,2010, s.91-92).

1.4.5.2.2. Cepten Ödemeler

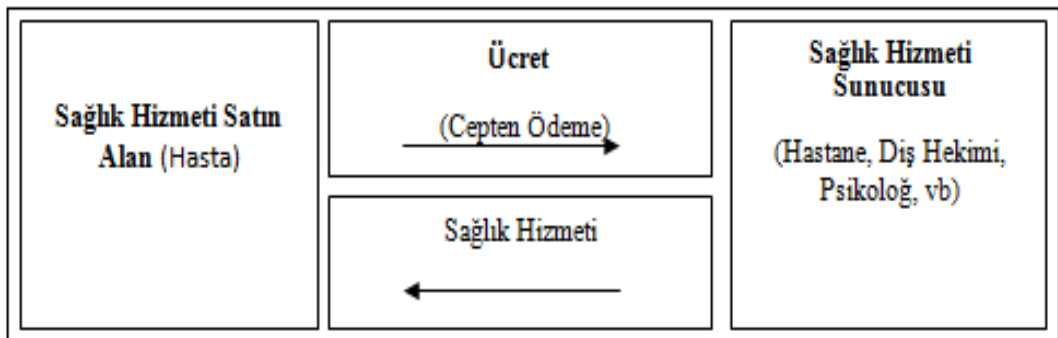
Sağlık hizmetlerinin kullanımında kişilerin kendi bütçelerinden yaptıkları ödemeler cepten ödeme olarak adlandırılmaktadır. Hastalık riskine karşı koruma sağlayan sigorta sistemleri gibi koruma sağlamayan cepten ödemeler sağlık hizmetlerinin organizasyonu yeterli olmayan ve gelir seviyesi sağlık hizmeti verebilecek düzeyde olmayan az gelişmiş ülkelerde daha fazla görülmektedir. Cepten ödeme yönteminde bazı riskler bulunmaktadır. Genellikle gelir seviyesi düşük ülkelerde cepten ödeme yöntemi ile satın alınan sağlık hizmetleri maddi durumu iyi olan kişiler tarafından kullanılırken maddi durumu yetersiz kişiler sağlık hizmeti

satın alamamaktadır ve bu durum hastalanmalarına ya da yaşamlarını yitirmelerine neden olabilmektedir. Bu ülkelere Çin, Hindistan ve Afrika ülkeleri örnek olarak gösterilebilir (Erten,2016, s.28).

Cepten ödemeler birçok sağlık sisteminde görülmektedir. Bu ödemelerin sağlık sistemlerdeki pozitif etkisi olarak bireylerin gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önlenmesi gösterilebilir. Fakat sağlık hizmetlerinin kullanımının belirsizliğinden dolayı cepten ödemeler bir finansman yöntemi olarak kullanılmamaktadır. İnfornel ödeme, kullanıcı katkısı/maliyet paylaşımı ve doğrudan ödeme olarak üç tane cepten ödeme yöntemi mevcuttur (Korucu ve Oksay,2018, s.275).

Cepten ödemeler kayıt dışı ve resmi olmak üzere iki farklı şekle ayrılmaktadır. Bireylerin sağlık hizmetini satın aldığı anda yapmak durumunda oldukları resmi cepten harcamalar yasalarla düzenlenmekte ve maliyet paylaşımı ve doğrudan ödemeler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Alınan sağlık hizmetinin sosyal güvence programları tarafından karşılanmadığı durumlarda bireylerin hizmetin tamamı için yaptığı harcamalar doğrudan ödeme olarak adlandırılmaktadır. Maliyet paylaşımı ödemelerinde ise katkı payı bulunmaktadır. Bireylerin sağlık güvencesi programı içinde olamamalarına rağmen aldıkları/kullandıkları sağlık hizmetinin belirli bir miktarı için yaptıkları ödemelerdir. Kayıt dışı ödemeler ise sosyal güvence kapsamındaki bireylerin sağlık hizmeti aldıkları durumda yasal olarak tanımlanan ödemelerin dışında hizmet sunucularına aynı katkı, hediye ve nakit olarak yaptıkları ödemelerdir (Çakır,2016, s.14).

Şekil 1.4: Cepten Ödeme Sistemi



Kaynak: (Çelikay ve Gümüş,2010, s.188).

1.4.5.2.2.1.Doğrudan Ödemeler

Zaman ve mekân yönünden sağlık hizmeti kullanımının sınırlı olduğu durumlarda ya da sosyal sigorta kapsamına dâhil olmayan sağlık sorunlarında bireyler aldıkları sağlık hizmetinin ücretini kendi gelirinden karşılamaktadır. Genel olarak sigorta tarafından karşılanmayan ilaç alımı, dış tedavisi ve özel sağlık kurumlarından alınan hizmetlerde doğrudan ödeme yapılmaktadır. Devlet sigortası ya da özel sigorta kapsamına dâhil olmayan estetik ve diş sağlığı dibi hizmetlerin ücretleri doğrudan ödemeler yolu ile karşılanmaktadır. Ayrıca sigorta kapsamına giren hizmetlerde de zaman kaybı, sunulan hizmetten memnun olmama gibi nedenlerden dolayı doğrudan ödemelere başvurulmaktadır.

1.4.5.2.2.2.Kullanıcı Katkıları

Son zamanlarda sağlık sektöründe politika belirleme konusunda Dünya Bankası tarafından da önerilen özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektörünün özel teşebbüse açılması ve sağlık sektörüne ek kaynak sağlamak, sektör kaynaklarını verimli kullanmak için sağlık hizmetlerinden “kullanıcı katkıları“ alınmasıdır. Sağlık harcamalarının artması, sağlık hizmetlerine olan talebi azaltmak, verimliliği arttırmak ve maliyetleri kısıtlamak için kullanıcı katkıları yöntemi kullanılmaktadır (Erten,2016, s.29).

Sağlık hizmetlerinin kullanımı durumunda ortaya çıkan kullanım giderinin bir bölümünün ya da tamamının sağlık güvencesi olan kişilerce ödenmesi kullanıcı katkısı olarak adlandırılmaktadır. Doğrudan ödemelerden farklı olarak kullanıcı katkıları sigorta kapsamında olan sağlık hizmetlerinin kullanımı durumunda ödenmektedir. Bununla birlikte sağlık hizmetini sunanlar özel ya da kamu sigorta şirketi ile sözleşme yaptıklarından dolayı sadece sağlık hizmetini kullanan bireylere karşı değil, sigorta firmasına karşıda sorumlu olmaktadırlar. Uygulanacak kullanıcı katkılarının düşük düzeylerde olması durumunda bu katkılardan elde edilen gelirin temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde ya da bu katkı payını ödeyemeyecek bireylere sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulmasına önemli katkıları olacaktır (Çoban,2009, s.126).

1.4.5.2.2.3.Enformel Ödemeler

Çoğunlukla kamu sektöründe görülen enformel ödemeler tedavi öncesinde doktorların hasa ile daha iyi ilgilenmesi için verilen paralardan ya da tedavi sonrası teşekkür etmek için verilen hediyelerden oluşmaktadır. Birçok ülkede yasa dışı olan enformel ödemeler kayıt altına alınmadığı için varlığı konusundaki iddialar tartışılmaktadır. Enformel ödemelerin temel sebepleri arasında kültürel nedenler, hizmet sunucularını etkileme isteği, özel sağlık hizmetlerinin yetersizliği, kamu sağlık sektöründeki finansal kaynakların yetersizliği gösterilmektedir (Yaşar,2007, s.19).

Sağlık hizmetinden yararlanan kişilerin içinde bulunduğu zor durum nedeni ile gizli ve nakit olarak yapılan enformel ödemelerin sağlık harcamaları içindeki oranını ülkeler açısından ortaya koyabilmek mümkün değildir. Hem yaygınlaşması (farklı sağlık hizmetlerinde görülme) hem de çeşitlilik (farklı ödeme formlarında yapılması) yönüyle enformel ödemelerin önemi gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde gittikçe artmaktadır (Çoban,2009, s.127).

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN DURUMU (1920-2002)

2.1.TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ (1920 – 2002)

Ülkelerin sağlık kaynakları ile bu kaynakların niceliksel ve niteliksel özellikleri sağlık ihtiyacı, toplum sağlığı ile ilgili değer yargıları, ulusal sağlık politikası ülkenin sağlık sistemini oluşturmaktadır. Türk sağlık isteminin bugünkü yapısını incelemeyen önce ülkenin sağlık mevzuatına, devlet işleyişi ve örgütlenmesini düzenleyen Anayasa belgelerine ve bugüne kadarki tarihsel süreci ele almak gerekir. Ülkemizde sağlık hizmetleri devlet görevi olarak ele alınmış ve 3 sayılı kanunla 2 Mayıs 1920’de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SB) kurulmuştur. TBMM’nin kuruluşundan İkinci Dünya Savaşına kadar olan dönemde sağlık hizmetlerinde koruyucu hizmetlere öncelik verilmiştir. 1950’li yıllardan sonra uygulanan sağlık politikalarında koruyucu hizmetlerden tedavi edici sağlık

hizmetlerine ağırlık verilmeye başlanmıştır. Türk sağlık sektörünün temel yapısı dönem, dönem meydana gelen kopmaları göz önüne almazsak devlet tarafından sunumu temel alan “devletçilik” ilkesine bağlı olarak yürütülmüştür (Alacadağlı,2016, s.2).

2.1.1. 1920-1923 Dönemi Sağlık Uygulamaları

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılmasıyla birlikte toplumun sağlık durumunu iyileştirmeden sorumlu, sağlık politikaları üreten ve ülkeye sağlık hizmeti sunan kurum 3 sayılı kanun ile 2 Mayıs 1920'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti) kurulmuştur. Kurulan Sağlık Bakanlığınca dönemim şartları göz önünde bulundurularak öncelikler saptanmış, toplumun mevcut sağlık durumu korunmaya çalışılarak sağlık durumunun iyileştirilmesi ve mevcut kaynakların en iyi şekilde değerlendirilmesi konusunda çalışmalar yapılmıştır. Dr. Adnan Adıvar Türkiye Büyük Millet Meclisinin ilk sağlık bakanıdır. Bu dönemde ülkenin içinde bulunduğu savaş koşullarından dolayı sağlık ile ilgili düzenli bir veri kaydı imkânı olmamış daha çok mevzuat geliştirilmeye odaklanılmış ve savaşın yarattığı tahribatın giderilmesi için çalışılmıştır (Genel,2017, s.26).

2.1.2. 1923-1946 Dönemi Sağlık Uygulamaları

Edinilen bilgiler doğrultusunda 1923 yılında ülkemizde sağlık hizmetleri yataklı tedavi kurumu 86 adet, hasta yatağı 6.437 adet, 554 hekim, 560 sağlık memuru, 69 eczacı, 4 hemşire ve 136 ebe tarafından hükümet kurumları, belediyeler, karantina tabiplikleri ve küçük sıhhiye memurlukları tarafından verilmekteydi (S.B. Stratejik Plan 2013-2017, s.20).

Tablo 2.1: 1923 Yılı Sağlık Rakamları

Birim	1923 Yılı
Hekim	554
Hemşire	4
Ebe	136
Eczacı	69
Sağlık Memuru	560
Yataklı Tedavi Kurumu	86
Hasta Yatağı	6.437

Kaynak:(S.B. Stratejik Plan 2013-2017, s.20).

Tablo 2.1’de görüldüğü gibi 1923 yılında sağlık hizmetleri 86 yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı ile 1323 sağlık hizmetleri personeli tarafından verilmekteydi (Genel,2017, s.27).

Cumhuriyetin ilanından sonraki dönemde ilk sağlık bakanı olan Dr. Refik Saydam Türkiye’nin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde 14 yıl süren bakanlığı döneminde ilk sağlık politikalarını şekillendirmeye çalışmış ve bu alanda önemli katkılar sağlamıştır.

Refik Saydam dönemine ait sağlık politikalarını dört ilke ile özetleyecek olursak (S.B. Stratejik Plan 2013-2017, s.20-21).

1-) Yönetimin tek elden yürütülmesiyle sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması.

2-) Merkezi yönetim tarafından koruyucu hekimlik, yerel yönetimler tarafından tedavi edici hekimlik hizmetlerinin yürütülmesi.

3-) Sağlık alanında ihtiyaç duyulan sağlık personelinin karşılamak üzere tıp fakültelerinin öneminin artırılması, yataklı tıp öğrenci yurtlarının açılması, mezunların mecburi hizmete tabi olması.

4-) Başta verem, trahom, cüzam, frengi ve sıtma gibi bulaşıcı hastalıklar ile mücadele programlarının oluşturulması.

Bu ilkeler doğrultusunda: (T.C. Sağlık Bakanlığı,2008, s.15).

- Sağlık hizmetleri “dikey örgütlenme” modeli ile “geniş bölgede tek amaçlı hizmet” doğrultusunda yürütülmüştür.

- Her ilçe de hükümet tabii olması hedeflenmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş ve koruyucu hekimlik kavramı yasal düzenlemeler ile geliştirilmiştir.

- 1924’te 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde nüfusun yoğun olduğu bölgeler göz önünde bulundurularak muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmeti veren doktorların maaşları arttırılmış fakat serbest çalışmaları yasaklanmıştır.

- İlk olarak 1924 yılında Ankara, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da Numune Hastaneleri, 1936 yılında da Haydarpaşa Numune Hastanesi açılmıştır. Adana ve Trabzon numune Hastanelerinin daha sonraki yıllarda tamamlanmasıyla Numune Hastanesi sayısı 7'ye çıkarılmıştır.

Ayrıca bu dönemde; 1927 yılında 992 sayılı Bakterioloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu, 1928 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928 yılında 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbî Müstahzarlar Kanunu, 1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1937 yılında 3153 sayılı Radyoloji Radium ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun gibi hâlen yürürlükte bulunan kanunlar çıkarılmıştır (S.B. Stratejik Plan 2013-2017, s.20).

2.1.3. 1946-1960 Dönemi Sağlık Uygulamaları

1946 tarihinde onaylanan ve Cumhuriyet Döneminin ilk yazılı sağlık planı olan *Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı* 12 Aralık 1946'da Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanmıştır. *Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı* ile merkezi hükümetin görev ve sorumluluğu haline getirilen sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin bağdaştırılması, yurt dışına açılma hedeflenmiştir. Yoğun bir çalışma sonucu oluşturulan *Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı* kanunlaşmadan Dr. Behçet Uz Sağlık Bakanlığı görevinden ayrılmıştır (Genel,2017, s.28-29).

Yasal metin haline getirilerek tümüyle uygulanamamış olsa da Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı içeriği bakımından ülkemizin sağlık sistemini etkilemiştir. Yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları bu çalışmadan etkilenecek merkezden yönetilmeye başlanmıştır. Milli Sağlık Planı'nda her kırk köy için on yataklı bir sağlık merkezi kurulması ve bu merkezlerde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin verilmesi için çalışmalar yapılmıştır. Kurulacak bu merkezlerde görev yapmak üzere bir sağlık memuru, bir ziyaretçi hemşire, bir ebe ve her on köye hizmet verecek köy sağlık memurları ve köy ebesi atanmaya çalışılmıştır. Sağlık merkezi sayısı 1945 yılında 8'iken, 1950 yılında 22'ye, 1955'de 181'e ve 1960 yılında 238'e yükselmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2008, s.16).

Bu dönemde enfeksiyona bağlı ölümler ve çocuk ölümlerinin fazla olması nüfus arttırıcı politikaların uygulanmasına neden olmuştur. Bu dönemde enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri, doğum evleri, insan kaynaklarının gelişimi ve sağlık merkezleri alanında önemli mesafeler kat edilmiştir (S.B. Stratejik Plan 2013-2017, s.22).

1952 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) gibi uluslararası kuruluşlardan yardım alınarak 1953 yılında Ankara'da Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi'nin yapımına başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2008, s.16).

Milli Sağlık Planı'nda Ankara, İzmir, Balıkesir, Samsun, Erzurum, Seyhan ve Diyarbakır olmak üzere yedi sağlık bölgesine ayrılan ülkemizin her bir sağlık bölgesine tıp fakültesi kurulması amaçlanmıştır. Daha sonraki süreçte hazırlanan Milli Sağlık Programı'nda Ankara, Bursa, İzmir, İstanbul, Eskişehir, Antalya, Konya, Sakarya, Samsun, Trabzon, Erzurum, Elazığ, Sivas, Seyhan, Diyarbakır ve Van olmak üzere on altı sağlık bölgesi kurulması öngörülmüştür (Genel,2017, s.29).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden sonra 1955 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde insan kaynakları alt yapısının arttırılması amacıyla öğrenci alımına başlamıştır. 1950 yılında 3.020 olan hekim sayısı 1960 yılında 8,214'e, 721 olan hemşire sayısı 1.658'e ve 1.285 olan ebe sayısı 3.219'a yükselmiştir. Geçen on yıllık sürede her üç meslek gurubunda %100 den fazla artış meydana gelmiştir (S.B. Stratejik Plan 2013-2017, s.23).

Sağlık merkezleri ve hastanelerin sayısı arttırılmış bununla birlikte yatak sayılarında ciddi artışlar gözlemlenmiştir. Ayrıca verem hastaneleri, doğum evleri ve çocuk hastanelerinin sayısında artış meydana gelmiştir. 1950 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığına bağlı 118 kurumdaki 14.581 yatak sayısı geçen on yıllık süre sonrasında 1960 yılın da 442 kurum ve 32.398 yatak sayısına yükselmiştir. 1950 yılında yüz bin kişiye düşen yatak sayısı 9'iken, bu oran 1960 yılına gelindiğinde 16.6'ya yükselmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2008, s.17).

Tablo 2.2: Sağlık Hizmetleri Verilerindeki Değişim (1950-1960)

Birim	1950 Yılı	1960 Yılı
Hekim	3020	8210
Hemşire	721	1658
Ebe	1285	3218
Yataklı Tedavi Kurumu	118	442
Hasta Yatağı	14.581	32.398
Hasta Başına Düşen Yatak Sayısı	100 bin kişiye '9'	100 bin kişiye '16.6'

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı,2008, s.17).

Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı'nda kişilere belirli bir ücret karşılığında sağlık sigortası yapılması, tedavi masraflarını karşılayamayan ya da sigortası olmayan kişilerin tedavi masraflarının özel idare tarafından karşılanması, sağlık bankasının kurulması ve sağlık harcamalarının finansmanının buradan karşılanması; aşı, serum ve ilaç gibi tıbbi malzemelerin üretiminin denetim altına alınması, çocuk maması ve süt gibi besinler üreten sanayi kuruluşlarının gibi hedefler bulunmaktaydı (S.B. Stratejik Plan 2013-2017,s.23).

Ayrıca 1953 yılı 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu, 1953 yılı 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu, 1954 yılı 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu ve 1956 yılı 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu bu dönemde oluşturulan sağlık alanı ile ilgili kanunlardır (Genel,2017, s.31).

2.1.4. 1960-1980 Dönemi Sağlık Uygulamaları

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun çıkarılmasıyla 1963 yılında Sosyalizasyon fiilen başlamış ve 1983 yılında ülkenin tümüne yayılmıştır. Kademeli, sürekli, yaygın, il içinde entegre bir anlayış ile sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri biçiminde bir düzenlemeye gidilmiştir. 1965 yılında 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun çıkmış ve nüfus arttırıcı (Pro-natalist) politikadan nüfus artış hızını sınırlandırıcı (anti-natalist) politikaya geçilmiştir. Ayrıca “dar bölgede çok yönlü hizmet” politikası uygulanmaya başlanmış, “geniş bölgede tek yönlü hizmet” politikasından vazgeçilmiştir (S.D.P. İlerleme Raporu,2008, s.17-18).

Genel Sağlık Sigortası konusunda 1976 yılında hazırlanan kanun taslağı Bakanlar Kuruluna sevk edilememiştir. Genel Sağlık Sigortasının kurulması 2.Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda 1969 yılında kararlaştırılmıştır. GSS Kanun Taslağı 1971 yılında TBMM'ne gönderilmiş fakat mecliste kabul edilmemiştir. Bunun üzerine 1974 yılında tekrardan görüşülmek üzere Meclise sunulan taslak Mecliste görüşülmemiştir. 1978 yılında kamuda çalışan doktorların özel muayenehane açmasını yasaklayan Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmıştır. 1980 yılında kabul edilen Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile 1978 yılındaki kanun yürürlükten kaldırılmıştır (S.D.P. İlerleme Raporu,2008, s.17-18).

2.1.5. 1980-2002 Dönemi Sağlık Uygulamaları

Vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmaları ve bu hakkın kişiler tarafından kullanılmasının devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler 1982 Anayasası'nda mevcuttur. 1982 Anayasası'nın 60. maddesine göre bireyler sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu hakkın kullanılmasını sağlayacak organizasyonu yapar, gerekli önlemleri alır denmektedir. Yine aynı Anayasa'nın 56. maddesine göre "Devletin, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir" ifadeleri yer almaktadır. Yine aynı madde "Genel Sağlık Sigortası'nın kurulabileceğine dair hüküm barındırmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2008, s.18).

1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkmış fakat kanunun kimi maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için ve kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığından tümüyle uygulama imkânı bulamamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.49).

Sağlık sisteminin finansmanı ve sağlıkta finans yönetiminin zaman içerisinde önemi daha da artmış ve bu durum 1987 yılında Genel Sağlık Sigortasını tekrardan gündeme getirmiştir. Fakat bu alandaki hukuksal alt yapı hazırlanamamış

ve Bağ-Kur sigortalılarına ayrı olarak yapılan sağlık yardımlarıyla beraber kamu sağlığı alanında üç başlı parçalı bir yapı meydana gelmiştir. Yaşanan bu gelişmeler sonucunda meydana gelen dikkat çeken durumlardan bazıları kişilerin aldıkları sağlık hizmetlerinin bazı sigorta kurumlarınca karşılanırken bazıları tarafından karşılanmaması, kişilerin aldıkları sağlık hizmetlerine bu üç kurumun farklı yaklaşımları ve farklı fiyat uygulaması gibi örnekler ortadaki durumu özetler niteliktedir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.49-50).

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), tarafından “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” adıyla hazırlanan plan sağlık reformlarını ele alan bir sürecin başlangıcı olmuştur. 1991 yılında birinci, 1993 yılında da İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılmış sağlık reformunun teorik alanına hız verilmiştir. Ekonomik gücü zayıf, sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli kişiler için 1992 yılında çıkarılan 3816 sayılı kanunla Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2008, s.19).

Sağlık Bakanlığı tarafından 1993 yılında sağlıklı Türkiye, sağlık hizmetlerinin sunumu, yaşam biçimi, destek ve çevre sağlığı gibi beş ana bölümden oluşan “Ulusal Sağlık Politikası” hazırlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.49-50).

Bakanlar Kurulu’nca “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı” adı altında hazırlanan Genel Sağlık Sigortası, TBMM’ye sunulmuş fakat kanunlaşmamıştır. 2000 yılında bakanlıkların görüşüne gönderilen Genel Sağlık Sigortası ile ilgili “Sağlık Sandığı” adı altındaki kanun tasarısı da olumlu sonuçlanmamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2008, s.20).

1990’lı yıllarda yürütölen sağlık reformu çalışmalarının ana bileşenlerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz: (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.49-50).

1- Genel Sağlık Sigortası’nın oluşturulabilmesi için sosyal güvenlik kurumunun tek çatı altına alınması.

2- Birinci basamakta verilen sağlık hizmetlerinin Aile Hekimliği temelinde güçlendirilmesi.

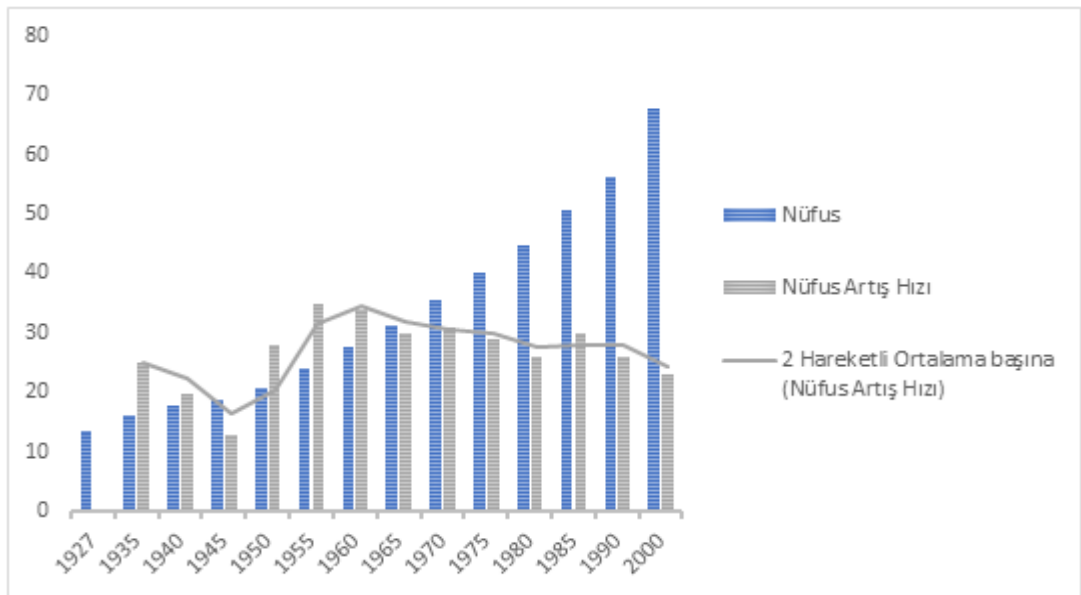
- 3- Kamu Hastanelerinin özerk bir yapıya kavuşturulması.
- 4- Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerini planlayan ve denetleyen bir yapıya kavuşması. Bu dönemde önemli teorik çalışmalar yapılmış fakat bu çalışmalar sınırlı uygulama alanı bulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.49-50).

2.2. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1927 yılında Cumhuriyet'in ilanından 4 yıl sonra Türkiye'de ilk nüfus sayımı yapılmıştır. I. Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı'nın sonrasında yapılan bu sayımda ülkenin nüfusunun 13,6 milyon olduğu tespit edilmiştir. Uzun yıllar süren savaşlar ve gerçekleştirilen bağımsızlık mücadelesinden sonra barış dönemine geçilmesiyle ülkenin nüfusu hızlı bir artma sürecine girmiştir. 1950'li yılların ortalarında ülkenin nüfus artış hızı binde 28 seviyesine, nüfus 24 milyona; 1960'lı yılların ilk çeyreğine gelindiğinde 1927 yılı seviyesine göre iki kat artarak 28 milyona ulaşmıştır. 1960'lı yıllardan itibaren ülkenin nüfus artış hızı azalmaya başlayarak 1970 yılında binde 25'e, 1980'lerde binde 20'ye 2000'li yıllarda ise binde 15'e gerilemiştir (H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,2008, s.6).

2.2.1. Nüfusun Büyüklüğü ve Artış Hızındaki Değişimler

Grafik 2.1: Nüfusun Büyüklüğü ve Artış Hızındaki Değişimler, (1923-2000)

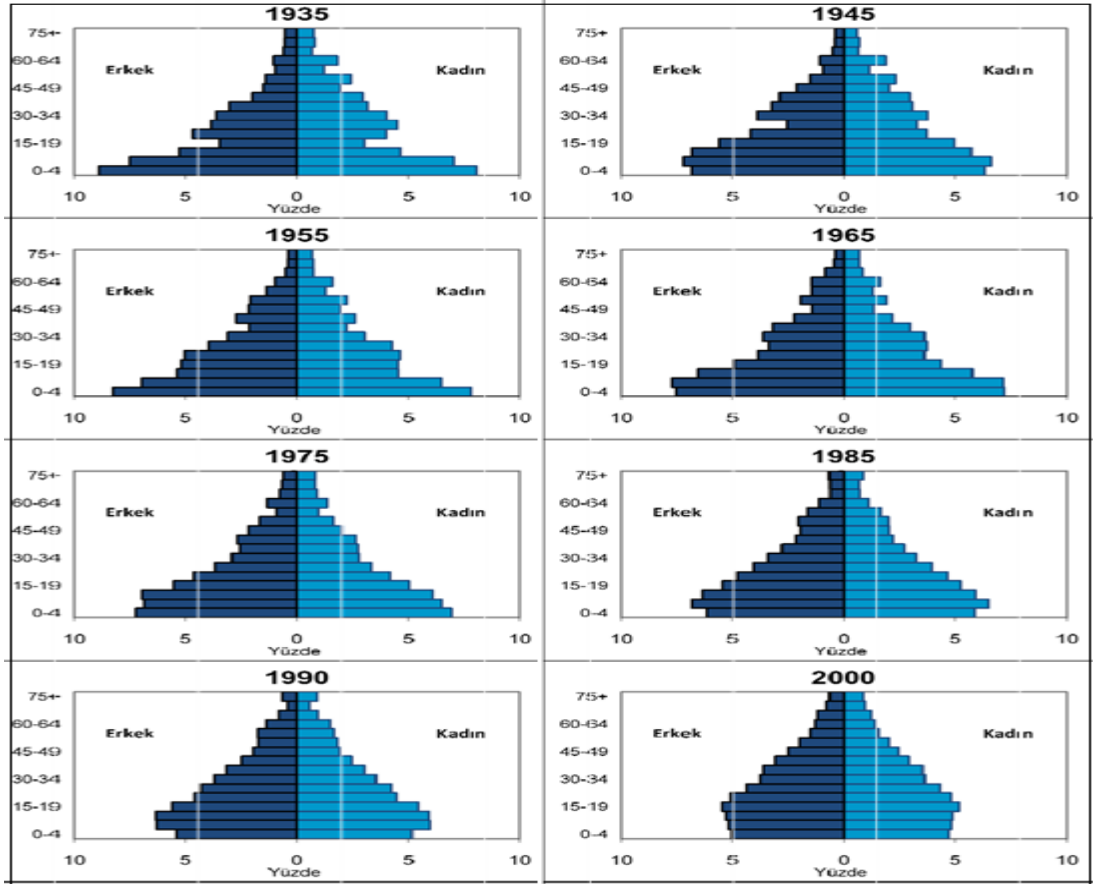


Kaynak: (H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,2008, s.6).

2.2.2. Nüfusun Yaş Yapısının Değişimi

Bir ülke nüfusunun yaş yapısını göç, doğurganlık ve ölüm gibi nüfusu belirleyen temel bileşenler etkilemektedir. Zaman içerisinde ülkemizdeki nüfusu belirleyen bu bileşenlerde değişimler meydana gelmiştir. Ülkelerin demografik yapıları hakkında önemli bilgiler sağlayan nüfus piramitleri adeta nüfusun yaş ve cinsiyet yapısının özet bir göstergesidir. Düşük seviyedeki doğurganlığı dar tabana sahip nüfus piramitleri, yüksek seviyedeki doğurganlığı geniş tabana sahip nüfus piramitleri işaret eder. Nüfus piramitlerindeki ileri yaşlara doğru gözlenen hızlı daralmalar yüksek ölümlülük seviyesini, daha yavaş daralmalar düşük ölümlülük seviyesini gösterir. Ölümlülük seviyesi ve örüntüsü aynı zamanda doğurganlık ile ilgili bilgilerin yanında cinsiyet, seçici göç hareketleri ve yaş ile ilgili bilgileri de sağlar (H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,2008, s.7).

Grafik 2.2: Nüfusun Yaş Yapısının Değişimi, (1935-2000)



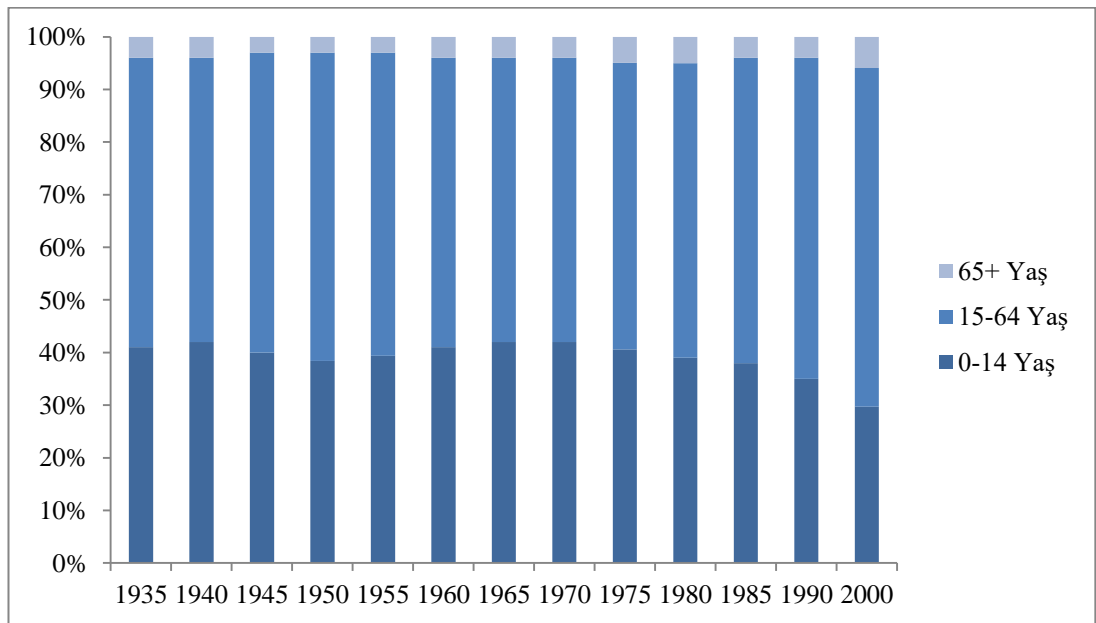
Kaynak: (H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,2008, s.9).

Nüfus piramitleri ele alınarak Türkiye'nin nüfus yaş yapısının değişimine bakıldığında ülkenin yüksek doğurganlık rejiminden düşük doğurganlık rejimine geçtiğini net olarak görmekteyiz.

Türkiye'nin 1935 yılından itibaren 1975 yılına kadar sürekli olarak yüksek doğurganlık seviyesi gösteren geniş tabanlı nüfus piramitleri mevcut iken bu durum 1980'li yıllardan itibaren doğurganlık seviyesindeki azalma ile tabanı gittikçe daralan nüfus piramitlerine geçiş görülmektedir. Birinci Dünya Savaşı döneminde doğan 1915-1920 doğum kuşağının (15-19 yaş grubu) sayısal nüfusu diğer doğum kuşaklarına göre daha az olduğu görülmektedir. Bu verilerden yola çıkarak Türkiye'de savaş yıllarında doğurganlığın ertelendiğini göstermektedir. 1975 yılına kadara olan nüfus piramitlerinde 1015-1920 kuşağının izlerini görmek mümkündür. Cumhuriyet Dönemi'nin ilk nüfus sayımında (1927 yılında) 13,6 milyon olarak tespit edilen ülkenin nüfusu 2000 yılına gelindiğinde 65 milyona yükselmiştir. Dönemin verilerine göre tespit edilen doğurganlık hızı (kadın başına düşen çocuk sayısı) 2,6 olarak ölçülmüştür (Türkiye'de Demografik Dönüşüm,2018, s.7)

2.2.3. Nüfusun Geniş Yaş Gruplarına Göre Değişimi

Grafik 2.3: Nüfusun Geniş Yaş Guruplarına Göre Değişimi,1935 – 2000



Kaynak: (Türkiye'de Demografik Dönüşüm,2018, s.15).

Geniş yaş grupları temelinde ülkemizin nüfus yaş yapısının değişimine bakıldığında üç durum fark edilmektedir. Bunlardan ilki doğurganlık seviyesinin azalmasının bir sonucu olarak 15 yaşından küçük olan nüfus oranının zamanla azalmasıdır. İkinci durum 15-64 yaş aralığında olan çalışmaya çağı nüfusunun zamanla artmasıdır. Bu artıştaki en büyük etken doğurganlık oranlarının yüksek olduğu dönemde doğan bebeklerin çalışmaya çağına girmeleri erken dönemde ölüm hızlarının azalmasından daha çok etkilidir. Üçüncü etken daha önce de belirtildiği gibi zaman içerisinde ülkenin nüfusunda meydana gelen doğurganlık seviyesinin azalması ve sağlık şartlarındaki iyileşmenin sonucunda genç nüfus yapısının yaşlı nüfus yapısı yönünde değişmeye başlamasıdır (H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,2008, s.10).

Gelişmekte olan ülkelerde görülen yaşlanma hızının gelişmiş ülkelerdeki yaşlanma hızından daha fazla olmasının en kaygı verici yönü gelişmekte olan ülkelerin ekonomik refah düzeyine ulaşmadan nüfusun yaşlanacak olmasıdır. Ülkemizde küresel yaşlanma sürecine paralel bir şekilde nüfusun yaş yapısına bağlı olarak nüfusun yaşlanma süreci artan bir hızla sürmektedir. Bu durum 20. yy üçüncü çeyreğinden itibaren başlayan demografik süreç ile birlikte 21.yy’ da yeni bir demografik olgu olan yaşlanma süreci ile karşı karşıya kaldığını ortaya çıkarmaktadır. Bu durum ülkenin genç nüfus yapısına yönelik olarak uyguladığı sosyal politikalardan yaşlı nüfusa yönelik olarak uygulanacak olan sosyal politikalara geçişi mecburi kılmaktadır (Yakar,2014, s.562).

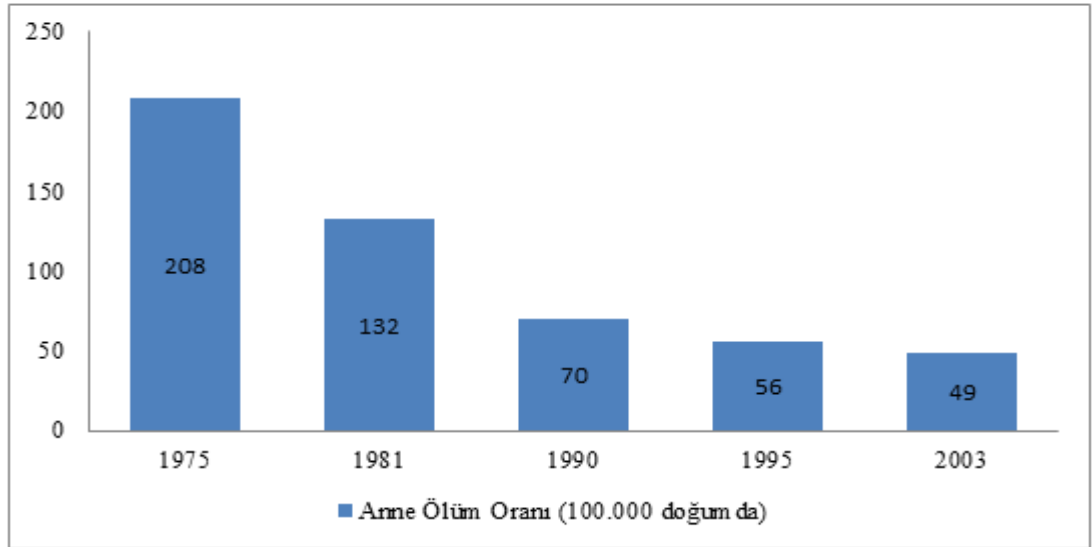
2.2.4. Anne Ölüm Oranları

Kadına yönelik sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi için kullanılan sağlık göstergelerinden biri anne ölüm oranlarıdır. Uluslararası Hastalık Sınıflaması (International Classification of Diseases ICD-10)'a göre bir kadının hamilelik sürecinde, doğum esnasında veya doğumdan sonraki 42 gün içinde hamilelik sürecine bakılmaksızın, hamilelik sürecine ya da hamilelik durumuna bağlı (doğrudan) veya (dolaylı) fakat tesadüfi olmayan sebepler nedeniyle meydana gelen ölüm "anne ölümü " olarak tanımlanmaktadır. Hamilelik süresince, doğum esnasında ve doğumdan sonra meydana gelen anne ölümlerinin nedenleri incelendiğinde bu

ölümlere sebep olan nedenlerin büyük bir kısmının önlenabilir olduğu görülmektedir. Fakat gelişmekte olan ülkelerde halen birçok kadın önlenabilir bu nedenlerden dolayı hayatını kaybetmeye devam etmektedir (Özcebe ve Shayan,2017, s.223-224).

Anne ölümlerinin oranına ilişkin bilgilerimiz ülkemizde Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasına (UAÖÇ) değin oldukça sınırlı kamıştır. Bu çalışmadan önceki dönemde kullandığımız verilerin önemli bir bölümü Dünya Sağlık Örgütü'nün matematiksel dayalı tahminler aracılığı ile elde ettiği verilerdir (H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,2008, s.42).

Grafik 2.4: Anne Ölüm Oranındaki Değişimler, (1975 – 2003)



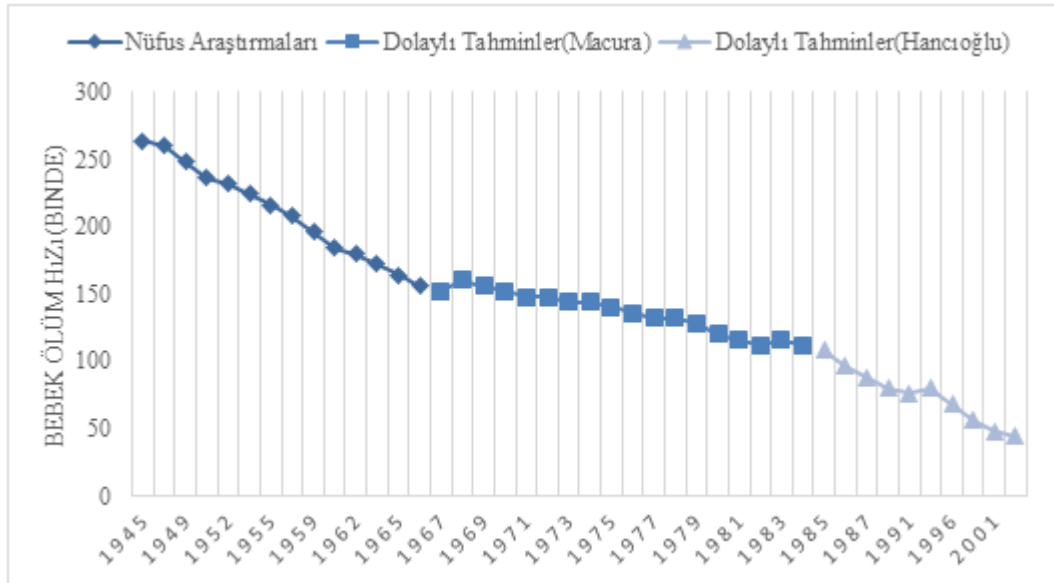
Kaynak: (H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,2008, s.43).

Ulusal araştırmalardan ve matematiksel modellerden elde edilmiş anne ölüm oranlarına bakıldığında (Grafik: Anne ölüm oranındaki değişimler (1975-2003)), ülkemizde anne ölüm oranlarında hızlı bir azalma olduğu gözlemlenmektedir. 1970'li yılların ortalarında Türkiye'de her 100.000 doğumda 208 anne ölürken, bu oran 1990'lı yılların ortalarında her 100.000 doğumda 56'ya, 2000'li yılların ortalarında da 100.000 doğumda 49'a düştüğü gözlemlenmiştir. Anne ölüm oranı ortalamasının Avrupa Birliği Ülkelerinde 100.000 doğumda 7 olduğu ele alındığında bu alanda Türkiye'nin kat etmesi gereken uzun bir sürecin olduğu görülecektir (H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,2008, s.42-43).

2.2.5. Bebek Ölüm Oranları

Ölüm (mortalite), hastalık (morbidite), doğurganlık (fortilite), ölçütleri sağlık hizmetlerinin planlanması ve ülkelerin sağlık düzeylerinin saptanması sunulan sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde ve önceliklerin belirlenmesinde en sık kullanılan ölçütlerdendir. Bu ölçütlerden bebeklik (0-11 ay) ve çocukluk (12-59 ay) dönemi mortalite düzeyini yansıtan ölçütler özel bir öneme sahiptir. Özellikle bebek ölüm hızı ile ilgili çeşitli göstergeler toplumdaki anne ve çocuk sağlığı hakkında bilgi sahibi olmamızı sağlamakla birlikte ülkenin gelişme durumu, çevre sağlığı şartları ve toplumun sosyo-ekonomik düzeyi ile ilgili durumu yansıtır (Avcı ve Topuzoğlu,2008, s.302).

Grafik 2.5: Bebek Ölüm Hızındaki Değişimler, (1945 – 2003)



Kaynak: (H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,2008, s.45).

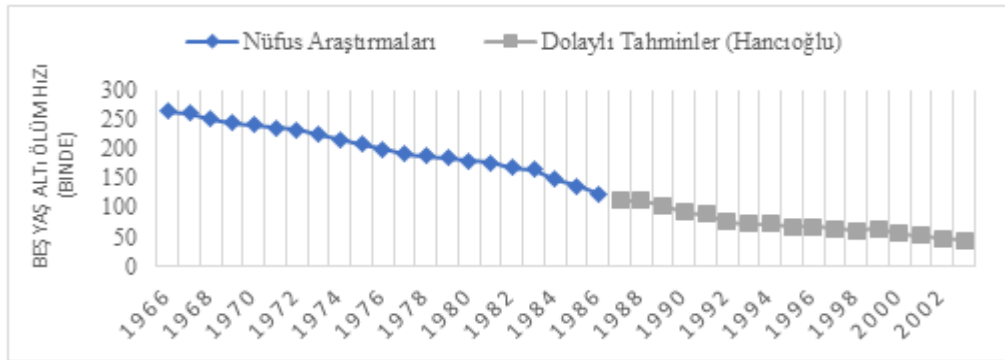
2000'li yılların ortasına kadar Türkiye'deki çocuk ölümlerinin seviyesi yapılan bu değerlendirmeyi haklı çıkaracak seviyede yüksektir. Türkiye'de 1960'lı yılların ortalarında binde 163 olan bebek ölüm hızı, 1980'li yılların ilk çeyreğinde binde 121'e, 1990'lı yılların ilk çeyreğinde ise binde 66'ya düşmüştür. 2000'li yıllarda hızlı bir şekilde azalmaya başlayan bebek ölüm hızı 2000'li yılların ortalarında binde 29 seviyesine gerilemiş ve yılın sonuna doğru binde 17 seviyesine düşmüştür (H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,2008, s.44).

Hastalık ve ölüm nedenleri bakımından gelişmekte olan ülke ve gelişmiş ülkelerde görülen ölüm nedenleri arasında farklılıklar mevcuttur. Kazalar, molignensiler ve kronik hastalıklar gelişmiş ülkelerde tüm yaş gruplarında ölüm nedenlerinde ilk sıralarda yer almaktayken gelişmekte olan ülkelerdeki toplumda en sık görülen ölüm nedenleri arasında kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar, kronik hastalıklar, çocuk yaş grubu ölüm nedenleri (ishalli hastalıklar, sıtma, tüberküloz, akut solunum yolu enfeksiyonları) yer almaktadır. Bu veriler gelişmekte olan ülkelerde toplumda görülen ölüm nedenlerinin önlenebilir sağlık sorunlarından olduğunu göstermektedir (Avcı ve Topuzoğlu,2008, s.301).

2.2.6.Beş Yaş Altı Ölüm Oranları

Ülkelerin umudu olan ve geleceğini oluşturacak olan çocukların sağlıklı bir şekilde doğması ve doğumdan sonraki süreçte büyüme ortamlarının sağlık şartlarının iyi olması pek çok ülkenin öncelikli hedefleri arasındadır. Birleşmiş milletler çocuk hakları sözleşmesinin 1. maddesinde belirtildiği gibi (erken yaşta reşit olanlar hariç) 18 yaşına kadar her birey çocuk olarak kabul edilmektedir. Beş yaş altı çocuk yaş grubu ve bu grubun 0-1 yaş grubuna ilişkin kısmı olan bebek nüfus üzerinde önemle durulmaktadır. Çocukluk dönemi ve bebeklik dönemine ilişkin ölümlülük düzeyleri sağlık durumunun özel göstergeleri veya kalkınmanın genel göstergeleri olarak değerlendirilmektedir. Doğumdan sonraki beş yıl içinde ölme olasılığı olarak tanımlanan "beş yaş altı ölüm hızı" bir canlı doğumdan beş yaşına kadar kaydedilen ölüm sayısının beş yaş altı nüfusa bölünmesi ile elde edilir (Şamkar ve Güner,2018, s.274).

Grafik 2.6: Beş Yaş Altı Ölüm Hızı, (1966 – 2003)



Kaynak: (H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,2008, s.45).

2000'li yılların ortalarına kadar ülkemizde gerçekleşen çocuk ölümlerinin düzeyi bu tespiti doğrulayacak derecede yüksek olmuştur. 1960'lı yılların ilk yarısında binde 223 olan beş yaş altı ölüm hızı 1980'li yıllara gelindiğinde binde 152 seviyesine, 1990'lı yılların başında ise binde 84 seviyesine inmiştir. 2000'li yıllara gelindiğinde beş yaş altı ölüm hızı azalmaya başlamış bu yılın ortalarında 37 seviyesine gerileyen beş yaş altı ölüm hızı yılın sonunda binde 24 seviyesine düşmüştür. Ülkemizde uzun yıllar süresince ekonomik gelişmişlik düzeyine kıyasla yüksek seviyede bebek ve çocuk ölümlülük verileri gözlemlenmiştir. Geçmiş dönemlerde yetişkin ölümlülük hızları benzer sosyoekonomik özelliğe sahip ülkelerden çok farklı olmayan ülkemizin doğu'da yaşam beklentisi, var olan yüksek düzeydeki bebek ve çocuk ölüm hızları sebebi ile sürekli düşük seviyede kalmıştır (H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,2008, s.43-44).

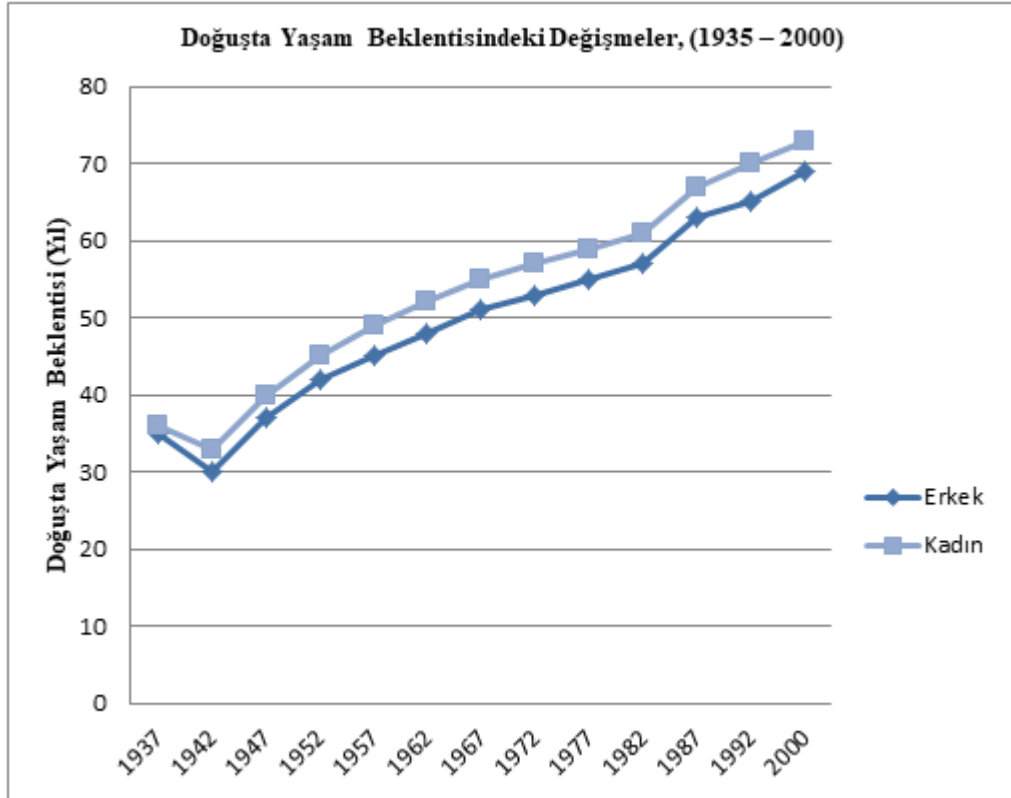
Çocuk ölüm hızları ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren önemli ölçütlerden biridir. Gelişmekte olan ülkede gerçekleşen ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde toplam ölümler içindeki bir yaşına kadar olan çocuk ölümlerinin önemli bir orana sahip olduğu görülmektedir. Zaman içerisinde ülkemizde ki çocuk ölümlerinde azalma gözlemlenmekle birlikte Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2003 yılı raporuna göre bir yaşından önce her bir çocuktan 29'unun öldüğü bildirilmiştir. Gelişmiş ülkelere göre yüksek düzeyde bebek ölüm hızına sahip olan ülkemizde bebek ve çocuk ölümleri çoğunlukla önlenemez nedenlerden kaynaklanmaktadır (Avcı ve Topuzoğlu,2008, s.302).

2.2.7. Doğuda Beklenen Yaşam Yılı

Uluslararası kuruluşlarca yayımlanan sağlık sistemleri performansının karşılaştırılması konusunda göstergeler insanların beklentilerinin yanıtlanması, sağlık hizmetlerinin finansal yükünün azaltılması, ülkelerin sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi bakımından birçok katkı sağlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Teşkilatı (OECD) gibi uluslararası kuruluşlar tarafından yayımlanan veriler sağlık sistemlerinin karşılaştırıldığı durumlarda kullanılır. DSÖ ve OECD tarafından yayımlanan bu göstergeler ülkeler arasında karşılaştırma yapmaya imkân sağlamaktadır (Çınaroğlu ve Avcı,2014, s.89).

Doğumda beklenen yaşam yılı, ülkedeki bireylerin belirli bir zaman dilimi içinde genel mortalite düzeyinin ölçüsüdür. Yaşam beklentisi aynı zamanda nüfusun genel sağlık durumunu ölçmek için kullanılır ve ülkedeki refah düzeyinin en önemli göstergelerinden biridir. Yaşam beklentisi, belirli yaşa ulaşan bir bireyin ortalama yaşayacağı yıl veya yaşa özgü yaşam beklentisi olarak ta tanımlanmaktadır ve herhangi bir yaşta ölme ihtimalinin ölçümünü sağlamaktadır. Sağlık düzeylerinin karşılaştırılması konusunda ülkeler arasında sıklıkla kullanılan ölçülerden biridir (Donar,2016, s.94).

Grafik 2.7: Doğuşta Yaşam Beklentisindeki Değişmeler, (1935 – 2000)



Kaynak: (H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,2008, s.14).

İkinci Dünya Savaşı dönemi dışında Türkiye'de doğuşta beklenen yaşam beklentisi devamlı olarak artma eğilimindedir. Erkek nüfus için 1940'lı yıllarda 30 yıl, bayan nüfus için 33 yıl olan doğuşta beklenen yaşam yılı 2000'li yıllara gelindiğinde erkekler için 69 yıla, bayanlar için ise 73 yıla yükseldiği görülmektedir (H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü,2008, s.13).

2.3. SAĞLIK BAKANLIĞININ YAPISI

Türk sağlık sisteminin boyutları Cumhuriyet'in ilanıyla zaman içerisinde yaşanan sosyal, ekonomik değişimlere paralel olarak değişmiştir. Kısaca geçmiş dönemlere baktığımızda Osmanlı-Selçuklu Tıp geleneğinde sağlık hizmetlerinin organizasyonunda süreklilik ile birlikte bir kültür birliğinin varlığı söz konusu olsa bile savaş dönemlerinin de etkisi ile Türkiye Cumhuriyeti, Osmanlı Devletinden kurumsal ve köklü bir sağlık sistemi devralamamıştır (Sevinç ve Özer,2016, s.5)

Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti adıyla 2 Mayıs 1920 yılında 3 sayılı kanunla Sağlık Bakanlığı kurulmuştur ve dönemin resmî gazetesi olan Ceride-i Resmîye' de ilan edilmiştir. Bakanlık dönemin vilayet konağı olan valiliğin bir odasında görevine başlamıştır. Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanıdır. 1923 yılında Hacı Bayram'da bakanlık ilk bağımsız binasına geçmiştir. Yeni kurulan Cumhuriyet ve savaştan yeni çıkmış bir ülkede bu dönemde sağlık ile ilgili düzenli bir kayıt sistemi oluşturulamamış, mevzuatlar yapılmaya çalışılmıştır (Yüksel,2015, s.42).

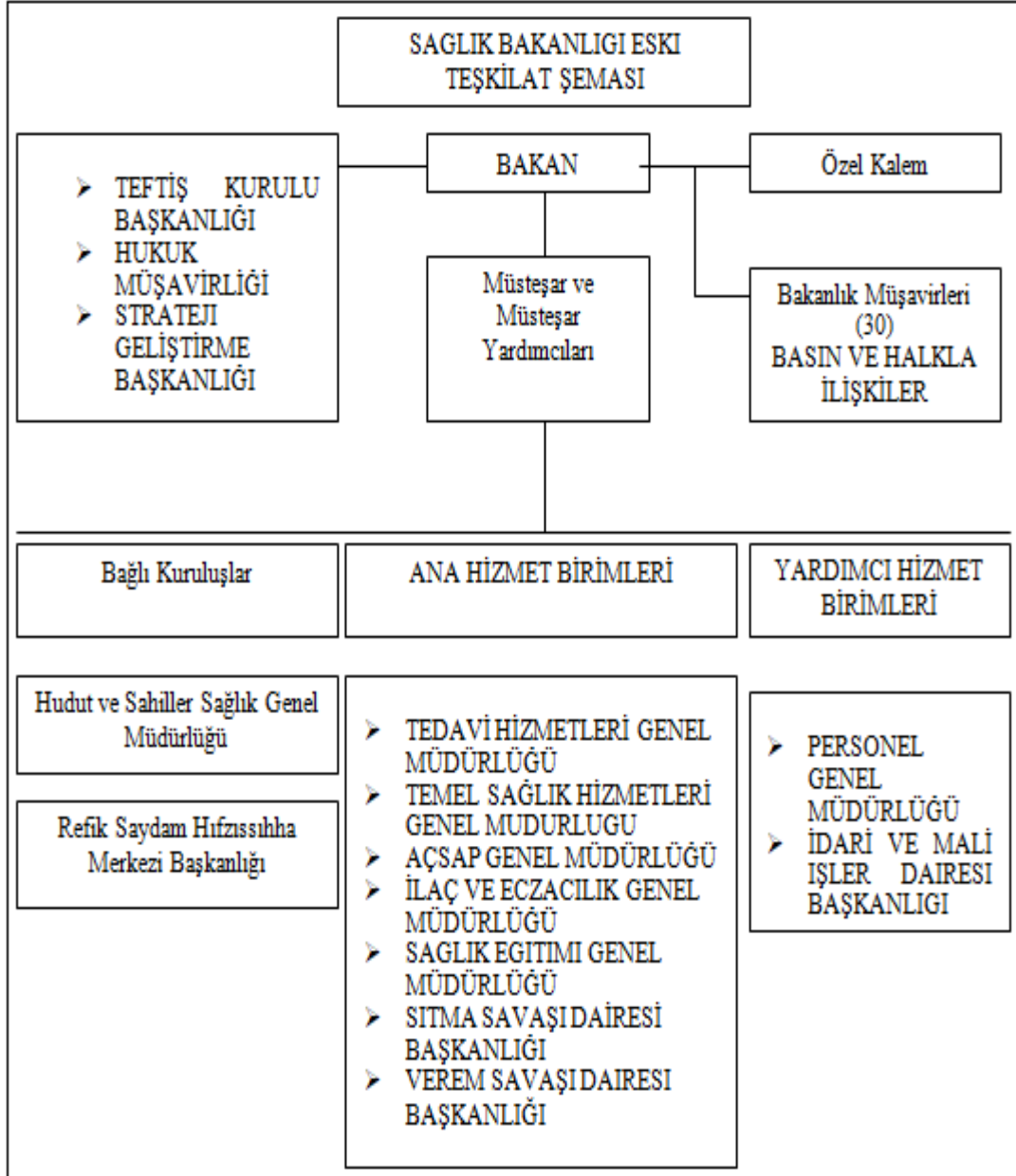
Cumhuriyet'in kurulması ile birlikte devlet örgütlenmesinde, hizmet politikalarının oluşturulmasında daha çok batıya dönük bir yol izlenirken mevcut yapılar da geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu dönemde dünyada değişen ekonomi ve kamu politikalarından sağlık politikaları da etkilenmiş ve temel tercih değişiklikleri oluşmuştur.

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında meydana gelen iki kanun değişikliği dışında temelde çok farklı bir değişim yaşanmamıştır. 1936 yılında çıkarılmış olan 3017 sayılı kanun bu değişikliklerden ilkidir. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı 3017 sayılı kanunun 3. maddesi ile bakanlığın taşra teşkilatı yine aynı kanununun 26. maddesi ile ilk defa düzenlenmiştir. Teşkilat yapısı incelendiğinde 1936 yılında ilk teşkilat kanunu olan "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâlet-i Teşkilat ve Memurin Kanunu ile Sağlık Bakanlığı yapısında dikey bir bakanlık yapısının ele alınması ile birlikte basit bir yapı kurulmuştur (Acar,2018, s.3, Sevinç ve Özer,2016, s.6).

1938 yılında çıkarılan 181 sayılı Sağlık Bakanlığı teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısını değiştiren ikinci düzenlemedir. Bakanlık' ta sağlık hizmeti sunan birimler 181 sayılı KHK

döneminde (1983-2011) genel müdürlük ve daire başkanlığı biçiminde ana hizmet birimleri altında parçalı bir yapıda sıralanmıştır. Bu bakımdan sağlık hizmetlerinin sunumunda herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir (Sevinç ve Özer,2016, s.7).

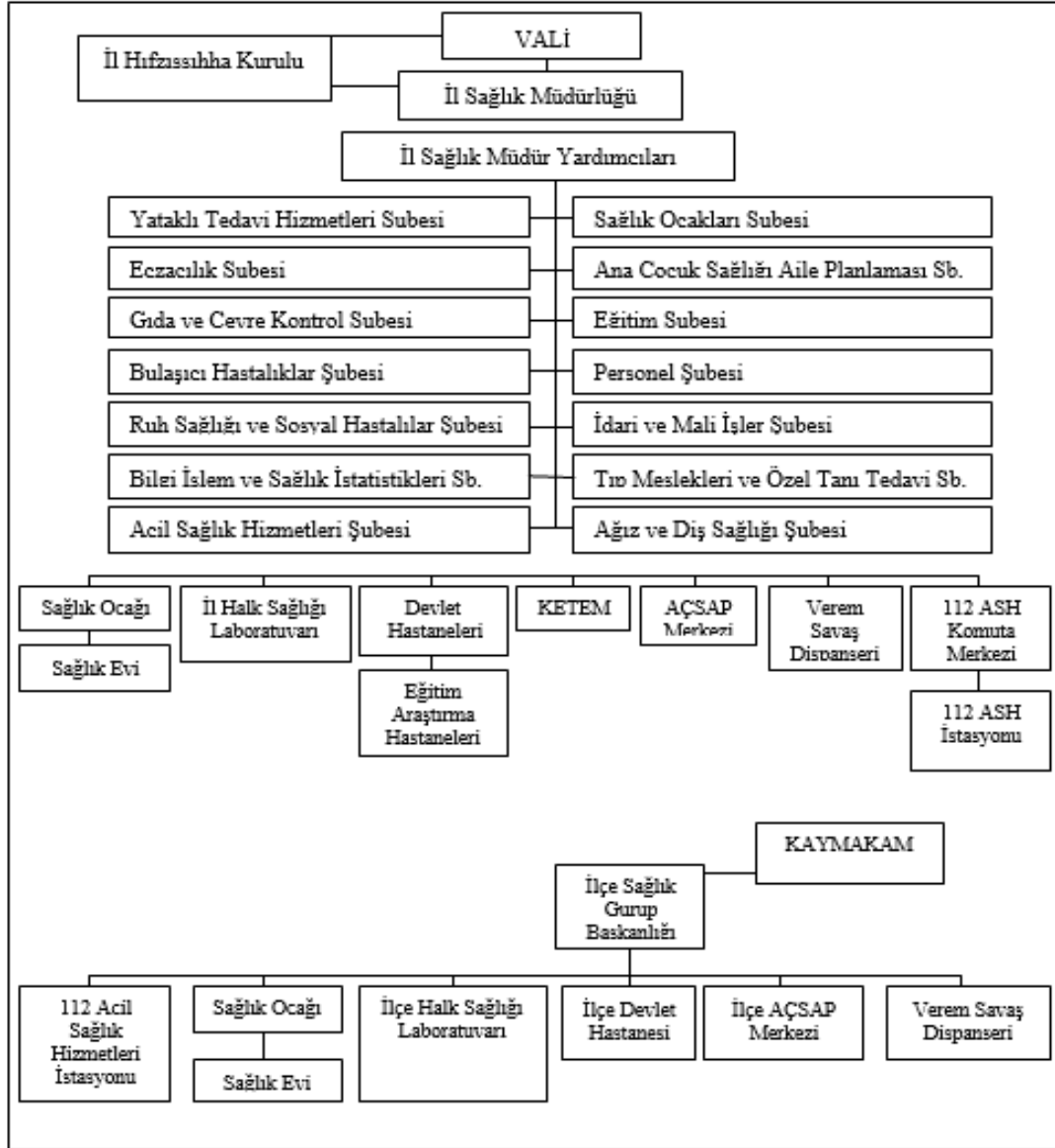
Şekil 2.1: 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Sistemi



Kaynak: (Sevinç ve Özer,2016, s.9).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetlerin iyileştirilmesi konusunda daire başkanlıkları ve müdürlüklerin kurulduğu, kurulan bu yapıda bir ayrışma yapılmaksızın ana bir birime bağlı olduğu görülmektedir. Bu hiyerarşik düzende bakana doğrudan bağlı olan müsteşarlıklar ve müsteşarlıklara bağlı olan ana birim bulunmaktadır. Ortak bir paydada ilerleyen iş yoğunluğunun mevcut olduğu bu yapıda düz bir sistemin var olduğu görülmektedir (Acar,2018, s.4).

Şekil 2.2: 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Sistemi



Kaynak: (Sevinç ve Özer,2016, s.11).

Mevcut sistemin taşra yapısını incelediğimizde illerde valilere, ilçelerde kaymakamlıklara bağlı bir organizasyonun olduğu görülmektedir. Ayrıca kaymakam ve valiye karşı sorumlulukları olduğu bilinmektedir. Bakanlıkların taşra biriminde 5442 sayılı İl İdaresi Kanunu'nda kaymakam ve valilere bağlı olarak çalışacaklarına vurgu yapılmıştır. Bu yönüyle sağlık hizmetleri sunum ve planlamasının valilik makamında tek elde toplandığı ve işleyişinin de bu şekilde sağlandığını belirtmek mümkündür. Fakat bu yapı incelendiği zaman bazı problemler gözlemlenmiştir. Bunlardan ilki hizmeti üreten yapı ile sunan yapının aynı olması sonucu oluşan merkezîyetçilik olgusundan dolayı meydana gelen iş yoğunluğu gösterilebilir. Diğer bir problem ise valilikler ve il sağlık müdürlükleri arasındaki iletişim eksikliğinin karar alma sürecine olan olumsuz etkisidir. Ayrıca yönetimde aksaklıklara neden olan diğer bir durum il sağlık müdürlüklerine bağlı birimlerin çeşitliliğinin fazla olmasıdır (Acar,2018, s.5-6).

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU VE SUNULUŞU

Ülkemizde birinci, ikinci ve üçüncü basamakta sağlık hizmetleri en yaygın biçimde Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmaktadır. Sağlık hizmetleri yaygın bir biçimde sunulduğundan dolayı taşra ve merkez yönetimi olarak iki kısımda incelenmesi daha doğru olacaktır (Yüksel,2015, s.44).

Birinci ve ikinci basamakta sağlık hizmetlerini vermede sorumlu temel kuruluş Sağlık Bakanlığıdır. Bakanlık tarafından birinci basamak sağlık hizmetleri sıtma merkezleri, verem savaş dispanserleri, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı merkezleri, sağlık evleri ve sağlık ocaklarında sunulmaktadır. İkinci ve üçüncü basamakta sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı ile özel kişiler, vakıf, dernek ve diğer kamu kuruluşları tarafından sunulur. Ayrıca merkezi düzeyde sağlık politikaları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Sağlık Bakanlığı'nın taşra örgütlenmesinde (merkez Ankara) dışında ilin en yüksek mülki amiri olan vali ve il sağlık müdürlükleri vardır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı il sağlık müdürlerini valinin onayı ile atamak durumundadır (Kasapoğlu,2016, s.12).

2.5.SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sosyal güvenliğin kişisel bir hak olduğu ve herkesin sağlık içinde yaşamasının sağlanması Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1961)' 48. ve 49. maddelerinde belirtilmiştir. Bu haktan yararlanma ve bu ödevin yapılması Anayasa'nın 54. maddesinde mali kaynakların yeterliliği ile sınırlandırılmıştır. Anayasada bulunan ve birbirini ters yönde etkileyen bu üç madde arasındaki dengenin sağlanması Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin görevlerinden biridir (Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları,2018, s.6).

Sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanının tamamının kamu kaynaklarından karşılanması ya da bu finansmanın hizmeti talep eden kişiler tarafından karşılanması sağlık hizmetleri finansmanının iki temel modelidir. Ülkemizde bu iki finansman yöntemi arasında karma bir yapı mevcuttur. Bireylerin kişisel harcamaları, sosyal güvenlik kurumu ve devlet bütçesi Türkiye'de ki sağlık harcamalarının üç temel kaynağıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2003, s.16).

Ülkemizde 2003 yılında sağlığa ayrılan finansmanın büyük bölümü (yaklaşık olarak %60 ile %70'i) kamu kaynaklarından geri kalan kısmı ise özel kaynaklardan karşılanmaktaydı. Yere yönetimler, devlet teşebbüsleri, diğer bakanlık ve kurumlar, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Teşvik Fonu, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Üniversiteler, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan harcamalar Türkiye'de sağlık alanında yapılan kamu harcamalarını oluşturmaktadır. Bireyler ya da şirketler tarafından finanse edilen özel sağlık sigortası ödemeleri veya cepten yapılan ödemeler özel harcamaları içermektedir (Hurst, Scherer,Chakraborty ve Schieber,2008,s.20).

Şekil 2.3: 2003 Yılında Türk Sağlık Sektöründeki Fon Akışı Düzenlemeleri

Aşağıdaki şekilde Türk sağlık sistemindeki fon akışı düzenlemeleri görülmektedir.

Sağlık Finansmanının Durumu ile İlgili Yapılan Başlıca Tespitler (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.79-80).

- 1- Parçalı yapıda ve çoklu bir sağlık finansmanı vardı.
- 2- Hazine Müsteşarlığı, DPT, Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı gibi sağlık finansmanı birimleri arasında koordinasyon ve uyum yoktu.
- 3- Sağlık hesaplarının rutin olarak kaydedilmesi ve takibini sağlayan "ulusal sağlık hesabı sistemi" var olmadığından doğru dataları elde etmek imkansızdı.
- 4- Tüm nüfusu kapsayan ortak bir sosyal güvenlik sistemi olmadığı gibi sigortasız olan çocuklar konusunda da herhangi bir düzenleme yoktu.
- 5- Sigortalı olan vatandaşlar dahi sağlık hizmetlerine ulaşmakta (birinci basamakta dahil olmak üzere) problem yaşamaktaydı. Hekime müracaat sayısı kişi başı 2.7 düzeyindeydi.
- 6- Özel hastane ve tıp merkezlerinden yararlanan çok az sayıda kişi yüksek ücretler ödeyerek hizmet alabilmekte, sadece gelir düzeyi yüksek kişilerin sağlık hizmetlerine tam olarak erişme imkânı bulunmaktaydı.
- 7- Yeşil Kart sistemini kullanarak sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin acil tedavi giderleri, gözlük, diş çekimi ve ayaktan tedavilerinde muayenehane ücretleri karşılanmıyordu.
- 8- Kamuda sağlık hizmeti veren hekimler aynı zamanda özel muayenelerinde de hasta muayenesi gerçekleştirmekteydiler. Bu durum SSK hastaneleri, üniversite hastaneleri ve devlet hastanelerine giden vatandaşların önemli sağlık problemleri olması durumunda hizmet alabilmeleri için özel muayenelere gitmesine ve yüksek ücretler ödemelerine neden olmaktaydı.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında gelişmiş ülkelerden farklı olarak önemli yer tutan kamu finansmanı kontrolsüz ve karmaşık bir yapıda olduğundan kamu bütçesi üzerindeki sağlık yükünü arttırmıştır. Aynı zamanda sağlık harcamaları GSMH' den yeterli ölçüde pay alamamaktaydı. Kamu bir taraftan sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştirirken diğer taraftan sağlığı finanse etmekteydi.

Bu durum kamunun tahmin edilenin üstünde bir kaynağı dolaylı olarak sağlık sektörüne aktarmasına neden olmuştur. Sektörün karmaşık yönetimi ve yapısından dolayı kaynaklar kontrol edilememiş ve kaynak ihtiyacı zamanla artmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2003, s.17).

2.6. İNSAN KAYNAKLARI

Sağlıkta kaynakların etkili kullanılması ve verimli dağıtılması sağlık yöneticilerinin günümüzde yüz yüze kaldığı en önemli konulardan biridir. İnsan kaynaklarının sağlık sisteminin en temel girdisi olduğu 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan Dünya Sağlık Raporunda belirtilmektedir. Diğer taraftan sağlık sektörü en büyük işverenlerden biridir. Ülkeler sağlık için tahsis ettiği ulusal bütçelerinin büyük kısmını insan kaynağı ödemelerine harcamaktadır. Birçok ülkede sağlık sistemi harcamalarının %60-80'lik kısmını prim (bonus), maaş ve diğer ödemeleri içeren personel ücretlerinden meydana geldiği bildirilmektedir. Bundan dolayı sağlık sisteminde en önemli harcama kalemlerinden birini oluşturan insan kaynaklarının düzenlenmesi, optimizasyonu, eğitim ve planlanması zorunludur. Ülkelerin insan kaynakları stratejileri ve politikaları arasında farklılıklar vardır. Fakat kamusal engeller ve kötü planlamadan dolayı sağlık çalışanlarının yetersizliği gelişmiş ülkelerde dahi problem oluşturmaktadır (Avcı ve Ağaoğlu,2014, s.43).

Sağlık sektöründe sağlık personelinin sayısal yetersizliği ile sağlıktaki insan gücünün ülke genelinde dengesiz dağılması ve personeldeki nitelik sorunları ön plandadır. Zorunlu hizmet uygulaması ile hekimlerin ülke geneline dengeli dağılması için çalışılmış fakat bu uygulama başarılı olamamıştır. Ülkemizde sağlıkta insan kaynaklarının eğitimi, kullanımı ve planlanması farklı kuruluşlar tarafından yapılmaktadır. İstihdam SSK ve Sağlık Bakanlığı, eğitim üniversiteler, planlama DPT tarafından yapılmaktadır. Bu kurumlar arasında etkili bir koordinasyon var olmadığı için sorunlar meydana gelmektedir. SDP' dan önceki dönemde tıp fakültelerinin yetersiz alt yapısı, pratik eğitim olanaklarının sınırlı oluşu, fakültelerin sayısındaki hızlı artış tıp eğitiminin kalitesi hakkında ciddi soru işaretleri oluşturmaktadır. Lisans, ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin aynı sistemde olması sorunlar oluşturmaktadır. Hastane yönetimi, nüfusa dayalı sağlık yönetimi ve sağlık politikası geliştirme konusunda gerekli bilgi ve beceri ile

donanmış yöneticiler ve onları yetiştirmeye dönük eğitim programları nicelik ve nitelik yönünden sınırlıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2003, s.18).

2.7. BİLGİ SİSTEMLERİ

Sektörün tümüne bilgi sağlamak yerine Sağlık Bakanlığı sadece kendi kurumları için istatistik sağlamaktadır. İstatistiki sonuçlar verilerin akışında ve toplanmasında yeterli denetim sağlanamadığı için güvenilirlik bakımından soru işaretleri oluşturmaktadır. Oluşan güvensizlik ve sorgulama hali bu verilerin yönetim birimlerince kullanılmasını engellemektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin kayıtlarının tutulduğu bir sistem olmadığı gibi hastalık verilerini toplayıp analiz edecek hastalık kayıt ve bildirim sistemi tam olarak oluşturulamamıştır. Birinci basamaktan itibaren kişilerin sağlık verilerinin düzenli ve sürekli kaydedildiği bir tıbbi kayıt istemi yoktur. Gelişen teknolojik gelişmeler ile birlikte oluşturulan hastane bilgi sistemleri genellikle muhasebe kayıtlarının tutulmasında kullanılmıştır. Hasta kayıtlarını içeren hastane bilgi sistemleri hemen hemen hiç oluşturulamamıştır. Bilgi sistemlerinin oluşturulmasının yanında bu sistemlerin sürekliliğini sağlamak ve çalışır halde tutmak da önemlidir. Bu nedenle teknik personel ve eğitilmiş sağlık personeline ihtiyaç vardır. Fakat çalışan personel içinde meydana gelen hızlı değişim ve yeni çalışmaya başlayan personelin tam olarak eğitilememesi ciddi sorunlar oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2003, s.18-19).

2.8. İLAÇ POLİTİKASI

Sağlık alanında var olan bir diğer sorun belirli sınırlar dâhilinde ulusal ilaç politikasının olmasıdır. İlaç ruhsatlandırma ve denetim komisyonlarında bulunan bilim adamları gönüllülük esasına göre çalışmaktadır. Bu nedenden dolayı komisyonların dinamizmi azalmakta, hızlı ve aktif bir şekilde yapılması gereken uygulamalar gecikmektedir. İlaçların üretimi, ruhsatlandırılması, fiyatlandırılması, tanıtımı, ihracatı, satışı, fikri ve mülkiyet hakları, araştırma geliştirme faaliyetleri, rasyonel kullanımı ve kontrolü konularında meydana gelen sorunlar ile ilaç harcamalarının artan maliyetlerinin sosyal güvenlik kuruluşlarına ve devlet bütçesine getirdiği yük mevcut sorunlar arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Ülkemizde ki ilaç tüketiminin gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında yüksek olduğu düşünülmekle

birlikte, sağlık harcamaları içindeki oranı gelişmiş ülkelere göre neredeyse iki kat fazladır. Ülkedeki var olan sağlık kurumlarının ilaç girdilerinin oranı genel sağlık harcamaları içinde %40'a ulaşmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2003, s.20).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

1980'li yıllarda idari ve ekonomik liberalizmin etkisi ile meydana gelen ekonomik kriz ve şok dalgalarının piyasa yapısını değiştirmesi sonucunda kamu yönetiminde yeni arayışlar başlamıştır. Margaret Thatcher ile sağ düşüncenin etkin olduğu devletin küçülmesi ve yapılandırılması noktasında benzer düşüncüyü paylaşan ABD başkanı Ronald Reagan ABD'de yeni kamu yönetimi anlayışının öncüsü olmuştur. Dünyada etkisini hissettiren bu reform anlayışı ülkemizde de kendini hissettirmiştir. Ülkemizde yeni bir kamu yönetimi anlayışı benimsenmiş ve geleneksel kamu yönetimi anlayışı geri planda bırakılmıştır. Bu yeni anlayışta özel sektör anlayışının kamu yönetimine uygulandığı performans odaklılığının ön plana alındığı, sonuç odaklı daha profesyonel çalışmaların sağlandığı, yönetimde etkin ve verimli olmanın yanında vatandaş (müşteri) memnuniyetinin önem kazandığı bir anlayış önem kazanmıştır (Acar,2018, s.704).

Sağlık alanında verimliliği arttırabilmek ve oluşan harcamaları kontrol edebilmek amacıyla bir düzenleme ihtiyacı ortaya çıkmış ve ülkelerde de bu konuda tartışmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu tartışmalarda devletin rolü değerlendirilmiş ve devletin yeni yapısı ele alınarak kamu kurumlarının yeniden yapılandırılması üzerinde durulmuştur. Kamunun hizmet sunumunda yol gösterici, düzenleyici ve denetleyici bir rol oynaması fikri ortaya çıkmıştır. 1980 sonrasında Türk sağlık sisteminde kullanılan bilgi, insan gücü, finansman ve sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda birtakım ihtiyaçlar gündeme gelmiş ve birçok alanda değişim ve dönüşüm yaşanması gerektiği belirtilmiştir. 1980-2000 döneminde sağlık alanında yapılmak istenen düzenlemeler tam olarak uygulanamamıştır. Sağlık alanında ihtiyaç olan bu dönüşüm ve değişim fikrinin somutlaşması 2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile oluşmuştur.

3.1.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

TARİHSEL ARKA PLANI

Ülkemizde uygulanan sağlık politikalarının ve sağlık sisteminin temeli Tanzimat reformlarına kadar dayanmaktadır. Fakat günümüzdeki fiziksel ve yapısal yöndeki örgütlenme ve kurumsallaşma anlayışının somut temelleri Sağlık Bakanlığı'nın 1920'de kısıtlı kaynakları ile kurulmasına dayanmaktadır. 1923-1946 yılları arasında ülkemizde ki halk sağlığı anlayışının temelleri atılmıştır. Bu dönem içinde sağlık programlarının uygulanması, düzenlenmesi ve planlanmasından sorumlu olan Sağlık Bakanlığı'nın işlev ve görevlerini kesin ve açık bir biçimde belirleyen birçok yasa çıkmıştır. 1946-1960 yılları arasında kamu sektöründeki mavi yakalılara ve özel sektörde çalışan işçilere sağlık sigortası sağlamak için Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuş, yerel yönetimlerde bulunan hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş, ülkedeki bireylere sağlık hizmeti sunmak için sağlık ocakları kurulmuştur. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 1961 yılında kabul edilmiştir ve kabul edilen bu kanun ile ulusal sağlık hizmetlerinin oluşturulmasına ortam hazırlanmıştır. Bu kanun ile sağlık hizmetlerinin halkın ihtiyaçları doğrultusunda sürekli ve tarafsız bir şekilde sunulması gerektiği belirtilmiştir. Bu süreç entegre sağlık hizmetleri sisteminin kurulmasına zemin hazırlamıştır. Kabul edilen kanun ile bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin ücretsiz ya da kısmen ücretsiz olması hedeflenmiştir (Yıldırım,2013, s.9).

On beş yıllık bir süre zarfında sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yaygınlaştırılması planlanmış fakat başarılı olunamamıştır. Fakat 1983 yılında tüm ülkenin kapsam dâhiline alındığı belirtilmiştir. Türkiye'deki sağlık politikası uygulamaları 1980'lere kadar bu yasa doğrultusunda şekillenmiştir. Bu nedenle tüm ülkede temel sağlık hizmetleri yapısının yaygınlaştığı söylenebilir. Bu dönemde ortaya konan reformları tarihsel süreç içinde değerlendirecek olursak birinci dalga sağlık reformları olarak ele alabiliriz. Türkiye'de 1980 yılı eylül ayında askeri darbe yapılmıştır. Yapılan bu müdahale ülkemizde politik ve ekonomik sistemde yeni bir döneme sebep olmuş olup ağırlıklı olarak deregülasyon ve liberalizasyon doğrultusunda karakterize uğrayan bir sürece geçilmiştir. Hizmet sunumu temeli

üzerine kurulmuş olan devletin temel rolü hizmetin kolaylaştırılmasına ve düzenlenmesine doğru kaymıştır. Özel sektörün rolü hizmet sunumu ağırlıklı olarak artmaya başlamıştır. Türkiye'deki bireylere 1980-2002 yılları arasında sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal sigortaya ilişkin birçok anayasal hak tanınmıştır. 1982 Anayasası'nda kişilerin sosyal güvenlik haklarının olduğu ve devletin tüm kişilere sosyal sigorta sağlamak için uygun şartları sağlaması gerektiği belirtilmiştir. Mevcut anayasada sağlık hizmetlerinin düzenlenmesindeki devletin rolünü güçlendiren maddeler ve bununla birlikte GSS' ye yönelik maddeler de bulunmaktadır (Yıldırım,2013, s.10).

Bu dönemde öngörülen reform girişimlerinin önemli bir bölümü entelektüel kapasitedeki eksiklikler, toplum tarafından yeterince desteklenmemesi, çıkar gruplarının karşı çıkması, demokratik kültürün oluşmaması, ekonomik süreçteki sorunlar (ekonomik kriz, politik belirsizlik,) gibi yapısal problemler nedeniyle kesintiye uğramış ve uygulanamamıştır. Bu nedenlerden dolayı 2000'li yılların başına kadar sağlık reformlarının uygulanması ve yaygınlaşmasında başarısızlığa neden olmuştur (Yıldırım,2013, s.11).

3.2.NEDEN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmadan önceki dönemde sektör çalışanları ve bu çalışanların bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan parçalı bir sosyal sigorta sistemi ve topluma sağlık hizmetlerini sınırlı bir şekilde sunan ulusal sağlık hizmeti bulunmaktaydı. Maddi imkânı sınırlı, yoksul kesimler için sosyal destek programı mevcuttu (Şen,2013, s.83).

Belirlemeler, özetle şu şekildeydi: (Soyer,2009, s.179).

1-) Hizmet sunumu (Üniversite, Kamu Kurumları, SSK, KİT, Sağlık Bakanlığı) ve sağlık finansmanında (Bağ-Kur, Emekli Sandığı, SSK) parçalı yapı mevcuttu.

2-) Toplumun önemli bir kesimi sağlık güvencesinden yoksundu. Sağlık güvencesini yansıtan rakamlar güvenilir değildi.

3-) Sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitsizlikler mevcuttu.

4-) Sağlık harcamalarının önemli bir kısmı koruyucu hizmetler veya birinci basamak yerine hastanelere yapıldığından dolayı sağlık kaynakları verimsiz kullanılmıştır.

5-) Kayıt dışı ödeme miktarının fazla olması ve sevk sisteminin düzgün çalışmaması.

6-) Sağlık alanındaki idari düzenlemeler çok parçalı bir yapıdadır ve hastaneler verimsiz çalışmaktadır.

7-) Kamu sektöründe ve birinci basamakta hizmet kalitesi düşüktür. Koruyucu sağlık hizmetlerine ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru oranı düşüktür. Bu durum ikinci ve üçüncü basamakta bulunan sağlık kurumlarına yapılan başvuruların yoğun olmasına neden olmaktadır (Soyer,2009, s.179).

Ülkemizdeki sağlık sisteminin içinde bulunduğu bu durum bilgi sisteminden, insan gücüne, finansmandan hizmet sunumuna kadar pek çok alanda köklü değişiklikler yapılmasını gerekli kılmıştır. Bu değişiklikleri gerçekleştirmek için 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı faaliyete geçirilmiştir (Şen,2013, s.38).

3.3.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ AMAÇLARI

Tarih boyunca ülkenin önde gelen konularından biri de sağlık politikaları olmuştur. Ülkede zaman içerisinde uygulamaya konan uygulamalar ve öneriler onların politik, tarihsel ve kültürel konjonktürüne göre farklılık göstermektedir. Fakat bu farklılıklar ile birlikte kurumsal ve ekonomik problemler her yerde benzer bir yapıda görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan bu sorunlar karşısında yapılması gerekenler maliyetleri düşürmek, kaliteyi yükseltmek, eşitliği sağlamak, tüketicilerin ve hizmet sağlayıcıların etkinliğini yükseltmek, memnuniyeti arttırmak örnek verilebilir. Nitekim sorunların çözümünde ortaya konan ilkeler ortak olmalıdır. Dolayısı ile ülkelerin sağlık sistemleri değişiklik göstermesine rağmen sağlığın organizasyonu, yönetimi ve finansmanına yönelik modeller zaman içerisinde değişmekte ve gelişmektedir (Gülşen ve Yıldırım,2017, s.161).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları sağlık hizmetlerinin hakkaniyete uygun, verimli ve etkili bir şekilde sunulması, finansmanının sağlanması ve organize edilmesidir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2003, s.23-24).

Etkililik: Uygulamaya konan sağlık politikalarının halkın sağlık düzeyini yükseltmesi amacıdır. Uygulanan sağlık politikalarındaki en büyük hedef kişilerin hastalanmasının önlenmesidir.

Verimlilik: Aynı kaynakla daha fazla hizmet üretilmesi ve kaynakların uygun biçimde kullanılarak maliyetlerin düşürülmesidir. Koruyucu hekimlik uygulamaları, sağlık işletmeciliği, akıllı ilaç kullanımı, malzeme yönetimi, insan kaynaklarının dağılımı bu çerçevede değerlendirilmektedir.

Hakkaniyet: Bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları oranında ulaşmalarını ve hizmetlerin finansmanına mali imkânları ölçüsünde katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması, sağlık hizmetlerine erişim, hakkaniyet özelliği kapsamında değerlendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2003, s.23-24).

3.4 SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ TEMEL İLKELERİ

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkelerini aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz (Er,2011, s.161-162).

İnsan Merkezlilik: Kişilerin talep, beklenti ve gereksinimlerini esas alarak sağlık sistemlerinin planlanması ve sunulmasıdır.

Sürdürülebilirlik: Sistemin ülke kaynakları ve koşulları ile uyumlu olması ve kendini devam ettirecek bir süreklilik göstermesidir.

Sürekli Kalite Gelişimi: Hizmet sunumunda ve bu sunum sonucunda alınan sonuçlardaki düzeyin yeterli görülmeyerek daha iyinin aranması ve sistemin kendini değerlendirecek bir geri bildirim sürecinin oluşturulmasıdır.

Katılımcılık: Yapıcı bir tartışma ortamının oluşturulması sistemin uygulanması ve geliştirilmesi sırasında konu ile ilgili birçok tarafın öneri ve

görüşlerinin alınması ayrıca sistemin tüm bileşenlerinin sistem kapsamına alınarak kaynak birliğinin oluşturulmasıdır.

Uzlaşmacılık: Sektörde bulunan farklı kesimler arasında karşılıklı çıkarların korunarak ortak paydada buluşmak için çaba harcanmasıdır.

Gönüllülük: Hizmeti talep eden ya da sunan kurum veya birey ayrımı yapılmaksızın organizasyon içinde yer alan tüm birimlerin belirlenen hedefler doğrultusunda mecburi olmayan gönüllü iştiraklerinin sağlanmasıdır.

Güçler Ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin planlamasını yapan, finansmanını sağlayan, hizmeti veren, denetimi üstlenen birimlerin birbirinden ayrılmasıdır.

Desantralizasyon: Kurumların merkezi yönetilmesi sonucu oluşan hantal yapıdan kurtulması, alınan kararların daha verimli olması, hızlı karar mekanizmalarının oluşturulması için yerinden yönetimin uygulanmasıdır.

Hizmette Rekabet: Sağlık hizmetleri sunumunun devlet tekeline çıkarılarak nitelikli, sağlık hizmetleri sunumuna uygun farklı hizmet sunucuları arasında sağlık sunumunu teşvik edici koşulların oluşturulması böylece maliyetlerin azalmasıyla birlikte sürekli kalite arayışına dönük bir ortamın oluşturulmasıdır (Er,2011, s.161-162).

Sağlıkta Dönüşüm Programı hedeflenen amaçlara ulaşmada belirlenen ilkelerle birlikte diğer uluslararası deneyimleri, Avrupa Birliği tarafından açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesini", Dünya Sağlık Örgütü'nün "21.Yüzyıl'da Herkese Sağlık" politikasını ve yetkili birimlerce ulusal program doğrultusunda hazırlanan Türk sağlık mevzuatının AB sağlık mevzuatı ile uyumlu duruma getirilmesi faaliyetlerini dikkate alacaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2003, s.26).

Sağlıkta dönüşüm programında katılımcılık, gönüllülük, uzlaşmacılık, kalite odaklılığı, sürdürülebilirlik, insan merkezli olmak, hizmette rekabet, desantralizasyon, güçler ayrılığına bağlılık temel ilkeler olarak kabul edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı sadece bir fikirden oluşmamaktadır, süreç içerisinde bütün dinamikleri ve tecrübeleri harmanlayıp bir bütün oluşturmuştur. Programda var olan en kritik hususlar istikrar, amatör ruhlu adanmış bir ekip ve siyasi liderliktir. Sağlık hizmetlerine erişim ve ambulans hizmetleri, ilaç, yeşil kart gibi doğrudan kişilere

yönelik gerçekleştirilen somut ve iyileştirici adımları programın uygulanması sürecinde toplumun desteğini almasını sağlamıştır. Böylece süreç içerisinde meydana gelen bir kısım sancılı reform toplum tarafından desteklenmiştir. Programın uygulanmasından sonraki süreçte temel sağlık göstergeleri yönünden meydana gelen sonuçlar sağlık reformunu gündeme alan ülkelerin ve uluslararası kuruluşlarında dikkatini çekmiştir (SDP Hikayesi,2017, s.60).

3.5 SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ

GENEL ÇERÇEVESİ

Yaklaşık olarak bir yıllık bir süreç içerisinde Sağlıkta Dönüşüm Programı şekillenmiştir. Tarafların görüşlerine başvurulmuş, sektör temsilcileri ile fikir alışverişinde bulunulmuş ve 2003 yılının ikinci yarısında son halini alarak ilan edilmiştir. 2003 yılında kamuoyu ile paylaşılan program sağlık bilgi sistemi, kalite ve akreditasyon, ilaç ve tıbbi malzeme yönetimi, sağlık hizmet sunumu, bakanlığın yeni rolü, genel sağlık sigortası, aile hekimliği ve temel sağlık hizmetleri olmak üzere başlangıçta sekiz başlık taşımaktaydı. Dünyada sağlık sorunlarının çözüm arayışlarına ve sağlıkta reform çalışmalarına bakacak olursak birçok yerde benzer faaliyetleri görebiliriz. 1986 yılında Ottawa'da 1997 Jakarta şartlarında öne çıkarılan "Sağlığın geliştirilmesi" ya da Ljubljana'da 1996 yılında gündeme alınan sağlık reformu bunlara örnek verilebilir. Dikkat edecek olursak dünyada 90'larda sağlık reformu tartışmaları yapılyorken ülkemizde de bu durumun yansımaları görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılı Dünya Sağlık Raporu'ndaki ana konu "sağlık sistemi performansı" dır. Meksika Beyannamesi'nde sağlık araştırmalarını ele almaktadır. Görüldüğü üzere sağlık sistemleri, sağlık araştırmaları ve sağlık sistemlerinin çalışmaları 90'lardan itibaren dünya gündeminde tartışılmaktadır. 2000'li yıllarda dünyada vatandaşların refahına ve sağlık sistemlerinin performansına odaklanıldığı dönemde ülkemizde de Sağlıkta Dönüşüm Programı'na odaklanılmıştır (SDP Hikayesi,2017, s.48,49,56).

3.6.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ BİLEŞENLERİ

3.6.1.Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması ele alınmış var olan görev anlayışı ve geleneksel örgütlenmesi yerine dönüşüm programı vizyonu doğrultusunda denetleyen, standartlar koyan, politikalar geliştiren, özel kuruluşlar ve kamu kuruluşlarınca sağlık sektörüne ayrılan kaynakların hakkaniyete uygun, verimli ve etkili bir biçimde kullanmak üzere yönlendirmeler yapan bir yapılanmaya kavuşturulması ön görülmektedir. Anayasa'da belirtildiği gibi Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sistemini tek elden planlayabilmesi, bakanlığa bağlı kuruluşların "yerinden yönetim" ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması ile mümkün olmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın başlıca sorumluluğu ve görevi sağlık politikalarını hazırlamak ve sistemin işleyişini denetlemek olacaktır. Bu süreçte bakanlık halk sağlığı işlevlerinin yönetimi, salgın hastalıkların gözetimi, uzmanlara lisans verilmesi ve kurumların akreditasyonu, kalitenin izlenmesi, düzenlenmesi ve sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesine odaklanacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması sürecinde birinci basamak hizmetleri güçlendirecek ve sosyal devlet anlayışı çerçevesinde sağlık hizmetlerinin sunumu ve planlaması esnasında koruyucu hizmetlere öncelik verilecektir. Bu amaç doğrultusunda Sağlık Bakanlığı'nın "Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Yasa Tasarısı" ile yeniden yapılandırılarak küçük denetleyici ve düzenleyici bir organizasyona dönüşmesi ön görülmüştür (Er,2011, s.157-158).

3.6.2.Genel Sağlık Sigortası Uygulaması

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla bireylerin hizmet ihtiyaçları oranında kullanabilecekleri, ödeme güçleri ile orantılı olarak hakkaniyet amacı doğrultusunda katkıda bulunacakları bir sigorta modeli oluşturulması amaçlanmaktadır. Genel Sağlık Sigortası; Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK arasındaki bu parçalı yapıyı ortadan kaldırılarak vatandaşın daha hızlı ve daha kaliteli sağlık hizmeti almasını sağlayacaktır. Bu kurumlarda dönem ihtiyaçlarını karşılamayan düzenlemeler

sebebiyle profesyonel sigortacılık mantığından uzak bir durum sergilemekte, açıklar bütçeden karşılanmakta ve emeklilik sigortaları-sağlık birbirinden ayrılmamış olmakla birlikte toplumun önemli bir bölümünü sigortacılık alanına alınmıştır. Doktor ve hasta arasındaki para alışverişini ortadan kaldırmak, sağlık hizmetlerini temel ve eşit düzeyde her hasta için sunmak ve hizmet kalitesini arttırmak için toplumun tümünü sistem içine alan zorunlu sağlık sigortası istemine ihtiyaç vardır. Yeni sigortacılık sistemi koruyucu hekimlik uygulamasını teşvik eden, sağlık harcamaları maliyetini düşüren bir yapıda olmalıdır (Türk Tabipleri Birliği,2017, s.2).

3.6.3. Sağlık Hizmetleri Sisteminde Düzenlemeler

Özel sektörle birlikte vakıf ve derneklerinde sağlık hizmeti sunumuna dahil edilmesiyle bireylerin sağlık hizmetlerine kolay ulaşması ve ülke kaynaklarının verimli kullanılması aynı zamanda sağlık sektöründe rekabet ortamının oluşturulması amaçlanmaktadır. Bu amaçla aile hekimliği kurumunun oluşturulması ve temel sağlık hizmetlerinin daha güçlü bir yapıda olması planlanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin ve kişiye yönelik koruyucu hizmetlerin kişilerin kendilerinin seçtiği hekimler aracılığı ile sunulması hedeflenmektedir. Etkili sevk sistemi oluşturulmasının ön şartı hastanın kendisinin belirlediği ve güvendiği bir doktordan birinci basamak hizmeti alması, başka bir ifadeyle hasta memnuniyeti üzerine kurulu olan bir "aile hekimliği" sisteminin faaliyete geçmesidir. Sevk sisteminin uygulanması ile hasta bireyler genellikle birinci basamakta tedavi edilecek gerekli olduğu durumlarda ikinci ya da üçüncü basamak tedavi kurumlarına sevk edileceklerdir. Sevk zincirine uymadan tedavi kurumlarına başvuranlar bu durumdan dolayı ek maliyet ödemek durumunda kalacaktır. Bir başka düzenleme ise mali ve idari özelliğe sahip sağlık kurumlarının oluşturulması hedeflenmektedir. Kamu hastanelerinin günün şartlarına ve değişen yapıya uyum sağlaması ve verimli bir hale kavuşup sağlık sektöründeki diğer oyuncular ile rekabet eder bir hale gelmesi amacıyla idari ve mali özerklik tanınması amaçlanmaktadır. Üniversitelerin, il idarelerinin, vakıfların, özel şirketlerin, belediyelerin sağlık işletmesi kurabilmesi düzenlenmektedir. Yerel oyuncuların karar sürecinde sisteme dahil oldukları "müşteri odaklı" organizasyon

yapılanmasına ve performansa dayalı yönetim süreçlerine geçilmesi hedeflenmektedir (Memişoğlu,2011, s.77).

3.6.3.1. Sevk Zincirinde Düzenlemeler

Etkili bir sevk zincirinde hasta memnuniyetinin ve hasta sadakatının sağlanabilmesi için en önemli etken hastaya tercih etme imkânının sağlanmasıdır. Bu süreci etkileyen etkenlerden biri temel sağlık hizmetleri sunan aile hekimlerinin hasta memnuniyetine etkisi ve sunulan hizmetin kalitesine bağlıdır. Özetle hasta memnuniyetini esas alan bir "aile hekimliği" uygulaması sistemin temelini oluşturmaktadır. Bu amaca yönelik teşvik uygulanması ve planlama yapılması birçok hastanın kazanılmasını sağlayacaktır. Hastaların mevcut sağlık sorunlarının büyük kısmının birinci basamakta çözülebilir olduğu halde bu sağlık sorunları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına birçok başvurunun olduğu bilinmektedir. Sevk zincirindeki bu düzenleme ile sağlık hizmetlerindeki israfın azalması, hastanelerdeki gereksiz yığılmaların ortadan kalkması ve sistemin etkili hale getirilmesi hedeflenmektedir (Çiftçi,2011, s.45).

Sevk sistemi tek taraflı bir süreç değildir. Tedavi ya da tanı için ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilen kişiler tedavinin devamında bakım, izleme ve takip için alt basamak kurumlara geri gönderilmelidirler. Hastanın teşhis ve tedavisini gerçekleştiren hekim muayene ettiği hastanın alt basamakta verilen konsültasyon hizmetinin geri bildirim, tıbbi kayıt süreci ile gerçekleştirileceği için sistemi güçlendirecektir. Böylece hataların hekimler tarafından takibi daha kolay olabileceği gibi düşük maliyetle, kaliteden ödün vermeksizin ve daha kısa sürede sağlık hizmetlerinin sunumuna ortam hazırlanacaktır (Çiftçi,2011, s.46).

3.6.3.2. Sağlık İşletmelerinin İdari ve Mali Özerkliğe Kavuşması

2003 yılında Dünya Bankası'nın Türkiye için yayımladığı raporda kamu hastanelerinin mali ve idari özerkliğinin olması gerektiği belirtilmiştir (Akkavak,2018, s.58).

Mali özerklik özerk kurumların ayrı gelir kaynaklarına ve mal varlığına sahip olabilmelerini ve yasaların çizdiği sınırlar çerçevesinde kendi organları ile karar verme ve harcama yapma esasına dayanır. Fakat kuruluşların özerkliği devletten bağımsız olma anlamı taşımamaktadır, bu nedenle özerk kurumların kamu tarafından yasaların belirlediği şekil, usul ve esaslar doğrultusunda denetlenmesi gerekir. Bu sebeple sağlık kurumlarının mali özerklikleri kanunların kendilerine verdiği yetkiler ve anayasal sınırlar çerçevesinde lokalize edilmiş bu hizmetlerin ihtiyaç duyduğu mali olanaklar ile seçilmiş karar ve yürütme organlarına ve de ayrı bir bütçeye sahip olma imkânı verilmiştir (Türkoğlu,2013, s.42).

Ülkemizdeki hastanelerin aralarında hiçbir ayırım yapılmaksızın sigorta kurumu ile anlaşma yapmak ve sevk zincirine uymak şartıyla tüm vatandaşlarımıza hizmet vermesi amaçlanmaktadır. Sağlık kurumlarımız bu hizmeti sunarken sözleşme esaslarına uygun olarak belirlenen hizmet ücretleri ve hizmet kalitesi doğrultusunda denetim altında bulundurulacaktır. SSK ve Sağlık Bakanlığı hastanelerine mali ve idari açıdan ayrıca sağlık hizmetlerini yönetmek ve sunmak için ihtiyaç duydukları kaynakları temin etmeleri hususunda özerklik tanınacaktır. Kamu şemsiyesi altında bulunan tüm sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı'nın kontrolünde özerk kurumlar haline kavuşacaktır. Bu hastanelerde öncelikle sunulan hizmetin standart olması sağlanacak daha sonra her kuruma özerklik tanınacaktır. Kâr amacı taşımayan bu sağlık kuruluşlarının öncelikli hedefi her türlü yatırım ve planlama sürecinde verimlilik ve gerekliliği ön planda tutmak olacaktır (TTB Kamu Hastane Birlikleri,2018, s.1-2).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık sistemi bileşeninin en önemli fonksiyonlarından biri mali ve idari bakımdan özerkliği olan sağlık işletmeleridir (Akkavak,2018, s.58).

3.6.3.3. Sağlıkta Çalışan İnsan Gücünün Yapılandırılması

Topluma sağlık hizmeti sunma ve toplumun sağlık durumunu iyileştirmek amacıyla yapılan çalışmalar, yürütülen faaliyetlerde görev alan sağlık iş gücü (sağlık insan kaynakları)'nü kapsar. Sağlık hizmetlerinin ikame edilemez, ertelenemez bir yapıya sahip olmasından dolayı üretilen ya da talep edilen sağlık hizmetlerinin sağlık

sektöründe verimli ve etkili sunulmasının en önemli şartlarından biri yeterli miktarda sağlık personelinin bulunmasıdır. Sağlık personeli kavramı, laborant, biyomedikal mühendisi, yardımcı tıp çalışanları, hemşire, ebe, diş hekimi, eczacı, doktor ve hastane idarecileri gibi yönetim personelini kapsamaktadır (Şen,2013, s.49-50).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte meslek derneklerinin, sivil toplum örgütlerinin, yerel yönetimlerin süreçte aktif bir şekilde yer almasının sağlanması; yönetim yeteneğinin oluşturulması ve merkezi olmayan insan kaynakları planlaması, kamu kurumlarında çalışan personelin verimli ve istekli çalışması yönünde teşvik edilmesi, zorunlu hizmet uygulaması yerine sağlık personelinin ülke geneline dengeli dağılımında gönüllülük esasına dayalı teşvik politikalarının oluşturulması, sağlık kurumlarındaki yönetim pozisyonunun ayrı bir uzmanlık dalı olarak hekimlikten bağımsız bir şekilde oluşturulması, aile sağlığı hemşireliği sisteminin yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi, uluslar arası standartlarda ve üniversite bağlamında temellendirilmiş hemşirelik eğitiminin oluşturulması, yeni bir müfredat programı ile aile hekimliği uygulamasının desteklenmesi, sağlık sektöründe çalışan personelin sorumluluk, yetki ve görüşlerinin Avrupa Birliği'ne uyum süreci doğrultusunda yeniden tanımlanması hedeflenmektedir (Eke,2014,s.139).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarılı olarak gerçekleşebilmesi, amaçlarına ulaşabilmesi için etkili bir yönetici kadrosuna sahip olmaya; ihtiyaç duyulan insan kaynaklarının uygun ve nitelikli olmasına büyük ölçüde bağlıdır. Bu çerçevede öncelikle sağlık sektöründeki personelin yetki, görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

3.6.4. Sağlık Sisteminin Eğitim ve Bilim Kurumları ile Desteklenmesi

Sağlıkta Dönüşüm Programını uygulamak ve program başarısının devamlılığını sağlamak için sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık politikası konularında eğitim görmüş halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip vasıflı kişilere ihtiyaç duyulmaktadır (Memişoğlu,2011, s.78).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sürdürülebilirliğini sağlayacak bileşenlerden biri bilim ve eğitim kurumlarıdır. Cumhuriyetin ilk yıllarında var olan

Hıfzıssıhha Eğitim Merkezi bu eğitim ve bilim kurumlarının başında gelmektedir. SDP' de belirtildiği üzere ülkemizde bu çeşit kurumlara ihtiyaç vardır. Araştırmalar, sektörel analizler yapmak aynı zamanda bu araştırma ve analizleri planlayıp hükümetlere sunmak, hükümetlere danışmanlık yapmak ve mezuniyet sonrası eğitimler vermek bu kurumların özellikleri arasında yer almaktadır. Bu nedenle Hıfzıssıhha okulu günün şartlarına uygun yeni bir düzenleme ile çağdaş bir hale getirilecektir (Akkavak,2018, s.63-63).

Toplum hekimliği uygulamalarına yönelik olarak karşımıza üniversitelerde bulunan Halk Sağlığı Anabilim Dalları çıkmaktadır. Fakat halk sağlığı toplum hekimliğini de içine alan farklı disiplinleri buluşturan bir bilim dalıdır. Bu sebeple bu tip bir kurumun oluşturulması SDP' nin öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte "Sağlık Uzmanlık Kurumu" ya da "Sağlık Akademisi" çatısı altında eğitim hastanelerinin yeniden organize edilmesi, tıpta uzmanlık eğitimi ders programının geliştirilmesi planlanmaktadır (Memişoğlu,2011, s.78).

3.6.5. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon

Gelişmiş ülkelerde bulunan hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel yapılanmasında 20.yy ikinci yarısında önemli gelişmeler meydana gelmiştir. Zaman içerisinde tıbbi teknolojiye meydana gelen gelişmelerin teşhis ve tedavi hizmetlerine olan katkısının yanında hastalıklardan korunmaya, yatarak tedavi edilen hastaların yatış sürelerinde azalmaya ve yatak devir hızlarında artışa neden olmuştur. Bakım ve tedavi süreçlerinde meydana gelen bu gelişmeler hastane tasarım ve yapılanmasını etkilemekte ve hastalara kaliteli bir sağlık hizmetini en kısa sürede sunmayı gerektirmektedir. Bazı nedenlerden dolayı kalite konusu son yıllarda sağlık hizmetlerinde sıklıkla gündeme gelmektedir. Bunar arasında üç önemli nedenden bahsedebiliriz. Dünya üzerinde bulunan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumunun büyük bölümü kamu tarafından gerçekleştirildiği için kamu bu konuda önemli rol oynamaktadır. İkinci neden sağlık hizmetini satın alanların ve diğer paydaşların sağlıkta kalite talepleri sürekli artmaktadır. Bu durum hastanede yönetim kadrolarının öncelikli konuları arasında artan bir öneme sahiptir (Önder,2013, s.129).

Akreditasyon çalışmaları dünya üzerinde birçok ülkede sağlık sistemlerinin ayrılmaz bir parçasını oluşturmakta, sağlık hizmetlerinin tüm süreçlerini değerlendirme ve iyileştirmede önemli rol oynamaktadır. Sağlık sistemlerinde kabul gören kalite uygulamaları arasında sağlık hizmetleri kalitesini hizmet ve organizasyon boyutunda yükseltmek için öne çıkan yöntem olarak zaman içinde daha fazla önem kazanmaktadır. Hasta güvenliği ve sağlık kalitesinin iyileştirilmesi için önemli bir faktör olarak kabul görmektedir. Akreditasyon standartlarının sağlanmasında oluşan harcamalar azımsanmayacak düzeyde olmasına rağmen hastanelere geri dönüşü bu harcamaları karşılamaktadır. Uluslararası kabul gören bir kuruluş tarafından önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlar doğrultusunda sağlık kurumlarının değerlendirildiği ve standartlara uyan kurumların onaylandığı resmi bir süreç olarak tanımlanmakta, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması amacıyla kullanılan EFQM (European Foundation of Quality Organisation) vb dış değerlendirme yöntemlerinden biri olarak kabul görmektedir. Pek çok ülkede kamusal hesap verme sorumluluğu ve ulusal standartların yaygınlaştırılması için sağlıkta akreditasyonu bir kaldıraç olarak benimsemektedir (Kavak,2018, s.2).

Son yıllarda sağlık sektöründeki gelişmelere paralel olarak "hasta güvenliğinin sağlanması" ve "kalite" en çok önem verilen iki konu olmakla birlikte bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için akreditasyon süreci önemli bir alt yapı sağlamaktadır. Hasta güvenliği ve kalite kavramları birbiri ile ilişkili olan iki kavramdır. Bir sağlık kurumunun akredite olmasındaki en temel koşul hasta güvenliği ile kaliteli hizmet sunumunun sağlanmış olmasıdır (Önder,2013, s.131).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kurulacak olan "Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu" ülkemizde yeterince önem verilmemiş olan bir ihtiyaca öncelik vererek kavram kargaşası içinde olan akreditasyon, sertifikasyon ve ruhsatlandırma gibi uygulamaları olması gerektiği gibi düzenleyecektir. Bu kurumun gelişmiş ülkelerdeki örneklerine benzer şekilde sektörün temsilcilerinin yönetimde söz sahibi olduğu, özerk bir yapıda faaliyete geçmesi amaçlanmaktadır. Oluşturulacak olan kurum hizmetlerini ölçmek için kriterler geliştirilecek ve bu ölçümlerin sonuçlarını raporlayarak performans göstergeleri oluşturmak amacıyla sağlık hizmet sunucuları ile paylaşacaktır. Uygulamayla hizmet sunucularının

performansları veri tabanında depolanarak iyi performansların tanımlanması ile uygulanabilir kriterlerin belirlenmesi ve oluşturulması sağlanacaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2003, s.34).

3.6.6. İlaç ve Malzeme Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması

Tıbbi cihaz, ilaç ve malzemelerin akılcı yönetimi, ruhsatlandırılması ve standardizasyonu konularında uluslararası normlar ölçüsünde kurumsal yapılara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Tıbbi cihaz ve sarf malzeme konusunda denetim ve standardizasyon vazgeçilemez öneme sahiptir. Bu sebeple sağlık kurumlarında düzenleyici, eğitici ve ulusal düzeyde denetleyici yetkilere sahip olarak oluşturulmuş klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulmasının gerekliliği gündeme gelmiştir (Şen,2013, s.53).

3.6.6.1. Ulusal İlaç Kurumu

Kişilerin hastalıklardan korunmak ve hastalıkları tedavi edebilmek için eski dönemlerden itibaren kullandıkları yöntemler arasında mineral, hayvansal, bitkisel ve sentetik uygulamalar yer almaktadır. İlaç tedavisinde en önemli konu ilaçların akıllı bir biçimde yani hastaya uygun dozajın, uygun zamanda ve uygun olan ilaçla kullanılmasıdır. İlaç kaynaklarının sınırlılığı ve tedavilerin klinik sonuçlarının başarı oranlarının düşük olmasından dolayı akıllı olmayan ilaç kullanımının maliyeti çok yüksektir. Akıllı ilaç kullanımı yetersiz ilaç bilgisinden, yönetmeliklerden, ilaç sağlama sistemlerinden, reçeteyi yazandan, hastalardan ve bu faktörlerin toplamından etkilenmektedir. Ekonomik politikalar ve sağlık konusundan dolayı devlet ilaç sektörüne müdahalede bulunmaktadır. Yaptırımlardan bağımsız, siyasal kaygılardan uzak, özerk kurumlar halinde örgütlenmiş malzeme, ilaç ve tıbbi cihazların yönetimi; ruhsatlandırılması ve standardizasyonu aşamalarında uluslararası standartlar içerisinde bu standartları karşılayan kurumların oluşturulması gerekir. Bu görevi gerçekleştirecek kurum olarak "Ulusal İlaç Kurumu ilaçla ilgili temel politikalarının belirlenmesi, araştırma/geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi, piyasa gözetimi, ilaç tanımı, ilaç üretimi gibi konularda destekleyici olarak yapılandırılmalıdır (Soyer,2009, s.139-143).

Ülkemizde oransal olarak farmasötik ürünlere ve ilaçlara yapılan harcamalar çok yüksektir. Nüfusun büyük bölümü sosyal güvenlik kurumları tarafından uygulanan politikalar nedeniyle ilaç fiyatlarına karşı duyarsızlaşmıştır. İlaçların ruhsatlandırılması sürecinin daha süratli, daha şeffaf ve daha etkili bir hale getirilmesi sağlanacaktır. İlaç fiyatlandırılması sürecinde sektördeki tarafların ortak paydada buluşacakları bir yöntem geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ele alınacak konular arasında Türkiye ilaç sanayisinin yurt dışında yatırım yapma, ülkemizde üretilen ilaçların dış pazara açılması da yer almaktadır. İlaçta fikri mülkiyet haklarını uluslararası hukuk ve taahhütlerimiz çerçevesinde ele almak ve de ulusal çıkarlarımız doğrultusunda sektördeki taraflar ile ortak paydada buluşmak temel amacımızdır. Farmakoekonomi ve farmakoepidemioloji biliminin öncülüğünde geliştirilecek yöntemler ile kamu kurumlarının ilaç alımını yönlendirmek temel ilkedir. Bilimsel kriterler göz önünde bulundurularak ilaç tüketiminin yönlendirilmesi ve sürecin bu doğrultuda sürdürülmesi gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2003, s.34).

3.6.6.2. Tıbbi Cihaz Kurumu

Sağlık hizmetlerinde kullanılan tıbbi malzemelerin ve cihazların uluslararası ölçülere uygun olarak satandardize edilmesi sağlık hizmetlerinde verimliliği artırır. Aynı zamanda bu durum malzeme israfını ve zaman kaybını önler, sağlık hizmetlerinde kalitenin artmasını sağlar. Uluslararası alanda sağlık hizmetlerinin verilmesine ve ekonomiye girdi sağlanmasına neden olur. Ülkemizdeki bireylere uluslararası standartlara uygun sağlık hizmetlerinin sunulması güvence altına alınmış olur. SDP' den önce tıbbi cihaz ve sarf malzemeler genellikle yurt dışından tedarik edilmek suretiyle sağlanmaktaydı. Kalibrasyon, kalite belgesi ve denetim belgesi gibi hususlarda genellikle yurt dışı göstergeler dikkate alınmaktaydı. Uluslararası referanslarla birlikte kendi standartlarımızın oluşturulması ve kalite belgesinin tanzimi yerli üretim süreçlerine kolaylık sağlayacaktır. Diğer yandan kullanılan cihazların periyodik kalibrasyonu tanı konulmasını kolaylaştıracak ve tedavi güvenliğini arttıracaktır. Tıbbi cihaz ve sarf malzemelerde denetim ve standardizasyon büyük öneme sahiptir. Ulusal düzeyde düzenleyici, eğitici ve denetleyici yetkileri olan hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan

bir Tıbbi Cihaz Kurumu'nun oluşturulması amaçlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2003, s.35).

Tıbbi Cihaz Kurumu uygulamalı araştırmaların desteklenmesi, sürekli ve online eğitim programlarının yapılması ya da üçüncü tarafların bu amaç için finanse edilmesi, kanunlar ve düzenlemeler konusunda bilgi sağlanması, güvenlik programları, klinik mühendislik uygulamaları, tıbbi cihazların karşılaştırılması ve değerlendirilmesi, tıbbi cihaz planlaması ve satın alınması, bilgi veri tabanlarının oluşturulması öncelikli olmak üzere sektör ile ilgili pek çok konuda görevlendirilmektedir (Eke,2014,s.42).

3.6.7. Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemi

Sağlık yönetiminin ve sağlık politikalarının temelini bilgiye dayanmasından dolayı "Sağlık Bilgi Sistemi" kurulması amaçlanmaktadır. "Sağlık Bilgi Sistemi'nin" kurulmasıyla temel sağlık uygulamalarına yönelik verilerin toplanması, sevk sürecinde bilgi akışının sağlanması, kişilere ait tıbbi kayıtların güvenli olarak tutulması ve korunması, sağlık envanterlerinin oluşturulması ve sağlık hizmetlerinde eşgüdümün sağlanması amaçlanmaktadır (Memişoğlu,2011, s.59).

3.7. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI UYGULAMA SÜRECİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulama süreci kavramsallaşma, yasallaşma, kontrollü yerel uygulamalar ve uygulamaların ülke geneline yayılması olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır.

3.7.1.Kavramsallaşma

Hükümetin sağlık alanındaki hedefleri ve geçmiş dönemlerde sağlık alanında yapılan çalışmalar göz önünde bulundurularak program yürütülmüştür. Hazırlanan bu çalışmada yer alan her bir bileşen ile ilgili amaçlar, ilkeler kavramsal olarak ortaya konularak geliştirme ve uygulama süreçlerinde ulusal ve uluslararası uzmanların görüşleri alınmış, programın oluşturulması sürecinde diğer ülkelerde mevcut olan uygulamalar değerlendirilerek ülkemizin ihtiyaçları doğrultusunda uygun program oluşturulmaya çalışılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2003, s.37).

3.7.2.Yasalaşma

Kavramsallaşma s¼recinden sonraki aşama y¼netmelik, yasa, bakanlar kurulu kararı gibi gerek duyulan hukuksal alanlarda d¼zenlemeler yapılması Sağlıkta D¼n¼ř¼m Programı'nın yasal mevzuatının oluşturulmasıdır.

3.7.3.Kontroll¼ Yerele Uygulamalar

Sağlıkta D¼n¼ř¼m Programını tek seferde uygulamaya koymanın ger¼eklikten uzak bir d¼ř¼nce olduğu d¼ř¼n¼lm¼ř, program s¼recinde oluşturulan kimi iyileştirmelerin ve yeniliklerin ¼lke genelinde uygulanmasından ¼nce kontroll¼ ve sınırlı uygulamaları yapılması, belirli b¼lgelerde ¼ncelikle uygulanarak s¼recin eksik y¼nlerinin fark edilmesi planlanmıştır. Fakat esas olarak bu aşamaların ana konusu programın bileşenleridir. B¼ylece uygulamaların işleyen ve işlemeyen yanlarını g¼r¼lerek, eksiklikleri fark edilerek bu eksikliklerin ortadan kaldırılması m¼mk¼n olacaktır.

3.7.4.Uygulamaların T¼rkiye Geneline Yayılması

D¼rd¼nc¼ aşama program ve bileşenlerin ¼lke genelinde uygulamaya konmasıdır. Bu d¼rt aşama programdaki her bir bileşen i¼in gerekli olmayabilir, ayrıca programı oluşturan bileşenlerin t¼m aşamalarının aynı zaman periyodu i¼erisinde ger¼ekleřtirilmesi gerekli değildir. Bazı b¼l¼mlerin birbiri ile uyum i¼erisinde uygulanması gerekirken birbirinden bağımsız b¼l¼mler de mevcuttur. Sağlıkta D¼n¼ř¼m Programının hazırlanması ve uygulanması aşamalarında ¼ncelikle halkın olmak ¼zere bilim adamlarının, sendikaların, meslek ¼rg¼tlerinin, g¼n¼ll¼ kuruluşların, ¼zel sekt¼r sağlık girişimcilerinin, iş d¼nyasının, end¼striyel kuruluşların, parlamenterlerin ve siyasi partilerin g¼r¼řleri alınarak s¼rece katılımları sağlanmıştır. Sağlıkta D¼n¼ř¼m Programı'nın bu alanda yurt dışında uygulanan ¼alıřmalardan kopukluk g¼stermemesi adına ¼ncelikle D¼nya Sağlık ¼rg¼t¼ olmak ¼zere akademisyenlerin, ¼nde gelen uzmanların ve sağlık ile ilgili uluslararası kuruluşların bilgi ve tecr¼belerinden yararlanılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2003, s.38).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI

SAĞLIK POLİTİKALARINDA VE KURUMSAL YAPIDA

DEĞİŞİM

4.1.YÖNETİM VE ÖRGÜTLENME

4.1.1.Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenlerinden biri olan Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatının yeniden yapılandırılması ile denetleme, yönetim ve planlama bileşenleri güçlendirilmiştir. Yeni yapının oluşturulması sürecinde diğer ülke pratikleri ve var olan örnekler incelenmiş, kişilerin sağlık sektörü beklentileri dikkate alınarak insan merkezli bir dönüşüm hedeflenmiştir. Yeniden yapılandırılan kurumların çağdaş düzeyde, etkili, hesap verilebilir, saydam ve verimli olmaları amaçlanmıştır.

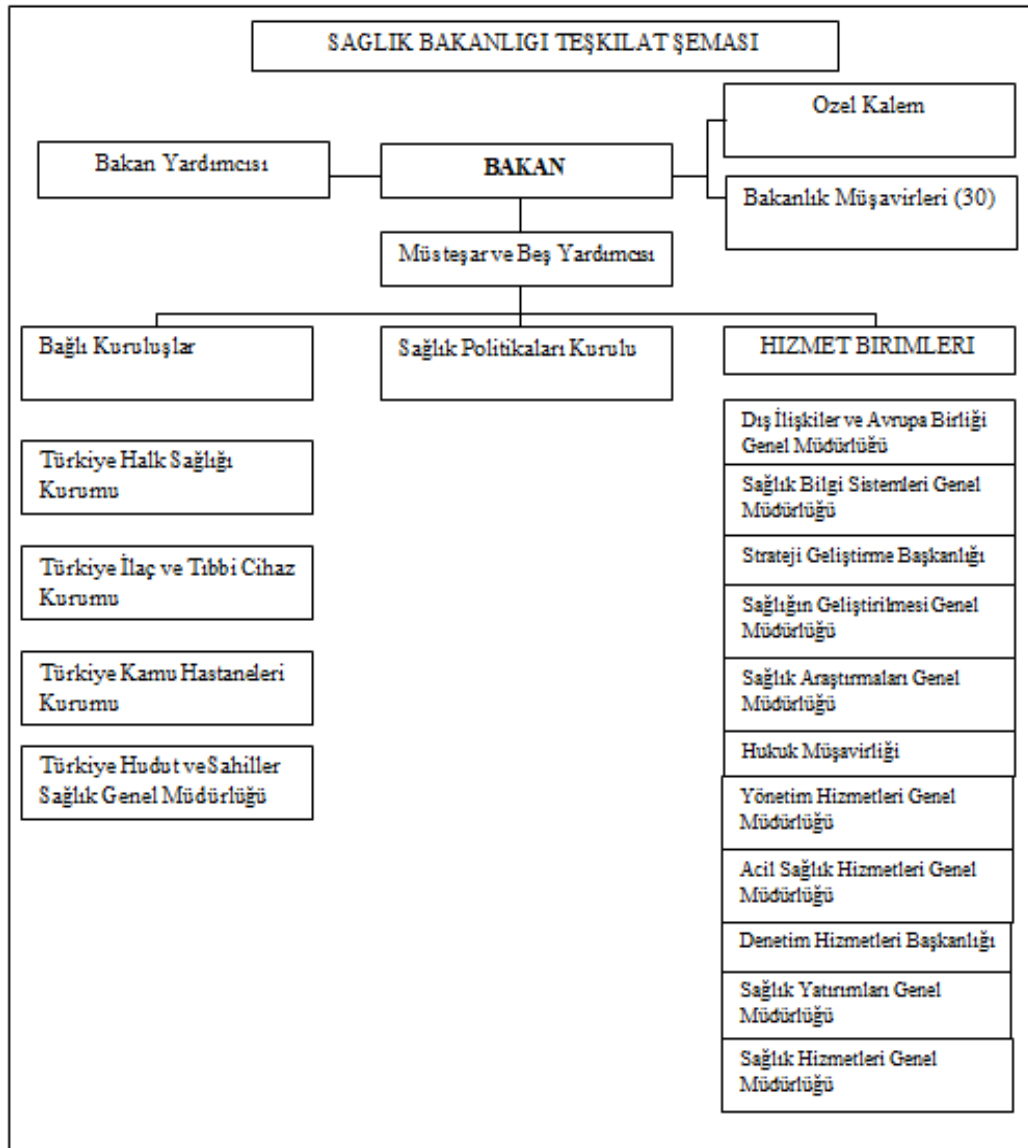
Yeni yapıda temel kuralları belirleme, üst denetim görevleri ve politika oluşturma bakanlığa verilmiştir. Bununla birlikte diğer hizmetlerin sağlanabilmesi için bakanlığa bağlı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu koruyucu hizmetleri ve temel sağlık hizmetlerini yürütmek, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu hastane hizmetlerini yürütmek, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tıbbi ürünler ve ilaç ile ilgili düzenleme ve denetleme yapmak gibi kuruluşlar oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.268).

4.1.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı

Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında değişiklikler meydana gelmiş merkez ve taşra teşkilatında değişimler gerçekleşmiştir. “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” 2 Kasım 2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmî Gazete de yayımlanmış bu kararname ile bakanlık yapılandırılmıştır. Kamu yönetimindeki yeni anlayışla bakanlık içinde değişimler

meydana gelmiştir. Kamu Hastaneler Birliği yapısı altında bakanlığa bağlı hastaneler toplanırken bakanlık sistem içerisinde denetleyici ve daha düzenleyici bir rol üstlenmiştir. Bu şekilde birbirinden ayrılmış bir sistem meydana gelmiş, birimler arasında fonksiyonel bir işlerlik oluşmuştur. Bu kanunla “Hizmet Birimi”, Bağlı Kuruluşlar” ve Sağlık Politikaları Kurulu” olmak üzere hem politika belirleme amaçlı yapının hem de denetlenebilirliğin ayrıldığı görülebilir (Acar,2018, s.8-9).

Şekil 4.1: 663 Sayılı KHK ile Yeni Merkezi Teşkilat Yapısı

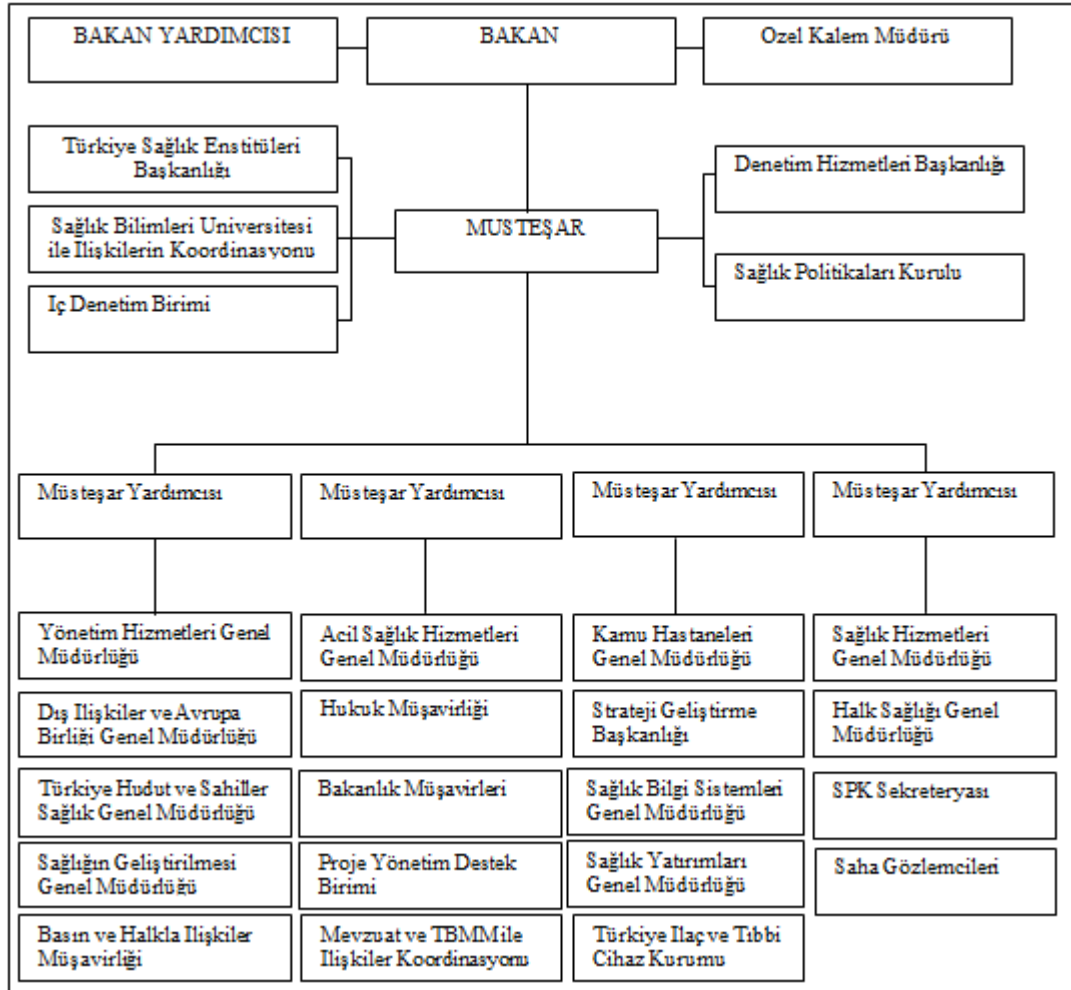


Kaynak: (Sevinç ve Özer,2016, s.10).

*Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü gibi yeni hizmet birimleri kurulmuştur. Sağlık sistemini düzenlemek ve Bakanlığın politikalarını belirlemek üzere Sağlık Politikaları Kurulu oluşturularak icracı yapı ile politikayı belirleyen yapı birbirinden ayrılmıştır.

*Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Yüksek Sağlık Şurası muhafaza edilerek Sağlık Meslekleri Kurulu oluşturulmuştur. Bu kurul sağlık alanında mesleki düzenlemeler, dal belirlemesi, mesleki alan ve istihdam planlamalarında fikir belirtecek; etik ilkeleri belirleyecek ve yeterlilik değerlendiresi yapacaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.269).

Şekil 4.2: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı, (2017)

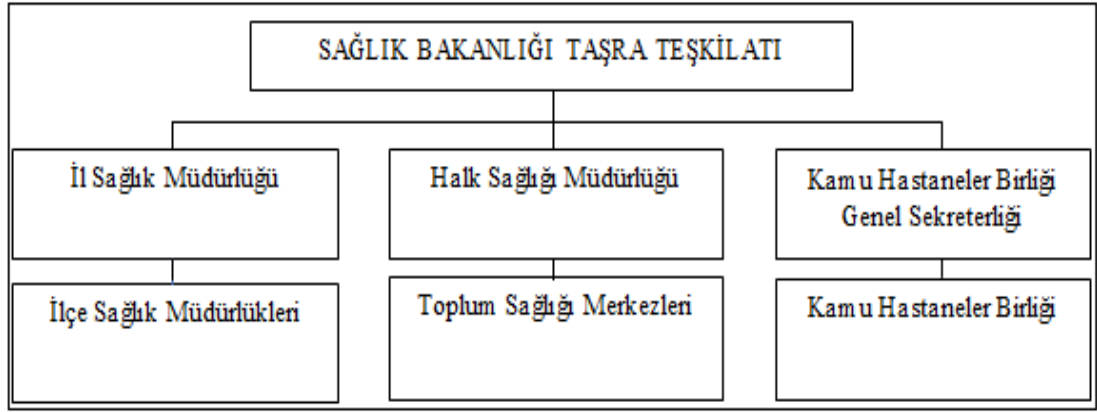


Kaynak: (S.B. Faaliyet Raporu,2017, s.21).

4.1.1.2.Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı

663 sayılı KHK’de merkezi teşkilatla birlikte taşra teşkilatında da değişiklik yapılmıştır. 25. madde de belirtildiği üzere ihtiyaç doğrultusunda illerdeki sağlık müdürlüklerine ek olarak ilçelerde de sağlık müdürlükleri açılmaya başlanmıştır. Acil hizmetleri yürütmek, bağlı kuruluşların arasındaki ilişkiyi sağlamak ve bakanlığa rapor sunmak İl Sağlık Müdürlükleri’nin görevleri arasındadır (Acar,2018, s.10).

Şekil 4.3: 663 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı Yeni Taşra Yönetimi



Kaynak: (Sevinç ve Özer,2016, s.12).

*Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı yeniden yapılandırılarak İl Sağlık Müdürlüklerine ilave olarak İlçe Sağlık Müdürlükleri’nin kurulmasına imkân sağlanmış, Kamu Hastaneleri Kurumu için genel sekreterlik ve Halk Sağlığı Kurumu için illerde Halk Sağlığı Müdürlüğü oluşturulmuştur.

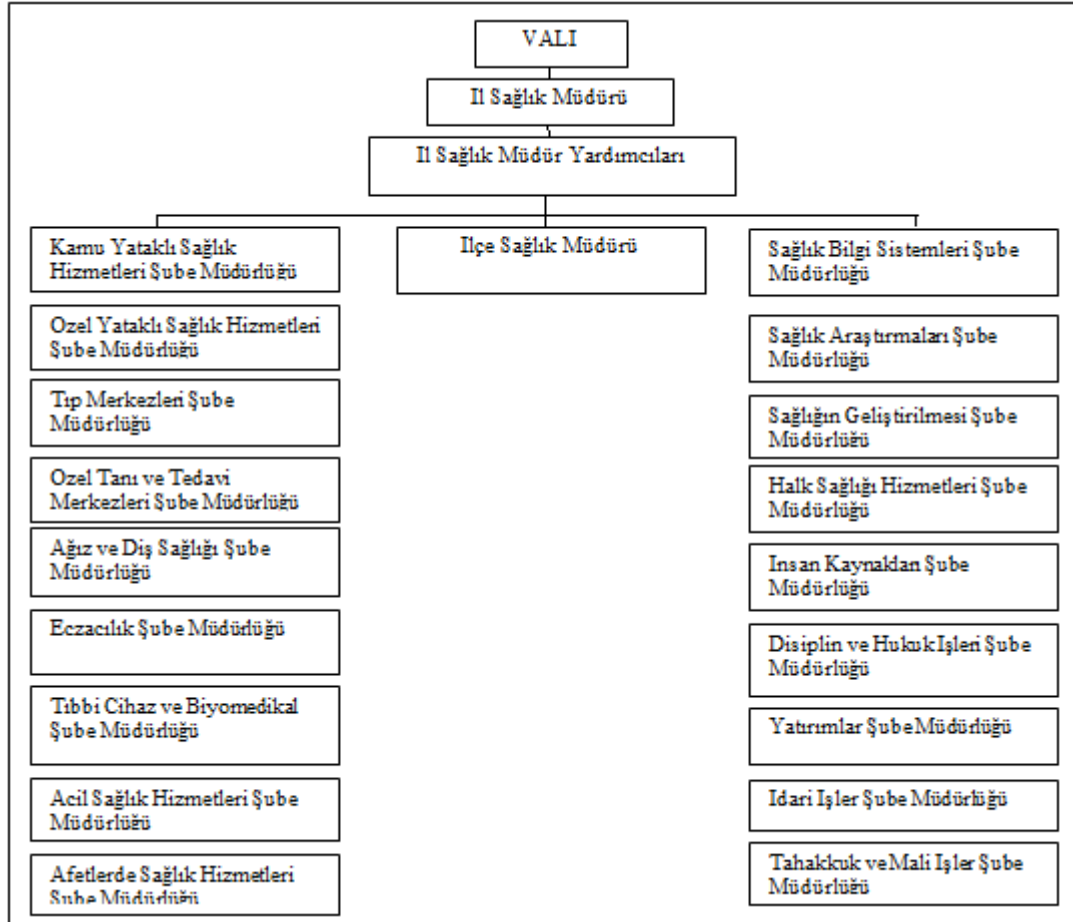
*Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı olarak hizmet sunan hastanelerin daha verimli, kaliteli ve etkin bir şekilde hizmet sunabilmesi için il düzeyinde Kamu Hastane Birlikleri kurularak birliklere bağlı sağlık kurumlarına objektif kriterler ölçüsünde profesyonel ve çağdaş, hesap verebilir ve denetlenebilir bir işletim ve denetim sistemi getirilmiştir.

*Birliğin yürütme ve en üst karar organı genel sekreterliktir. Genel sekreterlik kurumu içerisinde mali hizmetler, idari hizmetler ve tıbbi hizmetler başkanlıkları bulunur. Birliğe bağlı sağlık kurumları hastane yöneticisine yönetilir.

Hastane yöneticisinin sorumluluğunda sağlık bakım hizmetleri, idari ve mali işler ve başhekimlik bulunur. Genel sekreter tarafından kurumca belirlenen sayıyı aşmamak şartıyla müdür yardımcılıkları ve başhekim yardımcılıkları oluşturulur. Genel sekreterliklerde sözleşmeli eleman kadrosunda görevlendirilmek üzere uzman personel ve genel sekreterliğin büro hizmetlerinde çalıştırılmak üzere büro elemanı istihdam edilir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.269).

663 sayılı KHK sonrası bakanlıkta kurumsal uzlaşmaya dayalı yatay yapılanmaya geçilmiş, bakanlık merkez teşkilatında politika belirleme ve planlama işlevleri bakanlığa bağlı kuruluşlarda, denetleme ve düzenleme işlemleri Kamu Hastane Birliklerinde; yetki devri ile icra faaliyetlerini yürüten bakanlıkta yetki devri esaslı çalışma ve görevlerin taşraya aktarılması hedeflenmiştir (Sevinç ve Özer,2016, s.9).

Şekil 4.4: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı, (2016)



Kaynak: (S.B. Faaliyet Raporu,2016, s.22).

4.1.2.Sağlık Politikaları Kurulu

Bakanlığın politika oluşturma ile ilgili temel faaliyetleri ve sağlık sistemi yönetimi görevlerini yerine getirmek üzere görevlendirilen Sağlık Politikaları Kurulu müsteşar, müsteşar yardımcıları ve on bir üyeden oluşur. Kurul üyeleri bakan tarafından görevlendirilir ve sekiz yıl iş tecrübesi bulunanlar arasından en az dört yıllık yüksek okul mezunları iki yıllığına seçilir, görev süresi dolan üyeler yeniden görevlendirilebilir. Kurula müsteşar ya da yardımcıları tarafından görevlendirilen biri başkanlık eder. Kurul toplantılarına bakanlık biriminden uzman kişiler ya da yöneticiler ile birlikte sivil toplum kuruluşları, meslek kuruluşları, sendikalar, üniversiteler görüş bildirmek üzere davet edilir. Kurul bünyesinde oluşturulan komisyonlar ve danışma kurulları bakanlığın görev alanına giren bilimsel bilgi ve uzmanlık gerektiren konularda görüş bildirme ve çalışma yapma faaliyetlerini gerçekleştirir. Komisyonlarda ve danışma kurullarında bakanlık ve bağlı kuruluşların personeliyle birlikte özel kurum ve kuruluşlardan, yabancı uzmanlardan ya da diğer kamu kurum ve kuruluşlarından görevlendirilme yapılabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.271).

4.1.3.Personel

Sağlıkta dönüşüm sürecinde iyi çalışan ve motive olmuş bir iş gücü oluşturulmasının ana unsuru performansa dayalı ek ödeme sisteminin oluşturulmasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programından önce sağlık kurumlarının ve hastanelerin personele yapılacak ek ödemelerde döner sermayeyi kullanma izni olmasına rağmen döner sermayeden yapılacak ödeme oranları oldukça azdı. Ödemeler bir performans kriterine göre yapılmamakta, ödemelerin nasıl yapıldığı konusunda sınırlı bir şeffaflık bulunmakta ve sağlık kurumları arasında ödeme oranları bakımından farklılıklar bulunmaktaydı. Sağlıkta Dönüşüm Programı sürecinde gerçekleştirilen önemli teşviklerden biri sağlık personelinin aldığı ek ödemelerin gerçekleştirilmesinin belli bir performans çerçevesinde olmasıdır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin tümüne bu çerçeve uygulanarak sürecin daha şeffaf ve standart hale gelmesi sağlanmıştır. Buradaki amaç kamu kurumlarında çalışan sağlık personellerinin üretkenliğinin artırılmasıdır. Kamuda görev yapan sağlık

personelinin eksikliğinin farkında olarak mevcut personelin iş başı üretkenliğinin SDP politikaları doğrultusunda arttırılması amaçlanmaktadır. Sağlık personelinin ücretlerinin desteklenmesine ek olarak hastane yöneticileri ve doktorlara uzaktan eğitim yöntemi ile eğitim programları başlatılmıştır. Hastanelerde görev yapan idari personel ve Sağlık Bakanlığı personeline sağlık reformu uygulaması, sağlık sistemleri performansı ve ilgili konularda eğitim verilmiştir. Sağlık Bakanlığı altında görev yapan sağlık personeli sayısı arttırılmış ve yeni mezun hekimlere kırsal alanda çalışma zorunluluğu getirilmiştir (Hurst ve diğerleri,2008, s.47).

4.1.4.Aile Hekimliği

Sosyal gelişmenin günümüzdeki temel öğelerinden bir tanesi de sağlıktır. Birinci basamakta verilen sağlık hizmetlerin ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden kişilerin ihtiyaçları ölçüsünde faydalanabilmesini sağlamak çağdaş sağlık sisteminin öncelikli amaçlarından biridir. Bu gerçekteşiği durumda bireylerin sağlık standartları yükselecek ve yaşam kalitesi artacaktır. Birinci basamakta sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde verilebilmesi ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının verdikleri hizmet kalitesini arttıracak ve daha kaliteli sağlık eğitimi vermelerinin yanı sıra toplumun hastalık yükünün azaltılmasına olanak sağlayacaktır. Aile hekimliği uygulaması ile sağlık sorunu olan bireylerin doğru uzmanlık dalına ve uygun merkeze sevkini sağlamak ve de başarılı bir sevk zinciri uygulaması oluşturmak daha kolay olmaktadır. Böylece ikinci ve üçüncü sağlık kurumlarında gereksiz yığılma engellenecek, hasta mağduriyeti önlenecek, yüksek maliyet gerektiren bu hizmetlerin daha verimli ve etkin kullanılmaları sağlanacaktır (Atadağ ve diğerleri,2016, s.142)

4.1.5.Muhtelif Düzenlemeler

*Öncelikle SSK hastaneleri olmak üzere kamu kurumlarındaki hastaneler Sağlık Bakanlığına devredildi. *Maddi durumu yerinde olmayan kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanması için başlatılan Yeşil Kart uygulaması genişletilerek yeşil kart kullanan kişiler "ayakta tedavi" kapsamında aldıkları sağlık hizmetleri ve ilaç giderleri kamu tarafından karşılanır hale geldi (S.B. Stratejik Plan 2013-2017, s.26). *İlaç fiyatlandırma sistemi değiştirilerek ilaçtaki kdv oranları düşürülmüş ve ilaç fiyatlarında indirim meydana gelmiştir. Düzenleme ile ilaçların vatandaşa ve

kamuya olan yükü hafiflemiş ve ilaca erişim yaygınlaşmıştır. *Şehirlerde sunulan "112 Acil Sağlık" hizmeti köylerde de verilmeye başlanmış, istasyon sayısı artırılarak ambulansların donanımı en son teknoloji ile yapılmış ve sisteme deniz ve hava araçları eklenmiştir. *Öncelikle ana-çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilerek aile hekimliği uygulaması başlatılmış ve uygulama tüm ülkeye yayılmıştır.

*İnsan sağlığının bozulması ve erken ölümlerin önüne geçebilmek için kronik solunum yolları hastalıkları, böbrek yetmezliği, diyabet, felç, kanser, kalp-damar hastalıkları başta olmak üzere bu gibi bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik kapsamlı programlar uygulamaya konulmuştur. *Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmaya başlanmasından sonra bulaşıcı hastalıklardaki göstergelerimiz gelişmiş ülkeler seviyesine ulaştı. *Sağlık personeli, ekipman, binanın eksik olduğu bölgeler belirlenerek öncelikle bu bölgelerde ki dengesizlikler büyük oranda giderilmiştir (S.B. Stratejik Plan 2013-2017, s.27).

4.2. HİZMET SUNUMU

4.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yeni Dönem:

Aile Hekimliği

Ülkelerin beşerî sermayesini arttırmak ve kişilerin kaliteli bir yaşam sürmelerini sağlamak için sağlık hizmetleri sunumunun iyileştirilmesi sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması önem taşımaktadır. Ülkemizin sağlık sistemi yapılan düzenlemeler ve ileriki süreçlerde yapılacak olan yeni düzenlemeler ile devamlı yenilenmeye çalışılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin uygun basamakta verilmesi bu hizmetlerin verimliliğini artırma, etkili sunum bakımından dünyada kabul gören bir yöntemdir. Günümüzde gelişmiş sağlık sistemlerinin en önemli amaçlarından biri kişilerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları oranında kolay erişmesi ve bu hizmetlerin dengeli dağıtılmış, eğitimli sağlık ekipleri tarafından sunulmasıdır. 2003 yılında sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması planlanmış ve dünyada yaşanan gelişmeler dikkate alınarak oluşturulan Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya konulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda köklü değişiklikleri içeren Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli bir parçası olan Aile

Hekimliği uygulamasının tüm illerde hayat geçirildiği tarih 13 Aralık 2010 olmuştur (Bankur,2017, s.62).

Aile hekimliği uygulamasından kastedilen kişilerin ve aile bireylerinin ikametlerinin çevresinde veya kolayca ulaşılabilecek bir konumda bulunan ilk başvurunun yapıldığı, sağlık hizmetlerini aldıkları hekimlik uygulamasıdır. Bu hekimler koruyucu sağlık hizmetleriyle birlikte ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin birçoğunu gerçekleştirirler (T.C. Sağlık Bakanlığı,2004, s.14).

Aile hekimleri kendilerine kayıtlı kişilerin tedavi edilmesinde ve sağlıklarının korunmasında birinci dereceden görevli kişilerdir. Acil durumlar dışında hasta kişilerin sağlık sistemlerine ilk başvurdıkları yerdir. Aile hekimleri kendilerine kayıtlı bireylerin birinci basamaktaki tanı ve tedavi hizmetlerini üstlenmek, koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak bu kişilerin ikinci ve üçüncü basamak tedavilerini koordine etmek, bağışıklama ve kendisine kayıtlı kişilerin sağlık kayıtlarını tutmak aile hekimlerinin görevlerindedir. Bölgesel ve ulusal sağlık hedeflerinin planlanmasına yardımcı olmak için gerekli bilgileri üst kuruluşlara sunmak ve merkezi otoritenin belirlediği programları uygulamak ta aile hekimlerinin görevleri arasında bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2004, s.57).

Aile hekimlerinin amacı ilk basamaktaki sağlık hizmetlerini toplumun tümünü kapsayacak biçimde, kişilerin yerleşimlerinin bulunduğu yerde veya çalıştığı yerde rehabilite edici, tedavi edici, tanı koyucu ve koruyucu bir bütünlük içerisinde sunmaktır. Sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde bu hizmetleri kullanan bireylerin memnuniyeti önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireylerin talepleri göz önüne alınarak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi, sağlık personelleri ve hekimlerin özendirilmesi, sağlık hizmetlerinin sürekli geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, sağlık basamaklarına uygun sağlık sisteminin uygulanması ana ilkelerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2004, s.52).

Tıp alanındaki diğer uzmanlık alanlarında olduğu gibi aile hekimliğinin bir dal olarak ortaya çıkması gereksinim dahilinde olmuştur. Francis Weld Peabody "Bir sağlık sorununun tedavisi tümüyle bireye özel olmayabilir ama hasta bir bireyin tedavisi bütünüyle bireye özel olmalıdır." fikrini 1927 yılında yayınlanan "The care

off the patient" adlı makalesinde "kişi merkezli" yaklaşımı ortaya atmıştır. Tıpta kişilerin sağlığını bütünüyle ele alacak bir uzmanlık bölümünün zorunluluğu, tıp biliminde çeşitli alanlarda uzmanlaşmanın artmasının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. İngiltere'de Royal College of General Practitioners 1952 yılında Francis Weld Peabody'in fikrinin bir yansıması olarak kurulmuştur. Daha sonra Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) Willard ve Milis raporlarını 1966 yılında yayımladıktan, üç yıl sonra Amerika Birleşik Devletleri'nde 1969 yılında ilk basamak sağlık hizmetleri sunumunda yeni bir uzmanlık dalı olan "Aile Hekimliği " kabul edilmiş ve de Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) uygulamaya geçmiştir (Bektemur, Arıca ve Gençer,2018, s.2).

1970'li yılların ilk yarısında dünyada tartışılmaya başlanan ve ülkemizde de eş zamanlı olarak değiştirilmesi gündeme gelen aile hekimliği kavramı ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul görmemiş genel olarak sağlık ocağı hekiminin bir görevi olarak kabul edilmiştir. Dünyada 1973 yılından beri var olan aile hekimliği dalının ülkemizde de verilmesi 1983 yılında mecburi hale gelmiş ve yıl içinde Tebabet Uzmanlık Tüzüğü'ne alınmış ve ülkemizde aile hekimliği ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul görmüştür. Gazi Üniversitesi'nde ilk kürsü 1984 yılında kurulmuştur. 1985 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde süreç uygulamaya konmuştur. Tıp Fakültelerinde Yüksek Öğretim Kurumu 12547 sayılı karar ile 16 Temmuz 1993 tarihinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması uygun görülmüştür. Bu durum akademik süreçte aile hekimliğinin kritik dönüm noktalarından birini teşkil etmektedir. Trakya Üniversitesinde 17 Eylül 1993 yılında Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak fakültelerde aile hekimliği asistan eğitimi süreci başlamıştır. Akademik kadrolarda aile hekimliği uzmanlarının yer almaya başlaması 1994 yılında gerçekleşmiştir (Bankur,2017, s.67).

1961 yılında ve "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile kararlaştırılan sistem yerine, 2004 senesinde çıkarılan "5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ve bu kanunun devamında düzenlenen mevzuat ile ülkemizdeki birinci basamak sağlık hizmetleri değişikliğe uğramış "Aile Hekimliği Uygulamasına" geçiş süreci başlamıştır (Bektemur, Arıca ve Gençer,2018, s.2)

2003 yılında uygulanmaya başlayan ve Dünya Bankası'nın desteği ile yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı bileşenlerinden biri olan "Aile Hekimliği Uygulamasının faaliyete geçtiği ilk il Düzce'dir. 2003 yılında Düzce'de başlayan uygulama 2006 yılına gelinde 10 pilot ilde daha uygulanmaya başlanmış ve aşamalı olarak 2010 yılı bitmeden 81 ilde işler hale gelmiştir (Bankur,2017, s.70).

Aile hekimliği uygulaması ile aile sağlığı merkezlerinde rehabilitasyon, tedavi ve teşhis hizmetleri ve kişisel koruyucu sağlık hizmetleri; topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve bunların dahilindeki diğer görevler toplum sağlığı merkezlerinde verilmeye başlandı. Böylece Türkiye'de birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin günün şartlarına uygun olarak yeniden düzenlenmesi ve kişilere uygun bir biçimde kullanılmaya sunulması için bu hizmetlerin özgün bir örneği oluşturuldu. Bu modelin oluşturulması sürecinde ülkemizin ihtiyaçları göz önünde bulundurulmuş, yapılan mevcut çalışmalar dikkate alınmış, farklı ülkelerdeki uygulamalar yerinde incelenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.108).

Bireylerin sağlık sigortalarının olup olmadığına bakılmaksızın aile hekimliği hizmeti tüm bireyler için ücretsiz verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici hizmetler, evde bakım hizmetleri, gezici sağlık hizmetleri, aşılamalar, taramalar, birinci basamakta yapılan tetkikler ve muayenelerin de içine dahil olduğu bu uygulamalar için katkı payı alınmamaktadır. Ülke genelinde aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması sürerken diğer taraftan hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve mevzuat düzenlemelerine yönelik çalışmalar sürdürülmektedir. Bu nedenle ücret yönetmeliklerinde ve uygulamalarda birçok değişiklik gerçekleştirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.109).

2002 yılında 5.840 sağlık ocağı ülkemizin tümüne hizmet vermekte olup, aile hekimliği sisteminin uygulamaya konulmaya başlamasıyla birlikte aile sağlığı personelinin ve aile hekiminin birlikte ekip ruhu içerisinde sağlık hizmetini sundukları aile sağlığı merkezlerine dönüşmüştür. 25.069 Aile Hekimliği Birimi (AHB), 7.756 Aile Sağlığı Merkezinde hizmet vermekte olup bu merkezlerin bağlı olduğu 970 Toplum Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. Entegre sağlık hizmeti olarak bünyesinde ayakta veya yatarak tedavi hizmetlerinin verildiği, cerrahi ya da tıbbi müdahalelerin yapıldığı, ana çocuk sağlığı hizmetleri, doğum, rehabilitasyon ve

tedavi hizmetleri, muayene, acil sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ile adli tabiplik, ağız diş sağlığı ve çevre sağlığı gibi hizmetlerin de verildiği birinci basamak sağlık hizmetleridir. 2017 yılı itibarı ile 935 aile hekimliği birimince 79 tane sağlık merkezinde ve 269 ilçenin bağlı bulunduğu 69 tane ilimizde EII gurubundan 117 adet, EIII gurubundan 73 adet hastanede entegre sağlık hizmeti sunulmaktadır. Birinci basamakta sağlık hizmeti sunan kuruluşlar engelli bireylerin daha kolay hizmet alması için düzenlenmektedir. Ülke genelinde birinci basamakta sağlık hizmeti sunan kurumların yarısı engelli bireylerin erişebilmesine uygundur (S.B. Faaliyet Raporu,2017, s.76).

Hastalar tercih ettikleri sağlık hizmetini istedikleri sağlık kuruluşundan herhangi bir sınırlama olmadan alabilmektedirler ve birinci basamak sağlık kuruluşlarından sevk almadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurabilmektedirler. Bireyler sağlık hizmeti alabilecekleri aile hekimini seçmede özgürdürler. Bir aile hekimi seçildiği tarihten itibaren üç ay geçmeden değiştirilemez. Aile hekimlerinin aldığı ücret (sarf malzeme ve tetkik giderleri, geçici sağlık hizmeti giderleri, aile sağlığı merkezi giderleri, sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, kayıtlı bireyler üzerinden alınan ücret) karma bir sistem üzerinden belirlenir (Bankur,2017, s.70).

4.2.2. Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altına Alınması

Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçlarından biri olan verimlilik "Girdilerin orantılı biçimde kullanılmasıyla maliyetin azalması ve aynı girdi miktarıyla daha fazla çıktı elde edilmesi " olarak tanımlanabilir. Programda koruyucu hekimlik uygulamaları, sağlık işletmeciliği, akıllı ilaç kullanımı, malzeme yönetimi, insan kaynakları dağılımının bu kriter çerçevesinde ele alınacağı belirtilerek entegrasyonun sağlanması ve tüm sektörel kaynakların sisteme dahil edilmesiyle verimliliğin arttırılacağı belirtilmiştir. Bu doğrultuda kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması ile sağlık hizmeti sunumundaki kaynaklar, vatandaşların hizmete erişmesinde büyük kolaylık sağlamıştır. Sağlık Bakanlığı SSK hastanelerini devralarak hasta vatandaşlar arasındaki ayrımcılığa son vermiş ve hastanelerin Yeşil Kartlı, Bağ-Kurlu, Emekli-Sandığı, SSK'lı ayrımı yapmaksızın tüm vatandaşlara eşit hizmet verir hale gelmesi ve dengesiz yükler altında kalmaları engellenmiştir. Sağlık

hizmeti sunan kamu kurumlarına erişme güçlüğü çeken birçok kişi hizmet alma imkânına kavuşmuştur. Vatandaşlara sağlık hizmetlerinde tercih imkânı sunulması, devlet hastanesi-SSK hastanesi ayrımının ortadan kalkmasıyla birlikte primlerini ödeyen ve sağlık güvencesi olan kişilerin sağlık hizmetlerine erişmesinin sağlanması yönünden hakkaniyetli bir uygulama gerçekleştirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.197).

4.2.3. Hastanelerde Yerinden Yönetim

Toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini verimli ve etkili bir şekilde sunmak kamu yönetiminin temel sorumluluklarından biridir. Bu hizmetin sunulmasındaki en önemli aktörlerden biri sağlık kurumlarıdır. Sağlık organizasyonlarının temel bileşenlerinden biri olan hastaneler gelişmekte olan ülkelerde ve gelişmiş ülkelerde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sundukları aynı zamanda ortaya çıkan sağlık harcamalarının büyük kısmını oluşturdukları için kalite, eşitlik ve verimlilik gibi hedefleri gerçekleştirmeyi amaçlayan sağlık sektöründeki reform çalışmalarının önemli bir bölümünü hastane reformları oluşturulmaktadır. Bu reform çalışmaları sürecinde gerçekleştirilen uygulamalardan biri de kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi olup bu uygulama ile hastanelerdeki yönetim birimlerinin kamu hastanelerindeki kaynak dağılımı sürecinde sorumlu ve daha etkili bir pozisyon alması hedeflenmektedir (Küçük ve Şahin,2015, s.2).

Anayasa Mahkemesi tarafından tanımlanan özerklik kavramında bir topluluğun ya da tüzel kişiliğin kendini yöneten kuralların bir bölümünü veya tümünü doğrudan belirleyebilmeleri, yasalar ve anayasanın koyduğu sınırlar içinde hareket edebilme özgürlüğü olarak tanımlanmıştır. Reform sürecinde kaynakların verimli kullanımı konusunda üzerinde durulan hususlardan biri kamu hastanelerinin özerkliği ve özerklik düzeyinin artırılması olup uluslararası arenada gündeme getirilen ve sıkça tartışılan konuların başında gelmektedir. Hastanelerin özerkleştirilmesiyle kamu hastaneleri üzerindeki bürokratik yönetim anlayışından daha katılımcı ve özgür bir yönetim sürecine geçiş amaçlanmaktadır (Şahin ve Sur,2019, s.1).

Sağlık sisteminde kamu hastanelerinde yapılan yenileme çalışmaları kamu hastanelerinin yönetim kademelerinin daha esnek olması, hastanelerdeki yönetim kurullarına vatandaşın katılımının sağlanması, yöneticilerin sorumluluk ve yetkilerinin artırılması, merkezi hükümet organlarının kamu hastaneleri üzerindeki aşırı baskıcı ve denetleyici faaliyetlerinin azaltılması vb. uygulamaları içermektedir. Bu sebeple hastane özerkliği kamu hastanelerindeki karar alma mekanizmasının merkezi idareden hastane idaresine kayması ve merkezi hükümetin kamu hastaneleri üzerindeki kontrolünün azalması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sektöründeki hastane özerkliği sürecinin etkinlik, adalet ve verimliliğin geliştirilmesi hedefiyle sağlık hizmetleri reformlarının bir parçası olarak birçok ülkede uygulandığı görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin büyük çoğunluğunda sınırlı sağlık kaynaklarının büyük kısmının kamu hastaneleri tarafından kullanıldığı ve bu kaynakların etkin olarak kullanılmadığı bu sebeple kamu hastanelerinin acil reforma ihtiyaç duyduğu vurgulanmaktadır (Küçük ve Şahin,2015, s.2).

Millî Savunma Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları ve üniversite hastaneleri haricindeki tüm sağlık kurumları Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kilit reformlarının bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. 2005 yılında gerçekleştirilen bu dönüşüm sürecinde Sosyal Sigorta Hastaneleri de Sağlık Bakanlığı'na bağlanmış ve bu durum SSK'nın satın alma sürecine odaklanarak hizmet sunum işlerinden ayrılmasına neden olmuştur. Bu reformla birlikte kamu hastaneleri arasındaki ödeme ve yönetim süreçlerinin birbiri ile uyumlu olması amaçlanmaktadır. Reform süreciyle birlikte entegrasyondan beklenen Sağlık Bakanlığı hastanelerinde başarıyla uygulanan etkinlik ve üretkenliği arttıran performans yönetim modelinin kabul edilmesiyle teknik verimliliğin ve tahsis verimliliğinin iyileştirilmesi, hastanelere erişimin artması amaçlanmaktadır. Hastane özerkliği modelinin tüm ülkede uygulanmaya başlanması için 2008 yılının erken olabileceği fark edilerek bunun yerine hastane özerkliği sürecine yönelik pilot uygulama yapma kararı hükümet tarafından alınmıştır. 2007 yılında hazırlanan pilot hastane özerkliği kanunu (Devlet Hastaneleri Birliği'nin Pilot Uygulaması Kanunu Yasa Taslağı) Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne görüşülmek üzere sunulmuştur (Hurst ve diğerleri,2008, s.43-44).

Kamu teşebbüs sistemine yönelik hastane yönetim ilkeleri “pilot hastane özerklik kanunu” ile amaçlanmaktadır. Bu projeye dahil olan hastaneler Sağlık Bakanlığı’na bağlı kalmaya devam edecek fakat kurullar tarafından yönetilecektir. Kanun dahilinde bölgesel düzeyde ortak bir hastane birliği oluşturulmasının imkânı vardır. Uygulama ile bütçeleme, planlama, program işlevlerini yüklenen hastane açısından oluşan birlik kaynak tahsisi, sağlık personelinin işe alımı konularında daha fazla esnekliğe ve özerkliğe sahip olacaktır. Hastanede çalışan personeller ömür boyu istihdam garantisine sahip olamayacak ve devlet memuru olamayacaklardır. Hastane birliklerinin Sağlık Bakanlığı’na uygunluğunu sağlamaktan ve hizmet kalitesinin garantisi ile ilgili Sağlık Bakanlığı sorumlu olacaktır (Kol,2015, s.159).

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın I. Fazının uygulama sürecinde hastane özerkliği uygulamasına dönük planlar değişikliğe uğradığından devlet hastanelerinde verilen hizmetin kalitesini arttırmak, hastaneleri üretken hale getirmek ve daha insan merkezli olmalarını sağlamak için belirlenmiş hastane reformları uygulanmıştır. Hesap verilebilirlik, hizmet etkililiği ve hizmet verimliliği, hizmet kalitesi gibi reformlar kapsamında hastanelere hizmet sunum görevleri gibi daha çok esneklik ve özerklik imkânı tanınmıştır. Hastanelerin verimlilik ve kalite denetimlerinin yapılması, sağlık enformasyon sistemlerinin iyileştirilmesi, özel sektörden (kamu-özel ortaklığı) hizmet alım yöntemi ile hastane klinik(tanı) hizmetlerinin alınması, performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulanması ve yatırım, satın alma, döner sermayelerin yönetimi, konularında hastane yöneticilerine daha fazla özerklik ve esneklik verilmesi yapılan reformlardan bazılarıdır (Hurst ve diğerleri,2008, s.44).

Mali ve idari özerkliğe sahip sağlık kurumlarının oluşturulması, Sağlık Bakanlığı’nca Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen programın temel ve en önemli bileşenlerinden biridir. Sağlık Bakanlığı’nın öncelikli hedefleri arasında kamuya ait tüm hastaneler ve öncelikle bakanlığa ait hastaneler olmak üzere kamuya ait tüm hastanelerin kendi gelirlerini ve giderlerini karşılayabilmesi, maliyet etkinlik ve verimlilik anlayışı ile hizmet verilmesi, kontrollü bir rekabet ortamında sağlık sektörünün diğer aktörler ile kaliteli ve etkin sağlık hizmeti sunması ve verimli sağlık işletmelerine dönüşmesidir (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü,2019, s.1).

Hastanelere kendi kaynaklarını kullanma serbestliği, yönetim esnekliği, yetki devri verilmesi ve bunlara ilave olarak sağlık personeline döner sermayeden ek ödeme yapılması verimliliği arttırmış, sağlık kurumlarının hasta odaklı hizmet kurumlarına dönüşmesini sağlamıştır. Geçmiş dönemlerdeki kamu hastanelerinde mevcut olan hantal yapının değişmesi ve özel sektörün finansman gücünden yararlanılması için birçok tıbbi hizmet alanında özellikle tıbbi görüntüleme olmak üzere özel sektörden hizmet alınması yoluna gidilmiş ve hastane hizmet süreci gelişmeye başlamıştır. Bu durum tetkikler ve özellikle görüntüleme hizmetlerinde vatandaşların gereksiz bekleme sürelerini büyük oranda azaltmıştır. Gerçekleştirilen yeni uygulamalar ile kamu kurumlarına ait hastanelerin ve SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı çatısı altına alınması ile işletme modelleri arasındaki farklılık ve yönetim zaafları son bulmuştur. Bilgi işlem alt yapısı hastanelerin tamamına kurularak sağlık hizmetleri kayıt atına alınmıştır. Kamu hastaneleri yeterli donanıma sahip olabilmek için uzun yıllar ödenek beklemek durumunda kalıyordu, bu durum ortadan kaldırılmış oldu. Hizmet araçları kamuya yatırım yükü getirilmeden sağlanmakta ve bu araçların bedelleri kurum kazancından karşılanmaktadır. Büyük oranda yerinden yönetilen kurumlar haline gelen hastanelere her geçen gün daha fazla yetki devredilmekte ve hastanelerimiz yerinden yönetilen kurumlar olma sürecinde hızla ilerlemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.200).

4.2.4.Hastane Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında kamu hastaneleri teknolojik olarak yenilenmiş ve kapasitelerini artırılmıştır. Devlet hastanelerimizde kamu-özel ortaklığı şeklinde hizmet alımına başlanmıştır. Aşağıdaki (tablo 4.1)'de yataklı tedavi kurumlarındaki manyetik rezonans görüntüleme (MR), bilgisayarlı tomografi (BT), ultrasonografi (USG), doppler ultrason ve eko cihazlarının belirli yıllara ait sayısı verilmiştir.

Tablo 4.1: Yıllara Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları

Aşağıdaki tabloda (2002, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 yılları için) tedavi kurumlarındaki MR, BT, Ultrason, Doppler Ultrason, EKO sayıları görölmektedir.

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
MR	58	751	757	794	836	884
BT	323	1.058	1.071	1.119	1.152	1.186
Ultrason	1.005	4.756	5.286	5.518	5.470	5.635
Doppler Ultrason	681	2.793	3.151	4.015	4.679	4.892
EKO	259	1.542	1.793	1.897	2.121	2.269

Kaynak:(Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2017, s.129).

4.2.5.Hastane Rollerinin Kurum Bazlı Belirlenmesi ve Gruplandırılması

A1-Genel Eğitim Hastaneleri

Yan dal ve uzman hekimlerin yetiştirildiği genel dal yataklı tedavi kurumları, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin yürütüldüğü üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği Sağlık Bakanlığınca ilgili mevzuata göre en az beş branşta eğitim yetkisi verilmiş kurumlar A-1 grubu hastaneler olarak adlandırılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.209).

A1_Gurubu Yan Dal Eğitim Hastaneleri:

Bu grupta bulunan hastanelerin Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu oluşturabilmesi, -Hizmet verdiği uzmanlık dalının gerektirdiği branş ya da branşlarda üçüncü seviye acil servis hizmeti verebilmesi, -Hizmet verdiği uzmanlık alanının gerektirdiği 3. basamak yoğun bakım ya da yeni doğan yoğun bakım ünitesinin bulunması, -Eğitim ve araştırma statüsünün bulunması gerekir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.209).

A2-Gurubu Genel Hastaneler

Sağlık merkezi konumundaki illerde ya da bu merkezlere bağlı illerde hizmet veren, eğitim araştırma statüsü bulunmayan ve aşağıdaki kriterleri sağlayan hastaneler A2 Gurubu Hastaneler olarak isimlendirilir. Bu hastanelerin örneğin Erzurum gibi sağlık bölge merkezi konumundaki illerde veya bu illere bağlı alt bölge merkezi olan illerde (Kars, Ardahan, Artvin, Iğdır, Ağrı, Bayburt, Erzincan gibi)

ikinci basamak yataklı sağlık tesisi statüsünde faaliyet göstermesi, -Hastane statüsünün gerektirdiği görüntüleme hizmetleri, tetkik ve tedavi hizmetlerinin dışarıdan hizmet alımı yolu ile ya da kurum bünyesinde karşılanabilmesi, -Üçüncü basamak yoğun bakım ünitesinin hastane bünyesinde bulunması, -Yüksek risk ve ağır hastaların tedavilerinin sağlanabilmesi ve yatırılarak takip edileceği, komplike sağlık sorunu olanların tedavi edilebileceği durumda olması, -Çocuk hastalıkları, kadın doğum hastalıkları, genel cerrahi, dahiliye olmak üzere en az dört branşın her birinden 6 ve üzeri uzman tabip bulunması ve acil branş nöbeti düzenlenebilmesi gerekir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.209).

A2-Grubu Dal Hastaneleri

Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan tüm dal hastaneleri A2 grubu dal hastaneleri olarak adlandırılır (T.C.S ağlık Bakanlığı,2012, s.209).

B-Grubu Genel Hastaneleri

A1 ve A2 grubu hastane özelliği göstermeyen ilçelerde faaliyet gösteren, il merkezindeki genel hastaneler ile güçlendirilmiş ve aşığıdaki kriterleri taşıyan genel hastaneler B-Gurubu hastaneler olarak adlandırılır. Bünyesinde en az ikinci basamak yoğun bakım ünitesi ve ikinci seviye acil servis bölümünün bulunması, -24 saat esasına göre cerrahi branş acil havuz nöbeti ve dahili branş acil havuz nöbeti tutabilmesi. -İl merkezinde ya da güçlendirilmiş ilçe merkezi durumunda olan ilçelerde faaliyet göstermesi gerekir (S.D.P. Değerlendirme Raporu (2003-2010),2012, s.157).

C-Grubu Genel Hastaneler

Bünyesinde birinci seviye acil servis ve en az birinci basamak yoğun bakım ünitesi bulunan, -Bünyesinde dört ana dalda uzman hekimin hizmet vermesi ve buna ilave olarak farklı branşlardan en az ikisinden uzman hekimin bulunması, - Güçlendirilmiş ilçelerde ya da sağlık hizmetinin sunumu yönünden sağlık bölge planlaması kapsamında güçlendirilmiş ilçe merkezi ile bağlantılı ilçelerde faaliyet gösteren genel hastanelerdir (S.D.P. Değerlendirme Raporu (2003-2010),2012, s.158).

D- Grubu Genel Hastaneler

Aşağıdaki özelliklere uygun olarak güçlendirilmiş ve sağlık bölge planlaması kapsamında güçlendirilmiş ilçelerle irtibatlandırılmış ilçelerde faaliyet gösteren en az 25 hasta yatağı mevcut hastanelerdir. Bünyesinde diş polikliniği, monitörlü gözlem odası, doğumhane, ameliyathane, ameliyat sonrası bakım odası, -Diyaliz biriminin ihtiyaca göre yapılandırılabilmesi, -Acil sağlık hizmetlerinin birinci seviye acil servis yapılanması içinde sunulabilmesi, -Hastanede bulunan uzmanlık dallarında uzaman seviyesinde poliklinik muayene hizmetleri verilebilmesi ve yatarak tedavi gören hastaların uzman düzeyinde takip edilmesi ve tedavisinin yapılması gerekir (S.D.P. Değerlendirme Raporu (2003-2010),2012,s.158).

E-Grubu Hastaneler

Birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleriyle birlikte teşhis ve tedavi hizmetlerinin de yapıldığı, hasta yatağı en fazla 24 olan, entegre ilçe hastaneleridir (S.D.P. Değerlendirme Raporu (2003-2010),2012, s.158).

4.2.6. Özel Hastane Kapılarının Herkese Açılması

Son yıllara kadar ülkemizdeki sağlık hizmetleri çoğunlukla sosyal devlet anlayışı içerisinde ve bu hizmetlerin önemli bir kısmı kamu hastaneleri tarafından yerine getirilmekteydi. Fakat Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumundaki önemli değişiklik 1 Ekim 2008'de yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar Kanunu ile olmuştur. Ülkemizde bireyler sağlık hizmetlerini kamu kurumlarından alabildikleri gibi serbest piyasa sistemi içerisinde faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşlarından da alabilmektedirler. Ülkemizde sağlık sektörü özel sağlık kuruluşları, diğer devlet kurumları, DPT, kamu ve özel hastaneler, Millî Savunma Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'ndan oluşmaktadır. Özel ve kamu hastanelerinin dışında vakıflar, belediyeler, üniversite ve askeri hastanelerinde hizmet verdiği hastaneler mevcuttur. Üniversite hastaneleri SSK'lı vatandaşlara sınırlı düzeyde hizmet sunmaktayken, askeri hastaneler temel olarak asker personele ve yakınlarına hizmet vermekteydi. Sosyal sigortalar kurumu kendi hastanelerinde hizmet sunmakta ve SSK kapsamı bu hastaneler ile sınırlandırılmaktaydı. Aynı şekilde Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın kapsamı sağlık bakanlığınca işletilen hastaneler ile sınırlandırılmıştı. Sosyal sigortası

mevcut olan vatandaşlar özel sağlık kurumlarından hizmet alırken sosyal sigorta kapsamı dışındaki hizmetler için tam ücret ödemekteydiler (Özdemir, Kılıç ve Aydın,2010, s.3-4).

2003 yılından sonra bir dönüşüm sürecine giren Türkiye'deki sağlık sisteminin etkinliğini ve erişim kolaylığını arttırmak için reformlar yapılmıştır. Mevcut olan üç tane sosyal güvenlik kurumu tek bir çatı altında toplanmasına yönelik çabalar 2006 yılından sonra artmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumları tarafından yapılan geri ödeme miktarı çeşitli sağlık kurumları için sağlık hizmetlerinin sadece bir bölümünü karşılamakta ve özel hastaneler için genel olarak ilave ücret ödenmekteydi. Kamu hastanelerindeki sağlık hizmeti Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK gibi sosyal güvenceye sahip bireyler için ücretsiz olarak sunulmaktaydı. 1 Ekim 2008 yılında Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmiştir. Hasta bireyler için SSGSK ile sözleşme imzalayan özel sağlık kurumlarına ayaktan veya yatarak tedavi için müracaatlarına imkân sağlanmıştır. Bağ-Kurlular ya da SSK'lılar da kurumla sözleşme imzalayan üniversite hastanelerine doğrudan müracaat edebilecek ve sağlık hizmeti giderleri SSGSK tarafından bu sağlık tesisine ödenecektir. Yukarıda belirtilen iki madde gereğince 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu sonucunda bireyler kurumla sözleşmeleri olan tercih ettikleri hastanelerin birinden daha düşük bir ücret farkı vererek tedavi olabileceklerdir (Özdemir, Kılıç ve Aydın,2010, s.4).

Bu düzenleme ile sağlık hizmeti sunum sürecinde kamunun ağırlığı özel sağlık kuruluşları ile paylaşılarak sağlık hizmetlerinin sunulması daha kolay hale gelmiştir. Ayrıca özel sağlık kurumlarındaki kayıtlı çalışan sayısı artmıştır. Bunun sonucunda üretilen değerler üzerinden kamuya ayrılan oranlarda artış meydana gelmiştir. Sağlık sektöründeki denetlenmeler daha dikkatli yapılmaya başlanmıştır. Diğer yönden özel sağlık sektörü bu uygulama ile yeni bir ivme kazanmış ve bu alana büyük ölçüde yeni yatırımlar yapılmaya başlanmıştır. Özel hastanelerden sağlık hizmeti alan vatandaşları korumak için özel hastane ilave ücretlerine kısıtlama uygulanmıştır. Özel ve kamu kurumu hastanelerinde yoğun bakım tedavileri ve acil sağlık hizmetleri ücretsiz verilmeye başlanmıştır. Özel hastanelerde organ nakilleri, kalp damar cerrahisi, diyaliz, doğumsal anomaliler, yeni doğan, yanık ve kanser

tedavilerinde ek ücret alınmaması sağlanmıştır Özel hastanelere yönelik yapılan bu düzenlemeler özel hastanelerin zamanla halk hastanelerine dönüşmesine zemin hazırlamaktadır. Devlet hastanelerinde çalışan uzman hekimlerin oranı 2002 yılında %48,82'ken bu oran 2011 yılında %49,4 olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.199).

4.3. GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ

Genel Sağlık Sigortası hastalık durumunda bireylerin mali sorunlarını azaltan sağlığa yönelik alınan hizmetin sonuçlarını iyileştiren ve toplumun geneline sağlık güvencesi sağlayarak sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran bir uygulamadır. Ayrıca erişilebilir, yüksek kalitede, etkili bir alt yapı oluşturulması sağlık hizmetlerine erişim yönünden büyük önem taşımaktadır. Bu uygulamada bireylerin sağlık hizmetlerini kullanırken ekonomik yönden sorun yaşamamaları amaçlanmaktadır. Bu yönüyle Genel Sağlık Sigortası (GSS) iki temel faktörden oluşmaktadır. Bunlardan ilki kişilerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin kullanım süreci ile ilgiliyken, ikinci faktör sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutu ile ilgilidir (Gülşen ve Yıldırım,2017, s.4). İlk faktör sağlık hizmetleri sunum sürecinde rehabilitasyon, koruma ve tedavi hizmetlerine toplumun genelinin ulaşmasını ifade etmektedir. Kalitenin yüksek olması hizmetin sunum sürecinde dikkat edilmesi gereken önemli bir noktadır. Bireylerin mali sorun yaşamadan sağlık hizmetlerine ulaşmasını hedefleyen bir sistemde kaliteyi düşüren eğitimsiz sağlık çalışanlarının var olması sistemin oluş amacını temelden sarsacaktır. İkinci faktör sağlık hizmeti kullanan bireyleri ekonomik risklerden korumayı hedeflemektedir. Aksi bir durumda hediye ve para gibi informal (masa altı, yasa dışı) ödemeler nedeni ile sağlık hizmetlerini kullananlarda maddi sorunların oluşmasına ve toplumda sağlık hizmetlerini kullanmada isteksizlik meydana gelmesine neden olabilir (Gülşen ve Yıldırım,2017, s.4-5).

GSS sisteminde anahtar kavram "eşitlik" ilkesidir. Toplumun geneli sigorta kapsamında olmalı ve kişiler ihtiyaçlarına göre sigorta kapsamında olmalıdır. Bu ilke (etnik gurup ya da ırk ayrımı olmaksızın zengin-fakir, erkek- kadın gibi) sosyoekonomik guruplar arasında eşit olunacağını ifade etmektedir. Kamu kesiminin finanse etmesi yoluyla piyasanın bu tip bir sağlık hizmeti sunumunda yetersiz

kalması sorunu ortadan kalmış olacaktır. Diğer yünden herkesin ödeme gücüne göre sisteme finansal katkıları alınacaktır. Devlet sistemdeki fonların etkili, eşit toplanmasında ve bu fonların kullanılmasında bu ilkeleri güvence altına alan bir yapıda bulunmaktadır. Fakat pek çok ülke diğer özel finansman yöntemlerini kullandığından dolayı sağlık hizmetlerine eşit erişim sürecinde ve finansmanda olumsuz etkiler meydana gelmektedir. Kamunun sağlık sistemindeki finansmanı bu modelde oldukça önemlidir. Sosyal sigorta katkıları ve vergiler gibi başlıca finansman kaynaklarında da ön ödeme (prepayment) yapılmakta ve zorunlu katkılar bulunmaktadır. Sağlık hizmeti kullanan kişilerin bu hizmet sonucunda büyük miktarlarda sağlık hizmeti kullanım bedeli ile karşılaşmamları alınan bu küçük katkı payları ile sağlanmaktadır. Yoksul ile zengin arasındaki bu çapraz sübvansiyon ile sağlık ve refah hizmetlerine ulaşılmaktadır. Bu süreç Genel Sağlık Sigortası sisteminde en önemli ilke olan eşitlik amacı için önemli rol oynamaktadır (Gülşen ve Yıldırım,2017, s.5).

Genel Sağlık Sigortası uygulaması 2008 yılında uygulamaya konularak sağlık sistemini tek bir çatı altında toplamayı amaçlamaktadır. Sosyal Güvenlik Reformu diğer adıyla 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 1 Ekim 2008'de ülkemizde yürürlüğe girmiştir. 1949 yılından itibaren yürürlükte olan 5434 sayılı T.C Emekli Sandığı Kanunu, 1964 yılından itibaren yürürlükte olan 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ve 1971 yılından itibaren uygulanan 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu ile 2925 ve 2926 sayılı Tarım Sosyal Güvenlik Kanunları yürürlükten kalkmış ve bu kanunların yerine 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu almıştır (Özdemir, Kılıç ve Aydın,2010, s.5).

Yasanın temel amaçları genel hatları ile şöyle özetlenebilir (Er,2011, s.208).

- 1-Ülkedeki bulunan tüm vatandaşları güvence altına almak.
- 2-Sağlık sigortasının kişilerin tercihine bırakılmadan zorunlu olması
- 3-Sağlık hizmetlerinin herkes tarafından ulaşılabilir olması
- 4-Sisteme dahil olanlardan belli miktarda prim toplanması

5-Ödenen bu prime ek olarak hastalardan katkı payı alınması

6-Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki primlerin belirli sağlık hizmetlerini (teminat paketini) kapsamaması, teminat paketi dışında kalan sağlık hizmetleri için ek ücret ödenmesi.

7-Sisteme uygun sevk zincirinin kurulması ve işletilmesi.

GSS kanunu ile gerçekleşen kimi örnek değişiklikler şunlardır (Özdemir, Kılıç ve Aydın,2010, s.4-5).

1-Bağ-Kur ve SSK'lı hastalar, Emekli Sandığı mensupları gibi kurumla sözleşme imzalayan üniversite hastanelerine doğrudan başvurabilecekler ve sağlık hizmetinin giderleri kurum tarafından sözleşme imzalayan sağlık tesislerine ödenecektir.

2-Kurumla sözleşme imzalamış özel sağlık tesislerine, hasta vatandaşlar için doğrudan başvuru olanağı sağlanmış ayakta ve yatarak tedavi imkânı verilmiştir.

3-Uzun süre ilaç kullanılmasını gerektiren kolesterol, şeker hastalığı, tansiyon hastalıklarında rapor ve bir kez reçete düzenlenmesi yeterli olacaktır hastalar ilaçlarını reçete yazdırmadan iki yıl süresince eczaneden üçer aylık kullanım dozunda alabileceklerdir.

4-Bireylerin daha önceden almış oldukları raporlu ilaçları bitmeden 7 gün önce tekrar ilaç almalarına olanak sağlanmıştır. Bu durum farklı zamanlarda biten ilaçlar için ayrı ayrı reçete yazdırma ve eczaneye gitme durumu ortadan kaldıracaktır.

5-Tebliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 120 gün sonra hastaneye yatan hastalar için kullanılacak malzeme ve ilaçların hastane/sağlık kurumunca temin edilmesi zorunluluğu getirilmiştir. Bu yöntemle hasta ve hasta yakınlarının malzeme ve ilaç temininde yaşadığı sıkıntıların önüne geçmek amaçlanmıştır.

6-Tebliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 120 gün sonra hastaneye yatan hastalar için kullanılacak tıbbi malzemelerin hastaya aldırıldığı durumlarda fatura ücreti üzerinden hastaya ödeme yapılarak hastanın mağduriyetinin önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.

7-Özel sağlık tesislerine ve özel muayenelere özürlü vatandaşların doğrudan başvurularına imkân sağlanmıştır.

Kanunda genel sağlık sigortasından yararlanacak olanlar maddeler halinde sıralanmış; isteğe bağlı sigortalılar, aylık almakta olanlar, bağımsız çalışanlar, memur, işçi ve bu guruba dâhil olmayanlardan özel durumları nedeni ile (başarı, vatan hizmeti, muhtaçlık, yoksulluk) sağlık yardımı almaya uygun görülenler belirlenmiş son olarak yukarıdaki guruba dâhil olmayanlardan ve diğer ülkelerde sağlık sigortasından yararlanamayanlarında genel sağlık sigortası kapsamına dahil edilerek sağlık yardımlarından yararlanacağı belirtilmiştir (Er,2011,s.210).

Kurum genel sağlık sigortasına dâhil olan kişi ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin; sağlık durumunu korumalarını, hastalık sonucu gerekli görülen tıbbi sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, analık durumunda gerekli sağlık desteğinin verilmesi, iş kazası ve meslek hastalığı durumunda sağlık yardımının verilmesi, iş göremezlik halinin oluşmasını ya da azaltılmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini karşılamaktadır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı [ÇSGB],2013,s.13).

Finansmanı Sağlanacak Sağlık Hizmetleri: hastalığın teşhisi ve tedavisi için doktor tarafından uygun görülen sağlık hizmetleri, madde bağımlılığını önlemeye yönelik sağlık hizmetleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tüp bebek tedavisi, hamilelik durumuna yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerde kullanılan tıbbi malzeme ve aşular, kan ve kan ürünleri, kemik iliği, yurt dışı tedaviler ve trafik kazalarında uygulanacak sağlık hizmetleri olmak üzere ana maddeler halinde sıralanabilir (ÇSGB,2013,s.13-14).

5510 sayılı GSS kanunu yürürlüğe girmeden önce Türkiye’de mevcut farklı sosyal güvenlik kurumu kapsamındaki kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında norm birliği bulunmamakta ve bireyler nitelik ve nicelik açısından farklı sağlık hizmetinden yararlanmaktayken yürürlüğe giren yeni kanun ile tüm nüfus kapsama alınmış ve herkese aynı sağlık hizmeti eşit olarak verilmeye başlanmıştır. Primli ve primsiz sosyal sigortacılığın birlikte uygulandığı Genel Sağlık Sigortası zorunlu bir sistemdir. Sisteme dâhil olan kişilerin sigortalılığı devamlıdır.

5510 sayılı SSGSS kanunu için geçiş süreci n görülmüş olup bu süre 01.01.2012 tarihinde sona ermiştir. Bu sürenin sonunda kanunun 92. md gereğince Türkiye’de yaşayan ve herhangi bir sosyal güvenlik kanununa dâhil olmayanlar kurumca bu tarihten itibaren resen GSS kapsamına alınmaktadır (ÇSGB,2013, s.1).

4.4.SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKALARI

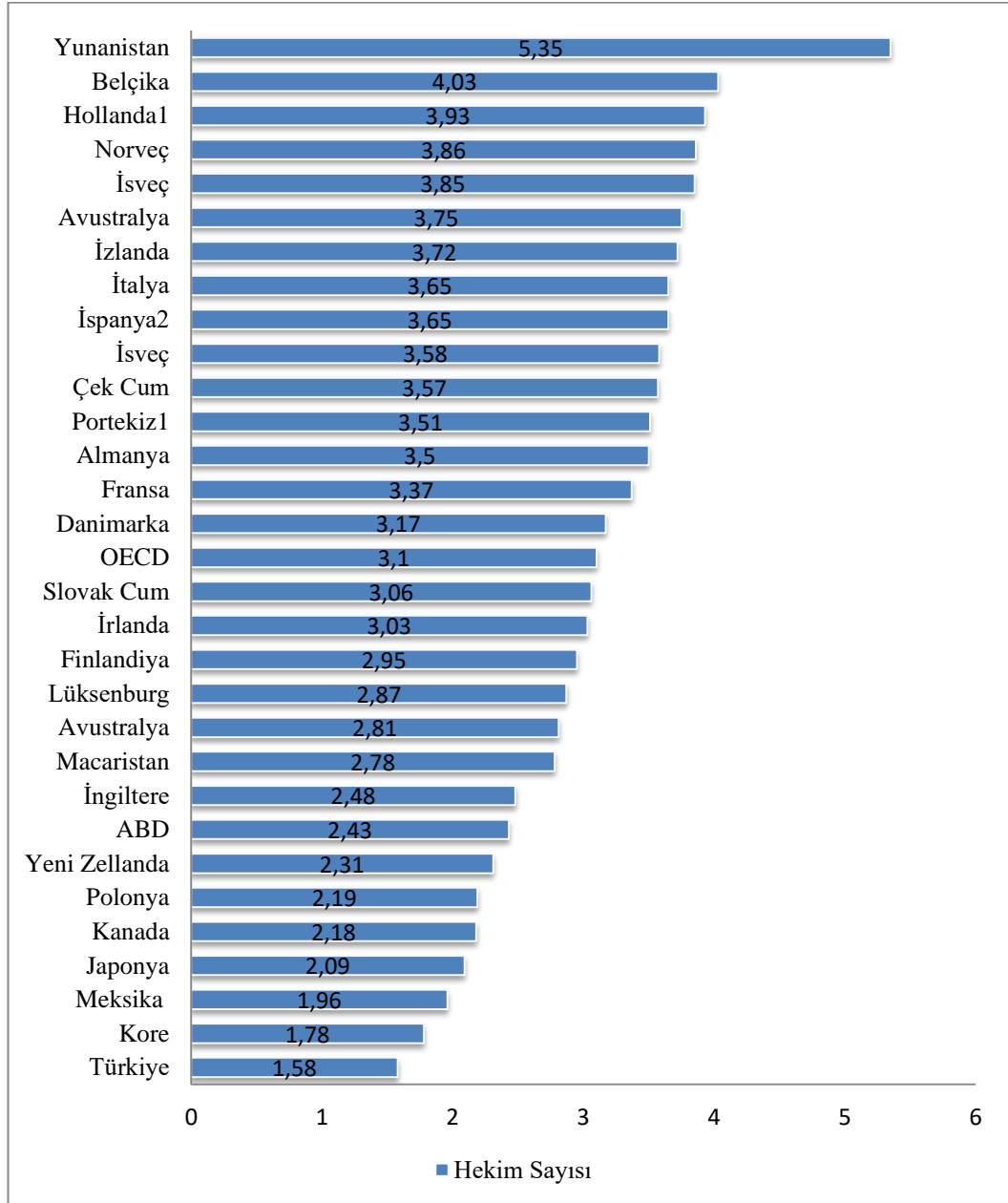
Sağlık hizmeti yetenekli ve yeterli büyüklükteki insan gücünün varlığına bağlıdır. Toplumun ihtiyaı olan sağlık hizmetlerinin sunulmasında insan kaynakları kritik bir rol oynamaktadır. Bu nedenle karar verici mevkide bulunanlar ve sağlık planlayıcıları toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini sunabilecek nicelikte ve nitelikte insan kaynağını uygun bir maliyet ile sağlamak durumundadırlar. Dünya Sağlık rgt’ne göre sağlık insan gücü planlaması önceden belirlenmiş amaçlar ve sağlık hedeflerini gerçekleştirmek için gerekli bilgi, beceri ve tutuma sahip insan gücü sayısını tahmin etme sürecidir. Bu süreç kurumların toplumdaki hangi gurup için neyi, nasıl ve nerede yapacağını ve önceden tespit edilmiş sağlık amaçları için insan kaynağında olması gereken bilgi ve beceriyi tespit etmeyi içerir. Sağlık insan gücü planlaması gelecekte ihtiyaç duyulacak sağlık hizmetlerini tahmin ederek bu ihtiyaı mevcut durumdaki insan kaynağı ile analiz ederek yapılır. Kısaca sağlık insan gücünün arz ve talebi dengelenmeye çalışılır. Bu iki değişken çeşitli etkenlerden (demografi, sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin kullanım durumu, işten ayrılanlar ya da sisteme yeni çalışanların girmesi gibi) etkilenir (avmak,2017, s.2).

4.4.1.İnsan Kaynakları Durum Tespiti ve zm Planlaması

1923 yılı Refik Saydam dönemine kadar ülkemizde sağlık insan gücü planlaması ile ilgili çalışmalar yapılmış olmasına rağmen bu çalışmalar hizmet kullanımı ve iş yükünden ziyade yatak sayıları ve nüfusa dönük olarak yapıldığı için bu planlarda oluşturulan sağlık insan gücüne dönük hedefler genel kalmış ve planlamadan ziyade politika belirleme niteliğinde olmuştur. Sağlık Bakanlığı’nın 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’nı başlatması ile sağlıkta dönüşüm süreci başlamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ilkeleri arasında “bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü” ibaresi yer almış, bu

ilke altında uygun nitelikte ve yeterli sayıda personelin çalışması için ileriye dönük bakış açıları ortaya konulmuştur. Bununla birlikte sağlık yöneticilerinin insan kaynakları planlama sürecine aktif katılımının sağlanması ve yerel insan kaynaklarının sürece dâhil edileceği belirtilmiştir (Çavmak,2017, s.8-9).

Grafik 4.1: OECD Ülkelerinde 1000 Nüfusa Düşen Hekim Sayısı



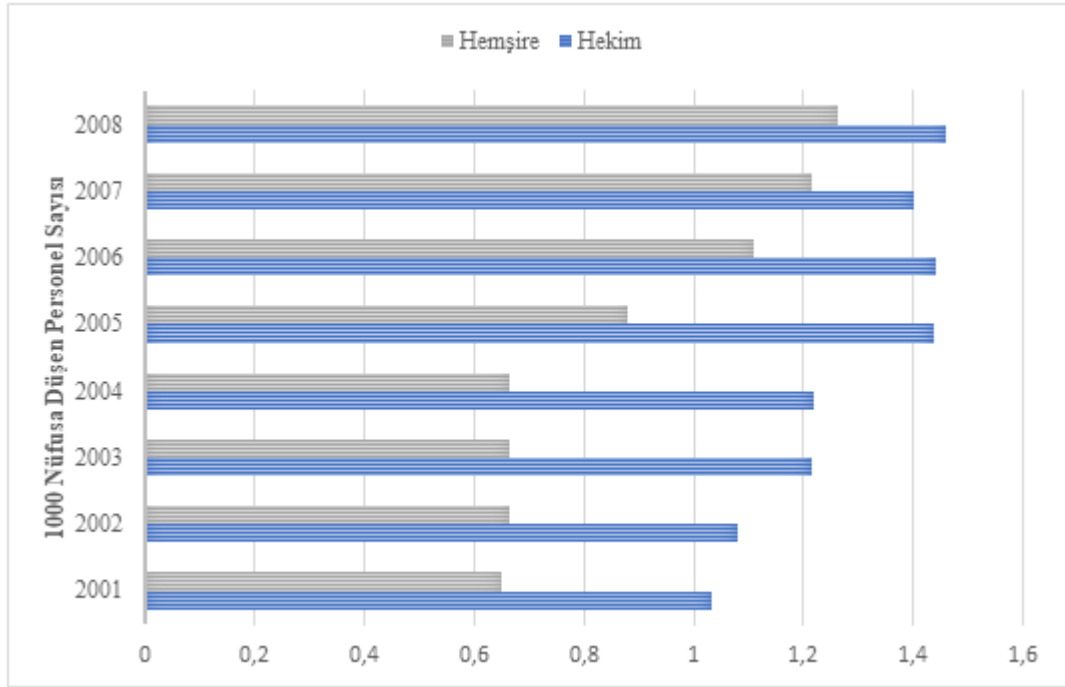
Kaynak: (Akdağ,2011, s.23).

Not: Türkiye dışındaki ülkeler için 2007 yılı ya da mevcut en yakın yıla ait veriler kullanılmıştır. Türkiye verileri 2008 yılına aittir.

Ülkemizde doktor sayısı yetersizdir. Türkiye doktor başına düşen nüfus bakımından DSÖ Avrupa bölgesinde yer alan ülkeler içerisinde son sıralarda bulunmaktadır (S.D.P. İlerleme Raporu,2008, s.8-9).

Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya konmadan önce ülkemizde sağlık insan kaynakları içerisinde yer alan hemşire sayılarındaki fazlalık düşüncesi hekimler içinde gündeme gelmiştir. SDP' nin başlamasıyla bakanlık sağlık personeli sayılarındaki yetersizliğe dikkat çekmiştir (S.D.P. İlerleme Raporu,2008, s.82).

Grafik 4.2: Türkiye’de 1.000 Nüfusa Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı (2001-2008)

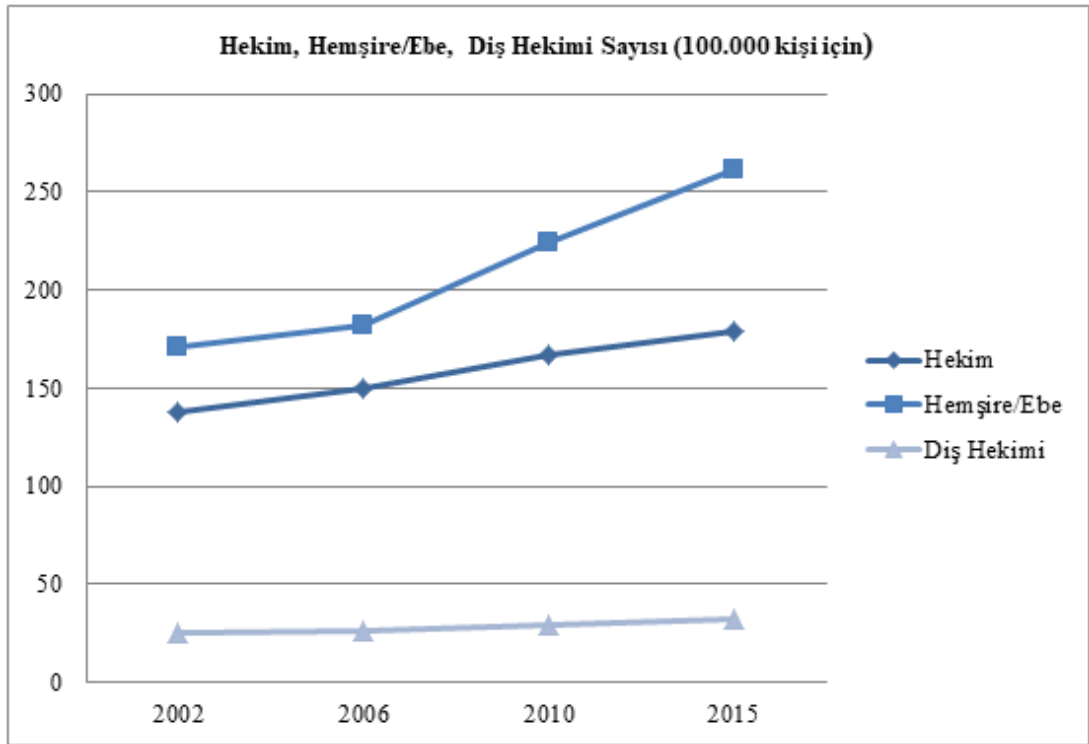


Kaynak: (Akdağ,2011, s.24).

Bu sorunun oluşmasındaki en büyük etken tıp fakültelerine alınan öğrenci sayılarının uzun yıllar boyunca ortalama 5000' in altında sabit tutulmuş olmasıdır. SDP' nin uygulanmaya başlamasıyla birlikte Sağlık Bakanlığı tarafından hekim sayısının artırılmasına yönelik çalışma başlatılmıştır. Tıp fakültelerine 2007-2008 öğretim yılında alınan öğrenci sayısı 5.253 olmakla birlikte YÖK ve Sağlık Bakanlığı'nın anlaşması ile 2008-2009 öğretim yılında 6.655'e, 2009-2010 öğretim yılında 7.877'ye, 2010-2011 öğretim yılında ise 8.438'e yükseltilmiştir. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılından itibaren gerçekleştirilen birçok

çalışma sonucunda nüfus başına düşen sağlık personeli sayılarında iyileşmeler görülmüştür (grafik 4.2). Bin nüfus başına düşen doktor oranı 2001 yılında 1.33 iken bu oran 2008 yılında 1.59' a yükselmiştir. Ayrıca bin nüfus başına düşen hemşire oranı 2001 yılında 0,66 iken, 2008 yılında bu oran 1,39'a yükselmiştir. Bu artışın sürmesi hedeflenmektedir (Akdağ,2011, s.23).

Grafik 4.3: 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim, Hemşire/Ebe ve Diş Hekimi Sayısı, (2002, 2006, 2010, 2015), Türkiye



Kaynak: (Çavmak,2017, s.8).

2015 yılı verilerine göre Türkiye’de 100.000 kişiye düşen doktor sayısı 179, diş hekimi sayısı 32 ve hemşire/ebe sayısı 261’dir. Hemşire ve doktor sayılarının yıllar içinde istikrarlı olarak arttığı fark edilmektedir. Bununla birlikte 2002 yılında kişi başı hekime müracaat oranı 3.1’ken bu oran 2011 de 8.3’e yükselmiştir. Bu durumun sebepleri arasında artan sağlık insan kaynağı sayısı, performansa dayalı ödeme sistemi ve sağlık hizmetlerine kolay erişim gösterilebilir (Çavmak,2017, s.7).

Tablo 4.2: Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2016

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Hekim	40.544	15.905	22.171	78.620
Pratisyen Hekim	37.173	203	5.682	43.058
Asistan Hekim	8.615	14.534	...	23.149
Toplam Hekim	86.332	30.642	27.853	144.827
Diş Hekimi	9.125	2.403	15.146	26.674
Eczacı	2.318	308	25.238	27.864
Hemşire	103.507	22.650	26.795	152.952
Ebe	47.766	748	3.942	52.456
Diğer Sağlık Personeli	104.446	11.043	29.120	144.609
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	204.778	67.605	49.569	321.952
TOPLAM PERSONEL SAYISI	558.272	135.399	177.663	871.334

Kaynak: (Başara,2017, s.205).

Sağlık İstatistikleri Yıllıkları Sağlık Bakanlığı tarafından birçok kurum ile iş birliği gerçekleştirilerek yayımlanmaktadır. 2016 yılında yayımlanan çalışmaya göre; Eczacı sayısı 27.864, Hemşire sayısı 152.952, Diş hekimi sayısı 26.674, ülkemizdeki toplam hekim sayısı 144.827'dir. Doktorların ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı'nda çalıştıkları görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde görev alan toplam personel sayısı Sağlık Bakanlığı verilerine göre 871,334 olarak verilmiştir. Bu personelin 177.663'ü özel sektörde, 558.272'si ise Sağlık Bakanlığı'nda görev almaktadır (Çavmak,2017, s.7).

Tablo 4.3: Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2017

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Hekim	42.726	14.415	23.810	80.951
Pratisyen Hekim	38.721	240	5.688	44.649
Asistan Hekim	8.817	15.580	...	24.397
Toplam Hekim	90.264	30.235	29.498	149.997
Diş Hekimi	9.768	2.505	15.616	27.889
Eczacı	2.855	348	25.309	28.512
Hemşire	112.074	24.261	29.807	166.142
Ebe	49.003	759	3.979	53.741
Diğer Sağlık Personeli	111.193	11.990	32.234	155.417
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	215.402	70.987	52.852	339.241
TOPLAM PERSONEL SAYISI	590.559	141.085	189.295	920.939

Kaynak: (Başara,2018, s.7).

2017 yılındaki sağlık personeli sayısı 2016 yılına göre artış göstermektedir.

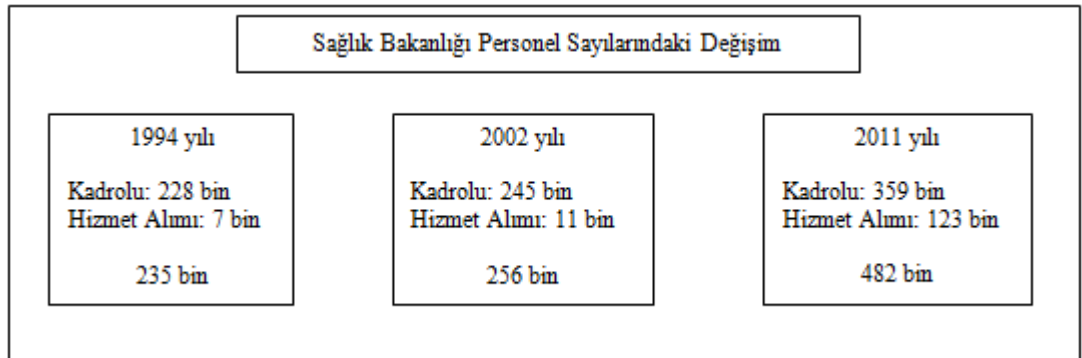
2016 yılındaki toplam hekim sayısı 144.827'iken bu sayı 2017 yılında 149.997 oldu. Toplam sağlık personeli sayısı 2017 yılında 871.334'ten 920.939'a yükseldi (Başara,2018, s.7).

Birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de değişimler meydana gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde işletmecilik bakış açısı zamanla daha fazla önem kazanmaktadır. Sağlık sektöründe sürdürülebilirliğin bir sorun olmaması adına sağlık politikalarında alternatif çözümler aranmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sürdürülebilir olması ve güçlü bir yapıda kalması için sağlıkta insan kaynaklarının geleceğe yönelik olarak dizayn edilmesi, performans kriterlerinin oluşturulması ve denetlenmesi gerekmektedir. Personel istihdamı noktasında farklı çözüm yolları aranması özellikle ülkemizin maddi baskıyı azaltma amacı hedeflediğini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin sorunsuz bir biçimde ilerlemesinde ve hataların asgari düzeye indirilmesinde insan kaynaklarının iyi organize olması çok önemlidir. Sağlık statüsünün yükselmesinde insan kaynağının sorumluluk alma bilincine sahip olması, insan kaynağının gelişimi ve gelişime açık olması doğrudan önemlidir (Çavmak,2017, s.10).

4.4.2. Kamuda Sağlık İnsan Kaynağı İstihdamında Hamle

Kamu alanının temel hizmetleri içerisinde olan sağlık hizmetleri ülkemizde Millî Savunma Bakanlığı, üniversite hastaneleri, hastaneler ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlar tarafından sunulmaktadır (Akdağ,2011, s.18).

Şekil 4.5: Sağlık Bakanlığı Personel Sayılarındaki Değişim



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.254).

Sağlık Bakanlığına bağlı olarak hizmet veren kamu sağlık kuruluşlarında 2002 yılındaki çalışan sayısı hizmet alımı ile birlikte 256 bin iken 2011 yılı sonunda çalışan sayısı 482 bin olmuştur. Geçen dokuz yıllık süre zarfında 226 bin kişilik artış meydana gelmiştir. 2002 yılı öncesi dokuz yıllık süreye bakacak olursak 1994-2002 yılları arasındaki sürede bu artış 21 bin olmuştur (şekil 4.5) (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.254).

Tablo 4.4: Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, (Sağlık Bakanlığı)

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Uzman Hekim	22.187	35.081	36.886	38.783	40.544	42.726
Pratisyen Hekim	29.030	32.601	33.060	35.833	37.173	38.721
Asistan Hekim	6.189	7.814	7.930	7.973	8.615	8.817
Toplam Hekim	57.406	75.496	77.876	82.589	86.332	90.264
Diş Hekimi	3.211	7.997	7.640	8.683	9.125	9.768
Eczacı	1.596	2.067	2.102	2.156	2.318	2.855
Hemşire	54.360	93.700	94.404	101.722	103.507	112.074
Ebe	39.473	48.694	48.103	48.078	47.766	49.003
Diğer Sağlık Personeli	33.276	93.555	97.763	102.243	104.446	111.193
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	67.496	183.622	189.998	194.689	204.778	215.402
TOPLAM PERSONEL SAYISI	256.818	505.131	517.886	540.160	558.272	590.559

Kaynak: (Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2017, s.218).

Sağlık personelinden mahrum olan bölgelerde ve sağlık tesislerinde yeni istihdam modelleri ile sağlık personeli istihdam edilmeye başlanmıştır. 2004 yılında 4924 sayılı kanun yürürlüğe konmuş ve Sağlık Bakanlığına özgü olan sözleşmeli yeni bir istihdam modeli geliştirilmiştir. Bu yeni modelde sağlık personeli kendi rızası ile gönüllü olarak kanuna bağlı olarak çalışması durumunda, mali hakları kendine eş değer bir görevde çalışan personellere kıyasla daha yüksek olmaktadır. Kanuna tabi olarak on yıl sözleşmeli çalışan personele bu sürenin sonunda devamlı sözleşmeli olarak çalışma hakkı tanınmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.254).

Aynı bölgede uzun süre boyunca görev yapan (özellikle Güney Doğu Anadolu ve Doğu Anadolu) sözleşmeli sağlık personelinin görev yerini değiştirme imkânı olmadığından dolayı problemler meydana gelmektedir. Bu ve buna benzer

problemlerin çözümüne yönelik olarak yeni esneklikler geliştirilmiştir. Örneğin; uzun zamandan beri aynı yerde görev yapan personele yeni personel alımı sürecinde görev yerini değiştirme önceliği verilmesi, sağlık ve eş durumunda tayin imkânlarının genişletilmesi sağlanmıştır. Sağlık Personeli Memnuniyet araştırması sonuçlarına göre kırsal bölgelerde görev almada kişisel güvenliğin sağlanması, hizmet alt yapısının sağlanması, aile bütünlüğünü oluşturacak düzenlemeler yapılması, belirli bir hizmet süresi sonunda daha iyi bir bölgeye tayin imkânı, ekip çalışması için yeterli personelin oluşu, esnek çalışma durumu, lojman olanağı ön plana çıkmakta olup bu konularda çalışmalar yürütülmektedir (Akdağ,2011, s.31-32).

4.4.3. Personel Atamalarında Şeffaflık

Sağlık sektöründe geçmiş dönemlerde görülen en önemli problemlerden biri sağlık personellerinin ülke genelindeki dengesiz dağılımıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ele alınan önceliklerden biri de personel nakil ve atamalarında hakkaniyete uygun ve objektif bir sistemin oluşturulması, insan gücü planlamasının ve personel istihdamının unvanlara göre gerçekçi standartlar belirlenerek yapılması ve bölgeler arasındaki personel dağılımında farklılıkların minimum düzeye indirilmesidir. Kalkınmada öncelikli yerlerde personel istihdamını özendirmek amacı ile sözleşmeli personel istihdamına imkân tanıyan 4924 sayılı kanun çıkarıldı. Güney Doğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde bu yolla yeni sağlık personelinin istihdam edilmesi sağlandı. Sayıca yetersiz olan hekimlerin çoğu büyük kentlerde çalışmak istediğinden ülkemizin az gelişmiş bölgelerinde doktor çalıştırılması zorlaşmaktadır. Tüm bireylerin eşit düzeyde sağlık hizmetlerine ulaşması düşüncesi için doktorlara teşvik edilmiş devlet hizmeti yükümlülüğü getirildi. Zorunlu hizmet uygulamasının geçmişteki hantal ve eksik yönleri göz önüne alınarak mahrumiyet bölgelerine göre daha yüksek ücret ve farklı süreler ile yeni bir düzenleme yapıldı (S.D.P. İlerleme Raporu,2008, s.87).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında görev alan sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması ve atamalarda kayırma olanağının tamamen ortadan kaldırılması için yeni bir "Atama ve Nakil Yönetmeliği" hazırlandı. İlk defa yapılacak atamalarda eczacı, diş doktoru, doktor ve uzmanlar bilgisayar ortamında kura ile diğer sağlık personelleri ise merkezi sınav ile atanacaktır. Yeni uygulamaya

göre personelin nakil ve atama işlemleri "hizmet puanı"(çalışmakta oldukları bölgenin özelliği ve çalışılacak süreye göre) esasına göre yapılmaktadır. Mazeret durumları için farklı bir denetim sistemi uygulanmaktadır. Personel atamalarının bilgisayar ortamında hizmet puanı göz önüne alınarak kura ile yapılması bürokrasinin ve siyaset alanı üzerinde bir baskı oluşturan adam kayırma ve torpil gibi söylentilere ve bu gibi uygulamalara son verilmiştir. Bu çalışmalar ile sağlık personelinin ülke genelinde daha dengeli ve adil dağılımı yönünde büyük başarılar elde edilmiştir (S.D.P. İlerleme Raporu,2008, s.89).

4.4.4. Sağlık Personeli Eğitimi

Sağlık Bakanlığı sınırlı ölçüde hizmet içi eğitim sağlamaktaydı. Bir mecburiyet olmadığı halde SB tarafından sürekli tıp eğitimine ilişkin hizmet içi eğitim personele verilmekteydi. Geçmiş dönemlerde yürütülen hizmet içi eğitim programlarının sağlık personeli tarafından yeterli bulunmadığı "Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması" sonuçlarında görülmektedir. Çalışma sonuçlarında görüşü alınan sağlık personelinin %50,4'ü hizmet içi eğitimi yeterli bulmamaktadır. Meslekler yönü ile sonuçlar değerlendirildiğinde pratisyen doktorların sadece 1/3'ünün hizmet içi eğitimleri yeterli bulunduğu görülmektedir (Akdağ,2011, s.28).

Bu durumu değiştirmeye yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından çalışmalar yapılmış ve 2009 yılında yeni bir hizmet içi eğitim yönetmeliği hazırlanmış ve 1983 yılında yürürlüğe konmuş olan yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır. Bununla birlikte 2006 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü aracılığı ile kamuda hizmet veren sağlık kurumlarının idaresinden sorumlu il sağlık müdürleri, başhekimler ve diğer sağlıkta insan kaynakları sorumlularına yönelik hizmet içi eğitimi bilgisayar tabanlı ve uzaktan eğitim yolu ile vermeye başlamıştır. Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi (USES) olarak adlandırılan bu sistem aracılığı ile Sağlık Bakanlığı mesleki gelişimlerin devamını sağlamayı, sağlık personelinin bilgisinin artırılması ve becerilerinin geliştirilmesi ile personelin görevlerini daha iyi bir şekilde yapmalarını ve sağlıkta insan kaynakları eğitim kapasitesinin artırılmasını amaçlamaktadır. Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi tarafından sunulması ve sunulmakta olan eğitimler Hemşirelik Hizmetleri Yönetim Eğitimi, Anne Sütü ile Beslenme Danışmanlık Eğitimi, Hastane Yöneticiliği Sertifika Programı, Sağlık

Yönetimi ve İşletmeciliği Sertifika Programı, İleri Yönetim Becerileri Eğitimi, Temel Yönetim Becerileri Eğitimi, Microsoft Office Eğitimidir. Bunlara ilave olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında aile hekimliği modeline geçiş sürecinde Sağlık Bakanlığı tarafından kapsamlı bir hizmet içi eğitim programı başlatılmıştır (Akdağ,2011, s.28).

Aile hekimliği modeline geçiş sürecinde üç aşamalı bir eğitim planlanmış ve bu eğitimin ilk aşaması zorunlu bir haftalık başlangıç (adaptasyon) eğitimidir ve bu eğitim sonrasında geçici sertifika verilerek bu sertifika ile doktorların aile hekimliği yapmalarına imkân verilmektedir. Sertifika verilmesinden sonraki ikinci aşama uzaktan ve sınıf eğitimi ile (kurs süresinin %70 ve %30'u) bir yıllık zorunlu eğitim programıdır. Üçüncü aşamada ise "aile hekimliği uzmanlığı" eğitimi beş ya da altı yıl devam etmesi planlanan yarıyıllık zorunlu eğitim programıdır. Son aşamadaki uzmanlık eğitimi psikiyatri, genel cerrahi, dâhiliye, kadın- doğum ve pediatri olmak üzere beş tıp uzmanlık dalını ve saha çalışmaları ile hastane rotasyonunu kapsayacaktır (Mollahaliloğlu,2007, s.28).

Alınan hizmet içi eğitimler ile ilgili asıl problem alınan bu eğitimlerin performansa etki ettirilmesi, kariyer planlama sürecinde göz önünde bulundurulması ve görevde yükselmelerin iş tecrübeleri ve alınan eğitimler ile ilişkilendirilmeleri noktasında sıkıntılar olmasıdır. Sağlık alanında ki iş gücü kendi alanında uzmanlaşması için teşvik edilmelidir. İhtiyaç duyulan fakat ülkemizde eğitim programları olmayan alanlarda bireylerin yurt dışında bu eğitimi almasını teşvik edecek adımlar atılmalıdır (Akdağ,2011, s.28).

4.5.SAĞLIK BİLGİ SİSTEMİ

Birçok sorunun çözümünde bilgi teknolojilerinin kullanımı büyük kolaylıklar sağlamaktadır. Bilgi sistemleri alt ve üst kademelerindeki kullanıcıların ihtiyaç duyduğu bilgilere ulaşması, gereksiz tetkiklerin yapılmaması sonucu maliyetlerin düşürülmesine ve bireylerin sağlık problemlerinin hemen değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve etkinliğini arttırmak için bilgi teknolojileri kullanılmaktadır (Göktaş ve diğerleri,2017, s.2).

Sağlık Bilgi Sistemleri (SBS) teknolojinin gelişmesi ile tıp alanında ortaya çıkan yeni bilgi ve verilerin oluşturulması, paylaşılması, biçimlendirilmesi ve hastaların tedavi süreçlerinin belirlenmesi, bakımlarının yapılması işlemlerinin tümüne verilen addır. Kısaca özetleyecek olursak Sağlık Bilgi Sistemi hasta hakkında tedavilerin tanımlanma, düşünme yöntemleri, bu yöntemlerin seçilmesi ve geliştirilmesi sürecinde önemli bir çalışmadır (Ömürbek ve Altın,2009, s.4).

Sağlık alanında yüksek kalite ve etkili hasta bakımına katkıda bulunulması Sağlık Bilgi Sistemlerinin kullanılması ile amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin planlanması rutin işlemlerin düzenli olarak etkin bir şekilde aksamadan yürütülmesi ve sağlık hizmetlerinin kaliteli olarak sunulmasında büyük önem arz etmektedir. Bununla birlikte hasta takip dosyalarının kaybolmasının önlenmesi, bürokrasinin en aza indirilmesi, randevu sistemi ile hasta bekleme sürelerinin kısalması, daha iyi hasta bakımının sunulması gibi faydalarda sağlamaktadır. Teknolojik yeniliklere açıklık ve sağlık bilgi teknolojilerinin uygun düzeyde ve doğru yerde kullanılması ise yanlış tıbbi uygulamaları engelleme, hasta bakım kalitesini artırma, çalışanların motivasyonunu yükseltme, düşük maliyet ve yüksek verimlilik gibi olumlu etkilere sahiptir (Göktaş ve diğerleri,2017, s.3).

Ülkemizde birçok Hastane Bilgi Yönetimi Sistemi yazılımı vardır. Bilişim teknolojilerinin temeli standart olduğu için bu teknolojileri geliştirmek mümkündür. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemi Genel Müdürlüğü bünyesinde Standart ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kurulmuştur. Bu yazılımların kimileri bir hastanede kimileri de 50 hastanede kullanılmaktadır. Bu sebeple belirli standartlar olmalıdır. Belirlenmiş bu standartları karşılamayan yazılımlar pasif listeye alınmaktadır. Bu yazılımlar birbirinden farklı gibi görüldüğü halde temelde birbirinin aynısıdır (Göktaş ve diğerleri,2017, s.5).

4.5.1. Çekirdek Kaynaklı Yönetim Sistemi (ÇKYS)

Kapsamlı bir proje olan Çekirdek Kaynaklı Yönetim Sistemi (ÇKYS) Bakanlığın tüm kurumları, taşınırıları, personeli ve diğer birçok sağlık kurumunu izlemesi için oluşturulmuş bir sistemdir ve aşağıdaki gibi birçok alt modülden oluşmaktadır (S.B. Faaliyet Raporu,2016, s.24-25).

İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS) Bakanlık' ta sözleşmeli ya da kadrolu olarak görev alan personelin tümünün sicil, terfi, eğitim, özlük bilgileri, atama ve kadro hareketlerinin bulunduğu insan kaynaklarının bulunduğu sistemdir.

Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS) Malzeme kayıtlarının yönetimi, ihtiyaç fazlası, fiyat, stok, zimmet takibi ve ihtiyaçların birimler arasında ki konsolidasyonu sağlayan bir sistemdir.

Özel Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi (SKYS) Özel sağlık kuruluşlarının hizmet kapasitesini belirleyen, faaliyet iznine tabi kadro değişiklikleri, ruhsatlandırma süreçlerini içeren bir sistemdir.

Yatırım Takip Sistemi (YTS) Bakanlığın sabit tesis yatırımlarının ve mali kaynakların ihtiyaca göre planlanması, birimler arasında dağıtılması, yatırımların takip edilmesi ve kullanılmasına dönük kayıtların yer aldığı ve raporlandığı bir sistemdir.

Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) Bakanlığın taşra teşkilatında sağlık hizmeti veren birimlerden belli aralıklarla sağlık verilerinin toplanması ve bu verilerin bazı kriterlere göre raporlanmasının yapıldığı bir sistemdir.

4.5.2.Sağlık Bilişim Ağı (SBA)

Sağlık Bilişim Ağı sistemi ile bakanlık taşra ve merkez birimleri ile ilişkili kuruluş ve kurumlar arasındaki erişim teknolojileri kullanılarak oluşturulan data verilerinin oluşturulması, bakımı, tesisi ve bu durumu destekleyecek hizmetler yürütülerek bakanlığa bağlı birimlerin kapalı devre sağlık ağına dahil edilmesini sağlamaktadır. 2.768 noktayı tek merkezden kontrol etme olanağı sağlayan Sağlık Bilişim Ağı erişimde zaman ve mekân kolaylığı sağlamaktadır. Zaman içerisinde ortaya çıkabilecek olan sisteme yapılan saldırılar için güvenlik önlemleri alınarak var olan güvenliğin artırılması ve iş akışını farklı bir lokasyonda devam ettirmek için var olan veri merkezi dışında farklı bir veri merkezinde Felaket Kurtarma Merkezi (FKM) kurulması hedeflenmiştir. Sağlık alanında bilişim sistemlerinin kullanılması verilerin saklanması, zaman tasarrufu, tanı ve tedavi süresinin kısalması, gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi vb. birçok konuda olumlu gelişmelerin yaşanmasını sağlamıştır. (S.B. Faaliyet Raporu,2017, s.24).

4.5.3. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (Alo 182)

Kamu hastaneleri ve bu hastanelere bağlı sağlık kurumlarındaki parçalı yapıda olan ve bir bütünlük oluşturmeyen randevu sistemlerini merkezileştirmek üzere Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) faaliyete geçmiştir. MHRS mobil uygulama, web portal (e-nabız.gov.tr ya da mh.rs.gov.tr), HBYS/AHBS kanalları üzerinden ve ağrı merkezi aracılığı ile %99'dan fazla erişilebilirlik hedefi ile hizmet vermektedir. MHRS' nin uygulamaya konmasındaki amaç sağlık kuruluşlarına başvuranların daha huzurlu ve sakin bir ortamda hizmet alması, poliklinik ve hastane önündeki kalabalıkların azaltılması, muayene öncesi bekleme süresinin azaltılması ya da ortadan kaldırılmasıdır. MHRS verileri aracılığı ile sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yardımcı olmak, sağlık hizmetlerinde kalite ve verimin arttırılması, kişilerin kendi zamanlarını doğru yönetmeleri en önemli hedefler arasındadır (S.B. Performans Programı,2017, s.22).

MHRS Mobil veya MHRS Web Portalı kullanarak ortalama 90 saniyede randevu alabilen vatandaşlar, Alo 182'yi arayarak ortalama 140 saniyede randevu işlemleri gerçekleştirebilmektedirler. MHRS zaman içerisinde sürekli geliştirilmektedir ayrıca e-devlet üzerinden doğrudan MHRS' ye giriş imkânı da bulunmaktadır. Bununla birlikte e-Devlet şifresine sahip olan vatandaşlar e-Nabız üzerinden MHRS' ye ulaşarak sunulan hizmetlerden yararlanabilmektedirler. Ülke çapında yararlanan bu hizmette bilgi güvenliği standartları en üst düzeyde sağlanmaktadır. Sisteme erişimi kolaylaştırmak ve kişisel verilerin korunması için MHRS' de pin kodu uygulaması hayata geçirilmiştir. Ankara'da Mevki Asker Hastanesi'nde ve Etimesgut Asker Hastanesi'nde 15 Nisan 2016'da pilot uygulama olarak hayata geçirilen MHRS askeri hastane randevu uygulaması kısa zamanda yaygınlaşarak 22 Ağustos 2016 tarihinde tüm askeri hastaneleri kapsamıştır (S.B. Performans Programı,2017, s.22).

4.5.4. Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)

Bakanlığın merkez teşkilatı ve merkeze bağlı kuruluşları ile taşra teşkilatındaki birimlerin faaliyetlerini gerçekleştirirken oluşan her türlü evrakı kayıt altına alarak elektronik ortamda belgelerin paylaşılmasına olanak sağlayan ve sistemi kullanan personele sistemde mevcut belgelere her yerden ve her zaman ulaşma

imkânı tanıyan sistemdir. Elektronik Belge Yönetim Sistemi ile verimlilik, güvenlik, kolaylık, maliyet ve bilgi yönetimi konularında yarar sağlanmaktadır. Zaman tasarrufu sistemin en büyük kazanımıdır. Elektronik Belge Yönetim Sistemi uygulamasının İç İşleri Bakanlığı e-Otoban Projesi ile ve Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) ile bağlantısı sağlanmıştır. Fakat sistem e-Devlet uygulamaları içinde bulunmamaktadır (S.B. Faaliyet Raporu,2017, s.25).

4.5.5. Sağlık.Net Online

Sağlık.Net Online sistemi SKRS ve USVS kodlama sistemlerini kullanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulduğu kamu kurumlarından online olarak alınan verilerin karar destek sürecinden geçirilerek, işlenen veriler üzerinden sağlık hizmet kalitesinin bu raporlara göre artırılması ve sağlık politikalarının oluşturulması amacıyla geliştirilmiş bir sistemdir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından elde edilen sağlık verileri kimlik bilgilerinden arındırılmış olarak ortak bir veri tabanı içerisinde toplanmaktadır. Toplanan veriler ile hizmet, hekim ve hastane bazlı değerlendirmeler yapılabilmekte ve bu veriler bakanlığın sağlık politikalarının oluşturulmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte sistem e-Nabız uygulamasının alt yapısını oluşturmakta ve vatandaş sistemde kendi sağlık verilerine ulaşma imkânı bulmaktadır (S.B. Faaliyet Raporu,2016, s.25).

4.5.6. e-Nabız, Kişisel Sağlık sistemi

Sağlık kuruluşlarından elde edilen sağlık verilerine sağlık profesyonellerinin ve vatandaşların mobil cihazlar aracılığı ile internet üzerinden erişebildikleri, her kademedeki sağlık yöneticisine rapor oluşturma imkânı tanıyan bir ulusal sağlık sistemi yazılımıdır. E-nabız sisteminin mobil uygulaması mevcuttur ve e-Devlet uygulaması ile bağlantılıdır. Bireyler aldıkları sağlık hizmetlerine (reçete bilgileri, muayene, tıbbi görüntülemeler, test sonuçları vb) e-Nabız sistemi üzerinden dijital platformlar aracılığı ile erişebilirler ve paylaşabilirler. E-Nabız uygulamasının kullanılması ile sağlık tesisleri kâğıt kullanmadan işlem yapabilmektedirler. Bireylerin kendi sağlık bilgilerine istedikleri zamanda ve yerde erişebilmeleri e-Nabız sisteminin en büyük faydasıdır (S.B. Performans Programı,2017, s.20).

E-Nabız kişisel sağlık sisteminin ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık tesislerinde kullanılması ile kişiler herhangi bir sağlık kurumundaki kendileri ile ilgili sağlık bilgilerine (tıbbi görüntüler, yazılan reçeteler, konulan teşhisler) yurt dışında ya da yurt içinde yetkilendirdiği doktorlar ile paylaşabilmektedirler. Böylece bireylerin geçmiş dönemdeki sağlık bilgilerine erişim sağlayan doktorlar bireylerden kısa zaman aralıklarında tekrar tıbbi görüntüleme, tetkik ya da tahlil istemeyeceklerdir. Bu durum bireylerden kısa sürelerde istenen tıbbi görüntülemeleri engelleyerek kişilerin fazladan radyasyon almalarını ve yinelenen tahlillerin önlenmesi ile kişilerin ekonomik kaybının önlenmesi ve ülke ekonomisine katkı sağlanmasına yarar sağlayacaktır (S.B. Performans Programı,2017, s.20).

4.6.SAĞLIKTA FİNANSAL YÖNETİM

4.6.1.Sağlık Harcamaları

Sağlıklı bir topluma sahip olan ülkeler ekonomik büyümeyi gerçekleştirmiş, güçlü bir ekonomiye sahip ve büyümeyi sürdürülebilir kılmışlardır. Bir ülkedeki toplumun sağlıklı olabilmesi için toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak gerekli düzeyde sağlık hizmetleri sunulmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sunulması için kamunun yaptığı harcamalar sağlık harcamaları altında sınıflandırılmaktadır. Sağlığın yitirilmesi durumunda bireylerin tedavisi için yapılan harcamalarıyla birlikte cinsel hastalıklar ile mücadele, aşılama gibi sağlığı koruma amacına dönük olan tüm koruma harcamaları ile sağlık yatırımları, beslenme gibi sağlığı geliştirmeye dönük harcamalarda “sağlık harcaması” olarak tanımlanmaktadır (Bankur,2017, s.63-64).

Ülkelerin vatandaşları için yaptığı ulusal sağlık harcamaları uluslararası düzeyde diğer ülkeler ile karşılaştırılırken uluslararası kabul görmüş standart tanımlar oluşturulmuştur. Bu karşılaştırmalarda kullanılan ölçütlerden en çok kullanılanlar ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki oranı, sağlık harcamalarının GSYİH’ ye oranı ve kişi başına düşen ilaç ve sağlık harcamalarıdır. Bu istatistiksel veriler ile ulusal düzeyde meydana gelen eğilimler ve değişiklikler farklı ülkelerin verileri ile karşılaştırılabilir. Dünya Sağlık Örgütü geliştirmekte olan ülkelere ya da az gelişmiş ülkelere hedef koyarak, sağlık harcamalarına ayrılan payın

ülkenin yıllık GSYİH' nin en az %5'i olması gerektiğini belirtmiştir (Bankur,2017, s.64).

4.6.2.Global Bütçe Yönetimi

Bir ülke hangi ölçek ya da kriterlere göre değerlendirilirse değerlendirilsin ülkenin daha iyiye doğru ilerlemesi, refah içinde yaşaması ve belirlemiş olduğu vizyona ulaşması için sağlıklı bireylerin varlığı ve bu bireylerden oluşan topluma ihtiyaç vardır. Bu yönüyle büyük bir öneme sahip sağlık sistemlerinde sağlık hizmetlerinin finansmanı kritik bir öneme sahiptir. Son dönemlerde hastalıklarla mücadele konusunda ortaya çıkan maliyetleri küresel bakımdan değerlendirecek olursak finansal koruma açısından ve sağlık hizmetlerine daha iyi erişim aşamalarında sağlık hizmetlerinin kolektif finansmanı ile kayda değer gelişmeler gözlemlenmiştir. Bu önemli konunun merkezinde ise tartışmaya yer vermeyecek şekilde sağlık hizmetlerinde geri ödeme sistemleri bulunmaktadır (Akyürek,2012, s.5).

Geri ödeme sistemini genel anlamda ele alacak olursak sağlık hizmeti sunucularının sunmuş olduğu sağlık hizmetini kullanan vatandaşlardan bu hizmetin karşılığında ödeyecekleri bedelin ödeyici ya da sigortacı kurum tarafından geri ödenmesine yönelik esasları düzenleyen ve belirleyen sistemdir. Geri ödeme yöntemlerinin kullanılması hem hizmet sunucularının finansman yöntemini belirlemekte hem de sağlık harcamalarını kontrol altına almaktadır. Bu sebeple hizmet sunucularının sağlık hizmet maliyetlerini karşılayacak geri ödeme yöntemi verimli, kaliteli ve maliyet etkin olmalıdır (Arık ve İleri,2016, s.2).

Sağlık hizmetlerinde kamusal ağırlıklı finansmanın uygulandığı birçok ülkede finansman mekanizmasının temelinde global bütçe bulunmaktadır. En sade şekilde ifade edecek olursak verilmesi gereken bir hizmet ve bu hizmete yönelik olarak genel bir harcama sınırı veya harcama hedefi olarak ifade edilebilecek olan global bütçenin avantajı aynı zamanda temel amacı belirli bir hizmet, program ya da bir sağlık kuruluşu için yapılan harcamaları kontrol altına almaktadır (Akyürek,2012, s.5).

Global bütçe, harcama hedefini ve sınırlarını genellikle bir mali yıl içerisinde ileriye dönük olarak sunulacak sağlık hizmetleri karşılığındaki tutarı ifade eder. Global bütçenin kullanımı ile hedeflenen sağlık hizmetleri için ödenecek toplam tutara ya da yapılacak harcamaya sınırlama getirerek bu harcamaların kontrolünü sağlamaktır (Arık ve İleri,2016, s.10).

Global bütçe hazırlanırken kapsayacağı nüfus ve bu nüfus için karşılanacak hizmetler ile olan ilişkisi gerektiği gibi ve tam olarak hesaplanmalıdır. Global bütçenin odak noktası sunulacak hizmetlerin başlangıç yılındaki finansman dağılımının ve kapsayacağı nüfusun tanımlanmasıdır. Daha önce de belirtildiği gibi global bütçenin en temel amacı sağlık hizmetlerine bir sınırlama doğrultusunda finansman ayrılmasıdır. Ödeyici kurum finansal amaçla birlikte bütçe dahilinde karşılanacak hizmetlerin nicelik ve nitelik yönünden önceden belirlenmiş hizmet standartları ve hacmini karşıladığından emin olmak isteyecektir (Akyürek,2012, s.16-17).

Ülkemizde global bütçe uygulanmadan önce sağlık hizmetlerinin finansmanında faturalandırma uygulanmaktaydı. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına sosyal güvenlik kapsamında olan kişiler hasta sevk kâğıdı ya da vizite kâğıdı ile başvuru yapmakta, yeşil kartı olanlar hastalar ise yeşil kartları ile hizmet almaktaydı. Sosyal güvencesi olmayan bireyler birinci basamak sağlık kuruluşlarında muayene ücreti ödeyerek hizmet almaktaydı (Arık ve İleri,2016, s.10).

Birinci kademe sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen muayeneler sonucunda tetkik ve tahlil kağıtları, işlem fişi, hasta sevk kâğıdı, vizite kâğıdı, sevk karnesi vb belgelerin fotokopisi bu kuruluşlarda saklanırken bu belgelerin asılları İl Sağlık Müdürlüğüne aylık olarak gönderilmekteydi. İl Sağlık Müdürlükleri geri ödeme kurumlarına ya da kişilere göre sınıflandırdığı bu belgeleri, geri ödeme kurumlarına göre sınıflandırdığı hizmet bedeli faturaları ekine koyarak fatura ve eklerini kargo ya da posta yolu ile geri ödeme kurumlarına göndermekte ve bu belgelerin bir örneğini klasörde saklamaktaydı. Buna benzer bürokratik ve evrak işlemleri ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında da görülmekteydi. Görüldüğü üzere bu sistem maliyetli ve bürokratik bir tahsilat ve faturalandırma şekline sahip olduğundan geri ödeme kurumlarına gönderilen bu belgeler ve faturalar incelenmekte ve uygun

görülmesi halinde bütçe imkanları doğrultusunda ödeme yapılmaktaydı. Bu durum ödeme sisteminde belirli bir düzen oluşturamadığından kimi kurumların alacakları tam olarak ödenememekteydi. Ayrıca geri ödeme kurumlarına fazladan iş yükü oluşturan fatura inceleme süreci ve işlemleri faturaların zamanında incelenmesine engel oluşturmaktaydı (Arik ve İleri,2016, s.10).

Global bütçenin var olan gelir kaynakları bu bütçenin başarısı konusunda önemli bir yere sahiptir. Global bütçenin amacına ulaşma ihtimali bu bütçeye ayrılan yüksek gelir ile doğru orantılıdır. Ayrıca ödeyici durumda tek bir kurumun olması durumunda global bütçe daha etkili olacaktır. Global bütçenin yönetim süreci genellikle mutabakat ile oluşturulmaktadır. Hastanelerdeki global bütçe sağlık kurum hizmet maliyetlerini kapsayacak, üzerinde anlaşılmış, geleceğe yönelik bir meblağ olmalıdır. Bu durum yapılacak harcamalara bir üst limit belirleyerek adeta bir tavan işlevi görmekte, kaynaklar üzerinde bir sınır belirlemektedir. Diğer yönüyle bakıldığında hastanelerin bu hizmet hedeflerine ulaşmaları durumunda kendilerine ayrılan bütçeyi istedikleri gibi kullanma serbestliği de tanınmaktadır (Akyürek,2012, s.20).

Global bütçe uygulaması ülkemizde 2006 yılında uygulamaya konmuş ve günümüze dek üç aşamalı bir süreçten geçmiştir.

Bu aşamalar:

İlk aşama bir yıllık ödenecek miktarın tespit edilmesi ve global bütçeye geçişin yapılmasıdır. Bu süreçte Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık hizmeti veren kurumların sosyal güvenlik kurumuna fatura gönderme işlemi devam ederken geri ödemeler global bütçe tutarı kadar yapılmaktadır. Uygulama Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (SGK), Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı arasında Global Bütçe Protokolü'nün imzalanması ile başlamıştır. Bu protokolde sosyal güvenlik kapsamındaki bireylerin yararlandığı sağlık hizmetleri karşılığında Sağlık Bakanlığı'na ödenecek toplam miktar, bu miktarın hangi tarihte, ne oranda, hangi geri ödeme kurumu tarafından ödeneceği benzeri bilgiler yer almaktadır. Taraflar arasında global bütçe şartları ile ilgili anlaşma sağlandıktan sonra Sağlık Bakanlığı ve SGK arasında "Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi" imzalanmıştır. Yapılan

anlaşmaya göre belirlenen global bütçeyi aşan alacak miktarı her yıl çıkarılan bakanlar kurulu kararına göre terkin edilmektedir (Arık ve İleri,2016, s.11).

İkinci aşama 5502 sayılı kanuna eklenen ek madde-2 ile yapılan düzenlemeye göre ve 2007 tarihli 5597 sayılı kanunun 4. maddesi ile birinci basamak sağlık kurumlarının fatura düzenleme zorunluluğunun kaldırılması ile başlamıştır. Daha sonra güvence kapsamı doğrultusunda ödeyici kuruluşlarla hizmet alım sözleşmeleri imzalanmıştır. Üçüncü aşamada fatura gönderme işlemi Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında son bulmuştur. Uygulama ile birlikte geliştirilen "medula" sistemi ile hastanelerin hizmet bedelleri elektronik ortamda hesaplanarak SGK' ya herhangi bir ödeme belgesi ya da fatura gönderme durumu sonlanmıştır (Arık ve İleri,2016, s.11).

Sağlık hizmetleri sektöründe Global Bütçe Uygulaması ile aşağıdaki gibi birçok önemli sonuç elde edilmiştir (Arık ve İleri,2016, s.11).

*Birinci basamak sağlık kuruluşlarında kan şekeri ölçümleri, kan gurubu testleri, verilen sağlık raporları, yapılan muayeneler gibi birçok hizmet ücretsiz hale gelmiştir.

*Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kişilerden belge isteme zorunluluğunun ortadan kalkması ve sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması global bütçe uygulaması ile olmuştur.

*Geri ödeme kurumlarına fatura ve ek belgelerin gönderilmesi süreci son bulmuş, kamu kurum ve kuruluşları arasındaki bürokrasi ve kırtasiyecilik azalmıştır. Bu durum iş gücünden tasarruf edilmesine ve zaman kaybının önlenmesine yarar sağlamış, önemli bir gider kalemi olan fatura ve belge basım maliyetleri, fotokopi, posta işlemleri önemli ölçüde ortadan kalkmıştır.

*Global bütçe uygulaması ile ödeme ve bütçe işlemleri hızlanmış, maliyetlerde azalma meydana gelmiştir.

Sağlık kurumlarının verdikleri sağlık hizmeti karşılığında fatura edilen tutarın ne oranda kesintiye uğrayacağı endişesi bu kurumların global bütçeye dahil olmalarıyla ortadan kalkmıştır. Bu durum sağlık yöneticilerini finansal açıdan rahatlatmış, maliyetlerin daha kolay kontrol altına alınmalarına yardımcı olmuş ve

yeni projelere yönelmelerini sağlamıştır. Sağlık hizmeti sunan kamu kurumlarının öncelikli amacı kar elde etmek değil sosyal bir hak özelliğindeki sağlık hizmetlerinin topluma sunulmasıdır. Bu yönüyle sağlık hizmeti sunan kamu kurumlarında global bütçe uygulaması ve kamusal kaynaklar ile finanse edilmesi mümkündür. Ayrıca global bütçenin sağlık hizmeti sunan kurumların tümünde uygulanması gerektiği ve doğru bir geri ödeme yöntemi olduğu düşünüldüğünde olumsuz yönlerinin minimize edilmesi gerekir. Gerçekleşen sağlık harcamalarının büyüklüğünü dikkate alacak olursak devlet bütçesi içindeki global bütçenin önemi yadsınamaz bir gerçektir. Bu yüzden global bütçenin sınırı belirlenirken mevcut sağlık hizmet sunucularındaki sunum maliyetlerine dikkat edilmesi gerekir. Aksi durumda global bütçenin mevcut giderlerden uzak bir biçimde belirlenmesi amaçlanan finansal sürdürülebilirlik ilkesi ile örtüşmeyecektir (Arık ve İleri,2016, s.13).

4.6.3. Finansal Standart Düzenleme ve Geliştirme İşlemleri

A-Personel Ağırlıklı Hizmet Alımlarında Çalıştırılacak İşçi Sayısının Tespitinin Dinamik ve Gerçekçi Kriterlere Bağlanması ile Gereksiz İşçi Çalıştırılmasının Önlenmesi

Bakanlığa bağlı kurumlarda çalıştırılacak işçi sayısının hizmet alımı yöntemi ile belirlenmesinde hizmet sunulan mekânın büyüklüğü, hasta potansiyeli, sözleşmeli ya da kadrolu olarak çalışan mevcut personel sayısı; hizmet sunumuna ve işletmenin gelirin e göre değişen dinamik bir sistem uygulanmaya başlanmıştır. İşletmelerin işçi sayısının belirlenmesine yönelik bu düzenleme ile hizmet sunumu ya da işletmenin performansını etkilemeyen sınırlamalar getirilmiştir. “İşçi Sayısının Tespiti ve Takip Sistemi” hizmet alımı yolu ile çalıştırılacak işçi sayısının tespit edilen yeni kriterlere göre hesaplanabilmesi ve bu durumun bakanlık ya da il düzeyinde izlenebilmesi amacı ile uygulamaya konan web tabanlı bir sistemdir. İşletmeler bu program vasıtası ile gösterdikleri performans ve sahip oldukları kriterlere göre altı aylık periyotlarda çalıştırılacakları işçi sayılarını belirlemektedirler. Bu veriler anlık olarak işletmeler, İl Sağlık Müdürlükleri ve Sağlık Bakanlığı tarafından takip ve kontrol edilebilmektedir. Ayrıca hizmet alımının konusuna göre işletmelerde ne kadar personel çalıştırılacağı, personele verilen

ücretler, personelin eğitim seviyeleri bilgileri sistem üzerinden anlık olarak ulaşılmaktadır (Atasever,2014, s.127).

B-Personel Ağırlıklı Hizmet Alımında Yüklenicilere Verilecek Kar Oranının Sınırlandırılması

İşletmeler yapmış olduğu personel ağırlıklı hizmet alımlarında yüklenici firmaya verilecek azami kar oranı Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından 2009 ve 2010 yıllarında yapılan düzenlemelerde önce %8 daha sonra %5 ile sınırlandırılmıştır. Önceki dönemlerde bu oran Kamu İhale Kurumunca yayımlanan Hizmet Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliği hükümlerine göre personel ağırlıklı hizmet alımlarında işin niteliğine göre %20 oranına kadar çıkmaktaydı. Gerçekleştirilen bu düzenlemeler Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerde önemli ekonomik katkılar sağlamıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerin gerçekleştirdiği hizmet alımlarında düzenleme öncesi ortalama kar oranı 2009 yılında %7.53'ken, 2010 yılında %4,61'e, 2011'de %3.05'e, 2012'de %2.33'e ve 2013 yılında 2.18'e gerilemiştir (Atasever,2014, s.127).

C-Hizmet Alımı Kapsamında Çalıştırılan İşçilere Öngörülecek Ücretlerin Standart Hale Getirilmesi

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı'nca gerçekleştirilen düzenleme ile personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımı ihalelerinde işletmeler arasında uygulama birliğinin sağlanması için hizmetin özelliklerine göre çalıştırılan personele hizmetin konusuna, personelin almış olduğu sertifikalara, personelin öğrenim durumuna göre adaletli bir ücret verilebilmesi için uygun düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Düzenlemelerin yapılması ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı işletmelerde hizmet alım yolu ile çalıştırılan personel için dengeli bir ücret oluşturulmuştur (Atasever,2014, s.128).

D-Firmalara Yapılacak Ödeme Zamanının Belirlenmesi ve Ödeme Süreçlerinin Düzenlenmesi

İdarenin yapacağı ödemelerin tedarikçiler tarafından bilinmesi ve bu ödemelerin gecikmeden yapılması, kaynakların verimli kullanılması ve ihtiyaçların uygun şartlarda karşılanmasını sağlayan en önemli etkenlerden biridir. İhale

belgelerinde ödeme zamanının belirlenmesi, kurumun gelir durumu ve nakit akışları durumuna göre ödeme zamanının en fazla 90 günü geçmemesi konusu Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Tarafından düzenlenmiştir. Ayrıca muayene durumu iyi olan kurumların kabul işlemleri, muayene ve tahakkuk süreçlerine geçilmeksizin ödeme evraklarını ilgili saymanlıklara hızlıca göndermeleri ve erken ödeme zamanı belirlemeleri sağlanmıştır. Böylece bireylerin ihtiyaçlarının sağlık kurumlarınca karşılanması ve hasta memnuniyetinin üst düzeye çıkarılması amacıyla düşük maliyet, düşük stok düzeyi ve kaliteli ürün teminini temel alan stok uygulamaları başlatılmıştır (Atasever,2014, s.128).

4.6.4. Finansal Yönetim Bilgi Sistemlerinin Oluşturulması

Sağlık kurum ve kuruluşlarının, hastanelerin daha iyi hizmet verebilmesi mevcut gelirlerinin ve kısıtlı kaynaklarının zamanında ve doğru kullanılmasına bağlıdır. İşletmelerin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için mevzuat bakımından yapılan düzenlemelerle birlikte yönetsel, güvenilir ve doğru bilgi sistemlerinin kurulmasını ve bu sistemlerin geliştirilmesini gerekli kılmıştır. İlk defa 2004 yılında atılan adımlar ile geliştirilen kaynakların doğru yönetilebilmesi için Tek Düzen Muhasebe Sistemi kurulmuş ve bununla birlikte internet tabanlı finansal yönetim araçları geliştirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.340).

A-Tek Düzen Muhasebe Sistemi

Tek Düzen Muhasebe Sistemi ile muhasebe birimleri, ilgili personel, kurum ve kuruluşların yöneticileri ve merkez kullanıcıları elektronik ortamda hastanelerin mali durumlarını anlık olarak takip edebilmektedir. İşletmelerin alacak ve borçlarının elektronik ortamda takibi sağlanmıştır. Tek Düzen Muhasebe Sistemi ile muhasebe birimlerinin iş yükü azalmış, muhasebe görevlilerinin sorumluluğundaki işlemler için her türlü alt yapı oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.340).

B-Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe Programı

İşletmelerin her mali yıl için bütçe programı ile gelir ve gider tahmininde bulunacak bütçelerini oluşturabilmeleri sağlanmıştır. İşletmelerin yıl içerisindeki bütçe gerçekleştirmeleri takip edilerek bütçe gelir ve giderleri kontrol altına alınmıştır. Özellikle bütçe uygulamalarında mali yapılarını yatırım bütçelerine göre belirleyen

kurumlarda yüksek miktarda harcama yapılmasının önüne geçilerek bütçe işlemlerinin internet üzerinden gerçekleştirilmesi ile sağlık kuruluşlarının mal ve hizmet alımları hızlandırılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.340).

C-Stratejik Finans Yönetimi

Bakanlığın tüm mali iş ve işlemlerinin yapıldığı, işlemlerin durumlarının incelendiği, analiz edildiği, finansal risklerin belirlenebileceği, elde edilen verilerin raporlanarak iyileştirmelere dönük önerilerde bulunduğu bir sistemdir. Planlama ve projeksiyon hizmetlerinin hemen kullanılabilmesi için tek kaynak üzerinden gerçekleştirilebilen; doğru, hızlı var olan sistemlerle entegre, çok boyutlu, modüler ve esnek bir alt yapı oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.340).

4.6.5.Risk Yönetimi ve Mali Analiz

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Tarafından bakanlığa bağlı 1.000'den fazla işletme risk yönetimi kriterlerine göre yönetilmiş yüksek risk belirlenen hastanelere mali analiz yapılarak mali durumlarını düzeltebilmeleri sağlanmıştır (Atasever,2014, s.135).

İşletmelerin Finansal Risk Yönetimi

Bir ülkede uygulanan sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin sağlanması için en temel bileşen sağlık sisteminin finansmanı ve sağlık alanına ayrılan finansal kaynakların kullanımudur. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulan ölçütlerin temel amacı kaliteli ve yeterli sağlık hizmetini erişebilir bir biçimde finansal koruma ve vatandaş memnuniyeti esas alınarak sürdürebilmektir. Bu durumun gerçekleşebilmesi Sağlık Bakanlığı'na bağlı işletmelerde kaynakların verimli ve etkin kullanılması ile mümkün olmuştur. Bu hedef doğrultusunda döner sermayesi olan işletmeler mali verileri göz önünde bulundurularak "Finansal Risk Analizleri" yapılmış ve işletmelerin risk durumları beş ayrı kategoride ele alınarak günlük takip edilmiştir. İşletmelerin mali yapısı risk analizi kapsamında Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı'nca incelenmiş, aylık hizmet gelirinin iki katı ve üzerinde borç yükü olan işletmeler birinci derecede riskli olarak sınıflandırılmıştır (Atasever,2014, s.135).

Mali Analiz Çalışmaları ve Finansal Eylem Planı

Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından mali tablolar aracılığı ile günlük risk analizine göre takip edilen işletmeler yüksek risk derecesi ortaya çıkmadan önce belirlenerek kurum yöneticileriyle beraber mali analiz toplantıları yapılmıştır. Bu toplantılarda kurumların gelir-gider durumları, hizmet üretim performansı incelenerek aynı verilere sahip diğer kurumlar ile kıyaslanarak analiz edilmiştir. Bu toplantılar sonucunda mali sürdürülebilirliğin sağlanması, finansal risklerin ortadan kaldırılması için kaynakların verimli ve daha etkin kullanılmasını sağlamak amacı ile her kuruma ayrı olarak "Finansal Eylem Planları (FEP)" ve "Mali Analiz Raporları" hazırlanmıştır. Ayrıca eylem planları ve analiz raporlarında yer alan bilgilerin takibi dönemsel olarak incelenerek gerek duyulan durumlarda işletme idarecileri ile tekrar toplantılar yapılarak fikir alışverişinde bulunulmuştur (Atasever,2014, s.135).

4.7.ÖDEME MEKANİZMALARI

Sağlık sunucularına yapılan geri ödeme yöntemleri sağlık hizmetleri kapsamında ekonomik bir yük getirdiğinden sağlık finansmanı ve sağlık ekonomisi ekseninde değerlendirilen mekanizmalardır. Sağlıkta finansman fonksiyonları olarak bilinen hizmet sunumu, fon havuzlama, gelir elde etme kapsamında hizmet sunularına ödeme yapma sağlık sistemi içerisinde geri ödeme yöntemlerinin önemini arttırmaktadır. Hizmet sunucuları kurumsallaşmış hizmet sunucuları (hastaneler) olabileceği gibi sağlık profesyonelleri (hekimler) de olabilmektedir. Ödeme mekanizmaları mali kaynakların finans mekanizmalarından veya sigorta kuruluşlarından, kullanıcı ya da devlet aygıtlarından; hastane, hemşire ve hekim gibi kurumsal ya da bireysel sağlık hizmet sunucularına transferi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmeti sunan bireysel ya da kurumsal sağlık hizmet sunucularına verdikleri sağlık hizmeti karşılığında yapılan geri ödemeler çeşitli yöntemler ile gerçekleştirilmektedir. Sunuculara ödeme yöntemleri sağlık hizmetlerinin ne şekilde ve ne miktarda kullanılacağını belirleyen hizmet sunum esnasındaki hizmet sunucularının davranışlarının şekillenmesi bakımında önem arz etmektedir. Öte yandan geri ödeme mekanizmaları hizmete erişim, harcamalar, kalite ve verimlilik gibi performans göstergelerini ve entegrasyonu, rekabeti, hastane hekim iş birliğini ve sağlık hizmetlerindeki risk paylaşımını etkileyebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesine sosyal ve ekonomik gelişmişlik ile birlikte ödeme sistemleri de etki eder. Karma ödeme modelleri sağlık hizmeti sunucularına yapılan geri ödeme yöntemleri içerisinde tek ödeme yöntemine göre daha çok tercih edilmektedir (Aydemir ve Ağırbaş,2017, s.2).

4.7.1.Maaş Ödemeleri

Genellikle her seviyedeki sağlık personellerine uygun bir yöntem olarak görülmektedir. Daha önceden belirlenen saat ve koşullarda önceden belirlenmiş ücretin bireyin yaptığı işten bağımsız olarak ödenmesine maaş yöntemi denir. İleriye dönük olarak gerçekleşen bir ödeme zamanlaması vardır. Dezavantajları: -Hasta hekim ilişkilerini minimuma indirir. –Sağlık personellerini daha az riskli hastaları seçmeye yönlendirir. -Yüksek sevk oranları ve reçete yazma. –Verimliliği arttırmaya teşvik etmez. –Sağlık personelleri iş yükünden kaçma eğilimindedir. –Tanımlanan işi üretmek için bile teşvik edici değildir. –Yüksek kalitede hizmet üretmeye teşvik etmez. Avantajları: -Stresi daha azdır, bazı sağlık personellerinde iş tatminini artırıcı etkisi görülmektedir (çalışma saatleri, gelir). –Yönetim maliyetleri düşüktür. –Harcama önceden bilinir, değişken değildir. –Hekimler karar verme sürecinde daha rahat davranırlar. –Sağlık personellerinin adaletsiz dağılımını dengelemede kullanılabilir. –Gereksiz hizmet üretmek için çaba yaratmaz (Sur,2019, s.3).

4.7.2.Kişi Başı Ödeme

Bakım hizmeti sunulan her bir kişi için sağlık hizmeti sunucusuna yapılan bir ödeme yöntemidir. Genel olarak ödeme miktarı zamana göre belirlenir. Örnek verecek olursak önceden belirlenen bir tutarın hizmet sunulan yıla göre belirlenmesi gibi. Personel sayısına bağlı olarak ödeme gerçekleşir. Risk gurupları ve yaş gibi parametrelere göre de ayarlanabilir. Genel olarak koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu aile hekimliklerinde uygulanmaktadır. Hizmet sunucuları tarafından gerçekleştirilen risk havuzlamasına dayanan kişi başı ödeme yönteminde hizmet sunucusuna atanmış kayıtlı bir birey, belirli bir dönemde sunulan sağlık hizmetlerini kullanmayabilir. Bu durum hizmet sunucularını daha çok kişiyi kayıt etmeye yönlendirebilir. Ayrıca yatan hastaların tedavi süresi ve kronik hastalıkları

olan bireylerin tedavi maliyetleri birey başına ödenen miktarı geçebilmektedir (Aydemir ve Ağırbaş,2017, s.4).

Kişi başına ödeme yönteminde ödeme yapanlar ile hizmetten yararlananlar arasındaki durumda hizmetten yararlanan kişi sayısı arttıkça hizmet sunucularına daha çok ekonomik risk yüklenmektedir. Bu durum sağlık hizmeti sunan kurumlar üzerinde sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve maliyet kontrolünde, maliyet- etkinlik ekseninde baskı meydana getirmektedir. Riskin ödeyici kurumlar ve hizmet sunucularınca paylaşılması, göreceli olarak yönetim giderlerinin düşük olması, genellikle hizmet sunucularının toplam ödemeyi önceden belirliyor olması kişi başı ödeme yönteminin avantajı olarak görülebilir. Ayrıca daha az kaynak kullanarak hizmet üretecek bireyleri ya da sağlıklı bireyleri seçmeye yönelik olması, daha az hizmet sunmaya yönelik özendiricilere sahip olması, tedavi edilen hasta sayısı ve hasta niteliği ile tahsis edilen kaynak arasında bir bağın olmaması bu ödeme yöntemlerinin dezavantajı olarak görülebilir (Aydemir ve Ağırbaş,2017, s.4).

4.7.3. Hizmet Başı Ödeme

Hastaya verilen sağlık hizmetlerinin sayısına ve türüne göre hizmet sunucusuna ödeme yapılmaktadır. Doktor kendisine başvuran hastaya verdiği tedavi, teşhis gibi hizmetlerin her biri için ücret alır. Özel sektörde hizmeti veren bireysel sağlık hizmeti sunucularına ya da özel muayenehane hekimlerine ödeme yapmada kullanılan yöntemdir. Kişi başı ödeme ve maaş ödemesine göre hasta bireye daha dikkatli davranmayı gerektiren bu modelde sürecin hasta ve hekim tarafından kötüye kullanılması kolay olduğundan özellikle sosyal sigorta sistemlerinde, sağlık hizmeti sunumunda aşırı maliyet artışına neden olabilir (Karacaoğlan,2019, s.3).

Avantajları: *Hekimlerin uygulamalarının kolaylıkla takip edilebilmesi. *Hizmet sunucuları kendilerine talep yaratma çabası içindedirler. *Diğer basamaklara aşırı sevk olmaktadır. *Sağlık hizmetlerinin üretimini ve kalitesini arttırmak için hizmet sunucuları talep yaratma çabası içindedirler. *Hastaya daha nazik davranılması. *Doktorların moralinin yüksek olması. Dezavantajları: Tahmin edilemeyen bazı maliyetlerin ortaya çıkması. *İdari maliyetlerin yüksek olması. *Daha maliyetli uygulamaların tercih edilmesi. *Tanı ve tedavi uygulamalarının

gereksiz yere ve aşırı düzeyde yapılması. *Ekip çalışmasının daha az olması. *Hizmetin sürekliliğinin olması. *Koruyucu hizmetlere verilen önemin az olması. *Doktorların coğrafi dağılımının dengesiz olması ve sosyal adaletsizliğe neden olması (Karacaoğlan,2019, s.3).

4.7.4.Performansa Dayalı Ödeme

Günümüz çalışma hayatında çalışanların organizasyondaki geleceklerini belirleyen en temel gösterge onların organizasyon amaçlarına ne oranda katkı sağladığıdır. Çalışanların performansı olarak adlandırılan bu katkı derecesi zamanla daha da önem kazanmaktadır. Bu nedenle organizasyonların daha rekabetçi bir yapıya kavuşabilmesi için performansın yönetilmesi üzerinde önemle durulması gereken bir işlev haline gelmiştir. 1980’li yıllarda insan kaynakları yönetimi literatüründe ilk kez yerini alan performans yönetimi kavramının temeli performans değerlendirmesine dayanmaktadır. Organizasyonda yer alan çalışanlar organizasyon amaçlarına yaptıkları katkı performans yönetimi ile belirlenir ve bu oranında ücretlendirilirler. Çalışanlara ödenecek ücretin belirlenmesi konusunda performans yönetimi kullanılan yöntemlerden biridir. Ayrıca insan kaynakları yönetiminin en önemli işlevlerinden biri olan ücret yönetimi personelin yaptığı işe özendirilmesi bakımından önemli bir etkidir. Ücret sürecinin başarılı sonuç verecek şekilde düzenlenmesi yeterli olmamakta sağlıklı bir durumda işletilmesi de gerekmektedir (Akçakanat ve Çarıkçı,2016, s.2).

Bilim ve teknoloji alanında meydana gelen hızlı gelişmelere uyum sağlamak için sağlık sisteminin temel dinamiklerinden olan hastaneler günümüzün en karmaşık yapı ve organizasyonları haline gelmiştir. Hastanelerde meydana gelen bu dinamik ve karmaşık yapı nedeni ile sağlık kurumlarında ücret yönetimi daha çok üzerinde durulması gereken bir konu haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde sunulabilmesi için nitelik ve nicelik yönünden vasıflı olan sağlık personellerine ihtiyaç vardır. Görev yaptığı dal ile ilgili becerilerini geliştirmiş ve teknik bilgilerini yükseltmiş doktorları organizasyona katmak ve bu organizasyonda görev yapmalarını sağlamak için bu duruma uygun ücret sisteminin belirlenmesi ve kullanılması gerekir. Aksi durumda beceri ve bilgilerine inanan doktorları organizasyonda tutmak mümkün görünmemekte, organizasyonda kalsalar dahi

verimlilikleri düşmekte ve bu durum kalite problemine neden olabilmektedir. Bu nedenle sağlık kurumlarında görev alan doktorları tatmin edecek ödeme yöntemleri konusunda uzun süreden beri çalışılmaktadır. Günümüze dek pek çok ödeme yöntemi üzerinde çalışılmış olup bu yöntemlerin her biri doktorların motivasyon ve verimliliği konusunda çeşitli özendirme barındırmaktadır. Ülkemizde üniversite ve kamu hastanesinde görev alan doktorlara karma ödeme yapılmaktadır. Doktora öncelikle sabit bir maaş ödenmekte daha sonra performansına göre ek ödeme yapılmaktadır. Performansa göre ek ödemenin verilebilmesi için temel kriter doktorların performansının belirlenmesidir. Bu nedenle Sağlıkta Dönüşüm Programı sürecinde Sağlık Bakanlığı tarafından doktorların performanslarını belirleyecek ülkemize özgü bir model geliştirilmiştir (Akçakanat ve Çarıkçı,2016, s.2).

2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan “performansa göre döner sermaye katkı payı ödemesi” sağlık personelinin kaliteli ve verimli hizmet sunumlarını teşvik edecek bir ücretlendirme ve ödeme yapısı olarak tasarlanmıştır. Sistemin hukuki alt yapısını 209 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” oluşturmakta, çalışana yapılacak ödemeler ilgili kanunun 5’inci maddesinde düzenlenmektedir. Döner sermaye gelirlerinden kapsam içindeki personele ödeme yapılırken; özellik arz eden riskli bölümlerde çalışıp çalışmama, girişimsel işlemler, anestezi, ameliyat, muayene, personelin serbest çalışıp çalışmaması, performans, hizmete katkısı, çalışma şartları ve süresi, görevi ve personelin unvanına göre ek ödeme yapılabilmektedir. Uygulamanın içerisi “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile düzenlenmiştir (Erkan,2011, s.3).

Ek ödeme yapılacak personelin kapsamı 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 38’inci maddesine göre Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevlendirilen personel ile 4924 sayılı kanun ve 181 sayılı KHK uyarınca “sözleşmeli olarak istihdam edilen sağlık personeli ve Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli olan memurlar” olarak belirlenmiştir. Dönem ek ödeme katsayısı ile personelin performansı, puanının

çarpımı ile elde edilen sonuçtan damga vergisi ve gelir vergisinin kesilmesi ile ödenecek net ödeme tutarı bulunur. Fakat dönem ek ödeme katsayısı ile çarpılan personelin net performans puanının sonucu bulunan miktar tavan ek ödeme tutarını aşamaz (Erkan,2011, s.3).

Performans değerlendirme uygulaması, çalışan verimliliğini geliştirerek sağlık hizmetlerine olan artan talebin karşılanmasında en önemli faktör oldu. Yeni sistemi sonuçları ile birlikte değerlendirdiğimizde sağlık personelleri maaşları haricinde ek bir gelir elde etmişler fakat bu geliri almalarının koşulu olarak sağlık hizmetlerine daha fazla katkıda bulunmaları sonucunda performanslarının arttığı, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişmesindeki eşitsizliklerin ve engellerin ortadan kaldırılması ile artan hizmet talebine göre eski dönem ile kıyaslanmayacak ölçüde daha fazla sağlık hizmetini alabildikleri görülmüştür (Aydın,2007, s.71-87).

4.8. SOSYO-EKONOMİK DİNAMİKLER VE SAĞLIK GÖSTERGELERİ

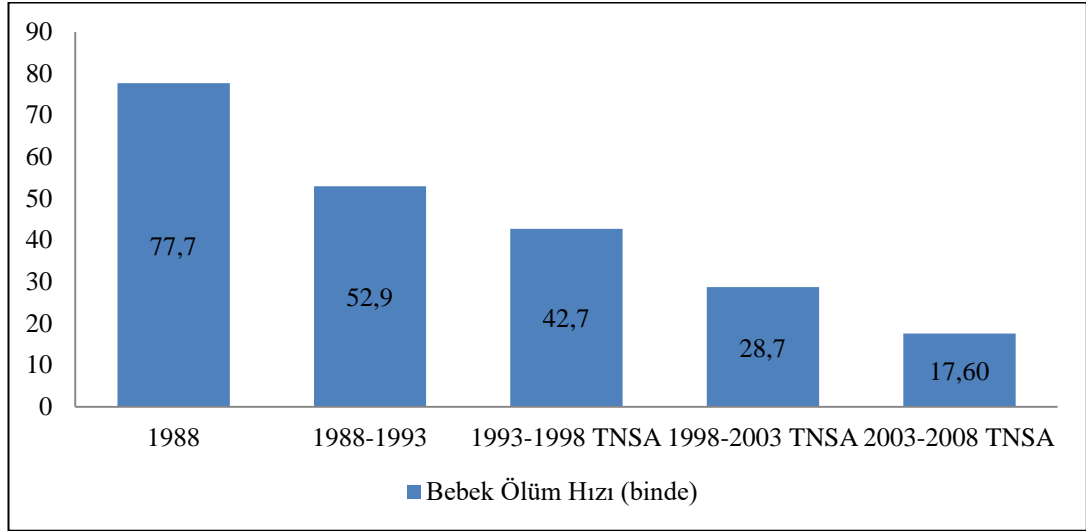
4.8.1.Sağlık Göstergelerindeki İyileşmeler

4.8.1.1.Bebek Ölüm Hızı

Temel sağlık göstergeleri arasında yer alan bebek ölümleri ayrıca bir ülkenin refah seviyesinin bir ölçüsüdür. Bebek ölümleri fazla olan bir ülkede yeterli düzeyde anne-çocuk sağlığı hizmeti ve üreme sağlığı hizmetinin verilmediğini söyleyebiliriz. Bu nedenle sağlık politikaları kullanılarak müdahale edilecek alanlardan ilki anne-bebek ölümlerini azaltmaya dönük uygulamaların hayata geçirilmesidir. Ülkemiz bu alanda somut politikalar izleyerek anne-bebek ölümlerini azaltmada önemli yol kat etmiştir (Özpınar,2016, s.1).

Grafik 4.4: Bebek Ölüm Hızı (binde)

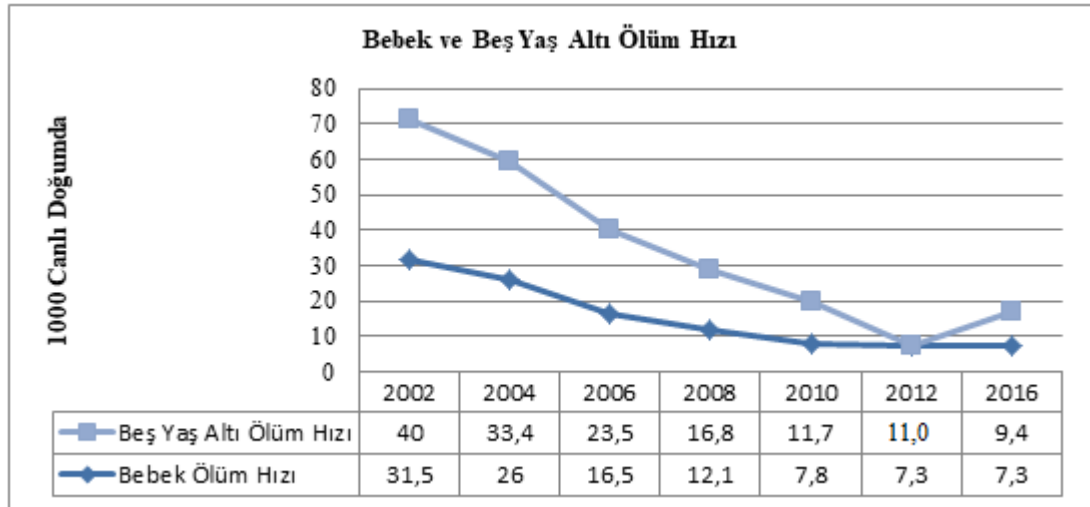
Ülkeler var olan sağlık sistemlerini değerlendirebilmek ve sistemi iyileştirebilmek için doğum ve ölüm oranlarını kayıt altına almaları, meydana gelen ölüm nedenlerinin sebeplerini bilmeleri gerekir.



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı,2008, s.73).

Dünya genelinde gözlenen değişimlere paralel şekilde ülkemizde de yıllar içerisinde sağlık göstergelerinde önemli gelişmeler meydana gelmiştir. Daha önceden Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) ile beş yılda bir yapılan ya da diğer araştırmalar ile takip edilen bebek ölümleri günümüzde rutin izleme programları ile takip edilmektedir. Meydana gelen bebek ölümleri incelenerek aynı durumdan dolayı diğer bebeklerin ölmemesi için önlemler alınmaktadır. Ülkemizde beş yaş altı çocuk ölümleri ile ilgili verilere 2013 yılından itibaren ulaşılabilmektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü,2018, s.1).

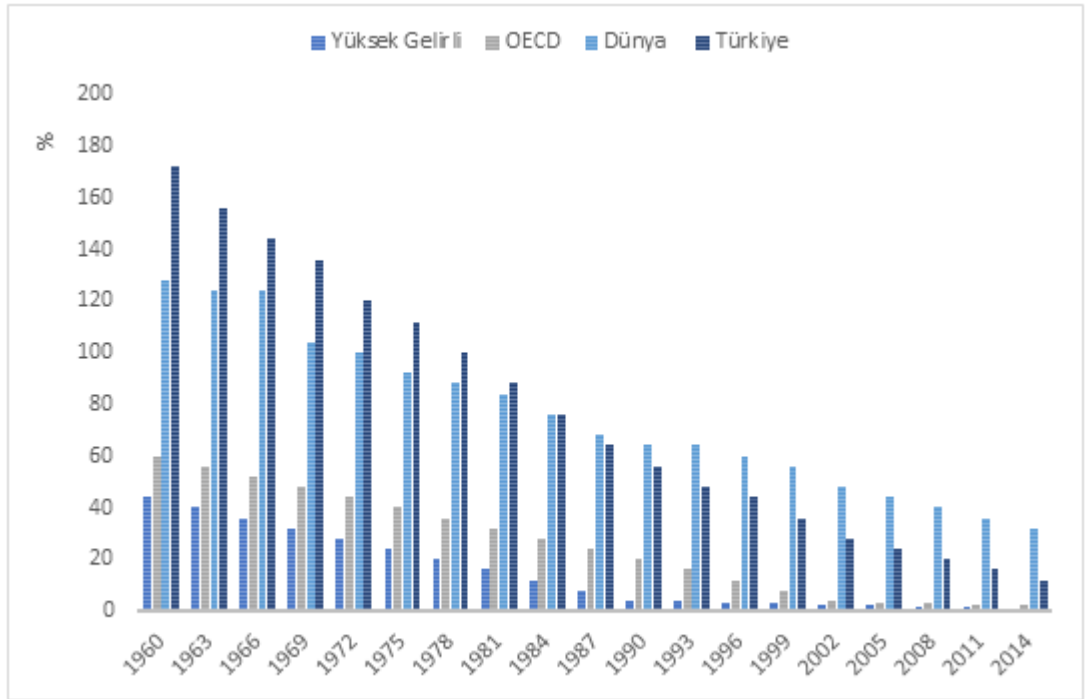
Grafik 4.5: Yıllara Göre Beş Yaş Altı ve Bebek Ölüm Hızı



Kaynak: (TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu,2017, s.20).

1991 yılında Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı, 2004 yılında Demir Gibi Türkiye Programı, 2007 yılı Anne Ölümleri İzleme Programı, 2009 yılı Bebek Ölümleri İzleme Programı, aile planlaması, yoğun bakım, yeni doğanlara yönelik geliştirilen bakım hizmetleri, evlilik ve gebelik öncesi bilgilendirme programları gibi uygulamaları kapsayan programların sonuçlarını vermesi ile kısa zaman içerisinde anne-bebek ölüm hızında azalma kaydedilmiştir (Özpınar,2016, s.2).

Grafik 4.6: Bebek Ölüm Hızı %, (1960-2014)



Kaynak: (Özpınar,2016, s.2).

Dünya genelindeki bebek ölüm hızı verilerine bakacak olursak azalma eğiliminde olduğu görülmektedir. 1960'lı yıllardan itibaren 1987 yılına kadar ülkemizde ki bebek ölüm hızları dünya ortalamasının üzerinde olmasına rağmen sonraki yıllarda sürekli azalan bir çizgi gözlenmektedir (grafik 4.6).

4.8.1.2. Anne Ölüm Hızı

Anne sağlığının önemsenmesi gereken bir konu olduğunu yılda ortalama olarak 210 milyon kadının hamile kaldığını göz önüne alırsak daha iyi anlayabiliriz. Ayrıca doğum ve gebelik gibi önlenemez nedenlerden dolayı her gün yaklaşık olarak

830 kadın hayatını kaybetmekte ve hayatını kaybeden kadınların %99'unun gelişmekte olan ülkelerde çoğunlukla kırsal kesimde yaşayan yoksul toplumda ortaya çıktığı bildirilmektedir (Ayg ar ve Metintaş,2018, s.4).

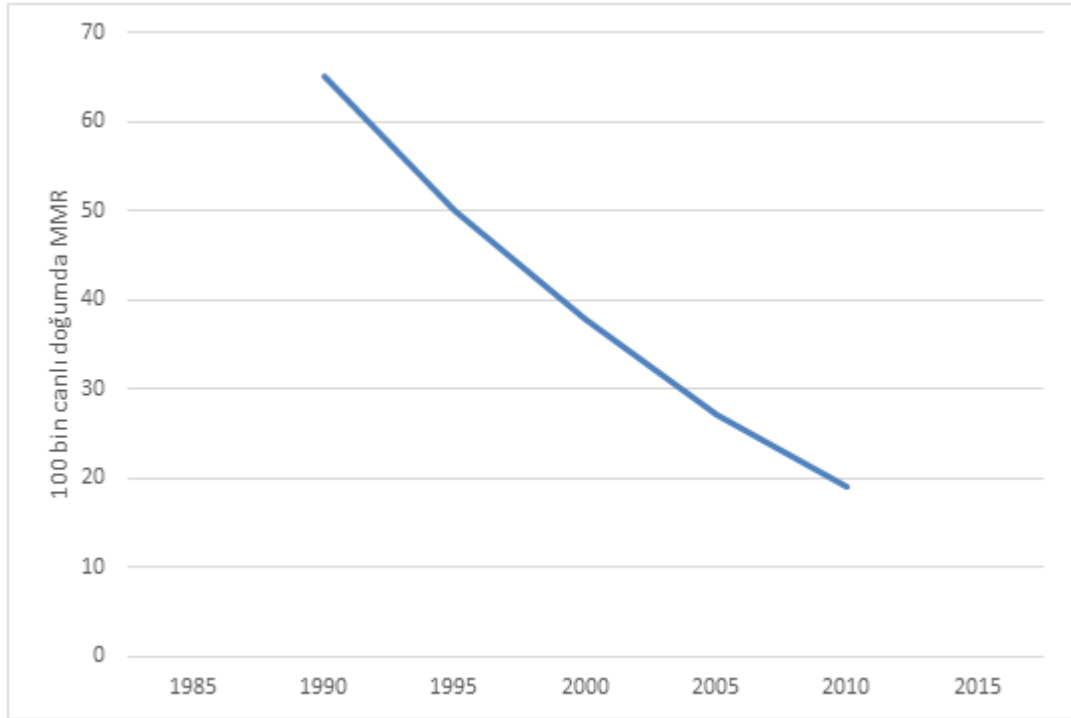
Gelişmekte olan ülkelerde yaşıyan doęurđanlık çağındaki bayanlar içindeki en yaygın ölüm sebebi lohusalık, doğum ve gebelik sürecinde ortaya çıkan komplikasyonlardır. Anne ölümlerinin düzeyi sağlık hizmetlerinin kalitesi ve bu hizmetlerin sağlanması açısından çok yönlü bir kalkınma göstergesidir. Bu yönüyle de toplumların, ailelerin ve bireylerin yaşam kalitesini arttırmak amacıyla ülkelerin kalkınma seviyelerini takip eden ve bu alandaki öncelikleri, politikaları belirleyen uluslararası kuruluşların dikkat ettiği ve önem verdiği gösterge haline gelmiştir. BM “Binyıl Kalkınma Hedefleri” anne ölüm oranlarının azaltılmasının öncelikli hedefleri arasında olması gerektiğini ifade etmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [H. ],2005, s.9).

Dünyada refah seviyesinin artması amacıyla Dünya Bankası (WB), Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Birleşmiş Milletler ocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Dünya Sağlık  rg t  (DSÖ) gibi uluslararası sivil toplum kuruluşları, Birleşmiş Milletler kuruluşları anne ölümlerini önlenmesi gereken hassas bir konu olarak değerlendirmekte ve bu ölümleri azaltmak amacıyla programlar yaparak ortak çalışmalar yürütmektedir. Lohusalık, doğum ve gebelik s reerindeki kadın ölüm nedenlerinin farklı olması nedeniyle anne ölümlerinin iyi tanımlanması gerekir. Dünya Sağlık  rg t  tarafından tanımlanan anne ölümü “bir kadının gebelik esnasında, doğum anında veya gebelik sürecinden sonraki 42 gün içinde gebeliğin yerine ve süresine bakılmaksızın gebeliğin durumu ya da gebelik süresine bağlı ya da bu durumlardan dolayı fakat tesadüfi olmayan durumlardan kaynaklanan kadın ölümü” olarak tanımlanmaktadır (Ayg ar ve Metintaş,2018, s.3).

Ülkemizdeki Anne  l m Hızının belirlenmesi amacıyla 1 Haziran 2005 – 31 Mayıs 2006 tarihleri arasında Türkiye Anne  l m Araştırması yapılmıştır. 8 Aralık 2006 tarihinde araştırmanın sonuçları kamuoyu ile paylaşılmıştır. Yapılan araştırma Cumhuriyet dönemindeki bilimsel yeterlilik alanında yapılmış tek çalışmadır. Çalışmada 2005-2006 yılları arasındaki anne ölüm hızının yüz binde 28.5 olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bu çalışma ile anne ölümlerindeki gerçek ve

güncel rakamlara ilk kez geniş boyutlu bir saha araştırması ile ulaşılmış hem de Avrupa ortalamasına çok yakın olan anne ölüm hızıyla anne ölümlerini azaltmada başarısını ortaya koymuştur. 2005 yılı Türkiye Anne Ölümü araştırmasından sonra araştırmadaki veriler esas alınarak güncellenen Anne Ölümü Veri Sistemi ile ülkemizdeki 81 ilden 15-20 yaş kadın ölümleri içindeki anne ölümlerine ait veriler toplanmaktadır. Bu bağlamda anne ölüm hızı 2007 yılı için 100 binde 21.3 tür (S.D.P. İlerleme Raporu,2008, s.60).

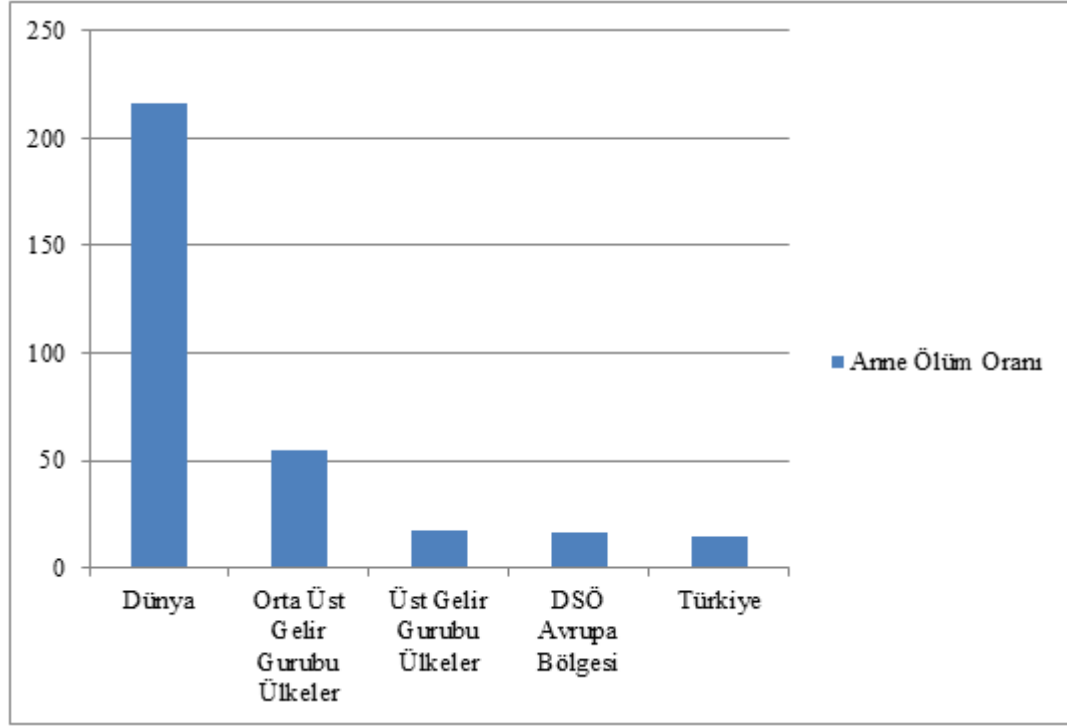
Grafik 4.7: Türkiye’de Meternal Mortalitenin Yıllar İçinde Değişimi



Kaynak: (Dünya’da ve Türkiye’de Anne Ölümleri,2019, s.12).

Ülkemizdeki anne ölüm oranına ilişkin 2005 yılına kadar olan bilgiler yetersizlik göstermektedir. Veriler nüfus araştırmaları içinde ulusal düzeyi yansıtan oranlar olarak elde edilmiştir. 1997-1998 yılları arasında 53 ildeki 615 doğum yapılan hastanedeki anne ölüm kayıtlarındaki verilerde sadece hastane ölümlerinde 100.000’de 49 rakamına ulaşılmıştır. Hastane dışı ölümlerle birlikte bu oranın 100.000’de 70 olduğu tespit edilmiştir (Dünya’da ve Türkiye’de Anne Ölümleri,2019, s.60).

Grafik 4.8: Anne Ölüm Oranı Uluslararası Karşılaştırması (100.000 Canlı Doğumda), 2015



Kaynak: (Başara,2017, s.25). **Not:** Türkiye verisi 2016 yılına aittir.

2016 yılında yüz bin canlı doğumda 14,7 olan anne ölüm oranı 2017 yılında 14,6 olarak ölçülmüştür (Başara,2018, s.2).

4.8.1.3.Rutin Aşılama

Toplum ve birey sağlığının korunması ve bulaşıcı hastalıklar ile mücadele konusunda bilinen en ekonomik ve etkili yöntem aşıdır. Basit tanımı ile aşı: Patojen organizmaların ölü ya da zayıflatılmış bir şekilde insan vücuduna verilmesidir. Vücudumuzdaki immün sistemin aşı ile aktif hale getirilmesi hedeflenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği politikalar ile birçok ülkede tüberküloz, tetanoz, suçiçeği, konjuge pnömokok, kızamıkçık, kızamık, kabakulak, hepatit B, hepatit A, influenza tip b, hemofilus, difteri, çocuk felci, boğmaca gibi aşilar başarılı bir biçimde uygulanmaktadır. "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü'nün politikalarına paralel olarak başlatılmıştır (Gülcü ve Arslan,2018, s.1).

Tablo 4.5: Sağlık Bakanlığı Çocuk Dönemi Aşı Takvimi

Aşılarda	Doğumda	1.Ayın	2.Ayın	4.Ayın	6.Ayın	12. Ayın	18. Ayın	24. Ayın	İlk Öğretim	İlk Öğretim
		Sonu	Sonu	Sonu	Sonu	Sonu	Sonu	Sonu	1. Sınıf	3.Sınıf
Hepatit B	I &	II &			III &					
BCG (Verem)			I							
DaBT-İPA-Hib			I *	II *	III *		R *			
KPA			I #	II #	III #	R #				
KKK						I !			R !	
DaBT-İPA									R +	
OPA					I £		II £			
Td										R -
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				
DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aseklüler, Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus Influenza Tip b Aşısı (Beşli Karma Aşısı) (*)										
KPA Konjuge Pnömonokok Aşısı (#)										
KKK: Kazanık, Kazanıkçık, Kabakulak Aşısı (!)										
DaBT-İPA: Difteri, Aseklüler, Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı) (+)										
OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı) (£)										
Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı (-)										
R: Rapel (Pekiştirme)										

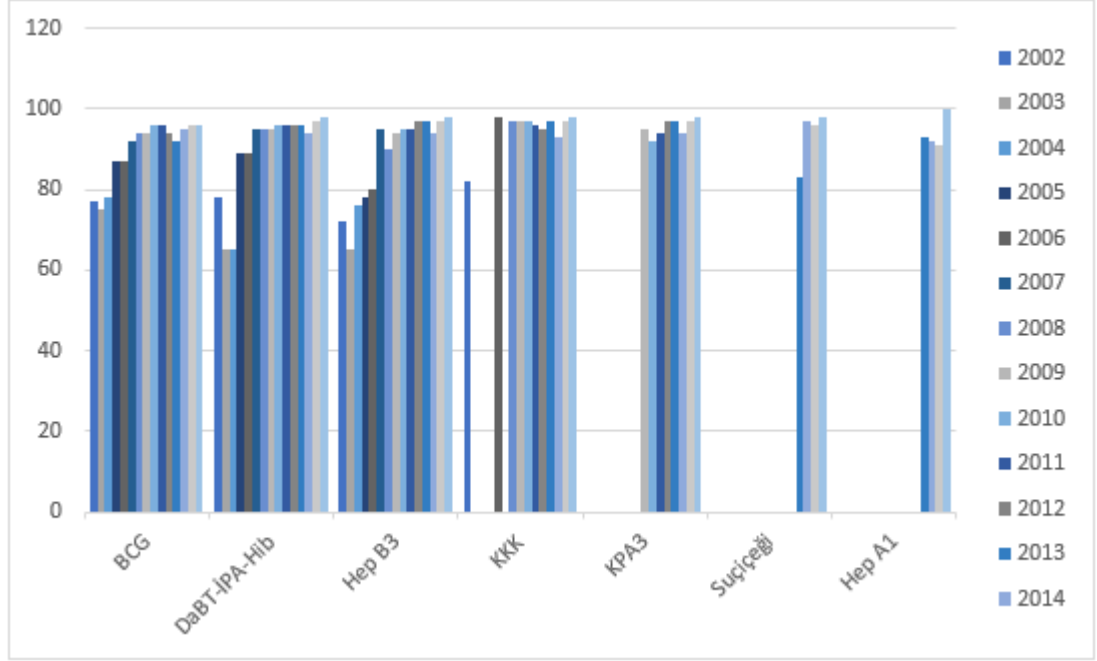
Kaynak: (Aşı Bağışıklama Programı,2019, s.4).

2002 yılında yurt genelinde hedeflenen çocuk nüfusunun aşılama oranı %78 idi. Güneydoğu'da kimi illerde bu oran %50'nin bile altındaydı. Yurt genelindeki aşılama 2007 yılında ki oran %96'ya yükselmiştir. Geçmiş dönemlerde aşılama oranları düşük olan illerimizde dahi %80'in üstünde başarı gerçekleştirilmiştir (S.D.P. İlerleme Raporu,2008, s.61).

Aşılama çalışmalarında kullanılmak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından önemli bir bütçe ayrılmaktadır. 2002 yılında yapılan sağlık harcamalarında aşılaraya ayrılan miktar altı milyon dolar iken bu oran 2013 yılında 141 milyon dolara yükselmiştir. Aşılama ile ilgili ülkemizde birçok program yürütülmekte, çalıştay oluşturulmakta ve birçok kuruldun destek alınmaktadır. Dünyada aşı ile ilgili yaşanan gelişmeler ülkemizde gerçekleştirilen bu organizasyonlar ile takip edilmekte ve ülkemize göre uyarlanmaktadır. Ebeveynlerin çocukların aşılama konusundaki bilinçlerinin artması ve sağlık çalışanlarının başarılı çalışmaları ile 1993 yılında %77 olan aşılama hızımız, 2015 yılında %97'ye ulaşmıştır. Yürütülen bu çalışmaların sonucunda ülkemizde aşı ile önlenilebilir hastalıkların sayısında ve bu hastalıklardan

dolayı meydana gelen ölümlerde azalma meydana gelmiştir (Gülcü ve Arslan,2018, s.2).

Grafik 4.9: Aşılama Hızları, (2002-2016)



Kaynak: (Aşı Bağışıklama Programı,2019, s.6).

Bulaşıcı hastalıklardan korunmada en ucuz, güvenli ve etkili yöntem bireylerin aşılmasındır. Ölüm ve sakatlıkları engellemek aşı uygulamalarında öncelikli hedefler arasındadır. Bu sebeple koruyucu sağlık hizmetlerinde, çocuk sağlığının iyileştirilmesi ve korunmasında en önemli basamak bağışıklamadır. Sağlıklı nesiller oluşturma sürecinde bulaşıcı hastalıklardan korunma oranını yükseltmek çok önemlidir. Bu nedenle aşılama politikalarını başarılı bir şekilde yürütmek ve aşılama oranlarını arttırmak gereklidir. Sonuç olarak sağlık çalışanlarının yasal düzenlemeler ve aşılardaki güncel yaklaşımları yakından takip etmeleri ayrıca sağlık personelinin eğitimi oldukça önemlidir (Gülcü ve Arslan,2018, s.7).

4.8.1.4. Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (KKK) Aşısı

Kızamık: Ortakulak iltihabı, pnömi, ensafil, yüksek ateş; Kızamıkçık: Sağırılık, katarakt, kalıtsal kalp hastalıkları; Kabakulak: Kısırlık, pankreatit vb birçok ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Bu aşı canlı bir aşıdır. Aşı yapıldıktan

sonra ortaya çıkabilecek yan etkilere örnek olarak aseptik menenjit, trombositopeni, öksürük, kas ağrısı, iştahsızlık, huzursuzluk, eklem ağrısı, döküntü, ateş gösterilebilir. Kızamık kızamıkçık kabakulak aşısı ülkemizdeki aşı takvimine göre ilköğretim birinci sınıfta ve on ikinci ayda uygulanmaktadır. Erişkinler, bir yaşını tamamlamış KKK aşısı ile hiç aşılanmamış ve bu bulaşıcı hastalıklardan en azından birine yakalanmış çocuklar dört hafta aralıklar ile iki kez aşılanmalı, daha önce bir doz KKK aşısı ile aşılananlar bir doz daha aşı olmalı ve aşı iki doza tamamlanmalıdır (Gülcü ve Arslan,2018, s.5).

2003-2005 yıllarını kapsayacak sürede kızamık hastalığını ortadan kaldırmak için büyük bir aşı kampanyası yapılmış ve bu kampanya kapsamında 18 milyon 217 bin çocuğa aşı yapılmıştır. Yapılan bu kampanyalardaki aşılama oranı %97 olarak belirlenmiştir. Gerçekleştirilen aşılama çalışması hedef nüfus yönünden Avrupa'nın ve Cumhuriyet tarihimizin en büyük aşılama faaliyetidir. Bununla birlikte askere alınan gençlere kızamık aşısı yapılması 2009 yılına kadar devam etmiş ve bu durum kızamık virüsünün ortadan kaldırılmasına destek olmuştur. Gerçekleştirilen bu çalışmalar sayesinde yurt genelinde 2002 yılında görülen kızamık vakası 7.804 adet olarak tespit edilmiş, bu sayı 2007 yılında 3 adet inmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2008, s.97).

Tablo 4.6: Yıllara Göre Kızamık Vaka Sayısı, (2012-2016)

	2012	2013	2014	2015	2016
Yerli Vaka	318	6.731	451	235	0
Yabancı Vaka	31	674	114	107	9
Toplam Vaka	349	7.405	565	342	9

Kaynak: (Başara,2017, s.33).

4.8.1.5.Sıtma

Sıtma hastalığı Dünya Sağlık Örgütü tarafından bulaşıcı hastalıklar içerisinde tüberküloz ve AIDS'le birlikte ilk üç sırada ele alınmaktadır. Geçmiş

yıllarda ülkemizde toplumsal açıdan ciddi bir sağlık sorunu oluşturan sıtma hastalığını Sağlık Bakanlığı'nın politikaları ve DSÖ stratejileri doğrultusunda gündemden düşmesi için önemli adımlar atılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2008,s.85).

Tablo 4.7: Türkiye’de Sıtma Vaka Sayısı, (2002-2015)

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Yerli Vaka	10184	4	1	34	0	0

Kaynak: (Sıtma,2019, s.1).

Uzun yıllarca vektör mücadelesi amacı ile kullanılan insektisit grupları değiştirilmiş daha uygun ve etkili ilaçların kullanılmasına dikkat edilmiştir. Vektör kontrolü amacıyla sıtma vakasının yoğun olarak görüldüğü yerlerde özel programlar hazırlanmış ve programlar düzenli olarak kontrol edilmiştir. Sıtma vakalarının belirlenmesi amacı ile sürveyans çalışmalarına ağırlık verilmiş, tedavi ve sürveyans hizmetlerini kuvvetlendirmek amacı ile mobil ekipler artırılarak daha etkin bir mücadele sağlanmıştır. Sıtma hastalığına yakalanan kişilerin tedavilerinde aksama olmamasına dikkate edilmiştir. Yerel kuruluşlar, kamu kuruluşları ve belediyeler ile iş birliği halinde çalışmalar yapılmıştır. 2002 yılındaki sıtma vakası sayısı on binin üzerindeyken, 2015 yılı itibarı ile sıtma vakası ortadan kalkmıştır. 2016 yılında 0.26 olan yüz bin nüfustaki sıtma vakası insidansı, 2017 yılında aynı seviyede kalmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2008, s.86), (Başara,2018, s.2).

4.8.1.6. Tüberküloz

Gelecek yıllar için de dünya ve ülkemiz adına sorun oluşturacağı düşünülen tüberküloz sakatlık ve ölüm riski yüksek hastalıklardan biridir. Bir halk sağlığı sorunu olarak dünyada hala önemini koruyan verem (tüberküloz), insanlık tarihi kadar eski bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporlarında dünya nüfusunun 1/3' ü verem hastası olmadığı halde verem mikrobunu taşımaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2008, s.86).

Tablo 4.8: Yıllara Göre Tüberküloz İnsidans Hızları, (2005-2016)

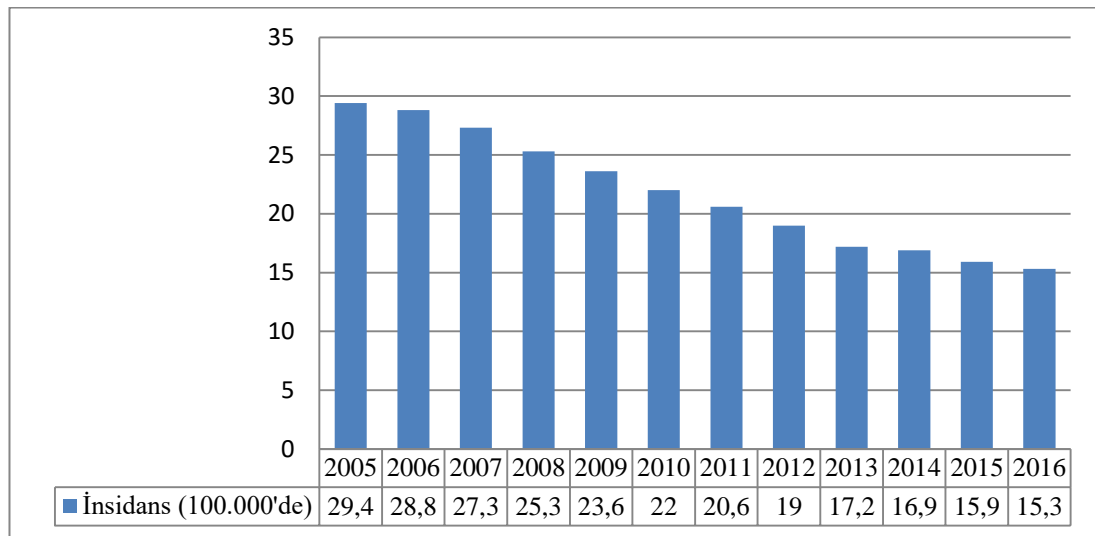
YIL	Nüfus	Yeni Olgu Sayısı	Nüks Olgu Sayısı	Yeni+Nüks Olgu Sayısı	İnsidans**(100.000'de)
2005	68.860.540	18.753	1.509	20.262	29.4
2006	69.729.970	18.544	1.534	20.078	28.8
2007	70.586.256	17.781	1.460	19.241	27.3
2008	71.517.100	16.760	1.314	18.074	25.3
2009	72.561.312	15.943	1.177	17.120	23.6
2010	73.722.988	15.183	1.070	16.253	22
2011	74.724.269	14.417	990	15.407	20.6
2012	75.627.384	13.535	870	14.405	19
2013	76.667.864	12.352	818	13.170	17.2
2014	77.695.904	12.253	855	13.108	16.9
2015	78.741.053	11.803	747	12.550	15.9
2016	79.814.871	11.442	744	12.186	15.3

Kaynak: (Verem Savaşı Raporu,2018, s.42).

Not: *2005 ve 2006 yıllarında TÜİK' nin nüfus projeksiyonları, 2007 yılından itibaren adrese dayalı nüfuslar kullanılmıştır. 2016 raporundan itibaren 2005 ve 2006 yılı nüfus projeksiyonları TÜİK' nin veri tabanından güncellenmiştir.

**İnsidans: Yeni+Nüks Olgu Sayısı / Nüfus x 100.000

Grafik 4.10: Yıllara Göre Tüberküloz İnsidansı, (2005-2016)



Kaynak: (Verem Savaşı Raporu,2018, s.42).

2005 yılından önce aylık toplam istatistikler olarak verem savaş dispanserlerinden gönderilen tüberküloz hasta verileri ülke düzeyinde istatistikler olarak Sağlık Bakanlığınca hesaplanmaktaydı. 2006 yılından itibaren ülkemizde uygulamaya konulan Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi doğrultusunda, dispanserlere kayıtlı hastaların verileri bireysel olarak 2005 yılından itibaren analiz edilerek raporlanmaya başlanmıştır. Yeniden yapılandırma çalışmaları kapsamında ülkemizde 2010 yılından itibaren her 500.000 nüfusa bir dispanser her ilde en az bir adet olmak üzere yeniden yapılandırma çalışmaları başlamıştır. 2017 yılı sonu itibarı ile ülkemizdeki verem savaş dispanserleri sayısı 177 olmuştur. Ulusal Tüberküloz Referans Laboratuvarı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde bulunmakta ve bu laboratuvar ile birlikte 2017 yılı itibarı ile ülke genelinde 270 laboratuvar da tüberküloz tanı hizmetleri verilmektedir. Laboratuvarların 6'sı dal hastanesi, 8'i özel laboratuvar, 9'u göğüs hastalıkları hastanesi, 14'ü halk sağlığı laboratuvarı, 15'i eğitim ve araştırma hastanesi, 16'sı (12'si HSL bünyesinde) Bölge TB laboratuvarı, 21'i özel hastane, 46'sı verem savaş dispanseri, 60'ı tıp fakültesi hastanesi, 71'i devlet hastanesi ve 3'ü diğer laboratuvardır (Verem Savaşı Raporu,2018, s.11).

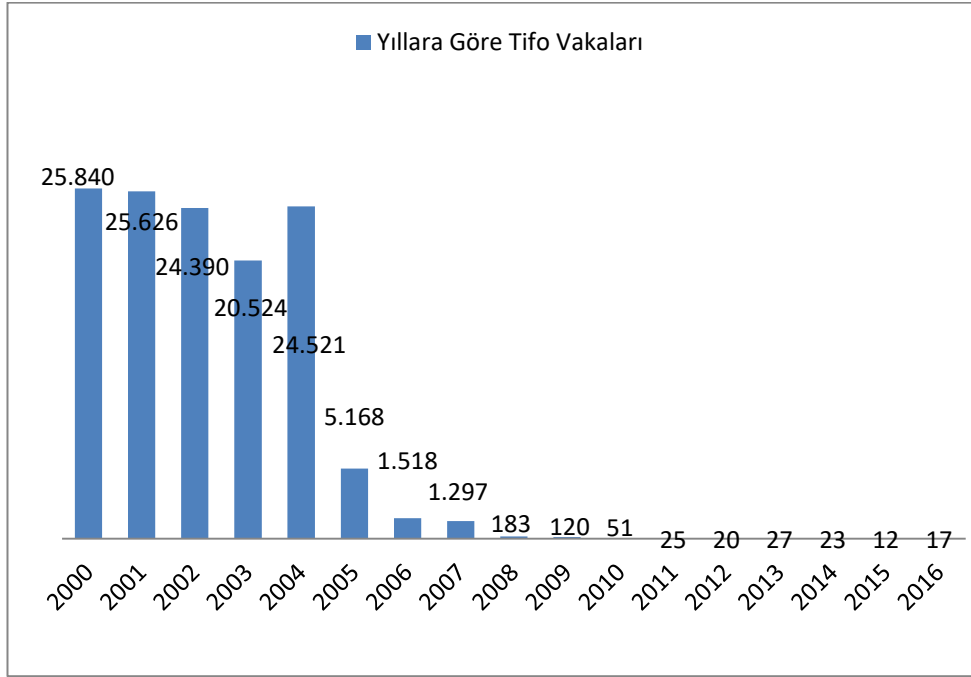
2017 yılında verem savaş dispanserlerinde yapılan poliklinik muayenesi 1.391.817 dir. Direkt mikroskopi sayısı 27.296 ve radyolojik tedavi sayısı 955.618 olarak gerçekleşmiştir. Bölge tüberküloz laboratuvarlarına ileri tetkik için gönderilen örnek sayısı 109.644 tür. 2016 yılı verilerine göre temaslı muayene sayısı 105.480 (hasta başına 8.5)'ken koruyucu tedaviye alınanların sayısı 27.543 (hata başına 2.2 kişi) dir. 2017 yılında dispanserlere başvurarak sağlık hizmeti alan hastaların (%98,4'ünün) doğrudan gözetim altına alınarak tedavilerine başlanmıştır. 2015 yılı verilerine bakıldığında DGT oranı (kısmı ve tam DGT toplamı) %98,9 dur. 2016 yılında verem savaş dispanserlerindeki kayıtlı tüberküloz hasta sayısı 12.417 dir. Yüz bin de 16.2 olan toplam olgu hızı, yüz bin de 15.6'ya (-%4,1) düşmüştür (Verem Savaşı Raporu,2018, s.12). Tüberküloz insidansı 2017 yılında 14.6 ya gerilemiştir (Başara,2018, s.2).

4.8.1.7. Tifo

Tifo, Salmonella typhi'nin sebep olduğu su ve gıdalar ile fekal-oral bulaşan bazen salgınlara neden olan bir hastalıktır. Hastalık ile mücadelede güvenli içme

suyu kaynakları ve gelişmiş kanalizasyon sistemleri önemlidir. Hastalıktan korunma tedbirleri içinde önemli bir yeri olan sağlıklı su kaynaklarının temini ve kontrolleri ile ilgili çalışmalar ve sağlık eğitimi ile tifo vaka sayısında azalma gözlemlenmektedir (S.B. Faaliyet Raporu,2017, s.84).

Grafik 4.11: Tifo Vakalarının Dağılımı, (2000-2016), (THSK, 2016)



Kaynak: (Halk Sağlığı Kurumu Faaliyet Raporu,2016, s.86).

4.8.2. Vatandaşı Finansal Riskten Koruma

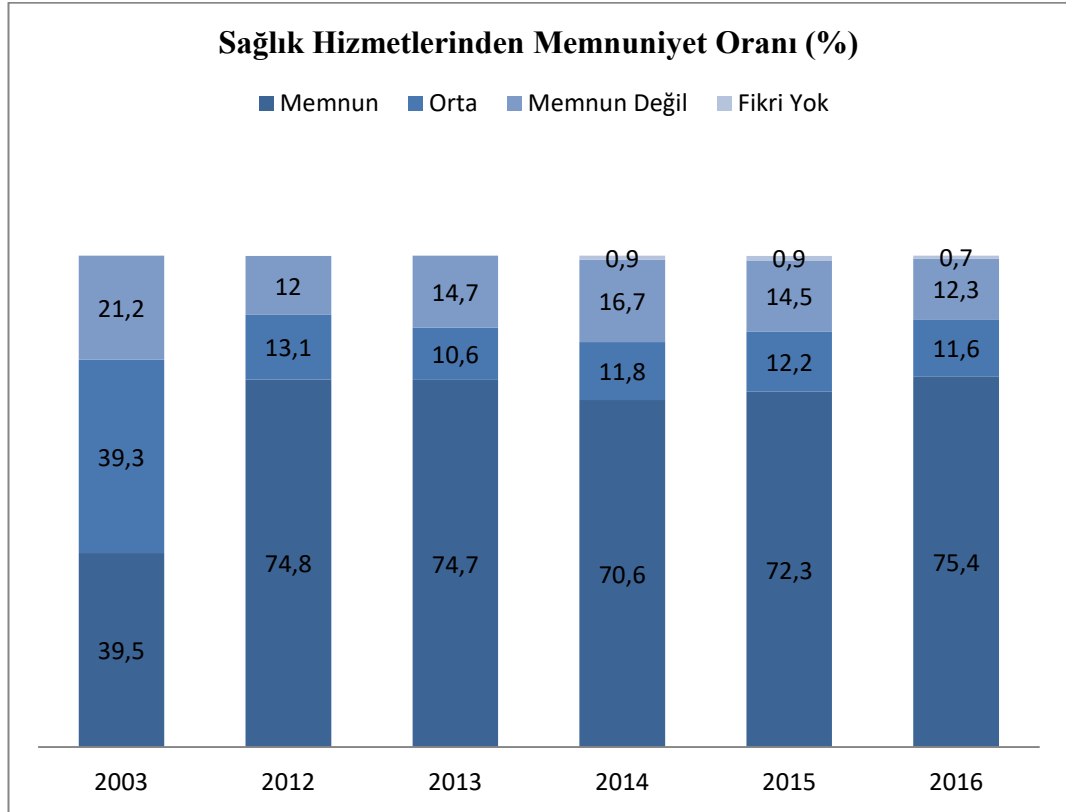
Vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşımı koruma altına alınmış, acil ve yoğun bakım tedavileri özel-kamu hastanesi ayrımı yapılmaksızın ücretsiz verilmeye başlanmıştır. Dar gelirli bireylere yönelik olarak uygulamaya konulan Yeşil Kart sisteminin içeriği genişletilmiştir. Bireylerin katstrofik sağlık harcamaları nedeniyle yoksul düşmelerinin önlenmesi sağlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012, s.358).

4.8.3. Sağlık Sistemlerinden Memnuniyet

Hasta memnuniyeti ve kalite kavramı sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde günümüzde oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kendine has depolanamayan ve üretildiği anda tüketilen özelliğinden dolayı sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesi zorlaşmaktadır. Sağlık

hizmetlerinde kalitenin büyük bir kısmını hasta memnuniyeti oluşturmaktadır. Genel anlamda hasta memnuniyetini tanımlayacak olursak “sağlık kurumuna başvuran hastaların beklenti ve taleplerinin karşılanması ya da bu beklenti ve taleplerinden daha iyi bir hizmet verilmesi” olarak ifade edilebilir. Sağlık sektöründe kalitenin ölçüsü olarak hasta memnuniyetini baz almak çok önemlidir. Memnuniyet bilgisinin kullanımı kalite değerlendirmesindeki önemi yanında sağlık bakım sisteminin yönetiminde ve şekillendirilmesinde çok önemli olduğu belirtilmektedir (Topal ve Şahin,2017, s.5).

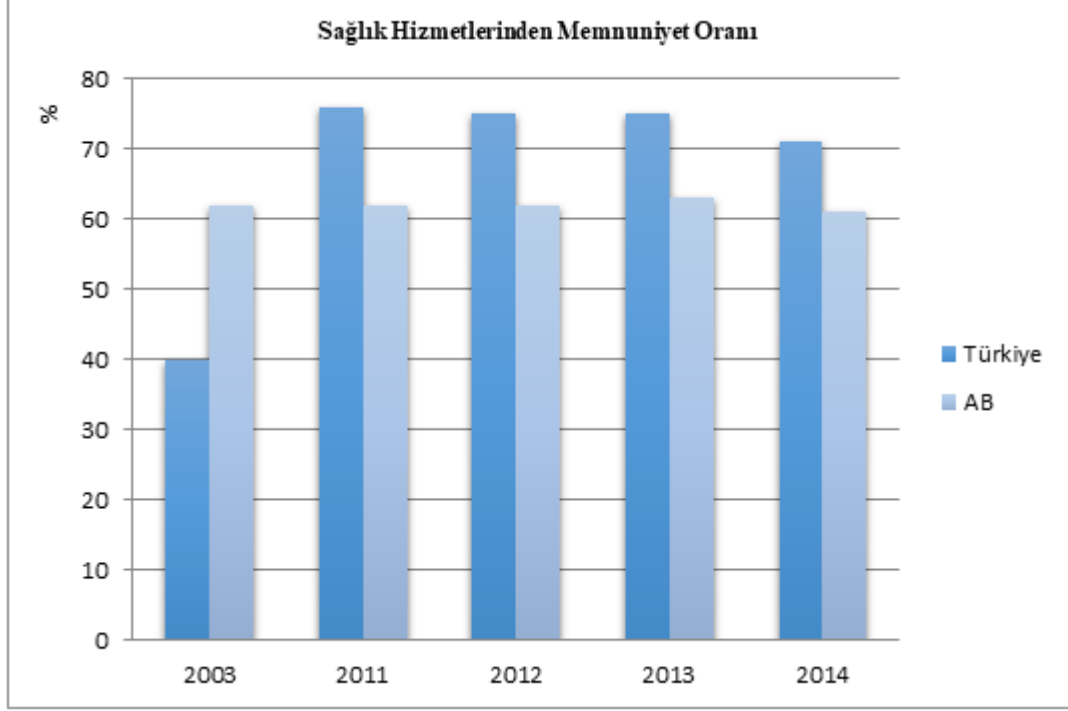
Grafik 4.12: Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranları (2003-2016)



Kaynak: (Başara,2017, s.178).

Grafik 4.12’de hastaların memnuniyet oranları gösterilmektedir. Hasta memnuniyet oranları bakımından ülkemizdeki memnuniyet oranı 2003 yılında %39,5 oranından 2015 yılında %72.3’e,2016 yılında %74.5’e ulaşmıştır. Bu oranlara göre son 13 yıldaki hasta memnuniyet oranlarına bakacak olursak ortalama olarak ikiye katlandığı görülmektedir (Topal ve Şahin,2017, s.4).

Grafik 4.13: Yıllara Göre AB ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (%)



Kaynak: (Başara,2017, s.178).

Avrupa Birliği ve Türkiye arasında hasta memnuniyeti yönünden kıyaslama yapacak olursak AB'deki memnuniyet oranı 2003'lü yıllarda %62 civarında olduğu halde ülkemizde ki oran %40 dolaylarında idi ve Avrupa Birliği'nin bir hayli gerisindeydi. Fakat 2014 yılındaki oranlara baktığımızda Avrupa Birliğindeki bu oranın pek fazla değişmediğini ülkemizin ise AB'nin üzerine çıkarak %71'lere yükseldiğini görmekteyiz. Bu durum ülkemiz için iyi bir durum göstergesidir (Topal ve Şahin,2017, s.4).

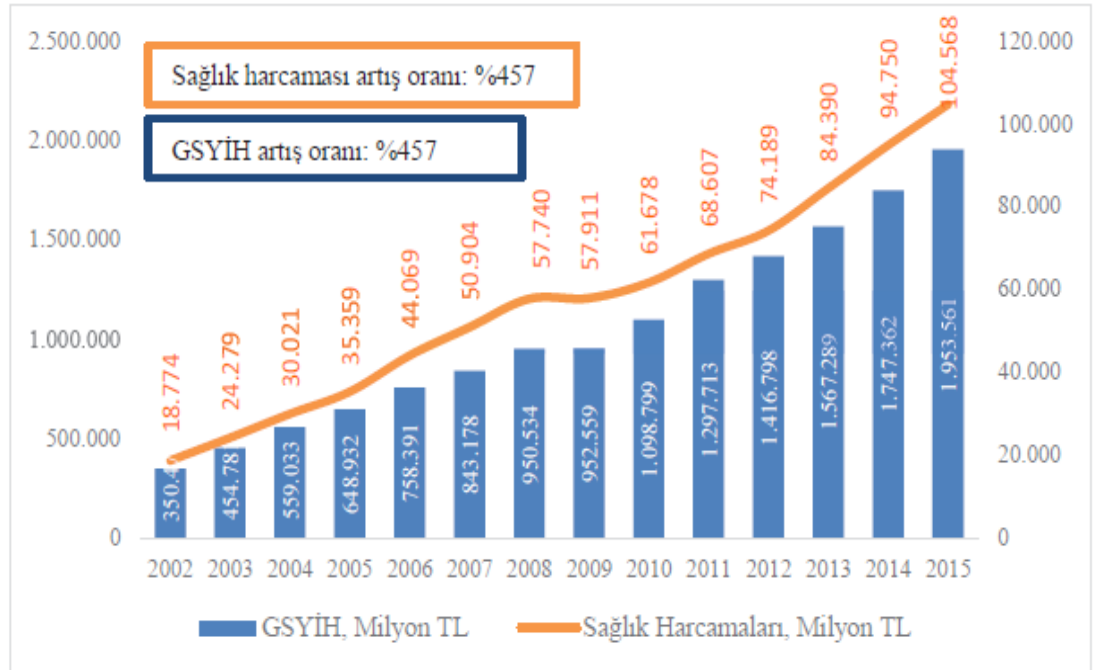
4.8.4. Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği

Dünyadaki pek çok ülkede sağlık harcamaları zaman içerisinde artma eğilimi göstermekte ve ülkeler artan bu sağlık harcamalarına karşın sağlık sistemlerini sürdürülebilir kılmak için yeni arayışlara yönelmektedirler. Kalite, hasta güvenliği, maliyet etkililik, hakkaniyet, kişiye odaklılık gibi değişim unsurları bu yeni arayışların içinde bulunmaktadır. Ülkelerin var olan ekonomilerindeki makro ekonomik dengelerin oluşturulması ile bu makro ekonomik dengelerin sürdürülebilir

olması da önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde finansal sürdürülebilirlik, son dönemde sürdürülebilirlik ile ilgili olan konuların en başında gelmektedir. Sürdürülebilirliğin sağlık hizmetlerindeki ana unsuru sağlık politikası tartışmalarının odağında olan finansal sürdürülebilirliktir. Artan maliyetin etkisi ile belirli kaynakları arasındaki denge finansal sürdürülebilirlik ile ifade edilmektedir (Atasever, Karaca ve Örnek,2017, s.4-5).

Finansal sürdürülebilirliğin sağlık sistemlerindeki ölçme ve değerlendirilmesinde genel olarak sağlık kaynakları ve harcamaları ile ilgili görseller kullanılmaktadır. Vergi gelirleri oranı ve kamu sağlık harcaması artış oranı, faiz dışı kamu sağlık harcaması içindeki sağlık harcamalarının oranı, kamu sağlık harcamalarının ortalama büyüme oranına karşılık GSYİH’ deki büyüme oranı, kamu sağlık harcamalarının kamu gelirleri içindeki oranı, kamu sağlık harcamalarının GSYİH’ ye oranı, toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı sürdürülebilirlik ile ilgili kullanılan en yaygın göstergelerdendir (Atasever, Karaca ve Örnek,2017, s.6).

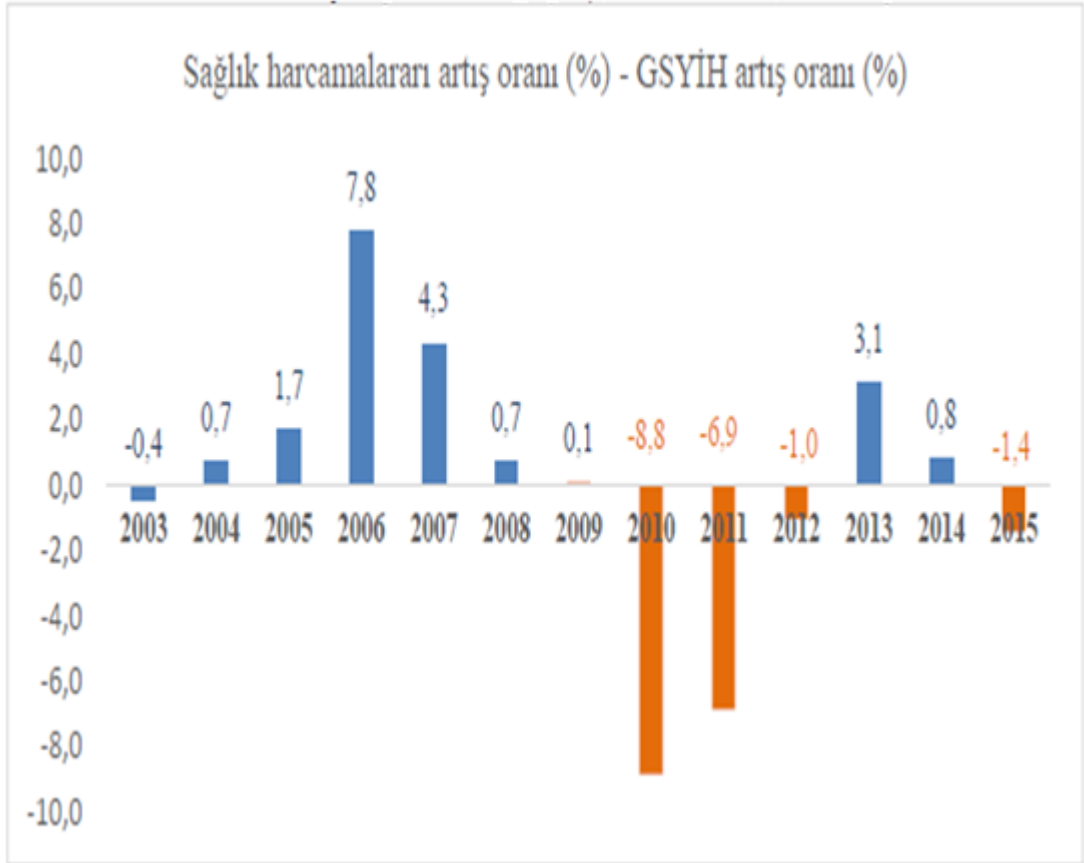
Grafik 4.14: Sağlık Harcamaları ile GSYİH Artış Oranlarının Karşılaştırılması, TL, (%), 2002-2015, Türkiye



Kaynak: (Atasever, Karaca ve Örnek,2017, s.6).

Sağlık ve GSYİH harcamaları 2002-2015 döneminde %457 oranında artmıştır (grafik 4.14). 2002-2015 yılları arasındaki sağlık harcamalarındaki artışın GSYİH deki artış ile aynı oranda olduğunu söyleyebiliriz. Sağlık harcamalarındaki hızlı yükselişe karşılık kamu sağlık harcamaları ve toplam sağlık harcamaları arasındaki artışların ülkemizdeki ekonomik büyüme hızı (GSYİH artışı) olduğu için karşılanabilir ölçüde olduğu söylenebilir (Atasever, Karaca ve Örnek,2017, s.6).

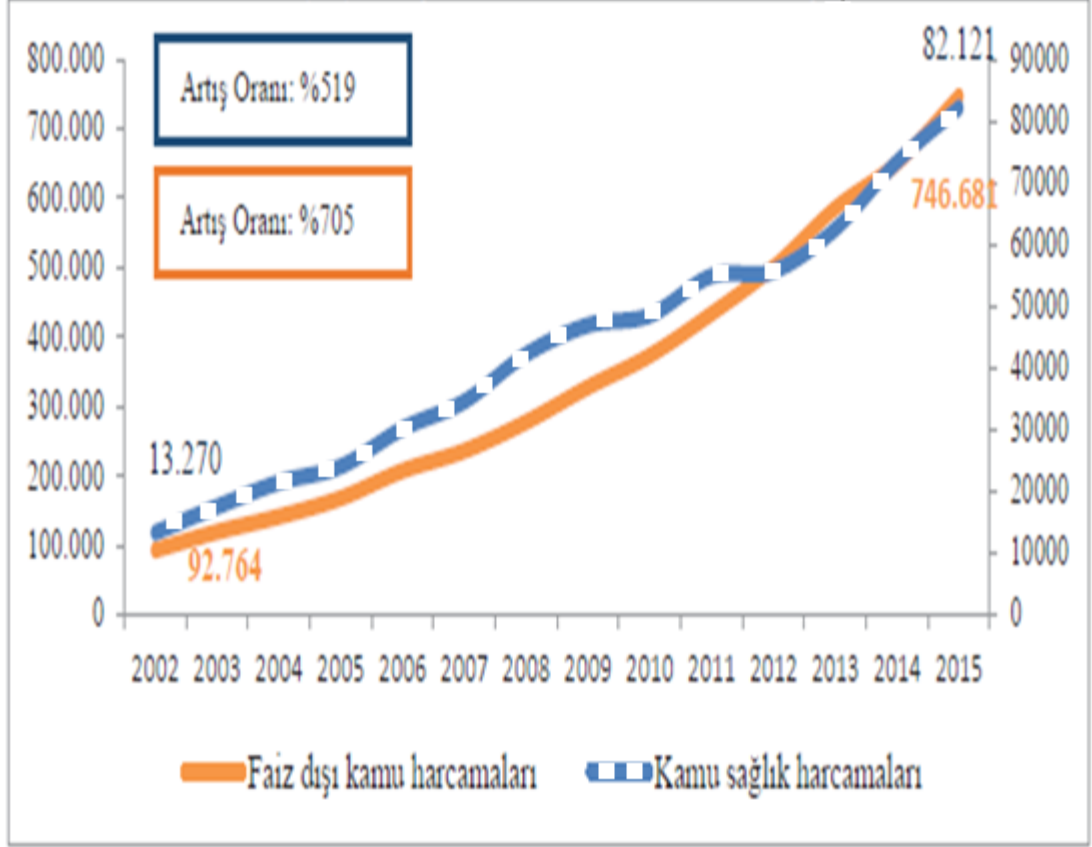
Grafik 4.15: Sağlık Harcamaların ve GSYİH Artış Oranları ile Karşılaştırılması, (%), 2002-2015, Türkiye



Kaynak: (Atasever, Karaca ve Örnek,2017, s.7).

2005-2015 yılları arası büyüme ortalaması GSYİH oranı %11.8, sağlık harcamaları oranı %11.6 dir. 2012-2015yılları arası büyüme ortalaması GSYİH oranı %11.3, sağlık harcamaları %12.1 dir (Atasever, Karaca ve Örnek,2017, s.7).

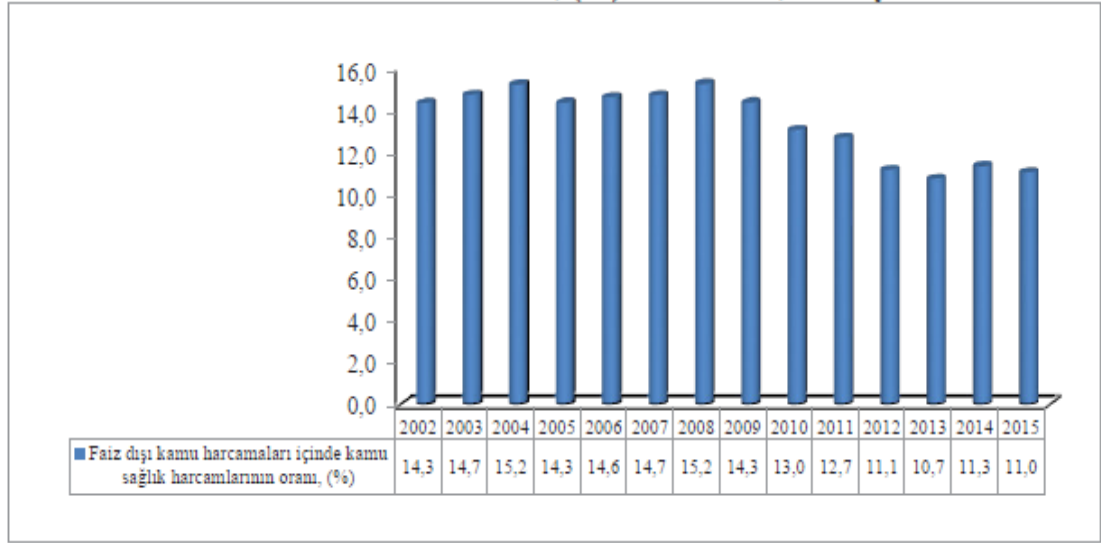
Grafik 4.16: Faiz Dışı Kamu Harcaması ve Kamu Sağlık Harcaması, (%), Milyon TL, 2002-2015, Türkiye



Kaynak: (Atasever, Karaca ve Örnek,2017, s.7).

Türkiye’de 2002-2015 yılları arasındaki nominal kamu harcaması %705 oranında artmışken kamu sağlık harcaması kamu sağlık harcaması %519 oranında artmıştır (grafik 4.16). Kamu sağlık harcamalarının 2002-2015 yılları arasındaki artış oranına göre kaynak temelinde kamu harcaması büyüme oranından düşük olduğu için finansal sürdürülebilirlik probleminin olmadığı söylenebilir (Atasever, Karaca ve Örnek,2017, s.8).

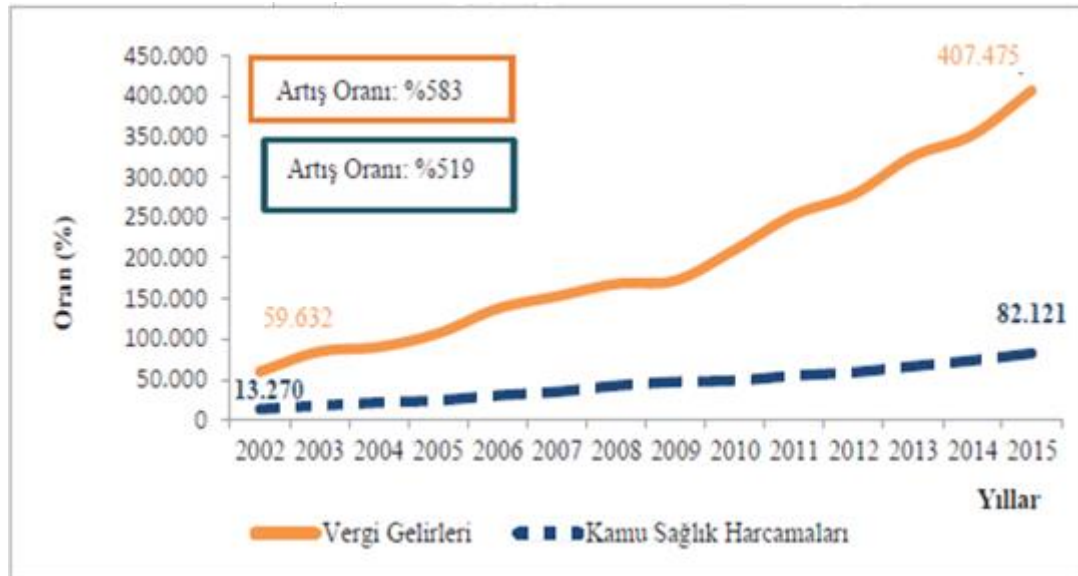
Grafik 4.17: Faiz Dışı Kamu Harcamaları İçinde Kamu Sağlık Harcamalarının Oranı, (%). 2002-2015, Türkiye



Kaynak: (Atasever, Karaca ve Örnek,2017, s.9).

Faiz dışı kamu harcamaları içinde kamu sağlık harcamaları karşılaştırıldığında kamu harcamalarının artış eğilimine karşın 2002 yılında %14,3 olan kamu sağlık harcaması 2015 yılında %11'e gerilemiştir (grafik 4.17). Bu veriler kamu sağlık harcamalarının, kamu harcamalarından daha az arttığını göstermektedir (Atasever, Karaca ve Örnek,2017, s.8).

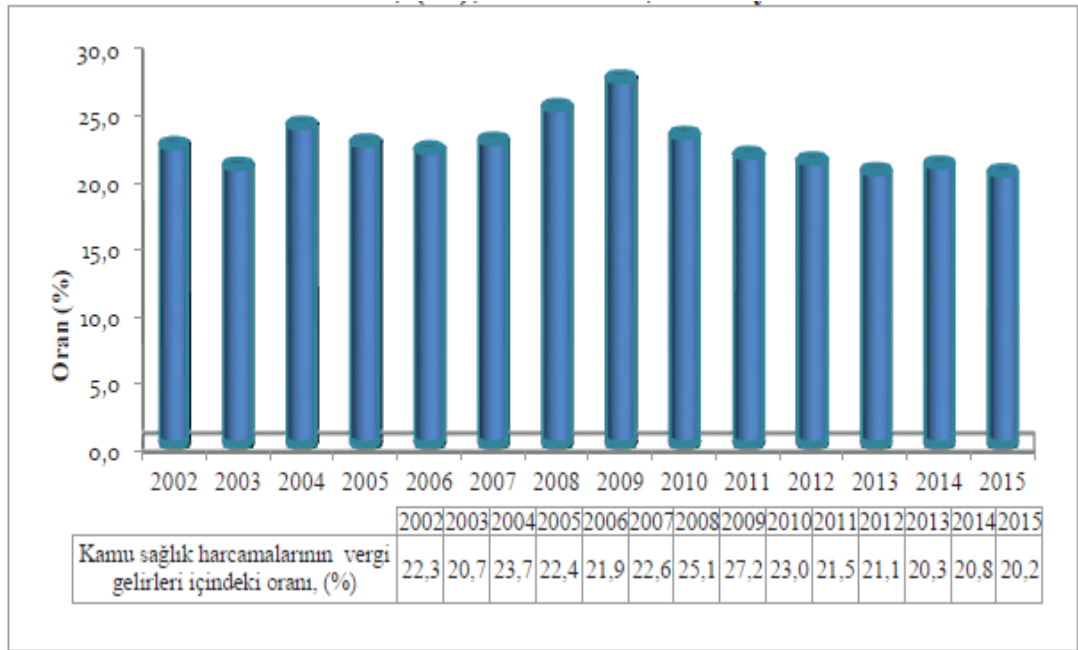
Grafik 4.18: Vergi Geliriyle Kamu Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması, (milyon TL), (%), 2002-2015, Türkiye



Kaynak: (Atasever, Karaca ve Örnek,2017, s.9).

2002-2015 yılları arasındaki ülkemizdeki kamu sağlık harcaması %519, vergi gelirleri ise %582 oranında artış göstermiştir (grafik 4.18). 2002-2015 yılları arasındaki kamu sağlık harcaması artış oranının kaynak temelinde vergi gelirleri büyüme oranından düşük olduğu için finansal sürdürülebilirlik sorununun olmadığını söylemek mümkündür (Atasever, Karaca ve Örnek,2017, s.9).

Grafik 4.19: Kamu Sağlık Harcamalarının Vergi Gelirleri İçindeki Oranı, (%), 2002-2015, Türkiye



Kaynak: (Atasever, Karaca ve Örnek,2017, s.9).

Kamu sağlık harcamalarını vergi gelirleri ile karşılaştırdığımızda zaman içerisinde vergi gelirlerindeki artışa rağmen kamu sağlık harcamaları 2002 yılında %22,3'den, 2015 yılında %20,2'ye gerilemiştir (grafik 4.19).

2002-2015 arası döneme baktığımızda kamu sağlık harcamalarının vergi gelirleri içindeki oranı azalma eğilimindedir. Bu veriler sağlık harcamalarının sürdürülebilirlik sorunu oluşturmadığını göstermektedir. Ayrıca sağlık harcamalarının GSYİH artışıyla orantılı bir yükseliş göstermesiyle birlikte sağlığa ayrılan kaynakların, sağlığa ilişkin alt yapının varlığı bir ülkenin kalkınmasında ve ekonomik büyümede önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Atasever, Karaca ve Örnek,2017, s.10-11).

SONUÇ

Gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin gündeminde olan sağlık politikaları ve sağlık reformları toplumun yaşam kalitesini etkilemekte, standartlarını oluşturmakta ve ülkenin gelişmişlik düzeyi hakkında bilgi vermektedir. Ülkemizde cumhuriyetin kuruluşundan itibaren önemli bir yere sahip olan sağlık politikaları sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi bakımından sürekli gündemde olmuştur.

Kurtuluş Savaşı sonrası yıllarda birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da ülkemiz yeterli düzeyde değildi. Sağlık kurumları yetersiz, sağlık personel sayısı az ve sağlık hizmetleri konusunda bir düzenleme mevcut değildi. Bu nedenle sağlık hizmetlerine ayrı bir önem verilmiş ve 2 Mayıs 1920’de Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti (Sağlık Bakanlığı) kurulmuş ve sağlık hizmetleri için bakanlık çatısı altında çalışmalara başlanmıştır. 1920’de Sağlık Bakanlığı’nın kurulmasıyla sağlığın planlaması, koordinasyonu ve hukuksal mevzuatın oluşturulması bakanlık çatısı altında hedeflenmiş sağlık sisteminde ilk gelişmeler 1923-1946 yılları arasında meydana gelmiştir.

Yerel yönetimlerin idaresinde olan hastanelerin bakanlığa devredilmesi, sağlık ocaklarının kurulması, Sosyal Sigortalar Kurumunun kurulması 1946-1960 yıllarında sağlık alanında meydana gelen gelişmelerdendir. 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilmiştir. Bu kanun ile devlet birinci basamak sağlık hizmetlerine daha fazla öncelik vererek bu hizmeti taşraya kadar ulaştırmayı hedeflemiştir. 1963 yılında ilk beş yıllık kalkınma planı yapılmıştır. 1980-2002 yıllarında sağlık hizmetlerine erişim, sosyal sigortalar ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kapsamında bireylere önemli anayasal haklar verilmiştir.

Ülkemizde 1980-2002 yılları arasında sağlık alanında önemli adımlar atılmış fakat dönemin siyasi ve ekonomik konjonktürden dolayı hedeflenen bu adımlar hayata geçirilememiştir. 1987 yılında sağlık işletmelerinin kendilerini finanse etmesine imkân tanıyan “Sağlık Hizmetler Temel Kanunu” uygulamaya konmuş, 1990 yılında “Ulusal Sağlık Politikası” ile ilgili çalışmalar yapılmış, 1992 yılında Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır.

Sağlık hizmetleri maliyetlerinin sürekli artması, hizmet sunum sürecinde ortaya çıkan aksaklıklar, sağlık sisteminin vatandaşların beklentilerini ve mevcut talebi karşılayamaması hükümeti var olan sağlık sistemini revize etme konusunda teşvik etmiştir. 3 Kasım 2002 yılında yapılan genel seçimlerde Adalet ve Kalkınma Partisi tek parti olarak çıkmış ve Acil Eylem Planı (AEP) olarak hazırladığı reform çerçevesinde Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'ye de yer vermiştir.

SDP' nin temel bileşenleri; Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici bir konumda olması, Genel Sağlık Sigortası ile herkesin sigorta şemsiyesi altına alınması, sağlık hizmetlerinin kolay erişilir ve yaygın olması, birinci basamakta aile hekimliği modeli ve temel sağlık hizmetlerinin sunulması, sevk zincirinin oluşturulması, sağlık kurumlarında idari ve mali yönden değişiklik yapılması, sağlık alanında çalışan personele yönelik düzenlemelerin yapılması, sağlık hizmetlerinde akreditasyon sağlanması, ilaç ve malzeme yönetiminde yapılacak değişiklikler olarak hedeflenmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması ele alınmıştır. Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında değişiklikler meydana gelmiş merkez ve taşra teşkilatında değişimler gerçekleşmiştir. Kamu Hastaneler Birliği yapısı altında bakanlığa bağlı hastaneler toplanırken bakanlık sistem içerisinde denetleyici ve daha düzenleyici bir rol üstlenmiştir. Bu şekilde birbirinden ayrılmış bir sistem meydana gelmiş, birimler arasında fonksiyonel bir işlerlik oluşmuştur. Hem politika belirleme amaçlı yapı hem de denetlenebilirlik ayrılmıştır. Yeni yapıda temel kuralları belirleme, üst denetim görevleri ve politika oluşturma bakanlığa verilmiştir.

GSS kanunu yürürlüğe girmeden önce Türkiye'de mevcut farklı sosyal güvenlik kurumu kapsamındaki kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında norm birliği bulunmamakta ve bireyler nitelik ve nicelik açısından farklı sağlık hizmetinden yararlanmaktayken yürürlüğe giren yeni kanun ile tüm nüfus kapsama alınmış ve herkese aynı sağlık hizmeti eşit olarak verilmeye başlanmıştır. Özel sektör kurumların sağlık sunumuna katılmasıyla sağlık sektöründe kaliteden ödün vermeyen rekabet ortamının oluşması, bireylerin sağlık hizmetlerine kolay erişmesi ve kamu kaynaklarının verimli kullanılması amaçlanmaktadır.

Ülkemizdeki sağlık hizmetleri çoğunlukla sosyal devlet anlayışı içerisinde ve bu hizmetlerin önemli bir kısmı kamu hastaneleri tarafından yerine getirilmekteydi. Fakat Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumundaki önemli değişiklik 1 Ekim 2008'de yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar Kanunu ile olmuştur. Ülkemizde bireyler sağlık hizmetlerini kamu kurumlarından alabildikleri gibi serbest piyasa sistemi içerisinde faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşlarından da alabilmektedirler. Bu düzenleme ile sağlık hizmeti sunum sürecinde kamunun ağırlığı özel sağlık kuruluşları ile paylaşılarak sağlık hizmetlerinin sunulması daha kolay hale gelmiştir.

Hasta memnuniyetini esas alan bir "aile hekimliği" uygulaması oluşturulmuş fakat aile hekimliği sevk zincirinin temelini oluşturmasına rağmen hastalar birinci basamaktan sevk almadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurabilmektedirler. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık sistemi bileşeninin en önemli fonksiyonlarından biri mali ve idari bakımdan özerkliği olan sağlık işletmeleridir. Hastanelere kendi kaynaklarını kullanma serbestliği, yönetim esnekliği, yetki devri verilmesi ve bunlara ilave olarak sağlık personeline döner sermayeden ek ödeme yapılması verimliliği arttırmış, sağlık kurumlarının hasta odaklı hizmet kurumlarına dönüşmesini sağlamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarılı olarak gerçekleşebilmesi, amaçlarına ulaşabilmesi için etkili bir yönetici kadrosuna sahip olmaya, ihtiyaç duyulan insan kaynaklarının uygun ve nitelikli olmasına büyük ölçüde bağlıdır. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sürdürülebilir olması ve güçlü bir yapıda kalması için sağlıkta insan kaynaklarının geleceğe yönelik olarak oluşturulması, performans kriterlerinin oluşturulması ve denetlenmesi gerekmektedir. Sağlık personelinin mahrum olan bölgelerde ve sağlık tesislerinde yeni istihdam modelleri ile sağlık personeli istihdam edilmeye başlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ele alınan önceliklerden biri de personel nakil ve atamalarında hakkaniyete uygun ve objektif bir sistemin oluşturulması, insan gücü planlamasının ve personel istihdamının unvanlara göre gerçekçi standartlar belirlenerek yapılması ve bölgeler arasındaki personel dağılımında farklılıkların minimum düzeye indirilmesidir.

Son yıllarda sağlık sektöründeki gelişmelere paralel olarak "hasta güvenliğinin sağlanması" ve "kalite" en çok önem verilen iki konu olmakla

birlikte bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için akreditasyon süreci önemli bir alt yapı sağlamaktadır. Hasta güvenliği ve kalite kavramları birbiri ile ilişkili olan iki kavramdır. Bir sağlık kurumunun akredite olmasındaki en temel koşul hasta güvenliği ile kaliteli hizmet sunumunun sağlanmış olmasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemi Genel Müdürlüğü bünyesinde Standart ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kurulmuştur. Uygulamayla hizmet sunucularının performansları veri tabanında depolanarak iyi performansların tanımlanması ile uygulanabilir kriterlerin belirlenmesi ve oluşturulması amaçlanmaktadır

İlaç, tıbbi cihaz, geleneksel bitkisel, destek ve ileri tedavi tıbbi ürünleri ile kozmetik ürünlere yönelik düzenleyici, denetleyici, yönlendirici icraatlarla topluma hizmet etmek için 02.11.2011 tarihli 1. Mükerrer Resmî Gazete’ de yayımlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı’nın yapılanması ve sağlık sistemine ilişkin köklü değişiklikler yapılmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı olarak özel bütçeli Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur.

Birçok sorunun çözümünde bilgi teknolojilerinin kullanımı büyük kolaylıklar sağlamaktadır. Sağlık alanında yüksek kalite ve etkili hasta bakımına katkıda bulunulması (Çekirdek Kaynaklı Yönetim Sistemi (ÇKYS), İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS), Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS), Özel Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi (SKYS), Yatırım Takip Sistemi (YTS), Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSIM), Sağlık Bilişim Ağı (SBA), Merkezi Hekim Randevu Sistemi (Alo 182), Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS), e-Nabız, Kişisel Sağlık sistemi) gibi sağlık bilgi sistemlerinin kullanılması ile amaçlanmaktadır.

Sağlıklı bir topluma sahip olan ülkeler ekonomik büyümeyi gerçekleştirmiş, güçlü bir ekonomiye sahip ve büyümeyi sürdürülebilir kılmışlardır. Ülkemizde global bütçe uygulanmadan önce sağlık hizmetlerinin finansmanında faturalandırma uygulanmaktaydı. Bu sistem maliyetli ve bürokratik bir tahsilat ve faturalandırma şekline sahip olduğundan SDP ile global bütçe yönetimi sistemi uygulanmaya başlanmıştır. 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan “performansa göre döner sermaye katkı payı ödemesi” sağlık personelinin kaliteli ve

verimli hizmet sunumlarını teşvik edecek bir ücretlendirme ve ödeme yapısı olarak tasarlanmıştır.

Toplum ve birey sağlığının korunması ve bulaşıcı hastalıklar ile mücadele konusunda bilinen en ekonomik ve etkili yöntem aşırıdır. Aşılama çalışmalarında kullanılmak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından önemli bir bütçe ayrılmış, üretilen bu çalışmaların sonucunda ülkemizde aşı ile önlenemeyen hastalıkların sayısında ve bu hastalıklardan dolayı meydana gelen ölümlerde azalma meydana gelmiştir.

Hasta memnuniyeti ve kalite kavramı sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde günümüzde oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Hasta memnuniyet oranları bakımından ülkemizdeki memnuniyet oranı 2003 yılında %39,5 oranından 2015 yılında %72,3'e, 2016 yılında %74,5'e ulaşmıştır. Bu oranlara göre hasta memnuniyet oranlarının ortalama olarak ikiye katlandığı görülmektedir.

Finansal sürdürülebilirliğin sağlık sistemlerindeki ölçme ve değerlendirilmesinde genel olarak sağlık kaynakları ve harcamaları ile ilgili veriler kullanılmaktadır.

2002-2015 döneminde Sağlık harcamalarındaki hızlı yükselişe karşılık kamu sağlık harcamaları ve toplam sağlık harcamaları arasındaki artışların ülkemizdeki ekonomik büyüme hızından (GSYİH) az olduğu için karşılanabilir ölçüde olduğu söylenebilir. Ayrıca kamu sağlık harcamalarının 2002-2015 yılları arası artış oranına göre kaynak temelinde kamu harcaması büyüme oranından düşük olması ve kamu sağlık harcaması artış oranının kaynak temelinde vergi gelirleri büyüme oranından düşük olmasından dolayı finansal sürdürülebilirlik sorununun olmadığını söylemek mümkündür.

Politika Önerisi: Sağlık alanında yaşanan bu olumlu gelişmeler devam etmeli zaman içerisinde meydana gelen eksiklikler büyümeden fark edilerek sağlık sistemini olumsuz etkilemesi önlenmelidir. Etkin ve kapsamlı bir aile hekimliğinin kurulması için Aile Sağlığı Merkezlerinde laboratuvar ve görüntüleme birimleri oluşturulmalı, aile hekimlerine periyodik olarak mesleki yeterliliklerini geliştirecek eğitimler verilmeli ve bu eğitimlerin sonunda yeterlilikleri ölçen sınavlar yapılmalı

ve mevcut aile hekimliği mevzuatının ihtiyaçlara cevap veremediği durumlarda mevzuat güncellenmelidir.

SDP ile hastaların ilaçlarını istedikleri eczaneden alabilmeleri olumlu bir gelişme olmakla birlikte, reçete edilen ilaçların fark ücretleri ve muayene ücretleri eczanelerde tahsil edilmekte ve muadil ilaç uygulaması devam etmektedir.

SDP ile hastane olanakları iyileştirilerek hastanelere yeni tanı ve görüntüleme sistemleri kurulmuştur. Zaman içerisinde görüntüleme ve tetkik sayıları artmıştır. Bu durum sevindirici olmakla beraber tetkik ve görüntülemelerin gereksiz yere yapılmamasına dikkat edilmelidir.

Mevcut doktor sayısı yetersiz olduğundan dolayı tıp fakültelerinin açılması ve kontenjanların yükseltilmesi bu ihtiyacı bir nebze karşılamış olmakla beraber bu süreçte eğitim kalitesinden ödün verilmemesine dikkat edilmelidir.

Hekimler için uygulanan performansa dayalı ödeme sisteminde performans hesaplamada sadece hasta sayısı, muayene sayısı ve operasyon gibi sayısal değerler değil, kalite göstergeleri de dikkate alınmalıdır.

Bireylerin sağlıklı olması toplumun sağlıklı olması demektir. Günümüzde ülkelerin askeri, ekonomik, siyasi, teknolojik vb. birçok alanda birbiri ile rekabet ettiği görülmektedir. Bu ortamda ülkelerin en temel fark yaratan faktörü kaliteli insan kaynağıdır. Sağlıklı bireyler olmadan ülkelerin hayatta kalması varlığını devam ettirmesi mümkün değildir bu nedenle sağlık alanında yapılacak her olumlu gelişme her yatırım kişileri ve ülkeleri doğrudan etkilemekte ve pozitif geri dönüşü olmaktadır.

KAYNAKÇA

Acar,O,K. (2018).Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı; Isparta ili Üzerinden Nitel Bir Analiz. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt: 7 Sayı:3. Erişim adresi: http://journals.manas.edu.kg/mjsr/archives/Y2018_V07_I03/abe8e92dc92ca82785350cdfaf652a35.pdf

Akçakanat,T. ve Çarıkçı,H.(2016).Sağlık Kurumlarında Performansa Dayalı Ödeme Sistemi:Üniversite Hastanelerinde Çalışan Öğretim Üyeleri Üzerine Bir Araştırma.*Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*.C.21, S.3, s.865-892.Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/227681>

Akdağ,R.(2011).Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, (Yayın no:851). Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/5239784-Saglikta-insan-kaynaklari-2023-vizyonu.html>

Akdur, R. (2000). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Akdur,R.(2006). Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”. Ankara Üniversitesi Basımevi

Akdur,R.(2016). “Sağlık Hizmetlerinin Tarihteki Yolculuğunun Sonu” Çağdaş Sağlık Hizmetleri ve Halk Sağlığı. Sağlık ve İnsan. Erişim adresi: http://www.yogunbakim.org.tr/data/pdf/saglik_ve_insan_eylul16.pdf

Akın,F.(2006). 1924 Anayasası’nın Modernleşme Açısından Anlamı. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. Cilt 8, Sayı 3. Erişim adresi: <http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423867262.pdf>

Akkavak,T.(2018).Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm Programı(2003-2011):Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler

Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı(Yüksek Lisans Tezi).Erişim Adresi:
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Akyürek,E,Ç.(2012). Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. Cilt 2, Sayı 2, Sayfa 124-153 June 2012, Volume 2, Number 2, Page 124-153.Erişim adresi:
<https://dergipark.org.tr/download/article-file/282914>

Alacadağlı,E.(2016).Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma ve Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik. *Journal Of Emerging Economies And Policy*,Cilt 1. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/430144>

Alacahan,E.(2015).Sağlık Sektörü Harcamalarının Türkiye'nin Kalkınmasındaki Rolü: Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi:
https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=WBc656i315e2eV6-EZV1oibZIWDRtVBtxaud_1QnGJdpL4oaEcA_SNyoxjXpF5_8

Alptekin,K.(2004). Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik-Hukuk ve Tarih Dergisi*. Erişim adresi:
<https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-saglik-hakki-ve-insan-haklari-uzerine-bir-degerlendirme-35029.html>

Arık,Ö. Ve İleri,Y,Y.(2016).Sağlıkta Geri Ödeme Sistemleri ve Global Bütçe. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. Erişim adresi:
<https://dergipark.org.tr/download/article-file/371634>

Arısoy,D,Ş.(2017).Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı(Yüksek Lisans Tezi).Erişim adresi:
https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=RrIKrk3ARkF4YfHofuk02gJKzYPBOnkz4UWtskXlno1jPbdbg03JRSTIX_-Wxz

Arı,E.(2014).Uluslararası ve Ulusal Sağlık Sistemlerinde Yerel Yönetimlerin Yeri: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi).Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=1zw6GvYMeq3Hf6HR3US3Hrwa658Ku1Fb9-oJzYp7LkORqY_BnodmrQOIY2al4U

Atadağ,Y. Vd.(2016). Aile Hekimliği Uygulamasıyla Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sebeplerinde Olan Değişiklikler. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. Doi: 10.15511/tahd.16.04141

Atasever,M.(2014). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi. Yayın No: 983.Ankara

Avcı,A. ve Topuzoğlu,A.(2008).İstanbulda 2005'te Meydana Gelen Beş Yaş Altı Çocuk Ölümlerinin Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. Erişim adresi: https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/khb_007_04-301.pdf?t=1566718530

Avrupa Sosyal Şartı. TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu. Erişim adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf>

Aybay,R.(2006).Açıklamalı İnsan Hakları Evrensel Bildirisi. Türkiye Barolar Birliği İnsan Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi. Türkiye Barolar Birliği Yayınları: 113. Erişim adresi: <http://tbbyayinlari.barobirlik.org.tr/TBBBooks/iheb.pdf>

Aydemir,İ. ve Ağırbaş,İ.(2017). Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: Teşhis İlişkili Gruplar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/551781>

Aydın,S.(2007).*Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*. Ankara. Onur Matbaacılık Ltd. Şti.

Aydın,S.(2018). Sağlıkın geliştirilmesi: Görevimizin farkında mıyız? *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*. Erişim adresi:

<http://www.sdplatform.com/Dergi/48/Sagligin-gelistirilmesi-Gorevimizin-farkindamiyiz.aspx>

Aytaç,Ö.ve Kurtdaş,M.Ç.(2015).Sağlık- Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. Cilt: 25, Sayı: 1, Sayfa: 231-250. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/firatsbed/issue/17005/177700>

Aygar,H. ve Metintaş,S.(2018). Bir Kalkınma Göstergesi Olarak Anne Ölümleri. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/573828>

Bankur,M.(2017).Aile Hekimliğinde Zorunlu Sevk Zincirinin Uygulanmamasının Sağlık Harcamalarına Etkisi:Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Üzerine Bir Uygulama. *Sosyal Güvence Dergisi / Yıl: 6 / Sayı: 12*. DOI: 10.21441/sguz.2017.58

Başak,O.(2007). Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. Erişim adresi: <http://www.turkailehekderg.org/wp-content/uploads/2014/07/c11-s03-07.pdf>

Başara,B,B. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.(2018).Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni. Erişim adresi: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,49093/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-haber-bulteni.html>

Başara,B,B. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.(2017).Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Erişim adresi:<https://www.saglik.gov.tr/TR,30485/saglik-istatistikleri-yilligi-2016-yayinlanmistir.html>

Bektemür,G.,Arıca,S. ve Gençer,M,Z.(2018). Türkiye’de Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri Nasıl Uygulanmalıdır? *Ankara Med Journal*. DOI: 10.17098/amj.461442

Bilir,N. ve Basan,N,M.(2016). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Önleme Çelişkisi ve Nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. DOI: 10.5455/pmb.1-1427871712

Bolsoy,N ve Sevil,Ü. (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Cilt: 9 Sayı: 3. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/29326>

Byamba,T.(2018). Moğolistan Sağlık Sisteminin İncelenmesi ve Bir Değerlendirme: Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi). Erişimadresi:<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=MzP7PYssFqdb3WIjroAkVU4icKjyDuBSwKkZSfohHFWpBU1z5E4JmAhTzCQ54f9>

Cural,M. ve Öztunç,İ.(2017).Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti Üzerine Etkileri. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*. Erişim adresi: <http://ijmeb.org/index.php/zkesbe/article/view/1898/pdf>

Çakır,Ö.(2016).Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Uygulanan Sağlık Finansman Politikalarının Değerlendirilmesi: Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı(Yüksek Lisans Tezi).Erişim adrsi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=WY5CM7tPNE2z_YM6pBu0t01KvfGuKdfPFyHrtoSjjKuJoI3S3JIP8ezpHmf2gapE

Çavmak,D.(2017).Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Planlaması: Türkiye Değerlendirmesi. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1 (2), 13-24. Erişim adresi:<http://dergipark.org.tr/saglik/issue/32145/356605>

Çelebi,K ve Cura,S.(2013).Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Maliye Dergisi*. Erişim adresi: <https://maliyedergisi.sgb.gov.tr/yayinlar/md/164/164-03.pdf>

Çelikay,F.ve Gümüş,E.(2010).Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1). Erişim adresi:

https://www.academia.edu/2163716/T%C3%BCrkiyede_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Hizmetleri_ve_Finansman%C4%B1_Eski%C5%9Fehir_Osmangazi_%C3%9Cniversitesi_Sosyal_Bilimler_Dergisi_11_1_2010

Çetin,P.(2015).Türkiye’de Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin AB Kriterleri Açısından Bursa Sağlık Kurumları Örneğinde İncelenmesi: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Çınaroğlu,S. ve Avcı,K.(2014). Dünya Sağlık Örgütü'ne Üye Ülkenin Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Bakımından Veri Madenciliği Yöntemleri Kullanılarak Sınıflandırılması. *İstanbul Üniversitesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi*. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/95014>

Çiftçi,H,İ.(2011).Sağlık Sistemi ve Finansmanı: Türkiye ve Çeşitli Ülkeler: Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maaliye Anabilim Dalı(Yüksek Lisans Tezi).Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=zqI_ZOq-b18GC2rT9c2JGq9g7wZU0tQ7l3IbLwxUpAz6L6yycZGE1i5LH-1UZ9Xo

Çoban,H.(2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı (Doktora Tezi). Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=UPP_Zu9isEmWGFXFCB_YasX9FVBvXHmjChRhlt2MUFZWYlg9O8lZcshSYLNtyRkvi

Daştan,İ ve Çetinkaya,V.(2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. Cilt 5, Sayı 1.Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/297403>

Donar,G,B.(2016). Doğuştan ve İleri Yaşta Beklenen Yaşam Sürelerine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. Erişim adresi:

<http://www.turkailehekderg.org/makaleler/arastirma/dogusta-ve-ileri-yasta-beklenen-yasam-surelerine-etki-eden-faktorlerin-belirlenmesi/>

Dünyada ve Türkiye’de Anne Ölümleri. (2019, 26 Ağustos).Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/4313335-Dunyada-ve-turkiye-de-anne-olumleri.html>

Eke,E.(2014).Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı(Doktora Tezi).ErişimAdresi:https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=gyLHMouPes-CvnhRcjQsKWBPwuBpcqY_DygB06BUWv4Rf11Qz1c3g6aFTHJ-OHT

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme. İstanbul Bilgi Üniversitesi, İnsan Hakları Hukuku Uygulama ve Araştırma Merkezi. Erişim adresi: <https://humanrightscenter.bilgi.edu.tr/tr/content/120-ekonomik-sosyal-ve-kulturel-haklara-iliskin-uluslararası-sozlesme/>

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme. Erişim adresi: http://www.unicankara.org.tr/doc_pdf/metin134.pdf

Erginöz,E.(2008).Halk Sağlığı ve Mental Hastalıklar. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No 62, S 31-40. Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/4333923-Halk-sagliği-ve-mental-hastalıklar.html>

Er,Ü.(2011).Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü(Yüksek Lisans Tezi).Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/320256627_SAGLIKTA_DONUSUM_PROGRAMI_SONRASINDA_UYGULANAN_SAGLIK_REGULASYONLARININ_UNIVERSITE_HASTANELERININ_MALI_YAPILARINA_ETKISI

Erkan,A.(2011). Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması. *Maliye Dergisi*, Sayı 160.Erişim adresi: <https://maliyedergisi.sgb.gov.tr/yayinlar/md/160/021.pdf>

Erten,Z.(2016). Sağlık Harcamaları ve Sağlık Statüsü Açısından Sağlıkın Yakınsaması OECD Örneği (2003-2014):Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi).Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=OykDDeWBWTL9Wm52sZBrNRdNLhULIiomg88r1x-947UZnvesqcjTCmUqi1yYPtF>

Eski Türklerde Hasta Bakımı ve Uygulamaları. (2019, 25 Ağustos).Erişim adresi:https://abs.cu.edu.tr/Dokumanlar/2016/HML216/849193440_eski_turklerde_hasta_bakimi_ve_uygulamalari.pdf

Genel,G.(2017).Türkiye’de Hastanelerin Zamansal ve Mekansal Dağılışı ve Analizi: Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Gökkaya,D. ve Erdem,R.(2017).Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. Sayı:26, s.149-184. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/518362>

Göktaş,B., Önder Ömer,R., Duran,M., Şakar,S., Yılmaz,M., Güler,S., Çınar,İ., Çamlıdağ,T., Şenkal,Y., Özdemir,G. (2017). Türkiye’de Sağlık Bilgi Sistemleri Üzerine Bir Araştırma. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (1), 125-138. DOI: 10.1501/Asbd_0000000066

Gülcü,S.ve Arslan,S.(2018). Çocuklarda Aşı Uygulamaları: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/451040>

Gülşen,M,A. ve Yıldırım,M.(2017). Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Uygulanan Sağlık Regülasyonlarının Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkisi. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. DOI: 10.25287/ohuiibf.319302

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-İNSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006) *Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005*.

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara. Erişim adresi:
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC_ana_rapor.pdf

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.(2008). Türkiye'nin Demografik Dönüşümü. Erişim adresi:
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf

Hurst,J.,Scherer,P., Chakraborty,S.ve Schieber,G.(2008). Oecd Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye. OECD VE IBRD/Dünya Bankası. Erişim adresi:
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>

İstanbuluoğlu,H.,Güleç,M. ve Oğur,R.(2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.*Dirim Tıp Gazetesi*.Sayı 85.Erişim adresi:
http://www.dirim.com/Dirim_20102_files/Sag%CC%86l%C4%B1k%20hizmetleri.pdf

Kahraman,E,K.(2013). Türk Sağlık Sisteminde Evde Bakım Hizmetlerinin Yeri ve İstanbul İli Beşiktaş İlçesindeki Alzheimer Hastalarına Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Bir Araştırma (Anket Uygulaması): Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı(Yüksek Lisans Tezi).Erişim adresi:
https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=iTkOhwevEenJZ3onUvs52mGkKiywsVrJTOKjIALyCM_VQ5SzmGKQoroRLsGSfEe

Kaplan,M.(2010).Sağlık ve Kültür'ün Buluştuğu Alan Tıbbi Antropoloji.Folklor Edebiyat Dergisi, Cilt:16, sayı:64.Erişim adresi:
<https://dergipark.org.tr/download/article-file/255304>

Kaptanoğlu,A.Bismarck Finansman Modeli. Erişim adresi:
<https://docplayer.biz.tr/110209298-Bismarck-finansman-modeli-amaclar.html>

Karagan,E.(2008). Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi).Erişim

adresi: <http://hsad.tip.marmara.edu.tr/tez-calismalari/anabilim-dalimizda-yonetilen-saglik-kurumlari-yoneticiligi-tezleri/>

Karacaoğlan,N.(2019). Sağlık Hizmet Sunucularına Ödeme Modelleri ve Sorunlar. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*. Erişim adresi: <http://www.sdplatform.com/Dergi/307/Saglik-hizmet-sunucularina-odeme-modelleri-ve-sorunlar.aspx>

Kasapoğlu,A.(2016).Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/228165>

Kavak,D,G.(2018).Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü Sağlıkta Akreditasyon Standartları. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/479113>

Kaya,A(2011).Türkiye İle Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırması: Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi).Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=EEdeQgIdFRxX5NbvVau-Ai3pxJG-oc9bcYExkYXTyJzgSvoeQd1SnJOfdx bq v-BG>

Kırılmaz,H, Amarat,M ve Ünal,Ö.(2017).Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Strategic Public Management Journal*. Doi: 10.25069/spmj.342134

Koçak,E.(2014).OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerine İlişkin Etkinlik Analizi: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi).Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=48XPj7KKQhKUGntkUiKO3DXh-EchH-xsb7eeipdGIj7-CkPnSRtd_aZBcjc v wFdA

Koç,M.(2006).Sosyal Güvenlik ve Beveridge Raporu. *Mali Çözüm Dergisi*. Sayı 76.Erişim adresi: <https://www.ismmmo.org.tr/Yayinlar/Mali-Cozum-Dergisi/sayi-76/--2093>

Kol,E.(2015). Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. Cilt 5, Sayı 1.Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/297406>

Korucu,K,S. ve Oksay,A.(2018).Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi:Katkı Payları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:32, s. 265-313. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/598500>

Küçük,Y.S. ve Şahin.B.(2015).*Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. Erişim adresi: <http://oaji.net/articles/2015/2189-1451475274.pdf>

Memişoğlu,D.(2011).Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı (Doktora Tezi).Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=rcbWnuqW6HxCZ_98ARa_pggq7qzFP7-iIy4WOWr0pWaXN_N0OyoDq9g00jAqR1SXnF

Metin,B.(2017).Sağlık Hakkı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. C 4, S 1. DOI: 10.5455/sad.13-1489085317

Mollahaliloğlu,S. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.(2007).Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi.(Yayın No : SB-HM-2007/16).Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/170>

Nygren-Krug,H.(2002).Sağlık ve İnsan Hakları Üzerine 25 Soru - 25 Cevap: Dünya Sağlık Örgütü ve Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi Derneği. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42526/9241545690_tur.pdf;jsessionid=2BA71E67B7D83CB4FD0F55BAE12D50EA?sequence=10

Okursoy,A.(2010). Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi: Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi:

http://adudspace.adu.edu.tr:8080/jspui/bitstream/11607/789/3/alg%C4%B1n_okursoy_tez.pdf

Onkun,E.(2015).Halk Sağlığı ile İlgili Temel Kavramlar.(Power point Sunu).Erişimadresi:http://docs.neu.edu.tr/staff/emine.onkun/20.%20HALK%20SA%C4%9ELI%C4%9EI%20KAVRAMLAR_9.pdf

Orta Çağ İşlam Dñnyasında ve Öncesinde TIP. (2019, 24 Ağustos). Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/61956609-Bilim-tarihi-i-2-ders-dr-ismail-baytak-bilim-tarihine-giris.html>

Ömürbek,N. ve Altın,F,G.(2009).Sağlık Bilişim Sistemlerinin Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma: İzmir Örneği. SDÜ Fen Edebiyat Fakóltesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı:19, ss.211-232.Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/117987>

Öncel,S.(1997).Kültürel Yapı ile Sağlık-Hastalık İlişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 13 (1-3): 177-184.Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/561918>

Önder,B.(2013).Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi: Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı. Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=rcbWnuqW6HxCZ_98ARa_pgmxy4AOI4IIBHEHjpyWU7EuIuuZV5vHPspSo2uwxpIIx

Özcebe,L,H. ve Shayan,N,A.(2017).Anne ölümleri: Afganistan ve Komşu Ülkelerin Karşılaştırılması. *Turk J Public Health*. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/399651>

Özdemir,E.,Kılıç,S. ve Aydın,Z,B.(2010).Sosyal Güvenlik Platformu Sonrası Tüketici Olarak Hastaların Hastane Seçimi: Pazarlama Açısından Bir Alan Araştırması. *Uludaę Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi Dergisi*. Erişim adresi: <http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423935865.pdf>

Özmen,Z.(2017). Avrupa’da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri Üzerine Bir İnceleme. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. Sayı 2.Cilt 7.Erişim adresi: [http://joiss.karabuk.edu.tr/Makaleler/1519440599_13.%20Zeynep%20%20c3%96zmen%20\(Dr\).pdf](http://joiss.karabuk.edu.tr/Makaleler/1519440599_13.%20Zeynep%20%20c3%96zmen%20(Dr).pdf)

Özpinar,E.(2016).Bebek Ölüm Hızı Türkiye Genelinde Azalırken Neden Suriyeli Nüfusun Fazla Olduğu Yerlerde Artıyor? Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. Erişim adresi: <https://www.tepav.org.tr/tr/haberler/s/4059>

Öztürk,Y. ve Günay,O.(1991).Atatürk Döneminin Sağlık Politikası. *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayın No 2*.

Pişkin,B.(2017). Sağlık Sistemleri İçerisinde Özel Sağlık Sigorta Şirketleri ve Türkiye: Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İnterdisiplinler Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı(Yüksek Lisans Tezi).Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=fS4sqEZr79C_n60Rk6MjFREj1xB9v5jEeLaRHs5LQrz_Hvyi5vIxmpLszqif5qZ3

Sağlık ve Sağlık Hizmetleri.(2019, 24 Ağustos).Erişim adresi: <http://www.egitim.club/wp-content/uploads/2016/11/sağlık-kurumları-yönetimi-1-7-üniteler-birleştirilmiş.pdf>

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı. (2019, 24 Ağustos).Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/314240115_FINANCING_HEALTH_SERVICES-SAGLIK_HIZMETLERININ_FINANSMANI

Sargutan,A,E.(2006).*Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları.Erişimadresi:<http://www.sargutan.com/93%20TURKIYE%20SAGLIK%20SEKTORU,%20SAGLIK%20SISTEMI%20VE%20MALI%20YAPILARI.pdf>

Sayın,F.(2011). Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistematik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri ile Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı 29.Erişim adresi:

https://www.researchgate.net/publication/295859377_Hizmet_Sektoru_Ozellikleri_Ve_Sistematik_Olmayan_Risklerin_Sektor_Menkul_Kiyetleri_Ile_Etkilesimine_Dair_Teorik_Bir_Calisma

Sayın,F.(2015).Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri. *Akademik Arge-Sosyal BilimlerDergisi*.Erişimadresi:https://www.academia.edu/9971081/SA%C4%9ELIK_H%C4%B0ZMET%C4%B0N%C4%B0N_%C3%96ZELL%C4%B0KLER%C4%0

Sevinç,İ.ve Özer,K.(2016). Yeni Kamu Yönetimi Bağlamında Sağlık Bakanlığı Yeniden Yapılandırma Çalışmaları. *International Journal of Social Sciences and Education Research*. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/390574>

Sıtma. (2019, 27 Ağustos).Erişim adresi: <https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2017/05/SITMA-Ali-Acar.pdf>

Soyer,A.(2009).Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*.Erişimadresi:<https://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/4540/8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sur,H.(2019). Sağlık Sisteminde Ödeme Mekanizmaları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*. Erişim adresi: <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/120/Saglik-sisteminde-odeme-mekanizmalari.aspx>

Şahbaz,İ.(2009).Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, Sayı 86, 405-424. Erişim adresi: <http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2010-86-588>

Şahin,S. ve Sur,H.(2019).Kamu Hastanelerinin Özerkleştirilmesi ve Ülkemizdeki Gelişmelere Yönelik Bir Araştırma. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*.Erişimadresi:<http://www.sdplatform.com/Dergi/402/Kamu-hastanelerinin-ozerklestirilmesi-veulkemizdeki-gelistmelere-yonelik-bir-arastirma.aspx>

Şamkar,H. ve Güner,D.(2018). OECD Ülkelerindeki Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Sayılarının Yanlı Tahmin Teknikleriyle Modellenmesi.*Uluslar Arası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*,C 11, S 21. DOI : [10.18092/ulikidince.398068](https://doi.org/10.18092/ulikidince.398068)

Şen,H.(2013).Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Bağlamında Toplam Kalite Yönetimi İle İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi: Kamu ve Özel Hastane Uygulamaları: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı(Doktora Tezi).Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=iTkOhwevEenJZ3onUvs52m-VCPUHrIRizTVkeiU-G96Q6ymoIpeRjON8oLifRDL2>

Şener,M, Yeşilyurt,Ö ve Salamov,F.(2017).Türk Devletleri Sağlık Sistemlerinin ve Harcamalarının Karşılaştırılarak Değerlendirilmesi. *International Journal of Social Science*.S 61.doi: 0.9761/JASSS7165

Tatar,F.(1996).Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları. *Toplum ve Hekim*, Sayı 72. Erişim adresi:<http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/browserecord.php?action=browse&-recid=1097>

Tatar,M.(2012). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. Cilt 1, Sayı 1.Erişim adresi: <http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423912001.pdf>

T.C.Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu.(2013).Genel Sağlık Sigortası. Erişim adresi: http://www.sgk.gov.tr/yayinlar/11_saglik_sigorta_nisan_8.pdf

T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Yıllara Göre Mortalite Hızları. Erişim adresi: https://hsgm.gov.tr/depo/Duyurular/bebek_olum_hizlari/web_Turkiyede_mortalite_hizlari_ve_bebek_olum_nedenleri.pdf

T.C.Sağlık Bakanlığı.(2004).Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/159>

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Tüberküloz Dairesi Başkanlığı.(2018).Türkiye’de Verem Savaşı 2018 Raporu.(Yayın no 1109).Erişim adresi: <https://www.toraks.org.tr/userfiles/file/Turkiyede-Verem-Savas-2018-Raporu.pdf>

T.C.Sağlık Bakanlığı. Faliyet Raporu 2016.Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,18754/tc-saglik-bakanligi-2016-yili-faaliyet-raporu.html>

T.C.Sağlık Bakanlığı. Faliyet Raporu 2017.Erişim adresi: <https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sağlık%20Bakanlığı%20Faaliyet%20Raporu%202017.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2018).Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017,(Yayın no:1106).Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>

T.C.Sağlık Bakanlığı.(2003). Sağlıkta Dönüşüm. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>

T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.(2011). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Flu%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2012). Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017. Erişim adresi: <https://shgm.saglik.gov.tr/TR,21353/saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2019, 26 Ağustos). Yurtiçi ve Yurtdışı Özel Sigortalı Kimselere Farklı Ücret Tarifesi Uygulanması. Erişim adresi: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_gen/tedavi_hiz/yici_ydisi_ozel_sigortalilara_farki_ucret_tarifesi uyg hk.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Faaliyet Raporu 2016.Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/2016-faaliyet-raporu.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010). Erişim adresi: <https://www.yumpu.com/tr/document/view/19899004/turkiye-saglkta-donusum-program-degerlendirme-raporu-2003-2010>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012).Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453>

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu 2008.Erişim adresi: <https://slidex.tips/download/trkiye-salik-nsangc-durum-raporu>

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu 2008. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002–2008 (Yayın No: 770). Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/tsdp.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı.2018 Yılı Bütçe Sunumu. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu 2017.Erişim adresi: <https://sgb.saglik.gov.tr/haberler/t-c-saglik-bakanligi-2018-yili-butce-sunumu-tbmm-plan-ve-butce-komisyonu>

T.C. Sağlık Bakanlığı. 2017 Yılı Performans Programı. Erişim adresi: <https://shgm.saglik.gov.tr/TR,21355/saglik-bakanligi-performans-programi2017.html>

Tekin,A.(2007). Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği): Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferans Bildirisi “Alma Ata”. Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat. Erişim Adresi: http://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

Temiz,Ö.(2014). Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. Cilt 69, No. 1.Erişim adresi: <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/42/1927/20207.pdf>

Tıbbi Dökümantasyon Tarihsel Süreç II.(2019, 24 Ağustos).Erişim adresi: http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/Uploads/67265/47071/3_hafta_t%C4%B1bbi_dok%C3%BCmantasyon_tarihsel_s%C3%BCre%C3%A7_%C4%B1%C4%B1.pdf

Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı, Anayasa ve İç Tüzük Sitesi. 1876 Kanun-i Esasi. Erişim adresi: <https://anayasa.tbmm.gov.tr/1876.aspx>

Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı, Anayasa ve İç Tüzük Sitesi. 1921 Teşkilat-ı Esasiye Kanunu. Erişim adresi: <https://anayasa.tbmm.gov.tr/1921.aspx>

Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı, Anayasa ve İç Tüzük Sitesi. 1924 Teşkilat-ı Esasiye Kanunu. Erişim adresi: <https://anayasa.tbmm.gov.tr/1924.aspx>

Türkoğlu,İ.(2013).Yerel Yönetimlerin Mali Özerkliği. *Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Cilt: 17-18, Sayı: 26-27-28-29.Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/214037>

Türkiye’de Demografik Dönüşüm. (2019, 25 Ağustos). Erişim adresi: <http://www.acikders.org.tr/course/view.php?id=86&topic=7>

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları. (2019, 25 Ağustos). Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/index.html

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hikâyesi.Erişim adresi:
<http://sabahattinaydin.net/wp-content/uploads/2017/11/Sabahattin-A.-Sa%C%9FI%C4%B1k-Diplomasisi.pdf>

Türk Tabipleri Birliği. Kamu Hastane Birlikleri: Ne Dediler Ne Oldu. (2018).Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=f009fcba-205d-11e8-8f34-839045ac8dc0

Türk Tabipleri Birliği. Ne Dediler, Ne Oldu. (2018).Erişim adresi:
<http://www.ttb.org.tr/userfiles/files/14Mart2018GSS.pdf>

Türk Tabipleri Birliği. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği.(2018).Erişim adresi:
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=311:yatakli-tedavkurumlari-letmeyetmel&catid=2:yelik&Itemid=33.

Ülkemizde Aşı Uygulamaları Genişletilmiş Bağışıklama Programı.(2019,27 Ağustos).Erişimadresi:https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/ASI/hsgm_dr_osman_topac_2017_ulkemizde_asi_uygulamalari_genisletilmis_bagisiklama_programi.pdf

Yakar,M. (2014).Türkiye’de İlçelere Göre Medyan Yaş Dağılımının Mekânsal ve İstatistiksel Analizi. *Turkish Studies*. Erişim adresi:
https://www.researchgate.net/publication/271730116_Turkiye'de_Ilcelere_Gore_Medyan_Yas_Dagiliminin_Mekansal_ve_Istatistiksel_Analizi

Yaşar,G,Y. (2007).Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı (Doktora Tezi).Erişim adresi:
https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=ePX_SaJ0b35Gq45swKG3lCZsU7jrbjoy2jZqvPydP6yP4bEUv6Q9erpuJxAZrmuL

Yavuz,N.(2011). *Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması*: Süleyman Demirel Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı (Tezsiz

Yüksek lisans Bitirme Projesi). Erişim Adresi:
<http://tez.sdu.edu.tr/Tezler/TS00918.pdf>

Yıldırım,H,H. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. Birinci Baskı, SASAM, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.

Yılmaz,T.(2015).Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması ve Etkin Bir Pazarlama Örneği: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi:
https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=WY5CM7tPNE2z_YM6pBu0t-9WMx7PACgFju0GBM0Jb8RRPjtRA3K1wHEWZaopDOLL

Yüksel,N.(2015).Türkiye'de Sağlık Sistemi ve 2003 Yılında Yapılan Sağlıkta Dönüşüm Reformunun Olumlu ve Olumsuz Algılarının Ölçümü: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı(Yüksek Lisans Tezi).Erişim adresi:
https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=cbOXH84ZayrLjc0tI-QXKu78-1TmOhSB3arMlSb02oAaER_MBlIXCDHRUVwuzsHj

Zengin,N.(2010).”Sağlık Hakkı” ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. S 1.Erişim adresi:
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/d1.pdf>

Zincirkıran,M.(2016). Örgütsel Sağlık, Hizmet Kalitesi ve Sağlıkta Hizmet Kalitesi Üzerine Etkileri: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi:
https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=cbOXH84ZayrLjc0tI-QXKp1MhHJvRd1u73slE083oTimNUmw9kR5STj_6TX0ODk