



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

SAĞLIK POLİTİKALARININ SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Metehan BUDAK

Sivas

Haziran 2021

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

SAĞLIK POLİTİKALARININ SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Metehan BUDAK

Tez Danışmanı

Prof. Dr. İlhan ÇETİN

Sivas

Haziran 2021

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

.../.../2021

Metehan BUDAK

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	xi
ABSTRACT	xiii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	3
1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	3
1.1. Sağlık Kavramı.....	3
1.2. Sağlık Hizmetleri.....	3
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	4
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	5
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
1.4.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	6
1.4.1.2. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	6
1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
1.4.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	7
1.4.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	7
1.4.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	7
1.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	7
1.4.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon.....	8
1.4.3.2. Sosyal Rehabilitasyon.....	8

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	8
1.5.1. Finansman Kaynakları	9
1.5.1.1. Kamu Finans Kaynakları	10
1.5.1.2. Vergilere Dayalı Finansman	10
1.5.1.3. Sosyal Sağlık Sigortası	11
1.5.2. Özel Finansman Kaynakları.....	12
1.5.2.1. Özel Sağlık Sigortası.....	12
1.5.2.2. Cepten Yapılan Ödemeler	12
1.5.2.2.1. Doğrudan Ödemeler.....	13
1.5.2.2.2. Kullanıcı Katkıları	13
1.5.2.2.3. Enformel Ödemeler.....	13
İKİNCİ BÖLÜM	15
2. SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK POLİTİKALARI	15
2.1. Sağlık Sistemleri.....	15
2.1.1 Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması	16
2.1.1.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri	16
2.1.1.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri	16
2.1.1.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri.....	17
2.1.1.4. Sosyalist Sağlık Sistemleri.....	17
2.2. Sağlık Politikası.....	18
2.2.1. Türkiye Sağlık Politikaları.....	19
2.2.1.1. 1920-1946 Dönemi Sağlık Politikaları	19
2.2.1.2 .1946-1960 Dönemi Sağlık Politikası	20
2.2.1.3. 1960-1980 Dönemi Sağlık Politikaları	22
2.2.1.4. 1980-2002 Dönemi Sağlık Politikaları	34
2.2.1.5. 2002 Sonrası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı	46

2.2.1.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı	46
2.3. Seçilen Ülkelerin Sağlık Politikaları	72
2.3.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Politikaları.....	72
2.3.2. İngiltere Sağlık Politikası.....	74
2.3.3. Almanya Sağlık Politikası	75
2.3.4. Japonya Sağlık Politikası	76
2.3.5. Rusya Sağlık Politikası	77
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	79
3. SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK HARCAMALARI.....	79
3.1. Sağlık Ekonomisi Tanımı ve Tarihçesi	79
3.2. Sağlık Harcamaları	81
3.2.1. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri.....	89
3.2.1.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi.....	89
3.2.1.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Yükselmesi	90
3.2.1.3. Teknolojik Gelişmeler	91
3.2.1.3. Yaşam Süresinin Uzaması	91
3.2.1.4. Şehirleşme.....	92
3.2.1.5. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi.....	92
3.2.1.6. Uzun Süreli ve Tedavisi Pahalı Hastalıklar Ortaya Çıkması	93
TARTIŞMA	95
SONUÇ.....	99
KAYNAKÇA	105
ÖZGEÇMİŞ.....	109



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
NHS	: Ulusal Sağlık Servisi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
DSR	: Dünya Sağlık Raporu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
USD	: Amerika Doları



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ve genel özellikleri (Sargutan 2005: 413).....	18
Tablo 2. Sağlık Harcamaları İstatistiği 1999-2019 (Kaynak: TÜİK).....	83
Tablo 3. Kişi Başı Sağlık Harcamaları (Kaynak: TÜİK)	85
Tablo 4. Genel ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (Kaynak: TÜİK)	86
Tablo 5. Seçilen Ülkelerin Kişi Başı Sağlık Harcamaları ABD Doları (Kaynak: OECD).....	87
Tablo 6. Seçilen Ülkelerin Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya oranı % (Kaynak: OECD).....	88



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	5
Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri	10





ÖZET

Sağlık evrensel bir olgudur. Bütün ülkeler sağlıklı bireylerden oluşan bir yapı arzu ederler. Ülkelerin gelişmesi ve kalkınması sağlıklı bireylerin çokluğu ile mümkündür. Bununla doğru orantılı olarak sağlık sektörünün gelişmesi de gelişmiş bir ekonominin varlığına ihtiyaç duyar.

Bu çalışmada, Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulduğu yıldan günümüze kadar gelmiş sağlık politikaları incelenmiştir. Sağlık sisteminin gelişmesi özellikle koruyucu sağlık sisteminin yerleşip gelişmesi politikaları üzerinde durulmuş; sağlık harcamaları, genel sağlık sarfıyatı, bireysel sağlık sarfıyatı üzerinde durulmuştur. Sağlık politikaları incelendiğinde harcamalar ile sağlık politikaları arasında bir ilişki olduğu görülmüştür. Özellikle sosyo-ekonomik ve teknolojik gelişmişlik ile sağlık harcamalarının doğru orantılı olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Politikası, Sağlık Harcamaları



ABSTRACT

Health is a universal phenomenon. All countries desire a structure made up of healthy individuals. The prosperity and development of countries is possible with the abundance of healthy individuals. In the same way, the development of the health sector also needs the existence of a developed economy.

In this study, all the health-policies were examined from the year in which Turkey Republic was established. The development of the health system, especially the policies of the establishment and development of the preventive health system, were emphasized; health expenditures, total health expenditures, health expenditures per capita were focused on. When health policies are considered, it is understood that there is a relationship between expenditures and health policies. It has been determined that especially socio-economic and technological development and health expenditures are directly proportional.

Keywords: Health, Health Services, Health Policy, Health Expenditures



GİRİŞ

Sağlık bütün dünyada çok önemli bir olgudur. Günümüz hayatında hastalığın yanında, hasta olmayı engelleyen korunma faktörleri de sağlık politikalarının temelini oluşturmaya başlamıştır. Bunun sonucu olarak da global ekonomide sağlık sektörüne harcanan para büyük meblağlara ulaşmaktadır.

Türkiye’de beşer yıllık kalkınma planlarıyla sistematik bir şekilde planlanan sağlık ekonomisi, savunma ve eğitimle birlikte ülke ekonomisinin büyük bir bölümünü teşkil etmektedir. Yıllar içerisinde sağlık sektöründeki gelişme bir realitedir. Bununla doğru orantılı olarak sağlık sektörüne ayrılan bütçe de artmaktadır. Hem bireysel, hem de devlet ekonomisinin önemli bir bölümü sağlık sektöründedir.

Sağlık ekonomisinin büyümesinde sağlık politikalarının değişimi de son derece etkilidir. Teknolojinin gelişmesi, tıp alanındaki yeni buluşlar, cihazlar, ilaçlar sağlık için harcanan parayı arttırmaktadır. Bununla birlikte bilinçlenen çağdaş insanların, özellikle hastalanmamak adına korunma yollarını aramaları ve devlet sektöründen ayrı olarak özel sektörden de hizmet almak istemeleri bu alanda yeni ihtiyaçların doğmasına sebep olmaktadır.

Günümüzde bütün dünyada etkisini gösteren COVID-19 gibi salgın hastalıkların bütün dünyayı hem psikolojik hem de ekonomik olarak etkilediği açık şekilde görülmektedir. Hem ülke ekonomisini hem de sağlık ekonomisini bu tür salgın hastalıklar çıkmaza sokmaktadır.

Bu çalışmada; birinci bölümde, sağlık kavramı, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ile finansman kaynakları üzerinde durulmuştur.

İkinci bölümde, Türkiye Cumhuriyeti sağlık politikaları dönem dönem, beşer yıllık kalkınma planları dahilinde incelenerek, sağlık politikalarının değişimi anlatılmıştır.

Üçüncü bölümde ise; sağlık ekonomisi, sağlık harcamaları, sağlık harcamalarını artıran etkenler incelenmiştir.

Sonuç olarak bu tez, sağlık sektörünün ve buna paralel olarak ekonomiye etkisini, sağlık politikalarının önemini ve bu politikalarının devamlılık olması halinde sağlık sektörünün gelişeceğini bize gösteren bir çalışma olması amacıyla hazırlanmıştır.



BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık mefhumu, diğer konseptler gibi toplumsal, iktisadi, politik, kültürel ve evrensel hukuk alanındaki kısaca insanlığın tarihsel kalıtında birikimlerle birlikte muhtevası ve boyutu farklılaşan, gelişen bir mefhum olarak tanımlanabilir. (Ateş 2016: 1)

Sağlığın ise, evrensel bir mefhum olmasına karşın, genel tarafından kabul edilmiş mutlak bir tarifi yoktur (Atabey 2018: 5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasasında¹ sağlık tanımı; “Sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan da iyi olma halidir.” şeklinde yapılmaktadır. DSÖ’nün yaptığı bu tanımın dünya genelinde en çok kabul gören tanım olduğu muhakkaktır.

Günümüzde bu tanım pek çok açıdan eleştirilere hedef olmaktadır. Çünkü subjektif bir iyilik hali vardır. Yani bireye ve zamana göre gösterdiği farklılıklar mevcuttur. Sağlık öznel olarak; kişinin fiziksel, toplumsal ve psikolojik yönden niteliğini kendisinin algılamasıdır. Sağlık nesnel olarak ise; kontrol ve teşhis ölçütlerine göre belirlenen bir rahatsızlığın tespit edilmemesidir (Yalçın Gürsoy 2012: 23).

1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık iş ve işlemlerinin aktif olarak bireylere ulaşması, sosyal gelişmenin en önemli ve etken faktörlerinden birini teşkil etmektedir. Hizmet sunumunda faaliyetin iletiminde, öncelikle sağlık hizmetlerinin kalite ve ölçüsünün artırılması ve bu durumda bu hizmetlerin kamu hizmeti olarak sunulması, son derece önemlidir (Görmüş 2013: 105).

¹ DSÖ Anayasası 19-22 Temmuz 1946 tarihlerinde New York'ta toplanan Uluslararası Sağlık Konferansı tarafından kabul edilmiş ve 7 Nisan 1948 tarihinde yürürlüğe girmiş bir yasadır.

Sağlık hizmetlerinin tanımını DSÖ Anayasası: “sağlık hizmetleri, insan sıhhatine dokunan farklı ve çok çeşitli faktörlerin ortadan kaldırılabilmesi, hastalara teşhis konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde iyileştirme, bedenî, aklî kabiliyetleri kaybetme veya eksilmesi durumunda bu kabiliyetlere tekrar kavuşturulmasına yönelik tıbbi bakım çalışmalarının tamamıdır.” biçiminde yapmaktadır (Atabey 2018: 11).

Sağlık hizmetleri, kişinin ve cemiyetin sağlığını muhafaza etmek; bedeninde, ruhunda ve toplumsal yönden ortaya çıkacak olan hastalıkları iyileştirerek bireyleri mutlu etmek amacıyla yapılan bütün iş ve işlemleri içine almaktadır (Atabey 2018: 11).

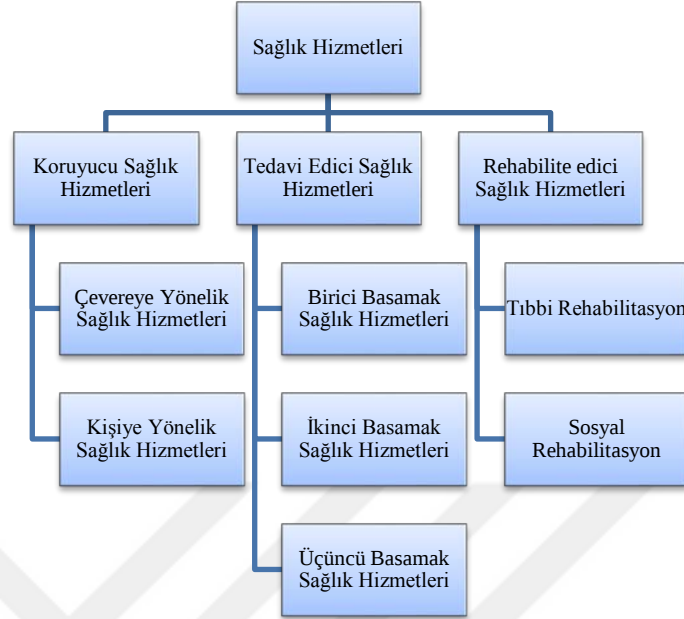
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık görevleriyle diğer görevler arasında pek çok ayrım olduğu görülmektedir. Bu ayrımlar, sağlık hizmetlerinin kendine has hususiyetlerinin olmasından dolayıdır. Sağlık hizmetleri, diğer hizmetler içinde en soyut olan hizmettir (Tatarlı 2007: 11).

Sağlık hizmetlerinin özelliklerini şöyle sıralayabiliriz:

- Sağlık hizmetleri acildir ertelenemez.
- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma yüksek düzeydedir.
- Sağlık hizmeti alanların, hizmeti verenlere pek çok açıdan bağımlı olduğu görülür.
- Sağlık hizmetlerinde çıktının ölçümü zordur. Hizmetin soyut olması sebebiyle somut bir çıktı elde edilmesi mümkün değildir (Ateş 2016: 3).

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması (Ateş 2016: 8)

Sağlık hizmetleri tanımları göz önüne alındığında temel olarak üç başlık elde edilir. Bu başlıklar şunlardır;

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleridir.

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, alınabilecek ilk derece önlemleri kapsamaktadır (Atabey 2018: 12). Cemiyetteki kişilerin sağlıklarını kaybetmelerini önlemek ve hastalıklarına erken dönemde tanı koymak için yapılan çalışmaların bütünü koruyucu sağlık hizmetlerinin içinde yer alır. Koruyucu sağlık hizmetleri bireyleri hastalıklardan korumanın yanı sıra, teşhisin erken dönemde teşhisi ve tedavinin ilk evrede başlaması ile hastalığın tekrarlamasından ve hastalığın yaşam kalitesindeki yan etkilerinden de korumayı kapsamaktadır (Sevim 2006: 6).

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye yönelik ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki alt başlıkta incelenir.

1.4.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri içinde çevreye yönelik koruyucu sağlık çalışmaları, insanın etrafında olan ve sağlığına olumsuz etkiler bırakan yaşambilimsel, fizikî, kimyevî ve sosyal faktörleri ortadan kaldırarak veya bireyleri etkisi altına almasına mani olarak çevreyi olumlu hale getirme gayretlerinin tamamıdır (Karadağ 2007: 5).

Çevreye yönelik hizmetler bu hususta eğitilmiş kimyager, teknisyen, mühendis vb. meslek mensupları aracılığıyla gerçekleştirilir. Çevre sağlığı çalışmaları çok branşlı, bütünleşmiş bir iş olarak kabul edilir. Sağlık personelleri dışındaki meslekten insanların da yoğun katılımını gerektiren bir çabadır. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri olarak değerlendirilebilecek sağlık hizmetleri ise şu şekilde maddelenebilir:

- Güvenilir su menşelerinin tespiti ve denetlenmesi
- Katı atıkların denetlenmesi
- Tehlikeli organizmalarla savaşım
- Besin arındırması, hava kirliliğinin denetlenmesi
- Radyolojik zararlıların denetlenmesi
- İş sağlığı (Ateş 2016: 9).

1.4.1.2. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri direkt kişiye has olacağından başta doktorlar olmak kaydıyla sağlık personeli eliyle sunulması gereken sağlık görevlerini içine alır (Sevim 2006: 6). Bireye yönelik sağlık hizmetleri şu şekilde maddelenir:

- Bağışıklık sistemini geliştirme
- Beslenme alışkanlığını düzenleme
- Erken teşhis
- Aile planlaması
- Hastalıktan ilaçlarla muhafaza etme
- Bireysel temizlik öğretimi ile önemi
- Zarar veren alışmışlıklarla savaşma
- Psikolojinin korunması
- Sağlık eğitimi (Ateş 2016: 9).

1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

İyileştirici sağlık hizmetlerini, kişinin hasta olmasıyla birlikte bir takım inceleme, muayene ve iyileştirme sürecini içine alan hizmetlerin tamamı biçiminde tanımlamak mümkündür (Atabey 2018: 13).

İyileştirici sağlık hizmetleri; birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üç aşamada incelenir.

1.4.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Toplum içindeki bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık problemlerine çözüm üretebilen, sağlığı korumaya yardım eden, hastaları evde veya ayakta iyileştiren hizmetler bütünüdür. Aile sağlığı merkezleri, muayenehaneler, verem savaş dispanserleri bu hizmetlere misal olarak gösterilebilir (Karadağ 2007: 6).

1.4.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastalıkları, birinci basamak sağlık hizmetleriyle tedavi edilemeyen hastaların, sevk veya doğrudan başvurumalarıyla alanlarında uzmanlaşmış doktorlar tarafından hastanede yatmak suretiyle muayene, inceleme ve tedavilerinin gerçekleştirildiği sağlık hizmetlerini içine alan basamaktır (Sevim 2006: 8). Devlet hastaneleri, özel hastaneler bu hizmeti sunan kuruluşların örnekleridir.

1.4.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Tıp alanının belirli branşlarında yoğunlaşıp uzmanlaşan hastane hizmetlerini ifade eden bu hizmetler bütününde yüksek teknoloji kullanılmaktadır. Üniversite hastaneleri, onkoloji hastaneleri, çocuk hastaneleri bu basamak için örnek olarak gösterilebilir (Ateş 2016: 12).

1.4.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Bireyin geçirmiş olduğu kaza ve hastalıklardan kaynaklı olarak ortaya çıkan devamlı bozukluklar ve sakatlıkların kişinin gündelik hayatını olumsuz etkilemesini engellemek ya da bu olumsuzlukları en az seviyeye getirmek suretiyle bireyin ruhsal ve bedensel açıdan kimseye bağımlı olmadan hayatını sürdürmesini sağlamak için sunulan hizmetler, rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak tanımlanır (Filiz 2017:

12). Rehabilitate edici sağlık hizmetleri, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak iki başlıkta incelenir.

1.4.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon (İyileştirme)

Bu tür iyileştirmeyle amaç bedenî arazların imkan ölçülerinde asgariye indirilmesidir. Protez, gözlük, işitme cihazları, tekerlekli sandalye vb. bu rehabilitasyona örnek verilebilir (Ateş 2016: 12).

1.4.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

İyileştirmenin bu bölümünde ise ile eski işinde çalışma becerisini kaybetmiş bireye yeni iş öğrenme ve maharetler kazanma imkânı oluşturulur. Bireyin oluşan bu yeni konuma ayak uydurabilmesi için çeşitli eğitsel destekler alması sağlanır (Ateş 2016: 12).

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Genel olarak sağlık finansmanı, sağlık sektörünün içinde parasal referansların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını ihtiva eden geniş bir mefhumdur. Sağlık hizmetleri finansmanını, kaynak aktarımı olarak, sağlık hizmetlerinin sunumunu da dikkate alan, kolayca başka bir şekilde tarif etmek de mümkündür. Bu bakış açısına göre, hizmet sunucusu sağlık hizmetleri için ayrılan finansmanı hastalara; hastalar veya finansal koruma sağlayan üçüncü taraf ödeyiciler ise kaynaklarını hizmeti sunan kişi veya kurumlara aktarmakla mükelleftir (Yenimahalleli 2007: 4).

Sağlık hizmetlerinin aktif ve ekonomik biçimde yerine getirilmesi, büyük çapta parasal kaynaklar yoluyla yapılır. İlerlemiş devletlerde sağlığa verilen ehemmiyetin artmasıyla beraber sağlık harcamalarında sürekli bir yükseliş görülmektedir. Fazlaşan sağlık giderleri karşısında devletler, sağlık hizmetlerinin parasal konusunu önce en üst düzeyde incelemiş ve yapılacak harcamaların hangi finansal kaynaktan (kamu veya özel) ve nasıl karşılanacağına ait prensipleri ortaya koymuşlardır. Küçük çapta ise şirket niteliği taşıyan sağlık kuruluşları, olagelen ve yatırım giderlerini karşılayacak gelir sağlama ve işi yürütme için ayrılan kaynak akışını düzenleyecek parasal kaynaklarını en uygun şekilde kullanma çabası içinde olmuşlardır (Sevim 2007: 15).

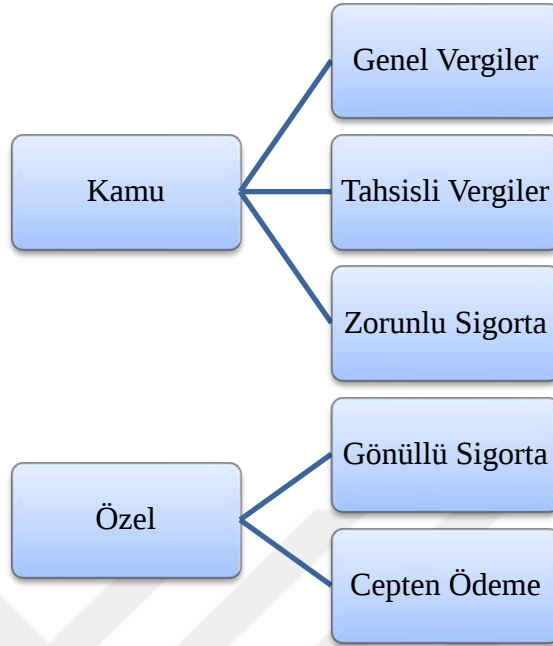
Sağlık hizmetleri finansmanının başlıca hedefi, gereksinim duyulan sağlık hizmetlerini münasip yer ve zamanda, münasip birey ve müesseselerden adil, aktif, randımanlı ve kaliteli bir şekilde alabilmek maksadıyla uygun olabilecek bir garanti paketinin ve tekrar uygun olabilecek bir genişlikle ile bütün popülasyonu kapsayacak biçimde ulaşılabilir ve devam ettirilebilir hale getirmektir. Bir başka deyişle sağlık kesiminin finansmanı sebebiyle ortaya çıkan kaynakların tüm ülke düzeyinde adaletli şekilde, etkili, randımanlı ve hesaplı şekilde sağlık hizmeti meydana getirecek ve ülkenin sağlık indeksini istenilen seviyeye çıkaracak bir biçimde kullanılmasıdır (Özer, Yıldırım, Yıldırım 2015: 8).

Sağlık finansmanı terimi, sağlık sektöründe parasal kaynakların devinimini ve kullanılmasını anlatmaktadır. Diğer bir ifadeyle DSÖ sağlık finansmanın, aslî ve talî kaynaklardan kazanç elde etme, gelirleri biriktirme ve hizmeti sunan kişi ve kurumlara gereken ücreti ödeme süreci biçiminde ifade edilebilir (Özer, Yıldırım, Yıldırım 2015: 8).

1.5.1. Finansman Kaynakları

Bir yandan sağlık hizmetlerine olan rağbetin artması, diğer yandan nitelikli sağlık hizmeti ifa etmek sağlık müesseselerinin gelişmiş teknolojiyi edinmek ve kalifiye eleman çalıştırmak maksadıyla gayret göstermeleri, sağlık giderlerinin artmasına neden olmaktadır. Bir devletin sağlık hizmetini karşılayan sağlık müesseseleri masraflarının muntazam bir biçimde ödenebilmesi sebebiyle, sağlık finansmanı sisteminde müracaat edeceği parasal kaynaklar o devletin tarihi, kültürü, ekonomik yapısı, politik rejimi gibi faktörlere bağlıdır (Duyuk 2015: 36).

Sağlık hizmetlerinde parasal kaynaklar ilkin kamu ve özel finansman kaynakları şeklinde ikiye ayrılır. Buna müteakip kendi bünyesinde ayrıldığı alt dallar aşağıdaki tabloda yer aldığı gibidir (Tatar 2011: 111).



Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri (Tatar 2011:111)

1.5.1.1. Kamu Finans Kaynakları

Ülkelerin sağlık hizmetlerinin ifa etmede kullandığı en mühim finansman kaynağı ülkenin kendi bütçesidir. Bu ülkeleri; başlıca geliri vergi üzerinde olanlar, sosyal güvenceye yaslananlar ve devletin kendine ait bütçe fonlarını merkezi planlama temeline göre kurallı bir şekilde dağıttığı devletler olarak üç başlıkta toplayabiliriz. Birçok devlette, hizmet sektörünün kaynağında özel teşebbüsün görevinin zamanla artması sonucunda, kaynakların dağıtılması ve denklik konuları daha ön plana çıkmaktadır (Duyuk 2015: 37).

Sağlık yöntemlerinin içinde çok çeşitli parasal kaynakların bulunmasına rağmen; sağlık hizmetlerinde ekonomi ağırlıklı olarak genel vergiler ve primler üzerine kuruludur (Duyuk 2015: 38).

1.5.1.2. Vergilere Dayalı Finansman

Sağlık sektöründe hizmetlerin finansmanında fazlaca yer verilen vergi yolu ile parasal kaynakların yurttaşlardan farklı yollardan toplanarak bir rezervuarda birikerek sonrasında ülkenin karar mercileri tarafından farklı kollara dağıtılması anlaşılmaktadır. Vergiye dayalı finansmanda yurttaşlar alacakları sağlık hizmetleri

ile ilgili kişisel desteklerini verdikleri vergiler ile karşılarlar. Hizmetten yararlanma basamağında ise sistem tarafından yanıtlanması gereken en kritik sorular, ülkenin vergi toplama kapasitesi nedir ve toplanmış olan bu vergiler adaletli midir? Bu iki sorunun yanıtı, vergi yoluyla kazanılan parasal gelirin sağlık hizmetlerinin başarısı üzerindeki müspet veya menfi tesirlerinin de en mühim noktalarıdır. Vergi toplama gücü ile alakalı olarak göz önüne alınması gereken en önemli konu ise, toplanan vergilerin parasal tesirinin sonuçlarıdır. Toplanan vergilerin fahiş olması milletlerarası yatırım gücünü ve rekabet potansiyelin azaltabileceği gibi daha çok gelir elde etme konusundaki güdülenmeye zarar verebilir (Tatar 2011: 112).

1.5.1.3. Sosyal Sağlık Sigortası

Sosyal güvenlik her şeyden önce bireye ve bireysel mesuliyet şuuruna dayanır. Bireyin öncelikle kendinin ve ailesinin ekonomik güvencesini devletten önce düşünmek mecburiyetinde olduğu kabul edilir. Bunun tabii neticesi olarak sosyal güvenliğin finansman kaynağı olarak işçi ve işverenlerden alınan primler olduğu fikri hâkimdir. Bu durumdan hareketle sosyal sigortalar; yaşlılık, emeklilik, sakatlık konularını kapsamakla birlikte sağlık hizmetlerinin parasal kaynağında da dünyada yaygın biçimde olarak başvuru alan finansman kaynağıdır. Sosyal güvenlik içinde sağlık hizmetleri doğrudan veya dolaylı yöntemle gerçekleştirilmektedir (Özçatal 1999: 20).

Dolaylı yöntemde müessese, sağlık hizmetlerini farklı bir müesseseden (özel veya kamu) karşılar. SGK'nın anlaşmalı olduğu kurum sigortalının hastalandığı zaman başvurduğu kurumdur. Bu kurum tarafından sigorta kuruluşuna fatura edilenler sigortalının kullandığı hizmetlerin karşılığıdır. Ödeme de sağlık kurumuna sigorta kurumu eliyle yapılır. Sigortalının sağlık hizmetini aldığı anda aldığı sağlık bakımının karşılığını bireysel olarak vermesi ve verdiği meblağı SGK'dan geri alması da diğer bir dolaylı yöntemdir. Kurumun kendisinin sağlık hizmeti üretmesi ise doğrudan yöntemdir. Yani SGK'nın sahip olup çalıştırdığı dispanser, sağlık merkezi ve hastaneler vasıtasıyla azaları ile onların bakıp, himaye etmekle mükellef oldukları kişilere sunduğu hizmet doğrudan hizmettir (Orhan 2006: 56).

1.5.2. Özel Finansman Kaynakları

Sosyal sağlık sigortası misali düzenler teşekkül etmeden önce sağlık hizmetleri kişilerin bireysel ödemelerinden ve hayır kurumlarının yaptığı hibelerden ibaretti. Sonraki dönemlerde tekâmül eden sosyal sağlık sigortası misali düzeneklerle işçi, işveren ve devletin sağlık hizmetlerinin parasal kaynağına katkısı artırılmıştır. Ancak ilerleyen dönemlerde devletlerin iktisadi ve ictimai ilerleme seviyelerindeki farklılıklar, alternatif finansman modellerindeki artışlar özel finansman yöntemlerinin öne çıkmasına neden olmuştur (Çoban 2009:123).

1.5.2.1. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası maluliyet ve yaşlılığı kapsamadığı ve ödenen ücretler nüfusun büyük kısmının maruz kaldığı tüm riskleri temel olarak almadığı için sosyal sigortalardan ayrılır. Diğer bir fark ise; bireylerin ödemesi icap eden primlerin hesaplanmasında bir alanda biriktirme mantığıyla hareket edilmeyerek, sağlık açısından bireysel risklerin ve hasta olma olasılıklarının göz önünde tutulmasıdır. Primler farklı kişi ve gruplar için farklılık arz eder. Fonksiyonları yönünden mecburi sağlık sigortası yerine kullanılan “ikame edici özel sağlık sigortası” ve mecburi sağlık sigortası ile beraber uygulanan “tamamlayıcı sağlık sigortası” olarak iki çeşittir. Ödenecek sigorta ücretlerinin hesap edilmeleri yönünden; kişisel, grup olarak ve toplumsal riske göre hesaplanan özel sağlık sigortaları da bulunmaktadır. Sigorta şirketleri pozisyonları yönüyle kâr amaçlı olanlar ve kâr amacı gütmeyenler olmak üzere ikiye ayrılır (Dürrü 2012: 34).

1.5.2.2. Cepten Yapılan Ödemeler

Cepten yapılan ödemeler kişilerin, aldıkları sağlık hizmetleri için bireysel bütçelerinden ayırıp ulaştırdıkları ödemeleri vurgulamaktadır. Cepten yapılan ödemeler sigorta sistemi gibi hastalık tehlikesine karşı korumayı kapsamamaktadır. Sosyal sağlık sigorta düzeneklerinin veya umumi olarak hastalanma riskinden koruma düzeneklerinin ilerleme göstermediği zamanlarda, yapılan sağlık harcamalarının toplamı içinde kişilerin kendi özel bütçelerinden gerçekleştirdikleri ödemeler çoğunluğu oluşturmaktadır. Fakat sağlık giderlerinin savaşlar, bulaşıcı hastalıklar, iç karışıklıklar vb. sebeplerle devamlı yükselmesi, hastalanma ihtimaline karşı koruma düzeneklerinin ve sosyal sigorta düzeneklerinin ilerlemesi zaman

içinde bu ağırlığı biraz da olsa hafifletmiştir. Cepten yapılan ödemeler; doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları, enformel ödemeler olarak üç başlıkta toplanabilir (Çoban 2009:124).

1.5.2.2.1. Doğrudan Ödemeler

Doğrudan ödeme sosyal teminat niteliğinin dışında yer alan hizmet dalları için veya fazlaca süren bekleme zamanları ile verilmesi istenen hizmete ulaşımın sekteye uğradığı pozisyonlarda sağlık hizmeti alan bireylerin kendi bütçelerinden karşılamasıdır (Clermeus 2019: 18).

1.5.2.2.2. Kullanıcı Katkıları

Kullanıcı katkıları, herhangi bir sağlık hizmeti ihtiyacı durumunda, ortaya çıkan maddi karşılığın bir kısmının sağlık güvencesi olan bireylerce karşılanmasıdır. Kullanıcı katkıları doğrudan ödemededen farklı olarak sigorta kapsamının içinde yer alan sağlık hizmetlerine yöneliktir. Bununla beraber sağlık hizmetini verenler, kamu veya özel sigorta şirketi ile kontrat yapmış olmalarından ötürü sadece hasta olan kişiye karşı değil, sigorta şirketine veya kurumuna karşı da sorumludur (Çoban 2009:126).

Kullanıcı katkılarının belli başlı yararı gelirlerin çoğalmasındır. Gelirlerin çoğalması uzun vadede belli başlı sağlık hizmetlerini vatandaşlarına ulaşmasına sağlayan devletin fonlarını arttıracak ayrıca verilen bu hizmetlere yönelik faal bir fonlama olanağı katacaktır. Bununla birlikte hizmeti kullananların katkıları, hizmet talep edenlere seçim imkanı tanıyarak, ayrıca gereksiz sağlık hizmeti taleplerini azaltıp faal ve nitelikli hizmetin bireylere ulaşımına etki edecektir (Clermeus 2019: 19).

1.5.2.2.3. Enformel Ödemeler

Sağlık hizmeti sunucularına yapılan bu tür ödemeler yasal değildir. Kayda geçmeyen bu tür ödemeler birçok ülkede illegaldır. Hizmet sunucularını etkileme isteği ile tedaviden önce veya sonra hekimlere verilen para veya armağanlar bu grubun içindedir (Clermeus 2019: 20).

Yapılan bu kayıt dışı gayrı resmi ödemelerin saklı ve nakit para olarak yapılmaktadır. Bu sebeptendir ki sağlık hizmetinden yararlananların içinde bulunduğu zor durum nedeniyle bu ödemelerin ülkeler açısından toplam sağlık harcamaları

içindeki payını bilebilme imkânı yoktur. Tedavinin gerçekleşmesi sonrasında “teşekkür hediyeleri” veya tedavi yapılmadan önce hekimlere verilen para ya da armağanlar gayri resmî ödemeler olarak tanımlanmaktadır (Clermeus 2019: 20).



İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK POLİTİKALARI

2.1. Sağlık Sistemleri

Genel olarak sistem, birbirleri ile alakalı bölümlerin tamamının meydana getirdiği bütündür. Bütünü oluşturan bölümlerin hepsi sistemin ögeleri olarak kabul edilir. Sistemin parçası olan bu ögeler birbirleri ile dolaylı veya direkt olarak ilişki içindedir (Atabey 2018: 37).

Sağlık sisteminin ne olduğu hakkında farklı tanımlar yapılmakla beraber, bir sağlık sisteminin bütün elemanlarını içine alan ve genel hudutlarını ortaya koyan tanımlardan biri DSÖ eliyle Dünya Sağlık Raporu 2000 (DSR 2000) içeriğinde yapılmıştır (Özer, Yıldırım, Yıldırım 2015:3). Bu tanımda sağlık düzeneği “esas hedefi direkt sağlığı iyileştirme ve geliştirme ya da koruma olan tüm faaliyetlerdir.” şeklinde ifade edilmiştir (Özer, Yıldırım, Yıldırım 2015:3; DSÖ 2000).

Farklı bir tanımda ise sağlık düzeneği; sağlık kuruluş ve kurumlarını, sağlık emekçilerini, araştırma çalışmalarını ve kaynaklarını, sağlığı muhafaza etmek ve hastalıklarla baş etmek üzere yapılan çalışmaların tümü kapsayan çalışmalardır, diye ifade edilir. Çoğunlukla, toplum ve kişiler, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar, finans müesseseleri, destek veren müesseseler ve devlet, sağlık sisteminin tarafları olmak üzere sıralanabilir (Ateş 2016: 49).

Sağlık sistemi kavramının tanımı ise, sağlık hizmetlerinin ihtiyacı olana ulaşması, parasal desteği, hizmetin sınırı, hizmeti verecek insan gücünün eğitilmesi, sağlık yönetmeliği, sağlık sisteminde uygulanacak politikaların tespiti gibi ülkelerde mevcut olan ögelerin tamamı şeklinde yapılabilir (Atabey 2018: 38).

Her ülkenin kendi tarihini, tarihsel birikimini, finansal gelişmesini ve memleketindeki etkin siyasal düşünce yapısını ortaya koyan ve hekimlikle alakalı bilgi, birikim ve teknoloji, popülasyonun nüfus bilimiyle ilgili hususiyetleri,

hastalanma şekilleri, ictimai idrak ve umutlar gibi etkenlerden bile fazlaca etkilenen bir milli sağlık düzenine sahip olduğu görülür (Karagan 2008: 30).

2.1.1. Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması

Sağlık sistemlerinin tasnifi için dünyada yapılan çalışmalar eski zamanlardan günümüze kadar süregelmektedir. Devletlerin kendilerine özgü sağlık sistemleri kendilerine has kültürel, ekonomik yapılarına göre değişebilmektedir. Bundan dolayı bütün devletleri içine alan bir sağlık sisteminin sınıflandırılması pek mümkün değildir. Hatta birtakım devletlerin kendi içlerinde oluşturduğu bölgesel alanlarda dahi sağlık sistemlerinin farklılaştığını söyleyebiliriz (Özen 2019: 16).

Öteden beri sağlık sistemleri sınıflandırma çalışmaları devam etmektedir. Bu çalışmalar arasında Roemer'in sınıflaması en yaygın kullanılanıdır. Sağlık sistemlerini, sağlık hizmetleri piyasasına devletin karışma sınırlamasının en az olanından, en çok olanına göre sınıflandıran Roemer (1993) bu sistemleri dört grupta bir araya getirmektedir (Karagan 2008: 35). Bunlar;

- 1- Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri
- 2- Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri
- 3- Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri
- 4- Sosyalist Sağlık Sistemleri

2.1.1.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri

Bu sisteme, sağlık sunumlarının istek ve beklentilerinde özel sektör ana unsurdur. Sağlık hizmetleri isteği, genellikle bireysel ödemeler ile ya da özel sigortalara prim ödemek şartıyla ve sigorta şirketleri vasıtasıyla gerçekleştirilmektedir. Sağlık güvencesi olanağı, maddi imkânı olan bireylerin kendi arzularıyla sigorta sistemine dâhil olmasıyla sağlandığı görülmektedir. Bu sistemde sağlık güvencesine sahip olanlar parasal imkânı olanlardır. Sağlık hizmeti sunumunu ve giderlerin büyük bir bölümünü, özel teşebbüs sağlar. Özel sektöre ayrılan yatak kapasitesi de mevcut yatak kapasitesinin büyük bir bölümünü kapsamaktadır (Ateş 2016: 54).

2.1.1.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri

1883 senesinde Almanya'nın başbakanı Otto Von Bismarck aracılığıyla meydana getirilen bu sistem, hisselerle personel, patronlar ve devlet tarafından

karşılanan ve belli kamu sağlık sigortalarına dayanan, işçilere yönelik sosyal koruma sistemidir. Bu sistemde sigorta kapsamının içine alınan bireyler gelirleri ile doğru orantılı olarak sağlık sigortası primi ödemek zorundadır. Riskin paylaşılmasını ve önceden ödemeyi göz önünde tutan bu sistemde, sağlık primini ödeyen de çalışan adına işverendir (Lkhagvaa 2019: 6).

2.1.1.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri

Bazı ülkelerde eğilimi rahatlama yönelimine doğru olan sağlık sistemlerinin 2. Dünya Savaşı sonrasında oluşan siyasal değişimler neticesinde bütün özellikleri içinde barındıran bir yapıya doğru ilerleme görülmektedir. Bundan dolayıdır ki, sistemin doğrudan hükümet kontrolünde olması, elde edilen gelirin tamamen halktan alınan vergilerden sağlanması, hekim ve diğer sağlık görevlilerinin ücretlendirme sistemiyle çalıştırılmaları ve sağlıkla alakalı etkinliklerin nerdeyse tamamının tüm nüfusu içine alması sağlanmıştır. İngiltere sağlık sistemi bu sistemin gelişmiş ülkelerdeki en tipik örneğidir (Karagan 2008: 36).

2.1.1.4. Sosyalist Sağlık Sistemleri

Bu sistem, ictimai ve kişisel tedavi eden, koruyan, geliştiren bütün sağlık hizmetlerini bireylerin direkt veya dolaylı hiçbir masraf yapmak mecburiyetleri olmadan alabilmelerine imkân tanımaktadır. Sağlık hizmetlerinin verilmesi ilke olarak toplumun tekelindedir. Uygulamada özel sektörün yeri bulunmamaktadır. Sağlık hizmetinin üretimi, sağlık kurumlarının tamamı, üretim yapan araçlar, hizmeti dağıtan kanallar ve hizmet sunumunun sahibi kamudur. Sağlık hizmetleri finansmanı halka ait olduğundan, bireyler dolaylı veya doğrudan bir ödeme yapmazlar (Ateş 2016: 94).

Tablo 1. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ve genel özellikleri (Sargutan 2005: 413).

Özel Teşebbüs /	Refah Yönelimli Tip	Kapsayıcı / Bütüncü /	Sosyalist / Merkezi
Serbest Pazar Tipi		Tekçil Hizmet Tipi	Planlama Tipi
1- Bireysel direkt ödeme ya da arzuya göre özel (kimi zaman da kamu) sağlık ve hastalık sigortaları ile hizmet istemek temel aplikasyondur	1- Bütün şahısları içine alan, mecburi, bireysel prim ödemeli kamu (bazen özel) hastalık (bazen sağlık) sosyal sigortasıyla istemek temel aplikasyondur.	1-Bütün şahısları içine alan, mecburi, tam kapasiteli sağlık sosyal güvenliğiyle talep ve kamu sağlık hizmet nitelikli ücretsiz sunum esas aplikasyondur.	1- Bütün şahısları içine alan, mecburi, toplumun ortak / kolektif sağlık güvencesiyle istek ve toplumun umumi sağlık hizmetini kaliteli ve bedava sunmak esas aplikasyondur
2- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin sunum ve isteğinde yer alsa bile, temel unsur değildir	2- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin isteğinde temel faktördür, arzda daha az olabilir.	2- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin sunum ve isteğinde temel faktördür, bazen sunumda daha az olabilir.	2- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin sunum ve isteğinde temel faktördür.
3- Özel teşebbüs sağlık hizmetlerindeki sunum ve isteğinde ana faktördür	3- Özel teşebbüs sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alabilir, talebinde ilave olanaklar sağlayabilir.	3- Özel teşebbüs sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alabilir, isteğinde ilave olanaklar sağlayabilir.	3- Özel teşebbüs sağlık hizmetlerinin sunum ve isteğinde bulunmaz ya da istisnai durumlarda yer alır.

2.2. Sağlık Politikası

Politika kelimesi dilimize Batı dillerinden geçmiş bir kavramdır. Toplum hayatının her alanını kabul gören düşünce sistemi doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak olarak tanımlanmasının yanında siyaset mefhumunu karşılayan, devleti yönetme manasına gelen bu söz bir ıstılah olarak kabul edilmektedir. Siyaset ile politika sözcüğü için yapılan edebiyat araştırmalarında, siyaset kelimesinin de menşinde yönetme, yönetim manasını taşıdığı, üstelik bu terimin eski Doğu medeniyetlerinde de devlet yönetimi ile ilgili olarak kullanıldığı tespit edilmiştir. Politika ve siyaset kavramları eski medeniyetlerde görüldüğü gibi zamanımızda da devleti idare eden, simgeleyen bireylerin idare biçimi, tasarlama ve programı şeklinde tanımlanmaktadır (Erdoğan 2014: 72).

Sağlık politikası ise; sağlık sisteminin kurum ve kuruluşlarını, sağlık hizmetlerini ve parasal organizasyonlara tesir eden etkinlikleri kapsar. Sağlık hizmetleri sisteminin ilerisinde sağlık üzerine etki eden kamu, özel teşebbüs ve gönüllülük esasıyla çalışan teşkilatların etkinliklerinin tamamı sağlık siyasetinin içindedir. Bu tarif etrafında sağlık politikası, sağlık hizmetleriyle beraber, sağlığa tesiri olan çevre ve sosyo-ekonomik etkenlerle de alakalıdır. Yapılan bu tarif, sağlık mefhumunu en yaygın boyutu ortaya koyarak, sağlık politikasını, farklı tariflerde yer aldığı üzere, yalnızca bakım sistemiyle kısıtlamayarak, tarifi sağlık üzerinde tesiri olan öteki teşkilatları da kapsayacak biçimde daha geniş boyutlu ele almıştır. Nitekim sağlık politikaları, politikalar mozaiği olarak da açıklanmıştır (Er 2011: 84).

2.2.1. Türkiye Sağlık Politikaları

2.2.1.1. 1920-1946 Dönemi Sağlık Politikaları

TBMM'nin açılışını takip eden, 3 Mayıs 1920 yılında 3 sayılı kanunun kabulüyle Sağlık Bakanlığı kuruldu. Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı olarak görev yapmıştır. O dönemde sağlıkla alakalı sistemli ve muntazam tutulan bir kayıt imkânı olmamış, mevzuat geliştirmeye yoğunlaşmaktan daha ziyade savaşın açtığı yaraların sarılması işine öncelik verilmiştir. O devirde 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu hazırlanarak kabul edilmiştir (Akdağ 2012: 45).

Cumhuriyetin ilanını takip eden dönemde Sağlık Bakanlığı'na tayin edilen Dr. Refik Saydam, Cumhuriyet'in ilk sağlık bakanıdır. Kısa bir dönem haricinde 1937 yılına kadar 14 yıl bakanlık görevini sürdürmüştür (Erdoğan 2014: 82).

Refik Saydam zamanında sağlık politikaları dört prensip etrafında şekillendi. Bunlar:

- 1- Sağlık hizmetlerinin tasarlama ve programı ile yönetiminin tek elde toplanması,
- 2- Merkezi yönetimin hizmet sahasına koruyucu hekimliğin, yerel yönetimlerin hizmet alanına ise tedavi edici hekimliğin verilmesi,
- 3- Sağlık alanında istihdam edilmek amacıyla tıp fakültelerine rağbetin artması için çalışmaların yapılması, yatılı tıp öğrenci yurtlarının hizmete girmesi, mezunlarına mecburi hizmet şartının getirilmesi,

4- Bulaş riski olan frengi, verem, sıtma, trahom, cüzzam gibi salgın hastalıklar ile savaşım programlarının başlatılması.

Belirlenen bu prensipler doğrultusunda;

- Sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı hizmet/ dikey örgütlenme” ile yürütüldü.
- Yasal düzenlemelerle koruyucu hekimlik kavramı geliştirildi, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edildi, her ilçede hükümet tabipliği kuruldu.
- Nüfusun yoğun olarak yer aldığı bölgelerden başlayarak 1924’te 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde muayenehane ve tedavi evleri hizmete girdi. Doktorların özel olarak çalışmaları yasaklandı.
- 1924’te Ankara, Diyarbakır, Sivas ve Erzurum’da Numune Hastaneleri hizmete girdi. 1936’da Haydarpaşa Numune Hastanesi, 1946’da Trabzon ve 1970’te Adana Numune Hastaneleri hizmete vermeye başladı (Akdağ 2012: 46).

Sağlık Bakanlığı bugün de devam eden merkez ve taşra örgütlenmesi, 1930 senesinde kabul edilen “ Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” ve 1936 senesinde kabul edilen “ Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu” ve bu kanunlara ek olarak çıkarılmış olan kanun ve yönetmeliklerle meydana getirilmiştir. 1945 senesinde Sosyal Sigortalar Kurumu’nun kaynağını meydana getiren İşçi Sigortalar Kurumu kurularak Sağlık Bakanlığı’nın hizmet ve çalıştırma alanındaki tekeli ortadan kaldırılırken diğer yandan Emekli Sandığını oluşturma çalışmaları yapılarak sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesi sağlanmıştır (İstanbul 2009: 20).

2.2.1.2. 1946-1960 Dönemi Sağlık Politikası

Dr. Refik Saydam Dönemi’nin ardından yapılan ilk önemli teşebbüs; Cumhuriyet döneminin ilk yazılı sağlık planı olarak kabul edilen “Birinci On yıllık Sağlık Planı” 1946 senesindeki Büyük Sağlık Şurası tarafından kabul edilmiştir. 12 Aralık 1946 tarihinde sözü edilen plan Dr. Behçet Uz tarafından duyurulmuştur. Fakat sıkı bir çalışmayla oluşturulan bu plan Dr. Behçet Uz’un Sağlık Bakanlığı’ndan ayrılması nedeniyle kanunlaşmamıştır. Milli Sağlık Planı yaklaşık bir buçuk yıl kanun haline gelmesi için çalışıldı, fakat hükümet değişikliği sebebiyle kanunlaşmadan kalmıştır (Yalçın Gürsoy 2012: 86).

“Behçet Uz Planı” olarak da anılan bu planla şu hizmetler hedeflenmiştir:

- 1- Türkiye’de 7 sağlık bölgesi oluşturulacak ve her bölgenin yapılanmasının kendine yetmesi sağlanacak.
- 2- Oluşturulan her bölgedeki 40 köy için sağlık merkezi oluşturulacak ve bu sağlık merkezleri adına en az 10 yatak tahsis edilecek.
- 3- Oluşturulan sağlık merkezinde 2 hekim, 1 sağlık memuru, 1 ebe ve 1 ziyaretçi olmak üzere toplam 5 sağlık personeli istihdam edilecek. Ayrıca her 10 köy için 1 sağlık memuru ve 1 ebe yer alacaktır.
- 4- Her sağlık merkezinde sağlık hizmetlerinin sunumunun tedavi edici ve koruyucu olarak birlikte yapılması hedeflenmektedir.
- 5- Ayrıca bu bölgelerin oluşturulması bitince, her bölge için bir tıp fakültesi oluşturulması hedefleniyordu (Filiz 2017: 15) .

Bu planla koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte sunulması ve hizmet sunulması işlemlerinin genel idareden bağımsız olarak nüfus temelli oluşturulması noktasında çağdaş sağlık hizmetlerinin temelleri atılmıştır. Bu planla, geçmişteki tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin farklı bir şekilde öngörülmesi mantığına da son nokta konmuş oldu. Ayrıca tüm sağlık hizmetleri devletin görev ve sorumluluğudur anlayışı benimsenmiştir. Cumhuriyet döneminde sadece büyük illere has olan yataklı tedavi hizmetlerinin sunumu yurt geneline yayılması planlanarak, özellikle kırsal alanların hizmetten yararlanması amacı güdülmüştür (Filiz 2017: 15).

8 Aralık 1954’te Dr. Behçet Uz tarafından duyurulan ve Birinci On Yıllık Sağlık Planı’nın devamı kapsamında olan “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” memleketimizin sağlık planlaması ile organizasyonun esas unsurlarından biridir. Milli Sağlık Planı’nda memleketimiz 7 sağlık bölgesine ayrılırken, Milli Sağlık Programı’nda 16 sağlık bölgesi oluşturulması düşünülmüş ve bu sınırlar içinde planlar oluşturulmuştur (Akdağ 2012: 47).

İnsan kaynakları temelini oluşturmak amacıyla Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İstanbul ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden 1955 senesinde öğrenci kabul etmeye başladı. 1950 yılıyla 1960 yılı karşılaştırıldığı zaman doktor sayısı 3.020 kişiden 8.124 kişiye, hemşire sayısı 721 kişiden 1.658 kişiye, ebe sayısı 1.285

kişiden 3.129 kişiye çıkarıldığı tespit edilmiştir. Bu üç meslek grubunun her birinden on yıl içinde %100'den fazla artış olduğu görülür (Akdağ 2012: 47).

Hem Milli Sağlık Programı'nın hem de Milli Sağlık Planının amaçları içinde;

- 1- Ahaliyi karşılayacakları fiyat üzerinden sigortalamak,
- 2- Sigortası olmayan bireyler ve tedavi giderlerini ödeyemeyen dar gelirlerin giderlerini özel idare kasasından ödemek,
- 3- Sağlık giderlerinin finansmanını sağlamak amacıyla bir sağlık bankası kurmak,
- 4- Aşı, serum ve ilaç gibi tıbbi gereçlerin yapımını kontrol altına almak,
- 5- Süt ve mama gibi çocuk gıdalarını yapacak endüstri kurumlarını kurmak gibi çalışmalar vardı (Akdağ 2012: 48).

O dönemde bazı tıp meslekleri ile sivil toplum örgütlerinin hukuki temelini oluşturan ve bu oluşumların günümüze taşınmasını sağlayan mevzuat şunlardır:

- 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953)
- 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953)
- 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu (1954)
- 6643 Sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956) (Akdağ 2012: 48).

2.2.1.3. 1960-1980 Dönemi Sağlık Politikaları

Bu dönem “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” dönemi olarak da kabul edilmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 1961 senesinde baştan yapılandırılması dönemin en önemli gelişmeleri arasındadır. Devletin birincil ve anayasal vazifeleri arasında Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin bulunduğu ibaresi yenilenen Anayasa'nın 48. ve 49. maddelerinde bulunmaktadır. Kurulan yeni Hükümet ve Sağlık Bakanlığı, hizmetlerin bu doğrultuda yeniden yapılandırılarak yürütülmesi hususunda çalışmışlardır. Zamanın Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nusret Fişek önderliğinde hazırlanan kanun tasarısı 1961 senesinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun adıyla kabul edilmiştir. Kamu sağlığı hizmetleri 1961 yılına kadar, merkezi planlama ve dikey örgütlenme ile gerçekleştirilmek zorunda kalmıştır. Bu tarihte ise kamu sağlığı hizmetleri dönemin özgün koşullarına paralel bir şekilde “sosyalleşmeyi” yani “topluma kaynaştırılmayı” imkân tanımıştır (Erdoğan 2014: 85).

Fiilen 1963 senesinde başlayan sağlıkta toplumsallaştırma 1983 senesinde memleketin tamamına yayılmış ve yaygın, sũrekli, bũtũnleřmiř, kademeli, il içinde entegre bir teşkilat anlayışı ile ilçe ve il hastaneleri, sağlık ocakları, sağlık evleri, biçiminde bir ȳrgũtlenme hamlesine girişilmiştir. “Geniş bȳlgede tek yȳnlũ hizmet” prensibinin farklı bir seçeneği olan “dar bȳlgede çok yȳnlũ hizmet” anlayışına geçilmesi bu dȳnemde gerçekleştirilmiştir (Filiz 2014: 13).

1967 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS) için bir kanun taslağı hazırlanmış ancak Bakanlar Kurulu’na sevk edilememiştir. GSS’nin kurulması 1969 yılında İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda yer verildi. GSS Kanun Taslağı, TBMM’ye 1971’de gȳnderildi fakat TBMM tarafından reddedildi. 1974 yılında Meclis’e yeniden sunulan taslağın gȳrũřũlmesi kabul edilmedi (Akdağ 2012: 49).

“Sağlık Personelinin Tam Sũre alışma Esaslarına Dair Kanun”un çıkması 1978’i buldu. Hekimlerin muayenehane açmaları kamu personeli olmaları sebebiyle yasak edildi. 12 Eylũl 1980 ihtilalinin hemen ertesinde “Sağlık Personelinin Tazminat ve alışma Esaslarına Dair Kanun” ile bu yasa hũkmũnũ yitirmiş ve hekimlerin muayenehane açmaları yeniden serbest bırakılmıştır (Akdağ 2012: 49).

2.2.1.3.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963-1967 yıllarını içine alır. 3 Aralık 1962 tarih ve 11272 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan plan 1 Ocak 1963 yũrũrlũēe girmiştir. Planda sağlık politikaları ile ulaşılması planlanan hedefler şunlardı;

1- Personel Yetiştirme Programı:

Okulların bina araç, gereç ve ȳđretmen, gereksinimlerinin ortadan kaldırılması ile on beş senede teşkilatın en fazla muhtaç olduğu personelin yetiştirilmesini hedeflemektedir.

2- Sağlık Hizmetlerinin Gȳrũlmesi ile İlgili Program:

Sağlık hizmetleri teşkilatının birinci basamağında tedavi edici ve koruyucu sağlık sunumlarını halkın ayağına getiren Sağlık Ocakları Programı yer almaktadır ve yaklaşık 7 bin kişiyi kapsayan bir kuruluştur. İkinci basamakta ise yaklaşık 50 bin kişiyi içine alan Sağlık Merkezi Bȳlgelerinin kurulması oluşturmaktadır. Koruyucu hekimlik ȳniteleri, çeşitli dispanser ve hastaneler bu seviyede bulunmaktadır. ȳũncũ basamağı da yalnızca yȳnetme gȳrevlerini ȳstlenen İl Sağlık Mũdũrlũkleri ihtiva eder. Tũrkiye’yi 16 bȳlgeye ayırarak bu bȳlgelerde bũyũk bȳlge hastaneleri, sağlık

okulları, bölge laboratuvarları, depo ve tamirhanelerin kurulmasını ise programın dördüncü basamağı hedeflemektedir. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı da sağlık hizmetlerinin tek elden idaresini sağlayacak bu itibarla yeniden teşkilatlandırarak ve bu programları en iyi şekilde yürütecektir.

3- Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Programı:

- Sıtmanın yok edilmesi programı:

Sıtmanın ortadan kaldırılması için yapılacak çalışmalar mevcut plan dahilinde sürdürülecektir

- Verem savaş programı:

Bu programın temelinde verem hastalığına yakalanma riski yüksek grubu düzenli olarak aşılama; erken tanı ve evde tedaviye imkân verecek bir teşkilatın kurulmasını öngörmektedir.

- Trahom savaş programı:

Bu program çevre sağlık şartlarının ıslahı, halka kendini hastalıklardan korumak için halk sağlığı hizmetlerinde sağlık eğitimi vermek gibi çalışmaların yanı sıra hasta bireylerin iyileştirilmesini de hedeflemektedir. Sağlık ocağı örgütlenmesi henüz tamamlanmadığından trahom oranının yüksek olduğu bölgelerde bu hizmetin yerine getirilmesi özel bir kurum tarafından yapılmaktadır.

- Cüzzam savaş programı:

Türkiye’de cüzzamın ortadan kaldırılması en fazla on yıl devam edecek bir emeğin sonucundadır. Program, sağlık ocağı kurulmayan ve cüzzamın etkili olduğu bölgelerde hastalığa yakalananları tespit etmek ve iyileştirmek için özel bir teşebbüs teşkil edilmeyi hedeflemektedir.

- Zührevi hastalıklar, frengi ile diğer salgın hastalıklarla mücadele sağlık merkezlerinde bulunan hastaneler ve dispanserler ile sağlık ocakları, tarafından yapılacaktır.

4- Ana-çocuk sağlığı programı:

Genel sağlık hizmetlerinin en önemli unsurlarından biri de ana-çocuk sağlığı ve özellikle çocuk sağlığıdır. Bu sebep ile sağlık ocaklarının en mühim ve geniş kapsamlı hizmetleri ana ve çocuk sağlığını geliştirmek ve korumak olarak planlanmıştır. Doğum ve çocuk bakım evleri de bu hizmete alınacaktır.

5- Sağlık laboratuvarları programı:

Bu program var olan enstitüleri daha iyi hale getirmeyi ve on beş yıl içinde tüm bölge merkezlerinde bir laboratuvar oluşturulacak biçimde yeni enstitüler açılmasını hedeflemektedir.

6- İşçi sağlığı programı:

Bu program 10 binden fazla işçinin yaşadığı kentlerde işçilerin sağlığı için özel dispanserlerin kurulmasını hedef almaktadır.

7- Depo bakım ve onarım işleri programı:

Sağlık kurumlarının gereksinimlerini devamlı şekilde gidermek, ucuza satın almayı sağlamak, onarım işleriyle bakımlarının bir nizam içine sokularak maliyeti düşürmek için gerekli önlemleri alıp standartlaşmayı sağlamak için bölge merkezlerinde depolar kurmak bu programın hedefidir.

8- Yataklı tedavi kurumları programı:

Bu program hizmet vermekte olan kurumların hizmet kalitelerinin gelişmesini sürdürmesini ve 1967 yılında sağlık kurumlarında bulunan yatak sayısının 10 bin nüfuslu yerler için 23'e ve 1977 yılında 10 bin nüfuslu yerler için 25'e yükseltilmesini öngörmektedir.

2.2.1.3.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)

İkinci Beş Yıllık kalkınma Planı 1968-1972 yıllarını içine alır. Plan 21 Ağustos 1971 tarih ve 12679 sayılı Resmi Gazete de yayınlanarak kullanıma girmiştir. Bu planda belirlenen sağlık politikalarının sıralanması şu şekildedir:

1- Tek bir sağlık sigortası uygulamasına geçişin kolay olması amacıyla bu uygulamaya geçinceye kadar kamu sektörünün alt sağlık kuruluşlarında (Milli Savunma Bakanlığı özel kuruluşları dışında) iyi bir işbirliği oluşturulacaktır.

Tedavi Kurumları Koordinasyon Kurulu kurulacak, kuruluşların uyumlu bir biçimde kullanılması için izlenecek genel politika, bu kurumların kuruluş yerleri, yapı, malzeme ve bakım standartları, yeni kapasite eklemeleri, personel kadro ve ücretleri Sağlık ve Sosyal yardım Bakanlığı'na planlanacaktır. Bu politikanın uygulanması esasında bu tesislerden hali hazırda yararlananların gereksinimlerine öncelik verilecek, bunun sonucunda kamu sektörü sağlık kuruluşlarının bütün imkânlarından tam randımanlı yararlanılmasına çalışılacaktır.

2- Sosyalleştirme etkinliklerinin uygulanması maksadıyla bu yerlere götürülmesi zorunluluğu olan alt yapı hizmetlerinin belirlenmiş planlamalar dâhilinde sağlık yatırımları başlamadan evvel tamamlanması sağlanacak ve alt yapı yatırımlarına bu ölçüde öncelik tanınacaktır. İlgili yatırım planlamalarında bu gayeyle tahsis edilen yatırım tespit edilecek ve alakalı tesisler arasında işbirliği sürekli hale getirilecektir.

3- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yapısında çalıştırılmak üzere sunumun herkese yetecek biçimde uygulanmasını ve kontrolünü yapması amacıyla halk sağlığı eğitiminde, türlü çevre sağlığı hususlarında, laboratuvar hizmetlerinde, ruh sağlığı sunumlarında, gıda denetimi çalışmalarından mesul olacak birimler oluşturulacaktır. Sağlık hizmetlerinin ve isteklerinin sosyal alanlarda ve ekonomik olarak değerlendirilmesi ve kontrolü çalışmalarına verilen ehemmiyet arttırılacaktır.

4- Laboratuvarların çalışmalarının belirlenmiş ölçütleri olacak, bölge laboratuvarları, köylerdeki hastalıkları ortaya çıkarmak amacıyla araç, gereçlerle donatılmış gezici laboratuvar ünitelerinden oluşturulacaktır. Bulunan ilaç denetim laboratuvarlarının bütün imkânlarından faydalanacak bir Devlet İlaç Kontrol Enstitüsü kurulması sağlanacaktır.

5- Sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan yardımcı personele ve kamuya verilecek sağlık eğitiminin tatbiki esasları belirlenip gerekli inceleme ve çalışmaları yerine getirecek ve hizmet içi eğitim verebilecek bir “Halk Sağlığı Eğitimi Enstitüsü” birimi meydana getirilecektir.

6- Sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmasında Doğudaki illerden başlayan faaliyetlerin sürdürülmesi sağlanacaktır. Sağlık hizmetleri konusunda hizmet düzeyi geride olan şehirler bu öncelikle ele alınacak olup bu programda çalışan doktorlara bir yer değiştirme olanağı oluşturabilmek amacıyla kurulan sağlık ocaklarının her yıl yüzde 15 kadarı, programın bu yörelere de uzatılabilmesi için, Batı bölgelerine yapılacaktır.

7- Sağlık ocakları muhtelif sağlık işlemlerinin ayakta ve evde tedavi hizmetleri biçiminde yapıldığı teşkilatlardır. Sağlık ocaklarıyla tedavinin hastanın yatırılması şeklinde yapan kurumlar ve dispanserler arasındaki koordinasyona önem verilecektir.

8- Özel teşebbüsün gelişmesi tedavi hizmetlerinin genişleyip yaygınlaşmasında büyük önem arz etmektedir bundan dolayı gereken destek verilecektir. Yalnız personel ve hizmet ölçütleri hususunda genel sağlık programlarının aksatılmayacağı bir düzenin kurulmasına dikkat edilecektir.

9- Dışa bağımlılığın ortadan kaldırılması ve döviz sarfiyatının önüne geçmek için ihtiyaca yetecek ilaç yapımı maksadıyla memleketimizdeki milli anapara ile kurulan fabrika ve laboratuvarlara destek verilecek, yerli sermayeyle yabancı sermaye arasında eşitliğin sağlanmasına çalışılacaktır.

10- Sağlıkla ilgili konuda hedef gruba ticari tanıtımlar yapılmasının ve ilaçların içindeki hammadde miktarlarında rekabete girmek için farklar yapılmasının önüne geçilecektir. İlaç fiyatlarının saptanması maliyet esasına göre yapılacaktır.

11- Bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önleme hususunda önemli rol oynayan çevre sağlığı koşullarının iyileştirilmesi, aşı üretimi ve hastalıkların denetimi amacıyla aşı kampanyalarının yürütülmesi ile ilgili sağlık kuruluşları arasında koordine sağlanacaktır.

12- Gıda maddelerinin denetimi ile ilgili yönetmelik zamanın şartlarına elverişli hale getirilecektir. Bu mevzuda eksiği olan çalışmalara Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, destek verecek ve ilgili kuruluşlar arasında bu gayeyle işbirliği yapılacaktır.

13- İşçi sağlığında öncelik koruyucu sağlık hizmetlerine, bireylerin sağlıkla ilgili eğitimine ve verilen hizmetlerin tanıtımına verilecek; işçilerin çalışma alanlarında sağlık şartları ile alakalı meselelerde Çalışma ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile koordineli çalışılması sağlanacaktır.

14- Psikoloji muayenehanelerinin hem sayı bakımından hem de nitelik yönünden yeterli hale getirilmesi için, bu yöndeki çalışmaların arttırılması sağlanacaktır.

2.2.1.3.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977 yıllarını içine alır. Plan 26 Ekim 1972 tarihinde TBMM tarafından onaylanmış ve 27 Kasım 1972 tarihli ve 14374 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak uygulanmaya başlandı. Bu planda gerçekleştirilmesi öngörülen sağlık politikaları şu şekildedir:

1- Temel ilke sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesidir. Yatarak tedavi veren sağlık kurumlarında tek elden idareye vasıl olmak maksadıyla yataklı tedavi veren kurumlar nc Planın ilk iki senesinde tek bir kurum şekline dönüştürülecek, Millî Savunma Bakanlığı'nın hususi özellikteki ve üniversitelerin eğitim hedefleri haricindeki öteki kamu kuruluşlarına bağlı tüm hastanelerin sözü edilen kuruma devredilmesi sağlanacaktır.

2- Yeni kurulacak kurum dışında hiçbir kamu kurumu yeni hastane yapmak için çalışmayacaktır. Sosyal Sigortalar Kurumu ile öteki genel idare kurumları ve yerel yönetimler var olan ve sonradan oluşacak gereksinimleri Yataklı Tedavi Hizmetleri Kurumuna ulaştıracaktır. Kuruluş gerekenlerin sağlık esas tasarımlarıyla uyumlu şekilde mevduat tasarlamasına alınmasını sağlayacak ya da var olan imknlerden işletme protokolü ile faydalanması sağlanarak bu ihtiyaçların karşılanmasını sağlayacaktır.

3- Sağlık sektöründe hizmetlerin tekelleşme imkanı kurulana değin farklı sektörlere ait yatırıarak ve ayakta tedavi veren kurumlardaki çalışan, donanım ve malzemenin ekip ve kalite ltleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile beraber hazırlanacak mevzuatlar temeline göre hazırlanacak, boş yatak kapasitelerinden yararlanma olanakları araştırılacak ve yeni oluşturulacak yataklı kuruluşların bina ihtiyaç programı ve inşa mekanlarının tespiti Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın onayının alınmasıyla yapılacaktır.

4- Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı sağlık hizmetlerinin tek birimden idare edilmesi ana prensibine yakışacak bicimde merkezde işbirliği ve iletişimi rahatça yerine getirecek kurumdur. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kırsal kesimdeki teşkilatında mahalli kurumların gelişmesini sağlayacak, idarede taşra teşkilatının daha fazla sorumluluk almasını sağlayacak ve taşra rgt ile iletişimin kuvvetlendirecek bir şekilde tekrar düzenleyecektir. Bu tertipte tedavi edici hizmetlerle koruyucu hizmetler arasında kaynaşmayı temin etmek maksadıyla Yataklı Tedavi Kurumları ile lüzumlu olan rabıta kurulacaktır.

5- İnsan gücü kısmında bulunan, bütün yüksek ğretim mezunlarına tatbik edilecek olan ‐yurt kalkınması hizmeti‐ doktorların ülke genelinde denge gözetilerek dağıtılması için bir yönteme bağlanması sağlanacak ve nc Beş Yıllık Planın iki senesini nihayetinde tatbik edilmesi sağlanacaktır.

6- Sosyalleştirme Programı'nın çalışanların istihdamında karşı karşıya kalınan zorluklar sebebiyle yavaşlatılması usulü tercih edilmeyerek, programa dahil edilen şehirlere pratisyen ve mütehassıs doktorların temini maksadıyla bütün parasal ve toplumsal özendirici önlemler mutlaka alınacaktır. İzmir, Ankara ve İstanbul'un da programa dâhil edilmesiyle ortaya çıkacak rotasyon imkânı sistemleştirilecektir.

7- Aile planlaması ve ana, çocuk sağlığı hizmetleri merkezi düzeyde ve taşrada toplumsallaştırma programı ile birleşmiş bir tek kurum eliyle yürütülecektir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği şehirlerde sağlık ocağı ve sağlık evleri bünyesinde aile sağlığı ve planlaması hizmetleri karşılanacak, doğum oranlarının Türkiye ortalamasının üstünde olduğu yerlerde hususi programların uygulanması sağlanacaktır. Diğer ilgili kamu kuruluşları da aile planlaması hizmetine katılacaktır. Üçüncü Kalkınma Planı zamanında sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmadığı şehirlerde aile planlaması ve sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi önemsenenecektir. Bu hedef doğrultusunda, kırsal yerlerde görev yapan köy ebelerinin hizmetlerine önem verilecektir.

8- Genel sağlık sigortası için lüzumlu olan yönetmelik tertip edilecek ve kademeli bir şekilde uygulanacaktır. Sağlık hizmetinin ileri seviyede olduğu şehirlerde sigortanın yataklı tedavi kurumlarına rağbeti artırmaması göz önünde tutularak bu mevzuatın hazırlanması sağlanacak ve sigortanın ortaya çıkaracağı ilave isteklerin lüzumlu hale getireceği finansman sadece sigorta primlerinden karşılanacaktır.

9- Çevre sağlığı ile alakalı inşa, ihtimam ve işletme hizmetlerinin tek elden idare edilmesi ve ilerletilmesi maksadıyla, bu alandaki sorumluluk, kaynak ile insan gücü dökümleri hazırlanacak, vazifeler tespit edilecek ve mevzuat düzenlemeleri yapılan çalışmaların neticelerine bakılarak yapılacaktır. Yapılan düzenlemede hizmetin standart ve yaygın şekilde verilmesini temin etmekle vazifeli bir teşkilat olacaktır. Bu çalışmalar neticelendirilene değin belediyelerin çevre sağlığı hizmetlerini yerine getirmesi amacıyla lüzumu hâsıl olan önlemlerin alınması sağlanacak, zayıf belediyelere destek verilecek, yerine getiremedikleri hizmetler merkezi idarece yürütülecektir. Bununla birlikte bilhassa turistlerin uğrak yeri olan yerlerde belediyelerin yetersiz kalabildiği zararlı böcek ve sineklerle mücadele etme işi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na yapılacaktır.

10- Sağlık ve Sosyal yardım Bakanlığı'na bağlı bir birim, besin maddelerinin ve çevre sağlığı hizmetlerinin sağlık yönünden denetlenmesi, standartların ve yasaların tespit edilmesi görevini üstlenecektir. Çevre sağlığı ile alakalı öteki kurumlar ile işbirliği yapacak ve mühim mevzularda beraber hüküm verecek olan da bu birim olacaktır.

11- Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde; okul öncesi ve okul çağındaki çocuklara yönelik ve harici kurumların katkılarıyla uygulanan beslenme programları, karşılaşılan eksik beslenme probleminin ortadan kaldırılması ve beslenme eğitime öncelik verilecek biçimde, tekrar hazırlanacak ve hazırlanan programların icabı besinlerin gittikçe millî menşelerden elde edilmesi sağlanacaktır.

12- Fiziki amaçlarda ortaya konan, genel hastanelerdeki yatak adetleri yatak/nüfus oranları en az olan şehirlerden başlanmak suretiyle iyileştirilecektir. Fakat yeni yatak kapasitesi meydana getirilirken, dikkate alınacak husus var olanların asgari yüzde 70 yatak işgal oranı ile istifade edilmesi olacak ve yeni yatırımların yapılabilmesi bir ilde mevcut kapasiteden tam yararlanma sağlanmasına bağlı olacaktır.

13- Yataklı olan tedavi kurumlarında değerlendirilen yatak ile kadro yatağı adetleri arasındaki farkların azaltılması sağlanacak ve düşük yatak kullanma oranları yükseltmek yoluyla para harcamadan ahaliye fazla yatak takdim etme prensibi temel alınacaktır. Hastane işletmesinde ambulans ve ilk yardım hizmetlerindeki eksiklerin tamamlanması göz önünde tutularak, lüzum görülen tedbirlerin alınmasına öncelik verilecektir. Önem verilecek diğer bir husus da evde tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi olacak ve bu konuda pilot uygulamaların yapılması sağlanacaktır.

14- Sağlık yapılarında ihtiyacı karşılayacak bina standartlarının iyileştirilmesi maksadıyla sürekli işbirliği içinde olacak kurumlar; TÜBİTAK Yapı Araştırma Enstitüsü, Bayındırlık Bakanlığı ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'dır. Dispanser, sağlık evi, sağlık ocağı ve benzeri sağlık kurumlarına yatırım giderlerini azaltacak önlemlerle birlikte halk katılımının gerçekleşmesi çalışmaları yapılacaktır.

15- Onkoloji ve akıl ve ruh sağlığı hastaneleri bünyesinde fiziki amaçlarda tespit edilen yatak artışlarının programlanması Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın belirleyeceği şehirlerde ve birer bölge hastanesi kalitesinde yapılacaktır. Yataklı hizmet veren tedavi kurumlarında yatak sayısının arttırılması

istenen akıl ve ruh sağlığı hastaneleri, sadece iyileştirici hizmete yönelik olmayıp görev yaptıkları yerlerde koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini de uygulayan ve yön veren bir şekilde geliştirilmesi sağlanacaktır.

16- Uyuşturucu maddelerin kötüye kullanılması, ilaç ve alkol bağımlılığı konularında incelemeler yapacak bir merkez kurulacaktır.

17- Sanayinin ağırlıkta olduğu bölgelere yöneltecek şekilde Çalışma Bakanlığı İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Genel Müdürlüğü hizmetleri geliştirilecektir. Bilhassa işyeri sağlık örgütleri ve doktor bulundurmaıyla alakalı yasaların uygulamadaki ikilemleri yok edecek biçimde tekrar yapılandırılması ve işçi sağlığı hususunda doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitilmesi amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda ve üniversitelerde ihtiyaç duyulan bölümlerin eğitime başlaması sağlanacaktır. Çalışma mekânlarında esas tatbik edici olarak görev yapan sağlık ve güvenlik teşkilatlarının personeline eğitim verilecektir.

18- Sağlık Bakanlığı içerisinde dış sağlığı hizmetleri vermek amacıyla bir dış sağlığı ünitesi oluşturulacak ve dış sağlığı için ilk teşkilat kent tipi sağlık ocaklarında başlanacak ve köylere hizmet götürülmesi amacıyla gezici ekiplerin kurulmasına imkân sağlanacaktır.

19- Kan temin etme programında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığında 1 numaralı önlemede kurulması istenen kurum içinde bir birim oluşturulacaktır. Bu birimin yetkisi altında bulunan bir kan aktarımı kaynağı laboratuvarı kurulacak ve yapılacak programa uygun olarak kan merkezleri faaliyete geçirilecektir.

20- İlaçlarda devlet kontrolü ile farklı ülkelerden alınan hammaddenin dozu, ücret ve kalite denetimiyle beraber tıbbi ilaçlar ile veteriner ilaçlarının ruhsat öncesi çözümlemelerinden başka pazara sürüldükten sonra denetiminin yapılması amacıyla lüzumlu olan kontrol, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı hesabına İstanbul Devlet ilaç Kontrol Enstitüsü ile geliştirilecek olan Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü İlaç Kontrol Şubesi tarafından yapılacaktır.

21- İlacın gereğinden fazla kullanılmasını ve ilaç enflasyonunu sınırlandırmak maksadıyla, zamanımıza değin verilen ilâç izin belgeleri incelenecek Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca muadil olan ilaçların sayılarının azaltılmasına gidilecektir. Reçete olmadan ilaç satılmasını engelleyen önlemler alınacak ve halkın ilâç alma esasları tekrar belirlenecektir. İlaç kullanımının alt gelir

gruplarına yaygınlaştırılması için, sağlık tarafından yaşamsal ehemmiyet taşıyan belli başlı ilâçların fiyatlarını değiştirmeyecek önlemler alınacaktır.

22- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı ve Gençlik ve Spor Bakanlığı ile müşterek olarak Okul ve Spor Sağlığı Programları, hazırlanacaktır. Yapılan programda lüzum görülen elemanların eğitilmesi ve spor etkinliklerinin yoğunlaştığı şehirlerde lazım olan spor sağlık merkezlerinin oluşturulması sağlanacaktır. Bu teşkilatlardan başka hizmetler genel sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilecektir. Kırsal bölgelerde bu mevzuda sağlık ocaklarında görev yapan sağlık memurlarından, il ve ilçe merkezlerinde sağlık ocaklarından ve doktorlarından faydalanılacaktır.

23- Türk Standartları Enstitüsün tarafından sağlık hizmetlerinde kullanılan materyallerin standardizasyonunun Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile işbirliği içinde yapılması öncelikli konular arasında yer alacaktır.

2.2.1.3.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1978-1983)

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1978-1983 tarihlerini içine alır. 30 Kasım 1978 tarihinde plan TBMM’de onaylanmış, 12 Aralık 1978 tarihinde, 16487 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak kullanıma sokulmuştur. Planda belirlenen sağlık politika ilkeleri şu şekildedir:

Sağlık hizmetlerini etkili, eşit ve devamlı surette bütün bireylere ve her yere götürmek, bu sayede toplumun genel sağlık seviyesini geliştirmek bu planın esas ilkesidir.

1- Bu sebeple, sağlık alanında tatbik edilen uygulamaların farklı sistemler olduğu düşüncesi bırakılarak tek elden yönetim tatbikinin uygulaması gerçekleştirilecektir.

2- Sağlık hizmetlerinin kalite ölçütlerini arttırmak maksadıyla gerekli parasal gücü elde etmek için lüzumlu olan yasal tertipler yapılarak, sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılması amacıyla sağlık sigortalarının içeriği haricinde olan kişilerin sağlık gereksinimlerinin devlet eliyle karşılanması sağlanacaktır.

3- Farklı teşkilatlarda bağımsız olarak uygulanan koruyucu hizmetlerin tamamı, toplumsallaştırma programı dâhilinde birleştirilmiştir. Bundan dolayı, koruyucu hekimlik hizmetlerinin tatbik edilmesindeki terslikler giderilecek, vücuda getirilecek yeni düzenlemeler ile ilerletilecek ve faal bir kullanmayla bütün halkın

faaydalanacağı düzeve getirilmesi öncelikli olacak, iyileştirici (tedavi edici) sağık hizmetleri ile bir bütün olarak incelenmesi sağılanacaktır.

4- Çevre sağığı hizmetlerinde aktifliğı temin etmek maksadıyla merkezi yönetimin kendi bünyesinde ve mahalli idare ile ahenkli çalışabilmesi maksadıyla kurumsal düzenlemeler yapılacak, kafi adette idareci, mütehassıs ve teknik elemanın eğitilmesi ve halkın bu mevzudaki eğitimi öncelikli olarak gerçekleştirilecektir.

5- İlaçlar üzerinde devletin denetim yapması, dış ölkelerden alınan hammaddenin dozu, ücret ve kalite denetimiyle başlatılacak, üretmek ve tüketmek aşamalarında Devletin faaliyetlerini arttıran ve ilaçların tüketilmesindeki israfi engelleyici düzenlemeler yapılması sağılanacaktır. Yaşamsal ehemmiyet arz eden ve yaşam kurtarma görevini yapan ilaçların iç pazarda sürekli bulunabilmesi amacıyla gerekli tedbirlere başvurulacaktır.

6- Yerli imkanlarla üretilen ve dış ölkelerden satın alınan ilaçların ve aktif maddelerin denetimlerini Devlet ilaç Kontrol Enstitüsü yapacaktır.

7- Kan türevleri üretiminden kan alma işlemine ve elde edilenlerin ihtiyacı olanların eline ulaştırılmasına değin atılan adımları düzenleyen, bu mevzudaki kaide ve prensipleri belirleyen çalışmalar önemli hale getirilecektir.

8- İşçi sağığı ve işyeri güvenliğı hizmetlerinin zamanın şartlarına ve ölkede realitesine elverişli şekilde yaygınlaştırılmasına, hâlihazırdaki teşkilatların kuvvetlendirilmesi ve ilerlemesi amacındaki çalışmalara önem verilecektir.

9- Tanı koyma ve iyileştirme aşamalarında kullanılan malzemelerin temini, kullanılması ve sağık sistemi bünyesinde yaygın duruma getirme basamaklarında, benzer kuruluşlar arasında koordinasyonu temin edecek standartlar belirlenecektir. Sözü edilen malzemelerin devlet tarafından yetecek rakamlarda ve elverişli ölçülerde üretilmesi yapılacaktır.

10- Nüfusun dengeli ve yeterli beslenme yapabilmesi maksadıyla mecburi olan ana gıda maddelerinin üretimini teşvik edici ve ölkede seviyesine göre dengeli dağıtımını yönlendirici düzenlemelerin yapılması sağılanacaktır.

11- Ana - çocuk sağığı hizmetlerinde, okul öncesi ve okul dönemindeki çocuklara özgü gıda programları, tespit edilen noksan beslenmeye ile doğru beslenme eğitime önem verecek şekilde tekrar tertip edilmesine, 0-6 yaş arası

çocuklarına gıda temininde güçlük çeken dar gelirli ailelere Devlet yardımı tedarik edilecektir.

12- Tam süre çalışma yasasını etkinleştirmek maksadıyla, lazım olan malzeme ve benzer ihtiyaçların giderilmesine çalışılacaktır. Uygulamaların neticelerinin analizine, lüzum görülürse yeni düzenlemeler yapılmasına ve tedbirlerin vakit kaybedilmeden alınması için özen gösterilecektir.

13- Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri aile planlaması programları ile beraber anne sağlığına zarar verecek uygulamaların sona erdirilmesi için toplumsallaştırma programı bütünlüğü içinde uygulanacaktır. Sağlık ocağı ve sağlık evlerinde bu hizmetler devam ettirilecek, bu gayeyle köy ve beldelerde görev yapan köy ebelerinin sorumlulukları arttırılacaktır.

14- Sağlık politikası prensiplerine göre sağlık çalışanlarını eğiten kurumlarda, toplum sağlığı hususları özellikle önemli olacaktır. Doktor eğitiminde doktor çalıştıran kuruluşların gereksinimleri hesaba katarak, Tıp Fakülteleri, mesleki kuruluşlar ve doktor çalıştıran kurumları temsil edenlerin katılımıyla oluşan bir kurul oluşturulup, sözü edilen kurula gereken yetkiler verilecektir.

2.2.1.4. 1980-2002 Dönemi Sağlık Politikaları

1982 Anayasası, yurttaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarıyla birlikte bu hakkın gerçekleşmesinin devletin yükümlülüğünde olduğuna dair hükümleri barındırmaktadır. Anayasa'nın 60. maddesi gereğince “Bütün bireyler sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliğı yerine getirecek için lazım gelen önlemleri alır ve teşkilatı kurar”. Bundan başka Anayasa'nın 56. maddesinde “Devlet, herkesin yaşamını, ruh ve beden sağlığı içinde devam etmesini sağlamak; madde ve insan gücünde verimi ve tasarrufu artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek için sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu vazifesini kamu ve özel sektörlerdeki sosyal kurumlar ve sağlık kurumlarından faydalanarak, onları denetleyerek yerine getirilmesini sağlar.” denmektedir. Aynı madde içinde “Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine” ilişkin de bir hüküm de yer almaktadır. (Akdağ 2012: 49).

1987 senesinde 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” yürürlüğe girmiş; ancak bu kanunun tatbikine dair düzenlemelerin yerine getirilmemesinden dolayı ve birtakım maddelerinin Anayasa Mahkemesi eliyle bozulması nedeniyle,

tamamıyla uygulanamamıştır. Bu kanun ile özel ve kamu sağlık kuruluşları aynı bakış açısı ile incelenmiş, devletin her iki kesiminin sağlık kuruluşuna aynı şekilde yaklaşması düşüncesi hâkim olmuş, kamu sağlık kuruluşlarının konum olarak işletme durumuna getirilmesi, hem kamu hem de sağlık kurumlarının hizmetlerinin ücretlendirilmesi, sosyal güvence sahibi bütün bireylerin özel veya kamu sağlık kurumlarından faydalanabilmesi sağlanmak istenmiştir. “Sağlık işletmeleri kavramı” bu kanun maddesi ile sağlık politikalarında yapılan en mühim değişikliktir (Yalçın Gürsoy 2012: 94).

Sağlıkta finansı idare etmenin ehemmiyetinin artması ile Genel Sağlık Sigortası, 1987 senesinde yeniden görüşmeye alındı. Fakat bu husustaki hukuki düzenlemelerin tatbik edilemediği gibi 1986 senesinde BAĞ-KUR sigortalılarına da ayrıca sağlık yardımları yapılmaya başlanması sonunda halkın sağlık sigortacılığı konusunda 3 başlı bir teşkilat meydana geldi. Benzer sağlık hizmetine bu üç kurumun bambaşka bakış açıları ve ücretlendirmeleri görüşüldü ve bu gelişmenin en dikkat çekici sonucu oldu. Uygulanan bir hizmetin karşılığı kimi kurumlar tarafından ödenirken kimilerince ödeme yapılmadı (Akdağ 2012: 50).

1990 senesinde sağlık sektörü ile alakalı bir esas plan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından hazırlatıldı. Bu plan istikametinde 1. Ulusal Sağlık Kongresi 1992 senesinde bir araya geldi. Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı eliyle uygulanan bu “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” başka bir deyişle sağlık reformlarının görüşüldüğü bir dönemin başlamasına neden oldu.

1992 ile 1993 senesinde Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapıp sağlık iyileştirme kuramı çalışmalarına sürat verilmesi sağlandı. Sosyal güvenlik kapsamı içinde olmayan dar gelirli yurttaşlara özgü Yeşil Kart uygulamasına 3816 sayılı Kanun ile 1992 senesinde geçildi. Bunun sonucunda sağlık hizmetlerine ulaşım hususunda gerekli gelir düzeyinde olmayan, parasal imkânlar yönünden yetersiz kişilerin, yeterli olmasa da, sağlık sigortacılığına dâhil olmasına imkân oluşturuldu (Akdağ 2012: 50).

“Ulusal Sağlık Politikası” Sağlık Bakanlığı’nın çalışmalarıyla 1993 senesinde hazırlanmış; çevre sağlığı, sağlık hizmetlerinin sunumu, yaşam biçimi, sağlıklı Türkiye hedefleri, destek olarak öncelikli beş temel bölümü içine almaktaydı (Akdağ 2012: 50).

Genel Sağlık Sigortası, “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” adıyla, Bakanlar Kurulu tarafından 1998 senesinde Meclis’e getirildi, fakat kanunlaşması mümkün olmadı. Genel Sağlık Sigortası ile alakalı olarak “Sağlık Sandığı” adıyla isimlendirilen bir yasal proje taslağı 2000 yılında, bakanlıkların mütalaasına sunuldu. Fakat o taslak da sonuca ulaşmadı (Akdağ 2012: 50).

1990’lı senelerde devam eden Sağlık Reformu gayretlerinin temel ögeler içinde şunlar bulunmaktaydı:

1. Genel Sağlık Sigortası’nın oluşturularak Sosyal güvenlik kurumlarının aynı yapı altında toplanması,
2. Aile hekimliği sınırlarında Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesi,
3. Hastanelerin bağımsız sağlık işletmelerine çevrilmesi,
4. Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı’nın planlayıp kontrolünü yapan bir kuruma dönüştürülmesi (Akdağ 2012: 50).

Bu dönem görüldüğü üzere mühim kuramsal çalışmalar yapıldığı fakat yapılan bu çalışmaların gerekli uygulama şansının olmadığı bir çağ olmuştur (Akdağ 2012: 50).

2.2.1.4.1. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)

Beşinci Beş Yıllık kalkınma Planı 1985-1989 yıllarını içine alır. Plan TBMM tarafında 16 Temmuz 1984 yılında onaylanmış ve 23 Temmuz 1984 tarihinde 18467 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmak suretiyle geçerlilik kazanmıştır. Planda belirlenen sağlık politikaları şunlar vardır:

- 1- Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde dengeli bir şekilde yaygınlaşması sağlanacak ve güvenilir, etkili, rahat ulaşılabilir, formaliteden uzak bir mahiyete kavuşturulacaktır.
- 2- Hizmetin verilmesinde iyileştirici sağlık hizmetinden kademeli şekilde koruyucu sağlık hizmetlerine geçilecektir. Sağlık hizmetleri koruyucu hizmet anlayışı ile kademeli duruma getirilecek ve verilen hizmetlerin büyük şehirlerde birikmemesi için gerekli önlemler alınacaktır.

3- Koruyucu sağlık hizmetlerinin kâfi gelecek şekilde ve dengeli olarak ÷lke genelinde yaygın duruma getirilmesine çaba harcanacak, bu amaçla lüzumlu olan bina, çalışanlar ve malzeme noksanlarının giderilmesi sağlanacaktır.

4- Yatırarak iyileştirme yapan tedavi kurumlarında mevcut kapasitenin daha realist, verimli ve tesirli kullanılmasına çalışılacaktır. Bununla birlikte, planın hedefinde on bin kişiye 26 yatak imkânı verilmesi olmakla beraber, var olan boş yatak kapasitesi kullanılmayan şehirlere tekrar yatak ilavesi yapılmayacaktır.

5- Çocuk vefatlarının azaltılması amacıyla bağlı kuruluşların yer alacağı yüksek düzeyde bir kurul oluşturulacak, dayanışma ve işbirliği sağlanarak bebek kayıp sayısının muasır devletler seviyesine düşür÷lmesi sağlanacaktır.

6- Hizmet verimliliğinin artırılması için sağlık teşkilatları, işletmecilik tarafından değerlendirilecek; devlet, üniversite ve öteki hastaneler arasında işbirliği olanaklarının yükseltilmesi ve kurumların müşterek çıkarlarda elbirliği ile çalışmalarının sağlanması amacıyla lazım olan politikalar uygulanacaktır. Faydalanılmayan olanakların gerekli olan alanlara iletilmeleri sağlanacaktır.

7- Hastane işletmeciliği yönünden verimli ve gerçekçi olmayan gereğinden çok yatak kapasitesi olan eğitim ve uygulama hastanelerinin yapılmasının önüne geçilecek, poliklinik hizmetlerin düzenlenmesi ve hastane işletmeciliğinde belirli kıstaslara bağlı kalınacak, yönetim hizmet birimleri ve poliklinik, hasta servislerinden ayrılacaktır.

8- Büyük illere hasta yığılmasının engellenmesi amacıyla sağlık başvuru dizisinin başlangıcı sağlık ocakları olacaktır. Bölge hastaneleri uygulamasına geçilecektir.

9- Tedavi sonrası var olan iyileştirici sağlık hizmetlerinin kapsama gücü ve kalite yönünden daha iyi hale getirilmesine çalışılacaktır.

10- Tıbbi cihazların gereksiz kullanılmasının engellenmesi, tamir ve bakım hizmetlerinin daha iyi hale getirilmesi ve lazım olan elemanların eğitilmesin önemsenecektir. Bu elemanların farklı alanlarda eğitilmesi amacıyla, orta kademe teknik okullar ve YÖK, programlar başlatacak ve geliştirilecektir.

11- Hizmet üretiminde ana etken olan ve bütün sağlık hizmetlerinde her basamakta lazım olan nitelikli insanların yeterli miktarda ve kalitede eğitilmesi ve özendirme ilkeleri ile yerinde çalıştırılacaktır.

12- Özel sağlık kurumları ve hastanelere teşvik verilecektir. Bu kurumların verdikleri hizmetlerin bedeli olarak belirlenen ücretler serbest olacaktır. Öte yandan bağımsız görev yapan doktorlar ile kontratlar imzalanarak halkın hizmet satın alması yolu ile sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sağlanacaktır.

13- Kendilerinin sağlık hizmeti vermesi şeklinde kamu kurumlarının ve Sigorta Kurumlarının teşkilatlanmaları önlenecek; halihazırdaki sağlık kurumlarından yararlanılması temel olacak; bu açıdan gerekli düzenlemelerin yapılması sağlanacaktır.

14- Sağlık sigortasına geçiş, dönem içinde görüőülecektir.

2.2.1.4.2. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994 yıllarını içine alır. Plan TBMM tarafından 22 Haziran 1989 yılında onaylanarak, 6 Temmuz 1989 tarihinde ve 20212 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır. Planda belirlenen sağlık politikaları şu şekildedir:

1- Sağlıklı bir halk amacıyla sağlık hizmetlerinden yurttaşların en verimli biçimde yararlanabilmesi amacıyla sağlık hizmetlerini sürekli, eşit olacak şekilde, yeterli ve denge gözetilecek biçimde bütün halka ve bütün memlekete ulaşmasını sağlamak esas prensip olacaktır. Bu gaye ile sağlık temel planının hazırlanması gerekmektedir,

2- Koruyucu sağlık hizmetlerine genellik, devamlılık ve etkinlik kazandırılması öncelikli amaç olacaktır. Temel sağlık hizmetleri kuvvetlendirilecektir.

3- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması ve hizmetleri etkin duruma getirilerek yaygın hale getirilecektir.

4- Çevre sağlığını koruyan, salgın hastalıkların bulaş riskini engelleyen temiz içme suyu, modern kanalizasyon gibi alt yapı yatırımları güçlü bir şekilde devam ettirilerek sağlıklı yaşam şartları üzerindeki müspet katkıları göz önünde bulundurulacaktır; belediyelerin belirlenen ölçütler içinde genel tuvalet yapmaları desteklenecektir. Fiziki, iktisadi ve toplumsal çevreden meydana gelen tehlike unsurlarının sağlık üstündeki menfi tesirleri asgariye indirilerek kamunun tedavi kurumlarına başvurularının yavaş yavaş azaltılması için lazım gelen önlemlerin alınması sağlanacaktır.

5- Besin denetim hizmetlerini, aşı, ilaç, kan ürünlerinin ve serum üretiminin ve niteliklerinin denetimini, korunmasını, kurumlara dağıtılmasını ve kullanılmasını aktifleştirecek tertibat için gerekli çalışmalar yapılacaktır.

6- Sağlığın güçlendirilmesi ve muhafazası amacıyla eğitim faaliyetlerine ağırlık verilerek, kişi ve toplulukların sağlık bilinci geliştirilecektir.

7- Sağlık hizmeti veren kuruluşların aktif şekilde birbiriyle bağlantılı ve sıkı bir işbirliği içinde çalışmaları imkanı oluşturulacak, yatakların kullanılması da dâhil rasyonelliğin sağlık hizmetlerinde arttırılması sağlanacaktır. Hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla idare edilmesine, veri kayıt sistemleri ve aktif iletişim kurulmasına olanak verilecektir.

8- Birinci basamak sağlık hizmet birimleri kuvvetlendirilecektir. Bu basamaktan başlamak suretiyle üniversite hastanelerine varıncaya dek giden güçlü bir hasta sevk zinciri oluşturularak gereksinimler yerinde temin edilecek ve hastanelerde lüzumsuz kalabalıkların oluşması önlenecektir. Bundan başka, evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi sağlanacaktır.

9- Engelliler, ihtiyarlar ve psikoloji hastalarına özgü tanı ve iyileştirme hizmetleri kuvvetlendirilerek, verilen hizmetlerin sınırları genişletilecektir.

10- Sağlık alanında sağlık ekonomisi de içinde olacak biçimde aktif bir insan gücü planlanacaktır. Sağlık elemanlarının ve sağlık alt yapısının ülke seviyesinde denge gözetilerek dağıtılmasını yapmak amacıyla tesirli önlemler alınacaktır.

11- Tıp Eğitiminin eğitim programlarında ve doktor istihdam politikalarında pratisyen hekimliği teşvik edici düzenleme çalışmaları yapılacaktır. Mütchassis doktor eksiki olan tıp alanlarında ihtisas yapma özendirilecektir. Bağımsız görev yapanlarında da içinde olduğu tüm personelin devamlı olacak olan hizmet içi eğitimleri belli bir düzene bağılı olacaktır.

12- Sağlık alanında yapılan sistematik araştırma etkinlikleri ile en yeni tıp alanları ve modern tıp teknolojisinin takip edilmesi amacıyla gerek görülen takviyeler verilecektir.

13- Sağlık hizmetlerinin parasal kaynaklarının çeşitlendirilmesi temel olacak ve hizmette isteklerin yerine getirilmesinde özel sektörden de faydalanabilmek amacıyla lüzum görülen teşvikler verilecektir.

14- İdare, kaynak ve standartta beraberlik sağlanıp sağlık sigortasının sınırları genişletilecektir.

15- onarım ve bakım hizmetlerinin gelişmesinin sağlanması amacıyla sağlık kuruluşlarındaki biyomedikal mühendislik hizmetleri faal hale getirilecektir.

16- Memleketin şartlarına uygun ve işlevsel sağlık yapılanmaları için tip projelerin geliştirilmesi sağlanacaktır.

17- Sağlık mevzuatı günün şartlarına göre yeniden şekillendirilecektir.

2.2.1.4.3. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000 yıllarını içine alır. TBMM tarafından 18 Temmuz 1995 yılında onaylanan plan, 25 Temmuz 1995 tarihinde 22354 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak faaliyete geçirilmiştir. Planda belirlenen sağlık politikaları şu şekildedir:

1- Sağlıkta kaynakların aktif olarak kullanılması, hizmette genele ulaşmak, devamlılık ve nitelik kazandırılarak hizmet alanların doyuma ulaşması için sistem; parasal, idare ve teşkilat, çalışanlar, hizmet verimi, yönetmelik ve haberleşme, danışma ebatları ölçüleriyle tekrar şekillendirilecektir.

2- Sağlık politikalarında devamlılık sağlanacak, kanunların istikrarlı şekilde uygulanmasına önem verilecektir.

3- Sağlık hizmetleri veren kamu kuruluşlarının birbirleriyle eğitim, yatırım planlaması ve hizmet sunumu etkinliklerinde işbirliği ve işbölümü yapılacaktır. Hâlihazırdaki altyapı olanaklarına bazı nüfus topluluklarının değil, tüm halkın ulaşmasını sağlayacak biçimde tekrar oluşturulacaktır. Yatırım planlaması ile insan gücü ve ekipman sağlamak bütünlük içinde ele alınacaktır.

4- Hâlihazırdaki fiziki altyapı kapasitesinin düşük olduğu yerlerde yeni yatırım yapılmayacak. Yatırım ihtiyaçları gerçekçi kıstaslar sınırında belirlenecektir.

5- Emsal olan hizmetlerin aynı nüfus öbeğine değişik hizmet üniteleriyle verilmesini önleyen yalın bir teşkilatlanma teşekkül edilecektir. Birbirine eş hizmeti sunan farklı temel sağlık hizmet üniteleri birleştirilmiş sağlık hizmeti veren tek tipli bir kurumsal yapı haline getirilecektir. Kırsal kesimlerde sağlık ocağı, sağlık evi birinci basamak sağlık modeli devam ederken, şehirlerde az nüfus temeline dayanan aile hekimliği sistemi meydana getirilecektir. Nüfusun kalabalık olduğu kentsel

kesimlerde ise semt polikliniği uygulaması geçerli olacaktır ve bu anlamda lüzumlu olan kanuni düzenlemelerin yapılması sağlanacaktır.

6- İlçelerde sağlık müdürlükleri meydana getirilecek, sağlık grup başkanlıkları kaldırılarak, şehirlerde ve büyük ilçelerde nüfusun yoğunluğuna bakılarak eğitim sağlık ocakları kurulacak, var olan ana-çocuk sağlığı merkezleri bu maksatla hizmet vereceklerdir.

7- Sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşlarının gerçekçi planlama yapabilmeleri, etkin hizmet sunumu ve kontrolü yapabilmeleri için sözü edilen kuruluşlardaki hizmet finansmanı ve hizmet sunumu birlikte değil ayrı çalışacaktır. Sağlık Bakanlığı halk sağlığını standart, koruyucu ve ölçü belirleyen bir oluşun haline getirilecek, direkt yataklı tedavi hizmeti vermedeki rolünün kademeli olarak azaltılmasına gidilecektir.

8- Sağlık hizmetlerinde merkezi idarelerin vazife, salahiyet ve yükümlülüklerinin azalması sağlanacak, il sağlık yönetimlerinin vazife, salahiyet ve yükümlülükleri tekrar düzenlenecektir. Hizmetin verilmesinde mahalli idarelerin görevleri fazlaştırılacaktır.

9- Sağlık hizmetlerinin bütün basamaklarında halka katkıda bulunma ve katılma imkânı verilecektir.

10- Sağlık alanına daha çok bütçe tahsis edilecek, etkin bir eş güdüm ve işbirliği sağlanmak yoluyla var olan kaynakların daha randımanlı kullanılmasına imkân sağlanacaktır. Kamusal kaynaklar ilk önce maliyetin daha etkili olduğu koruyucu sağlık hizmetlerine aktarılacaktır.

11- Birinci basamakta hizmet veren ünitelerin insan gücü ve altyapı olanakları ıslah edilerek sağlık hizmetlerinin temeli kuvvetlendirilecektir. Bu hususta salgın hastalıklarla savaşma, ruh sağlığı, ağız ve diş sağlığı, okul sağlığı, zarar veren bağımlılıklardan korunma, ihtiyar bireylerin sağlığı, engellilerin sağlık bakımı, evde bakım hizmetleri, sağlık ve beslenme eğitimi hizmetlerine dair programların geliştirilmesi sağlanacaktır.

12- İnsan sağlığı üzerinde menfi tesirleri olan çevresel tehlike etkenlerinin asgariye çekilmesi maksadıyla kurumlar arasında işbirliği programı yapılacaktır.

13- Besin üretim politikaları beslenme problemlerini de göz önüne alınarak tespit edilecek, iyotlu tuz imal edilmesi, suyun klorlanarak sağlığa uygun hale

getirilmesi, unun ya da ekmeğin mineral bakımından zenginleştirilmesi özendirilecektir.

14- Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'nin tavsiye hizmeti sunabilecek bir milli laboratuvar durumuna getirilmesi sağlanacaktır.

15- Bütün hizmet basamaklarının hepsini içine alan bir hasta sevk zinciri oluşturulacak ve bu minvalde hizmet alan kişiye doktor ve hastane tercih etme olanağı tanınacaktır.

16- Daha nitelikli ve etkili sağlık hizmeti verebilmesi amacıyla hastaneler yönetim ve parasal bağımsızlığa ulaştırılacaktır. Modern işletmecilik fikri ile idari yapılar kuvvetlendirilecek, bu minvalde lüzumu hasıl olan kanuni düzenlemelerin yapılması sağlanacaktır.

17- Hastanelerde maliyet muhasebesi teknikleri kullanılarak bütün gider unsurları maliyetlere yansıtılacaktır. Gerçek maliyetlere dayalı fiyatlandırmaya gidilecek, bu şekilde, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan ve piyasa koşullarında çalışan hastanelerden kamu sübvansiyonu kademeli olarak kaldırılacaktır.

18- Sağlık insan gücünün bölgeler arası ve kıır-kent düzeyinde dağılımı ile meslekler ve meslek içi ihtisas alanları itibariyle dağılımının dengeli hale getirilmesi amacıyla etkili insan gücü planlaması yapılacak, iş yükü esasına dayalı kadro standartları geliştirilecektir. Meslek gruplarının görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenecek ve personelin dengeli dağılımını sağlayacak bir ücretlendirme sistemine geçilmesi sağlanacaktır.

19- Ülke şartlarına uygun sağlık insan gücü yetiştirmek amacıyla, eğitim müfredat programları gözden geçirilecek, mezuniyet sonrası sürekli eğitim ve hizmet içi eğitim kurumsallaştırılacaktır. Sağlık insan gücünü yetiştiren ve kullanan kurumların birlikte temsil edileceği sürekli bir izleme sistemi oluşturulacaktır. İhtiyaç duyulan yeni tip insan gücünün yetiştirilmesi amacıyla yeni düzenlemeler yapılacaktır.

20- Aile planlaması ve anne-çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar ile öteki koruyucu sağlık hizmetleri kamu hizmeti olarak bedava sunulması sürdürülecek, iyileştirme hizmetlerinin karşılığı ise kullanıcılardan alınacaktır.

21- Sağlık hizmetleri yönünden sosyal güvencesi bulunmayan dar gelirli vatandaşlar sigortalanacaktır. Uzun sürede sigorta kurumları arasında kurallar ve

ölçütlerin ortak olması ile genel sağlık sigortası sistemine geçilmesi sağlanacaktır. Dar gelirli olan bireylerin sigorta primlerinin bir kısmı ya da tamamı kamu bütçesinden tamamlanacaktır. Bu minvalde lüzumu hâsıl olan kanuni düzenlemeler yapılacaktır.

22- Hizmet basamakları arasında reel ve gerçek veri paylaşımının gerçekleştirilmesi maksadıyla bir sağlık haberleşme sistemi oluşturulacak, kişilerin sağlık kütüklerinin bulunduğu tek tip kaydetme sistemi meydana getirilecektir.

23- Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu, personel politikaları, idare yapısı, halk sağlığının korunması hususların içine alan yeni kanuni düzenlemeler yapılacak ve var olan yönetmelik güncel hale getirilecektir.

24- Aşı, kan ürünleri ve serum imalatındaki problemleri ortadan kaldıran ve gerçekçi ilaç kullanımını düzenleyen politikalar öncelikli hale getirilecektir.

25- Sağlık alanında ilmi araştırma ve ilerletme etkinlikleri özendirilecektir.

26- Sağlık teknolojisi kullanımında nitelik teminatı programları uygulanacak, tüm aygıtlar belirlenen zamanlarda ölçümlemeye bağlı olacak, biyomedikal hizmetler için lazım olan fiziksel altyapı kurulacak ve muhtaç olunan insan gücünün yetiştirilmesi için çalışılacaktır.

27- Memleketin koşullarına elverişli ve işlevsel sağlık yapısı tip tasarıları geliştirilecek, yapı niteliğinin kaliteli olması önemseneyecektir.

28- Özel sektörün sağlık birimlerindeki etkinlikleri teşvik edilecektir.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda belirlenen politikalar çerçevesinde bazı yasal düzenlemelerin yapılması gerekli görülmüştür. Bu minvalde;

- Temel Sağlık Kanunu,
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Hakkında Kanun
- Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyişi Kanunu'nun çıkarılması planları yapılmıştır.

2.2.1.4.4. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005 yıllarını içine alır. Plan 27 Haziran 2000 tarihinde TBMM tarafından onaylanmış, 5 Temmuz 2000 tarihinde 24100 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak faaliyete geçirilmiştir. Planda belirlenen sağlık politikaları şu şekildedir:

1- Sağlıklı bir topluma ulaşılmasının esası, sosyal gelişmenin ana unsuru olarak kişilerin fiziki, zihinsel, toplumsal ve psikolojik doğrultusunda eksiksiz bir iyilik durumunda olmasının sağlanması, yaşam niteliğinin yükseltilmesi ve zamanının uzatılmasıdır.

2- Sağlık hizmetleri; denklik ve adalet içinde, halkın gereksinimlerine ve umutlarına elverişli, nitelikli, vasıl olabilir, randımanlı bir biçimde, bölgeler ve sosyo-ekonomik topluluklar arasında olan sağlık seviye farklılıklarını azaltan, modern hayatın ihtiyaçları ile uyumlu, hasta haklarına saygılı bir biçimde sunulmak zorundadır.

3- Fertlerin ve ailelerin kişisel sağlıklarını muhafaza ve ilerletme emekleri, sağlıklı hayat, davranış ve tutumları ile sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini özendiren toplumsal ve kültürel kıymetlerin kuvvetli bir sosyal ölçü durumuna gelmesine destek verilecektir.

4- Sağlık hizmetlerinin tasarlanması, takdimi ve kaynakların bulunmasında maliyet etkili hizmetler öncelikli olacaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin takdimi, birinci aşama sağlık hizmet üniteleri ile bütünleşerek aktifleştirilecek ve ilköğretim okullarından başlanması şartıyla her düzeydeki eğitim kurumunda sağlık eğitimi programlarının geliştirilmesi sağlanacaktır.

5- Bebek ve çocukların hayata sıhhatli başlayabilme, ergen ve gençlerin sağlıklarını muhafaza etme ve güçlendirme bilgi ve becerisine sahip olmaları, bireylerin engelli olma ihtimalinden uzak ve hastalanmadan hayat süresinin uzaması ve niteliğinin yükseltilmesi, bilhassa ihtiyarların hayati ihtiyaçlarını yardıma ihtiyaç duymadan idame ettirebilmeleri ve topluma katılmalarının devam edebilmesi amacıyla gerekenler yapılacaktır.

6- Cemiyetin sağlık durumunun muhafazası ve ıslahı maksadıyla örgütler arasında düzen sağlama ve işbirliği oluşturulması sağlanacaktır.

7- Sağlık hizmetinin takdimi ve finansmanının birbirlerinden ayrılması sağlanacak, bütün fertlere sağlık sigortası niteliğinde sağlık hizmetinden faydalanma imtiyazı tanınacaktır.

8- Sağlık hizmeti aşamaları arasında faal olarak işleyen bir hasta sevk zinciri meydana getirilecektir.

9- Şehirlerde bulunan birinci basamak sağlık hizmet imkânları ilerletilecek, semt polikliniği uygulaması yeniden yapılandırılacaktır. Piyasa koşullarında hizmet imal eden özel sağlık kuruluşlarının olanaklarından faydalanılacak ve aile hekimliği uygulamasına geçilmesi sağlanacaktır. Kırsal kesimde, yerleşmiş popülasyona hizmet veren sağlık ocakları tekrar düzenlenerek altyapı ve eleman olanakları ilerletilecek ve taşınabilir sağlık hizmeti uygulaması etkin bir duruma getirilecektir.

10- Anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması, sporcu sağlığı, ağız ve diş sağlığı, yaşlı sağlığı, beslenme, çevre, iş ve afet sağlığı gibi halk sağlığı hizmetleri ile halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesine özgü çalışmalar önemli olacaktır.

11- Teşhis ve tedavinin ayakta yapıldığı merkezleri ve yataklı tedavi yapılan kurumları ile bağlantılı evde hasta bakımına özgü bir hizmet şekli meydana getirilecektir.

12- Hastaneler yönetsel ve parasal yönden bağımsız olacak, modern idare ve işletmecilik telakkisiyle idare edilecek, kendi hasılatları ile kendi masraflarını karşılayan işletmeler olması sağlanacaktır.

13- Hastane yataklarının planlanmasında sağlık gereksinimlerinin çok olduğu ve hizmet açığı olan alanlara önceliğin verilmesi sağlanacaktır.

14- Araştırma, eğitim ve referans hastaneleri başlıca gayeleri bakımından hizmet vereceklerdir.

15- Acil sağlık hizmetlerinin yurt seviyesinde yaygın duruma getirilmesine ve geliştirilmesine imkân tanınacaktır.

16- Kamu kesimine ait sağlık hizmet örgütlerinin iş yükü, hizmetin kademesi ve hususiyeti, milletlerarası kural ve standartlar hesaba katılarak insan gücü, teknoloji ve yönetim imkânları ilerletilecek, altyapı ve insan gücü imkânlarından maksimum seviyede faydalanılacak ve çalışanların tam gün mesai yapması teşvik edilecektir.

17- Avrupa Birliği insan gücü kuralları, sağlık sisteminin örgütlenmesi ve eğitim kurumlarının altyapı olanakları hesaba katılarak tıp fakültelerinin öğrenci sayıları tekrar belirlenip gerekli düzenlemeler yapılacaktır.

18- Sağlık hizmet sunumunun tüm basamakları insan gücü, altyapı, yönetim ve teknoloji itibarıyla ilerletilecek ve sağlık veri sistemi meydana getirilecektir.

19- Sağlık kuruluşlarında ilmi delillere dayanan teşhis ve iyileştirme tarzları ve rasyonalist ilaç kullanımı uygulamalarının yaygınlaşması sağlanacaktır.

20- Aşı üretim kapsama gücü arttırılacaktır. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi ilaç, aşı, gıda ve çevreye yönelik laboratuvar ve denetim hizmetlerinde milli referans kurumu olacak hale getirilecektir.

21- Gıda sağlığı ve güvenilirliği hizmetleri geliştirilecek ve etkili bir kontrol yapılacaktır. Dengeli ve yetecek kadar beslenmenin oluşabilmesi maksadıyla kamunun yetiştirilmesine ve beslenme kültürünün edindirilmesi önemsenecektir.

22- Özel sektörün sağlık yatırımları ve istekli sağlık kuruluşlarının hizmetleri özendirilecektir.

2.2.1.5. 2002 Sonrası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

DSÖ'ye göre bir ülkenin sağlık sisteminin, herkes için lüzumlu olan sağlık hizmetlerinin en iyi ölçütlerde sunulmasını temin edecek şekilde tasarlanması gerekir. Bu hizmeti toplumca kabul gören tarzda, etkili ve karşılanabilir maliyette vermelidir. Bütün devletlerin bu öğeleri baz alarak kendilerine has sağlık sistemini geliştirmesini öne sürmektedir (Akdağ 2012: 51).

Türk sağlık sistemi, 1961 senesinde kullanıma sokulan “Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme” yasası ile ilk yenileşme hareketini yaşamıştır. 1990’ların başlarında dünyada yaşanan globalleşme ve liberalleşme düşünce sistemlerinin tesiriyle evrensel düzende ortaya çıkan sağlıkta yenileşme teşebbüslerine benzer biçimde ikinci dalga sağlık yeniliklerine tanık olmuştur. Üçüncü dalga sağlık reformlarını ise daha sonra ortaya konan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) ile de hayata geçirmiştir (Yalçın Gürsoy 2012: 99).

2.2.1.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlık Bakanlığı bünyesinde ulusal ve uluslararası kuruluşların katılımıyla “reform” olarak adlandırılmış pek çok proje yapılmıştır. Aynı amaca hizmet eden projeler isimleri farklı olsa da uygulama alanı bulamamış ve toplumun güvenliğini kaybetmesine sebep olmuştur. Mevcut yapıyı değiştirme fikri gerçeklikten uzak olduğundan yerine, mevcut yapıyı koruyarak daha iyiye dönüştürme fikri kabul görmüştür. Bu nedenle 2003 yılından itibaren gerçekleştirilmesi hedeflenen planlar

“reform” adı altında değil, “dönüşüm programı” olarak, bu adla planlanmıştır (SDP 2003: 24).

Sağlık hizmetlerinin etkin, randımanlı ve adalete uygun bir şekilde; finansmanının sağlanması, sunulması ve organize edilmesi SDP’nin amaçları arasındadır (SDP 2003: 24).

2.2.1.5.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel İlkeleri

İnsan Merkezlilik: Bu ilkenin amacı sistemin planlanmasında ve hizmetin takdiminde hizmetten yararlanacak kişiyi, kişinin gereksinim, istek ve umutlarını esas almaktır.

Sürdürülebilirlik: İlerlemesi istenen sistemin, memleketimizin imkânları ve kaynakları ile uyumlu olmasını ve kendisini destekleyerek bir devamlılık kazanmasını amaçlar.

Sürekli Kalite Gelişimi: Yurttışlara verilen hizmetler ile temin edilen neticelerde varılan yeri kâfi görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı ve sistemin kendi kendisini kıymetli hale getirerek yanlışlarından ders alma becerisini kazandıracak bir dönütün oluşturulmasını amaçlar.

Katılımcılık: Olumlu bir tartışma zemini elde edecek sahaların oluşturulmasını sağlayarak sistemin geliştirilmesi ve tatbikinin sağlanması ile alakalı bütün tarafların fikir ve tekliflerinin alınmasını hedefler.

Uzlaşmacılık: Sektörün değişik kısımları arasında müşterek menfaatleri koruyarak aynı yerde birleşme arayışlarını demokratik bir yönetimin gereği olarak hedefler. Metot, standartlar ve kontrol düzeneklerinde bir araya gelinmesi ve buna uyulması menfaatlerin çatışmasına dayanan bir uygulama yerine amaçlanmaktadır.

Gönüllülük: Hizmette arz veya talep eden kişi, teşkilat farkı yapmadan sistem dâhilinde bulunan bütün teşkilatların tespit edilen hedeflere özgü hareket etmelerini sağlamayı amaçlar. Sistemde hizmet imal eden ve hizmet alan bölümlerin mecbur olduğu için değil, özendirici tedbirlerle birlikte, kendi istekleriyle yer almaları gerekmektedir.

Güçler Ayrılığı: Sağlık hizmetlerinde parasal imkanları tedarik eden, planlamayı yapan, denetleme işini üzerine alan ve verilen hizmeti yapan güçlerin birbirinden ayrılmasına denmektedir. Bu şekilde daha kaliteli ve daha verimli hizmet sunumu yapılabileceği gibi çıkar çatışması da olmayacaktır.

Desantralizasyon: Kurumların merkezi yönetimin meydana getirdiği kaba ve yavaş bünyeden kurtarılması gerekmektedir. Gelişen ve değişen şartlara ve modern düşünce yapısına uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin uygulanması amaçlanmaktadır. Yönetimsel ve iktisadi alandan bağımsız işletmelerin süratli yargı sistemlerine malik olmaları ve ellerindeki kaynakları daha isabetli kullanabilmeleri randımanlı bir hizmet sunumu sağlayacaktır.

Hizmette Rekabet: Sağlık hizmeti sunumunun tek elden verilmesinin bırakılması, belli şartlara uyan farklı hizmet sunucularının yarışması demektir. Bu sayede devamlı maliyetin azaltılmasına ve kalite artırımına imkan sağlayacak rekabet ortamı oluşturulacaktır (SDP 2003: 25).

2.2.1.5.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

2.2.1.5.1.2.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

SDP vizyonundaki sağlık bakanlığı politikalar geliştirip, belli şartlar ortaya koyan ve denetlemesini yapan bir konumdadır. Sağlık bakanlığı memleketimizin, devlet kurumu veya özel kurum ve kuruluşların sağlık için ayırdığı kaynakların adalete yaraşır bir biçimde etkili ve verimli yararlanılmasını elde etmek üzere yönlendirme işini yapmak ile sorumlu bir kurum olacak şekilde düzenlenmiştir. Bu anlayışın bir sonucu olarak, bakanlık, planlama yapan önemli bir teşkilat yapısına kavuşturulmuş ve sağlık bakanlığının bünyesindeki kuruluşların merkezden idaresi ilkeleri kapsamında yapılandırılması sağlanmıştır. Bu sayede Sağlık Bakanlığı, Anayasada tanımının yapıldığı şekliyle devletin sağlık sektörünü “tek elden planlama” vazifesini ifa eden bir kurum haline gelmiştir (SDP 2003: 26).

- Bu gayeye erişebilmek amacıyla Sağlık Bakanlığı’da bütünleşmiş sağlık hizmetini ön plana çıkaran ve dikey yapılanmayı ortadan kaldıran bir düzenleme modeli oluşturulmuştur.
- Stratejik planlama, personel yönetimi, kaynak dağılımı, malzeme yönetimi insan kaynakları politikası, hususlarında yeni vazifesini, amaçlarını ve görevlerini tamamlaması için Sağlık Bakanlığı yapısı incelenmiştir.
- Sağlık sektöründe daha faal ve etkili bir liderlik görevi üstlenmesi esnasında yönetimsel ve iktisadi denetim ve kontrolü taşra teşkilatına

iletilmesine yardım edecek biçimde tekrar teşkilatlanması sağlanmıştır.

- Vazifesini, örgütsel yapısını, merkez ve taşra düzeyinde fonksiyonlarını sektör politikalarını bir daha tanımlaması öte taraftan sağlık sistemini ve hizmetlerini çağdaşlaştırmak ve iyileştirmek için çalışmalar yapılmıştır.
- Roller, yönetim organları, politikaları ve tarzları ile merkez ve taşra idarecilerinin sağlık hizmet alanında idare ve işletimi alanında çok daha büyük mesuliyetler almalarına imkan veren bir yönetim modeli oluşturulmuştur.
- Mezun olmadan önce ve mezun olduktan sonra sağlık eğitiminin planlanmasında faal olarak yer alabilecek, sağlık işletme sisteminin farklı seviyelerdeki elemanlarını yetiştirmek amacıyla eğitim programları meydana getirilmiş, bu yapının uygulamasını ve denetlenmesini yapabilecek biçimde yeniden oluşturulması sağlanmıştır (SDP 2003: 26).

Bu doğrultuda 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile Sağlık Bakanlığı Teşkilat yapısı yeniden yapılandırılma yoluna gidilmiştir (TCSB Stratejik Plan 2012: 34).

2.2.1.5.1.2.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Yurttaşların ödeme imkânları ile doğru orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri gereksinimleri miktarınca kullanabilecekleri bir sigorta şekli SDP’nin hakkaniyet amacı doğrultusunda geliştirilmiştir. Anayasamızın 56. Maddesinde de yönlendirici bir hüküm olarak yer aldığı görülen bu yaklaşım, sosyal devlet olmanın temel ihtiyaçlarından biridir. SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı’nı ortak bir alanda toplayan SGK günümüzde bu amaç doğrultusunda görev yapan kurumdur (SDP 2003: 27).

Toplumsal yaşamı içine alan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine bütün hastalara aynı şekilde temel sağlık hizmeti vermek, hizmet kalitesini artırmak ve hasta ile hekim arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak amacıyla geçilmiştir (BES). Bu şekildeki bir sigortacılık sistemi, sağlık harcamalarındaki maliyeti azaltma

gayretinde, koruyucu hekimlik çalışmalarının da özendirici ve zorlayıcı olmasını sağlamaktadır. Genel Sağlık Sigortası Kurumunun yaptırım ve kontrolleri sayesinde sağlık masraflarında giderek çoğalan miktarlarda yer tutan ilaç masrafları ile tıbbi masraflar azaltılacaktır. Artık doktor-hasta ilişkisi mali bir ilişki olmaktan kurtarılmış, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve fiyat kontrolünün tek kurum tarafından ifa edilmesi sağlanmıştır (SDP 2003: 28).

SDP kapsamında yürütülen çalışmalar aşağıdaki hususlarda görüldüğü gibi bütün halkı sağlık yönünden teminat altında toplayacak bir GSS kurulması içindir:

- Ödeme yapacak imkanı olmayanları tespit etmek maksadıyla bir yoksulluk sınırı tespit edilmektedir. Bir değerlendirme sisteminin kurulması sağlanmış bu sayede vatandaşların ödeme gücünü belirlenmiştir.
- Ödeme yapacak imkanı olmayanların primleri ya kısmen ya da tamamen devlet kaynakları ile karşılamak için oluşturulmuş kaynaklarla ödenmektedir.
- Sosyal teminatı olmayan dar gelirli kişilerin primlerini tamamlamaya yönelik bir sistem şu anda meydana getirilmiştir.
- Temel teminat paketi sağlık hizmetlerinde oluşturulmuştur.
- İl ve gerektiğinde ilçe seviyesinde sağlık hizmeti gereksinimini belirlemek için epidemiyoloji ve nüfusbilimi özelliklerine dayalı ihtiyaçları belirleyecek bir birim meydana getirilmiştir.
- Tespit edilmiş gereksinimlere yönelik, birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerde hizmet satın almak amacıyla mukavele yapmak üzere düzenekler kurulmuştur.
- Alınan hizmetlerin tanımlana niteliklerine elverişli olup olmadığını “yerindelik ve uygunluk” kontrollerini yaparak tespit edecek bir yapı kurulmuştur (TCSB SDP 2003: 28).

Bunların yanı sıra Türkiye’de “Ulusal Sağlık Hesabı” sisteminin kurulması sağlık finansmanı ile alakalı malumatların noksanlıklarını ortadan kaldırma amacına yönelik bir hamledir. Bu sayede, sağlık sektöründe yıllık olarak kaynakların ne kadarının nereye harcandığını izleyebilme imkânı elde edilmiştir (SDP 2003: 28).

GSS'nin kurulması yanı sıra özel sağlık sigortacılığının da gelişmesi için gereken destek verilmektedir. Özel sigortaların tamamlayıcı bir rol üstlenerek sistemin içinde bulunmalarına olanak verilmektedir. Mecburi olan GSS'nin kapsamı dahilinde temel teminat paketine ek olarak hizmet görmek isteyen bireyler özel sigorta yaptırmakta ve hizmetlerini bu özel sigortalar vasıtasıyla karşılayabilmektedirler (SDP 2003: 29).

Sağlık sigortası işlemlerinin tek çatı altında toplanması sağlanmış, var olan sosyal güvenlik kuruluşlarındaki emeklilik sigortası ve sağlık sigortası birbirinden ayrılmıştır. GSS'de önemli görülen noktalar şu şekildedir ve çalışmalar bu noktalar üzerinden devam ettirilmektedir:

- Tek numara sistemi kullanılacak ve her Türk vatandaşı sigorta kapsamı altına alınacaktır. Bu numaranın MERNİS numarası olması, elektronik bir yaklaşım olacaktır.
- Diğer sigorta sistemlerinden ağılık sigortasının muhakkak ayrılması sağlanacaktır.
- Sağlık kuruluşları primi yatırma veya sigortasız olma probleminde taraf olmayacak, bu durumun takibini sigorta kurumu yapacaktır.
- Hizmet üreten kişi veya kurumlara geri ödeme zamanında, tek elden ve düzenli yapılacaktır (SDP 2003: 29).

Tek çatı ilkesini kurumsal yapıda esas alan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 2003 yılında GSS için başlatılan bu çalışmaların sonucu olarak; yürürlüğe konulmuştur. Yürürlüğe giren bu Yasayla SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın hukuki kişiliklerine son verilmiş olup bu oluşumların tamamı aynı kurumsal yapı içinde "Sosyal Güvenlik Kurumu" adı altında bir araya getirilmiştir. Kapatılan bu kurumların sahip oldukları mal varlıkları da SGK'ya devredilmiştir (Er 2011: 360).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu sosyal güvenlik hakları yönünden primli düzen niteliğinde kabul edilmiştir. Yapılan düzenleme ile ücretli çalışanlar, tarım işlerinde ücretle çalışanlar, devlet memurları, serbest olarak kendileri adına çalışanlar ve tarımda kendi adlarına çalışan bireyleri içine alan beş değişik sosyal sigorta sisteminin tek bir kurumsal ve hukuki sınırlar

altında toplanması amaçlanmıştır. Düzenleme sonucunda; 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu, 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu ile 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu, “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” adıyla tek yasa altında birleştirilmiştir (Er 2011: 360).

2.2.1.5.1.3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

Rastgele bir memlekette uygulanan bir sağlık programını, kendi memleketimize uyarlayabilmek nasıl mümkün değilse, memleketimizin coğrafi ve sosyo-ekonomik yapısı sebebi ile değişmeyen homojen bir sistemi tüm memlekete dağıtmaya çalışmanın da realist bir yanı yoktur. Memleketimiz birkaç evden oluşan mezrasından, çevresel koşulları sebebiyle kısıtlı dönemlerde ulaşılabilen köylerine; şehir nüfusunu aşan ilçelerinden dünya kenti olmuş anakentine kadar, her biri kendine özgü çözümler bekleyen çok farklı problemlere sahip bir yapıya sahiptir. İnsanımızın hak ettiği, modern ölçülere uygun sağlık hizmetini vermeyi amaçlarken bu farklı yapıları ve farklı sorunları dikkate almanın zorunlu olduğu bir gerçektir (SDP 2003: 29).

Dönemin en ileri, en çağdaş sistemlerinden biri olan sağlık evi ve sağlık ocağı hizmet şekli 1961 senesinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesine Dair Kanun ile oluşturulmuştur. Ne yazık ki, bu yasanın yeterince uygulanabildiğini söylemek veya amaçlanan hedeflerin bu yasa ile gerçekleştiğini iddia etmek mümkün değildir (SDP 2003: 29).

Şehirlerimizdeki kontrolsüz nüfus artışı, köyden kente devamlı taşınma sebebiyle gitgide büyüyen ve sanki illerin tipik özelliği haline gelen kenar mahalleler ve insanlar arasındaki gelir dağılımında görülen büyük farklar geçmişte olanlara olduğu gibi rıza göstermek yerine sistemi zamanımıza aktarmak mecburiyetinde olduğumuzun kanıtıdır. Zamanımızda bizlere düşen, 1960’ların sosyal ve ekonomik özelliklerine uygun olan bu sistemin düşünce yapısını 21. yüzyıl Türkiye’sinin gelişmiş ve değişmiş olan koşullarına uyarlamak olmalıdır (SDP 2003: 29).

Bu amaç doğrultusunda sağlık hizmeti vermeye istekli bütün dinamikleri içine alan sistem bu anlayış ile bir yarış ortamının oluşturulması sağlanmıştır. Toplumsallaştırma politikasının bu memlekete hediye ettiği sağlık ocağı ağı aile hekimliği sistemi ile daha da kuvvetlendirilmiş, vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel teşebbüs de hizmet sistemindeki yerini almıştır. Ülke kaynaklarının verimli kullanımına yol açan bu anlayış her bireyin kolayca erişebileceği bir hizmet arzına imkân tanımaktadır. Bu ülke insanı açısından sağlıkta eşitsizlikleri gidermeyi en azından azaltmayı amaçlamayan hiçbir programın anlamı yoktur. Kır-kent eşitsizliğine oranla Doğu-Batı eşitsizliğinin daha çok derinleştiği görülmektedir. Bu durumun, iktisadi sebeplerle izah edilecek kadar kolay ve basit bir mesele olmadığı barizdir. Bu eşitsizlikleri azaltmak için her bölgede eşit oranda kamu sağlığı imkânlarının kısılması ve özel girişimlere aktarılması mümkün değildir. Bilakis gereksinim olan yerlerde kamu imkânlarının geliştirilmesi, bunların niteliğinin artırılması ve özel sektör olanakları ile hizmet yarışına girilmesi önemli hedeflerden biri haline gelmiştir (SDP 2003: 30).

2.2.1.5.1.3.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

İyi tasarlanmış ve başarıya yönelik bir sağlık sistemi anlayışı ana sağlık hizmetleri alanında yer almaktadır. Temel sağlık hizmetlerinin kurumsal pozisyonu, öteki hizmet seviyeleri üzerinde sorumluluk ve denetim sahibi olacak bir yapıya kavuşturulmuştur. Bu mevzuda yapılan inkılapların başlangıç yeri, genelde toplumu oluşturan kişilerin, özelde ise hasta bireylerin ve sağlık sektöründe çalışan insanların durumlarının daha iyi duruma getirilmesidir (SDP 2003: 30).

Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini kırsal kesimde sağlık ocakları üstlenir ve destekler. Bunula birlikte şehirlerde yeterli olmayan bu hizmetlerin kamu sağlığı merkezleri tarafından örgütlü disiplinli ve yaygın bir şekilde yerine getirilmesi sağlanmıştır. Bu kurumsal yapılanmaya sağlık sektöründeki diğer hizmet birimleri de yönlendirilerek onlara bir konum kazandırılmıştır (SDP 2003: 30).

Başarıyı artıracak etkenlerden bir tanesi temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve kişiye “tek pencere” sistemi ile yaklaşımdır. Bu sebepten kişiye özgü koruyucu hizmetler ve birinci basamak teşhis ve iyileştirme hizmetleri kişinin kendi istediği doktorlar eliyle yürütülmektedir. Bunun neticesinde doktor ve

aile bireyleri daha yakın ve şahsi münasebetler oluşturmakta ve sağlık eğitiminde, hastalıkların engellenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde mühim bir etken olmaktadır. Kişilerin tutulan sağlık kayıtlarının birinci basamak doktorları tarafından denetim, tehlike ve takip çözümlemelerinin yapılabilmesinde önemli gelişmeler sağlamıştır (SDP 2003: 30).

2.2.1.5.1.3.2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

Sevk zincirinin etkili bir şekilde oluşturulabilmesinin ilk koşulu, hastanın kendi tercihi olan ve itimat ettiği bir doktordan birinci basamak hizmeti almasından geçmektedir. Bu durum da temel sağlık hizmetlerinin kuvvetlendirilmesine ve birinci basamak hizmeti veren aile hekiminin hastasına verdiği hizmetin durumuyla yakından ilgilidir. Kısacası, hastanın memnuniyetini temel alan bir “aile hekimliği uygulaması” oluşturulan sistemin temelini teşkil etmektedir (SDP 2003: 31).

Bu amaca istinaden özendirme ve planlama yapılması, hastaların birçoğunun birinci basamakta tutulmasına imkân vermektedir. Hastane polikliniklerinin büyük çoğunluğunda birinci basamakta çözülebilecek olan sorunlar yaşayan hastaların fazlaca yer aldığı bir gerçektir. İfade edilen sistemin etken hale getirilmesiyle hastanelerde oluşan gereksiz yığılmaların azalması sağlanmakta, böylece tedavi hizmetlerinde kalite artışının yaşanmasına olanak sağlamakta, hem de sağlık harcamalarındaki gereksiz harcamaları en aza indirmektedir. Sevk sisteminin tek bir yönü yoktur. Teşhis ve/veya iyileştirme amacıyla ikinci veya üçüncü basamak kuruluşlara gönderilen çoğu hastanın tedavisinin devamı, takibi, bakımı amacıyla birinci seviye kabul edilen kurumlara tekrar gönderilmesi gerekir. Böylece hastanın evraklarını kaydedip takip etmekle sorumlu olan doktorun sevk ettiği hastasına yapılan ikinci basamaktaki konsültasyon hizmetinin dönütü tıbbi kayıt sistemini daha güçlü ve hızlı bir hale getirmektedir. Bu şekilde, kişilerin aile hekimleri tarafından devamlı takip edilmesi imkân sağlamakla birlikte, daha hızlı, kaliteli ve maliyeti düşük hizmetler verilebilmektedir (SDP 2003: 31).

Sevk zincirine uymayan kişiler hastaneye başvurabilmekte ve bu uygulamayı seçen hastanın üzerine alacağı ilave ödemeler sosyal devlet anlayışına uygun ve hasta haklarına aykırı değildir (SDP 2003: 31).

2.2.1.5.1.3.3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Memleketimizdeki bütün hastaneler, sigorta kurumu ile akit yapmak ve sevk sistemi ilkelerine uymak şartı ile aralarında hiçbir ayırım yapmaksızın, bütün yurttaşlarımıza hizmet sunabilmektedir. Hastaneler bu hizmeti sunarken verilen hizmetin niteliği ve akdin temel hususlarına uygun ücretlendirmeler bakımından kontrol altındadır. Sağlık finansmanında kurumlara değil, bireylere destek verilmektedir. Bu hizmeti veren kuruluşlar yaptıkları hizmet nispetinde paya sahip olmaktadır (SDP 2003: 31).

Devlet hastanelerinin değişen bu yapıya uyum sağlayabilmesi, daha randımanlı teşkilatlar durumuna gelmesi ve bu alanda hizmet veren diğer kuruluşlarla yarışabilmesi amacıyla merkeze bağımlı yapısından kurtulduğu görülmektedir. Hastanelerin randımanını arttırabilmek maksadıyla, tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerine hem yönetim ve ekonomi açısından, hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin elde edilmesi amacıyla serbestlik verilmiştir. Bütün kamu sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı'nın kontrolünde özerk kuruluşlar olarak görev yapmaktadırlar. Bu hastanelerde ilk etapta bir hizmet sunumu birliği sağlanmış, ikinci etapta her kuruma tek tek serbestlik tanınmıştır. Sağlık kuruluşlarının devlete doğrudan tabi olma zorunlulukları yoktur. Belediyeler, özel şirketler, vakıflar, il idareleri, üniversiteler sağlık kuruluşu kurabilmektedir. Kamu sağlık kurumlarının kendilerini maddi olarak idare etmeleri istenmekte daha fazla kâr elde etmek maksadıyla hizmet kalitesinden taviz veren yüksek fiyatlı kurumlar olmasına müsaade edilmemektedir (SDP 2003: 31).

Bu durumun tabii bir neticesi olarak bütün hastaneler kendi yönetimlerinde aldıkları kararlar ile hizmetin niteliğinden ve niceliğinden sorumludur. Memleketimizde bağdaşık olmayan nüfusbilimsel dağılım ve ihtiyaç alanları göz önüne alınıp iktisadi anlamda verimli olmayan sağlık kurumlarına hizmetin devamlılığı ve niteliği için destek verilmektedir. Özellikle bu durumda olan bölgelerde verilen sağlık hizmetinde eşitliğin sağlanmasına çalışılmaktadır. Her türlü mevduat ve tasarımda ihtiyaç ve verimliliği önemli gören sağlık kuruluşları öncelikli olarak kâr amacı gütmeyen kuruluşlar haline getirilmiştir. Yöresel hareketlerin hüküm mekanizmasında ön planda olduğu müşteri merkezli düzenleme yapılmasına geçilmesi sağlanmıştır (TCSB SDP 2003: 32).

Tayin edilmiş durağan idarecilikten başarı odaklı idareciliğe geçmek mecburiyeti doğmuştur. Başarıyı tespit eden göstergeler belirlenerek başarıya endeksli ödeme yöntemleri oluşturulmuştur. Parasal giderleri asgariye çekmek ve hizmet verirken rahat bir ortam hazırlamak amacıyla yatarak tedaviye ihtiyacı olmayan hastaların ayakta tedavisinin yapılmasını temin edecek yapılanmaya öncelik verilmektedir. İkinci basamakta bulunan ilerlemiş poliklinikler ve laboratuvarlar, ayakta tedavi ve gündelik cerrahi merkezleri bu amaç için çalışmaktadır (TCSB SDP 2003: 32).

Engelliler için ve yapılan tedavi sonrasında gerekli iyileştirme amaçlı bakımlar, tedavi etmek amacıyla tapılan bakımlardan müstakil ancak irtibatlı biçimde uzmanlaşmış sağlık birimlerinde gerçekleştirilmektedir. Bu itibarla rehabilitasyon merkezleri kurulmuştur (TCSB SDP 2003: 32).

2.2.1.5.1.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Transformasyonların uygun biçimde yapılabilmesi, kaliteli ve lüzumlu insan kaynaklarının varlığına büyük ölçüde bağlıdır. Program etrafında ilk olarak sağlık alanında çalışan alanında uzmanlaşmış kişilerin Avrupa Birliği'ne uyum süreci de göz önünde tutularak, görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Bu bağlamda uzun zamandır yaptıkları görev dalları hususunda bir sonuca ulaştırılamamış olan hastayla yüz yüze çalışan meslek üyelerinin de görev ve yetkilerinin tanımlanması sağlanmıştır. Doktorların mezuniyetten önceki eğitimlerinin memleketimizin gereksinimleri istikametinde verilmesi için fakültelerimiz ile yapılacak iş birliğiyle beraber, birinci basamak olan sağlık ocaklarında hizmet yapacak doktorlarımızın ihtisaslaşması (aile hekimliği) için yeni bir öğretim programı oluşturulmuş ve uzmanlaşma sağlanmıştır (SDP 2003: 32).

Milletimizin ağız ve diş sağlığı bakımından şuurlandırılması, eğitiminin gerçekleşmesi ve koruyucu hekimlik çalışmaları ile tedaviye yönelik oluşumlar önde gelen görevlerimizden biridir. Birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yer alan sağlık ocaklarında bütün diş doktorlarımızdan maksimum derecede faydalanılması istenmektedir. Mütihassıs diş doktorları ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde hizmet vereceklerdir (SDP 2003: 32).

Hemşirelik eğitiminin üniversiteye verilerek milletlerarası ölçülere çekilmesine çalışılmaktadır. Hemşirelik hizmetlerinin hasta bakım ve ihtimamına özgü bilimsel bir disiplin halinde ilerlemesi amacıyla düzenlemeler yapılmaya devam etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının temelini meydana getiren “aile sağlığı” mefhumunun kuvvetlenerek hayata geçmesi amacıyla “aile sağlığı hemşireliği” geliştirilmiş ve bu hizmet birinci basamak olan sağlık ocaklarında yerini almıştır (SDP 2003: 33).

Sağlıkta Dönüşüm Programının gayelerine erişebilmesi kaliteli bir idareci ekibine sahip olmak ile mümkün olabilir. Doktorların hastane idareciliğinde çalıştırılması hem doktora yapılan yatırımın hedefi dışında kullanılmasına neden olmakta, hem de tecrübesiz yöneticileri ortaya çıkmasına imkân vermektedir. Sağlık sistemi idareciliğinin doktorluktan müstakil bir düzen olarak kuvvetlenmesi amacıyla gereken planlama, araştırma ve eğitim faaliyetlerine ehemmiyet ve öncelik verilmektedir (SDP 2003: 33).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık alanında hizmet verenlerin memleketin umumuna dengeli dağıtılmasını özendiren istek merkezli siyasetlerle mümkün olmaktadır. Kamu kurumlarında gönüllü ve verimli çalışmayı teşvik edecek önlemlerin alınması öncelikli olmalıdır (SDP 2003: 33).

2.2.1.5.1.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Dönüşümün gerçekleştirilmesi ve başarıyı devamlı hale getirebilmek amacıyla, halk sağlığı malumat ve maharetine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmesi, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması muhtevasına hâkim bireylere gereksinim duyulduğu kabul edilmektedir. Memleketimizde sektörel çözümleme yapabilen, araştırmaları planlayan, hükümetlere danışmanlık yapan ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim verebilen bir kurum (Sağlık Bilim Kurulu) oluşturulmuştur (SDP 2003: 33).

Halk sağlığı bilimini ilerlemiş yöntemler kullanarak, çok yönlü bir yaklaşımla hayata geçirecek takımların hazırlanması ve tatbikatların planlanması için, böyle bir kurumun eksikliği büyük bir dezavantajdı. Üniversitelerimizdeki halk sağlığı anabilim dalları, daha çok tıp fakülteleri içerisinde meydana getirilmiş toplum hekimliği uygulamalarına özgü birimler olarak çalışmaktaydı. Oysaki halk sağlığı, çok daha yaygın, farklı düzenleri tek çatı altında toplayan bir bilim dalıdır ve toplum

hekimliğini de içine alır. Sağlıkta Dönüşüm Programının birincil amaçları arasında memleketimize böyle bir kurumu kazandırmak yer almaktadır (SDP 2003: 33).

Esasında Cumhuriyetimizin kuruluşu ile beraber var olan ancak zaman içinde yalnızca kanunlarda varlığını devam ettiren Hıfzıssıhha Kurumları'nın medeni bir düşünce yapısıyla ve günümüzün gereksinimlerini karşılayacak şekilde tekrar canlandırılması sağlanmıştır (SDP 2003: 33).

Tıp eğitimi, tıpta uzmanlık sınavına hazırlık eğitimi olmaktan çıkarılarak, doktorları Sağlıkta Dönüşüm Programı istikametinde hizmet vermeye yönlendirecek malumat ve deneyim ile donatmayı hedef almaktadır. Tıpta uzmanlık eğitimi, eğitim programlarının meslek teşkilatlarının da katılması ile büyütülerek kontrolü sağlanmaktadır. Eğitim hastanelerinin yeniden düzenlenip, verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayan, ayarlamalarını düzenleyen ve kontrolünü yapan kurumsal bir tesis kurulmuştur. Bu uygulamalar Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu yapısı etrafında bilimsel bir yapı kazanmıştır (SDP 2003: 34).

2.2.1.5.1.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Sağlık sektöründe hizmetin geçerliliği ve ölçütü, minimum sarf malzemesi ile teşhis ve tedavi vasıtalarının niteliği kadar mühimdir. Hizmet biriminin belli ölçütlere liyakati tek olarak kifayet etmez. Hizmetin sunum süresinde ve elde edilen çıktılarının değerlendirildiği bir sistemin meydana getirilmesi elzemdir. Son zamanlara kadar nitelik, göz ardı edilmiş bir olmasına karşın bugün hem hizmet verenler hem de parasal kaynak sağlayanlar tarafından daha çok ilgi çekmektedir (SDP 2003: 34).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, memleketimizin şu ana kadar gündeminde gereğince yer almayan bir gereksinime önem vermektedir. Kurulmuş olan “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu” geçmişte bir anlaşmazlık içinde olan ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon mevzularını olması gerektiği şekilde düzenlemektedir. Bu kurumun bağımsız bir yapıda, sektörün taraflarının idaresinde yetkili olduğu bir biçimde oluşturulması, gelişmiş ülkelerdeki misallerine benzeyen biçimiyle aktif hale gelmesine ve çalışmalar yapmasına imkan sağlamıştır. Kurum, sağlık neticelerini değerlendirmek amacı ile sistemler geliştirmekte ve bu sonuç ölçümlerini sağlık hizmeti verenlere başarı göstergeleri oluşturmak için kullanmaktadır. Böylelikle hizmeti verenlerin başarı göstergelerini içine alan veri

tabanları meydana getirilmekte ve iyi uygulamaların tanımlanması ile uygulanabilir başarı göstergeleri belirlenmektedir (SDP 2003: 34).

Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin iletilmesinde ahlaki değerlerin muhafaza edilmesi temeldir. Bu da sadece kuvvetli yaptırım sorumluluğu olan bir etik kurulun oluşturulması ile mümkün olabilmiştir. Kurum sektörün türlü temsilcilerinin yardımları ile oluşturulmuş ve geniş yetkiler verilmiştir (SDP 2003: 34).

2.2.1.5.1.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standartlaşmasını, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı idaresi hususlarında milletlerarası ölçülere ulaşacak kurumsal teşekküllere gereksinim vardı. Bu kurumlar siyasal endişe ve yaptırımlardan bağımsız, bağımsız kurumlar şeklinde örgütlenmektedir (SDP 2003: 34).

2.2.1.5.1.7.1. Ulusal İlaç Kurumu

Sağlık sektöründe yapılan harcamalara bakıldığında oransal olarak Türkiye’de ilaçlara ve önlem amaçlı kullanılan ürünlere yapılan harcamalar çok yüksek meblağlar oluşu görülür. Sosyal güvenlik kurumlarının geçmişteki siyasetleri sebebiyle popülasyonun çok büyük bir kısmı ilaç fiyatlarına karşı olabildiğince duyarsızlaşmıştır. İlaç fiyatlarının yükselmesi bilimsel bir esasa dayandırılmadığı bilinen bir gerçektir. Sağlıkta Dönüşüm Programı etrafında, sağlık hizmetlerinin en önemli girdilerinden olan ilaçla ilgili uzun yıllardır yaşanan problemlerin bilimsel temeller etrafında, tarafların karşılıklı çabaları ve uzlaşmacı yaklaşımları ile sonuca ulaşmasına yönelik bir platform oluşturulması sağlanmıştır (SDP 2003: 34).

İlaçla ilgili temel politikaların tespit edilmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, lansmanı, satışı, araştırma geliştirme çalışmalarının yönlendirilmesi gibi mevzularda organizatör ve destekleyici olarak “Ulusal İlaç Kurumu” kurulmuştur. Bu kurum, her türlü tesirden uzak olarak müstakil bir biçimde milli politikalar doğrultusunda çalışmalarda bulunması için gereken çalışmaları yürütmektedir (SDP 2003: 34).

İlaçların ruhsatlandırmasıyla ilgili süreç daha tesirli, daha saydam ve daha hızlı bir duruma getirilmiştir. İlaçların fiyatlandırılmasıyla alakalı olarak, bütün tarafların kabul edecekleri bir metot geliştirilmesine çalışılmaktadır. Türkiye’de üretilen ilaçların harici pazarlara ulaşması, Türkiye ilaç endüstrisinin dış ülkelerde

yatırım yapması da, Sağlıkta Dönüşüm Programı içeriğinde ele alınan mühim ve öncelikli konulardan biridir. İlaç konusunda telif haklarının korunmasını milli menfaatlerimiz, milletlerarası hukuk ve üstlendiğimiz iş ve sorumluluklar etrafında ele alarak, ilgili taraflarla bir karşılıklı iletişim içinde anlaşmaya varılması en önemli hedeftir (SDP 2003: 35).

Halkın ilaç teminin farmakoepidemioloji ve farmakoekonomi bilim dallarının getirdiği açıklıktan yararlanarak ilerletecek yöntemleri kullanmak ana ilkedir. Gene ilaç harcamasının bilimsel ölçütler hesaba katılarak yönlendirilmesi ve bir temele bağlanmasına çalışılmaktadır (SDP 2003: 35).

2.2.1.5.1.7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu

Tıbbi cihaz ve sarf malzemede bu zamana kadar daha çok dışardan alıma dayanan bir araç, gereç temini vardır. Kontrol, kalite belgesi ve ölçümleme gibi mevzularda daha çok yurt dışından kaynaklara önem verilmektedir. Milletlerarası kaynakların yanı sıra milli ölçülerin tespit edilmesi ve kalite belgesinin düzenlenmesi yerli üretime kolaylık vermektedir. Üstelik kullanılan cihazların periyodik ölçümlemesi teşhis ve iyileştirme emniyetinin ve verimliliğin artmasını sağlamaktadır (SDP 2003: 35).

Tıbbi sarf malzeme ve cihaz konusunda da standartlaşma ve kontrol hayati derecede önemlidir. Hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine yoğunlaşmak milli seviyede denetleyici, eğitici ve düzenleyici haklara sahip olarak planlanmış bir Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur. Bu kurum, bilgi veri tabanları meydana getirmekte, tıbbi cihaz tasarlaması ve satın alımı, tıbbi cihazların mukayesesi, değerlendirmesi, güvenlik programları, klinik mühendislik uygulamaları, kanunlar ve düzenlemelere dair bilgi akışını gerçekleştirerek çalışmaktadır. Yine on-line ve devamlı eğitim programlarının sorumluluğunu almak veya üçüncü şahısları bu doğrultuda finanse etmek ile tatbik edilebilir araştırmaları desteklemek bu kurumun vazifeleri arasında yer almaktadır (SDP 2003: 35).

Hizmetlerde kullanılan cihaz ve tıbbi sarf malzemelerin milletlerarası ölçütlere uygun olarak ayarlanması hizmet veriminin artmasına neden olan etmenlerdendir. Zaman ve malzeme israfını önler, kalitenin yükselmesini sağlar. Milletlerarası sağlık hizmet yolunu açarak ekonomiye katkı sağlar. En mühimi de,

vatandaşımıza milletlerarası ölçütlere uygun bir sağlık hizmeti sunulması güvencesini verir (SDP 2003: 35).

Bugün memleketimizde azımsanmayacak derecede plastik ve elektronik endüstrisi alt yapısı bulunmaktadır. Bu bölümler özendirilerek tıbbi teknolojiye dönük üretim yapacak yatırımlara yönlendirilmesi sağlanmaktadır. Ölçütlemesi yapılmış ürünlerin üretilebilmesi, bunun mevzuat ve ekonomik yönden kolay hale getirilmesi yalnız kaynak israfını önlemekle kalmayıp bu mevzuda dış ülkelere satış yapan bir ülke konumuna gelmemize de imkân tanımaktadır (SDP 2003: 35).

2.2.1.5.1.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlık sistemi politikaları ve idari hükümlerin bilgiye dayandırılması elzemdir. Hakikate dayandırılmayan hükümler uygunsuz sonuçlara götürür. Hakiki bilgiye ise sadece seçkin, doğru ve iyi tahlil yapılmış sonuçlarla ulaşılabilir. Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için bütünleşmiş bir sağlık veri tabanına gereksinim duyulmaktadır. Bu amaçla sağlık hizmeti veren basamaklarda dikey işlemesi gereken bilgi akışı, hizmetin verilmesi ve finansman bilgilerin analizi noktasında yatay bir entegrasyon çalışmaları yapılmaktadır (SDP 2003: 36).

Sağlık hizmetlerinde koordinasyon, sağlık dökümünün oluşturulması, kişilerin tıbbi verilerinin kayıt altına alınması, sevk basamakları esnasında bilgi akışının sağlanması ve esas sağlık uygulamalarındaki bilgilerin bir araya getirilmesi için Sağlık Bilgi Sistemi kurulmuş ve E-Nabız sistemiyle bireylere gereken hizmetin götürülmesi kolaylaştırılmıştır. Sağlıkta verilerin güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını sağlamak, hizmetlerin verimliliğini güçlendirmek, kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığının takibini yapabilmek için etkili bir bilgi sistemi kurulmuş ve işletilmesine başlanmıştır. Oluşturulan sistem, ilerleyen teknoloji ile orantılı olarak parçalardan oluşan yapılarla gerektiğinde büyüeyebilen, kullanıcı-hizmet-sunucu ilişkisine asgari gereksinim duyan bir oluşum şeklindedir (SDP 2003: 36).

Sağlık bilgi sistemi, sağlıkla ilgili siyasetlerin tespitini yapılmasında, sağlık sektöründe problemlerin ve evveliyatın tespitinde, gerekli tedbirlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların tasarlanmasında, verilen sağlık hizmetlerinin niteliğinin değerlendirilmesinde, bilimsel inceleme ve çalışmalarda kullanılmak için yeterli bilgi toplayan ve işleyen bir veri sistemidir (SDP 2003: 36).

Bu sistem, zamanımızın iletişim imkânlarını uygulayarak kullanan bir genel bir veri tabanı üzerinden çalışmaktadır. Sevk zinciri bu sistemle daha faal, seri ve muteber bir hal almıştır. MERNIS numarası gibi kendine mahsus bir kaynak numarasının bütün sağlık veri tabanlarında ek bir öge olarak kullanılması, sigorta sistemindeki bilgiler ile sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin bilgileri eşleştirmeyi kolay hale getirmektedir.

Her Türkiye Cumhuriyeti vatandaşına verilmiş olan MERNIS numarasının kullanılması başka başka veri tabanlarında bulunan bilgilerin eşleştirilmesine imkan vermektedir. Tedavi için kuruma müracaat eden hastaların sigortalı olup olmadıklarını seri olarak doğrulamakta ve birden fazla sigorta sisteminin olanaklarından yararlanma kişilerin tespiti yapılabilmektedir (SDP 2003: 36).

Sağlık bilgi sisteminin esas hatları şu şekildedir:

- Web teknolojisine dayanan aile hekimliği, hastane ve öteki faktörlerin bağımsız yazılımlarından standart veri transferi gerçekleştirilebilmekte,
- Karar düzeneğinde rol oynayacak kâfi ve lüzumlu verilere merkezden ulaşılabilmesi sağlanmakta,
- Hastalık engellerine ve sağlık giderlerine ait, demografik ve epidemiolojik incelemeler yapılabilmekte,
- Memleket seviyesinde sağlıkla alakalı bilgilerin kaydının tutulması ve sağlık hizmetinin verilmesinde kaydedilen bilgiler doğrultusunda hizmet tasarlamasının yapılabilmesi maksadıyla veri ve koordinasyon teknolojilerinin ortaya koyduğu imkânları kullanarak bilgilerin bir araya getirilmesi, bir araya getirilen bu bilgilerin kurumsal bir yapı içinde değerlendirilmesi ve aksayan noktalarda problemleri gidermeye yönelik dönüt düzeneğinin oluşturulmasını desteklemekte,
- Ulusal Sürveyans sistemini destekleyen uygulamalar ile sağlıkla ilgili olaylarda erken uyarı sistemlerinin oluşturulması ve milletlerarası sistemlerle bütünleşmesini sağlamakta,
- İlaç karşılık sistemleri ile ilaç kontrolü yapılmakta,
- Sağlık hizmeti verilirken oluşan dolulukta ve dağılımda denetleme yapılmasına olanak vermekte,

- MERNİS ile bütünleşmiş bireysel belge kaydını temel almakta,
- Aile hekimlerini kendi hastaları ile ilişkilendirmekte ve sistemde yetkili hale getirmekte
- Vatandaş merkezli olmalı ve hasta memnuniyetini sağlayarak “elektronik randevu” gibi asgari hizmet sunumuna imkân sağlamaktadır (SDP 2003: 36).

2.2.1.5.2. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı 2007-2013 yıllarını içine alır. TBMM tarafından 28 Haziran 2006 tarihinde onaylanan Plan, 1 Temmuz 2006 tarihinde 26215 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak faaliyete geçirilmiştir.

Planda uygulanması öngörülen sağlık politikaları şu şekildedir:

1- Sağlık hizmetlerine ulaşım imkânlarının düzeltilmesi amacıyla altyapı ve sağlık elemanı gereksinimi karşılanacak ve memleket genelindeki dağılımları dengeli şekilde yapılacaktır. Erişim engelini ortadan kaldıracak genel sağlık sigortası sistemine geçiş yapılacaktır.

2- Sağlıkta eleman açığını tamamlamak maksadıyla eğitim programlarının kontenjanlarının artırılmasına gidilecektir. Sağlık eğitiminin niteliğinin, öğrencilerin temel sağlık hizmetlerine dair maharetlerini artıracak biçimde ilerletilecek, memleket ihtiyaçlarına ve milletlerarası ölçütlere uygun hale getirilecektir. Bununla beraber, sağlık elemanlarının kalitesinin yükseltilmesi için hizmet içi eğitimlerin artırılmasına imkân verilecektir.

3- Hasta merkezli bir sağlık sistemi meydana getirilecek, tıp alanındaki yanlış uygulamaları engellemeye yönelik yasal ayarlamalar yapılacaktır. Bununla birlikte, yurttaşların ve sağlık elemanlarının hasta hakları hakkında bilinçlenmesi sağlanacak ve sağlık kuruluşlarında hasta haklarına ait üniteler kurularak uygulamalar yaygın hale getirilecektir.

4- Başta birinci basamak hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin niteliği, altyapı ve elemanların kalitesinin geliştirilmesi ile artırılmaya öncelik verilecektir. 2008 senesinin sonundan itibaren aile hekimliği hizmet şekli bütün şehirlerde yaygın olarak uygulanacaktır.

5- Daha randımanlı işletilmelerinin sağlanması ve hizmet niteliklerinin artırılması maksadıyla, hastanelerin yönetsel ve parasal yönden sistemli olarak özerkleştirilmesi sağlanacaktır.

6- Hizmet niteliğinin artırılması maksadıyla hizmet sunumuna ve çalışanlara ait milli ölçütler tespit edilecek, sağlık ünitelerinin denkliği için lazım olan sistem kurulacaktır.

7- Sağlık Bakanlığının düzenleyici, planlayıcı ve kontrol edici gücü arttırılacaktır.

8- Özel teşebbüsün sağlık alanında yapacağı yatırımların özendirilmesi sağlanacaktır.

9- Önlemek iyileştirmeden önce yer alır prensibine uyarak kaynakların ayrılmasında, ilk önce salgın hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olacak şekilde engellenebilir hastalıklar, besin, çevre ve tüketici sağlığı sahalarına özgü koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi ve önceliği arttırılacaktır.

10- Kurulan sevk zincirinin etkili şekilde yürütülmesi ve veri ağının yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacaktır. Bunun sonucu olarak da sağlık harcamalarının kontrolü daha kolay hale gelecektir.

11- İlacın rasyonalist kullanımının gerçekleşmesi amacıyla sağlık elemanlarının ve halkın bilinçli duruma getirmek maksadıyla bilgilendirme yapılacaktır. Tıbbi aygıtların ilaçların ve niteliğini, kullanma sıklığını ve bunlara has masrafların etkinliğini denetleyecek düzenekler kurulacaktır.

12- Koruyucu sağlık alanında çalışan elemanların adedi ve kalitesi arttırılacak, lazım olan altyapı gereksinimleri giderilecek ve halkın koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı hayat şekilleri hakkında bilinçli duruma getirilmesi için gerekenler yapılacaktır.

13- Milletlerarası kıstaslara uygun sağlık veri tabanı meydana getirilecektir.

2.2.1.5.3. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018)

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı 2007-2013 yıllarını içine alır. TBMM tarafından 01 Temmuz 2013 tarihinde onaylanan Plan, 6 Temmuz 2013 tarihinde 28699 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak faaliyete geçirilmiştir.

Planda uygulanması öngörülen sağlık politikaları şu şekildedir:

1- Kişilerin ruhen ve bedenen tam bir iyilik durumunda olması için koruyucu sağlık hizmetlerinin, ister kişiye isterse fiziksel, toplumsal ve biyolojik çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirilmesi sağlanacaktır.

2- Sağlıklı yaşam şekli özendirilecek ve daha etkili, ulaşılabilir ve uygun bir sağlık hizmeti sunulmasına imkan tanınacaktır.

3- Sağlık hizmetinin verilmesinde klinik müdahalelerin faaliyetlerini, hastaların ve sağlık elemanlarının emniyetini ve hoşnut göz önüne alan yaklaşımlar meydana getirilecektir.

4- Sağlık hizmetlerinin devam edilebilirliğine destek verecek, ikinci ve üçüncü basamak iyileştirme sunumlarının faaliyetini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulamasına geçilecektir.

5- Rasyonalist ilaç kullanımı amacıyla sağlık çalışanlarının ve kamunun bilinç kazanması sağlanacaktır. Tıbbi aygıtların ve ilaçların kullanılması, niteliği ile bunlara harcanan maliyet faaliyetleri denetim altında tutulacaktır.

6- Sağlıkta istihdam edilen insan gücünün, nüfus bilimsel olarak ilerlemesi ile uzun zaman içinde lüzumu hâsıl olacak yeni meslekler de göz önünde tutularak ölçü ve kalite olarak geliştirilmesi sağlanacaktır.

7- Üniversite hastanelerinin eğitim ve araştırma etkinlikleri ile sağlık hizmetinin verilmesinde üstlendikleri görevler kesin bir biçimde belirlenerek hem hastanelerin parasal yönden devam edilebilirliği sağlanacak hem de kaliteli ve modern tıp eğitimi ile yeni araştırmaların yapılmasına imkân verecek kurumsal reformların hayata geçirilmesine imkân tanınacaktır.

8- Tamamlayıcı tıp dâhilindeki iyileştirme, hizmeti verenler ve bitkisel ürün ile alakalı nitelik ve emniyetin sağlanması maksadıyla ölçütler tespit edilecek ve bu alanda kontroller yapılacaktır. Tamamlayıcı tıbbın, sağlık uygulamalarına ve tıp eğitimine uyumu sağlanacak, bu dalda gerçekleştirilecek ilmi araştırmalara lazım gelen destek verilecektir.

9- Tüketicilerin dengeli ve yeterli beslenme konusunda bilinçlenmesi sağlanacak, su ürünleri ve hayvansal gıdaların tüketiminin yaygın hale gelmesi maksadıyla gereken çalışmalara hız verilecektir.

10- İlmî kanıt ve veriye dayanan sağlık politikalarını ilerletmek maksadıyla milletlerarası çalışmaların karşılaştırılmasına olanak sağlayacak ölçüt ve nitelikte dataların oluşturulması yoluna gidilecektir.

2.2.1.5.4. On Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2019-2023)

On birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2019-2023 yıllarını içine alır. TBMM tarafından 18 Temmuz 2019 tarihinde onaylanan Plan, 23 Temmuz 2019 tarihinde 30840 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak faaliyete geçirilmiştir.

Planda uygulanması öngörülen sağlık politikaları şu şekildedir:

1- Bulaş riski taşımayan hastalık tehlikesine özgü olarak, sağlıklı hayat biçimi özendirilecek; iyileştirici ve koruyucu hizmet kapasitesi genişletilecek; çevre sağlığı, besinlerin güvenli oluşu, iş sağlığı ve güvenliği, fiziki hareketliliğe uygun alanlar, sağlık okuryazarlığı sahalarında örgütler ve kurumlar arasında haberleşme ağı kurularak işbirliğinin arttırılmasına devam edilecektir.

1.1- Sağlıklı hayat biçiminin özendirilmesi maksadıyla sağlıklı gıda ve spor yapma alışkanlıklarının edinilmesine dair kamu spotu, eğitim kampanyaları gibi bilinç kazandırma faaliyetlerine ağırlık verilecektir.

1.2- Besinlerin güvenilirliği, aşırı şişmanlık, çevre sağlığı gibi hususlarda çok paydalı sağlık sorumluluğu şekli kuvvetlendirilecektir.

1.3- Bulaş riski olmayan hastalıklara ait tehlike etkenlerinin asgariye indirilebilmesi maksadıyla erken tanı hizmetleri daha etkili hale getirilecektir.

2- Sağlık hizmetlerinin birinci basamağına tahsis edilen fonların rasyonalist, etkili ve randımanlı kullanılmasına önem verilecektir.

2.1- Aile hekimleri tarafından verilen sağlık hizmetlerini ölçü ve kalite bakımından geliştirmek yoluyla ihtiyacın bu seviyede karşılanmasına imkân tanınacaktır.

2.2- Sağlıklı hayat merkezlerinin adedi çoğaltılacak, bu merkezlerle güçlendirilmiş ve bütünleşmiş bir aile hekimliği kurumu oluşturularak lazım görülen birinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmesi sağlanacaktır.

2.3- Bulaş riski taşımayan hastalıklar öncelikli olmak kaydıyla, hastalıklara ait araştırma ve tanı gibi süreçlerde aile hekimlerine daha fazla sorumluluk verilecektir.

2.4- İkinci ve üçüncü basamaklardaki performans sistemi ile aile hekimliği performans sistemi bütünleşmiş bir şekilde, tanı koyma ve iyileştirme aşamalarının yerindeliği ve hizmet miktarı ile paralel olarak tekrar planlanacaktır.

2.5- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılmasını sağlamak için finansal önlemler alınacaktır.

2.6- Birinci basamak sağlık elemanlarına ait hizmet içi eğitimler tekrar tasarlanacaktır.

3- Zararlı alışkanlıklar ile savaş sahasında verilen sağlık hizmetlerine ulaşmak kolay hale getirilecek, bu sahadaki etkinliklerin sonuçları belirli aralıklarla takip edilecektir.

3.1- Kamu kurum ve kuruluşlarının zararlı alışkanlıklar ile savaş hususunda faaliyetlerinin çoğaltılması, verilen hizmetlerin çoğaltılması ve kolay erişilebilir olması maksadıyla gereksinim duyulan insan gücünün temin edilmesi, altyapının oluşturulması ve cari masrafların tedariki maksadıyla finansal etkenler fazlalaştırılacaktır.

3.2- Zararlı alışkanlıklar ile savaş hususunda danışmanlık, tedavi ve iyileştirme hizmetlerine kolay erişilebilirliği kolaylaştırmanın temin edilmesiyle, sözü edilen hizmetlerin sunulduğu merkezlerin adedi çoğaltılacak, verilen hizmetin daha kaliteli olması için gereken çalışmalar yapılacaktır.

3.3- Zorunlu tedavi kararlarının uygulanabilmesine olanak sağlayacak özelleşmiş tedavi merkezlerinin sayısının artırılması sağlanacaktır.

3.4- Uyuşturucu, alkol ve tütün benzeri zarar veren maddelerin kullanılmasıyla alakalı mücadele hususunda özellikle ergen ve gençlere bilinç kazandırma çalışmalarına hız verilecektir.

3.5- Bağımlılıkla savaşılmaya ait yapılan etkinliklerin neticeleri ile toplumdaki madde kullanım sıklığı belirli aralıklarla yapılacak ilmi araştırmalar ile takip edilecektir.

4- Evde sağlık hizmetleri yaygın hale getirilecek, öncelikle kırsal bölgelerde yaşayanlar olmak kaydıyla yaşlı vatandaşlara verilen sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması, yaşlılara yönelik koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin güçlendirilmesine olanak sağlanacaktır.

4.1- Evde sağlık hizmetleri yaygın hale getirilecek ulaşım, etkinlik ve nitelikleri çoğaltılacak ve yoğun bakım, geçici bakım ve yaşlı bakım hizmetlerinin evde bakım hizmetleri ile bütünleşmesine imkân verilecektir.

4.2- Yaşlılara ait sağlık gözlemleri yapılacak, yaş ile beraber çoğalan hastalıklara ait koruyucu ve iyileştirici hizmetler kuvvetlendirilecek, yaşlı bakımı ve geçici bakım hizmetleri veren merkezlerin adedinin artırılması sağlanacaktır.

5- Acil sağlık, yoğun bakım, onkoloji, organ nakli hizmetleri gibi spesifik sağlık hizmetlerinin alanı genişletilerek hızı ve niteliği arttırılacaktır.

5.1- Özellikle sağlık hizmetleri merkezileştirilecek ve bu sahalarda hizmet sunan doktorlara ait idare şekli meydana getirilecektir.

5.2- Acil servis hasta çokluğuna göre gereksinim duyulan yerlerde alternatif muayene sahaları kurulacaktır.

5.3- Acil sağlık hizmetlerinde ambulansların etkin şekilde kullanılması sağlanacak ve hastaneler ile 112 Kontrol Komuta Merkezleri arasındaki haberleşme ağı daha güçlü hale getirilecektir.

5.4- Sağlık hizmeti veren kamu kuruluşları ve özel sektörde yoğun bakım hizmetleri, amacına uygun kullanılacak şekilde etkin hale getirilecektir.

6- Sağlık hizmetinin niteliğinin arttırılması maksadıyla hizmet sunucularına ait akreditasyon sistemi oluşturulacak, klinik kalitesinin izlenmesi ve kontrolünde

ölçülü ve etkili bir dönem oluşturulacak, klinik rehberlerin kullanımının daha yaygınlaştırılması sağlanacaktır.

6.1- Sağlık hizmetlerinde klinik niteliğinin standart hale getirilmesi ve ilerletilmesine çalışılacak, klinik rehberlerin uygulanması yaygın hale getirilecektir.

6.2- Akredite olan sağlık hizmet kuruluşlarının adedi fazlalaştırılacaktır.

7- Bilgi ve ilmi kanıta dayanan politika meydana getirme adına girdi olarak faydalanılabilecek, ilmi araştırma ve çözümlemelerde kullanılmaya uygun, milletlerarası karşılaştırmalara imkân veren nitelik ve detayda bilgi kaydı tutulacaktır.

7.1- Sağlık veri sistemleri tekrar teşkilatlandırılarak, veri niteliği yükseltilecek ve milletlerarası karşılaştırmaya olanak sağlayan bir veri altyapısı oluşturulacaktır.

7.2- Veri paylaşımı konusunda kurumlar arası haberleşme ve işbirliği geliştirilerek devam edecektir.

8- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında ürün ve hizmetin güvenilir olması ile standartlaştırmasına olanak sağlayan yasal düzenlemeler tamamlanarak denetim-kontrol düzenekler meydana getirilecektir.

8.1- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına ait yasal düzenlemeler yapılacaktır.

8.2- Geleneksel ve tamamlayıcı tıpta kamu hastanelerindeki ünite sayısı ile merkez sayısı çoğaltılacak, denetim ve kontrol düzenekleri kurulacaktır.

9- Tedarik zincirinin devam edilebilirliğini ve etkinliğini sağlamak maksadıyla bir baştan bir başa idare şekli meydana getirilecektir.

9.1- Gereksinim planlama, sipariş, satın alma, stok, donanım ve akit yönetimi sahalarında bilişim altyapısı çalışmaları ile yasal düzenlemeler yapılacaktır.

9.2- Sağlık market çalışmaları kapsamında; sağlık kuruluşlarında bilhassa fazla tüketilen ve elde edilmesinde sıkıntı yaşanan araç, gereçlerin temini noktasında farklı seçenekler yoluyla alım yapılarak maliyetlerinin düşürülmesi yoluna gidilecektir.

9.3- Simülasyon destekli tıp eğitimi, biyomedikal hastane eczacılığı eğitimi ve mühendislik eğitimi vermek maksadıyla Simülasyon Destekli Eğitim ve Uygulama Merkezlerinin açılmasına imkân tanınacaktır.

9.4- Tıbbi sarf malzeme ve ilaç kullanım değerlendirme komisyonları kurularak aynı belirti için doktorlarca belirlenen tedavi masrafları mukayese edilerek yetersiz/gereksiz kullanımların önlenmesi ve rasyonalist ilaç, rasyonalist tıbbi sarf malzemesi ve rasyonalist laboratuvar uygulamaları kullanılacaktır.

9.5- Rasyonalist ilaç kullanımı hususunda bilinç seviyesi yükseltilecek, izleme ve değerlendirme çalışmaları arttırılacaktır.

9.6- Solunum sistemi ilaçları, antibiyotikler ve psikiyatride kullanılan ilaçlar öncelikli olmak kaydıyla rasyonalist ilaç kullanımına ait teşvik edici ve zorlayıcı düzenekler kurulacaktır.

9.7- İhtiyar hastalar ve süregen hastalığı olan kişiler başta olmak üzere kamuoyuna bilinç kazandırma etkinlikleri yöntemiyle rasyonalist ilaç kullanımı mevzusunda farkındalık oluşturma çalışmaları yapılacaktır.

9.8- Doktorların rasyonalist ilaç kullanımı hususunda desteklenmesini ve kontrolünü temin eden karar destek sistemi oluşturulacaktır.

9.9- Antimikrobiyal direncin düşürülmesine ait veteriner hekimlikte kullanılan ilaçların rasyonalist kullanımı hususunda ilgili kuruluşlar eliyle ortak çalışmalar yapılacaktır.

10- İlaç sarfiyatının devam edilebilirliği ve hesaplanabilirliği artırılacak, sarfiyatta etkinlik kazandırılacaktır.

10.1- Geri ödeme boyutunun ve ilaç fiyatlarının ve tespit edilmesinde kanıta dayalı uygulamalar hayata geçirilecektir.

10.2- İlaç geri ödeme listesi düzenli şekilde kontrol edilecektir.

10.3- Yurt dışından satın alınan ilaçlar gibi gruplarda aktif bütçe kontrolü yapılacaktır.

11- Memleketimizin sağlık turizmi sahasında ünlenmesi ve tercih edilmesi sağlanacak ve sağlık turizmi hizmet üretim miktarı kalite ve ölçü olarak yükseltilecektir.

11.1- Sağlık turizmine ait yasal düzenlemelerin tamamlanması sağlanacak, denklik ve denetim altyapısı arttırılacaktır.

11.2- Medikal turizmin, termal turizmin yanı sıra yaşı ve iyileştirme turizmiyle olan uyumu kuvvetlendirilecektir.

11.3- Sağlık turizmi sahasında ülkemizin pazarlama ve tanıtım faaliyetleri sürdürülecektir.

12- Sağlık sisteminde hizmet ödeyici ve sunucusunun görevleri mali sürdürülebilirlik, hizmetin niteliği, kontrolü ve performans konularına öncelik verilmek üzere daha aktif bir şekilde yapılacak biçimde yapılandırılacaktır.

12.1- SGK'nın sağlık sarfiyatına ait denetim kapasitesi arttırılacaktır.

12.2- SGK ile kamu kurum ve kuruluşları arasında yapılan dünya çapında bütçe anlaşmalarının hazırlanma ve tatbiki süreçlerinde fiyat ve maliyet, hizmet faaliyet çözümlemelerinin yapılmasına imkân veren sistem ve süreçler meydana getirilecektir.

12.3- Sağlık hizmetin verilmesinde kullanılan hizmet sunum fiyat yapısının gerçekçi, doğru ve randımanı özendiren bir yapıya kavuşturulmasına imkan vermek için Teşhis İlişkili Gruplar metodu uygulanarak yeni ve faal bir fiyatlandırma yapısına gidilecektir.

12.4- Üniversite hastanelerinin hastane işletme işi ayrıştırma yoluna gidilerek, eğitim ve öğretim hizmetlerinin aktif bir biçimde sunulmasına olanak sağlayacak şekilde idare, hizmet sunumu ve parasal yapısı bakımından devam edilebilir bir yapıya ulaşması sağlanacaktır.

13- Sağlık harcamalarında etkinliğin sağlanması amacıyla arz ve talep yönlü düzenlemeler yapılacaktır.

13.1- İhtiyacın dışında inceleme, çözümleme ve diğer işlemlerin azaltılması amacıyla tıbbi bilgilerin sisteme daha iyi uyum sağlamasına çalışılacaktır.

13.2- İnceleme ve çözümleme işlemlerinin ortalamanın üzerinde yapılmasına ait bir bilgilendirme ve izleme sistemi oluşturulacaktır.

2.3. Seçilen Ülkelerin Sağlık Politikaları

2.3.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Politikaları

Amerika Birleşik Devletleri'nin genel sağlık sistemi, her birinden bir parça barındıran dört ana sağlık sistem modelinden oluşmaktadır. Beveridge modeline savaş gazileri ve çocukların sağlık hizmetinden yararlanması bakımından, ulusal sağlık sigortası modeline yaşlı insanlara hizmet vermesi bakımından, Bismarck modeline ise çalışan bireylere verilen sağlık hizmetleri bakımından benzediği görülmektedir. Cepten ödeme modeline ise son zamanlarda gerçekleştirilen değişiklikten önce popülasyonun %15'inden fazlasının sağlık sigortası yaptırmamasından ötürü benzerlik göstermektedir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 108).

Amerika Birleşik Devletleri'nin genel sağlık sisteminin temelinde özel sağlık sigortaları bulunmaktadır ve ana esas herkesin hekimini ve hastasını tercih edebilme özgürlüğüne sahip olabilmesine dayanır. Ödemenin ya sigorta tarafından ya da doğrudan doktora yapılması nedeniyle doktorların çoğu özel muayenelerinde çalışmayı tercih etmektedir. Sağlık faaliyetlerinde tam bir bütünlükten bahsetmenin imkânının olmadığı ülkenin eyaletlerinde de değişik kullanımlar uygulanmaktadır. Özel sağlık sigortasına merkez alınarak ilerleyen sistemde, 1960'lı senelerde dar gelirli bireylerin sorunları için kamunun karışmasıyla birlikte özel sağlık sigortasını yaptıramayan kişiler için Medicaid ve ihtiyarlar için Medicare adında kamu kuruluşları kurulmuştur. Savaş gazileri ve çocuklar için de benzer uygulamalar oluşturulmuştur (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 108).

Medicare, 1965 yılında oluşturulan bu program 65 yaş ve üzeri bireyleri, sürekli böbrek hastalığı olan bireyleri ve sosyal güvenlik kanunundan faydalanma hakkına sahip 65 yaşın altındaki engelli bireyleri içine alan ve devlet tarafından idare edilen federal bir program olarak geliştirilmiştir. Medicare programı ise federal gelir vergileri, patron ve çalışan kesim tarafından bölüşülen maaş vergileri ve bireysel katılım primleri tarafından finanse edilen bir programdır (Lkhagvaa, 2019: 17).

Medicare programının halka sunulan sağlık hizmetleri türlerine göre kendi içinde üçe ayrıldığı görölmektedir. Bunlar; Medicare A Bölümü Hastane Hizmetleri, Medicare B Bölümü doktor Hizmetleri ve Medicare D Bölümü İlaç Hizmetleri'dir Medicare Programı sağlık hizmetlerinde şu alanlara ödeme yapmamaktadır:

1. Rutin Göz, Kulak ve Fiziksel Muayeneler.
2. Plastik Cerrahi.
3. Kulaklık.
4. Gözlükler.
5. Poliklinikte Reçetelenen İlaçlar.
6. Diş Bakımı.
7. Uzun Süreli Tedavi Hizmetleri (Lkhagvaa, 2019: 18).

Bir sosyal refah programı olan Medicaid, 1965 yılında Medicare ile birlikte kullanıma giren bir programdır. Medicaid programı, dar gelirli kişilerle ailelerine ve engelli bireylere sağlık sigortası sağlamak için çalışmalar yürütmektedir. Finansal destekleyiciliği federal hükümet, yönetimi ise eyalet hükümetleri tarafından yapılmakta olan program bütün fakirler için sağlık hizmeti vermemektedir (Lkhagvaa 2019: 18).

Amerika Birleşik Devletleri'nde harcamaların ve sağlık politikalarının sağlık sisteminin dışındaki sağlık belirleyicileri tarafından yönetildiği görölmektedir. Bu sistemde, sağlığı muhafaza ve hastalıkların önlenmesi çalışmalarından ziyade tıbbi tedaviler ve verilen sağlık hizmetleri için ücretlendirme yapıldığı görölmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık harcamaları tahmini olarak 3 trilyon doların üstünde olsa da sanayi alanında gelişmiş ölkelerin arkasında yer almaktadır. Yapılan bu harcamaların %95'i sağlık hizmetleri için, sadece % 5'i nüfus sağlığını korumak ve genel sağlığı iyileştirmek için kullanılmaktadır (Özen 2019: 55)

2.3.2. İngiltere Sağlık Politikası

İngiltere’de kişilere sağlık hizmetleri kullanımı noktasında özgürlük tanındığı görülmektedir. Özerk bir kurum olan Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) 1948’de kurulan ve ülkede ikamet eden herkese koruyucu, ilaç, birinci basamak sağlık hizmeti ve hastane hizmetlerini sunmakla görevli bir kurumdur. NHS, ülkede sağlık hizmetlerini yönetmek ve yönlendirmekle sorumludur (Sungur, 2018: 106).

NHS’nin (Ulusal Sağlık Hizmeti) esasının 19. asrın başlarında işçilerin sigortalarına ve oluşturulan derneklere kadar gittiği görülmektedir. Bu sistem Lyloyd Heorge eliyle geliştirilmiş bir sistemdir. 1950 seneleri öncesindeyse Krallık’ın kendine ait olmasına rağmen bu sağlık sistemi sistemli olmayıp, kamu ve özel sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Sonraları diğer hastalara da hizmet vermeye başlayan belediye hastaneleri önceleri bulaşıcı hastalıklar ve akıl hastalarıyla ilgilenmekteydi. Bu durumda bu hastaneler sağlık merkezleri haline gelmiştir. Kamunun yanında kâr amacı gütmeyen kurumların, gönüllülük esasına göre istekli bireylerin çalıştığı kuruluşların ve özel teşkilatların bulunduğu sağlık hizmetlerinin de varlığı tespit edilmiştir. Ayriyeten 1830’lu senelerde herhangi bir bedel almadan hizmet veren kraliyet hastanelerinden faydalanan kişilerin sağlık hizmetlerini bireysel olarak parasal karşılığını ödedikleri görülmektedir. 1900’lü senelere kadar bireyleri oldukça külfetli olan sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri amacıyla “club practice” adlı bir kulüp kurularak çalışanların sağlık hizmetlerinden yararlanması amaçlanmıştır. Bu kulüpte hekimlere ödemeler saatlik ücret belirlenerek gerçekleştirilmiştir (Özen, 2019: 45).

Bevan Sağlık Bakanı olarak görev yaptığı dönemde (1945) devletin gereksinimleri istikametinde yeni bir sağlık sistemi geliştirmeyi planlamıştır. NHS’nin (Ulusal Sağlık Servisi) oluşturulması sağlık alanında yapılan bir yenilik olarak tanıtılarak övülmüştür. Bu sistem ile beraber bütün bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanabileceği ve parasal yapının devlet eliyle karşılanacağı kanun tasarısı İngiltere ve Galler meclislerinden geçerek kraliyet onayını almış ve 1948 senesinde uygulamaya geçirilmiştir (Özen, 2019: 46).

İngiltere sağlık hizmetlerinin sunumunda en fazla önemin koruyucu ve birincil sağlık hizmetlerine verildiği görülmektedir. Ülkede özel teşebbüs sağlık

hizmetleri serbest olmasına karşın, kamu hizmetlerinin yeterli olması sebebiyle büyük bir öneme haiz değildir. Aynı zamanda İngiltere ilaç sanayisi dünyanın en büyük ilaç ihracatçı sanayilerinden birisi olmaktadır. Temel piyasası Batı Avrupa, Kuzey Amerika ve Japonya gibi devletlerdir (Lkhagvaa, 2019: 24).

2.3.3. Almanya Sağlık Politikası

Almanya, sanayide olduğu gibi sağlık sisteminde de dünyada emsal gösterilebilecek bir durumdadır. Dünyanın en büyük finans devlerinden biri olan Almanya'nın sağlık sistemi de son derece ileri ve köklüdür. Bismarck Modeli, dünya sağlık sistemleri tetkik edildiği zaman bu sistemlere önderlik eden, değişmelerde rol alan Almanya'da oluşturulmuş bir sistemdir. Bu ülkede özel sigortalarla, uzun vadeli bakım ve hastalık sağlık güvencesi altına alınmıştır. İşveren ve işçinin ödediği primlerle zorunlu sağlık sigortası yapılmaktadır. Almanya'daki sigorta sistemindeki insanlar kazançları ile orantılı bir şekilde sağlık sigortası primlerini karşılamaktadırlar ve işveren de bu bağlamda primleri ödemeyi aksatmayarak çalışanlarının sağlık sigortalarını yaptırmaktadır. Sağlık sisteminin diğer parasal kaynakları ise insanların doğrudan yatırdıkları vergiler ve hazineye bu alana ayrılan fon ile karşılanmaktadır. Almanya halkının özel sigorta da olsa zorunlu bir sigorta yaptırmaları mecburidir. Bundan dolayıdır ki Almanya'da oturan bütün insanlar yüksek düzeyde kapsamlı sağlık hizmetlerine ulaşmaktadır (Özen, 2019: 55).

Sağlık sistemi içinde bulunan kurumlar federal ve devlet (Land-Lander) seviyesinde örgütlenmiş durumdadırlar. Almanya sağlık sisteminin teşkilat yapısında yer alan oluşumlar şu şekildedir:

- 1-Federal/Merkezi Yönetim,
- 2- Federal/Eyalet Yönetimi,
- 3- Devlete ait olmayan birlikler,
- 4- Yasalarla tespit edilen haklar,
- 5- Mecburi üyelik,
- 6- Kendi finansal kaynaklarını yükseltme hakkıdır.

Hastane hizmetleri Almanya’da ananevi şekilde yatırarak tedavi hizmetlerinde toplanmıştır. Ayakta acil bakım hizmetlerini akut hastaneler sunmaktadır. Resmî olarak ayakta bakım hizmeti veren kuruluşlar olarak sadece üniversite hastaneleri hizmet vermektedir (Lkhagvaa 2019: 13).

2.3.4. Japonya Sağlık Politikası

Japonya sağlık sistemi, katılımcıların sağlık bakım tesislerini ve kalitesini düşük bir fiyatla seçme konusunda özgürlük tanıyan evrensel sigorta programı ile karakterize bir sistem olarak görülmektedir. Japonya’da iki temel sağlık sigortası bulunmaktadır. Bu sigortalar şunlardır:

- 1- Çalışanların sağlık sigortası sistemi
- 2- Ulusal sağlık sigortası

Çalışanlar sağlık sigortası sistemi çalışanlara ve onlara bağımlı olan aile fertlerine verilmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası ise işsizler için tasarlanmış bir model olarak çalışmaktadır. Belediyeler tarafından yönetilen bu modelden herhangi bir işte çalışmayanlar faydalanmaktadır. Ülkede sağlık hizmetleri geri ödemesinde ise hizmet başı ödeme yöntemi uygulanmaktadır. Özel sektörün sağlık hizmeti finansmanı açısından rolünün nispeten düşük olmakla birlikte Japonya’da özel sektör sağlık hizmeti sunan ve halk sağlığını koruyan önemli bir altyapı oluşturmaktadır (Sungur 2018: 116).

Japonya’da sağlık sigortasının serbest ve mecburi olmak üzere iki grupta toplandığı görülmektedir. Zorunlu sağlık sigortasının karşıladığı miktar sağlık harcamalarının %70-100 arasında değişmektedir. Ülkenin yurttaşları sigorta şemaları düzenlemesinden ötürü arzuladığı sigortayı seçmekte özgür değillerdir. Birtakım sigortaların hizmet şartları bütün ülkede tek şekildedir ve bu kurumların kâr amaçları yoktur. Bu yüzden ülkedeki sağlık harcamalarının çoğunluğu zorunlu sağlık sigortası ile karşılanmaktadır. Ülkede sağlık konusunda; sağlıklılar ve hastalar arasındaki adaleti korunmaya önem verilmektedir. Sigortadaki yönetim harcamalarını karşılayan devlet, sigorta sistemini 3 ayrı kategoriye ayırmaktadır:

- 1- Sağlık ve Tıbbi Bakım sigortası.
- 2- Emekli ve serbest çalışanları kapsayan Ulusal Sağlık sigortası.

3- İşçi Sağlık Sigortası.

Bundan başka Japonya’da yapılan sözleşmelere göre hizmet veren hekimlerin ve hastanelerin ücretleri ödenir. Japonya’da doktorlar diğer ülkelere kıyasla yazdığı reçetelerden mühim bir kazanç elde etmektedirler. Bu ülkede sağlık hizmeti verilen yerlere yapılan bağışların mühim bir yeri bulunmaktadır (Özen 2019: 49).

2.3.5. Rusya Sağlık Politikası

Rusya’da, Sovyet Rusya’nın yıkılmasıyla sağlık hizmetlerinin tek bir merkezden planlanması ve yönetilmesi süreci son bulmuştur. Günümüzde Rusya Federasyonu federal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç yönetim sistemine bölünmüştür. Sağlık sisteminin de bu istikamette örgütlendiği görülmektedir. Federal düzeyde görev yapan sağlık bakanlığının vazifesi, alınan kararların bölgelere ulaşımını gerçekleştirmek ve merkezi politikanın yapısını oluşturmaktır. Sağlık kurumları bölgesel seviyede oldukça profesyonel çalışmaktadırlar. Özerk yönetimler tarafından idare edilen bölgesel düzeyde sağlık kurumları arasında genel hastaneler, çocuk hastaneleri, akıl hastaneleri, dispanserler ve hastalık teşhis merkezleri bulunmaktadır. Kırsal kesimlerindeki sağlık otoriteleri, merkezi bölgesel sağlık otoritelerine bağlı olarak çalışmaktadır (Sungur 2018: 114).

Rusya’da sağlık hizmetinin sunumunun çoğunlukla kamu sağlık kuruluşları tarafından sağlandığı görülmektedir, ancak son 10 yılda özellikle dişçilik ve göz ile ilgili hastalıkların tedavisi ile eczacılık alanında özel sektörün gelişme gösterdiği de bilinen bir gerçektir. Ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanı temelde federal devlet bütçesi ve zorunlu sağlık sigortası fonları tarafından sağlanmaktadır. Sağlık sigortası gelirleri işverenlerden yapılan sağlık sigorta kesintileri, işverenlerin verdikleri gelir vergisi ödemeleri ve çalışmayan kesim (çocuklar, işsizler, emekliler) adına yapılan bölgesel devlet yardımları tarafından karşılanmaktadır. Sigorta kuruluşları sağlık hizmeti sunucularına üyeleri adına ödemeleri devlet tarafından yapılan sigorta yardımları ile yapmaktadır. Vergi fonları bölgesel ve federal bütçelerin kaynağı durumundadır (Sungur 2018: 114).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

3.1. Sağlık Ekonomisi Tanımı ve Tarihçesi

Ekonomi, insanların çok sayıdaki ihtiyaçlarının, göreceli olarak kıt kaynaklarla en iyi şekilde karşılanması çabalarına bağlı sorunları incelemektedir. Günümüzde tartışma konularının başını çeken kamu harcamalarındaki artışlar, sağlık sektöründeki harcamalarının da sürekli artması, sağlık ekonomisine ilişkin sorunların ön plana çıkmasına sebep olan etkenlerdir (Dağlı 2006: 14).

Sağlık ekonomisi 1960'lı yıllardan itibaren müstakil bir disiplin olarak ortaya çıkmış olup, yaygın iktisat bilimi kaidelerinin sağlık sektörüne tatbik edilmesiyle meydana gelen uygulamalı bir alt dal olarak kabul görmektedir. İktisadi olarak sağlık ekonomisi, sağlık sektörüne tahsis edilen kaynakların en hesaplı (randımanlı, tesirli, gerçekçi) kullanılmasıyla azami seviyede sağlık hizmetinin üretilmesi ve bunu toplumu meydana getiren toplumsal zümreler ve kişiler arasında en iyi şekilde bölüştürülmesidir denebilir. Kısacası sağlık ekonomisi, hazırdaki sınırlı kaynakların sağlık alanında azami biçimde kullanılması amacıyla gerçekleştirilen faaliyetler bütünüdür (Akdağ 2012: 51).

Bu tanım dikkatle tetkik edildiğinde sağlık ekonomisinin esas hedeflerinin;

1. Toplumun gereksinim duyduğu hangi sağlık hizmeti öncelikli olacak ve ne oranda üretilecektir?

2. Üretilen bu hizmetler kim aracılığıyla ve ne yöntemle (hangi kurumlar ve teknolojik yöntemlerle) yapılmalıdır?

3. Üretilen bu hizmetler kim içindir (toplumu teşkil eden farklı toplumsal zümreler ve fertler bu hizmetlerden ne miktarda ve nasıl faydalanacak)?

Sorularının en iyi şekilde cevaplanması sonucu ortaya çıkacağı aşıkardır (Akdağ 2012: 51).

Sağlık sektörünün her geçen yıl daha fazla kaynak aktarılan bir sektör olması, sağlık ekonomisinin gitgide daha önemli bir hizmet sahası durumuna ulaşmasında etkin olan öğelerin başında olduğu yadsınamaz. Sektörün çekiciliği artmasında sağlık

alanına aktarılan kaynak miktarının artması da önemli bir faktördür. Sağlık piyasalarında talebin artmasında sağlıklı olma algısının gelişmesi, tıbbi teknolojinin hızla büyüyen ve maliyetli bir alan olması, bireysel kronik hastalıkların toplu ölümlere neden olan salgın hastalıkların yerini alması, ve benzeri sebepler hem bilim dünyasında hem de ekonomi-politik ortamda sağlığın önemini arttıran etmenlerdir (Loş 2016: 7).

Ekonomi biliminin oldukça genç bir alt dalı olan sağlık ekonomisi, esas olarak ilgi çekmeye başlaması 1960'larda olmuştur. 1970'lerde ise bu alanın yayıldığı ve sağlık ekonomisinin öneminin gitgide büyüdüğü görülmektedir (Dürrü 2012: 7).

Sağlık Ekonomisinin, ekonomi bütünü içinde bir alt disiplin olmasında önemli bir başlangıç teşkil etmesi 7 Nisan 1948 tarihinde BM eliyle kurulan, DSÖ'nün, 1977 tarihli Genel Kurul Toplantısında belirlediği hedeftir. Bu hedef, "2000 yılına dek dünyada herkese sağlık hizmetlerinin sağlanmasıdır." şeklindedir. Bu hedefe erişilmesi doğrultusunda, sağlık ekonomisi uygulamalarının önemini arttırmasında sağlık politikalarına uygun yönetim ve finansman mekanizmalarının geliştirilmesi gereğinin kabul edilmesi olmuştur (Dürrü 2012: 7).

Sağlık Ekonomisinin, İkinci Dünya Savaşı sonrasında, tıp fakültelerinde serbest bir ders olarak okutulmaya başlanması ilk defa ABD'de, 1950'lerde görülmektedir. Eğitim, savunma, enerji ve çevre ekonomisinde olduğu gibi Avrupa'ya geçen bu bilim dalı da, bu yüzyılın son çeyreğinde gerek Amerika'da gerekse Avrupa'da, özellikle doğum yeri olarak ileri sürülen İngiltere'de, beşeri sermayenin ön plana çıkmasıyla ekonomistlerin büyük ilgisini büyük ölçüde çekmiştir (Dağlı 2006: 17).

İktisatçıların Sağlık Ekonomisi alanına eğilmelerinin başlıca üç nedeni şunlardır:

- Sağlık hizmetleri finansmanının değerlendirilmesi,
- Sağlık harcamalarının süratle çoğalması ve sağlık sektörünün ekonomide en çok kaynak sarf eden sektör haline gelmesi,
- Sağlık sektörünün GSMH içindeki payının süratle büyümesi

Wilensky'e göre sağlık ekonomisinin Amerika'daki gelişiminde; sağlık hizmetlerinin tam olarak yapılması, ödeme sistemlerinin iyileştirilmesi, sigortalı

olmayanların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi, kar amaçlı olmayan sağlık kurumlarının geliştirilmesi, nüfusun yaş bileşimi, sağlık personeli arzının değişmesi, sağlık ekonomisindeki değerlendirme tekniklerinin yeni tekniklerle desteklenmesi etkili olmuştur (Temur 2012: 172).

3.2. Sağlık Harcamaları

Dünyadaki neredeyse bütün demokratik düzen ve teşkilatların esas hedefi, sağlıklı kişi ve kişilerden oluşan sağlıklı bir toplum meydana getirmektir. Çünkü ruh ve beden sağlığına sahip olmak; refahın, istikrarın, güvenliğin, gücün ve mutluluğun en önemli unsurudur (Ekiz 2013: 72).

Sağlıklı bir topluma malik olmak, bir ülkenin ekonomisinin kuvvetli olması, ekonomik gelişmenin sağlanıp devamlılığı sağlamak için gerekli olan en önemli unsurdur. Sağlıklı bir toplumun varlığından bahsedebilmek için ise toplumun gereksinimlerini tahsis edecek sağlık hizmetlerinin arz edilmesi ise elzemdir. Bu hizmetlerin tahsis edilmesi için yapılan bütün harcamaların sağlık harcamaları içerisinde toplandığı görölmektedir. Yalnızca sağlığın yitirilmesi durumunda sağlığı tekrar kazanmak için yapılan harcamalar değil bununla birlikte aşılama, cinsel hastalıklarla mücadele gibi sağlığı muhafaza maksadıyla kabul edilen tüm koruma harcamalarıyla birlikte beslenme, sağlık yatırımları gibi geliştirme amaçlı harcamalar da “sağlık harcaması” olarak kabul görmektedir (Akın 2007: 28).

Sağlık ekonomisinin temel problemlerinden biri ve belki de en önemlisi nelerin sağlık harcaması içinde sayılacağı konusunun bir sonuca ulaşmamış olmasıdır. Bir taraftan tıbbi bakım, öbür taraftan mesela kozmetik uygulamalar rekreasyon (kaplıca, fitness vb.) aktiviteleri, hatta gıda, içecek, barınmanın sağlık harcamaları hususuna ne kadar dahil olduğunu belirleyecek sınır çizgisini çizmek mümkün olmamaktadır (Tokalaş 2006: 25).

Bir ülkenin iktisadi gelişmeyi doğrudan etkileyen harcamaları içinde sağlık harcamaları önemli bir yere sahiptir. Sağlık sektörünün eğitimle beraber öncelikli sektörler içerisinde kesinlikle yer alması gerekmektedir. Sağlık harcamalarını basit bir tüketim harcaması niteliğinde görmekse hatalı bir bakış açısidir. Bununla birlikte bir yatırım harcaması olan sağlık harcamalarının eksikliğinin meydana getireceği olumsuz etkileri gelecekte tazmin edilecek kadar basit bir olay değildir (Filiz 2010: 24).

Uluslararası sağlık harcamalarını karşılaştırmak amacı ile standart tanımlamalar kullanılmıştır. Tıbbi bakım harcamaları (per capita) ve bunun ulusal gelire (Yurt İçi Safi Hasıla) veya GSMH'ya oranı ve toplam harcamalar içindeki payı örnek olarak gösterilebilir. Bir zaman süreci boyunca anlamlı eğilimleri keşfetmek ve farklı ülkelerin toplam zenginliklerinden tıbbi bakım için daha fazla veya az mı harcandığını da değerlendirmek de örnek olarak verilebilir (Tokalaş 2006: 25).



Tablo 2. Sağlık Harcamaları İstatistiği 1999-2019 (Kaynak: TÜİK)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)			Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)
	Devlet	Özel	Toplam	
1999	3 048	1 937	4 985	4,7
2000	5 190	3 058	8 248	4,8
2001	8 438	3 958	12 396	5,1
2002	13 270	5 504	18 779	5,2
2003	17 462	6 817	24 279	5,2
2004	21 389	8 632	30 021	5,2
2005	23 987	11 372	35 359	5,2
2006	30 116	13 953	44 069	5,6
2007	34 530	16 374	50 904	5,8
2008	42 159	15 580	57 740	5,8
2009	46 890	11 021	57 911	5,8
2010	48 482	13 196	61 678	5,3
2011	54 580	14 028	68 607	4,9
2012	58 785	15 404	74 189	4,7
2013	62 228	18 162	84 390	4,7
2014	73 382	21 368	94 750	4,6
2015	82 121	22 446	104 568	4,5
2016	94 012	25 744	119 756	4,6
2017	109 744	30 904	140 647	4,5
2018	128 021	37 213	165 234	4,4
2019	156 819	44 212	201 031	4,7

1999-2019 yılları sağlık harcamalarını gösteren tablo incelendiği zaman, sağlık harcamalarını yıllara göre arttığı görülmektedir. 1999 yılında gerçekleşen toplam sağlık harcamaları 4 985 milyon TL iken bu tutar 2019 yılında 201 031 milyon TL'ye ulaşmıştır. Kamu sağlık harcamalarıyla birlikte özel sağlık harcamalarının arttığı da bir geçektir. Özellikle sağlık yatırımlarının ana unsuru olan

devlet tarafından, özel sağlık kuruluşlarının yatırımlarının desteklenmesi ve vatandaşın daha kaliteli ve hızlı sağlık hizmeti almak istemeleri sonucu özel sağlık harcamaları da artmaktadır.

DSÖ'ye göre, bir ÷lkede sağlık harcamalarına tahsis edilen payın o ÷lkenin yıllık GSMH' sının asgari % 5'i olması gerektiğine dikkat çekerek, bunu az gelişmiş ya da gelişmekte olan ÷lkelerin önüne ulaşılması gereken bir hedef olarak koymuştur. ÷lkelerin gelişmişlik seviyesi arttıkça GSYİH' den sağlık harcamaları için daha büyük miktarlarda pay ayrılmaktadır (Temur 2012:185). ÷lkemiz gelişmekte olan bir ÷lkedir. Sağlık harcamalarının GSYİH oranı genel olarak % 4,7'dir. Bu oranın en yüksek olduğu yıllar % 5,8 ile 2007, 2008 ve 2009 yıllarıdır.

Tablo 3. Kişi Başı Sağlık Harcamaları (Kaynak: TÜİK)

Yıllar	Kişi Başı Sağlık Harcaması (TL)
1999	79
2000	128
2001	190
2002	284
2003	369
2004	443
2005	516
2006	635
2007	725
2008	812
2009	804
2010	845
2011	928
2012	1 020
2013	1 110
2014	1 232
2015	1 345
2016	1 524
2017	1 751
2018	2 030
2019	2 434

Kişi başı sağlık harcamalarına bakıldığı zaman 1999 yılında gerçekleşen harcama 79 TL, 2019 yılında gerçekleşen kişi başı sağlık harcaması ise 2 434 TL'dir. Yıllar içerisinde kişi başı sağlık harcamalarında artış olduğu grlmektedir.

Tablo 4. Genel ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (Kaynak: TÜİK)

Yıllar	Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)
1999	61,1	38,9
2000	62,9	37,1
2001	68,1	37,9
2002	70,7	29,3
2003	71,9	28,1
2004	71,2	28,8
2005	67,8	32,2
2006	68,3	31,7
2007	67,8	32,2
2008	73,0	27,0
2009	81,0	19,0
2010	78,6	21,4
2011	79,6	20,4
2012	79,2	20,8
2013	78,5	21,5
2014	77,4	22,6
2015	78,5	21,5
2016	78,5	21,5
2017	78,0	22,0
2018	77,5	22,5
2019	78,0	22,0

Tabloya bakıldığı zaman sağlık harcamalarının genel olarak devlet tarafından finanse edildiği görülmektedir. Toplam sağlık harcamaları içerisinde devlet tarafından gerçekleştirilen harcamaların oranı % 61,1 ile %78 iken en fazla oran %81 ile 2009 yılı harcamalarında görülmektedir. Özel sektör sağlık harcamaları ise %38,9

ile %19 arasındadır. En yüksek özel sektör harcaması % 38,9 ile 1999 yılında gerçekleşirken en düşük harcama oranı %19,0 ile 2009 yılındadır.

Tablo 5. Seçilen Ülkelerin Kişi Başı Sağlık Harcamaları USD (Kaynak: OECD)
Ülkeler

Yıllar	ABD	İngiltere	Almanya	Japonya	Rusya	Türkiye
2008	7 395,9	3 241, 8	3 995,0	2 799,2	1 202,2	807,1
2009	7 669,6	3 315,2	4 168,1	2 974,5	1 209,4	817,0
2010	7 922,2	3 430,8	4 168,1	3 169,5	1 205,1	843,3
2011	8 131,5	3 496,9	4 421,5	3 740,8	1 204,5	888,3
2012	8 131,5	3 638,7	4 565,8	3 970,8	1 338,1	894,7
2013	8 610,6	3 694,5	4 948, 7	4 308,3	1 409,7	947,7
2014	9 034,2	3 779,8	5 148,7	4 328,4	1 511,3	1 006,8
2015	9 498,3	3 828,3	5 294,6	4 516,9	1 434,4	1 040,4
2016	9 880,2	3 990,0	5 667,8	4 297,1	1 404,9	1 128,7
2017	10 212,7	4 126,3	6 010,6	4 392,9	1 528,8	1 187,5
2018	10 637,1	4 289,8	6 223,8	4 504,4	1 707,4	1 223,6
2019	11 071,7	4 653,1	6 645,8	4 822,8	...	1 337,2

OECD verilerine göre incelenen ülkeler içerisinde kişi başı sağlık harcamalarının en fazla olduğu ülke 7 395- 11 071 USD ile ABD'dir. En az ülke ise 807- 1 337 USD ile Türkiye'dir.

Tablo 6. Seçilen Ülkelerin Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya oranı % (Kaynak: OECD)

Ülkeler						
Yıllar	ABD	İngiltere	Almanya	Japonya	Rusya	Türkiye
2008	15.286	9.166	10.251	8.200	4.892	5.259
2009	16.284	10.016	11.238	9.058	5.630	5.534
2010	16.345	9.989	11.097	9.157	4.959	5.054
2011	16.300	9.973	10.776	10.617	4.795	4.688
2012	16.285	10.052	10.847	10.791	4.936	4.478
2013	16.210	9.979	10.992	10.792	5.081	4.404
2014	16.406	9.958	11.016	10.832	5.296	4.347
2015	16.711	9.904	11.164	10.886	5.296	4.139
2016	17.049	9.867	11.233	10.835	5.290	4.314
2017	17.004	9.825	11.374	10.796	5.359	4.211
2018	16.885	9.997	11.471	10.953	5.316	4.162
2019	16.960	10.254	11.654	11.055	...	4.376

Yukarıdaki tabloda seçilen ülkelerin sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı OECD verileri ile gösterilmiştir. Tabloya göre en yüksek oran % 15-16 ile ABD'dir. En düşük ise %5-4 ile gelişmekte olan ülkeler sınıfında olan Türkiye'dir.

3.2.1. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri

Sağlık harcamalarında yaşanan nüfus, yaşam tarzı teknoloji maliyetleri, risk grupları önemli yer tutmakla birlikte yüksek gelirli ülkeler için risk faktörleri; tütün kullanımı, yüksek kan basıncı, fazla kilo ve obezite, fiziksel hareketsizlik, yüksek kan şekeri, yüksek kolesterol, düşük düzeyde sebze ve meyve tüketimi, kentsel hava kirliliği, alkol kullanımı ve iş riskleri şeklinde yüzde oranı en fazla olandan en az olana doğru sıralandığı görülmektedir. Bu riskler, kalp hastalığı, diyabet ve kanserler gibi kronik hastalıkların riskini artırdığı için önemli etkenlerdir ve tüm gelir gruplarındaki ülkeleri etkilediği bir gerçektir (Dürrü 2012: 81).

Günümüzde devletler kalkınma planları dahilinde sınırlı meblağların etkili yönetebilmesi için gerçekleştirilen her harcamayı iktisadi olarak çözümleme yapmakta ve gerçekleştirilen harcamaların amacına ulaşp ulaşmadığını sorgulamak zorundadır. Dünya genelinde sağlık harcamalarının süratli bir biçimde yükseldiğini biliyoruz. Bu kapsamda dünya genelinde kamu harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturan sağlık harcamalarının altında yatan sebeplerin tespit edilmesi de büyük önem arz etmektedir(Akın 2007: 31).

Özelikle gelişmiş ülkelerde, son yıllarda, sağlık hizmeti harcamalarının GSMH içindeki payının büyük oranda arttığı görülmektedir. Sağlık harcamalarının genel olarak artış nedenleri olarak, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler sayılabilir (Tokalaş 2006: 28).

3.2.1.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi

Bireylerin ülkelerin üretim ve kazançlarındaki artışla birlikte yaşamlarını daha rahat sürdürmelerini temin edecek hizmetleri talep etmeleri kaçınılmazdır. Bireylerin esas gereksinimlerinin devlet veya başka kuruluşlar vasıtasıyla teminat altına alınması sebebiyledir ki kişiler bu gereksinimleri dışındaki mal ve hizmetlere yönelmektedirler. Kişinin sağlıklı ve eğitilmiş olması hayattan daha çok haz duymasını, uzun ve sıkıntısız bir yaşam sürmesini etkileyen önemli bir faktördür. Böylece kazançta meydana gelen bir artış kişilerin daha nitelikli bir hayat sürmek için sağlık hizmetlerine olan taleplerinde artış yaşanmasına sebep olmaktadır. Başka bir deyişle kişi başına düşen gelir ile sağlık harcamaları arasında pozitif yönlü orantı söz konusudur (İzgi 2019: 13).

Bireylerin gelir seviyesi artıkça, artan hayat standartları için sağlık hizmeti taleplerini artırmaları beklenmeyen bir durum değildir. Özellikle piyasa aracılığıyla verilen sağlık hizmetlerine olan talep gelirle doğru orantılı olarak artmaktadır. Kişiler yeni teknolojilerden faydalanmak, sıra beklemeden ve diledikleri zaman muayene olabilmek, daha iyi fiziksel koşullara sahip sağlık merkezlerinden hizmet almak gibi sebeplerle daha çok para vererek sağlık hizmeti alabilmekte ve hizmet memnuniyetlerine göre kurum değiştirebilmektedirler. Ayrıca bireylerin gelirleri yükseldikçe sosyal güvenlik kurumlarının sigorta kapsamı dışında bıraktığı bazı sağlık hizmetlerinin talebi de artmakta ve bunun sonucu olarak sağlık harcamalarının yükseldiği görülmektedir (Ulaş 2018: 9).

Gelir seviyesindeki artışlar sağlık harcamalarını artırmakla birlikte düşük gelir seviyesi de sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Kötü sağlık şartları ile gelir seviyesi arasında da doğru bir orantı olduğu kabul edilmelidir. Birçok zararlı madde alışkanlıkların temelinde yoksulluk ve onun yol açtığı bunalımlarla çaresizlik hissi yer almaktadır. Aynı biçimde sosyal olmayan davranışlar, artmış yiyecek güvensizliği yoksullukla ilişkilendirilen diğer unsurlardır (Ulaş 2018: 9).

Kişilerin kozmetik maksatlı gerçekleştirdiği sağlık harcamaları da sağlık durumlarında oluşan bozulmalar durumunda alınan hizmetlerin dışında, genel anlamda sağlık hizmetlerinin artış hızını etkilemektedir. Kozmetik nedeniyle alınan sağlık hizmetlerinin diğer sağlık hizmetlerine oranla daha yüksek ücretlerle satın alınabiliyor olması sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Sonuçta kişisel gelirin artması, hayat ölçütlerinin artması, hem kamu kesimi, hem de özel kesim tarafından sağlanan sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmakta bunun sonucu olarak da sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir (Akın 2007: 32).

3.2.1.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Yükselmesi

Bir ülkenin dinamizmini gösteren iki temel yapı taşı vardır: Eğitim ve sağlık. Şüphesiz bu iki unsur, ülkelerin kalkınma düzeyi açısından birbirlerini besleyen bileşenler olmanın yanı sıra gelişmişliği kanıtlayan önemli göstergelerdir (İzgi 2019: 14).

Bireylerde ve toplumda sağlık hizmetlerine olan talebin artırması sağlık bilincinin artması ve buna bağlı olarak insan sağlığına verilen önemin artmasından kaynaklanmaktadır. Gelişmişlik seviyesine bağlı olarak yaşam ölçütlerinin artması ve

iletişim imkanlarının artması kişileri sağlık hususunda daha hassas olmaya sevk etmekte ve böylece sağlık kuruluşlarından daha yaygın ve kaliteli hizmet beklentisinin oluşmasında etkili olmaktadır (Işık 1997: 77).

3.2.1.3. Teknolojik Gelişmeler

Sağlık alanındaki gelişmeleri yakından ilgilendiren faktörlerden biri de teknoloji konusundaki gelişmelerdir. Teknolojinin gelişmesi ekonomideki tüm alanları etkilediği gibi sağlık alanındaki gelişmeleri de büyük ölçüde etkilemektedir. Teknoloji ve sağlık arasındaki ilişkiyi iki şekilde ele alabiliriz:

Bunlardan ilki teknolojik gelişmenin kaynak kullanımında etkinliği artırması olduğu söylenebilir. Kaynakların verimliliğini arttırmakta üretimde kullanılan teknik ve teknolojinin gelişmesi son derece önemlidir. Bu da maliyet düşerken verimliliğin artmasını sağlayacaktır.

İkinci etkileşim ise sağlık alanında ortaya çıkan önleyici ve tedavi edici yeni yöntemlerin gelişen teknoloji ile birlikte yarattığı maliyetin artmasıdır. Yeni tedavi tekniklerinin keşfi açısından teknolojik gelişme oldukça önemli bir unsurdur ancak tıbbi araştırmaların yüksek bütçeli ve teknoloji tabanlı olması, sağlık harcamalarının hızla artmasına nedenleri arasında yerini almaktadır (Loş 2016: 75).

3.2.1.3. Yaşam Süresinin Uzaması

Nüfus yapısındaki değişimler sağlık harcamalarını etkileyen bir başka etmen olarak göze çarpar. Bilhassa dünya nüfusu dikkate alındığında yaşlı nüfusu, gelişmiş ülkelerde gitgide çoğalmakta ve bu husus sağlık harcamalarında artış sağlamaktadır. Yaş ortalaması yükseldikçe sağlık harcamalarının ülkenin mili hasılasından aldığı payın artması son derece doğaldır. Yani, nüfusun yaş ortalaması ile sağlık harcamaları arasında doğru orantı söz konusudur (İzgi 2019: 14).

İnsanların yaşam sürelerinin uzaması, kronik hastalık ve yetersizlik oranının yükselmesine yol açmakta ve toplumun sağlık hizmetlerine olan talebinin artmasına neden olmaktadır. Toplumun sağlık hizmetlerine olan taleplerinin çoğalması doğal olarak gelirden sağlığa ayrılan payı da yükseltir. Bu durumun sürdürülebilir olmasında; ya sağlık hizmetlerinde verimliliğin artırılması ve yaşlıların bağımlılık oranlarının azaltılması ya da bu kişilere kamu finansman taahhütlerinin azaltılması, olguları tartışılan konulardır (Ulaş 2018: 9).

3.2.1.4. Şehirleşme

Artan kentleşme eğilimi sağlık harcamalarını artıran bir diğer sosyal olgudur. 20. Yüzyılda artan sanayileşmenin de etkisiyle kırsal kesim büyük bir hızla şehirlere göç etmeye başlamış, bu durumunun sonucu olarak da birtakım sorunlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu yoğun nüfus hareketliliği ile beraber gerek altyapı gerekse arz edilen hizmetler yönünden sağlık harcamalarının da çoğalma gösterdiği görülmektedir. Bu durum kentlerde yaşam süren nüfusun artmasına ve bu nüfusa verilen sağlık hizmetlerinin de artmasına yol açmıştır (Ulaş 2018: 8).

3.2.1.5. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Günümüzde yaygın kabul gören temel yargıların hızla değiştiğini buna paralel olarak da ihtiyaçların değiştiğini gözlemlemekteyiz. 1900’lü yıllarda var olan yaşam stili ile şimdiki arasında derin uçurumlar görülmektedir. Gelişen dünya ile bu hızlı değişimin yaşanması da elbette doğal bir sonuçtur. Bu fark moda alanından, eğitim sektörüne, sağlık alanından, beslenme ve bakım koşullarına kadar bütün alanlarda kendini göstermektedir (Işık 1997:75).

Tüketim toplumunda nasıl geçmiş zamanlarda otomobil lüks bir varlık olarak görülüyorken bugünkü şartlarda elzem bir ihtiyaç olarak görülüyorsa evveliyatta lüks olarak kabul edilen bilhassa tanı aşamaları artık olmazsa olmaz bir boyut ve önem arz etmektedir. Basit sağlık sorunlarının sebepleri incelenirken kişi sağlığının mevzubahis olması nedeniyle masraflı tanı yöntemlerinin kullanılmasından çekinilmemektedir. Bu harcamaların ardındaki sebeplerden biri de toplumun sağlık hususunda duyduğu kaygılar olduğu da inkâr edilemez. Eğitim düzeyinin artması bilinçlenmeyi yükseltmiş ve her şeyden haberdar olmanın olumsuz getirisi olan yaşam telaşını ortaya çıkarmakla birlikte farklı korkuları da beraberinde getirmiştir (Akın 2007: 33).

Yaşam biçimlerinin değişmesi neticesinde gün yüzüne çıkan sağlık problemleri de sağlık harcamalarındaki artışın nedenlerinden biridir. Örneğin gençler arasında uyuşturucu madde ve alkol kullanımının artması ile beraberinde ortaya çıkan hastalık ve psikozlar sağlık harcamalarında önemli artışların yaşanmasına neden olmaktadır. Örneğin, gençlerin ABD ve İngiltere’de uyuşturucu kullanması

neticesinde oluşan maliyetler yüzünden gerçekleştirilen harcamalar çok önemli meblağlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Akın 2007: 33).

3.2.1.6. Uzun Süreli ve Tedavisi Pahalı Hastalıklar Ortaya ıkması

Kanser, Hepatit, AIDS gibi uzun süreli ve tedavisi çok pahalı olan hastalıkların görülme sıklığının artması toplam sağlık harcamalarını arttıran diğer bir sebeptir. Bu hastalıklar hem uzun süre tedavi gerektirmesi hem de tedavi maliyetlerinin çok yüksek olması bu duruma sebep olmaktadır. Bunun karşılığında ise, bu tür hastalıklardan bazılarına karşı uygulanan tedavi her zaman başarılı olmayıp, sadece çoğu zaman, yaşam süresini uzatmakla iktifa etmektedir. Ayrıca kardiyovasküler sistem hastalıkları, kas ve iskelet sistemi hastalıkları gibi süreğen hastalıklar tedavi maliyetlerini arttırdığı gibi bu hastalıklara bağlı işgücü kaybına da neden olması sebebiyle ekonomiyi olumsuz etkilemektedir (Tokalaş 2006: 28).



TARTIŞMA

Türk Dil Kurumu politikayı “Devletin etkinliklerini amaç, yöntem ve içerik olarak düzenleme ve gerçekleştirme esaslarının bütünü” olarak tanımlamaktadır. Sağlık politikası ise; sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen faaliyetleri kapsar. Sağlık harcamaları da, sağlık sunumu, hizmetin alımı ve kullanılan bütün araç ve gereçler için ödenen bedeli ifade etmektedir.

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü veya kısaca OECD, İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra oluşturulan Batı kuruluşları sisteminin bir parçası olarak ihdas edilmiştir. Örgüt, İkinci Dünya Savaşı sonrasında, Batı Avrupa ekonomilerinin desteklenmesi ve onarımı amacıyla, Marshall Planı çerçevesinde ABD ve Kanada’nın o dönemde yaptıkları, yaklaşık 12 Milyar Dolar civarında olan mali yardımın dağıtımına yardımcı olmak ve Avrupa ülkeleri arasındaki ticari ödemeleri serbestleştirerek geliştirmek amacıyla 1947-1960 yılları arasında faaliyette bulunan Avrupa Ekonomi İşbirliği Örgütü’nün (OECC) işlevini tamamlaması üzerine, onun yerine ve daha geniş bir görev tanımı çerçevesinde kurulmuştur (Dışişleri Bakanlığı).

Çalışmada, Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşundan itibaren sağlık politikalarının gelişimi, sağlık harcamalarıyla birlikte OECD Ülkelerinden 5 ülkenin (Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Almanya, Japonya, Rusya) de sağlık politikaları ve harcamaları kısaca incelenmiştir.

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında ülkenin ekonomik düzeyine göre ve sağlık sistemlerini yöneten politik ideolojiye göre yapılmış en kapsamlı çalışma 1993 yılında Roemer tarafından yapılmıştır. Roemer sağlık sistemlerini dört ana başlığa ayırmıştır. Bunlar: (1) Kapsayıcı/Bütüncül Tip Sağlık Sistemleri, (2) Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemleri, (3) Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemleri (4) Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri şeklindedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde uygulanan sağlık sistemi serbest piyasa tipli sağlık sistemidir. Her birinden bir parça barındıran dört ana sağlık sistem modelinden oluşan serbest piyasa tipli sağlık sisteminde maddi olanağı olan sağlık güvencesine

sahiptir. Bu sistemde yer yer Beveridge modeline, gaziler ve çocukların sağlık hizmeti alması için, ulusal sağlık sigortası modeline, yaşlılara hizmet sunumu için, Bismarck modeline ise çalışanlara sunulan sağlık hizmetleri için benzerlik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Cepten ödeme modeli ise serbest piyasa tipli sağlık sistemine dayalı olmasından dolayı en yaygın olanıdır.

Almanya ve Japonya sağlık sistemi refah yönelimli sağlık sistemi olan Bismarck modelidir. Paylara göre çalışanlar, işverenler ve devlet tarafından fonlanan ve belli kamu sağlık sigortalarına dayanan, işçilere yönelik sosyal koruma sistemi olan Bismarck sisteminde ülkede yaşayan herkes sağlık güvencesi altındadır. Ödedikleri prim ve sahip oldukları sigorta doğrultusunda her türlü sağlık hizmetinden faydalanabilmektedirler.

İngiltere kapsayıcı sağlık sistemine sahiptir. Bu sisteme Beveridge sistemi de denilmektedir. Gerek devlet desteği, gerek işveren sigorta payı ve gerekse vatandaşların kendi ödedikleri primler ile sağlık hizmetleri bütün nüfusa yayılması bu sistemin temel amacıdır.

Rusya'da, Sovyet Rusya yıkılana kadar, her ihtiyacın devlet tarafından karşılandığı Sosyalist sağlık sistemi uygulanırken, Sovyet Rusya'nın yıkılmasından sonra sistem genele yayılmış ve devlet ile birlikte özel sektör de yavaş yavaş sisteme dahil olmaya başlamıştır.

Sağlık politikaları yönünden karşılaştırma yapıldığı zaman, ABD, Almanya ve Rusya'da federal yönetim söz konusudur. Bu federal ülkelerde merkezi yönetim politikaları belirlemekte söz sahibidir. Ancak ABD'de merkezi yönetimin belirlediği politikaların yanında eyalet yönetimlerinde de farklı politika uygulamaları da söz konusudur. Almanya'da ise merkezde belirlenen politika ülkenin tümünde uygulanır. Rusya'da ise sağlık bakanlığı tarafından belirlenen politikalar, eyaletler ve yerel yönetimler tarafından uygulanır. Sağlık bakanlığının görevi sağlık politikalarını oluşturmak ve bölgelere ulaştırmaktır.

İngiltere, Japonya ve Türkiye sağlık politikalarının belirlenmesi ve uygulanması tek bir elden sağlık bakanlığı tarafından gerçekleştirilmektedir. İngiltere'de sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetilmesi Ulusal Sağlık Sistemi

tarafından gerçekleştirilmektedir. Türkiye sağlık politikalarını belirlemede ve uygulamada yetkili kurum Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen politikalar tüm ÷lkede uygulanır.

Sağlık harcamaları açısından incelendiği zaman, gelişmiş ÷lkelerin gelişmekte olan ÷lkelere g÷re sağlık harcamalarının daha fazla olduğu g÷r÷lmektedir. Sanayisi gelişmiş ÷lkelerde İngiltere, Almanya, Japonya özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin de gelişmiş olmasından kaynaklanan bireysel sağlık harcamalarının y÷ksek olduğu g÷r÷lmektedir. Bu özellikle özel sağlık sigortalarına yönelme ile kendisini göstermektedir.

Gelişmekte olan ÷lkelerde ise dışa bağımlılık fazla olduğundan teşhis ve tedavi için gerekli teknoloji ve ilacın elde edilmesi sağlık harcamalarının b÷y÷k bl÷m÷n÷ oluşturmaktadır.

OECD verilerine göre belirlenen ÷lkeler arasında kişi başi sağlık harcamaları en fazla olan ÷lke Amerika Birleşik Devletleridir. Yıllara göre değerlendirildiği zaman b÷t÷n ÷lkelerde sağlık harcamalarının d÷zenli bir şekilde artış gösterdiği g÷r÷lmektedir.

Tablo 5'teki kişi başi sağlık harcamaları incelendiği zaman, kişi başına d÷şen sağlık harcaması OECD üyesi ÷lkeleri arasında T÷rkiye'nin 807-1307 USD ile en d÷ř÷k olduğu g÷r÷l÷rken, ABD 7 395- 11 071 USD ile en fazla harcamaya sahiptir. ABD'yi, 3 955- 6 645 USD ile Almanya, 3 241- 4 653 USD İngiltere, 2 799- 4 822 USD ile Japonya, 1 202- 1 707 USD ile Rusya takip etmektedir. Verilere bakıldığı zaman T÷rkiye ve Rusya'nın kişi başi sağlık harcamalarının birbirine yakın olduğu g÷r÷lmektedir.

Cepten yapılan sağlık harcaması, serbest pazar tipi sağlık sistemine sahip ÷lkelerde (ABD) en y÷ksektir. Bismarck (Almanya) modeline sahip ÷lkelerin cepten yaptığı sağlık harcaması, Beveridge (İngiltere) modeline sahip ÷lkelerden daha fazladır.

DSÖ'ye göre gelişmekte olan ÷lkelerin sağlık harcamalarının GSMH'sının en az % 5'i olması gerektiğini söylemektedir. Gelişmiş ÷lkelerin oranları daha fazladır.

OECD verilerine göre Tablo-6'daki veriler incelendiği zaman ABD'nin sağlık harcamaları GSYİH'sının %15-16 arasındaki bir değer ile en yüksek orandadır. Bu durum ABD sağlık sisteminin serbest piyasa tipi olmasının ve devlet tarafından sağlanan sigorta sisteminin herkesi ve her tedaviyi kapsamamasının büyük oranda etkisi olduğu söylenebilir.

ABD'yi %10-11 ile Almanya, %9-10 ile İngiltere, %8-11 ile Japonya ve % 4-5 ile Rusya takip etmektedir. OECD verilerine göre Türkiye'nin sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı %5-4 arasındadır. Bu durum da Türkiye ve Rusya'nın sağlık harcamalarındaki oranın birbirine yakın olduğu ve her iki devletin de DSÖ'ye göre gelişmekte olan ülkeler arasında olduğu değerlendirilmektedir.

Gelişmiş ülkelerin oluşturduğu G8 gurubunda olan Rusya, sanayisi gelişmiş ülkeler arasında yer almaktadır. Ancak sağlık harcamalarına ayırdığı payın gelişmekte olan ülkeler seviyesinde olması Rusya'nın sağlık alanına gereğinden fazla önem vermediği değerlendirilmesi yapılmasına sebep olmaktadır.

SONUÇ

Tarih boyunca insanların hayatlarını idame ettirebilmek için; barınma, giyinme, beslenme gibi gereksinimleri olmuştur. Bu gereksinimlerin yanı sıra kaliteli bir yaşam için sağlık faktörü de son derece önemlidir. Sağlıklı olmayan bir bireyin kendi ihtiyaçlarını karşılaması güçtür. Bireylerin kaliteli yaşam sürmeleri için DSÖ'nün sağlık tanımında söylediği gibi bedensel ve ruhsal olarak tam bir iyilik hali gerekmektedir. Kişilerin sağlıklı yaşam sürmeleri, toplum sağlığı ve ekonomik devamlılık için de önem arz etmektedir. Bu nedenle devletler sağlık alanına önem vermiş ve sağlığın korunması, hastalıkların teşhis ve tedavileri için önemli çalışmalar yapmış ve yapmaya devam etmektedir.

Ülkemizde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı kontrolünde kamu ve özel sektörler aracılığıyla sağlanmaktadır. Sağlık hizmeti; birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak üç basamakta sunulmaktadır. Birinci basamak aile hekimliği, ikinci basamak çok branşlı ve yataklı sağlık kuruluşları, üçüncü basamak ise üniversite hastaneleri ve belirli dallarda uzmanlaşmış hastanelerdir.

Hastalık durumlarında teşhis ve tedavi için gerekli işlemler kamu ve özel sağlık kurumları tarafından gerekli görülen tetkik ve tahliller gerçekleştirilerek, gerektiğinde teknolojik tıbbi cihazlardan da faydalanarak gerçekleştirilmektedir. Bu hizmetlerin tamamına sağlık hizmetleri denir. Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak ayrılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkların ortaya çıkmasını engellemek için gerçekleştirilen uygulamaların tümüdür. Koruyucu sağlık hizmetleri ülkemizde aile sağlık merkezleri ve aile hekimleri tarafından sunulan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis ve tedavi aşamalarının gerçekleştirildiği hizmetlerdir. Rehabilite edici sağlık hizmetleri ise, hastalık veya sakatlık sonrası bireylerin yeniden topluma ve iş hayatına katılması için sunulan hizmetlerdir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve nasıl finanse edileceği devletler için önemlidir. Hizmetlerin nasıl sunulacağı, ülke geneline nasıl ve ne şartlarda ulaştırılacağı, sağlık merkezleri için yapılacak yatırımlar, yeterli ve uzman personelin istihdamı ile verilecek hizmetin nasıl finanse edileceğinin belirlenmesi kanun koyucular tarafından belirlenmelidir. Bu nedenle sağlık politikaları, ülke

yönetiminde belirlenen diğer politikalar gibi (dış politika, ithalat ihracat vb.) önemli bir yere sahiptir.

Ülkemizde; Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık politikaları, savaş sonrası yaraların sarılması ile sınırlı kalmıştır. Sağlık politikalarının sistemli bir şekilde oluşturulmaya başlanması 1960 yılından sonra beşer yıllık kalkınma planları başlamaktadır.

Sağlık politikalarına genel olarak bakıldığı zaman koruyucu sağlık hizmetlerinin artırılması ve geliştirilmesi üzerinde durulmaktadır. Asıl amaç çevre koşullarının düzenlenmesi, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, içme sularının iyileştirilmesi, bağımlılıkların önlenmesi gibi tedbirlerin alınarak hastalıkların ortaya çıkmasını engellemektir.

Sağlık hizmetlerinin tüm yurttaki eşit ve dengeli olarak ulaşması politikaların ulaşılacak istenen temel yapı taşlarından biridir. Vatandaşların hizmete ihtiyaç halinde hızlı bir şekilde ulaşması ve sağlık hizmetlerinden tam olarak faydalanması (teşhis ve tedavi) önem arz etmektedir. Bu nedenle özellikle 2003 sonrası SDP ile aile sağlık merkezlerinin oluşturulması, birinci derecede ulaşılabilir sağlık kuruluşları olması nedeniyle önemlidir.

Aile sağlık merkezlerinin kurulmasındaki bir diğer etken de hem ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerindeki gereksiz yığılmaları engellemek, hem de aile hekimi ile aile arasındaki etkin iletişim ile bireylerin sağlıklarının korunmasında hızlı hareket etme imkanı sağlamaktır.

Sağlıklı ve kaliteli yaşam sürmek her bireyin hakkıdır. Ancak her alanda olduğu gibi sağlık alanında da hizmet sunmak ve hizmet almak önemli bir bütçe gerektirmektedir. Devletler ekonomik kaynaklarının önemli bir kısmını sağlık alanına aktarmaktadır.

Tıp sürekli gelişen bir bilim dalıdır. Her an yeni bir teknoloji gelişmekte, yeni ilaçlar üretilmekte ve bu durum ciddi bir pazar oluşturmaktadır. Hastalıkların doğru teşhis edilmesi, tedavi sürecinde önemli zaman kazandırması nedeniyle devletler bu teknolojiye sahip olmak istemektedir. Bu durum da sağlık harcamalarında ciddi artışlara neden olmaktadır.

Eğitim seviyesinin artması, yaşam standartlarının değişmesi, gelir seviyelerinin artması ve kronik hastalıkların artması gibi nedenler sağlık harcamalarının artmasında etkili olan diğer unsurlardır. Sağlıklı ve kaliteli yaşam sürmek isteyen bireyler, sağlıklarını korumak için imkanları dahilinde hiçbir masraftan kaçmadan hizmet almak istemektedirler. Bu nedenle kamu kurumlarında almak istemedikleri hizmetleri, özel sağlık kurumlarından alırlar. Bu kurumlardan aldıkları hizmetler için kişisel olarak ödeme yapmak durumundadırlar. Bu durum da kişisel sağlık harcamalarını artıran etkenler arasındadır.

Sağlık harcamalarının artmasına neden olan bir diğer etken de ani ortaya çıkan ve küresel etkinliği olan salgın hastalıklardır. Bu hastalıklar, son zamanlarda yaşadığımız COVID-19 salgını gibi yıkıcı etkilere neden olmaktadır. Salgın hastalıklar sadece sağlık harcamalarını değil, genel olarak ülke ekonomisini de olumsuz etkilemektedir. Hastalığın yayılmasını engellemek için uygulanan sokağa çıkma yasakları, kıraathane, lokanta, kafe gibi toplu olarak bir arada bulunan dükkanların kapatılması; turizm faaliyetlerinin askıya alınması ekonominin bozulmasına neden olmaktadır. Ani ortaya çıkan salgın hastalıklarının teşhisi için gerekli testlerin geliştirilmesi, tedavide kullanılacak ilaç bulma çalışmaları ve hastalıklardan korunmak için gerçekleştirilen aşı çalışmaları ve bunların satın alınması sağlık harcamalarını artıran önemli nedenlerdendir.

Yaşam süresinin uzaması ve buna bağlı ortaya çıkan kronik hastalıklar da sağlık harcamalarını artıran nedenlerdendir. şeker, hipertansiyon, kalp gibi kronik hastalıklar için sürekli kullanılması gereken ilaçlar yüksek fiyatları nedeniyle sağlık ekonomisinde önemli yer tutmaktadır. Bununla birlikte kanser gibi tedavisi uzun süren hastalıklar da sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerdendir.

Sağlık harcamalarının zamanla artması ülke ekonomisine de olumsuz etki etmektedir. Bu nedenle sağlık harcamalarında kamu etkisini azaltmak için politikalar geliştirilmektedir. Bu çalışmaların en başında sağlık kurumlarının, Sağlık Bakanlığı denetiminde, kendi kazançları ile kendi ihtiyaçlarını karşılayabilecek birer işletme haline getirmek gelmektedir. Sağlık işletmeciliği ile hastaneler kazançları ile kendi harcamalarını gerçekleştirmesi ve devlet bütçesinin rahatlatılması politikaların temel

taşlarındandır. Ayrıca işletme haline getirilen sağlık kuruluşları rekabet içerisinde olacaklarından hizmet kalitesinin artırılması açısından önemlidir.

Sağlık politikalarında üzerinde durulan bir diğer konu da özel sağlık teşekküllerinin destelenmesidir. Bu amaçla özel sağlık kuruluşlarının yaygınlaştırılması için yatırım desteği verilmesi devlet politikası haline getirilmiştir. Özel sağlık kuruluşlarından hizmet almak isteyen bireyler kendi ceplerinden de ödeme yapmak zorunda kalmaktadır. Böylelikle kişi başı sağlık harcamaları cepten yapılan ödemeler sonucu artarken, kamu sağlık harcamaları rahatlamaktadır.

Sağlık harcamalarını azaltmak için belirlenen diğer politika da vatandaşların da sisteme katılımını sağlamaktır. Bu amaçla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alan vatandaşlar, muayene katılım payı ve reçete ilaç farkı gibi ödemeler yaparak kamu kaynakları tarafından yapılan ödemelerin bir kısmını ceplerinden karşılayarak kamu harcamalarına katkıda bulunması sağlanmaktadır. Bu uygulamanın bir diğer amacı ise, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki gereksiz yığılmaları azaltmak ve vatandaşların birinci basamak olan aile sağlık merkezlerinden hizmet almalarını yaygınlaştırmaktır.

Sağlık hizmeti sunmak sosyal devlet olmanın bir gereğidir. Bunun için tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sigorta kavramı gelişmiştir. Çalışanlar için sağlık sigortası ve emeklilik primleri bir arada sağlanırken, çalışmayan ve geliri olmayan vatandaşlar için sadece sağlık hizmetlerini kapsayan yeşil kart uygulaması mevcuttur. Çalışan vatandaşlar için emekli sandığı, BAĞ-KUR ve SSK olmak üzere üç kurum yapısı bulunmaktaydı. Her kurumun sağlık hizmetleri için yaptığı fiyatlandırma farklılık göstermekteydi. Bir kurum yüksek fiyatlandırma yaparken, diğer kurum düşük fiyatlandırma yapabilir, biri alınan hizmeti ödeme kapsamına alırken diğer kurum almamaktaydı. Bu durum sağlık harcamalarında dengesiz artışa neden olmaktaydı.

Kurumlar arasındaki bu farklılığı ortadan kaldırmak için 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile tüm kurumlar Sosyal Güvenlik Kurumu adı altında tek çatı altında birleştirilmiştir. Böylece kurumlar arasındaki dengesiz fiyatlandırma ortadan kaldırılmış ve yapılan harcamalar tek elde denetim altına alınması sağlanmıştır. Yine yeşil kart uygulamasına son verilerek Genel Sağlık

Sigortası uygulamasına geçilmiştir. Sadece sağlık hizmetlerini kapsayan bu uygulama ile gelir dağılımına göre belirlenen primlerle, vatandaşın sisteme katılımı sağlanmış ve kamu kaynaklarındaki harcama yükü hafifletilmiştir. Herhangi bir geliri olmayan vatandaşlar ise aynı yeşil kart uygulamasındaki gibi kamu tarafından finanse edilmek kaydıyla sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır.

Sonuç olarak, genel anlamda bakıldığı zaman sağlık harcamaları, sağlık politikalarını belirlemede önemli bir etkiye sahiptir. Harcamaların düşürülmesi için belirlenen politikalar sağlık hizmetleri sunumundaki kaliteyi etkilememelidir. Bu nedenle sağlık işletmeciliği anlayışı ile rekabet ortamı sürekli diri tutulmalı ve sağlık kuruluşlarının zarar etmeyecek şekilde kendilerini idame ettirmeleri sağlanmalıdır.

Gereksiz sağlık yatırımları engellenmeli, yerinde ve ihtiyacı karşılayacak yatırımlar yapılmalıdır. Özel sağlık kuruluşlarının desteklenmesi ve yatırıma teşvik edilmesi kamu kaynaklarını rahatlatıcı durumdur. Ayrıca sağlık işletmeciliği açısından rekabet ortamı oluşacağından hizmet kalitesi artacak ve işletmelerin zarar etmeyecek şekilde hizmet alımı ucuzlayacaktır.

Teknolojinin sürekli gelişmesi ile üretilen tıbbi cihazlar hastalıkların hızlı teşhisinde önemli yer tutar. Bu cihazlar pahalı olmaları nedeniyle ağır ekonomik yükümlülükler gerektirir. Bunun yanında birçok hastalığın tedavisinde kullanılan pek çok pahalı ithal ilaçlar da mevcuttur. Harcamaların azaltılması için yerli cihaz ve ilaç üretimi teşvik edilmeli ve bununla ilgili politik kararlar alınarak kesin şekilde uygulanmalıdır. Ayrıca üretilen yerli ilaçların kullanımı da yaygınlaştırılmalıdır.

Sağlık hizmeti alımında vatandaşların da aktif olarak katılması, kamu sağlık harcamalarını rahatlatmaktadır. Ancak ödemelerin büyük bir kısmı yine devlet tarafından yapılmaktadır. Sosyal devlet anlayışıyla devlet vatandaşları zor durumda bırakmadan ve sistemin içerisine aktif olarak katacak politikaları belirleyerek uygulamalıdır. Belirlenen politikalar her ne kadar sağlık harcamalarını azaltacak şekilde belirlense de, alınan ve sunulan hizmetin ulaşımı kolay ve kaliteden ödün vermeden, etkili ve çözüm odaklı olması önemlidir.



KAYNAKÇA

- Akdağ, Recep (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara
- Akın, Cemil Serhat (2007). Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları. Yüksek Lisans Tezi Adana.
- Ateş, Metin (2016). Sağlık Sistemleri, Beta yayınları, İstanbul
- Atılğan, Yıldız (2017). Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Clermeus, Shedely Cassandra (2019). Türkiye ve Haiti’de Sağlık Ekonomisi: Bir Karşılaştırma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Çoban, Hilmi (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, Doktora Tez, İzmir
- DAŞTAN ilker, ÇETİNKAYA Volkan (2015), OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması, Sosyal Güvenlik Dergisi 5. Cilt 1. Sayı, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/a7be08b1-6e57-43e5-9f6c-98f64accc0f2/SGD_08_04.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=a7be08b1-6e57-43e5-9f6c-98f64accc0f2 Erişim: 13.04.2021
- Duyuk, Gürkan (2015). Devletlerin Sağlık Politikaları ile Özel Sağlık Sigorta Sistemlerinin Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Açısından Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ
- Dürrü, Zerrin (2012). OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep
- Er, Ünal (2011). Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası Yüksek Lisans Tezi, Ankara

- Erdoğan, Habibe (2014). Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2010), Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Ertürk Atabey, Selin (2018). Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası, Gazi Kitabevi, Ankara
- Filiz, Yasemin (2010). Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi Yüksek Lisans Tezi Ankara.
- Filiz, İsmail (2014). Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısı: Balıkesir Örneği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Filiz, Mustafa (2017). Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Personellerinin Algısı (Sivas İli Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Görmüş Ayhan (2013). Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- İstanbullu, İrfan Temel (2009). Avrupa Birliği’ne Uyum Sürecinde Türkiye’de Uygulanan Sağlık Politikalarının Kamu Hastanelerine Yansımaları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- İzgi, Çağla (2019). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- Işık, Abdülkadir (1997). Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi, Doktora Tezi, İstanbul
- Karadağ, Zennure (2007). Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Kaya, Gül (2019). Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Etkisi ve Bilecik İli Özelinde Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Yüksek Lisans Tezi, Bilecik, 2019
- Karagan, Erhan (2008). Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

- Kurşun, Ekiz (2013). Arzu Sosyal Refah Devletinde Sağlık Harcamaları ve Türkiye’deki Sağlık Harcamalarının Genel Bir Analizi: Giresun Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon.
- Loş, Nilüfer (2016). Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği, Doktora Tezi, İstanbul.
- Lkhagvaa, Unurbayar (2019). OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Samsun.
- Orhan, Özge (2006). Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Özer Özlem, Yıldırım Hasan Hüseyin ve Yıldırım Türkan (2015). Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Karam ve Uygulama, Absam Yayınları, Ankara.
- Sağlıkta Dönüşüm Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> Erişim: 16.04.2020
- Sargutan, A. Erdal (2020). Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/84674> , Erişim: 16.04.2020
- Sevim, İbrahim (2006). 1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Sungur, Cuma (2018). Sağlık Politikalarına Sistematik Bir Yaklaşım, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Şeref Özen (2019). Şerife, Güncel Sağlık Politikalarıyla Sağlık Hizmet Sunumu Algısının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Temur, Semiha (2012). Türkiye’de Sağlık Politikası ve Ekonomik Sürdürülebilirlik, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Tokalaş, Sevinç (2006). Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması Yüksek Lisans Tezi İstanbul

Ulaş, Turan (2018). Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Niteliği Sağlık Harcamalarının Gelişimi: Seçili Ülkeler ve Türkiye Üzerine Karşılaştırmalı Bir İnceleme Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018,
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> Erişim:
16.04.2020

TC Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan,
https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/9843,saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf?0&_tag1=732DB6BBC0692DEE6FC458B05035CFCDB14F1F97 Erişim: 16 Nisan 2020

TÜİK (2020). Sağlık Harcamaları İstatistiği,
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659> Güncelleme: 25.11.2020

Yalçın, Gürsoy Melike (2012). Avrupa Birliği ve Türkiye’de Sağlık Politikaları Yönetimi ve Reformlar, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale.

Yalçındağ, İlknur Kübra (2018) Türkiye’de 1950-1960 Dönemi Sağlık Politikaları, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Yenimahalleli Yaşar, Gülbiye (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi, Doktora Tezi, Ankara.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Metehan BUDAK
Uyruğu : T.C.

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Batman Üniversitesi	2013
Yüksek Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	2021

İŞ TECRÜBESİ

Tarih	Kurum	Görev
1998		
2018-		

Yabancı Dil Bilgisi

İngilizce KPDS () ÜDS () IELTS () YÖKDİL ()