



T.C.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

KÜRESELLEŞMENİN TÜRKİYEDE’Kİ SAĞLIK SEKTÖRÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

ALİ ALU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KAHRAMANMARAŞ

Ocak- 2017



T.C.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

KÜRESELLEŞMENİN TÜRKİYE’DEKİ SAĞLIK SEKTÖRÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

DANIŞMAN : Yrd. Doç. Mehmet YILMAZ

JÜRİ : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL

JÜRİ : Yrd. Doç. Dr.Ahmet TAN

ALİ ALU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KAHRAMANMARAŞ

Ocak- 2017

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**Küreselleşmenin Türkiye’deki Sağlık
Sektörü Üzerindeki Etkileri**

Ali ALU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kod No :

**Bu Tez / Proje/...../..... Tarihinde Aşağıdaki Jüri Üyeleri Tarafından
Oy Birliği / Oy Çokluğu ile Kabul Edilmiştir.**

Yrd. Doç. Dr. Mehmet YILMAZ

Prof. Dr. Abdullah SOYSAL

Yrd. Doç. Dr. Ahmet TAN

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof.Dr.Abdullah SOYSAL

Enstitü Müdürü

Bu çalışma.....tarafından
desteklenmiştir.

Proje No:.....

Not: Bu tez ve projede kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KÜRESELLEŞMENİN TÜRKİYE’DEKİ SAĞLIK
SEKTÖRÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

Ali ALU

Danışman : Yrd. Doç. Dr. Mehmet YILMAZ
Yıl : 2017, Sayfa: 73+XII
Jüri : Yrd. Doç. Dr. Mehmet YILMAZ (Başkan)
: Prof. Dr. Abdullah SOYSAL (Üye)
: Yrd. Doç. Dr. Ahmet TAN (Üye)

Sağlık, evrensel bir kavram olmakla birlikte doğuştan gelen temel bir haktır. Sağlık kavramı; sadece hastalık ve sakatlık olmaması değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden tam olarak iyilik halini ifade eder. bu iyilik halini sağlamak için sağlık kurumlarına büyük sorumluluklar düşmektedir. Yani bu kurumlar hem hasta memnuniyetini sağlamak için kaliteli bir sağlık hizmeti verirken bir yanda da sağlık kurumun maliyet kontrolünü yapmalıdır. Bu durumda sağlık sistemlerinin karmaşık bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Sağlık sisteminin bu karmaşık yapısından dolayı sürekli bir değişim ve gelişim içerisinde olduğunu görmekteyiz. Dünyada Sağlıkta meydana gelen değişimin arka planında küreselleşmenin önemli bir rol oynadığını görülmektedir. Ülkemizde de cumhuriyet döneminden günümüze meydana gelen önemli değişimlerin arkasında en önemli faktörlerden birinin küreselleşmenin olduğunu görülmektedir.

Bu çalışmada da Türkiye de sağlıkta meydana gelen gelişim ve değişimlerin temelinde küreselleşmenin olduğunu göstermeyi amaçladık. Bu bağlamda küreselleşme kavramı üzerinde durup bu kavramın tarihsel süreç içerisinde ortaya çıkışı ve gelişimini anlatmaya çalıştık. Bunun yanı sıra Küreselleşme sürecinde etkili olan mali aktörlerin üzerinde durduk. Bununla birlikte küreselleşmenin dünyada iyece kabul görmesi ve yerleşmesiyle birlikte ortaya çıkan küresel kapitalizm olan ilişkisi üzerinde durup sağlık ilgili temel kavramları anlatmayı ve bu kavramların sağlıkla olan ilişkileri ve önemleri

üzerinde durmayı amaçladık. Yine bu bağlamda Türkiye de dünyada var olan mevcut sağlık sistemleri üzerinde durup Türkiye ki ve dünyadaki sağlık sistemleri karşılaştırıp ve Türkiye de tarihsel süreç içerisinde uygulanan sağlık politikaları ve küreselleşmenin bu politikalar üzerindeki etkileri açıkladık. Benzer şekilde küreselleşme çerçevesinde yapılan sağlık reformları üzerinde durup özellikle Türkiye de yapılan sağlık reformları arasında önemli bir yeri olan sağlık dönüşüm programı üzerinde durduk. Sonuç kısmında ise; küreselleşmenin süreç üzerindeki etkileri üzerinde durup mevcut sağlık sektörü üzerindeki yansımaları ve bununla birlikte sürecin olumlu veya olumsuz etkileri üzerinde durulup küreselleşmenin etkisiyle yaşanan değişim ve dönüşümün ülkemizde var olan sağlık sistemi ve politikalarına etkileri açıklanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Küreselleşme, Sağlık, Sağlık Sistemi, Sağlık Politikaları



**HEALTH MANAGEMENT MAIN SCIENCE
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY**

ABSTRACT

MA THESIS

**GLOBALIZATION ON EFFECTS ON HEALTH SECTOR IN
TURKEY**

ALİ ALU

Supervisor : Assist. Prof. Gülay BEDİR

Year : 2017, Pages: 73+XII

**Jury : Assist. Prof. Mehmet YILMAZ (Chairperson)
: Prof. Dr. Abdullah SOYSAL (Member)
: Assist. Prof. Ahmet TAN (Member)**

Although health is an universal concept, it is an inherent basic right . The concept health expresses not only lack of illness and disability but also full wellness from psychological and social aspect and, in order to provide this wellness, it is necessary for health institutes to undertake important responsibilities. That is, on the one hand, while these institutes give a high quality health service to provide patient satisfaction, on the other hand, they have to control the costs in institute. This case also shows that health systems have a complex structure. In view of its complex structure, we see that health system is an continuous change and development. At the background of the change occurring in the health in the world, it is seen that globalization plays important role. Also in our country, is seen that one of the most important factors behind the important changes occurring from the foundation of republic to the present is globalization.

In this study, we have aimed at demonstrating that globalization underlies the developments and changes occurring in health in Turkey. In this context, we have dealt with the concept globalization and tried to report the emergence and development of this concept. Beside this, we have discussed the financial actors that are effective on the globalization process. In addition, together with that globalization becomes generally acceptable all over the world and places everywhere, we have emphasized its relationship with global capitalism that emerges, and aimed at reporting the basic concepts related to the health and discussing the relationships and importance of these concepts with health. Again,

in this context, we have examined the existing health systems in Turkey, compared the health systems in Turkey and world, and explained the effects of health policies, applied in the historical process in Turkey, and globalization on these policies. Similarly, we have elaborated health reforms, made in the framework of globalization, and discussed health transformation program having an important place among health reforms carried out in Turkey. In the part of conclusion, it has been brought out the effects of globalization on the process and explained its reflections on the existing health system. Beside this, the positive and negative effects have been emphasized, and the effects of the change and transformation experienced with the effects of globalization on the health system and policies that are present in our country have been revealed.

Keywords: Globalization ,Health, Health System, Health Policies



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	IV
ABSTRACT	VI
İÇİNDEKİLER	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
TABLO LİSTESİ	XI
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	XII
GİRİŞ	1
1.KÜRESELLEŞME VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE	2
1.1. Küreselleşmenin Tarihsel Gelişimi	3
1.2.Küreselleşme Savunucuları	5
1.3.Küreselleşme Karşıtı Görüşler	6
1.4. Küreselleşme Sürecinin Uluslararası Mali Aktörleri	7
1.4.1.Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)	7
1.4.2.Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)	7
1.4.3.Uluslararası Para Fonu (IMF)	8
1.4.4.Çokuluslu Şirketler	8
2.SAĞLIKLA İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR	10
2.1.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı Ve Özellikleri	10
2.2.Sağlığın Tanımı ve Önemi	10
2.3.Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Anlamı	10
2.4.Sağlık Hizmetleri Sektörünün Kapsamı	11
2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	11
2.4.2. Tedavi Hizmetleri	12
2.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	16
2.5. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları	17
2.6. Sağlık Hizmetlerinin İlkeleri	17
2.7. Sağlık Sistemleri	18
2.7.1.Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması	19
3.KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK İLİŞKİSİ	23
3.1.Küreselleşme ve Sağlık	23
3.2.Küreselleşme Sürecinde Neoliberal Politikalar ve Özerkleşme	24
3.3.Küreselleşmenin Küresel Kapitalizmle İlişkisi	24
3.4.Küresel Sermayenin Sağlık Üzerindeki Etkileri	25
3.4.1.Yakın Zamanda Ortaya Çakan Salgın Hastalıklar	26
3.4.2.Domuz Gribi Salgınında ilaç şirketlerinin Etkileri	26
3.4.3.Aşının Sebebi Olduğu Diğer Hastalıklar	27
4.TÜRKİYEDE SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	28
4.1. Türkiye Tarihsel Süreçte Sağlık Politikaları	28
4.1.1. Selçuklu ve Osmanlı Döneminde Sağlık Politikaları	28
4.1.2. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikası	28
4.1.3. 1923-1937 Dönemi Sağlık Politikaları	28
4.1.4. 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları	29
4.1.5. 1960-1980 Arası Sağlık Politikaları	30
4.1.6. 1980-2002 Arası Sağlık Politikaları	31
4.1.7. 2003 ve Sonrası Sağlık Politikaları	31

4.2.Küreselleşme Çerçevesinde Sağlık Sisteminde Reform	32
4.2.3.Sağlıkta Reformun Nedenleri ve Amaçları	34
4.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı	38
4.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları.....	39
5.KÜRESELLEŞMENİN SAĞLIK SEKTÖRÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ.....	59
5.1.Küreselleşme Sürecinin Etkileri.....	59
5.2.Küreselleşmenin Sürecinin Kamu Hastaneleri Üzerindeki Etkileri.....	59
5.3. Küreselleşmenin Özel Hastaneler Üzerinde ki Etkisi	60
5.4. Küreselleşmenin Türkiye'deki İlaç Sektörü Üzerindeki Etkileri	62
5.5. Türkiye'de Sağlık Sektörü Reformunun Geleceği	65
SONUÇ	67
KAYNAKÇA.....	69
ÖZ GEÇMİŞ	



ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı	12
Şekil 2.2. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluşlarında Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler	13
Şekil 2.3. İBBS-1'e Göre Birinci Basamak Kuruluşlarında Kişi Başı Hekim Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler 2002-2014	14
Şekil 2.4. Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Sevk Hızı, Sağlık Bakanlığı	15
Şekil 2.5. İBBS-1'e Göre İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında Kişi Başı Hekim Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler 2002-2014	16
Şekil 4.1. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, %,Türkiye	33
Şekil 4.2. OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki %,2013	34
Şekil 4.3. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Nominal, Türkiye	35
Şekil 4.4. 2014 yılı rakamları ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının reel, Türkiye	36
Şekil 4.5. OECD ülkelerinde finansmanının türüne göre sağlık harcamaları, 2013	37
Şekil 4.6. Doğumda beklenen yaşam süresinin uluslararası karşılaştırması, 2013	39
Şekil 4.7. Yıllara ve Sektöre Göre Hastane Sayısı, Türkiye	41
Şekil 4.8. Yıllara ve Sektöre Göre Hastane Yatağı Sayısı, Türkiye	42
Şekil 4.9. Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı (%)	44
Şekil 4.10. Yıllara Göre AB ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı (%)	45
Şekil 4.11. Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Tüm Sektörlerde Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, Türkiye	45
Şekil 4.12. Yıllara Tüm Sektörlerde Sağlık Personelinin Sayıları, Türkiye	46
Şekil 4.13. Yıllara Göre Personel Sayıları, Sağlık Bakanlığı	47
Şekil 4.14. Yıllara göre 100 000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler	48
Şekil 4.15. 100 000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslar arası karşılaştırması, 2015	48
Şekil 4.16. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet (%) 2014 ve 2013 Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması	49
Şekil 4.17. 2014 de sağlık hizmetlerinde memnuniyet(%) ve 2013 kişi başı toplam sağlık harcaması	50
Şekil 4.18. Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı	52
Şekil 4.19. Bölgelere Göre Aktif Çalışan Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus, Türkiye	54
Şekil 4.20. Yıllara Göre İlaçların Tüketim Miktarı (milyon kutu), Türkiye	55
Şekil 4.21. Yıllara ve Referans Türüne Göre İlaç Tüketimlerinin Dağılımı(%)	56
Şekil 4.22. Yıllara ve Referans Türüne Göre İlaç Harcamalarının Dağılımı, Türkiye ...	57
Şekil 4.23. Yıllara ve Yerli/İthal Durumuna Göre İlaç Tüketiminin Dağılımı (%),Türkiye	58

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Sağlık Sistemi Tipleri Ve Ayırt Edici Temel Özellikleri	19
Tablo 2.2. Şekildeki ülkelerin sağlık sistemi tipleri sınıflandırılmış. Bu sistemler arz, talep, özel, gelişmişlik ve gelir durumuna göre kategorize edilmiştir	21



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
WHO	: (World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü
OECD	: (Organisation for Economic Co-operation and Development) Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TEB	: Türk Eczacılar Birliği
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
USBS	: Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi
(AH)	: Aile Hekimliği
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tama ve Eğitim Merkezi
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SSK	: Sağlık Sigortalar Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Eğitim Merkezi

GİRİŞ

1980 de sonra küreselleşmenin etkisiyle teknolojiye, iletişim ve sermayede meydana gelen gelişmeler beraberinde ortaya çıkan globalleşme yeni bir anlayış ve algıyı ortaya çıkarmıştır. Meydana gelen değişimler insanlar arasındaki sınırları ortadan kaldırarak ortak bir kültürü ve anlayışı ortaya çıkarmıştır. İnsanların arasındaki engellerin ortadan kalkıp ilişkilerin şeffaflaşması ve iletişimlerin artması sonucu olarak kalite ve memnuniyet oranları artırmıştır bu da beraberinde yeni bir yönetim anlayışını ortaya çıkarmıştır.

Küreselleşmenin etkisiyle iletişim, ekonomik ve kültürel faktörlerinde meydana hızlı gelişme ve yayılma ve bunun bir sonucu olarak ortaya çıkan değişim yönetim biçimlerin değiştirmiştir. Globalleşme ile meydana gelen değişim yerel değerlerin sınırları aşarak diğer toplumlarda kültürel, siyasi ve ekonomik olarak birçok değişime yol açmıştır. Bunun bir sonucu olarak sağlık sektöründe yönetim ve organizasyon yapısında birçok değişimi ve düzenlemeyi beraberinde getirmiştir. Küreselleşmenin etkisiyle dünyada meydana gelen değişim ülkemizdeki sağlık sektörünü etkileyerek buda beraberinde sağlık alanında yeniden yapılanmaya ve ülkemizin sağlık sağlık yapısına uygun sağlık politikalarını üretmeye itmiştir.

Küreselleşme süreciyle birlikte birçok alanda değişimler meydana gelmiştir özellikle yönetim anlayışında önemli değişimler olmuştur. Yeni kamu yönetimi(YKM), stratejik yönetim , yönetişim ve e-devlet anlayışları ön plana çıkmıştır. Bu yaklaşımlar sağlık sisteminde verimliliği artırarak sağlık planlaması, organizasyon ve örgütlemenin özellikle hastaneler için vazgeçilmez bir değer olduğunu anlaşıldı.

Özellikle ülkemizde son yıllarda küreselleşmenin etkisiyle halkın sağlık hizmetlerinde memnuniyet taleplerinin artmasıyla birlikte Türkiye de sağlıkta önemli dönüşümler olmuştur. 2003 yılında itibaren uygulamaya geçen sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte Türkiye de birçok sağlık alanında devrim niteliğinde yenilikler olmuştur. Bu dönüşüm ile birlikte sağlıkta kalite ve verimlilik artmış bunun sonucu olarak da halkın memnuniyet oranları artmıştır. Kamu hastane birlikleri yasası ile birlikte sağlık sistemimiz yeni organizasyon modeline geçerek sağlık alanında Avrupa ile yarışacak bir seviyeye gelmiştir.

Bu çalışmada, küreselleşme süreciyle yaşanan dönüşüm ve bunun sağlık politikaları üzerindeki etkilerini ve Türkiye de ki sağlık hizmetleri üzerindeki yansımaları incelenmiştir. Bu sürecin sonucu olarak değişen sağlık hizmetlerini ve uygulamalarının üzerinde durulmuştur.

Bu çalışmada da küreselleşmenin Türkiye de ki sağlık sektörü üzerindeki etkileri üzerinde durduk. Bu bağlamda küreselleşme kavramı tarihsel gelişimi ve kapitalizme olan ilişkisi üzerinde ayrıntılı olarak araştırıldı. Bu bağlamda konunun daha iyi anlaşılması için sağlık ile ilgili kavramlar hakkında ayrıntılı açıklama yapılarak, sağlık sistemleri ve küreselleşmenin sağlık politikaları hakkında ayrıntılı olarak araştırıldı. Son bölümde ise sağlıkta dönüşüm programları hakkında bilgi verildi.

1.KÜRESELLEŞME VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Küreselleşme, ülkeler arasında iktisadi, kültürel ve siyasi ilişkilerin artması ülkeler arasındaki çeşitli sebeplere dayanan katı ilişkilerin yumuşaması. Hayatta beklentileri birbirlerinde farklı olan insanların inanç ve kültür farklılıklarına bakmasızın birbirleriyle kaynaşması ve toplumların iktisadi, kültürel ve siyasi yönde sahip olduğu maddi ve manevi değerlerin yerellikte çıkıp dünyaya yayılması yani globalleşmesidir(DPT,1995:1).

Yakın dönemde birçok yerde ortaya çıkan ve popüler hale gelmeye başlayan kavramların bir tanesi de küreselleşme kavramıdır. Şimdiye kadar küreselleşme kavramı tanımı üzerinde varılan bir ortak görüş henüz yoktur. Aydınların bazıları küreselleşmenin sadece ekonomik boyutlarını açıklarken diğer kısımda siyasi ve kültürel yönleriyle küreselleşmeyi açıklamaktadır. AmerikanUlusal Savunma Enstitüsü küreselleşmeyi “ürünlerin, hizmetlerin, paranın, fikirlerin,enformasyonun, teknolojinin, kültürün ve halkların hızlı ve devamlı olarak sınırötesine akışı” şeklinde açıklamaktadır.(Tağraf, 2002:35).

Küreselleşme, teori ve pratikte dünyanın tek kutuplu haline gelmesini ifade eder. Dünyanın bu şekilde globalleşmesi beraberinde küreselleşen bu dünyada yaşamak nasıl ifade edilir ve nasıl bir yönetime sahip olmalı, soruları global sorular haline gelir. Bu sorulara çeşitli kesim ve toplumlarda birbiriyle benzeşmeyen cevaplar alırlar. Bu farklı görüşlerin birbiriyle etkileşime girmesi anlamına gelmesidir ki küreselleşme"değişik hayat şekillerinin karşılaştırmalı etkileşimini" içerir (Robertson, 1992:27).

Küreselleşme ülkeler arasındaki ilişkilere hız kazandırmıştır. Dünyada üreticilerin ve tüketicilerin alışkanlıkları ve hayata bakışları benzeşmeye başlamıştır. Daha önce devletin tekelinde olan ekonomi de uluslar arası şirketlerin kontrolüne geçmeye başlamıştır. Ülkeler arasındaki ekonomik ilişkilerin artması beraberinde refahı getirmiştir(Walther,2002:147).

Anthony Giddens küreselleşmeyi birbirinden bağımsız süreçler olarak değerlendirmektedir. Giddens'a göre birçok insanın gözünde küreselleşme yetkinin küçük toplulukların himayesinde alıp global sahaya aktarılmasıdır.

Giddens küreselleşmeyi “yerel olguları kilometrelerce ötede ortaya çıkan olaylarla biçimlendirecek şekilde, uzak gerçeklikleri birbirine bağlayan dünya çapındaki toplumsal ilişkilerin yoğunlaşması” olarak tanımlamaktadır. Bu yüzden küreselleşme hemen hemen dünya üzerindeki tüm ekonomi ve ekonomi sistemleri ile ilişki ve bağlantıyı ifade eder. (Giddens,2000:25).

Hirst ve Thompson'a göre küreselleşme, “ekonomik anlamda ülkeler arasında büyük ve artan ölçüde bir ticaret akışı ile sermaye yatırımının gerçekleştiği açık bir uluslararası ekonomi olarak tanımlanırsa, kesinlikle yeni ve farklı bir olgu değildir. 1860'lı yıllardan bu yana var olan bir takım farklı uluslararası ekonomi konjonktürlerinden biridir.” Bu görüşe göre aslında küreselleşmenin son dönemlerde ortaya çıkan bir kavram olmadığı aksine daha da eskilere dayandığını söyleyerek kavramın iktisadi boyutu üzerinde durmaktadır(Hirst ve Thompson,2001:26-28).

Kazgan'a göre, “küreselleşme hiç de yeni bir olay değildir. Aslında olayın ilk basamağı Rönesans'taki coğrafi kesiflerle önce yerkürenin her yanının tanınmasına kadar uzanmaktadır. ikinci basamağı Birinci Sanayi Devrimi'nden, üçüncü basamağı ikinci Sanayi Devrimi'nden geçmektedir. Sermayenin küreselleşmesi anlamında Küreselleşmeyse, Birinci Sanayi Devriminin ürünü; yeni kesifler ve icatlarla ulaştırma

ve haberleşmeye yeni boyutlar katan ikinci Sanayi Devrimi dönemindeyse sermayenin küreselleşmesi olgusu son bulmaktadır.”(Kazgan,2008:4-5).

Yeldan’a göre küreselleşme, “neo-liberalizmin ideolojik bir söylemidir ve küreselleşme olgusu, ulusal ekonomilerin dünya piyasalarıyla eklemelenmesi ve bütün iktisadi karar süreçlerinin giderek dünya kapitalizminin sermaye birikimine yönelik dinamikleriyle belirlenmesidir.” Yeldan kavramın negatif yönüne atıf yaparak ekonomik yönüne dikkatleri çekmektedir. Yani yazara göre küreselleşme süreci belirli bir kısım uluslar arası aktörlerin kontrolünde ve onların çıkarları doğrultusunda gelişmektedir(Yeldan,2003:428).

Küreselleşme, bir yandan ülkeler ve insanlar arasındaki gelir dengesizliğini en aza indirdiği düşünürken diğer yandan da fakir ile zengin arsında gelir dengesizliği yarattığı öne sürülmektedir. Yani zengin daha da zenginleşirken fakirin durumu da daha da kötüleşmektedir. Bu kötü durumun sebebi olarak da küreselleşme olarak görülmektedir. Bu sıkıntılı sürecin en açık göstergesi olarak da ekonomik krizlerdir.

Çünkü küreselleşme ile birlikte dünya globalleşti ve bunun bir sonucu olarak da ülkelerin ekonomileri birbirlerine bağımlı hale gelmiştir. Dünyanın herhangi bir yerinde yaşanacak ekonomik kriz dünyanın başka bir yerinde yaşayan diğer ülkeleri de etkilemektedir bundan dolayı bu kriz sürecinde fakirler daha da fakirleşirken zenginler de daha da zenginleşmektedir. Bu durumun bir sonucu toplumlar arasında dini, ideolojik ve kültürel ayrışmalara sebep olmaktadır(Orhan,2006:2-3).

Yukarıda gösterildiği gibi küreselleşme üzerinde çalışma yapan sosyal bilimciler bu kavramı değişik biçimlerde algılamışlar. Bazı araştırmacılar sadece küreselleşmenin ekonomik boyutları üzerinde dururken bazıları da ekonomik boyutları yanı sıra kültürel, siyasi ve teknolojik yönü üzerinde durmaktadır. Bunun yanı sıra bazı aydınlar da küreselleşmenin olumsuz yönü üzerinde durmaktadır. Yani küreselleşmenin insanlar arasında eşitsizliği artırdığı ve bunun sonucunda toplumlar arasında çeşitli çatışmalara sebep olmuştur.

1.1. Küreselleşmenin Tarihsel Gelişimi

Sosyal bilimcilere göre küreselleşme, sosyal yada sistemsal bir yaklaşım alanı olmasından ziyade tarihsel bir süreçtir. Fakat küreselleşmenin tam olarak ne zaman ortaya çıktığı ve ne olduğu geçmişten beri gelen üzerinde fikir birliğine varılmayan bir konudur. Genel olarak tarihçiler küreselleşmenin uzun sürece dayandığı konusunda uzlaşmasına rağmen küreselleşmenin tam uzunluğu konusunda uzlaşmamaktadır. Robertson’a göre bu anlaşmazlığın sebebi küreselleşmenin yakın tarihimizde mi ortaya çıktığı yada geçmişten beri zaten var olduğu gibi sorulara verilen cevapların farklı olmasıdır(Robertson,1999:98-99).

1990’lı yılların başlarında globalleşme ile birlikte dünyada liberal düşünce yaygınlaşmaya başladı. Bu süreçte ülkelerarası ticaret ve ekonomik ilişkilere önemli müdahaleler olmaktadır. Yine bu dönemde teknoloji ve iletişimdeki hızlı ilerlemeler hem de ekonomik, siyasal ve kültürel değişimler küreselleşmenin ortaya çıkmasına sebep olmuştur(Tuna,1998:21).

Globalleşme ile birlikte ülke ekonomileri birbirleriyle bağımlı hale gelmesi küreselleşme sürecini hızlandırmıştır. Üretimde çeşitliğin artması ülkeler arasında ticaret ve ekonomik ilişkileri artmasına aynı zamanda ülkelerin benzer ülkelerin kolektif hareket etmesine ve ilişkilerinin artmasını sağlamıştır(DPT,2000:4-5).

21. yüzyılın başlarında iyice belirginleşmeye başlayan küreselleşme sürecinin ortaya çıkmasının en büyük sebebi dünyada güçlerini artırmaya çalışan ve sürekli kar

marjını artırmaya çalışan çok uluslu şirketlerdir. Çünkü çok uluslu şirketlerin ana hedefi küresel kar marjını en yükseğe çıkarıp dünya üzerindeki ekonomik faaliyetleri kontrolüne alıp yönlendirmektir(Arıboğan,1996:257).

Küreselleşmenin ortaya çıkmasıyla birlikte şirketler varlıklarını devam ettirmek için uluslar arası pazarlara yer almak zorunda kalmıştır. Bunun bir sonucu olarak uluslar arası pazarda çokuluslu firmalar kendini göstermeye başlamıştır(Erbay,1998:3).

Robertson, küreselleşmenin kapitalizmden ve moderniteden daha önce başladığı fikrini savunur. Bu süreci de beş evreye ayırarak açıklamaktadır. Bunlar Oluşum, başlangıç, yükseliş, hegemonya için mücadele ve belirsizlik evresi olarak beş evreye ayırmaktadır. Robertson bu evreleri onbeşinci yüzyılın başlarında başlatıp 1990'lara kadar götürmektedir. Bu süreç içerisinde yaşanan değişim ve gelişmeleri evrelere göre açıklamaktadır(Robertson,1999:98-99).

Kazgan'a göre coğrafi keşifler küreselleşmenin en önemli sacayağını oluştur. Çünkü coğrafi keşiflerden sonra küreselleşme ortaya çıkmaya başlamış ve bununla birlikte ivme kazanmaya başlamıştır(Kazgan, 2005: 2).

Coğrafi keşiflerle birlikte ülkeler arası ticaret artmış ve bunun sonucunda diğer ülkelerdeki mal ve zenginlikler Avrupa ya akmıştır. Bundan dolayı ortaçağ dan beri sınır ötesi ticaret yapan İngiltere küreselleşmenin ortaya çıkmasında ve gelişmesinde önemli bir rol oynamıştır(Kazgan, 2005:5).

Coğrafi keşiflerle birlikte hiç şüphe yok ki batılı ülkelerin mallarını artırma ve ham maddeyi daha kolay elde etme isteği beraberinde bu ülkelerin diğer ülkelerdeki insanlarla etkileşime geçmesine sebep oldu. Bu kültürel etkileşimin beden üzerinde gerçekleşti. Bunun bir sonucu olarak insan derisi üzerinde kültürel ayrışmalara sebep oldu(Faruk, 2014:127-128).

İspanyol ve Portekizli keşiflerin Amerika kıtasının güney kısımlarını keşfettikten sonra egemenliğine alması ve daha sonra İngiliz ve Fransızların kıtanın kuzey kısımlarını sömürgeleştirilmesi sömürgeciliğin ilk adımı olurken, bu süreçle birlikte küreselleşmenin ilk adımları atılmaya başlamıştır (Güvenç, 1998:109-110).

Marx ve Engels'in Komünist Manifesto'da dikkat çektiği gibi zenginliği ve serveti artırmak için üretim araçlarını iyileştirmek ve başka ülkelerin varlıklarına gasp etmeye başladı. Emperyalist ülkeler uzak ülkeleri kendi boyundurukluğu altına almaya başladı ve buna karşı çıkanlara her türlü insan dışı işkence ve muamele uygulandı. Bunun sonucunda yerli halk özünde koparıldı, köleleştirildi ve diri diri madenlere gömülerek ticari bir meta haline getirilmesi kapitalist üretim çağının habercisi olduğunu söylemiştir(Eaton, 1996:62).

Başakaya tarihsel seyir içerisinde dünya üzerinde küreselleşmeyi üç küresel dalgaya ayırmaktadır. Bu süreçlerden birincisi Avrupa devletlerinin sömürgecilik faaliyetleriyle diğer ülkelerde ki zengin mal ve zenginliklerin alıp Avrupa ya getirilmesi küreselleşmenin birinci dalgasını oluşturur. Küreselleşmenin ikinci dalgası sanayi devriminden sonra ortaya çıkmıştır. Bu dönemde dünya üzerinde hemen hemen dünya bütün kara parçaları sömürge yada yarı sömürge haline gelmeye başlamıştır. Üçüncü küreselleşme dalgası 1980 sonrası süreçte kapitalist gelişme küreselleşme ile ifade edilir(Başakaya, 2007:327-329).

Baskın'a göre de batıda küreselleşme süreci üç bölümde yayılmıştır. Birinci bölüm 1490'lardadır bu dönemde kapitalizm ön aşaması olan diğer ülkelerdeki mal ve zenginliklerin batıya aktığı merkantalist süreç yaşanmıştır. Buda beraberinde sömürgeciliği ortaya çıkarmıştır. İkinci dönemde 1890'larda yaşanmıştır. Bu süreçte diğer ülkelerde getirilen hammadde, mal ve köle insanlarla birlikte sanayi devrimi yaşanmıştır buda sonuç olarak emperyalizmi doğurmuştur. Çünkü batı saniye devrimi

ile birlikte sahip olduğu üretim araçları ve makinelerinin sürekli üretim yapması için hem hammaddeye hemde insan kaynağına ihtiyaç duyuyordu bu ihtiyacı sağlamak için de batı diğer ülkelere göz koymaya başladı buda beraberinde emperyalist anlayışı doğurdu. Küreselleşmenin üçüncü dönemi 1970’lerde çokuluslu şirketlerin ortaya çıkmasıyla bu sürecin ekonomik yapısını iletişimde ki gelişmeler de bu sürecin teknolojik boyutunu oluşturdu. 1990’larda SSCB’nin parçalamasıyla siyasi açıdan da tamamlamıştır(Baskın,2001:41).

1.2.Küreselleşme Savunucuları

Küreselleşmeye pozitif bakışlar tek bir merkezde toplanmamıştır. Temelde küreselleşmeye yaklaşımları aynı olmasına rağmen bu kavramın gelişim sürecine ve nüfus ettiği alan ile ilgili yaklaşımlar birbirinden farklılık göstermektedir. Fakat hepsinin ortak amacı geleneksel ulus devletlerinin var olan temel özeliğini yitirdiği ve küreselleşen dünyada etkisiz hale geldiğini savunulmaktadır(Erözden,1997:16).

Kazgan, kapitalizm-ulus devlet ilişkisini globalleşen dünyada iktisadın bir parçası olarak görmektedir(Kazgan,1997:219) bu şekilde tanımlayarak, küreselleşmeyi ulus-devletin yok olması için gerekli görmektedir. Ona göre küreselleşme ile birlikte ulus-devlet anlayışı güç kaybedecektir. Onlara göre“küreselleşmenin ulus- devletlerdeki toplumsal bağları zayıflatması, bir yandan ulus üstü bir kimliğin oluşumuna katkıda bulunurken, diğer yandan paradoksal olarak yerel kimliklerin canlılık kazanmasına neden olmaktadır.” (Özyurt, 2005:25).

Küreselleşmenin savunucuları bunun modernizmin bir sonucu olarak düşünür. Giddens’a göre, küreselleşmenin öncelikle zaman ve mekâna bağımlı olmamasıdır. Böylece insanlar arası ilişkiler mekana bağlı olmaktan kurtularak dünyanın başka bir yerinde yaşayan biriyle rahatlıkla iletişim kurulabilir. Bunun yanı sıra Giddens globallemeyi direk modernitenin bir sonucu olarak görür. Modernleşme ile birlikte toplumsal ilişkiler artmış ülkeler arası küresel ağlar kurulmuştur. Küçük topluluklar ile olan küresel ilişkiler artmıştır(Giddens,1998:66-67).

Küreselleşmeye yönelik pozitif yaklaşımlarında bir tanesi de toplumlarda ki eşitsizliğin ana sebebinin yapısal olmadığı kişisel olduğu görüşüdür. Kişinin işsiz kalması ekonomik sebepler değil meydana gelen değişime ayak uydurmayan birey sorumludur. (Savran ve Tonak, 2014:28).

Globalleşme ile birlikte firmalar küresel pazara ulaşmak için birçok kolaylık elde etmişler. Bu imkânlarda en iyi şekilde faydalanmak ve uluslararası standartlara ulaşp rekabetçi piyasada ayakta kalmak için firmalar bilgi ve teknolojiye önemli yatırımlar yapmışlardır. Bunun için dünyanın çeşitli yerlerine üretim yapmak için çeşitli sermaye akımları olmuştur. Bunun bir sonucu olarak yatırım yapan uluslar arası firmalar ve yatırım yapılan yerlere önemli imkânlar sağlamıştır. Böyle sermaye akışları sayesinde finansal piyasalar değer kazanmıştır(Castells,2005:128).

Giddens’a göre savunucular küreselleşmenin bütünüyle real olduğunu savunur ve bunun etkilerinin hemen hemen her yerde hissedebileceği savunulur. 1980’li dönemlere kıyaslan küreselleşme epey gelişme katletmiştir. Ulus-devletler eskiden sahip yetkilerin ve güçlerin önemli bir kısmını kaybetmiştir(Giddens,2000:21).

Küreselleşmeyi destekleyen kesimler ulus-devlet anlayışının sanayi devrimiyle ortaya üretim süreciyle birlikte değişen ekonomik politikaların sonucunda ortaya çıktığını savunur. Dünyanın globalleşmesiyle değeri artan uluslar arası kuruluşlar dünya da ekonomi politikalarına yön vermektedir. Ayrıca ileri sürülmektedir ki bir ülkenin

uluslar arası kuruluşların etkilerine açık olması o ülkenin egemenliğini azaltacağı ve ulus-devlet anlayışının sona ereceği anlamına gelmektedir. Küreselleşme destekçileri bu süreçle birlikte demokrasi ve özgürlük anlayışının güçleneceği bunun yanı sıra toplumlar arası kültürel farklılıkların azalacağı ve sivil kuruluşların güçleneceği ileri sürülmektedir(DPT,2000:30).

Neo-liberal görüşüne sahip birçok aydın için küreselleşme, küresel bir medeniyetinin ilk ayak sesleri olduğu ileri sürülmektedir. Radikal küreselcilerin anlayışına göre global ekonomideki iyileşmeler yeni bir dünya düzeninin habercisi olduğunu ileri sürmektedir. Bunun bir sonucu olarak ülkeler arasındaki sınırlar kalkacak teknolojinin gelişmesiyle birlikte de toplumlar arası iletişim kolaylaşıp kültürler arası kaynaşma artacak buda meydana gelen bu değişim ve gelişmelerle birlikte ulus-devlet anlayışı sona erecek. Bu süreçle birlikte ulus-devletlerin etkileri azalacak ve bu anlayışa sahip devletler kendilerini reforme etmek zorunda kalacaklar. Ayrıca ulus-devletlerin ortadan kalkması beraberinde toplumlar arası iletişim ve işbirliğini artıracaktır(Bozkurt, 2000:22).

1.3.Küreselleşme Karşıtı Görüşler

Hirst ve Thompson'a göre; küreselleşmenin pratik uygulamalarında sorunlar olduğu iddia etmektedir. Ekonominin küreselleşmesiyle birlikte ülkeler arası ticaret artmış bunun sonucunda bazı ülkeler büyük miktarda servet elde ederken birçok ülke de küçülmüştür. Küreselleşme birlikte sınırlar ortadan kalkmasına rağmen kuzey güney ayrımları ortadan kalkmamış aksine kazanan ve kaybedenleri meydana getirmiştir(Hirst ve Thompson,1998:11).

Küreselleşme savunucuları bu süreçle birlikte toplumların teknolojik, ekonomi ve sosyal alanlarda ki ilerlemeleri küreselleşme ile ilişkilendirmektedir. Fakat küreselleşme karşıtları da bu sürecin toplumu ilerletmediği aksine toplumu geriye götürdüğünü ileri sürmektedir. Onlara göre toplumun bütün kesimleri meydana ekonomik ve teknolojik değişmelerde eşit bir şekilde yararlanmadığı ve küresel bir düzeyde kültürün meydana gelmediğini iddia etmektedirler(Dervişoğlu,2013:11).

Küreselleşmiş bir dünyada Pazar odaklı bir anlayış hakim olacaktır. Zira küresel sermayenin ana hedefi kar marjını artırmaktır fakat buda küresel iletim ile olan ilişkisine göre anlam kazanır. Her şeyin küresel Pazar marjının artırmak için yapıldığı bir piyasada bu piyasanın dışında kalan toplumlarda küçülmelere sebep olacaktır. Bu da beraberinde en temel ihtiyaçlardan olan sağlık ve eğitim haklardan tam olarak faydalanmasına engel teşkil edecektir (Cangızbay ,1998:116).

Küreselleşme sürecini sadece ekonomik ve teknolojik açıdan değerlendirirsek uluslar arası piyasaların sermayenin dolaşımını yönlendirdiği görülmektedir. Küresel sermayeyi kendi tekeline koyan uluslar arası kuruluşlar bu süreçte ekonomi yönde güçlenerek sahip oldukları servetler katlamaktadır (DPT,1996:30).

Küreselleşme sürecini desteklemeyenlere göre; küreselleşme süreci ile adaletsiz bir ekonomi düzeni oluşmuştur. Araştırmacılara göre küreselleşme süreci ile birlikte sermaye akımları yönlendiren kuruluşlar emperyalist bir yaklaşım sergileyerek ekonomik ve teknolojik gelişmelerin bütün dünyaya eşit bir şekilde yayılmasına engel olmaktadır(Jameson,2000:39-50).

1.4. Küreselleşme Sürecinin Uluslararası Mali Aktörleri

1.4.1.Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

”1945 yılında ABD’nin San Francisco kentinde toplanan Birleşmiş Milletler Konferansında Uluslararası Sağlık Örgütü (World Health Organization) kurulması kabul edilmiştir. Birleşmiş Milletler (BM) Ekonomik ve Sosyal Konseyi, söz konusu toplantının hazırlanması için Belçika’lı Prof.Dr. Rene Sard başkanlığında 15 kişilik bir teknik komite oluşturmuştur.. DSÖ Anayasası 22 Temmuz 1946 tarihinde 61 ülkenin temsilcisi tarafından imzalanmıştır”(Dünya Sağlık Örgütü, www.wikipedia.org, 2016).

DSÖ’nün Anayasasının girişinde şu ifadeler yer almaktadır:

"Birleşmiş Milletler Beyannamesine uygun olarak bu Anayasaya bağlı olan devletler, tüm milletin mutluluğu, ahenkli ilişkileri ve emniyeti için aşağıdaki ilkelerin temel olduğunu ifade ederler:

-Sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyi olma halidir.

-Erişilebilecek en yüksek düzeyde sağlıktan istifade etmek, ırk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal koşullar gözetmeksizin her insanın temel haklarından biridir

-Tüm milletlerin sağlığı barış ve güvenliğe ulaşmak için temel öge olup, bireyler ve devletler arasındaki tam işbirliğine bağlıdır. -Herhangi bir devletin sağlığın gelişimi ve korunması yönünden elde ettiği başarı herkes için değerlidir.

-Değişik ülkelerde sağlığın gelişmesi ve hastalıkların, özellikle bulaşıcı hastalıkların kontrolünde görülen eşitsizlik ortak bir tehlikedir.

-Çocukların sağlıklı olarak gelişmesi temel bir önem taşır, her gün değişen bir çevre ile uyumlu yaşama yeteneği bu gelişim için gereklidir.

-Sağlığa tam anlamıyla ulaşmak için tıp, psikoloji ve ilgili bilgi imkanlarının tüm milletlere ulaştırılması gereklidir.

-Halk sağlığı düzeyinin geliştirilmesi için halkın bu konuda aydınlatılması ve aktif işbirliğinin sağlanması büyük önem taşır. -Hükümetler kendi halklarının sağlığından sorumludur ve bunu korumak geliştirmek için yeterli sağlık ve sosyal önlemleri alırlar "(Sur, 2010:22).

1.4.2.Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)

“11 Aralık 1946'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 57 sayılı kararı ile "United Nations International Children's Emergency Fund" adıyla kurulan, daha sonra 1953 yılında adı UNICEF olarak değiştirilen örgüt sağlıkla ilgili önemli kuruluşlardandır”(Sur, 2010:22).

Kuruluşun asıl hedefi ikinci dünya savaşının tahribatlarını azaltmak için çocuklara giyecek ve diğer birçok yardımı yapmaktır.1950’lerde bu kuruluş organizasyon ve yapısal sisteminde birçok iyileşmeler yaparak ülkeler arasında iletişim ve çalışmaları artırarak o ülkede var olan plan ve programlara uyumlu olarak çalışmaya başlamıştır.1960’lı yıllarda belirlenen bu amaç doğrultusunda ana çocuk sağlığı, aile planlaması, temiz içme suyunun tedarik edilmesi ve çocuk eğitimi konusunda bir çok faydalı çalışmalar yapmıştır (Sur, 2010:22-23).

1970’li meydana gelen ekonomik krizlerden dolayı UNICEF kendisine doğrudan girdi sağlayacağı projeleri ilk sıralara almaya başlamıştır. 1978’de DSÖ ile beraber yapılan Alma-Ata Konferansında birinci basamak sağlık hizmetlerini iyileştirmesini sağlamıştır. Yine bu dönemlerde gerçekleştirilen “uluslar arası Çocuk Yılı”

etkinlikleriyle bütün ülkelerin çocuk sorunu konusuna dikkatlerini çekmeye çalışmışlardır. “UNICEF, beslenme, yaygın hastalıklar, bağışıklama, göçmen ve işçi çocukların karşılaştıkları sorunlar, sokak çocukları, savaş kurbanı çocuklar, okul öncesi eğitim ve özürli çocuklar gibi konularda ulusal düzeyde değerlendirmeler yapacak özel komisyonlar oluşturarak çalışmaktadır. 1980’li yıllarda anne sütünü teşvik amacıyla geniş kapsamlı faaliyetler yürüten UNICEF, gene bu yıllarda, birinci yaş içindeki tüm dünya çocuklarının %80’inin tam aşıli hale gelmesini hedeflemiş ve 1990 yılında bu hedefi gerçekleştirmiştir”(wikipedia,03/10/2016, www.wikipedia.org).

1990’larda UNICEF’in önemli üç eylemi çok önemli bir yer teşkil etmektedir. Bunlardan çocuk hakları sözleşmesi 1989 yılında kabul edilmesidir. Diğer Tayland da yapılan eğitim konferansıdır. Üçüncüsü ise 1990’nın eylülünde yapılan bütün dünya liderlerinin katılımıyla gerçekleştirilen “çocuklar için dünya zirvesinde” toplanmasıdır(Sur, 2010:23-24).

1.4.3.Uluslararası Para Fonu (IMF)

Ekonomide ki globalleşme ve teknolojiye meydana gelen devrimsel değişimler ile birlikte ülkeler arasında sınırların kalkmasıyla küresel ekonomiye engel teşkil edebilecek bariyerler kalktıktan sonra IMF gibi bazı kuruluşlar küresel sermaye piyasasında etkin güç olmaya başladılar. Ayrıca bu kurum küresel şirketlerin güçlerini artırıp sermaye piyasasında etkin role sahip olmaları hedeflenmektedir. Zaman içinde küreselleşmenin etkisiyle diğer ülkelerin ekonomileri bu küresel ekonomi sistemine entegre olmaktadır. Böylece ülkelerin ekonomilerine süreç içinde uluslar arası kuruluşlar yön vermeye başlamaktadır(Özbilen, 2000:4-5).

1973’lerde sonra Bretton Woods sisteminin bozulmasıyla birlikte piyasa belirleyici ülkelerin değerleri serbest dalgalanmanın etkisiyle döviz kurları değerlerini yitirmeye başlamıştır. Bunun aksine de uluslar arası likidite ve ödemeler açısından önemini artırmayı hedeflemeye başlamıştır. IMF, sömürü sistemi olan kapitalizmin kendisini küreselleşme ,esneklik ve liberalizm gibi kavramaları kullanarak kendine alan açma ve bütün dünya da güç kazanma konusunda düzenleyici bir rol üstlenmeye başlamıştır. 1980’lerde sonra bu kuruluşun asıl amacı alacakların verilmesi konusunda sigorta olma rolünü üstlenmiştir(wikipedia, 03/10/2016, www.wikipedia.org).

Dünyada meydana gelen ekonomik krizler çözümü için çapalayan IMF dünyada önemli bir uluslar arası bir kuruluş haline gelmesine sebep olmuştur. 1995’lerde dünya ticaret örgüt ününün kurulmasıyla birlikte IMF’nin etkinliği daha da artmaya başlamıştır. IMF’nin günümüzde önemli fonksiyonları; ekonomik krizle karşılan ülkelere kredi yardımı yapmakta, kapitalist ekonomi sistemine yeni geçen ülkelere bu sisteme entegre olmaları için çeşitli kolaylıklar sağlamaktadır(Nesirova - Soyak,2003:1).

1.4.4.Çokuluslu Şirketler

Kendi ülkesi dışında faaliyet gösteren ve uluslar arası tanınan şirketlere uluslar arası şirket denir. Bu küresel firmalar mal ve hizmetin serbest dolaşımını sağlayarak küresel piyasada özerleşmeyi amaçlamaktadır. Bunun bu küresel şirketler gelişmekte olan ülkelerin ekonomik faaliyetleri için uygun ortam hazırlamak o ekonomik ve siyasi yapılarına müdahale ederek yönetim yapılarını baskı altına almaktadır (Orhan, 2006:39-40).

Günümüzde uluslar arası şirketlerin önemi artmaya başlamıştır. 1970’lerde sayıları çok az olan günümüzde sayıları önemli derece de artmıştır. Hatta bazı şirketlerin sahip ciro bu gün dünya üzerinde bir çok ülkenin sahip olduğu milli gelirden çok daha fazla olmaya başlamıştır. Bu küresel şirketlerin temel amaçlarımdan bir tanesi de globalleşen dünyada çeşitli alanlarda rekabet avantajı elde etmektir. Uluslar arası şirketle ayrıca dış ülkelerin piyasalarda meydana gelebilecek kusurları engelleyerek oülkelerden üretim için gerekli hammadde ve mal tedarikini sağlamaktadır(Salvatore, 1988:18).

Ulusla arası şirketlerinin sahip olduğu güç ve etki alanı artıkça çeşitli tepkisel grupların ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu tepkilerin şiddeti artmaya başlamıştır. Çünkü bu uluslar arası kuruluşlar güçlü bir ekonomi gücü sahip olduğu diğer ülkelerin ekonomik ve siyasi yapısına kolayca müdahale etmektir bu da ülke içerisinde çeşitli sıkıntılara sebep olmaktadır. Özellikle üçüncü dünyaülkeleri bu kurumların emperyalizmin yeni bir versiyonu olduğunu öne sürmektedir(Gençler ve Oğuzhan, 2003:43-45).

2.SAĞLIKLA İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

2.1.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı Ve Özellikleri

2.2.Sağlığın Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü(WHO) sağlığı, “kişinin bedenlen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik içerisinde olması” diye tanımlamaktadır.

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi, sağlığa verdiği önemi “hiçbir ekonomik zorunluluk insan sağlığına zarar verecek bir işlemin nedeni olamaz” diye belirtmiştir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda da sağlık vazgeçilmez bir hak olarak vurgulanmış ve devletin güvencesi altında olduğu belirtilmiştir

İnsanoğlu birlikte yaşamaya başladığından beri sağlık hizmetleri profesyonel bir şekilde verilmiştir, realite de ilk hekimlik anlayışı köleci toplumlarda görünmüştür. Hekimlik anlayışı günümüze kadar biçimsel ve şekilsel olarak bir çok değişime uğramış olsa bile, temelde aynı olarak kalmıştır. Küreselleşme ile birlikte bilim ve teknolojiye meydana gelen hızlı değişimler sağlık hizmetlerinde yeni alanların ve dalların ortaya çıkmasını sağlamıştır. Günümüzde de tıp alanında hemen hemen her gün değişimler ve gelişmeler yaşanmaktadır(Etiz, 1993:47).

Sağlık problemleri uzun bir süre hekimlerin kontrolünde kalmış, son dönemler de ise toplum bilimcilerin ilgisini çekmeye başlamıştır. Hemen hemen bütün batı ülkelerinde sağlık alanında ki sorunlar ile hukukçu, sosyolog,ekonomist ve istatistikçiler çok yakında ilgilenmektedir. Bu gün ise sağlık uluslar arası düzeyde ve karmaşık bir toplumsal sorun haline gelmiştir. Ekonomik ve düşünce konularında gelişmiş ülkelerde kamuoyu, özellikle siyasi partiler ,meslek kuruluşları ve sendikalar konuyla ilgili yapılan tartışmalarda taraf durumundalar. Bu ülkelerde sağlık sorunları toplum bilimlerin ve teknik ilimlerin birlikte çalışma alanları ve değerlendirme konuları olmaktadır. Böylece sağlık, sadece hasta ile hekim arasında bir ilişki olmaktan çıkmış,iktidar ve siyasal partilerin ele alıp geleceğe dönük planlar yapmak zorunda olduğu, hayati öneme sahip bir konu olmaya başlamıştır(Duymaz, 2006:16).

Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırıcı ve refah artırıcı etkisinin kolayca görülüp anlaşılması, toplumda ki tüm bireylerin ondan yeteri kadar ve eşit bir şekilde faydalanma tutkusunu ve özlemini geliştirmiştir. Sağlık hizmeti alanların bunu haklı ve bilinçli bir şekilde almanın yanı sıra bu konu ilgili çözüm bekleyen sorunların başında gelmesi de sağlık hizmetlerinin değerini artıran başka diğer bir etmendir(Duymaz, 2006:16).

2.3.Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Anlamı

Bir ülkenin sağlık ekonomisini, ülkenin genel ekonomisinde bağımsız görmemek lazım, bu hizmetin kendisine has bazı özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetleri sektöründe üretilen mal ve verilen hizmet diğer sektörlerde çok farklı olduğu genelde bilinir. Örneğin gözlük,ilaç, tekerlekli sandalye, protez kol veya kalp pilinin diğer alanlardaki araç ve gereçlerden açık farklılıklarının olduğu aşıkardır. Yapılan bütün kıyaslamalarda ortaya çıkan gerçek sağlık hizmetlerinin insan hayatı için yaşamsal bir öneme sahip olduğu aşıkardır. Diğer sektörlerde hemen hemen bütün mal ve hizmetlerde yapılan hatanın telafisi mümkün iken, sağıkta yapılan bir hatanın geri dönölmez sonuçlara mal olmaktadır(Etiz, 2000:23).

İnsan sağlığında meydana gelen bozulma ekonomiyi de olumsuz yönde etkilemektedir. Çünkü üretim için olmazsa olmazlardan olan emek faktörünün elde edilebilirliği düşmektedir. Sağlığında bozulma meydana gelen birey eğer tedavi edilmezse sakat kalıp iş göremez bir duruma gelebilir ya da ölümle sonuçlanabilir her iki durumda da ülke ekonomisi olumsuz yönde etkilenebilir. Sadece üretim faktörü olarak düşünülürse, gerekli üretimi sağlamadan ölen bir insan, ekonomik ömrüne eksik bırakıp yok olan bir üretim faktörüdür. Bununla birlikte kişinin hastalığı hem ailesinin hem de toplumun duygusal yapısını bozar, bunun yanı sıra toplumda ki sosyal güvenliği ve sosyal barışı bozar. Zamanın da sağlık hizmetlerini yapmayan kişi ise, ileride hem ailesine hem de toplumuna ekonomik anlamda büyük bir yük getirecektir(Belek, 1995:43).

Sağlık hizmetlerinin yeteri düzeyde verilmemesi doğal kaynakların eksilmesine ve besinsel ihtiyacı karşılamada yetersiz kalmasına sebep olmaktadır. Çevre kirliliği sonucunda deniz,göl ve akarsuların insanın faydalanamaz hale gelmesi ülke ekonomisine vereceği zararın boyutu ölçülemez boyutlara ulaşabilir. Böyle bir durumda turizm ve sağlık turizmi olumsuz yönde etkilenecektir. Dünyanın hiçbir yerinde bulaşıcı hastalıkların olduğu bir ülkeye gitmek istemez ve o ülkede ki kirli sularda yüzmek istemez(Duymaz, 2006:27).

2.4.Sağlık Hizmetleri Sektörünün Kapsamı

Sağlık hizmetleri sektörünün kapsamı geniştir. Birçok yan alanları mevcuttur. Yakın birçok sektör ile yakın bir ilişki halinde dir. Sağlık hizmetleri sektörünü şu şekilde ifade edebiliriz: “sağlığı korumak ve daha iyiye götürmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara olanaklar ölçüsünde en erken tanı koyarak tedavi etmek, böylece kişinin sıhhatli ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için uğraşan toplumsal hizmetlerin bütünüdür”(Dirican, 1999:73).

Sağlık hizmetleri başlıca üç ana gruba ayrılmaktadır:

- 1) Korucuyu sağlık hizmetleri
- 2) Tedavi edici sağlık hizmetleri
- 3) Rehabilitasyon hizmetleri

Bu hizmet grupları da kendi içerisinde yeni sınıflamalara tabi tutulabilmektedir.

2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri isminde de anlaşıldığı gibi kısaca; “ kişilerin hastalanmasını önlemek için yapılan sağlık hizmetleri olarak tanımlayabiliriz. Yani bu sağlık hizmetleri sağlıklı kişilere verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerini iki ana gruba ayırmak mümkündür”(Sargutan, 2004:67).

- a) Kişiyi ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:
 - Sağlık eğitimi
 - Ana/çocuk sağlığı ve aile planlaması
 - Bağışıklama
 - Yerel epidemik hastalıkların önlenmesi
 - Sağlıklı beslenme
 - Erken tanı ve sağlık kayıtları
 - Sosyal yardım hizmetleri
 - Zararlı alışkanlıklara karşı mücadele
 - İşçi sağlığı ve iş güvenliği

- Okul sağlığı hizmetleri
 - Toplu yaşam ortamı (kışla, hapishane) sağlık hizmetleri
 - Merkezi ve mahalli idarenin diğer hizmetleri
 - b) Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:
 - Çevre ve hava kirliliğinin önlenmesi
 - Katı ve sıvı atıkların hijyenik imhası
 - Radyasyon güvenliği
- Merkezi ve yerel idarenin diğer hizmetleri bu gruba girmektedir

2.4.2. Tedavi Hizmetleri

“Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalanan veya herhangi bir şekilde yaralanan, beden veya ruh sağlığını kaybetmiş kişilerin iyileştirilmesi için yapılan sağlık hizmetlerinin tümüdür. Bu hizmetler de kendi içerisinde üç kademeye ayrılmaktadır”(Sargutan, 2004:68).

a) Birinci basamak sağlık hizmetleri: hastanın ilk başvurduğu hekim veya sağlık kuruluşunun verdiği sağlık hizmetleridir.

Birinci basamak sağlık hizmeti aynı zamanda ayakta verilen sağlık hizmeti olarak da ifade edilmektedir. bu hizmetin verildiği yerde yataklı tedavi verilmez genel olarak ayakta verilir bu hizmet. Ciddi vakalarda ise bir üst basamaklara sevk edilir Bu sisteme sevk zinciri denmektedir.

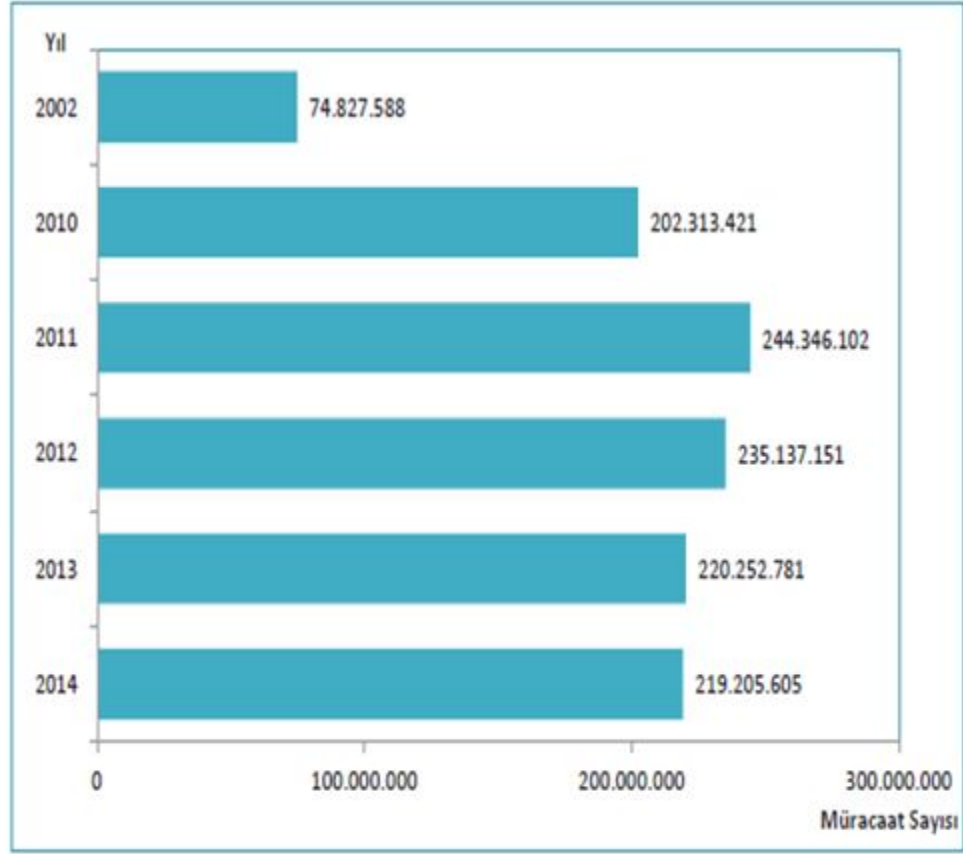
	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık Ocağı	5.055	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği Birimi	-	20.185	20.216	20.811	21.175	21.384
Aile Sağlığı Merkezi	-	6.367	6.520	6.660	6.756	6.829
Toplum Sağlığı Merkezi	-	961	957	957	971	970
Sağlık Evi	2.899	3.292	4.344	5.691	5.594	5.572
AÇSAP Merkezi	298	192	183	189	183	182
Verem Savaş Dispanseri	277	198	194	179	177	179
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	84	122	124	124	134	132
112 Acil Yardım İstasyonu	481	1.375	1.710	1.863	2.072	2.186
Halk Sağlığı Laboratuvarları	-	-	-	-	83	83

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 2.1. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı

Şekil 2.1 de 2002-2014 yılları arasında birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayıları ve bu kuruluşların sayılarında artış gösterilmiştir. Özellikle 2010 ve sonrasında birinci basamak sağlık kuruluşlarında büyük bir artışın olduğunu görmekteyiz. Birinci basamak sağlık hizmeti ayakta bakım hizmetleri olarak da adlandırılmaktadır. Bu

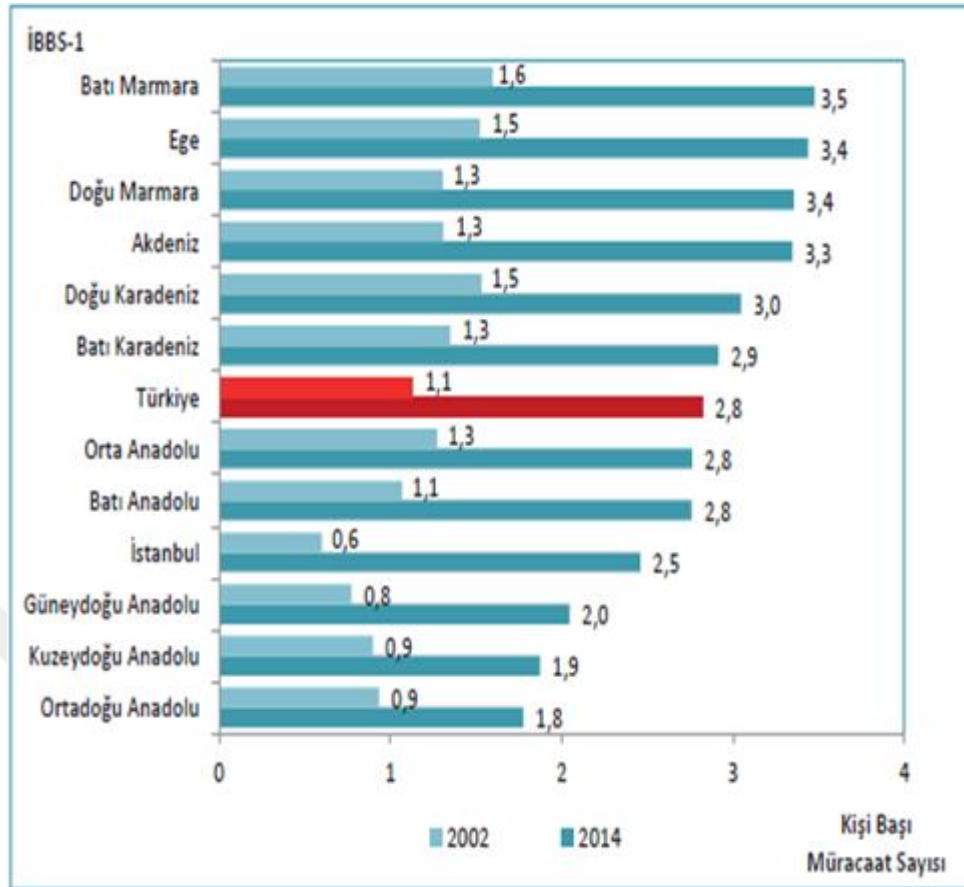
hizmetin verildiği birimlerde hasta yatağı bulunmaz, yatarak tedavi edilmesi gereken hastalar bir üst sağlık kuruluşuna sevk edilirler. Bu sisteme sevk zinciri denmektedir.



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 2.2. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluşlarında Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler

Şekil 2.2 de yıllara göre birinci basamak kuruluşlarında hekime müracaat sayısı ve tüm sektörlerde başvuru oranları verilmiştir. Özellikle 2002 den sonra yani 2010 da müraccat sayılarında büyük bir artışın olduğunu görmekteyiz. 2010 dan sonra 2014 kadar ki dönemde başvuru sayılarının hemen hemen dengeli olduğunu görmekteyiz.



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 2.3. İBBS-1'e Göre Birinci Basamak Kuruluşlarında Kişi Başı Hekim Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler 2002-2014

Şekil 2.3 de bölgelere göre birinci basamak sağlık kuruluşlarında kişi başı hekime müracaat sayıları verimiştir. 2002 ile 2014 yılları başvuru sayıları karşılaştırılmıştır. Özellikle 2002 yılına kıyaslan 2014 yılında hekime müracaat sayılarında büyük artış olmuştur.



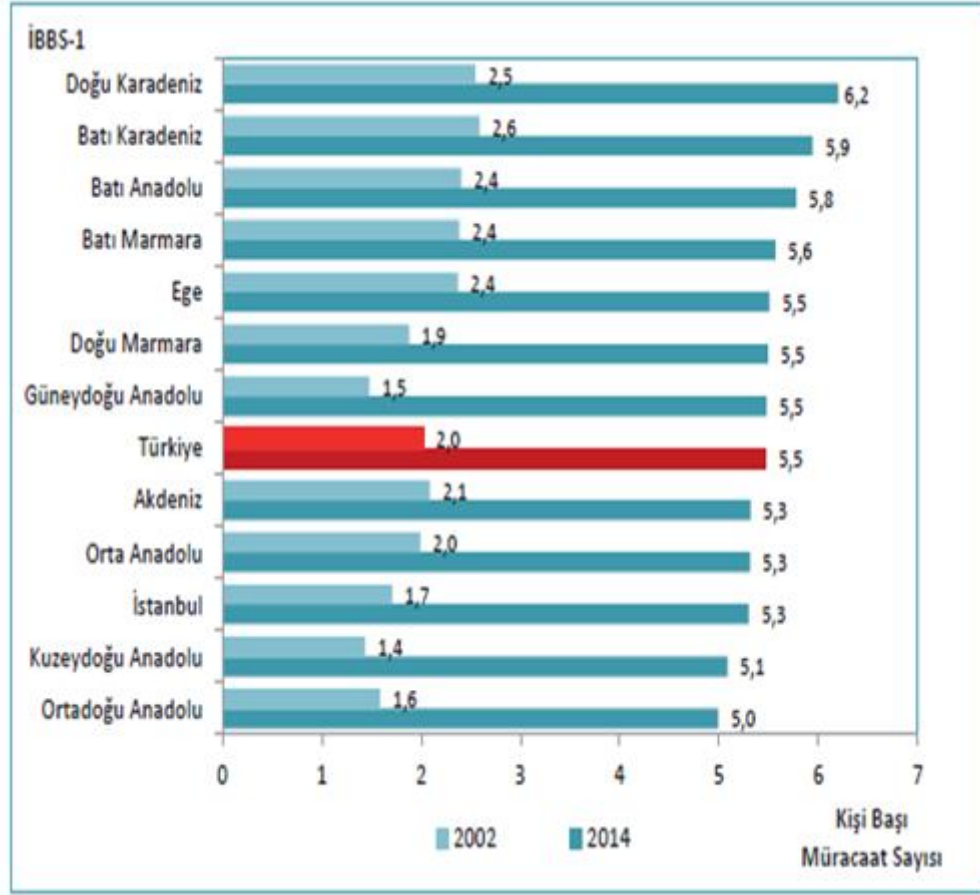
Kaynak: Türkiye Halk Sağlık Kurumu

Şekil 2.4. Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Sevk Hızı, Sağlık Bakanlığı

Şekil 2.4 de yıllara göre birinci basamak kuruluşları sevk hızı oranları verilmiştir. Şekilde görüldüğü gibi 2002 den 2010 kadar sevk hızının düzenli olarak arttığı görülmektedir. 2010 dan 2013 kadar sevk hızı oranlarında hafif bir azalma olsa da 2014 de bu oran yine artmıştır.

İkinci basamak sağlık hizmetleri: buna aynı zamanda yataklı tedavi hizmetleri de denmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşunda tedavi edilemeyen vakalar daha üst birime sevk edilerek buralarda uzman hekimlerce tedavi edilir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri: en ileri tıp teknolojisinin kullanıldığı yataklı tedavi kurumlarıdır. Bütün üniversite hastaneleri ve bunlarla birlikte onkoloji hastanesi, göz hastanesi vb gibi özel branş hastaneleri bu gruba girmektedir(Sargutan,2004:68).



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 2.5. İBBS-1'e Göre İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında Kişi Başı Hekim Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler 2002-2014

Şekil 2.5 de bölgelere göre ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında kişi başı hekime müracaat sayısı verilmiştir. 2002 ile 2014 yılları arasında hekime başvuru sayıları karşılaştırılmıştır. 2002 yılına kıyaslan 2014 yılında hekime başvuru sayılarında büyük bir artışın olduğunu görmekteyiz.

2.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri;”Çok uzun süreli iyileştirme hizmetleridir. Spastik engelliler, ruh hastalıkları ve bazı organların eski işlevine kavuşturulması için yapılan tedaviler yıllarca sürebilmektedir. Rehabilitasyon hizmetleri en zor sonuç alınabilen sağlık hizmetleridir”(Sargutan, 2004:68).

Sağlık hizmetleri sektörü yukarıda ifade edildiği gibi asıl sağlık hizmetlerinin yanında çok yakında etkileşim halinde olduğu diğer birçok alan mevcuttur. Bunlar;”Sağlık hizmetlerinin dolaylı etkileşimde bulunduğu alanlar; sosyal güvenlik, sosyal yardımlar ve hizmetler, içme suyu şebekeleri, kanalizasyon, veterinerlik hizmetleri, tıbbi teknoloji, beden eğitimi ve çalışma hayatı vb; uzak etkili alanlar ise, sanayi yapısı, ulaştırma, hukuk, demografik yapı, kültür ve eğitim yapısı, turizm mesleki eğitim ile çalışma hayatıdır”(Sargutan,2004:68).

Gerçekte sağlık kişilerde meydana gelen bir toplum amaçlarına ulaşmak için bütün sektörlerin üzerine düşen görevleri yerine getirmesi ile gerçekleşebilir. “ Eğer

insanlar örneğin trafik kazaları ile sakat kalıyor veya yaşamlarını yitiriyorlar ise bunda eğitimden araç teknolojisine, yol kalitesinden trafik polisi sayısına kadar birçok faktörün etkisi vardır. Bu örnekte olduğu gibi sağlık hizmetlerinde başarı ancak sektörler arası bir politika ile sağlanabilir” (Sargutan,2004:68).

2.5. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları

Sağlık, bireylerin temel haklarının başında gelmektedir.

Devlet, bu temel hakları korumak ve geliştirmek zorundadır.

Devletin temel haklar konusundaki görevi devredilemez ve vazgeçilemez niteliktedir.

1982 anayasasının 56. Maddesinde “herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.” Şeklinde sağlık hakkımıza yer verilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin amaçlarını şöyle sıralayabiliriz:

- Fert ve topluma sağlıklı yaşam bilgisi, şuuru, isteği ve davranışı kazandırmak.
- Toplumun tüm fertlerine ihtiyaçları olan bütün sağlık hizmetlerini coğrafi, sosyal, maddi ve diğer imkanlara bağlı olmadan eşit, kaliteli ve ihtiyacı kadar vermek.
- Kişisel, toplumsal ve çevresel sağlıklı ortamlar yaratmak
- Sağlık elde etmek, onu korumak ve geliştirmek yoluyla toplumu sağlıklı kılmaktır.

1987 tarihli sağlık hizmetleri temel yasasının birinci maddesinde sağlık hizmetlerinin amacı şöyle açıklanmaktadır: “sağlık kurum ve kuruluşları yurt dışında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.” şeklinde ifade ediliyor(Sargutan,2004:68).

Yukarıda ifade dildiği gibi yasa ve anayasalar sağlık hizmetlerinin eşit verilmesinin önemi üzerinde durmaktadır. Aslında da sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde ve yeterli ölçüde verilmesi toplumda yaşayan bütün bireyler için büyük bir önem arz etmektedir.” Günümüzde gerek ülkeler arasında gerekse aynı ülkenin değişik coğrafi bölgeleri arasında sağlık hizmetlerinin sunumunda farklılıkların olduğu yadsınamaz. Bilhassa sağlık hizmetlerinin paralı olarak sunulması durumunda değişik gelir gurupları arasında hizmete ulaşma bakımından eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır”(Sargutan,2004:69).

2.6. Sağlık Hizmetlerinin İlkeleri

Sağlık , yaşama hakkı olduğu gibi insan vazgeçilmez, hayati bir ihtiyaçtır. Eğer insanın sağlığı yerinde olduğu zaman ihtiyaçları anlam ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), “2000 yılında herkese sağlık projesi kapsamında bazı hedefler saptamıştır(ALMA ATA, 1978). 1978 yılında Alma Ata’da 134 ülkenin sağlık bakanları ve ilgili uluslararası örgütlerin katılımı ile bir toplantı düzenlenmiştir. Toplantı sonunda yayınlanan, bütün katılanların imzaladığı deklarasyonda temel sağlık hizmetlerinin ilkeleri belirlenmiştir”(Sargutan,2004:70).

Türkiye'nin de dahil edildiği bütün Avrupa ülkelerini kapsayan bu çalışmada hükümetlere şunlar tavsiye edilmektedir:

- Doğuştan beklenen yaşam süresinin uzatılması: bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin gelişmişliğinin en çarpıcı göstergelerinden birisi ortalama yaşam süresidir. Sağlık hizmetlerinin yeteri kadar gelişmediği ülkelerde yaşam ümidi 30-35 yıla kadar düşmekte, gelişmiş batı ülkelerinde ise 70-80 yıla kadar çıkmaktadır. Kaba ölüm oranı ve bebek ölüm oranları da bu göstergelyi etkilemektedir.

- Hayata sağlık kazandırılması yani sağlıklı yaşamın gerçekleştirilmesi: bu ilke de temel hedef insanların bedensel ve ruhsal kapasitelerini maksimum düzeyde kullanmalarını sağlamak için gerekli önlemlerin alınmasıdır.

- Hayata anlam kazandırılması yani insanın fizik ve zihin kapasitesinin tam olarak kullanılır halde muhafaza edilmesi ve geliştirilmesi: herkese sağlık amacı ancak bireyin kendi çabası ile gerçekleştirebilir. Bunun için bilinçlenmiş, motive edilmiş, aktif olarak sağlık hizmetlerine katılımda bulunan bireylerin yetiştirilmesi gerekmektedir.

- İnsanlar arasında hiçbir ayırım yapılmadan sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanmalarının sağlanması, bölgesel ve sosyal farklılıkların dikkate alınarak yeni düzenlemeler yapılması: bu amacın gerçekleşmesi için ilgili tüm sektörlerin işbirliği ve koordinasyonu gerekmektedir. Sağlık hizmetleri sektörü çözümlenmesi gereken sorunların ancak bir bölümü ile ilgilenebilir. Sağlığın tüm gereklerini başarılı olarak yerine getirmek kalıcı kamu politikaları oluşturmakla başlar. Ekonomik sorunları aşmak, sosyal çevredeki riskleri azaltmak, gerekli fiziksel olanakları sağlamak ve kalifiye eleman yetiştirmek vb. sektörler arası işbirliğini gerekli kılmaktadır.

- Kolay erişilebilirlik: sağlık hizmetlerine ulaşmak herkes için kolay olmalıdır. Fertler sağlık hizmetlerine ihtiyacı olduğu zaman derhal karşılanmasını istemektedirler. Zaten çoğu durumlarda hizmetlin ertelenmesine olanak yoktur. Kazalarda ölümler büyük oranda hizmete ulaşmanın gecikmesi yüzünden olmaktadır. Bunun için hastaneler ulaşılması kolay yerlere yapılmalıdır.

- Uluslararası işbirliği: sağlık hizmetleri sınır ötesi bir özellik taşımaktadır. Örneğin çağımızın vebası sayılan AIDS böylesi bir problemdir. Hastalık etkenini taşıyan kişilerin diğer ülke insanlarına zarar vermemesi için uluslararası işbirliği kaçınılmazdır. Sağlık hizmetlerinin uluslararası işbirliğini Birleşmiş Milletler örgütüne bağlı WHO gerçekleştirmektedir. 1948 yılında kurulan bu örgüte 166 ülke ile birlikte Türkiye de üyedir. WHO birçok bulaşıcı hastalığın önlenmesinde çok önemli başarılar elde etmiştir. En başta öldürücü veya sakat bırakıcı bir hastalık olan çiçek hastalığının yeryüzünden silinmesinde WHO'nun çok büyük katkısı vardır.

- Toplum katılımı: herkese sağlık amacı ancak bireylerin kendi çabaları ile gerçekleştirilebilir. Bu amacın gerçekleşebilmesi sağlık hizmetleri konusunda bilinçlenmiş, motive edilmiş ve aktif olarak sağlık hizmetlerine katılımda bulunan insanlara bağlıdır.

WHO herkese sağlık amacını gerçekleştirmek için gerekli araştırmaların yapılmasını, politika ve stratejiler geliştirilmesini, kaynakların doğru yönlendirilmesini de istemektedir(TC Sağlık Bakanlığı, 2008:24-36).

2.7. Sağlık Sistemleri

Sağlık sistemi, "sağlık hizmetlerinin arzı, finansmanı, mevzuatı ve politikasından oluşan bütünü ifade eder. Başka bir tanımla sağlık sistemi, sağlık çalışanları, kurum ve kuruluşları, kaynakları, araştırma çalışmalarını, sağlığı korumak

ve hastalıklarla başa çıkmak üzere verilen çabaların tümü şeklinde tanımlanabilir”(Ateş, 2011:23).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık sistemi, en temel amacı insan sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek için her türlü faaliyeti içine alan bir sistemdir. Sağlık sistemleri” çeşitli sınıflandırmalar altında incelenebilmektedir. Bu çalışmada devletin sağlık sektöründe aldığı role/sorumluluğuna göre sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasını tercih edilmiştir”(Sargutan, 2004:69).

Bu sınıflandırmaya göre sağlık sistemleri dört grupta toplanmaktadır:

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

2.7.1.Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Dünyada bugün birçok sağlık sistemi mevcuttur. Aslında, her ülkenin kendi yapısına göre bir sağlık sistemine sahiptir. Bundan birebir olarak ülkeler arasında benzer sağlık sistemleri bulmak hemen hemen imkansızdır. Çünkü;” ülkeler arasında kültürel, ekonomik ve ideolojik açılardan çeşitli farklılıklar bulunmaktadır. Uluslararası ilişkiler ve finans çevreleri de ülkelerin sağlık sistemlerini doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedirler. Bunun da ötesinde çoğu zaman aynı ülkede birden fazla örgütlenme yöntemi bulunabilmektedir”(Ateş, 2011:27).

Örneğin, ABD’de eyaletlere göre;” değişen oranlarda özel ya da kamu ağırlıklı örgütlenmeler söz konusu olmaktadır. Hindistan’da ise, tüm ülkede kapitalist yönelimli bir sistem varken, Kerale eyaletinde sosyalist yönelimli bir sistem bulunmaktadır. Ancak, ülkeler arasında var olan bu çeşitlilik, sağlık örgütlenmelerinin daha genel düzeyde sınıflandırılmayacağı anlamına gelmez”(Ateş, 2011:27).

Şekildeki tabloda da dünya üzerinde var olan sağlık sistemi tiplerini ve ayırt edici temel özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Sağlık Sistemi Tipleri Ve Ayırt Edici Temel Özellikleri

Özel Teşebbüs / Serbest Pazar Tipi	Refah Yönelimli Tip	Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet Tipi	Sosyalist / Merkezi Planlama Tipi
1- Kişisel doğrudan ödeme ve/veya isteğe bağlı özel (bazen da kamu) hastalık ve sağlık sigortalarıyla talep asıl uygulamalardır 2- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde var olsa da, asıl unsur değildir 3- Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur	1- Tüm bireylere yönelik, zorunlu, kişisel prim ödemeli kamu (bazen özel) hastalık (bazen sağlık) sosyal sigortasıyla talep asıl uygulamalardır 2- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin talebinde asıl unsurdur, arzda daha az olabilir 3- Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkanlar sunabilir	1-Tüm bireylere yönelik, zorunlu, tam kapsamlı sağlık sosyal güvenliğiyle talep ve kamu sağlık hizmet nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamalardır 2- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur, bazen arzda daha az olabilir 3- Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkanlar sunabilir	1- Tüm bireylere yönelik, zorunlu, toplumun ortak / kolektif sağlık güvencesiyle talep ve toplumun ortak sağlık hizmeti nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamalardır 2- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur 3- Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde yer almaz veya istisnadır

2.7.1.1 Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri

Bu uygulamada, ‘‘sağlık hizmetleri talebinin, genellikle (herhangi bir sebeple) doğrudan kişisel ödemelerle veya özel sigorta aracılığıyla prim şeklindeki yarı-doğrudan ödemelerle ücret karşılığında kamu veya özel sektör hizmet arz edicilerinden satın alınarak karşılanması esastır. Sağlık güvencesi imkanı, genellikle maddi olanağı olanların gönüllü olarak sağlık sigortasına katılmasıyla sağlanır. Bu sebeple teorik olarak, nüfusun sadece maddi imkanı olan kısmı sağlık hizmeti güvencesi edinebilir’’(Sargutan, 2004:69).

2.7.1.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri

Bu modelde sağlık hizmetleri ihtiyacı için, imkan olduğu sürece tüm bireyler, yarı doğrudan kişisel ödeme sürecinde ki primler mecburi sigorta kapsamına alınması zorunludur. Bazı zamanlarda, hastalık sigortası yerine daha da kapsayıcı olan mecburi ve primli sağlık sigortasına yakın uygulamalarda gözükabilir ‘‘ Bu sağlık sistemi modelinde, sosyal devlet anlayışıyla sağlık hizmetleri bir kamu görevi sayılmış, yurttaşların ödeme yapmadan yararlandıkları bir kısım kamu kaynaklı sağlık hizmetlerinin yanında, zorunlu ve birbirine benzer nitelikteki primler karşılığında, tedavi ağırlıklı belli hizmetlerinden mutlaka yararlanmaları esas alınmıştır’’(Sargutan, 2004:70).

2.7.1.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri

Bu sistemde, sağlık hizmetlerinin arzı ve talebi imkan olduğu sürece kamu kaynakları kullanarak, bütün toplum mecburi kamu sağlık hizmetleri bünyesine alınması ve bütün ihtiyaçların kamu sağlık kurumları tarafından herhangi ücret almaksızın yapılır. Modelin temelde uygulama biçimi; ‘‘ sağlıkla ilgili hizmet arz ve talep faaliyetlerinin hemen tamamında kamu sorumluluğu esastır ve sistemin özünde, nüfusun tamamı için tüm sağlık hizmetlerinin devlet tarafından üretilmesi ve ücretsiz olarak, sağlık sosyal güvenliği (sigorta değil) biçimindeki bir sağlık güvencesi kapsamında verilmesi öngörülür. Böylece sağlık hizmetleri arzının ve arz ücretsiz olduğu için de talebinin finansmanı ağırlıklı olarak vergilerden sağlanmış olur’’(Sargutan,2004:71).

2.7.1.4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri

Toplumsal ve bireysel koruyucu geliştirici ve tedavi edici bütün sağlık hizmetleri ihtiyaçları için; ‘‘ kişilerin doğrudan veya yarı doğrudan hiçbir ödeme yapmak zorunda kalmadan hizmet alabildikleri bir sistemdir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ilke olarak toplumsal tekel niteliğindedir. Uygulamada özel sektörün yeri yoktur. Sağlık hizmeti üretimi, sağlık kurumları, üretim araçları, dağıtım, dağıtım kanalları ve sunumun mülkiyeti kamuya aittir. Sağlık hizmetleri finansmanı kamuya ait olduğu için, kişilerin dolaylı ya da doğrudan bir harcama yapmaları söz konusu değildir’’(Ateş, 2011:88).

Hizmetin ücretsiz olması, her düzeyde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edilmesi, hizmetin temelini birinci basamak hekimliğin oluşturması, hizmeti alan halkın sendika yönetimi gibi kurumlara ve bireysel olarak hizmete aktif katılması

ve denetlemesi, ilk sosyalist ülkedeki önemli uygulama ilkeleri olmuştur (Soyer, 1995:17).

Hizmetin para alınmadan yerine getirilmesi, her seviyede ki koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bünyesine alır, hizmetlerin temelinde birinci basamak hekimliğin oluşturması, hizmeti alan tarafın sendika yönetimi gibi kuruluşlarla ve bireysel bir şekilde hizmet de aktif bir biçimde bulunması ve bunun denetlenmesi, ilk sosyalist ülkede ki en önemli uygulama biçimi oluşturur. “Günümüzde bu sağlık sistemine örnek olarak Küba verilmektedir. Küba bugün dünyada sosyalist sağlık sistemine sahip tek ülke olarak kabul edilmektedir”(Sargutan, 2004:72).

Tablo 2.2. Şekildeki ülkelerin sağlık sistemi tipleri sınıflandırılmış. Bu sistemler arz, talep, özel, gelişmişlik ve gelir durumuna göre kategorize edilmiştir

ARZ VE TALEPTE KAMU VE ÖZEL UNSURLARIN DURUMU				GELİŞMİŞLİK VE GELİR
1. Özel Teşebbüs / Serbest Pazar Kişisel Doğrudan Ödeme ve/veya İsteğe Bağlı Sigorta Ağırlıklı	2. Refah Yönelimli Zorunlu Hastalık veya bazen Sağlık Sosyal Sigortası Ağırlıklı	3. Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet Zorunlu Tam Kapsamlı Sağlık Hizmetleri Sosyal Güvenliği Ağırlıklı	4. Sosyalist/Merkezi Planlama Piyasa Dışı, Tümüyle Kolektif Hizmet Alanı ve Tam Güvence Esaslı	Gelişmişlik Ve Kişi Başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (KBGSYİH) (ABD\$) Düzeyleri
1.1. ABD	2.1. Almanya Avusturya Belçika Fransa Hollanda İsviçre Japonya Kanada Lüksemburg	3.1. Avustralya Büyük Britanya B.Arap Emirlikleri Danimarka Finlandiya İrlanda İspanya İsveç, İtalya İzlanda, Norveç	4.1. Eski Sovyetler Birliği	Çok Gelişmiş/ Sanayileşmiş Ve Zengin (20.001 ve üstü) Ülkeler
1.2. Güney Afrika	2.2. Arjantin Çek Estonya Güney Kore İsrail, Portekiz Yunanistan	3.2. Kuveyt Slovakya Slovenya Suudi Arabistan Yeni Zelanda	4.2. Eski Doğu Avrupa Ülkeleri	Gelişmiş Ve Yüksek Gelirli (10.001-20.000) Ülkeler
1.3. Brezilya Cezayir Çin Kazakistan Peru Tayland Türkmenistan	2.3. Bosna-Hersek Bulgaristan Hırvatistan Letonya, Litvanya Malezya, Meksika Rusya Federasyonu Sırbistan Karadağ Şili, Tunus Türkiye	3.3. Beyaz Rusya İran KKTC Libya Makedonya Polonya Romanya Ukrayna	4.3. Küba Kuzey Kore Eski SSCB'nin Asya Cumhuriyetleri	Gelişmekte Olan Ve Orta Gelirli (4.001-10.000) Ülkeler

1.4. Azerbaycan Bangladeş Endonezya, Fas Filipinler, Gana Hindistan Kenya Kırgızistan, Mısır Nepal, Özbekistan Pakistan, Sudan	2.4. Arnavutluk Gürcistan Macaristan	3.4. Ermenistan Moldova Nikaragua Sri Lanka	4.4. Vietnam Kamboçya	Gelişmemiş Ve Yoksul (4.000 ve altı) Ülkeler
---	---	---	-----------------------------	--

3.KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK İLİŞKİSİ

3.1.Küreselleşme ve Sağlık

Globalleşmenin etkisiyle birçok ülkede nüfus artışıyla birlikte ihtiyaçları da artırmıştır. Küresel sermayenin kapsamı ve etkisi artmasıyla birlikte daha önce kamu yani devlet eliyle yapılan hizmetler talepleri karşılamamaya başlamıştır. Bundan dolayı kamunun bu açığı özel sektör eliyle kapatılması kaçınılmaz hale gelmiştir. Dünyada ekonomik, sosyal, teknolojik ve kültürel gelişmeler özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu dinamiklere bağlı olarak birçok değişimi beraberinde getirmiştir(Görenel,2001:41-42).

Küreselleşme süreci özellikle gelişmekte ve gelişmiş ülkelerde birçok fırsat getirdiği bir gerçektir. Fakat bu ülkelerde yerel üretim ve finans imkânların daralması eşitsizlik, işsizlik, yoksulluk, eğitim sorunları ve sağlık sorunların yaşanmasına sebep olmuştur. Bu durumda bu ülkelerin küreselleşme süreci ile birlikte elde ettiği kazanımların gerilmesine yol açmıştır. Bu da işsizliğin artırmıştır. Bunun bir sonucu olarak da işsiz kitlerin oluşması beraberinde bu yığınların temel sağlık hizmetlerinin karşılamasında çeşitli sıkıntılarla karşılaşmaları beraberinde sağlık sorunlarını yaşamalarına sebep olmuştur(Brown,2002:36-43).

Küresel açıdan ilaçların ve tıp teknolojisinin üretim ve sunumu çok uluslu şirketlerin tekelindedir. Çünkü bu şirketler küresel pazarda egemen güç oldukları için bu kuruluşlar sağlık ekonomisini istedikleri gibi yönlendirmektedir. Öte yandan küreselleşme ile birlikte sağlık ekonomisinin gelişimi birçok hastalık yerel sınırları aşmış ülkelerin yaptıkları uluslararası programlar sayesinde bu hastalıkların tedavisi daha az maliyetle gerçekleşmektedir. Uluslararası sermayenin artması diğer birçok alanda yapıldığı gibi sağlıkta da özerkleşmeye gidilmiştir. Sağlığın özerkleşmesi ile birlikte sağlıkta hizmetin sunumunda kaliteyi de artırmıştır. Hastaların hizmetlerde memnuniyet oranlarını artırmıştır. Fakat sağlığın özerkleşmesi beraberinde bazı sorunları da meydana getirmiştir. Özellikle hastanelerin tüzel kişilerin kontrolüne bırakması bu kişiler de kar merkezli bir anlayış gelişmesine sebep olmuştur. Bunun yanında sağlık kuruluşları özellikle kar marjı yüksek olan hizmetlere yönelmelerine sebep olmuştur. Bu durumdan dolayı koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci plana itilmesine yol açmıştır(Yanmaz,2010:16-17).

Küreselleşme savunucuları bu sürecin sağlık üzerinde önemli katkıları olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda sağlıkta meydana gelişmeler ve daha önce tedavisi olmayan birçok hastalıkların günümüz tıp teknolojisi ile kolaylıkla yapılabilen olması kanıt olarak göstermektedirler(Yıldırım,2004:3).

Küresel kapitalizmin dünyanın hemen hemen birçok yerinde artması rekabet ve sermayeyi artırma çabaları küresel çağı tutsak etmiştir. “Kapitalist büyüme, beşeri ve doğal kaynakların yağmalanması, insan emeğinin ve doğanın sömürülmesi demektir.

Küreselleşme çağında işsizlik, yoksulluk, savaşlar ve sömürü kat ve kat artmaktadır. Küreselleşme ile ortaya atılan, sınırların ortadan kalkması söylemi aslında ulusal sınırlar ve bu sınırlar içerisindeki sermaye gruplarıdır. Yoksa işçi sınıfı ya da kendisine rakip olacak bir başka ulusun büyük sermaye grubu için bir sınırın kalkmasını istemek söz konusu değildir” (Başkaya, 2007:327).

Emperyalizmin dünyanın her yerine yayılması bu durum az gelişmiş ülkelerin sömürgeleşmesine ve bu ülkelerin giderek kapitalist ülkelerin kontrolüne geçmesine sebep olmuştur. Böylece dünyada ki ülkeler ya kapitalistleşecek yada yarı kapitalist bir

hal alacak böyle bir durumda birçok sorun çözümsüz hale gelmesine sebep olmaktadır(Savran, 1998: 78).

Küreselleşmeyi eğer; “kapitalist yaşam tarzının, yani piyasa sisteminin, dış ticaret serbestliğinin, tüketimin ve tüketicinin önceliğinin dünya çapında yaygınlaştırılması olarak kabul edersek aynı zamanda küreselleşmenin kapitalizmin en yüksek aşaması olduğunu söyleyebiliriz. Sermayenin küreselleştiği ama emeğin küreselleşmediği bir ortam hiç kuşkusuz kapitalizmin küreselleşmesini ifade eder.”(Eğilmez, 2011:44).

3.2.Küreselleşme Sürecinde Neoliberal Politikalar ve Özerkleşme

Neoliberalizm kavramı gündelik yaşamımızda sık sık kullandığımız bir terimdir ve kapitalizmin ekonomik sistemiyle çok yakında ilişkilidir. Temelde neoliberalizm liberalizmin temel ilkelerinin piyasa şartları içerisinde yeniden değerlendirilmesidir. Başka bir deyişle neoliberalizm, 18 ve 19 yüzyılın liberal ekonomistler tarafından benimsenen ve serbest piyasa öğretisine dayanan yani liberal düşüncenin günümüzde kabul edilen karşılığıdır. Liberalizm kavramı serbest kelimesinden türetilmiş ve özgürlükçülük manasına gelmektedir. Kapitalizmin ortaya çıkması sanayi devrimi ile birlikte olmuştur ve liberal düşünce, kapitalizmin ortaya çıkmasıyla birlikte siyasal ve sosyal yönü ortaya çıkmaya başlamıştır. Kapitalist süreç ve neoliberalizm temelleri sanayi devrimine kadar uzanırken sanayi devri minin ortaya çıkması da feodalizmin zayıflaması ve çözülmesinin ardından yaşanan merkantalist süreçte batı da mal ve sermaye birikimiyle beraber ortaya çıkmaya başlamıştır(Kıvılcım,2012:16-17).

Hukuk bilimi yönünden özerkleşme, yönetim şekli ve yöntemin değiştirilmesi başka bir deyişle devlet kontrolünde yapılan yönetim işlerinin özel kuruluşlara devredilmesi anlamına gelir. Bundan dolayı hukuk yönünde yönetim yapısının özelleşmesi iktisat bilimi açısından ise malın özerkleşme büyük bir önem teşkil eder(Özay, 1986:182).

Özelleştirme başka bir deyişle devlet eliyle üretilen mal yada hizmetlerin bir kısmının veya hepsinin özel kuruluşlara devredilmesi, bunların devletin kontrolünde alıp tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılayacak bir sistemin geliştirilmesidir(Eryılmaz ve Eken,1990:56).

Özelleştirme, yalnız ekonomik değer taşıyan kamu girişimlerin özel kuruluşlara satışı olarak görmemek gerekir. Satışı dışında bu kuruluşlara tahsis edilmesi veya belli bir süreliğine kiralanması anlamlarına da gelmesinin yanı sıra kamu mal yada hizmetlerin özel kuruluşlarla sözleşme yapılarak ortak kullanılması anlamlarına da gelebilir(Köksal,1993:9).

3.3.Küreselleşmenin Küresel Kapitalizmle İlişkisi

Yaşadığımız yüzyılda zaman ve mekan da çok hızlı bir değişim meydana gelmiştir. Küreselleşme, global dünya da sınırları aşp toplumların ve kurumsal yapıların oluşan yeni düzene uyum sağlayıp dünyada ki hemen hemen bütün ülkeleri birbirine bağımlı kılan küresel bir olgudur. Başka bir deyişle zaman ve mekan olgusunun ortadan kalkıp ulusların birbirine bağımlı hale gelmesidir(Vildan Tekin,2015:18).

Küreselleşmenin ekonomik sistemi; Ülkeler arası ticaretin kolaylaşması, piyasaların esnekleşmesi ve özel sektörün piyasada etkinliği artması şeklinde olmuştur. Kapitalizmin doğasında rekabet olduğu için bu sistem durman bir hareketlilik içindedir

ve bu da beraberinde gelişmeyi meydana getirmektedir. Bu büyüme hem mülkiyet hemde Pazar açısında büyüme anlamına gelmektedir. Dünya pazarında böyle bir büyüme sermayenin belli yerlerde yoğunlaşmasına ve merkezileşmesine bunun sonucunda kapitalizm ve emperyalizm bu süreçte güçlü bir şekilde ortaya çıkar. Bunun sonucunda da sermaye piyasası ve iktisat sisteme yön vermeye başlar(Tekin,2015:18).

Küreselleşme eğer; kapitalist sistem yeni bir yaşam tarzı, başka bir deyişle piyasa sistemi, ekonomi serbestliği, tüketimin ve tüketicinin artışı olarak kabul edersek küreselleşme kapitalizmin en ileri aşaması olduğu söylenilebilir. Sermayenin globalleştiği fakat emeğin küreselleşmediği bir ortam hiç şüphe yok ki kapitalizmin küreselleşmesi anlamına gelir(Eğilmez, 2011: 44).

Küresel kapitalizmin bütün dünya da yayılması, az gelişmiş ülkelerin zaman içerisinde çözülmesine ve giderek kapitalistleşmesine yol açmaktadır. Ayrıca bu ülkelerin tarihsel ve kültürel olarak da çözülmesine neden olmaktadır. Böylece küresel ölçekte bütün ülkeler kapitalistleştikçe bir çok sorunu çözümü zorlaşacaktır(Savran, 2008:78).

Kapitalist sistemin küresel düzeyde etkinliğini artırması ile birlikte bütün dünyayı oluşturan rekabet ve sermaye ihtiyaçlarına göre yeniden kendini dizayn etme zorunluluğu bütün dünya üzerinde bir hegemonya kurmasına sebep olmuştur. “Kapitalist büyüme, beşeri ve doğal kaynakların yağmalanması, insan emeğinin ve doğanın sömürülmesi demektir. Küreselleşme çağında işsizlik, yoksulluk, savaşlar ve sömürü kat ve kat artmaktadır. Küreselleşme ile ortaya atılan, sınırların ortadan kalkması söylemi aslında ulusal sınırlar ve bu sınırlar içerisindeki sermaye gruplarıdır. Yoksa işçi sınıfı ya da kendisine rakip olacak bir başka ulusun büyük sermaye grubu için bir sınırın kalkmasını istemek söz konusu değildir” (Başkaya, 2007:327).

3.4.Küresel Sermayenin Sağlık Üzerindeki Etkileri

Son yıllarda Küreselleşme ile birlikte dünya da meydana gelen hızlı değişim ulaşım ve iletişim olanaklarını kolaylaştırmıştır. Fakat bu durum beraberinde birçok sıkıntıyı da getirmiştir. Ülkeler arasında ki sınırları ortadan kalkması ve olanakların artması birlikte aynı hastalığın dünyanın birçok yerinde aynı süreçte ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Bu durumdan dolayı birçok salgın hastalığın ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Böylece küreselleşen dünyada hem salgın hastalık hemde bunun ortaya çıkma olasılığı insanları korkutmaya başlamıştır. (Uhim, 12.05.2016,www.u.h.i.m.org).

Bu gün dünya üzerinde ülkeler vatandaşlarının sağlığını korumak için ekonomik olarak çok büyük harcamalar yapmaktadır.” Devletlerin vatandaşlarını korumak için harcadıkları paralar ve ülkelerin ekonomik kayıpları ile bu salgınlardan etkilenen insan sayısı karşılaştırıldığında ise; arada korkunç bir uçurum olduğu görülmektedir. Bu durum bu salgınların gereğinden fazla mi abartıldığı ve bunun bazı maksatlarla mı yapıldığı gibi soruları akla getirmektedir. Medyada, bazı büyük ilaç firmalarının yöneticilerinin Dünya Sağlık Örgütü’nde görevli olduğu, bunların, ortaya çıkan hastalıkların salgın olarak ilân edilip edilmeyeceğine karar veren mercilerde yer aldıklarına dâir haberlerin yayımlanması şüphe bulutlarını daha da artırmıştır”(Uhim,12.05.2016,www.u.h.i.m.org).

Sağlık sektörü ekonomik yönde dünya üzerinde ki en büyük sektörlerden bir tanesidir. Ülkemizde ise enerji ve eğitimden sonra en büyük üçüncü sektördür. Bu sektör zaman zaman medya ya yansıdığı sömürülmeye müsait bir sektördür (Gidahareketi,20.06.2016,www.gidahareketi.org).

3.4.1.Yakın Zamanda Ortaya Çıkan Salgın Hastalıklar

İlk olarak 1976 da domuz gribi vakası ortaya çıktığı zaman dünya çapında büyük bir paniğe yol açmıştır. Bu salgın dünya çapında toplam 436 vaka ölümle sonuçlanmıştır. Oluşan bu panik ve puslu ortamda küresel kuruluşlar en iyi şekilde faydalanmaya çalışmıştır (Engdahl, 2006:6-9).

Kuş gribi tedavisinde etkili olduğu iddia edilen Tamiflu ilâcının milyarlarca adet satışından, hem ilâcı üreten Gilead Sciences, hem de pazarlamasını yapan Roche firması büyük paralar kazanmıştır. Ayrıca pek çok ülkede anti-viral ilâçların stokları yapılmaya başlanmıştır(Engdahl, 2009:18).

Kuş gribi hastalığının tedavisinde büyük bir rol oynadığı iddia edilen tamiflu ilacında milyarlarca adet satışı yapılmıştır. İlacın üretimini yapan Gilead Sciences, firması yanı sıra Roche firması da büyük paralar kazanmıştır. Tamiflu ilacının üretimini yapan firmalar yanı sıra CP Piliç de(ABD eski başkanı Bush'un kardeşi Neil Bush'un da ortaklarından olduğu iddia edilen şirket) bu süreçte büyük paralar kazanmıştır(CPTürkiye,27/06/2016,www.cpturkiye.com).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Recep Akdur; gerçekçi olmayan salgınların halk arasında büyük tedirginliğe yol açtığı,H1N1'in dünya da yaklaşık olarak 4.4 trilyon dolar kayba yol açtığını belirtmekte ve bu durumun da bazı ülke ve firmaların büyük rantlar elde ettiğini söyledi(Uhim, 12.05.2016,www.u.h.i.m.org).

Ayrıca bu süreçte birçok uzman ve akademisyen belli büyük firmalarda tavuk tüketiminin sağlıklı olacağı konusunda telkinler vermesi sonucunda köy tavukçuluğu büyük bir darbe almaya başlamıştır. Tavukların hastalıklı veya hastaliksız olduğuna bakılmaksızın öldürüldü ve bu durum sonucunda milyonlarca köylü gelir kaybına uğramaya başlamıştır. İngiliz Roslin Enstitüsü yetkililerine göre, böyle bir durumun ortaya çıkarmakta ki asıl amaçköy tavuğunu tamamen ortadan kaldırıp GDO'lu hayvan türlerini artırıp ve tavuk sektörünün tamamını kontrolüne almaktır(sağlıklıtavuk,27.06.2016,www.sagliklitavuk.org).

3.4.2.Domuz Gribi Salgınında ilaç şirketlerinin Etkileri

Domuz gribi salgını patlak verdiği günden beri WHO, daha yeni ortaya çıkan bu hastalığın çok fazla sayıda ölümlere yol açacağını söyleyerek toplum da bir panik havası oluşturmıştır. Bu durum dan dolayı halk gereğinde fazla bir şekilde önlemler almak ve harcamalar yapmak zorunda kaldı(Engdahl, 2006:6).

Domuz gribi aşısını üreten ilaç şirketleri domuz gribi salgını sürecinde çok yüksek miktarda paralar kazanmışlardır. Aşıdan yaklaşık olarak 50 milyar dolarlık bir kar elde etmişler.' Çünkü yıllık 500 milyar dolarlık dünya ilâç pazarına rağmen, sadece aşıdan yıllık ilâç tüketiminden elde edilen gelirin %10'u kadar kâr elde edilecek olması, domuz gribi virüsünün de bir laboratuvar virüsü olduğu tezini savunan çevrelerin düşüncelerinin ilgi görmesine büyük katkı sunmuş oldu'' (Uhim, 12.05.2016,www.u.h.i.m.org).

Dünya Sağlık Örgütü'nden Profesör Ulrich Keil, "Domuz gribi salgını ilaç üreticilerinin kârlarını artırmak için bu şirketlerle ortak olarak üretilen bir korku kampanyasıydı" dedi (Bild,17.06.2016, www.bild).

Avustralyalı virolog (virüs uzmanı) Adrian Gibbs, "Yaptığım incelemede bu virüsün bir laboratuardan çıkmış olma olasılığının çok yüksek olarak buldum!" demiştir. Gibbs, grip aşısı yanı sıra yeni türde ilaçları üretmek isteyen uzmanlar

laboratuvar ortamında yeni grip virüsleri ortaya çıkarmaya çabaladıkları farkında olduklarını açıklarken genetik mutasyonun domuzlar da görülen domuz gribinden yaklaşık olarak 3 katı olduğu ve bunun da mühendislik icadı olabileceği fikrini kuvvetlendirmektedir(Bild,17.08.2016,www.bild).

Danimarka'nın Information ve İsveç'in SVG gazetelerinde; "SAGE'deki heyette yaralan Prof. Albert Osterhaus, Prof. Federick Hayden, Prof. Arnold Monto ve Prof. David Salisbury hakkında Danışmanlık yapmakta olduğu ilaç firmalarının baskıyla WHO'yu yönlendirip gerçekte var olmayan bir paniği dünyaya kabul ettirmeye çalışmakta iddiası gündeme gelmiştir. iddiada adı geçen bu isimler Roche, Glaxo, Novartis, Medimmune, Viro Pharma, Sanofi Pasteur gibi önde gelen ilaç firmalarına danışmanlık yapmaktadırlar. Prof. Albert Osterhaus'un ayrıca kendisine ait aşı geliştirip üreten bir ilaç firması bulunmaktadır"(Uhim, 12.05.2016,www.u.h.i.m.org).

Finlandiya eski Sağlık Bakanı Dr. Rauni Kilde daha da ileri bir adım atarak, "Domuz Gribi aşısının bir aldatmaca olduğunu, aşı ile mümkün olduğunca dünya nüfusunun azaltılmıştır"(Gidahareketi,23/09/2016,www.gidahareketi.org).

Dünya Sağlık Örgütü'ne domuz gribinin ölümcül bir salgın olduğu yönünde beyanda bulunması için baskı yaptıklarını belirten Rauni Kilde, "Böylece aşırı tercihli değil zorunlu yapmak istiyorlardı. Özellikle hamile kadınların ve çocukların ilk önce aşı ile zorunlu tutulması gelecek nesilleri hedeflediğini göstermektedir. Finlandiya hükümetinin sınıflandırmayı kabul etmediğini ve hastalığın derecesini normal hastalık olarak gösterdiğini ifade etmiştir(smf.gen.tr,23/10/2016, www.smf.gen.tr).

"Hiç kimse aşının bir yıl, beş yıl ya da 20 yıl sonra ne gibi etkilerinin olacağını bilmiyor: Mutlak kısırlık mı? Kanser mi? Ya da ölümcül herhangi bir hastalık mı? Amerikan yönetimi ileride bundan dolayı doğacak herhangi bir sıkıntıdan dolayı ilaç şirketlerine bir sorumluluk yüklenmemesi için şimdiden önlemini aldı ve onları tüm sorumluluklardan muaf tuttu. Bu bile işin ciddiyetini göstermeye yeter!" dedi(smf.gen.tr,20/05/2016, www.smf.gen.tr).

Aşılar içerisinde iki önemli madde vardır: Bunlardan birisi antijen denen ve vücutta asıl bağışıklığı sağlayacak olan virüsün parçasını içeren kısım; ikinci madde ise adjuvan denen ve aşının bağışıklık yapma gücünü arttıran katkı maddeleri. Tüm aşılar da etki artırıcı ve koruyucu olarak kullanılan bu katkı maddeleri bellidir ve hemen hemen aynıdır. Çoğunun özellikleri araştırılmamıştır ve etkileri tam olarak bilinmemektedir(domuzgribi 21.05.2016,www.domuzgribi.net).

3.4.3.Aşının Sebep Olduğu Diğer Hastalıklar

Yaygın olarak kullanılan diğer aşılar ve olası yan etkileri ise:

Çocuk Felci: AIDS

Tetanos: Beyin iltihabı

Hepatit B: Multiple Skleroz(MS)

Kızamık: Kalın bağırsak iltihabı, beyin iltihabı

Kabakulak: şeker hastalığı, kramplı hastalıklar, nörolojik hastalıklar

Karma Aşılar: Ani çocuk ölümleri

Grip Aşısı: Guillain-Barre sendromu, genetik ve fenotipik değişimler
(Gidahareketi,www.gidahareketi.org).

4.TÜRKİYEDE SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

4.1. Türkiye Tarihsel Süreçte Sağlık Politikaları

4.1.1. Selçuklu ve Osmanlı Döneminde Sağlık Politikaları

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin sağlanması, toplum sağlığının korunmasında anahtar öneme sahiptir. Kişi başı sağlık hizmeti kullanımı 1960'lardan beri sürekli artmıştır.

Irmak'a göre; " Türklerin ilk kurduğu sağlık kuruluşu, 1206 yılında Kayseri'deki Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesidir. 1308 yılında Selçuklu Devletinin yıkılmasında sonra Osmanlılar genel olarak Selçuklu hastaneleri olmayan kentlerde sağlık tesisleri kurmuşlardır. Bunlar arasında, 1355'de kurulan Bursa Darüşşifası ve 1421'de kurulan Edirne Cüzzamhanesi bulunmaktadır"(Irmak, 1982:16).

Osmanlı devleti, " merkezde hekimbaşları taşrada ise Darüşşifa denilen hastaneler dikkati çekmektedir. Serettiba-i Sultani denilen ve halkın kısaca hekimbaşı olarak adlandırdığı hekim sarayının olduğu kadar tüm ülkenin sağlık işlerinden sorumlu olup bu günkü Sağlık Bakanlığı ile eşdeğerdi. Osmanlılarda batı anlamdaki ilk tıp okulu II. Mahmut döneminde 1827 yılında Tıphane-i Amire adıyla kurulmuştur. Hekimbaşlığı kaldırılarak yetkilerin Mekteb-i Tıbbiye nezaretinde devredilmesinden sonra 1870'de yayımlanan bir nizamname ile, mekteb-i tıbbiye, 1971 yılında sivil halkın sağlık hizmetlerine düzenlemek amacıyla Sıhhiye müfettişlikleri ile Memleket Tabipleri kurulmuştur"(Yerebakan, 2000:132).

Fişek'e göre;" Her Tıp Fakültesinde, mezunun iki yılı süreyle memleket tabibi olarak görev yapma zorunluluğu vardı. Memleket tabiplerinin başlıca görevleri; tedavi hizmetlerin yanı sıra bulaşıcı hastalıklarla savaş ve aşı uygulamaları gibi koruyucu sağlık hizmetleri, bölgelerindeki hastane ve eczaneleri denetleme idi. Bu tabiplerin maaşları önceleri belediyeler tarafından ödenirken, 1888 yılından itibaren doğrudan merkez hükümet tarafından ödenmeye başlandı"(Fişek, 1985:43).

4.1.2. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikası

Cumhuriyet Türkiye'sinde sağlık hizmetleri ve sağlık politikaları özellikleri itibarıyla beş dönem halinde incelenebilir.

- Refik Saydam'ın Sağlık Bakanı olduğu 1923-1937 dönemi
- İkinci Dünya Savaşı ve Demokrat Partinin iktidarda olduğu yılları içeren 1938-1960
- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği 1960-1980 arası dönem
- Sağlık reformu çalışmalarının giderek yoğunlaştığı 1980 ve 2002 arası dönem.
- Sağlıkta Dönüşümün yaşandığı 2003-2010 arası dönem

4.1.3. 1923-1937 Dönemi Sağlık Politikaları

Refik Saydam ki o cumhuriyet döneminin ilk sağlık bakanıdır. Refik Saydam bakanlık döneminde koruyucu sağlık hizmetlerine büyük bir önem vermiş ve zaten sınırlı olan kaynakları en uygun şekilde kullanılmasına büyük önem vermiştir.

Saydam'ın izlediği politikalar sayesinde büyük başarılar elde edilmiştir. “İyi ücret almak isteyenlere koruyucu hizmetlere yönelmesi, sağlık müdürlüklerinde ya da bakanlık merkez örgütünde çalışması sağlanmış, yüksek ücret politikaları ile kamu sağlık hizmeti, personel açısından çekici hale getirilmiştir”(Yerebakan, 2000:43).

“Ebe okullarının açılmasına paralel olarak birçok ilde doğum ve çocuk bakım evleri kurulmuştur. Koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri olan Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Hıfzısıhha okulu, Refik Saydam'ın bir ideali olarak 1928 yılında gerçekleşmiştir”(Irmak, 1982:124).

“Etimesgut Numune Dispanseri'nin kurulması bu dönemde hayata geçirilen ve daha sonraları sağlık hizmetlerinde örnek teşkil eden uygulamalardan biri olmuştur. Dispanser hizmet alanında düzenli ve kapsamlı koruyucu sağlık hizmetleri, anne-çocuk sağlığı hizmetleri ve çevre sağlık hizmetleri verilmekteydi. Sağlık ocağı adı altında günümüze dek süren hizmet birimlerinin temeli atılmıştır”(Aydın, 1997:47).

“Bu dönemde gerçekleştirilen en önemli başarılarından birisi sağlık ve sosyal yardımla ilgili 541 yasa ve 18 tüzüğün yürürlüğe girmesidir. Bunları başlıcaları”(Irmak, 1982:134)

- Tıp mensuplarının görevlerini ve yetkilerini tanımlayan 1219 sayılı Tababeti ve Şuabatı Sanatların Tarzı icrasına dair kanun(1928)

- Kamu sağlığı konusundaki en geniş yasal düzenlemeleri içeren Umumi Hıfzısıhha Kanunu(1930)

- Sağlık Bakanlığı görev ve yetkileri düzenleyen SSYB teşkilat ve memurun kanunu(1936)

- Eczacılar ve Eczaneler hakkında kanun(1927)

- İspançiyari ve Tıbbi Müstahzarlar kanunu(1928)

“1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha kanunu ile Bakanlığın görevleri belirlenmiş ve bu görevler arasında hastaların tedavi ve özellikle mahalli idareler rehber olmak üzere örnek sağlık kuruluşları açması yer almıştır”(Akgün, 1999:74).

“Refik Saydam bu dönemde, tedavi edici hizmet konusunu yerel yönetimlere bırakmış, bunlara örnek olması amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da birer adet Numune Hastanesi açılmasını sağlamıştır”(Sur, 1998:48).

4.1.4. 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları

- Sıtmanın büyük salgınlar yapması nedeniyle 1945 yılında “Olağanüstü sıtma savaş kanunu” çıkarılmıştır. Aynı yılda sosyal sigortalar kurumu (SSK) kurulmuştur

- Dr. Behçet Uz'un Bakanlığı sırasında 1946-1947 yıllarında, hazırlanan bir plana göre yaklaşık 20.000 nüfusa hizmet verecek Sağlık Merkezleri tasarlanmış ancak uygulamaya konulmamıştır.

- 1949 yılında yapılan bir düzenleme ile Verem Savaşı için kentlerde verem savaş dernekleri kurulmuştur.

- 1952 yılında Ana Çocuk Sağlığı örgütü kurulmuştur.

- Refik Saydam döneminden yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi edici hizmet Sağlık Bakanlığınca üstlenilmiş, belediyeler devletleştirilmiştir(Yerebakan, 2000:98).

Dr. Behçet Uz 1946 yılında Sağlık Bakanı olduktan kısa bir süre sonra “Birinci 10 yıllık Milli Sağlık Planı” adlı bir program kamuoyuna duyurdu. Bu planın anahtarları şunlardı;

- Koruyucu hekim örgütü kurmak
- Köylere sağlık örgütü kurmak
- İhtiyaca yönelik sağlık personeli yetiştirmek
- Hastane ve sağlık kuruluşları çağdaş hale getirmek
- Tüm ülkede yeni sağlık tesisleri kurma

Bu planın hazırlıkları tam bitmek üzereyken Dr. Behçet Uz bakanlıktan ayrılmış yerine gelen planı gerçekçi olmadığını ileri sürerek uygulama yönünde çaba göstermemişlerdir.

Dr. Behçet Uz 1954 yılında ikinci kez Sağlık Bakanı olmuştur. Bu kez de “Milli Sağlık Programı” adı ile yeni bir program gündeme getirmiştir. Bu program Milli Sağlık Planına göre daha dar kapsamlı idi.

“DP iktidarları döneminde özel idare hastaneleri Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri haline getirilmiştir. Bu dönemde hastanelerin geliştirilmesine büyük önem verilmiş, koruyucu hizmetler bile ikinci planda kalmıştır”(Sargutan, 2004:124).

4.1.5. 1960-1980 Arası Sağlık Politikaları

Bu dönemler ülkenin planlı kalkınma dönemleridir. “ 1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun” ile hükümet tabipliği yerine nüfus temel alınarak sağlık ocakları kurulması öngörülmüştür”(Yerebakan, 2000:99-100).

27 mayıs 1960’da yapılan darbe ile yönetimin değişmesiyle birlikte “ Sağlık alanında Sağlık örgütlenmesinin yeniden yapılanması, milli ilaç sanayii tıp araç ve gereçleri sanayiinin kurulması, yeterli sağlık personelinin yetiştirilmesi gibi hizmetlerini “devletleştirilmek” istemektedir. Askeri yönetim, belirlenen hedefleri gerçekleştirebilmesi için Sağlık Bakanlığında güvenilebilecek bir üst düzey kadronun iş başında olması gerektiğini düşünmekteydi. Ön çalışma sonucunda o sırada Hıfzısıhha okulu müdürü Dr. Nusret Fişek Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığına atandı”(Aydın, 1997:54).

“Dr. Nusret Fişek’in Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olması takibi ile gerek hizmet ve gerekse tıp ahlakı bakımından ideal olan sağlığın geliştirilmesi yönünde karar alınır ve sağlık sosyalizasyonunda alınması gereken tedbirler sıralanır”(Sur, 1998:50).

- Halk sağlığı uzmanları yetiştirilecek ve bu sahada ilmi araştırmalar yapacak bir müessese kurulması.

- Köy ve mahalle sağlık örgütleri oluşturulması
- Tıp Fakülteleri öğretim üyelerin muayenehanelerinin kapatmaları
- Hastane hizmetlerinin sosyalizasyonu
- Sağlık personeline ödenecek tazminatın, prim ek ödenek ve mukavele ücretleri.

Sağlıkta sosyalleşmeye uygun olarak tasarlanan örgütlenme modelleri şöyledir;(Sur, 1998:50)

Birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları 5-10 bin kişiye sağlık hizmet veren temel kuruluşlardır. Sağlık ocağında bir hakim, bir hemşire, sağlık memuru, 2-4 köy ebesi ve bir tıbbi sekreter ile birlikte hizmetli şoför bulunmaktadır. Sağlık kuruluşları organizasyon anlayışıyla, sorumlu olduğu bölgede bütün nüfusa

birinci basamak tedavi hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri sunacaktır. ‘‘ Sağlık ocakları tedavi edici hizmetleri yönünde devlet hastanelerince, koruyucu hizmetler yönünde ise sağlık müdürlüğünün halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenecek, sevk zinciri kurulacaktır. Sağlıkta sosyalizasyon yasası sosyalleştirmenin 15 yılda kademeli olarak tüm yurda yayılması öngörüyordu ancak bu mümkün olmamış istenen başarıya ulaşılmamıştır. Bu sürenin 1979 yılında uzatılması zorunda kalınmıştır. 1983’de ise tüm ülke sosyalleştirme kapsamına alınmıştır’’(Sur, 1998:54).

4.1.6. 1980-2002 Arası Sağlık Politikaları

1982 anayasasında vatandaşların sosyal güvenlik haklarına sahip olmakla birlikte, bu hakkın yerine getirilmesi devletin sorumluluğunda yer almaktadır. Anayasanın 60. Maddesi ‘‘Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar’’ demektedir. Ayrıca Anayasanın 56. maddesinde ‘‘Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir’’ hükmü getirilmiştir. Aynı maddede ‘‘Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine’’ dair bir hüküm de yer almıştır(Sur, 1998:55).

1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Ancak bu kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, bütünüyle uygulama imkanı bulunamamıştır. (TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye de Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporu, 2011:79)

1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, ‘‘Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı’’ adı altında, Bakanlar Kurulu’nca TBMM’ye sunulmuş, ancak kanunlaşamamıştır. 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak, ‘‘Sağlık Sandığı’’ adı altında tanımlanan bir kanun tasarı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderilmiş ancak bu da sonuçlanmamıştır.

1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardı:

- 1- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
- 2- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- 3- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- 4- Sağlık Bakanlığı’nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

Görüldüğü gibi bu dönem önemli teorik çalışmaların yapıldığı ancak bunların yeterince uygulama alanının bulunamadığı bir dönem olmuştur(TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, 2011:79).

4.1.7. 2003 ve Sonrası Sağlık Politikaları

2002 yılı sonunda Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda

koklu değişikliklere gidilmesini gerekli kılmaktaydı. Bu amaçla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programını uygulamaya koyuldu.

Programı, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesi başta olmak üzere geçmiş birikim ve tecrübelerden, son dönemde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerle göre hareket edildi.

Bu dönemde, başta SSK hastaneleri olmak üzere diğer kamu kurumlarının hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredildi.

Kamu hastaneler birliği yasası kabul edildi. Bu yasa ile hastaneler özerkleşecektir.

İlaç takip sistemi ile ilaç satışlar kontrol altına alındı.

GSS yasası kabul edildi.

Dar gelirli kesimlere yönelik olan yeşil kartlı vatandaşların hakları genişletildi.

Yeşil-Kart sahiplerinin “ayakta tedavi” kapsamında görecekları sağlık hizmetleri ile ilaç giderleri de devlet tarafından karşılama kapsamına alındı.

İlaçtaki KDV oranı düşürüldü ve ilaç fiyatlandırma sistemi değiştirildi.

Başta koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirildi, çağdaş sağlık anlayışının temel unsurları arasında yer alan aile hekimliği uygulaması başlatıldı ve tüm ülkeye yaygınlaştırıldı.

Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak sağlığın bozulmasını ve erken ölümleri önlemek için kapsamlı programlar hayata geçirildi. Bu kapsamda kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları, felç, böbrek yetmezliği başta olmak üzere, belirli hastalıklar için ulusal programlar planlandı ve uygulamaya konuldu. (TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye de Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporu, 2011:81).

Sağlıkta Donuşum Programı ile kamu kaynakları verimli kullanılmaya başlandı. Nihayetinde 2010, 2011 ve 2012 yıllarını içine alan orta vadeli mali plan ile birlikte mali sürdürülebilirlik teminat altına alındı(TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye de Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporu, 2011).

2003 yılında %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, 2010 yılı sonunda %73,1'e ulaştı. Bu memnuniyetle daha iyi düzeyde sağlık hizmeti talep eden halkımızda, güven ve beklenti oluştu (TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye de Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporu, 2011:81).

4.2.Küreselleşme Çerçevesinde Sağlık Sisteminde Reform

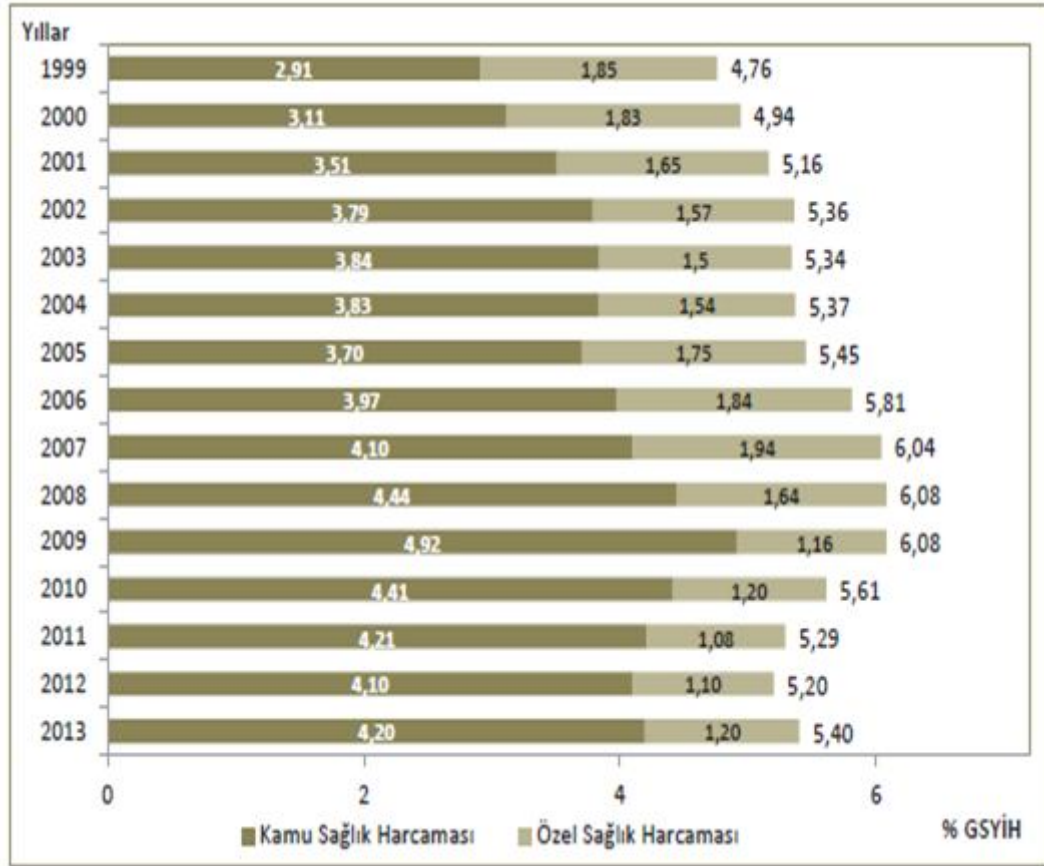
Sağlık; DSÖ'nün tanımına göre ‘Yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali’dir. Bu tanıma baz alırsak, sağlığı korumak, geliştirmek, hastaları tedavi etmek ve sakatlananları en az asgari düzeyde tekrar sağlıklarına kavuşmaları için verilen bütün hizmetlere sağlık hizmeti olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmetleri , koruyucu hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite hizmetleri üzere üçe ayrılır. Fakat; sağlık hizmeti denildiği zaman akla ilk gelen tedavi edici sağlık hizmetleri gelmektedir; fakat ön plana çıkarılması gereken hizmetler koruyucu sağlık hizmetleridir(Pala, 1995:64).

Sağlık reformu; sağlık sektöründe meydana gelen sorunlardan dolayı eşitlik, verimlilik ve etkinliğini geliştirmek için yapılan müdahaleler olarak ifade edilmektedir. Bu bağlamda reform sürecinin en temel ilkeleri; sağlığın toplumun her kesimi için hak olması, sağlığın evrensel olması yani toplumun her kesimini kapsaması ve bir birlik döngünün devam etmesi şeklinde bir sürecin işlemesi gerekir. Bir ülkenin sağlık sisteminde meydana gelen gelişmeler ve küreselleşme ile değişime uygun olarak

kendisini yenilemesi o ülkenin sağlık sisteminin kalitesi hakkında bize bilgi verir. Bu sürecin başarılı bir şekilde devam etmesi için hükümet büyük etkiye sahiptir. Fakat; hükümet dışındaki unsurlar da süreç üzerinde önemli bir etkiye sahiptir(Belek, 1997:28).

Sağlık reformların temel unsurları şöyle ifade edebiliriz; süreç açısından küçük çaplı yada kökten bir değişimin dışında yapısal bir yönü vardır. Hedefin gelişigüzel bir şekilde tek bir kişi yapılmasında ziyade kurumsal politikalarla değişime ayak uydurarak ileriye dönük stratejik planlarla hedeflerini belirleyip yol alma sürecidir(Yurdadoğ, 2006:160).

Hizmetler temel kanunu ile birlikte sağlık reformunda ilk adım atılmış ve 1990'ların sonlarına daha da sınırlayıcı politikalar izlenmeye başlamıştır. 1980'li ve 1990'lı yıllarda dönemin hükümeti küreselleşmeye uygun reformlarla liberal adımlar atılmıştır. Sağlık reformları; hizmetin finansmanın ayrılmasını, sağlık kurumlarının özleştirilmesinin, yerel yönetime dayalı ve rekabet için kolaylık sağlayan bir sistemin olması, sağlık emek gücünün esnekleşmesi ve performans merkezli bir sistem geliştirilir(Erol, Özdemir, 2014:1).

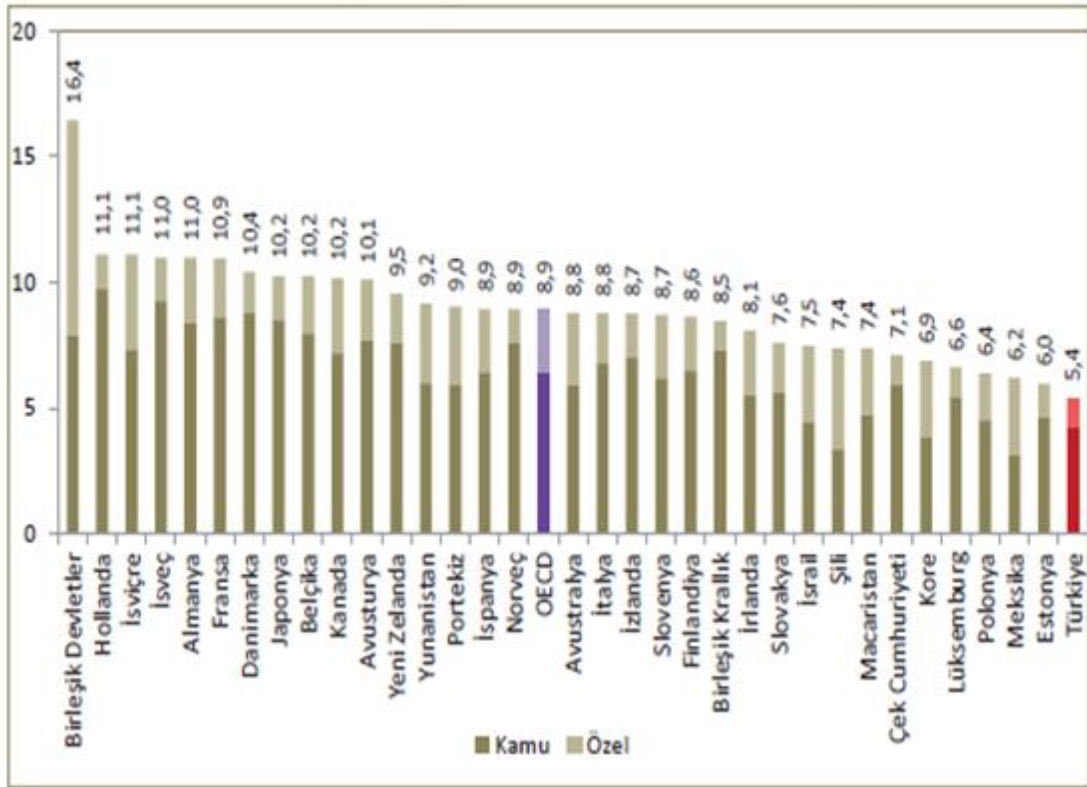


Kaynak:TÜİK

Şekil 4.1. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, %,Türkiye

Şekil 4.1 de yıllara göre Türkiye’de kamu ve özel sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı (%) olarak verilmiştir. Bu yıllar arasında özel sağlık harcamalarına kıyaslan kamu harcamasının payı daha yüksek olduğunu görmektedir.

2003’de sağlıkta dönüşüm politikaları ile ortaya çıkan süreç, uzmanlar tarafından oluşan komisyon çalışmalarını 2003’de tamamladı. Bu dönüşümün asıl amacı topluma daha sağlık hizmetlerine erişim imkanı sağlamak ve yapılacak bu hizmetin daha etkili bir şekilde yapılması amaçlamıştır. Sağlıkta dönüşüm politikaları uygulamaya geçtikten sonra sağlık finansmanı tek elde toplayarak sigorta sistemi büyük bir değişime uğratarak tamamı SGK çatısı altında tek elde toplamaya başladı. Birinci basamak sağlık hizmetleri önemi artırarak aile hekimliği sistemi uygulamaya geçilmiştir(Erol, Özdemir, 2014:1).



Kaynak: OECD Healt Data 2015, TÜİK

Şekil 4.2. OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki %,2013

Şekil 4.2 de OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı (%) olarak verilmiştir. Türkiye’ye kıyasla OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının oranının daha yüksek olduğunu görmekteyiz.

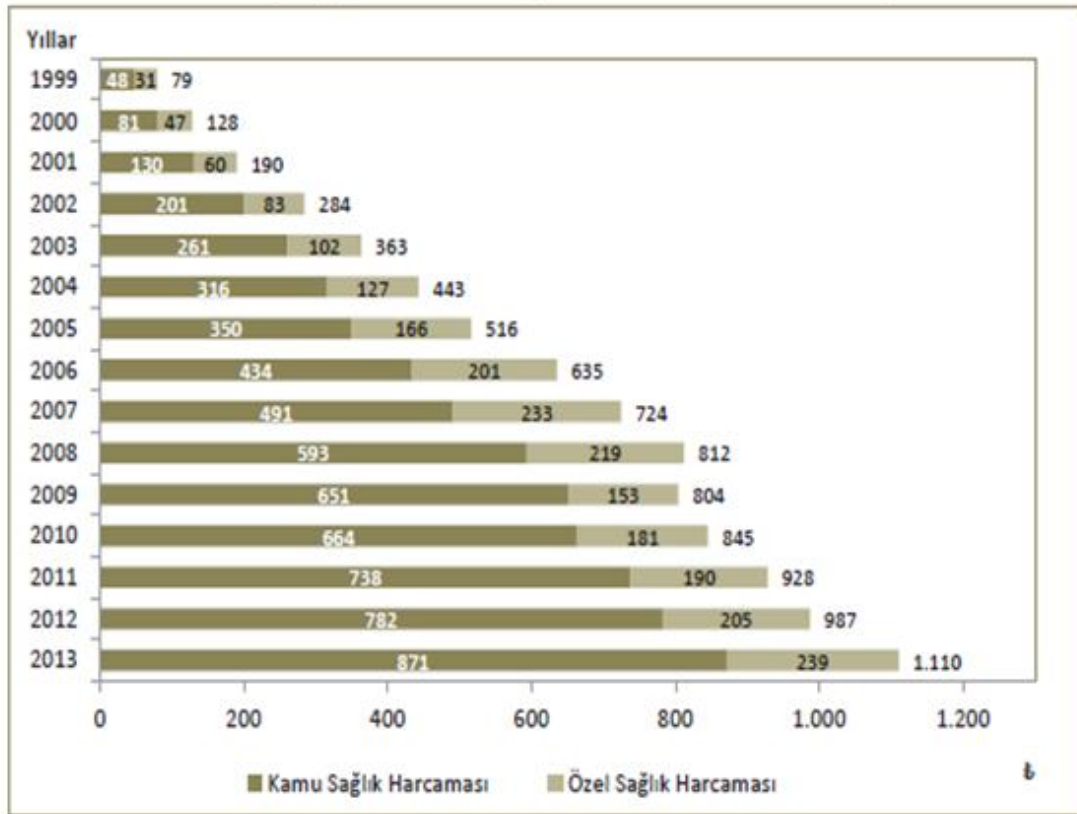
4.2.3.Sağlıkta Reformun Nedenleri ve Amaçları

Sağlık reformları yapılmasında ki asıl amaç; ‘‘maliyetlerin artışı, toplumun sağlık bakım sistemine ilişkin memnuniyetsizlikleri, medyanın etkisi, nüfusun önemli bir kesiminin sağlık sigortasından yoksun olması, uluslar arası kuruluşların etkisi ve sürdürülebilir bir kalkınmayı gerçekleştirme gibi konular teşkil etmektedir’’ (Yıldırım, 2004:5).

Son zamanlarda, devletin ekonomik uygulamalarında, özellikle kamu tarafında verilen hizmetlerde, 1980’lerde bu yana dünya ekonomisine yön veren ve liberal

eğilimlerin ivme kazanmasıyla hız kazanan küreselleşme; meydana gelen değişimlerin etkisiyle büyük bir değişim ve dönüşüm yaşanmaktadır. Küreselleşme;” Küreselleşme, sermayenin ulus-devlet ölçeğinden sıyrılıp uluslararası alanda serbestçe dolaşıp en yüksek kar getirecek alanlara daha kolay yönelme olanağını elde etmesiyle, kapitalizmin geldiği yeni bir aşamadır” (Tokatlıoğlu, 2005:155-156).

Başka bir ifadeyle küreselleşme süreci, “mal ve hizmetlerin, üretim faktörlerinin, teknolojik birikimin ve finansal kaynakların ülkeler arasında serbestçe dolaşabildiği ve faktör, mal, hizmet ve finansal piyasalarının giderek bütünleştiği bir süreçtir” (Şenses, 2004:13).



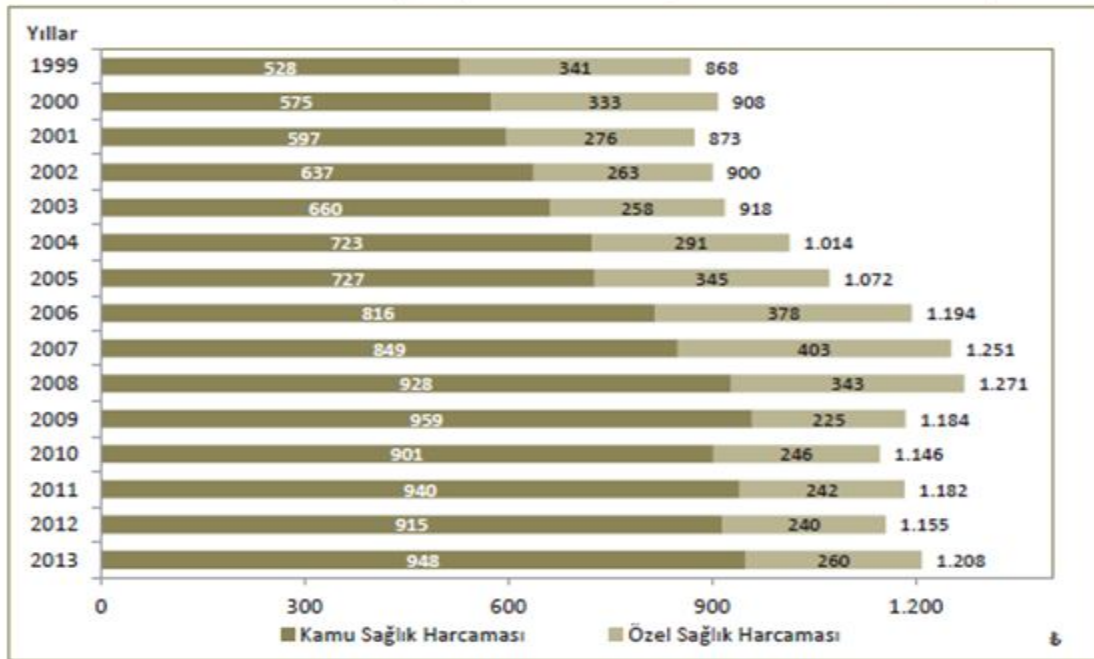
Kaynak:TÜİK

Şekil 4.3. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Nominal, Türkiye

Şekil 4.3 de Türkiye’de yıllara göre kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması nominal sayıları verilmiştir. 1999 dan 2013 kadar kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının sürekli olarak arttığını görürünmektedir.

Son zamanlarda sağlık hizmetlerinde ticaret potansiyeli hızlı bir şekilde artmaktadır. Bu sayede ticaret önündeki bariyerler hızlı bir şekilde kaldırılıp daha hızlı, verimli bir etkileşim sağlanmaktadır. Küreselleşme süreci ile birlikte ülkeler arasında ki sınırların ortadan kalkması, gelirin ve bilginin artmasına paralel olmak üzere hasta hareketliği de atmış, bu süreçle birlikte yaşlı nüfusu artması ve teknolojiye meydana gelen gelişmeler, hastalık biçimlerinin değişmesi gibi nedenlerden dolayı sağlık hizmetleri verilme sürecinde ortaya çıkan maliyetler den dolayı devletler verimliliği yükseltmek için özel kuruluşların rolünü artırmayı hedeflemiştir(Yıldırım ve Yalçın, 2001:3).

1980’de bu yana devletin sağlık hizmetleri üzerindeki kontrolü azalmış ve boşalan bu alanlar özel sektörün kontrolüne bırakılmıştır. Son zamanlarda gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere özel sektörün etkisi giderek artmaya başlamıştır.” Özel sektör tedavi edici hizmetlerin sunumuna yönelirken; koruyucu sağlık hizmetleri yine devletin sorumluluğu altında devam etmiştir. Gelir dağılımının gittikçe bozulduğu bir ortamda sağlık hizmetlerinin paralı hale getirilmesinin toplumdaki gelir eşitsizliğini daha da arttıracak yönünde endişeler bulunmaktadır” (Tokatlıoğlu, 2005:111).



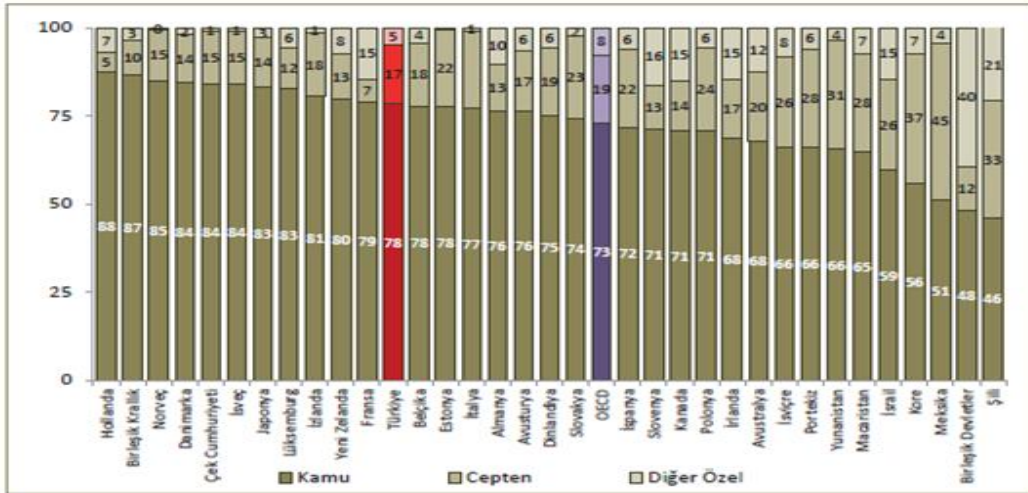
Kaynak:TÜİK

Şekil 4.4. 2014 yılı rakamları ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının reel, Türkiye

Şekil 4.4 de Türkiye’de 2014 yılı rakamları ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının reel sayıları verilmiştir. 1999 dan 2013 kadar kamu ve özel sağlık harcamalarının sayıları yıllara göre artış ve azalış göstermiştir.

Demircan’a göre “Dünya ekonomisinde yaşanan borç krizi, durgunluk ve makroekonomik dengesizlikler gibi olumsuz koşullar sonucunda, gelişmekte olan ülkelere ortaya çıkan şiddetli ödemeler dengesi açıkları, düşük büyüme oranları, artan işsizlik, yüksek enflasyon, dış ticaret açıkları ve ağır dış borç yükü gibi temel makroekonomik ve yapısal sorunlar uluslararası finansal kuruluşlarının bu ülkelere yönelişinin temelini oluşturmuştur”(Demircan, 2008:74).

Bu bağlamda, “IMF uluslararası mali düzenin sağlanmasına yönelik görevleri ile birlikte gelişmekte olan ülkelerin sorunlarına öncelik verir bir yapıya dönüşmüştür. IMF’nin fonksiyonlarının yeniden şekillenmesi, 1950’lerin ortalarından itibaren gelişmekte olan ülkelere yönelen DB’nın 1980 sonrası politikalarında ve sağladığı kredilerde de yeniden şekillenişin tetikleyicisi olmuştur”(Demircan, 2008:74).



Kaynak: OECD Healt Data 2015, TÜİK

Şekil 4.5. OECD ülkelerinde finansmanının türüne göre sağlık harcamaları, 2013

Şekil 4.5 de 2013 te OECD ülkelerinde finansmanının türüne göre sağlık harcamaları verilmiştir. Bu yılda OECD ülkelerine kıyaslan ülkemizde kamu, cepten ve diğer sağlık harcamalarının daha fazla olduğunu görünmektedir.

IMF'nin gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık projelerinin büyük kısmında sağlık hizmetleri için ücretlerin oluşturulması ve yaygınlaştırılması sağlanmıştır. Son yıllarda DSÖ'nde kamu-özel sektör işbirliğini tavsiye ederek özelleştirme eğilimine girmiştir. DSÖ'ne yapılan ulusal hükümet katkılarındaki kesintiler, bu kuruluşu özel sektör ile işbirliğine zorlamıştır (Demircan, 2008:74).

Gelir dağılımında ki eşitsizlik sağlık hizmetlerinin verilmesi sürecinde ve finansmanında yaşanan başlıca sorunlardır. "Kamu kaynaklarından sağlık hizmetlerine ayrılan ödenek gereksinimin oldukça aşağısında kalması ve hastane sağlık hizmetlerinin maliyetinin de giderek artış göstermesi sağlık hizmetlerindeki finansman sorunlarının artmasına yol açmıştır. Finansman sıkıntısının artması sağlık hizmetleri üretiminin aksamasına neden olmakta ve bu durum sağlık hizmetleri sistemindeki reform ihtiyacının en önemli sebepleri arasında yer almaktadır"(Serin,2004:125).

Sağlık reformları yapılmasında ki asıl amaç; maliyetleri azaltma, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltme ve tüketicileri tatmin etme, nüfusunun büyük kısmını sağlık güvencesi kapsamı içerisine alma, sağlık hizmetleri sunumu esnasında eşitsizliği giderip verimliliği ve var olan kaynakları artırarak daha da etkili bir şekilde kullanılıp sağlık hizmetlerinin daha kolay bir şekilde ulaşabilir olmasını hedeflenmektedir(Şahin, 2000:45).

Dolayısıyla, Türkiye'de sağlık hizmetleri reformu çalışmaları şu temeller üzerine oturtulmuştur:

- Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrı olarak değerlendirilmesi ve finansmanın Genel Sağlık Sigortası sistemiyle daha yaygın hale getirilerek toplumun tamamını kapsayacak şekilde karşılanması,

- Sevk zincirinin etkin bir şekilde uygulanmasının sağlanması, birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesinin aile hekimliği modeli ile bütünleştirilerek sağlık hizmetinin daha sistematik ve planlı olarak yürütülmesi,

- Tedavi edici sağlık hizmetleri sunan hastane işletmeciliğinde, rekabet koşullarının oluşturulabilmesi ve bu suretle her hastanenin fon kullanımı ve üretimi

yönünden kendine yeterli duruma gelmesini sağlamak ve özel sektörün etkinliğinin artırılmasını sağlamak şeklinde özetlemek mümkündür. Rekabetin artmasının söz konusu olduğu durumlarda hizmet kalitesinin artması ve işletmelerin ayakta kalabilmek için en iyi şekilde tüm yenilikleri içeren bir hizmet sunumu ortaya koyması kaçınılmaz olacaktır. Bu durum da hasta en kaliteli hizmete, en kolay yoldan ulaşma şansı yakalayacak ve sağlık hizmetlerine karşı memnuniyeti artacaktır.

-Temel sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık durumunda eşitsizlikleri azaltmayı amaçlayan sağlık reformlarının ana stratejileri ise şöyle özetlenebilmektedir.

-Henüz hiçbir sağlık sigorta sisteminden faydalanmayan nüfusu içerecek bir sigorta sistemi oluşturmak ve ücretsiz hizmet sunma anlayışı yerine blok hizmet anlaşmaları ile hizmet sağlamak,

-Hizmete ulaşımında kolaylık sağlamak ve hizmet kalitesini arttırmaya yönelik olarak aile hekimliği modelini uygulamak ve bu doğrultuda birinci basamak sağlık hizmetleri reformunu gerçekleştirmek,

-İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini ve verimliliğini arttırmak için özel sağlık kuruluşları oluşturmak buna paralel olarak hastane reformunu gerçekleştirmek,

-Sistematik ve organizasyon el yönetim ve insan kaynakları reformunu gerçekleştirmek; karar verme, sorumluluk ve etkinliği hızlandıracak ve arttıracak bir sağlık bilgi sistemi de dâhil olmak üzere altyapıyı geliştirmek,

-Kanun ve mevzuatı yeniden düzenleyecek öncelikleri belirleyerek, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vererek ve daha fazla finansman ayırarak, sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde, izlenmesinde ve kontrolünde Sağlık Bakanlığı'nın rolünü yeniden belirlemektir(Serin,2004:126).

4.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlık hizmetlerinde ki aksaklıkların giderilmesi, sağlıkta temel yapısı ve organizasyona yönelik çalışmalar, sağlık sisteminde radikal değişimler gerekmektedir. Küreselleşme ile birlikte dünyada meydana gelen değişimlerde bir çok alanda olduğu gibi sağlıkta da etkisini göstermektedir. Fakat Dünya Sağlık Örgütü sağlık sistemi ile alakalı kriter öne ortaya koysa da her bir ülkenin kendi demografik yapısına uygun bir sağlık sistemi oluşturulmasını tavsiye etmektedir(Akdağ, 2008:9).

Sağlıkta Dönüşüm Politikaları bünyesinde pratiğe geçirilmeye çalışan politikalarda, toplumun sağlık seviyesini artırmayı hedeflenmektedir. Sağlık hizmetlerinin verilmesindeki en büyük amaç, hastalıkların tedavisi yapmaktan ziyade, insanların sağlıklarını bozulmasını önleyecek koruyucu önlemlerinin alınması hedeflenmektedir. Anne ve çocuk ölüm oranlarını azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin uzatılması bunun en somut kanıtları olarak gösterilmiştir. Var olan kaynakların düzgün bir şekilde kullanılarak fiyatların azaltılması, aynı kaynaklarla daha fazla hizmet üretilmesi hedeflenmektedir. “ İnsan kaynaklarının dağılımının, malzeme yönetiminin, akılcı ilaç kullanımının, sağlık işletmeciliğinin ve koruyucu hekimlik uygulamalarının bu esas çerçevesinde değerlendirilmesi gerekmektedir Halkın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşabilmesi ve hizmetlerin finansmanına, maddi güçleri oranında (hakkaniyet) katkıda bulunması düşünülmüştür”(Pala, 1995:74).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sektörü bütün yönleri ile idrak etmek üzere şekil verilmiş bileşenler ve bunun alt bileşenlerinden oluşmaktadır. Her bir bileşen diğer her bir bileşen ile ilişkilendirilmiş olup, programın bütünlüğü dahilinde

uygun olacak çözümler yer almaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının her bir bileşeni birbirinde farklı olan başlıklar altında ifade edilmiştir(Soyer, 2009:4).

2002 yılında yapılan genel seçimlerden sonra iktidara gelen 58.Hükümetin devamı olan 59. Hükümet Programı kapsamında “ bu acil eylem planına sadık kalınarak Kamu Yönetimi Reformu kapsamında; ‘Herkesin Sağlık’ başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler içerisinde aşağıdaki ana başlıklar sayılmaktadır”(Bostan, 2009:34).

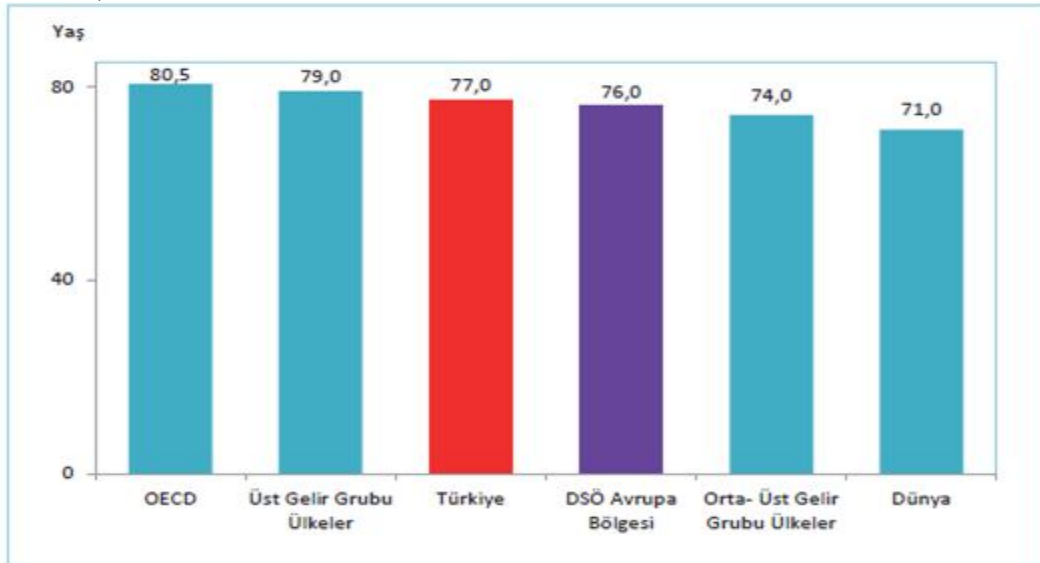
4.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları

Sağlıkta Dönüşüm Programı, “sağlık alanındaki son reform çalışmalarının çerçevesinde gerçekleştirildiği programın genel adıdır. AKP’nin daha önce uygulama alanı bulamamış benzer çalışmaları artık hedefe götürme niyetinde olduğunu açıkladığı Program’ın amaçları, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır”.

Etkililik, uygulamaya geçirecek politikalar ile halkın sağlık seviyesini artırılması, hastalanan insanların tedavilerini yapmak yerine hastalığı engellemek için bir ölçüttür. Anne ve çocuk ölüm oranlarının azaltılması ve doğumda beklenen yaşam süresinin artırılması gibi demografik göstergeler ile yapılacak ilerlemeler, belirlenen hedeflere ne kadar ulaşıldığını en açık göstergesidir.

Verimlilik, var olan kaynakların tasarruflu bir biçimde kullanarak maliyeti azaltıp, eşit düzeyde olan kaynaklar ile daha da fazla hizmetin üretilmesi olarak ifade edilmiş, “ malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilmiştir”.

Hakkaniyet’de, toplumun ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerine ulaşması ve hizmetlerin finansmanına ekonomik durumuna göre desteklemeleri belirtilmiştir. “ Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kırsal-kent, gerekse doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması amacıyla, hakkaniyet kapsamında yer verilmiştir”(T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, 2003:24-36).



Kaynak:OECD Healt Data 2015, TÜİK

Şekil 4.6. Doğumda beklenen yaşam süresinin uluslararası karşılaştırması, 2013

Şekil 4.6 de 2013 yılında doğumda beklenen yaşam süresinin uluslararası karşılaştırması verilmiştir. OECD ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresinin en yüksek olduğu Türkiye’de oranın %76 larda olduğu görülmektedir.

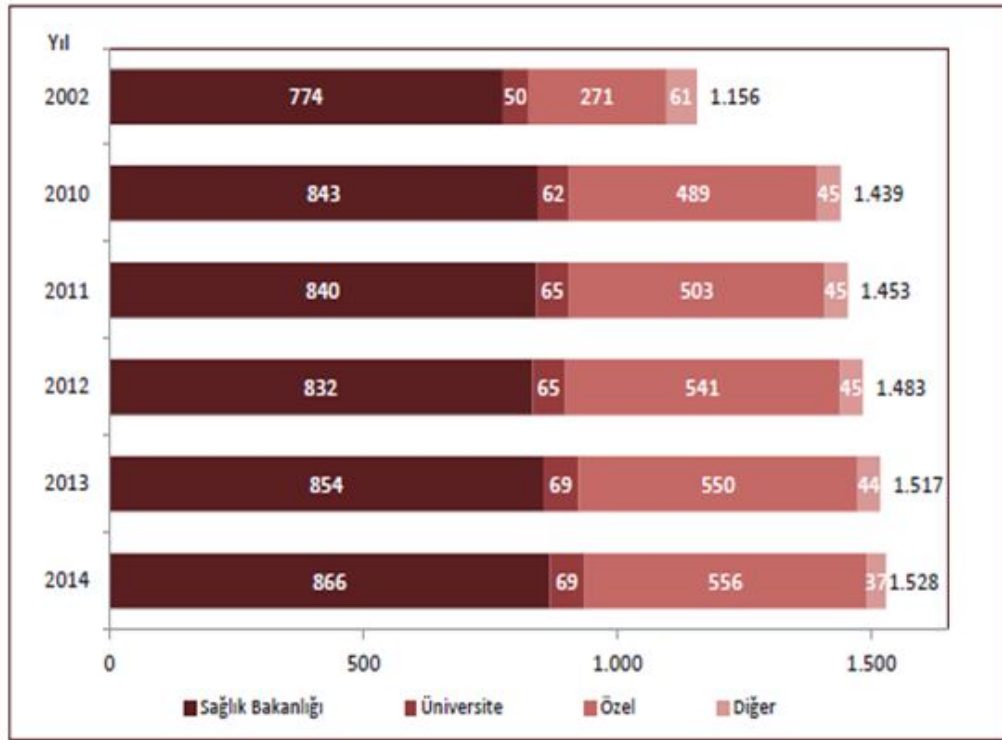
4.3.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri ve Uygulanması

1. Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı
2. Genel Sağlık Sigortası
3. Yaygın ve Erişimi Kolay Sağlık Hizmetleri
4. Donanımlı Sağlık Personeli
5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite
6. Sağlık Bilgi Sistemi
7. Aile Hekimliği Sistemi
8. Akılcı İlaç ve İlaç Kullanım (Kömürlü, 2010:64).

4.3.1.2.1. Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı

Pratiğe geçirme sürecinin ilk basamağı olan kavramsallaştırma süresi boyunca her aşama ile alakalı hedefler, ilkeler genel olarak ortaya konulmuştur. Kanunlaştırma sürecinde ise bu bileşenler ile alakalı hukuki sürecin yapılması dolayısıyla ilke ve hedeflerin hukuki düzlemde var olduğu aşamayı ifade eder. ‘‘Pilot uygulama sürecinde tabi olarak tüm bileşenler için gerekmesi de aile hekimliği gibi tüm yurttaki aynı anda uygulanması zor bileşenlerin kontrollü yerel uygulamalarının sağlanması ve eksikliklerin görülerek revize edilmesi aşamasıdır. Yaygınlaştırma aşamasında ise, pilot uygulamaların Türkiye geneline yayılması ya da pilot uygulama gerektirmeyen bileşenlerin doğrudan uygulamaya geçirilmesi böylece ulusal ölçekte uygulama birliğinin sağlanması aşamasıdır’’ (Ersöz, 2010:85).

Yeniden düzenlenen sağlık bakanlığı yönlendirici görevi verilmesi, bakanlığın hizmet verilmesi dolaysız olarak alakadar eden sistemin planı, kordinasyonu ve denetleme işlerini yerine getirmesine imkan verir. Sağlık bakanlığı ülke genelinde sağlık hizmetlerinin verilmesi ve finansmanı ile ilgilenmekten ziyade planlayıcı, denetleyici ve düzenleyici bir görev üstlenmek zorundadır. Bundan dolayı bakanlığın merkez ve taşra kuruluşları yeniden dizayn edilmeli, yerel birimlere daha yetki ve görev verilmeli, ulusal bazda plan ve desteğin gerekli olduğu konularda ise bakanlık merkez teşkilatı yetkilerini kullanmalıdır. Sağlıkta dönüşüm programının vizyonunda ki sağlık bakanlığı politika ve ileriye dönük stratejik planlar merkezi bir konumda yer almaktadır(Öztekin,1996:37).

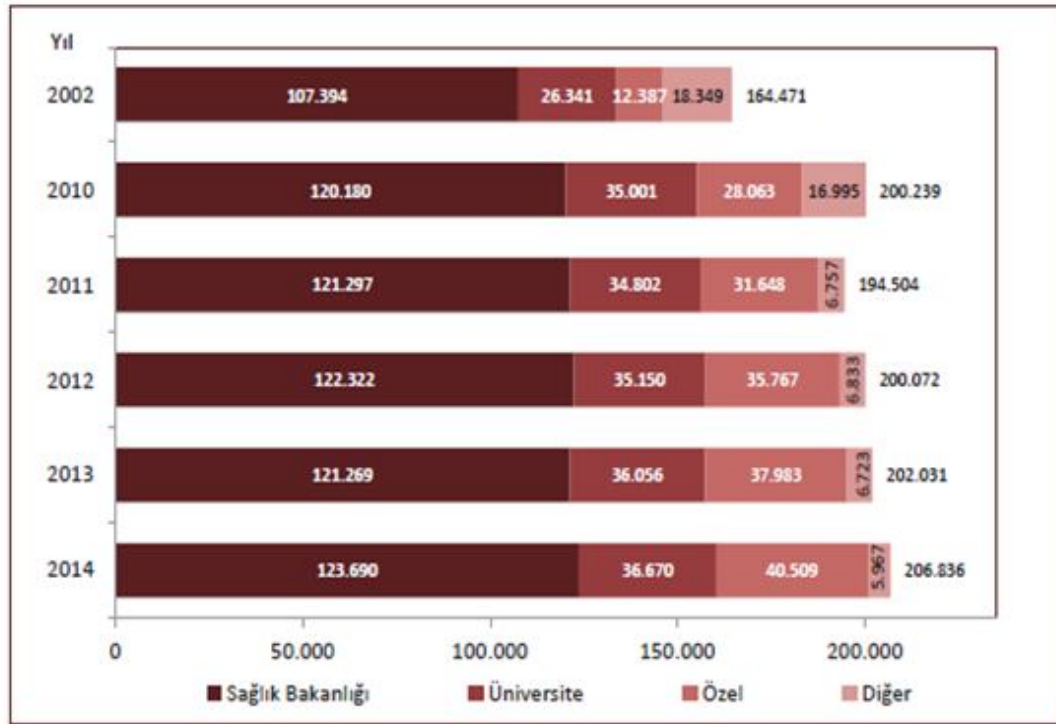


Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 4.7. Yıllara ve Sektöre Göre Hastane Sayısı, Türkiye

Şekil 4.7 de Türkiye’de yıllara ve sektöre göre hastane sayısı verilmiştir. 2002 den 2014 kadar sağlık bakanlığı, üniversite ve özel hastane sayılarının sürekli olarak arttığını görülmektedir

Sağlık bakanlığın denetleyici rolü dikkate alınarak desantralizasyon anlayışına göre yatay örgütlenme, stratejik planlama, idari ve mali kontrol görevlerinin taşrada ki birimlere iletilmesi düzenlemelerini yerine getirmektedir. Bu bağlamda yeni baştan bir organizasyon anlayışı yerine getirme ve sağlık çalışanlarının donanımını yükseltecek programlara gereksinim duyulmaktadır. Bunun yanı sıra bakanlık sağlık hizmetlerinin planlama ve denetleme faaliyetlerini artırarak birinci basamak sağlık hizmetlerini kuvvetlendirmeyi hedeflemektedir (Orhan, 2006:123).



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 4.8. Yıllara ve Sektöre Göre Hastane Yatağı Sayısı, Türkiye

Şekil 4.8 de Türkiye’de yıllara ve sektöre göre hastane yatağı sayısı verilmiştir. 2002 den 2014 kadar sağlık bakanlığı, üniversite ve özel hastane yatağı sayısı sürekli olarak arttığı görülmektedir.

Sağlık bakanlığının, merkezi olarak yerine getirdiği işleri yerel yönetimlere verilmesi ile yeni bir anlayışa kavuşması ve sağlık hizmetlerinde eşdeğer, danışma, izleme ve değerlendirme, öncelikleri ifade etme ve denetme, sektörel politika yapma gereksimin ortaya çıkması bu görevler üzerinde daha fazla odaklandığı düşünülmektedir. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı’nın yeni yapılanmadaki rolleri şu şekilde sıralamak mümkündür:

“-Ulusun sağlığı ve bir bütün olarak sağlık hizmet sunucu sistemi konularında bilgi toplamak, incelemek ve yayınlamak,

- Klinik veya klinik olmayan yöntemlerle sağlığı geliştirmek için maliyet etkililiği olan müdahaleleri belirlemek ve teşvik etmek

- Her türlü sağlık hizmetinin sunumu ve her tip ürünün güvenliği ve etkililiği için standartlar tanımlamak ve bunları yürütmek,

- Sağlık hizmet sunumundaki yönetişimi gözetmek ve alt birimlerin ciddi yanlışları olduğu durumlarda kendine verilmiş yetkileri kullanmak,

- Sektördeki kaynak kullanımını incelemek,

- Sağlıkta insan kaynakları gelişimi için planlar oluşturmak ve kamu yararına sağlık insan gücünü iş piyasasını yönetmek,

- Ulusal politikaları düzenlemek ve bunların etkin olarak uygulanması için destek vermek,

- Daha az stratejik ama yine de uygun hizmet sunucu sistemini destekleyen merkezi hizmet görevleri ise şunları içermelidir

- Seçilmiş girdilerin satın almasını yürütmek

- Fiziki altyapı gelişimi için model planlar yapmak(DPT, 2004:194-195).

4.3.1.2.2. Genel Sağlık Sigortası

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamı içinde sağlık hizmetlerinin verilmesi ve finansmanının birbirinden ayrılması anlayışına göre sosyal güvenlik kurumları yeniden dizayn edilerek GSS sistemi meydana getirilmiştir. Küreselleşme ile kurumların yeniden dizayn edilerek YKY ve yeni liberal etkisiyle akımların etkisiyle hastaneye gelen hastalara müşteri ve sağlık kuruluşların yerini de sağlık işletmeleri almaya başlamıştır. Meydana gelen bu değişimlere paralel olarak GSS kapsamında sağlık kurumlarında hizmet başına ücretlendirme yapılması ve katılım payını daha fazla alma düşüncesi popüler olmaya başlamıştır. Bütün sigortaların GSS adı altında birleştirilerek sağlık hizmetleri sunumunda yaşanan harcamaları azaltmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda katılım ücretlerin alınması ve cepten yapılan harcamaları artırmaya çalışılmıştır. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinde katı bürokrasinin etkisi de azaltılmaya çalışılmıştır(Atalay, 2005:37).

SPD'nin asıl amaçlarından bir tanesi de vatandaşların ödeme güçlerine uygun olarak bir sağlık sistemi oluşturmaktır. Bu bağlamda vatandaşların ihtiyaçları doğrultusunda bir sigorta modeli oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda'' kapsamda Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31.05.2006 tarih ve 5510 sayı ile TBMM'de kabul edilmiş olup 16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı resmi gazetede yayınlanmıştır. Bu kanunla Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı herkesi tek bir çatı altında toplayan sağlık sigortası olacaktır. Başlangıçta 01.01.2007 tarihinden itibaren yürürlüğe girmesi planlanan kanunun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesince iptal edilmesi nedeniyle, kanun üzerinde gerekli değişikliklerin yapılması için 01.01.2008 tarihine bir erteleme yapılmıştır''(Hayran,1998:50).

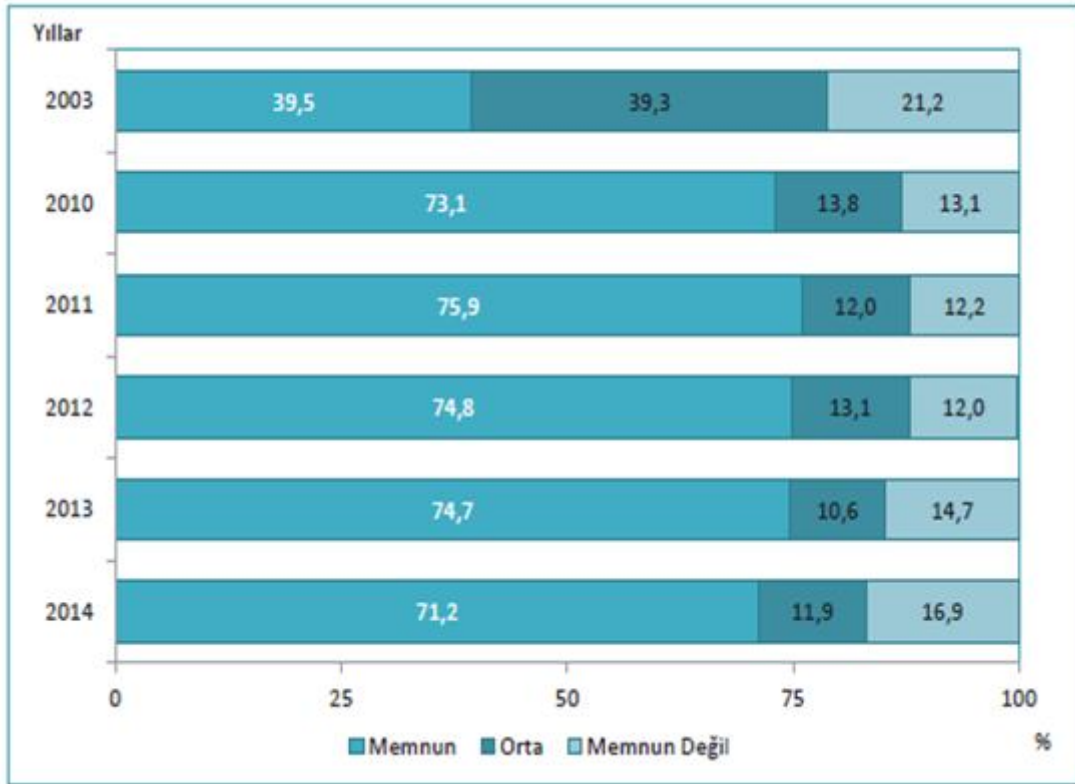
4.3.1.2.3.Yaygın ve Erişimi Kolay Sağlık Hizmetleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık kuruluşları piyasa şartlarına göre çalışmaları hedeflenmiştir. Bu uygulama ile temel sağlık hizmetlerine önem verilip özel sağlık kurumlarında bu hizmetin verilmesini teşvik etmiştir. Sağlık hizmeti verilmesi konusunda yetersiz kalan kamu bünyesinde ki sağlık kuruluşların yetkilerini artırılarak özel sağlık kuruluşları ile rekabet edebilecek bir seviye ye getirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında performansa dayalı yeni sağlık sistemi meydana getirebilmek için kırsal bölgelerde sağlık ocaklarına önem verilirken şehirlerde ise bu hizmetler kamu sağlık hizmetleri eliyle verilmeye başlanmıştır(Orhan,2006:108).

''Türkiye'de birkaç hanelik mezrasından, iklim şartları nedeniyle sınırlı zamanlarda ulaşılabilen köylerine; kent nüfusunu aşan ilçelerinden Dünya kenti olmuş metropolüne kadar, her biri kendine özgü çözümler bekleyen bir heterojen yapı söz konusudur. İnsanımızın hak ettiği, çağdaş normlara uygun sağlık hizmetini sunmayı hedeflerken bu özellikler göz önünde bulundurulmalıdır''(Tatar, 1996:35-36).

Dünyanın birçok ülkesinde uygulamakta olan bu program, Türkiye ye uygulama olasılığı olmadığı gibi, ülkemizin demografik ve ekonomik yapısından dolayı bu sistemin ülkemizin her yerine tek model şeklinde uygulamak gerçekçi olmaz. '' iklim koşulları nedeniyle ulaşımı sınırlı olan yerleşim alanlarından en iyi imkânlarla sahip metropollere kadar, her bir yerleşim alanında kendine özgü çözüm yolları bekleyen farklı cinslerden bir yapı söz konusudur. Ülke içinde yaşayan vatandaşların hak ettiği ve

çağdaş standartlara uygun bir sağlık hizmeti sunulurken, bu niteliklerin de göz önünde bulundurulması bir zorunluluk olmaktadır”(Bostan, 2009:127).



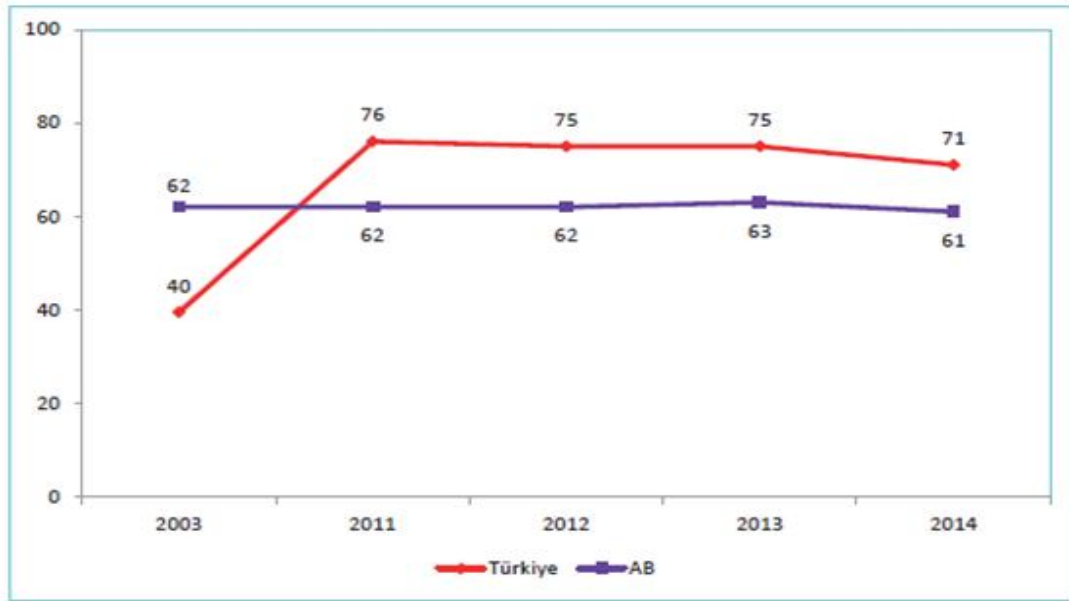
Kaynak:TÜİK, Yaşam Memnuniyet Oranı Araştırması, 2014

Şekil 4.9. Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı (%)

Şekil 4.9 da yıllara göre sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranı (%) olarak verilmiştir. 2003 den 2011 kadar sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranları sürekli olarak arttığı görülmektedir. Fakat 2012 den 2014 e kadar memnuniyet oranlarının azda olsa düştüğünü görmekteyiz.

Sağlık Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık hizmetlerini vermekte olan bütün sağlık kuruluşları bir sistem içerisinde, sağlık hizmetlerini vermek gerektiğini düşünülmektedir. sağlıkta dönüşüm politikası ile birlikte sağlık ocakları sistemi sistemi geliştirilirken, özel kuruluşlarında hizmetler sistemi kapsamı içerisinde yer alması gerektiği düşünülmektedir. Bu bağlamda ülke kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılmasını sağlayacağı gibi tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine kolaylıkla ulaşmalarını da sağlayacaktır. Sağlıkta farklı kesimler arasındaki mevcut eşitsizliği minimum seviyeye indirmeyi hedef olarak seçmektedir(Bostan, 2009:127).

Bu programın uygulamaya geçmesi ile birlikte SGK ile anlaşma sağlayarak sevk zinciri dahilinde tüm yurttaşlara hizmet vermiştir. Bu kapsamda sağlık kuruluşları arasında bir sevk zinciri oluşturulmuş ve sevk zincirinin iki yönlü işlemesi için alt yapı oluşturulmuştur. Meydana getirilen sevk zinciri sisteminin işleyişi öncelikle aile hekimliğine müracaat etmek ve hekimin direktiflerine göre bir sonraki mercice başvurmaktır. Fakat bu sevk zincirine uymayanlar ekstra ek maliyetler ödemek zorunda kalacaktır(Orhan, 2006:110)



Kaynak: TÜİK, Yaşam Memnuniyet Oranı Araştırması, 2014

Şekil 4.10. Yıllara Göre AB ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı (%)

Şekil 4.10 da yıllara göre AB ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı verilmiştir. Türkiye’de sağlık hizmetlerine olan memnuniyet oranları 2003 den 2011 e kadar memnuniyet oranları hızlı bir şekilde artarken 2011 den 2014 kadar azda memnuniyet oranlarında bir düşüş görülmektedir. AB ülkelerinde ise memnuniyet oranları sabit bir seyrinde devam ettiğini görmekteyiz.

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık Ocağı	69.103.517	84.629.163	-	-	-	-
Aile Hekimliği	-	108.976.049	240.298.753	221.672.029	212.318.024	214.120.750
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	2.378.998	2.219.534	2.143.765	1.815.805	1.643.937
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	2.980.481	3.831.859	944.842	630.583	536.707	660.056
TSM’ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler	-	-	-	10.035.342	4.999.980	2.234.348
Özel Poliklinikler	731.132	2.497.352	882.973	655.432	582.265	546.514
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	202.313.421	244.346.102	235.137.151	220.252.781	219.205.605
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	33.788.328	29.040.707	32.012.211	31.256.100	28.208.781
Hastaneler	124.313.659	302.984.218	337.849.536	354.636.935	378.812.243	396.577.644
2. ve 3. Basamak Toplamı	134.138.461	336.772.546	366.890.243	386.649.146	410.068.343	424.786.425
Genel Toplam	208.966.049	539.085.967	611.236.345	621.786.297	630.321.124	643.992.030

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 4.11. Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Tüm Sektörlerde Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, Türkiye

Şekil 4.11 de Türkiye’de yıllara ve kurum türlerine göre tüm sektörlerde toplam hekime müracaat sayısı verilmiştir. Özellikle 20002 den sonra sağıkta dönüşüm programı ile birlikte hastaneye başvuru sayılarında hızlı bir artışın olduğunu görünmektedir.

4.3.1.2.4. Donanımlı Sağlık Personeli

Sağıkta Dönüşüm Programı içeriğinde sağık personellerin görev, yetki ve sorumlulukları belirtilmiş olup hekimlerin ihtiyaç duydukları eğitim programlarına yeniden dizayn edilmiştir. Programın esas saç ayağını toplumda aile sağığı kavramının yerleşmesi için bu kavramın birinci basamak sağık hizmetleri içerisinde yerleşmesini hedeflemiştir.”Ayrıca sağık yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız, insan kaynakları planlaması yapabilen profesyonel bir meslek olduğu ön plana çıkarılmıştır. Yönetici olarak görev yapan hekimler işletme yönetimi için gerekli eğitimi almadıklarından genellikle başarısız olmaktadır. SDP kapsamında kurulacak olan sağık işletmelerinin yönetim kademelerinin piyasa koşullarına göre hareket eden profesyonel yöneticiler olmaları planlanmıştır”(Sağık Bakanlığı, Sağıkta Dönüşüm, 2006:79) .

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Uzman Hekim	45.457	63.563	66.064	70.103	73.886	75.251
Pratisyen Hekim	30.900	38.818	39.712	38.877	38.572	39.045
Asistan Hekim	15.592	21.066	20.253	20.792	21.317	21.320
Toplam Hekim	91.949	123.447	126.029	129.772	133.775	135.616
Diş Hekimi	16.371	21.432	21.099	21.404	22.295	22.996
Eczacı	22.289	26.506	26.089	26.571	27.012	27.199
Hemşire	72.393	114.772	124.982	134.906	139.544	142.432
Ebe	41.479	50.343	51.905	53.466	53.427	52.838
Diğer Sağık Personeli	50.106	99.302	110.862	122.663	134.488	149.616
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	198.694	209.126	209.736	224.618	229.625
TOPLAM PERSONEL SAYISI	378.551	634.496	670.092	698.518	735.159	760.322

Kaynak: Sağık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 4.12. Yıllara Tüm Sektörlerde Sağık Personelinin Sayıları, Türkiye

Şekil 4.12’de Türkiye’de yıllara tüm sektörlerde sağık personelinin sayıları verilmiştir. 2002 den 2014 e kadar toplam hekim sayısı ve toplam personel sayısının sürekli bir artış gösterdiği görünmektedir.

SDP’nin sağıklı bir şekilde uygulamaya geçmesi için, bilgi ve beceriler ile donatılmış, yüksek motivasyona sahip insan kaynağına büyük oranda ihtiyaç duymaktadır. Bundan dolayı, yetki alanlarının net olarak ifade edildiği ve hastaya yakın şekilde uzun bir süredir sağık çalışanların yetki sorumlulukları dahilinde ifade edilmiştir (T.C., Sağık Bakanlığı,2003:79).

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Uzman Hekim	22.187	31.527	32.623	34.069	35.081	36.886
Pratisyen Hekim	29.030	33.229	33.523	32.457	32.601	33.060
Asistan Hekim	6.189	7.679	7.236	7.137	7.814	7.930
Toplam Hekim	57.406	72.435	73.382	73.663	75.496	77.876
Diş Hekimi	3.211	7.069	7.225	7.291	7.997	7.640
Eczacı	1.596	1.854	1.891	1.920	2.067	2.102
Hemşire	54.360	77.472	89.314	92.118	93.700	94.404
Ebe	39.473	45.515	46.944	48.409	48.694	48.103
Diğer Sağlık Personeli	33.276	70.701	82.201	83.542	96.391	107.327
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	67.496	172.296	181.295	181.824	186.217	196.459
TOPLAM PERSONEL SAYISI	256.818	447.342	482.252	488.767	510.562	533.911

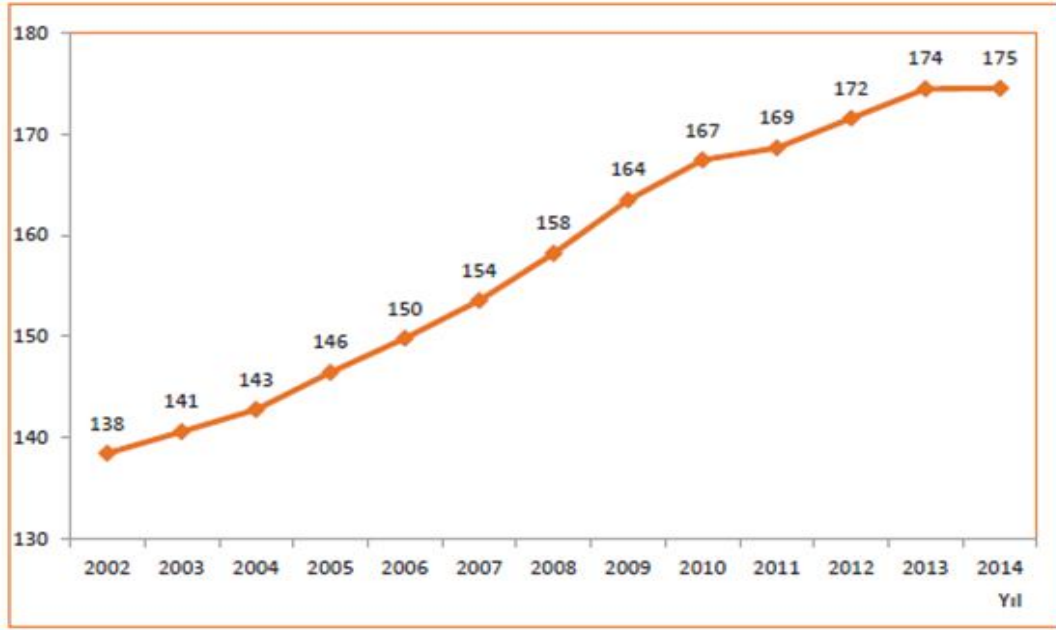
Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 4.13. Yıllara Göre Personel Sayıları, Sağlık Bakanlığı

Şekil 4.13’de sağlık bakanlığı personel sayıları verilmiştir. 2002 den 2014 e kadar toplam hekim sayısı ve toplam personel sayısının sürekli bir artış gösterdiğini görmekteyiz.

Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte sağlık personelleri de değişen bu sisteme uyum sağlamak belli bir eğitim sürecinde geçmelerine ihtiyaç duyuldu. Sistemin daha da kalifiyeli eleman çalıştırma isteği sağlık personelin değişen bu sisteme ayak uydurmak zorunda kaldı. Bostan da sağlıkta dönüşüm programının sağlık çalışanları üzerinden olumlu ve olumsuz etkilerini anlamaya çalışmıştır. Ortaya çıkan sonuçlar göz önüne alınırsa herkesin hem fikir olduğu konu sağlık personelinin değişen bu sisteme uygun eğitim alma gerekliliğidir. Bunun yanı sıra saha da etkin çalışaabilecek uzman personel gerekliliği ortaya çıkmıştır(Bostan, 2009:128).

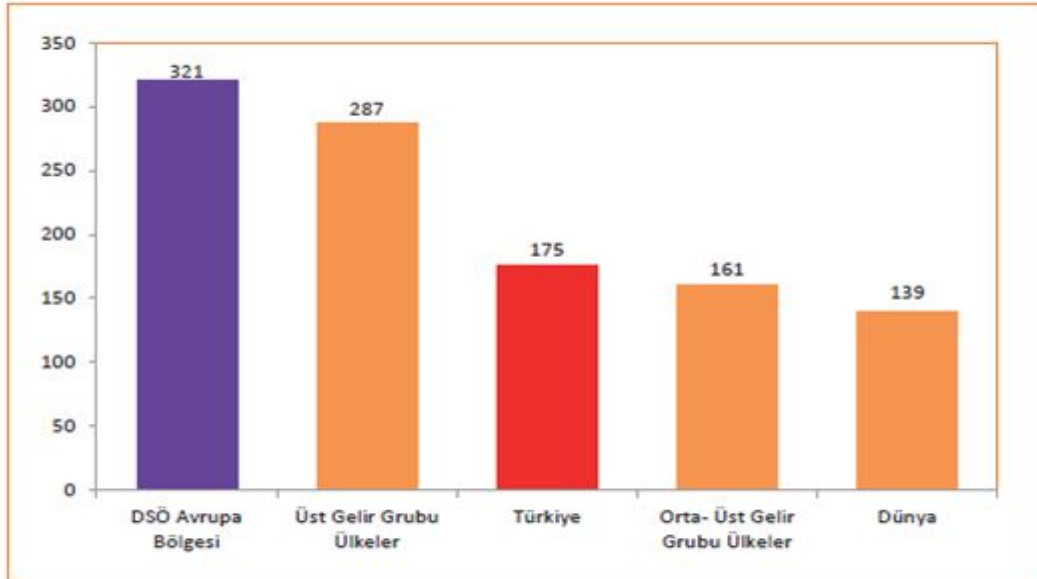
Sağlık kurumlarında yöneticilik yapan personellerin çoğu hekim kökenlidir. Bunlar bulundukları kurumlarda hem hekimlik hem de yöneticilik rollerini üstlenmektedir. Fakat bu kişiler aldıkları eğitim süresi boyunca yöneticilik eğitimi almamaktadırlar. Bu durumda dolayı görevleri yerine getirirken çeşitli sıkıntılar yaşamaktadırlar. Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte yöneticilerin hekim olma zorunluluğu ortadan kaldırılmış ve yönetici olma kriterine hekim olup veya olmama şartı getirilmiştir. Bunu yanı sıra 663 sayılı kanun hükmünde ki kararname ile hastanelerin bağlı bulundukları genel sekreterliklerde yöneticinin hekim olma şartı aranmamıştır. Çünkü; sağlık yöneticilerin sorumlu oldukları alan çok geniştir. Sağlık yöneticisi, tıbbi alanda sorumlu olduğu gibi ayrıca otelcilik hizmetleri, kaynak yönetimi, insan kaynakları, risk yönetimi gibi birçok alanda sorumludur. Sağlık sistemi çok karmaşık bir sistem olduğu için profesyonel yöneticilere ihtiyaç duymaktadır. Bu gerekliliğin meydana getirdiği bir sonuç olarak bu gün birçok hekim yönetici sağlık yönetimi ihtisas eğitimi almaktadır(T.C, Sağlık Bakanlığı,2003:32).



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 4.14. Yıllara göre 100 000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler

Şekil 4.14’de Yıllara göre tüm sektörlerde 100 000 kişiye düşen toplam hekim sayısı verilmiştir. 2002 den 2013 kadar toplam hekim sayısında hızlı bir artış görünürken 2014 yılında sabit bir seyir izlemiştir.



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015

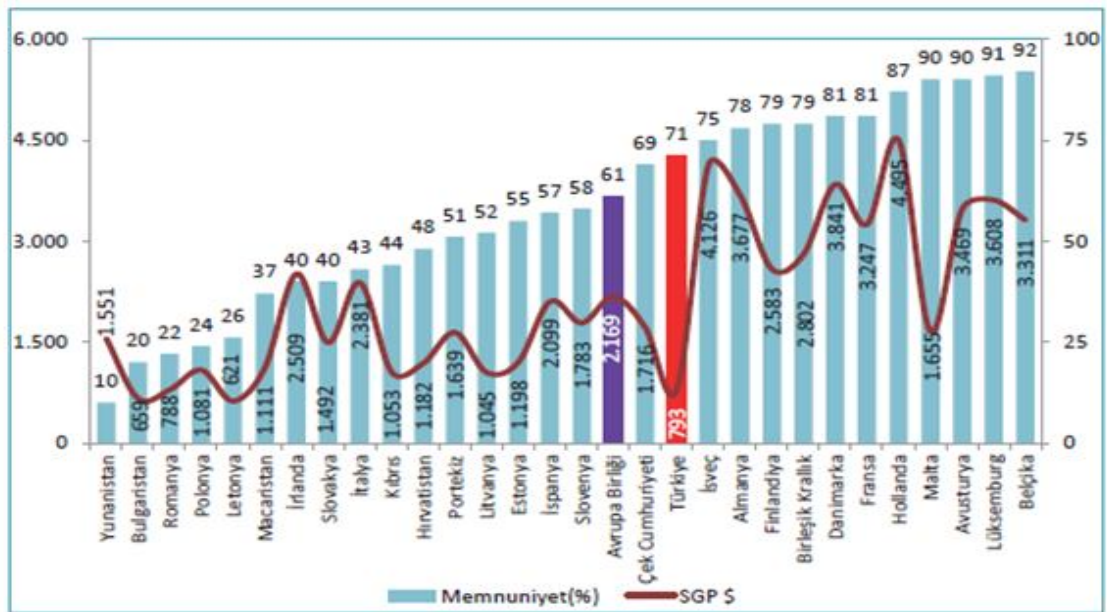
Şekil 4.15. 100 000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslar arası karşılaştırması, 2015

Şekil 4.15’de 100 000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslar arası karşılaştırması verilmiştir. 2013 verilerine göre DSÖ Avrupa Bölgesi ülkeleri kişi başına düşen hekim sayısının en fazla olduğu ülkelerdir. Türkiye’de ise 100 000 kişiye düşen hekim sayısının 175 olduğu görülmektedir.

4.3.1.2.5.Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlıkta dönüşüm programının uygulamaya geçmesi ile birlikte ortaya yeni profesyonel yönetim ve organizasyon anlayışından dolayı kamu ve özel sağlık kuruluşlar yeni bir kurumsal yapıya kavuşmuşlardır. Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte sağlık kuruluşları kalite güvencesi ve akreditasyon standartlarına sahip olmuşlardır. Bu bağlamda 2004 yılında kurulan Kalite Koordinatörlüğü birimi kurumsal verimliliği göz önünde tutarak , hizmet kalitesi artırılması ile yanı sıra vatandaş ve çalışan memnuniyeti sağlamasını hedeflemiştir. Sağlık hizmetlerinde kalite birimi kurulmasıyla çalışmalar kurumsal bir özellik kazanmıştır(T.C., Sağlık Bakanlığı, 2003:34).

Sağlık hizmetlerinde verilen hizmet ileri düzeyde güvenilirliğe sahip olmalıdır. Sağlık sektöründe verilen hizmet diğer sektörlerle kıyasla daha da yüksek kaliteye sahip olmalıdır. Son zamanlarda; kalite, akreditasyon ve hasta güvenliği gibi konularda kamunun yanı sıra özel sektörler tarafında verilen eğitim, toplantı ve seminerler de farkındalık derecesinin yükselmesini ve bu alanda çalışmaların artmasına sağlamıştır. Bunun ile birlikte, kamu ve özel sektöre bağlı olan sağlık kuruluşlarında belli başlı kriterlere dayanarak puanlaması, birbiriyle karşılaştırılması ve ücret politikaları da bu bağlamda değerlendirilmesi sağlık kuruluşlarında bu konu artan bir öneme sahip olmuştur(Beştaş,1999:86).

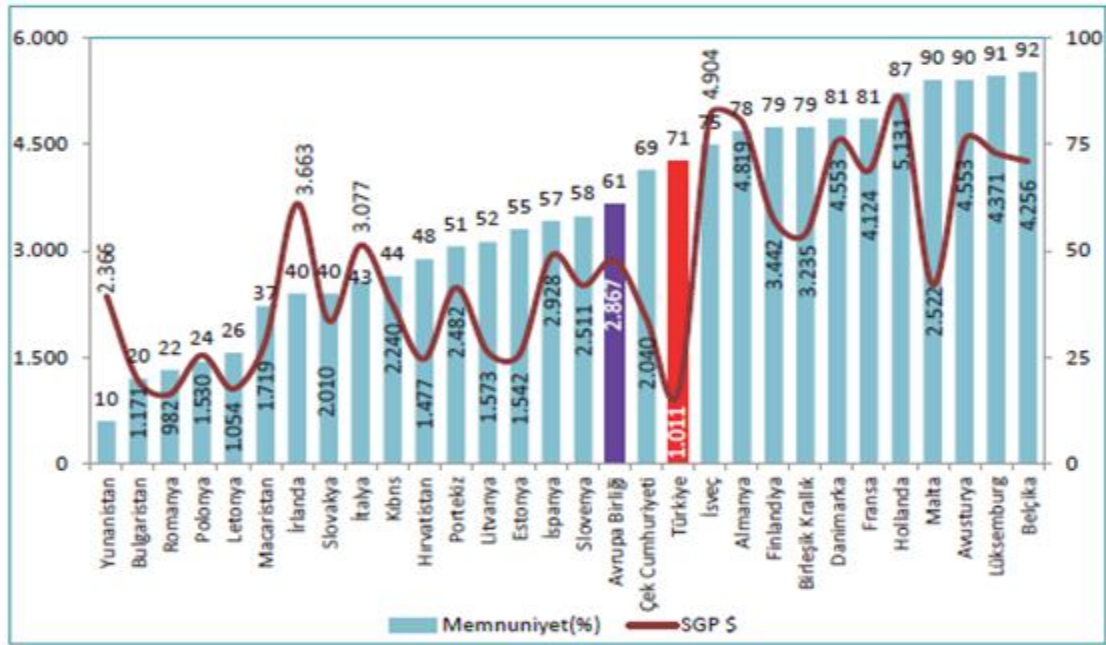


Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyet Araştırması, 2014

Şekil 4.16. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet (%) 2014 ve 2013 Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması

Şekil 4.16’de Sağlık hizmetlerinde memnuniyet (%) 2014 ve 2013 kişi başı kamu sağlık harcaması verilmiştir. 2014 yılında sağlık hizmetlerinde memnuniyet oranının en yüksek olduğu ülke Belçikadır. Memnuniyet oranının en düşük olduğu ülke ise Yunanistan olduğunu görmekteyiz. Türkiye’de ise Avrupa ülkelerine kıyasla memnuniyetin ortalamasının üstünde olduğunu görünmektedir. Sağlık harcamalarının ise memnuniyet oranlarıyla doğru orantılı olmadığını görmekteyiz.

Son zamanlara kadar kalite, üzerinde gereği gibi durulmamış olsa bile bugün hem hizmeti sunanlar hem de ekonomik kaynak sağlayanlar tarafında daha fazla dikkat çekilmeye başlamıştır. Sağlık kuruluşların da son zamanlarda kalite çalışmalarına verilen önemi artırmaya başlamıştır. Verilen hizmetler belli kriterler doğrultusunda verilmeye başlanmıştır. ‘ Bu çalışmalar beraberinde yüksek bir dokümantasyon işlemini de getirmiş, tüm işlemlerin kayıt altına alınması zorunluluğunu doğurmuştur. Mesleki deneyimlerden de yola çıkarak, sağlık çalışanlarının hizmet sunumundan ziyade artan dokümantasyon hizmetlerinden memnun olmadıkları bilinmektedir. Ancak, bu dokümantasyon işlemleri getirdiği iş yükünün yanında aynı zamanda sunulan hizmeti kanıtlar nitelik taşıması yönüyle sağlık personelinin en büyük destekçisi de olmaktadır(Beştaş, 1999:86).



Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyet Araştırması, 2014

Şekil 4.17. 2014 de sağlık hizmetlerinde memnuniyet(%) ve 2013 kişi başı toplam sağlık harcaması

Şekil 4.17’de 2014 de sağlık hizmetlerinde memnuniyet(%) ve 2013 kişi başı toplam sağlık harcaması verilmiştir. 2014 yılında sağlık hizmetlerinde memnuniyet oranının en yüksek olduğu ülke Belçikadır. Memnuniyet oranının en düşük olduğu ülke ise Yunanistan olduğunu görmekteyiz. . Türkiye’de ise Avrupa ülkelerine kıyasla memnuniyetin ortalamasının üstünde olduğunu görünmektedir. Sağlık harcamalarının ise memnuniyet oranlarıyla doğru orantılı olmadığını görmekteyiz.

Sağlık sektöründe ulusal düzeyde standartları belirleyecek, uygulamaları izleyecek ve değerlendirecek; ‘ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon

konularında düzenlemeler yapacak bir kurum Akreditasyon ve Kalite Güvencesi Kurumu kurulmalıdır. Bu kurum özerk bir yapıda olmalı ve bir sonraki aşamada uluslararası düzeyde akredite edilmelidir. Bu kurumun varlığı sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirecek, hizmetlerin sürekliliğini sağlayacak ve halkımızın sağlık hizmetinin kalitesine olan güvenini artıracaktır. SB, Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin kurulmasıyla ilgili bazı faaliyetler yürütmüştür” (Soyer, 2003:305).

1-Bu konuda uluslararası deneyime sahip ve konunun uzmanı olan bir danışmana yaptırılan çalışmanın nihai raporu “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon” konulu istişare toplantısında tartışılmıştır.

2-SB temsilcilerinden oluşan bir grup Joint Commission International’ın (JCI) “Kalite Geliştirme Ve Akreditasyon Konusunda Uluslararası Uygulamalar” adlı eğitim konferansına katılmıştır.

3-SB ve Sağlık Kuruluşları Derneğinin işbirliği ile Ülkemiz sağlık sektörünün paydaşları ve JCI yetkililerinin katılımıyla İstanbul’da “Sağlık Sektöründe Akreditasyon” konulu bir toplantı düzenlenmiştir.

Bu konuda yeterli sayıda denetçi yetiştirilmesi için JCI yetkilileri ile ortaklaşa çalışmalar devam etmektedir (Soyer, 2003:305).

4.3.1.2.6.Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlık bilgi sistemi bilgi işlem teknolojilerinin kullanılması ile meydana getirilen ortak bir veri tabanı üzerinde işlem görmektedir. Bu sistem sayesinde kimlik numaraları sayesinde sağlık bilgilerinin karşılaştırılmasına olanak sağlayarak sevk zincirinin daha etkin çalışmasını amaçlamaktadır. SDP kapsamında meydana getirilen Sağlık Bilgi Sistemi sayesinde kişisel bilgiler yanı sıra sağlık hizmetlerinde kullanımı artmıştır (T.C., Sağlık Bakanlığı, Aralık-2003:34).

SDP’nin tüm bileşenleri arasında uyum sağlanabilmesi için kapsayıcı bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık hizmetlerinde uyum, sağlık envanterinin ortaya koyulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının gizlenmesi, sevk basamaklarında bilgi alış veriş ve birinci basamak sağlık uygulamalarında verilerin korunması ve toplanması için Sağlık Bilgi Sistemi kurulmalıdır. “Sağlık politikalarının belirlenmesi, sorunların ve önceliklerin tespit edilerek önlemlerin alınması, kaynak ve yatırım planlaması, bilimsel araştırma ve çalışmaların yürütülmesi gibi konularda kullanılacak veriyi toparlayacak ve işleyecek özellikte olmalıdır. SB, Sağlık Bilgi Sistemlerinin kurulması konusunda birçok çalışma başlatmıştır (Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, 2003:36).

Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen ya da çalışmaları devam eden sistemler şunlardır:

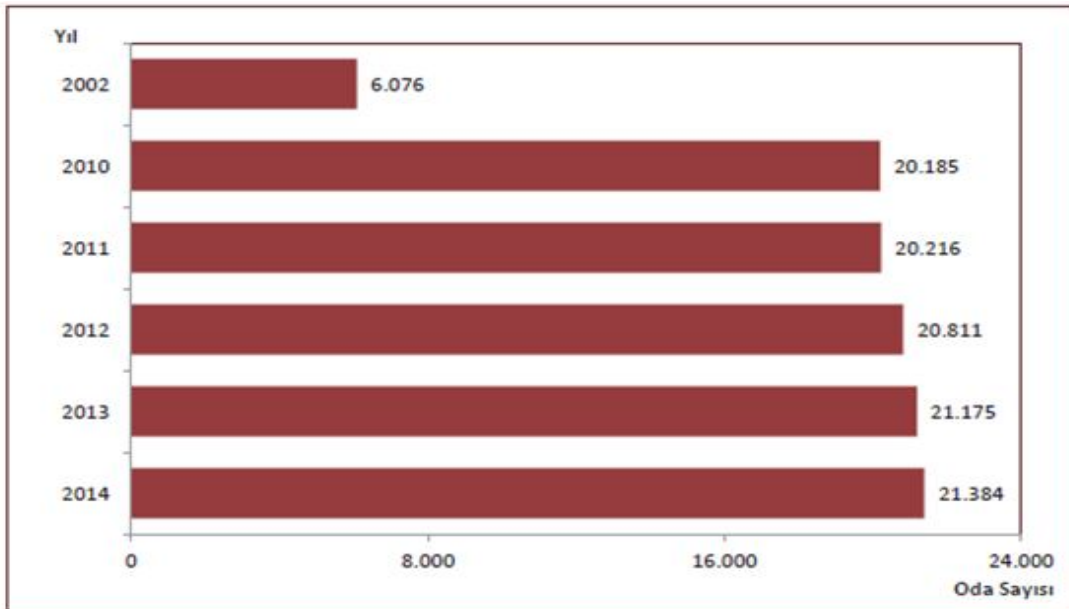
- Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi (TSBS) / e-Sağlık,
- Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS),
- Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM),
- Hasta Takip Sistemi (HTS), • Yeşil Kart Bilgi Sistemi (YKBS),
- Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi (SBİBS),
- Tıbbi Cihaz ve Malzeme Kayıt Sistemi (TCMKS),
- Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS),
- Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi Sistemi (SABİM),
- Coğrafi Bilgi Sistemi (CBS),
- Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS).
- Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi (TSBS) / e-Sağlık

Sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi amacıyla yapılan temel çalışmalar e-sağlık faaliyetlerinin temellini meydana getirmektedir. Bundan dolayı sağlık bilişimi alanında meydana getirilen kriterlerin belirlenmesi ilişkin faaliyetler tamamlanmış ve pratiğe geçmiştir. Ayrıca Sağlık bilgi sistemleri ve istatistik uygulamalarında, hastalıkları belli başlı terimlerle tanımlamaya ihtiyaç vardır. ‘’ Bunun için yaygın kullanılan sistemlerden biri ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision)’dur. Alt yapısı uygun hastanelerde 1 Ocak 2005 tarihinden itibaren ICD-10’nun 3 ve/veya 4 basamak kodlarının uygulanmasına geçilmiştir. Ayrıca ICD-10, 01.07.2005 tarihinden itibaren Bakanlığa bağlı tüm kurum ve kuruluşlarda uygulanmaya başlanmıştır’’(T.C.,Sağlık Bakanlığı, Aralık-2008:38).

4.3.1.2.7.Aile Hekimliği Sistemi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin saç ayağını aile hekimliği sistemi oluşturmaktadır. Bu sistemin başarısı genel olarak içerisinde yer aldığı toplumsal dinamiklere, sağlık sistemi ortamına, kurgulama ve tasarlama anlayışına bağlı olmaktadır. Uluslar arası belgeler ve tecrübeler, toplum içersinde görevlerini idame eden iyi eğitim almış aile hekimleri ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliği artacaktır(Yıldırım, 2011:2-3).

Genel olarak birinci basamak sağlık hizmetleri özelde ise aile hekimliği kurumu, sunulan sağlık hizmetlerin temel özellikleri göz önünde bulundurulursa; ‘’genel karakterli, aile ve toplum odaklı, sürekli, bütüncül, entegre ve hastalar için doğrudan erişilebilir olan; ilk temas noktasını oluşturan; ayakta verilen; hizmet ettiği toplumun içinde yer alan ve bireyleri içinde bulunduğu aile ve sosyal ortam bağlamında ele alan bir hizmet sunum ve örgütlenme modeli olarak tanımlanabilir’’(Yıldırım, 2011:2-3).



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Şekil 4.18. Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı

Şekil 4.18 de Türkiye’de yıllara göre aile sağlığı merkezi muayene oda sayısı verilmiştir. 2002 den 2014 e kadar muayene oda sayılarında sürekli bir artış gösterdiği görülmektedir.

Aile hekimliği, birinci basamak hekimlik pratiğinin kalitesini yükseltecek bir tıp disiplini. Kişiyeye yönelik sürekli ve kapsamlı bir hizmet; hastalık ortaya çıkmadan teşhisi ve tedavisi; ‘‘hastalıklardan korunma ve sağlıklı olmanın sürekliliğini sağlama gibi birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan aile hekimliği, önemi bütün dünyada 1950’lerden bu yana daha iyi anlaşılan bir tıp disiplini’’ (Irmak, 2002:106).

‘‘Bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir’’(aile Hekimliği, 24/10/2012, www.Hekimligi.org.tr).

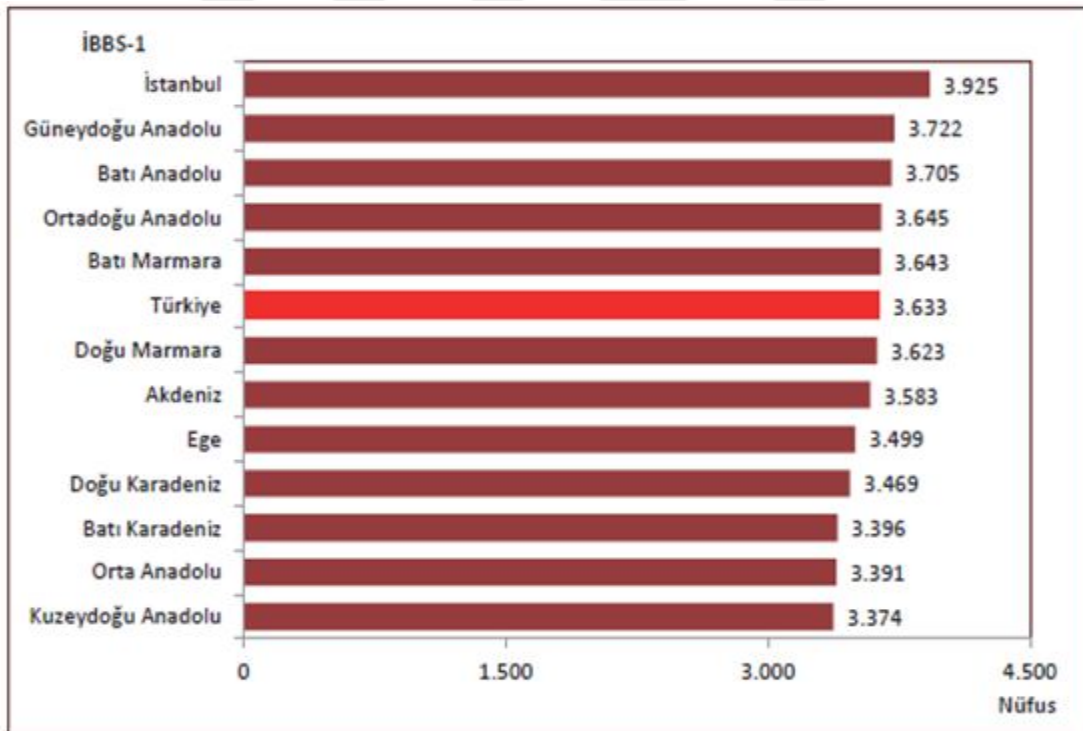
Aile hekiminin görevleri:

- 1) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- 2) Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiyeye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak,
- 3) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek
- 4) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunup veya kişiler ile iletişime geçmek
- 5) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanseri, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak
- 6) Periyodik sağlık muayenesi yapmak
- 7) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek
- 8) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
- 9) Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek
- 10) Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve iyileştirme hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak
- 11) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak
- 12) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar
- 13) Aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak
- 14) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiyeye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemektir(aile Hekimliği,24/10/2012,www. Hekimligi.org.tr).

Ülkemizde 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkında kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete 'de, ardından sırasıyla Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı ve Aile Hekimliği pilot uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı'na çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ve sözleşme şartları hakkında yönetmelik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanmıştır(aile Hekimliği,24/10/2012,www.Hekimligi.org.tr).

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi aracılığıyla ülke standartlarına uygun kodlamalarla, Bakanlığın kurduğu veri merkezine gönderilir. Her vatandaşımızın Elektronik Sağlık Dosyası bu verilere göre oluşturulur. Bu dosyalardan üretilen istatistikleri karar süreçlerinde kullanılır. Bu sistem, her bir bireyin sağlığıyla ilgilenerek birincil sağlık hizmetini sunan bir Aile Hekiminin varlığı prensibi üzerine kurulmuştur. AHBS uygulaması, bir bireyi doğumundan önce takibe alır ve sağlığıyla ilgili bilgileri düzenler. Bu bireyin anne karnındaki gelişimi, doğum yöntemi ve doğumuyla ilgili diğer bilgiler AHBS vasıtasıyla kaydedilir ve aile hekiminin gözetimi altındaki bilgi bankasına, kişinin omur boyu sağlık kaydının ilk bilgi parçaları olarak yer alır. Kişinin hayatı boyunca, sağlık kayıtları da onunla birlikte buyur(TC Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, 2011).



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Şekil 4.19. Bölgelere Göre Aktif Çalışan Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus, Türkiye

Şekil 4.19’da Türkiye’de bölgelere göre aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus verilmiştir. 2014 verilerine göre aktif çalışan hekim sayısı en fazla İstanbul en az ise kuzeydoğu Anadolu da bulunmaktadır.

4.3.1.2.8. Akılcı İlaç ve İlaç Kullanımı

Türkiye’de ‘‘ ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara ihtiyaç vardır. Bu kurumların siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk kurumlar halinde örgütlenmesi sağlanacaktır. İlaç ve tıbbi cihaz konusunda uzman olacak bu kurumları ayrı ayrı veya tek çatı altında toplamak mümkündür. Türkiye’de ilaçlara ve farmasötik ürünlere yapılan harcamalar gereğinden oldukça fazladır. Türkiye’de kamu sağlık harcamaları içinde ilaç harcamasının payı 2005 yılında %38,5 olmuştur’’(Bardak ve Tengilimoğlu,1998:217)

Türkiye’de ilaçlar ile ilgili tüm düzenlemeleri sağlayacak bir ‘‘Tıbbi Cihaz Kurumu’’na ihtiyaç vardır. Ulusal ilaç kurumu yanı sıra Tıbbi Cihaz Kurumuna yönelik çalışmalar hızlı bir şekilde devam etmektedir. ‘‘Her iki kurumun aynı çatı altında ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu adıyla kurulmasını öngören kanun tasarısı taslağı, SB İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanmış, alınan dış görüşlerin değerlendirilmesinden sonra, TBMM’de görüşülmek üzere 16.02.2007 tarihinde Başbakanlığa gönderilmiştir’’(Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü, 12.10.2012,www.iegm.gov.tr).

	2010	2011	2012	2013	2014
Gastrointestinal Kanal ve Metabolizma	243,1	268,7	278,8	280,6	286,7
Solunum Sistemi	231,3	268,7	257,8	263,8	276,5
Sistemik Antienfektifler	266,0	280,8	278,4	275,1	270,3
Sinir Sistemi	211,0	234,5	242,6	258,5	260,7
Kas ve İskelet Sistemi	207,1	222,8	233,4	216,8	228,0
Kardiyovasküler Sistem	155,8	168,9	177,5	185,2	191,4
Dermatolojide kullanılan ilaçlar	87,0	97,6	101,6	96,5	98,8
Kan ve Kan Yapıcı Organlar	66,4	72,6	77,8	77,1	82,7
Hastane Solusyonları	46,4	59,2	61,9	72,1	75,8
Ürojenital Sistem ve Seks Hormonları	56,2	63,4	64,4	64,1	66,1
Duyu Organları	46,5	48,9	50,6	55,2	58,2
Sistemik Hormon Preparatları	30,3	36,5	37,5	37,5	41,7
Teşhis Amaçlı Ajanlar	9,1	11,1	11,7	13,2	14,8
Antineoplastik ve İmmünomodülatör Ajanlar	6,3	6,9	7,6	8,2	9,3
Parazitoloji	5,0	5,0	4,7	5,1	5,0
Muhtelif (Diğer)	2,2	2,6	2,9	3,4	4,0
Toplam İlaç Tüketimi	1.669,90	1.848,30	1.889,40	1.912,20	1.969,97

Kaynak: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihazlar Kurumu

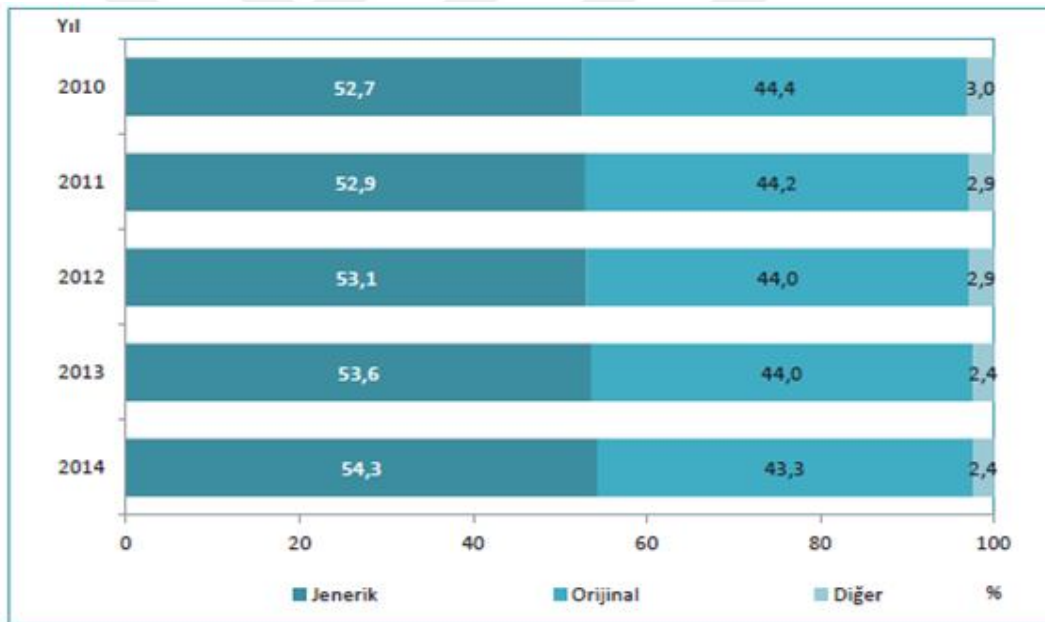
Şekil 4.20. Yıllara Göre İlaçların Tüketim Miktarı (milyon kutu), Türkiye

Şekil 4.20’de Türkiye’de yıllara göre ilaçların tüketim miktarı (milyon kutu) olarak verilmiştir. İlaç tüketiminin 2010 dan 2014 e kadar genel olarak sürekli arttığını görmekteyiz.

SDP bünyesinde sağlık kurumlarında kullanılmakta olan ilaç ve tıbbi cihazların ülkemizin mali yapısına uyumlu, uluslararası standartlara uygun olacak şekilde etkin

bir biçimde kullanılabilmesi için kendi içinde bağımsız bir kuruma ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda Ulusal İlaç Kurumu kurulmuştur. Bu kuruluş ilaç ve tıbbi cihaz sektöründe var olan sıkıntıların bilimsel kriterlere uygun ve ilgili tarafların bakışlarına göre çözmeyi amaçlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, 2003:79).

Hastaların kullanmakta ve en son kullanmakta oldukları ilaçların, hastaların alerjik durumları ifade edilmeli ve hizmeti alan kişiler tarafında da bunlar aynı zamanda belirtilmeli”, ilaçların nasıl, hangi sıklıkta, ne kadar süre kullanılacağı ve hangi koşullarda saklanacağı hastaya tam olarak anlatılmalı ve hasta tarafından eksiksiz olarak uygulanmalı, hasta/hasta yakını ilacın olası yan etkileri, ilacın besin ve ilaç etkileşimleri konusunda bilgilendirilmeli, hamilelik ve emzirme döneminde, çocuklarda, yaşlılarda, böbrek ve karaciğer yetmezliği olan hastalarda, ilaç alerjisi öyküsü olan hastalarda ilaç kullanılması konusunda daha dikkatli olunmalıdır. İlaçlar çocukların göremeyeceği, ulaşamayacağı yerlerde ve ambalajında saklanmalı, ilaç kullanımı yarıda kesilmemeli, hekime danışmadan doz değişikliğine gidilmemeli, kesilmiş veya açılmış ambalajlar satın alınmamalı, son kullanma tarihi geçmiş olan ilaçlar kesinlikle kullanılmamalıdır”(Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü, 12.10.2012 www.iegm.gov.tr).



Kaynak: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihazlar Kurumu

Şekil 4.21. Yıllara ve Referans Türüne Göre İlaç Tüketimlerinin Dağılımı(%)

Şekil 4.21’da yıllara ve referans türüne göre ilaç tüketimlerinin dağılımı(%) verilmiştir. 2010 dan 2014 e kadar Jenerik ilaçların tüketimi sürekli olarak artmıştır. Orijinal ilaçların tüketiminde ise gözle görülür bir azalma olmuştur.

Akıllı ilaç kullanımında ki ilk amaç halkın ve toplumun menfaatlerini gözetmektir. Bu önemli nokta göz önünde bulundurulursa; öncelikle hakimin sorununun ne olduğunu ifade etmesi, yeni hekim tarafından doğru bir teşhisin ortaya koyması gerekmektedir. Bununla birlikte, ilaçlı yada ilaçsız, etkin ve güvenilir bir teşhisin, eğer ilaçla yapılacak ise hastalığa uygun ilacın seçimi, her bir ilaç türü için uygun miktarda dozun ve uygulama sürecinin belirlenmesi ve reçetenin baştan sona kadar uygulama

sürecinin ifade edilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda güncel tanı ve tedavilerdeki uygulamalar ve esaslar referans olarak alınmalıdır(Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü, 12.10.2012,www.iegm.gov.tr).

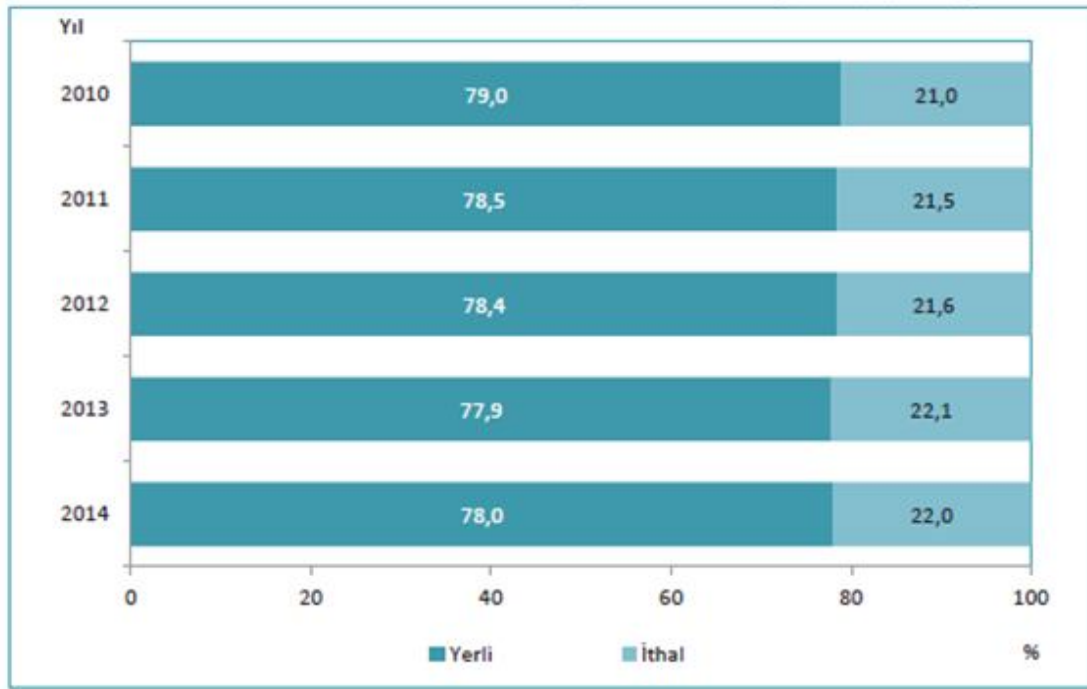


Kaynak: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihazlar Kurumu

Şekil 4.22. Yıllara ve Referans Türüne Göre İlaç Harcamalarının Dağılımı, Türkiye

Şekil 4.22’de Türkiye’de yıllara ve referans türüne göre ilaç harcamalarının dağılımı verilmiştir. 2010 da 2014 e kadar jenerik ve orinal ilaçlarının harcamalarının dağılımı inişli ve çıkışlı bir seyir izlediğini görmekteyiz.

Sağlıkta Dönüşüm Program’ın da yapılan başlıca tespitler; ilaç fiyatları konusunda tüm tarafların üzerinde hemfikir olduğu bir konseptte ihtiyaç duyulduğunu açık bir şekilde tespit edilmiştir. 2004 yılında ‘Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar’, ile ülkemizden geçmişten beri var olan kargaşa ve sıkıntılar ortadan kaldırılmış ve ilaç fiyatlandırılmasına aracıya dayalı daha açık olan bir sistem getirilmiştir. Yapılan bu uygulama sayesinde ilaç fiyatlarında önemli bir miktarda ucuzlama olmuştur. Bununla birlikte ilaç fiyatları Avrupa ülkelerinin arasında en düşük seviyelere çekilmeye başlamıştır. “ Bu uygulamanın başlamasıyla bine yakın üründe % 1 ile % 80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleşmiştir. Referans sistemi sayesinde halen birçok üründe fiyat düşüşleri devam etmektedir. Ayrıca ilaçta % 18 olan KDV oranı % 8’e düşürülerek ilaç fiyatlarında önemli bir düşüş daha sağlanmıştır. Tek alıcı konumundaki kamu sosyal güvenlik kuruluşlarının sektörle görüşerek belli oranlarda indirimlerin sağlanması, ilaç fiyatlarının kamuya maliyetini daha da aşağıya çekmiştir” (Sağlık Bakanlığı, 2008:164).



Kaynak: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihazlar Kurumu

Şekil 4.23. Yıllara ve Yerli/İthal Durumuna Göre İlaç Tüketiminin Dağılımı (%),Türkiye

Şekil 4.23’de Türkiye’de yıllara ve yerli/ithal durumuna göre ilaç tüketiminin dağılımı (%) verilmiştir. Yerli ve ithal ilaçların tüketimi inişli ve çıkışlı bir seyir izlemiştir.

5.KÜRESELLEŞMENİN SAĞLIK SEKTÖRÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

5.1.Küreselleşme Sürecinin Etkileri

Küreselleşme ile birlikte değer kazanmaya başlayan yeni yönetim şekilleri ve uluslar arası kuruluşların politikaları gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerini de etkilemiştir. Bu bağlamda devlet ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yükümlüğünü özel sektör ya da özerk sağlık kuruluşlarına devrilerek yalnızca koruyucu sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu devralmıştır. Bu doğrultu da meydana getirilen idari ve finans yönden özerk olan Kamu Hastane Birlikleri modeliyle merkezi sağlık teşkilatı sağlık hizmetlerinin planlanmasını ve denetimini üzerine almaktadır(Küçük,2010:198-199).

Sağlık sektöründe reform süreci ile birlikte pratiğe geçirilen araçlardan biri olan şirketleşme süreci özerkleşmenin ilk aşamasını oluşturmaktadır. Kurumun yöneticisine şirketin girdi, çıktı ve süreçleri kontrol etme yetkisi verilmiştir. şirketleşme süreci ile birlikte sağlık kurumlarında mülkiyet kamuya ait olmasına rağmen özel sektör kurumlarının prensipleri ve işleyiş ilkeleri uygulamaktadır. Şirketleşme uygulamaları Singapur, yeni Zelanda ,Malezya, Avustralya ve İngiltere gibi ülkelere geniş bir şekilde uygulamıştır. Sağlıkta pratiğe geçirilen bir diğer reform vasıtası olan özelleştirme ise kamu kurumların piyasalaştırma yöntemlerinin en yüksek aşamasıdır. Şirketleşme süreci ile birlikte kamu sağlık kuruluşlarının merkezi yönetimin hiyerarşisinden ve kontrolünden bütünüyle devre dışı bırakılması hedeflenmektedir(Sağlıkta Strateji Dergisi, 1994: 15-20)

Küreselleşme süreci ile birlikte gelişmekte olan ülkeler için birçok fırsatları ortaya çıkarmasına rağmen gelişmiş ülkelerin menfaatlerine göre değiştirdiği ve pratiğe geçirdiği, hem yerel hem de ulusal üretim ve finans imkanları giderek daralması gittikçe eşitsizlik, işsizlik, yoksulluk ve eğitim seviyesi ve sağlık seviyesi düşük başka bir deyişle en temel beşeri sermaye unsurlarına kitlelerin oluşmasına neden olmuştur. Küreselleşme süreci ile birlikte işsizlik ve sıkıntıların artmasına sebep olması, sağlık alanında birçok gelişmekte olan ülkelerde elde edilen kazanımların da değerinin düşmesine sebep olmuştur. Bu ülkelerin en sıkıntılı kesimini oluşturan işsizler ve yoksul kesimlerde özellikle temel ihtiyaçlarını karşılama konusunda büyük sıkıntılar yaşamıştır(John Brown,2002:36-43).

5.2.Küreselleşmenin Sürecinin Kamu Hastaneleri Üzerindeki Etkileri

Küreselleşme süreci ile birlikte ortaya çıkan Keynesyen politikaları değer kaybetmesiyle birlikte yeni liberal politikalar değer kazanmaya başlamıştır. Yeni liberal politikalar; bir taraftan ekonomi ve sermayenin küreselleşmesi, diğer taraftan da değişen yeni dünya düzenine uyum sağlamak ve yapılacak özelleştirme politikaları ile birlikte devletin piyasa üzerindeki tahakkümü azaltılmaya çalışılmaktadır. Böylece küreselleşme ile birlikte ulusla arası şirketlerin piyasası üzerindeki baskısı artmıştır(Sallan, 2004:1).

Küreselleşme ile birlikte kabul ettirilmeye çalışılan politikalar, devlet sermayesinin ihtiyaçları göre yeniden değişime uyum sağlayacak şekilde dizayn vermeye çalışılmıştır.” Kamu hizmetlerinin metalaştırılması ve sermayenin değerlendirme alanları olarak işlev kazandırılmasıyla sonuçlanan bu eğilim, kamu hizmetlerinin örgütlenme ilkelerini de köklü bir biçimde değiştirmekte; sonuçta

toplumsal yaşamın bütün alanları sermayenin kar maksimizasyonu amacı doğrultusunda yeniden yapılandırılmaktadır” (Ataay, 2007:73).

1980’lerde beri dünyanın birçok yerinde ekonomik ve politik alanda küreselleşme birlikte daha önce eşi ve benzeri görülmemiş büyük bir değişim yaşanmaktadır. “ Ticarete, yatırımda ve finansmandaki küreselleşme sağlık politikalarını da içerecek şekilde kamu politikalarının oluşturulmasında temel itici güç olmaktadır.

Artık devletlerin kendi başlarına ulusal politikalarını belirleme ve biçimlendirme güçleri, uluslararası ekonominin artan rekabeti yoluyla, önemli ölçüde sınırlandırılmaktadır” (Yıldırım ve Yalçın, 2001:3).

1980’den beri küreselleşme süreci ile birlikte ülkemizde meydana gelen değişimlere uygun olarak ülkemizde de sağlık alanında birçok değişim gündeme gelmiştir. Genel olarak bu yaklaşımları pratiğe geçirmek isteyen politik irade sahip olmasına ve geniş bir şekilde yasal düzenlemeler yapılmasına karşın sağlık kurumlarının yeniden organizasyon süreci hala tamamlanamamıştır. Kamu hastane birlikleri süreci ile birlikte bu süreç tamamlanarak hastaneler bütünüyle özelleştirmeye hazır bir şekle getirilmiştir(Sağlıkta Strateji Dergisi, 1994: 15-20).

Küreselleşmenin etkisiyle son yıllarda bütün dünyada sağlık hizmetlerinin yeniden dizayn edilmesinde pratiğe geçirilen yönetim politikaları önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık alanında bir dönüşüm olması için ortaya konan faaliyetler ile sağlık hizmetlerinin daha etkin, verimli ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde toplumun tüm kesimlere eşit ve hızlı bir şekilde ulaşılması hedeflenmektedir. Bu sürecin sağlıklı bir şekilde pratiğe geçmesi için ülkemizin birçok ilinde kurulacak olan Kamu hastane birlikleri hastaneleri ile yapılacak sağlık hizmetlerinde kalite artacaktır(Somunoğlu, 2012:148).

Dünya bankasının bakış açısına göre sağlık alanında desantralizasyon iktisadi, idari, mülki ve politik yetkilerin sağlık bakanlığından alıp buna alternatif olacak kurumlara devredilmesidir. Desantralizasyon kavramının tanımı; sağlıkta merkezi teşkilatların etkisi düşürerek yerel özerkliği önceliğe alan bir anlayışı tanımlamaktadır. “ Dünya Bankası bu kavramın iki ayrı uygulaması olan idari desantralizasyon olarak da ifade edilen dekonsantrasyon ve yetki devri anlamına gelen delegasyon yaklaşımlarına önem vermektedir.Bu yaklaşımların sağlık sektöründe uygulanmasıyla hastaneler mali ve idari yönden özerk bir yapıya kavuşmaktadırlar”(Küçük,2010,198-199).

5.3. Küreselleşmenin Özel Hastaneler Üzerinde ki Etkisi

Ülkemizde sağlığın bir sektör haline gelme sürecini 1950’lere kadar götürebiliriz. Özel sektörün sağlıkta aktif rol alma sürecini Türkiye 1950’ler de başlayan sanayi dönemi ile paralel bir gelişim gösterdiğini görmekteyiz. 1970’lerin başına kadar süren bu dönemde sektör, bağımsız teknolojinin aktif kullanılmaya başlaması ise bu tarihten 1990 yılına kadar olan dönemde kendini göstermiştir. Sektör, bu tarihten sonra hızlanmasını büyüterek 1991 - 2003 yılları arasında yılda ortalama %10’luk bir gelişim ortaya koymuştur, 2004 sonrası süreçte KDV oranının % 8’e düşürülmesi ve SGK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na bağlanması önemli kilometre taşları olarak karşımıza çıkarken, 2008’den günümüze kadar devam eden süreçte ise yeni Ar-Ge Kanunu ile Genel Sağlık Sigortası Sistemi’nin uygulamaya alınması dikkat çeken başlıklar arasında yer almıştır (Ufuk, Eren, 31/01/2016, www.ufukeren.com).

Özel sağlık sektörü azda olsa cumhuriyetten önce de varlık göstermiş ve 1933 yılında çıkartılan Hususi Hastaneler Kanunu ile de daha geniş bir çerçeve elde etmiştir.

1930'lu yıllarda sağlıkta özel sektör; muayene hekimi, laboratuvar ve röntgen üniteleri azınlıklar ve yabancı ülke kökenlilerin oluşturduğu özel hastaneler olarak biliniyordu. 1960-70'lerde özel sektör ise ağırlıklı olarak Devlet, SGK ve Tıp Fakültelerini tamamlayan muayenehaneler, kısmen gelişen laboratuvar ve röntgen üniteleridir. Özellikle 1980'li yıllarda poliklinik ve dispanser tarzında özel sektör kuruluşları il merkezlerinde ve ilçelerde hızla kurulmuştur. 1985-1990'lı yıllarda ise özel hastanelerin sayısı hızla artmıştır. Büyük şehirlerde özellikle merkezi yerlerde (İstanbul'da ilçelerde bile) 3-4 hastane açılmış bulunmaktadır. 1987 yılının başında yürürlüğe giren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 5 inci maddesi "Milli Savunma Bakanlığı" hariç kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmelerine dönüştürülmesine imkan tanımıştır. Bununla hastanelerin verimlilik ve etkililik esaslarına dayalı işletmecilik anlayışına göre hizmet veren kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen ve kendi personeli ihtiyaçları doğrultusunda planlayan ve niteliklerine göre istihdam edebilen, idarî ve malî yönden özerk, piyasa koşullarında rekabet edebilen kurumlar haline getirilmesi hedeflenmiştir(Ayoğlu, 2014:17).

Türkiye'de özel sağlık sektörü 2005 yılından itibaren hızlı bir büyüme kaydetmiştir. Her geçen yıl, özel kuruluşlar lehine büyüyen sağlık sektöründe, her geçen yıl 40'a yakın özel hastane açılmıştır. 2003'te özel hastanelerin sektörde %8 olan payı, 2010 yılında %35'e ulaşmıştır. Son üç yılda 13 birleşme ve satın alma gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı yeni çalışmalar ve kuruluşların yatırım planları ışığında, tüm bu rakamların artırması beklenmektedir. Özel kurum ve kuruluşlarda 19 bin 500'ü uzman olan 21 bin doktor ve yaklaşık 200 bin çalışan bulunmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarının yılda 84 milyon muayene, 2 milyon ameliyat, 3 milyon yatışla kamu sağlık hizmetinin üzerinden çok önemli bir yükü alıp, sağlığa kalite kattığı görülmektedir (Sektör Tanıtımı, 05/02/2015,sagliksektorleri.com.tr).

Anlaşılabileceği gibi, söz konusu meydana gelen tüm değişim, özel sektörün hastanecilik hizmetleri içerisindeki büyüyen payını destekler niteliktedir. Özel sektörün giderek artan bu ağırlığı, kamunun hizmet üretiminden çekilmesi, kamusal sosyal güvenceye sahip bireylerin özel sektör tarafından sunulan hizmetlerden yararlanmasını kolaylaştıran uygulamalar ile özel hastanelerin kamusal sigorta fonları tarafından desteklenmesi gibi uygulamalarla yaygınlaşan neo-liberal ekonomi politikalarının açık bir yansıması biçimindedir. Kamusal sağlık kurumlarının işletmeleştirilmesi, bu kurumların giderek yaygınlaşan taşeron hizmet alımları ile kısmen özeleştirilmesi gibi uygulamalar, çalışmaları devam eden ve "verimsiz" bulunan sağlık kuruluşlarının özel sektöre devrine olanak tanıyan kamu hastaneleri birlikleri oluşturulması süreci ile birlikte göz önüne alındığında, özel sektörün hastanecilik hizmetlerindeki giderek artan ağırlığının önümüzdeki dönemlerde de yaygınlaşacağını açıkça göstermektedir (Ayoğlu, 2014:17).

Deloitte ile Economist Intelligence Unit'in meydana getirdiği ortak çalışma sonucunda ortaya çıkan "Sağlık Sektörünün Geleceği: 2016'da Başarı için Stratejiler" başlıklı raporda ilginç değerlendirmeler içermektedir. İlaç, tıbbi cihazlar ve biyoteknoloji alanlarını kapsayan sağlık sektörünün geleceğini inceleyen raporda, gelecek on yıl içinde sektörde önemli değişikliklerin meydana geleceğini bildirmektedir. Rapora göre, ülkelerin demografik yapısında meydana gelen önemli değişimler ve yaşlanan nüfuslar, hastalıkların görünümündeki değişiklikler, yeni teknolojilerin piyasaya girişi, sağlık masraflarındaki büyük artış gibi faktörler sektörde faaliyet gösteren firmaların iş stratejilerinde ciddi değişim yapmalarını ve sağlık sektörünün önemli bir bölümünü oluşturan ilaç firmalarının yenilikçi ürün portföylerini

geliştirmelerini gerekli görülmektedir. Sağlık da faaliyet gösteren firmaların önümüzdeki on yılda başarıyı güvence altına alabilmek için kurumsal hedeflerini belirlemeli.(Sağlıkstratejiler, 07/02/2015,www.deloitte.com).

Medikal turizm ya da tıp turizmi, insanların kendi ülkelerindeki yüksek tedavi giderleri nedeniyle yabancı ve genelde uzak ülkelere giderek bu ülkelerdeki düşük tedavi fırsatlarını ve daha kaliteli hizmetleri değerlendirmek amacıyla meydana getirilen turizm hareketleri olarak ifade edilmektedir. Dünya nüfusunda ki artış, yaşam kalitesinde meydana gelen yükselme, çeşitli ülkelerde sağlık hizmeti maliyetlerinin yükselmesinden dolayı, insanlar daha kaliteli ve görece ucuz hizmet alabilecekleri ülkelere yönelmişlerdir. Günümüzde yaşlı nüfusunda meydana gelen artış da sağlık turizminin artmasına önemli bir roloynamıştır(Sağlıkstratejiler, 07/02/2015,www.deloitte.com).

Dünyada Sağlık turizmi son 10 yılda hızlı bir gelişme ortaya koymuştur. Dünyada hızla çeşitlenmeye, büyümeye ve önemli bir alternatif turizm olmaya doğru yol almaktadır. Sağlık turizminde gelişim göstermiş ülkelere bakarsak, Hindistan, Kosta Rika, Macaristan, Türkiye, Litvanya, İsrail, Ürdün, Tayland, Malezya, Güney Afrika ve Kübagibi ülkeler bu sektörün başını çekmektedir. Sağlık turizminde pazar seçimi de çok büyük bir önem arz etmektedir. ABD, Avrupa, Orta Doğu, Türk Cumhuriyetler, İran, Irak veya Suriye'nin müşteri beklentileri birbirinden farklı olmaktadır. Bu nedenle küresel sağlık turizmi ülke grupları ve müşterilerin beklentilerine göre değişkendir (Baka, 02/2016, www.baka.org.tr).

Türkiye 2010 yılında yaklaşık 29 milyon turist ağırlayarak yaklaşık 18 milyar dolar gelir elde etmiştir. 2010 yılında yaklaşık 10 milyon turist sağlık turizmi için Türkiye'ye gelmiştir. Sağlık turizmi sektörü her yıl %6 ile % 12 arasında büyümektedir. Son yıllarda dünyanın farklı ülkelerinden çok sayıda hasta tedavi için Türkiye'deki özel sağlık kuruluşlarını tercih ettiği görülmektedir. Bunun en önemli nedeni, orijin ülkelerde çağdaş yöntemlerle gerçekleştirilen tıbbi operasyonların ülkemizde de uygun fiyatlardadır(Baka, 02/2016, www.baka.org.tr).

Aşağıdaki rakamlardan görüldüğü gibi 2000'li yıllarda, özellikle son 5 yıl içinde özel sağlık sektöründe milyonlarca dolarlık yatırım yapıldı ve hastane sayısı büyük bir artış gösterdi. Özel sağlık sektörünün son yıllarda bu denli yükselişinin bir sebebi de, dünyada ve Türkiye'de sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinin artmasına paralel olarak sağlık hizmetlerine olan talebin artışıydı. Öte yandan sağlık hizmet maliyetlerindeki artış ve bu artış sonucunda toplam sağlık harcamaları yükseldi. Bu süreç içinde Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya konulan yeni yasalar ve düzenlemeler de özel sağlık sektörüne yatırım yapmayı anlamlı hale getirdi (Yıldızcan, 15/02/2016 www.tumsasd.org).

5.4. Küreselleşmenin Türkiye'deki İlaç Sektörü Üzerindeki Etkileri

Dünyada yaşlanan nüfus, uzayan insan ömrü, sosyo-ekonomik ve ekolojik değişimler önümüzdeki yıllarda sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı artıracaktır. Dünya nüfusu her geçen gün artış göstermesi, refah düzeyinin yükselmesine paralel olarak dünya nüfusunun ortalama yaşam süresi uzamakta ve nüfus yaşlanmaktadır. Meydana gelen nüfus artışı ve toplam içerisindeki yaşlı nüfus oranı ile birlikte sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç artmakta ve yeni talepleri ortaya çıkarmaktadır. 2002'de 6,3 milyar olan dünya nüfusunun 2020'de 7,6 milyara çıkması, 65 yaş ve üzeri insanların sayısının ise 242 milyon artarak toplam nüfus içerisindeki payının %9,4'e çıkması beklenmektedir. Yapılan araştırmalar yaşlı insanların genç insanlara göre daha çok ilaç kullandığını

ortaya koymaktadır. 75 yaş üstü insanların %80'i en az 1 reçeteli, %36'sı en az 4 reçeteli ilaç kullanmaktadır. Bu doğrultuda artan hastalık çeşitleri ve oranları karşısında reçeteli ilaç satışı 2002 yılından itibaren 2014 yılına kadar sürekli artmıştır. 2017 yılında toplam reçeteli ilaç satışlarının 853 milyar \$'a ulaşacağı tahmin edilmektedir(AİFD, 10.05.2016,www.aifd.org.tr).

1950'li yıllara kadar, Türkiye'de ilaç üretimi sadece ilaç laboratuvarlarında yapılyordu. Türkiye ilaç sektörünün “sanayi döneminin” başladığı 1952 yılında üretimin başlamasından sonra, yerli ve uluslar arası şirketlerin sahibi olduğu tesislerin sayısında giderek artma meydana gelmiştir. İyi Üretim Uygulamaları'nın –gıda maddeleri, ilaçlar ve tıbbi cihazlar için kalite kontrol talimatlarının- hayata geçirildiği 1984 yılından itibaren, Türkiye ilaç pazarında devamlı olarak büyümüş ve modern teknoloji düzeylerine ulaşmıştır(Deloitte,2015:10).

Türkiye ilaç sektörüne üretim ve ihracat yönünde mercek altına aldığımızda, ilaç sektörünün yaklaşık 60 yıldan fazla bir süredir Türk sanayisinde yer edinmiş köklü bir sektör olduğu, 2011 yılında GSYH'nın % 0.6'sı oranında, yaklaşık olarak 4.8 milyar \$ değerinde üretim yaptığı görülmektedir. “Türkiye ilaç sektörü 2006-2011 yılları arasında yıllık ortalama % 6 büyüyerek 9.1 milyar \$'a ulaşırken, üretim aynı yıllar arasında yıllık ortalama % 3.7 büyüyerek 4 milyar \$'dan 4.8 milyar \$'a ulaşmıştır.” (AİFD, 10.05.2016,www.aifd.org.tr).

Türkiye'de tüketilen ilaçların kutu bazında % 76'sı, değer bazında % 49'u yerel üretim yoluyla tedarik etmektedir. Değer bazında üretim oranının düşük olmasının en büyük sebeplerinden biri de, mevcut üretim kapasitesinin katma değeri yüksek üretimde kullanılmamasından kaynaklanmaktadır. Bu tür ürünler daha çok dış ülkelerde alınmakta, bu durum ilaç sektöründe dış ticaret açığının artmasına sebep olmaktadır(Deloitte,2015:10).

Sağlık harcamalarının ilk sırasını ilaç harcamaları oluşturmaktadır. Bütün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de üretilen ve satışa sunulan ilaçların en büyük alıcısı devlettir. Bu nedenle devletin ilaç piyasası ve harcamaları ile ilgili mevzuat uygulamaları önem kazanmaktadır. Türkiye'de bu anlamda SDP çerçevesinde 14 Şubat 2004 tarihinde 2004/6781 sayılı “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar”ın yayınlanması ile başlayan ve bir dizi yeniliği getiren uygulamalar mevcuttur. İlaç harcamalarının kısıtlanması amacıyla getirilen bazı politikalar sonucunda, 1995-2002 döneminde ilaç kutu sayısında 1.24 kat, 2002-2010 döneminde ise 2.22 kat artış gerçekleşmesine rağmen, ilaç harcamalarında 1995-2010 döneminde 1.21 kat artış olmuştur(Akdağ, 2010:72).

İlaç harcamalarındaki artışı yavaşlatmaya yarayan bu uygulamalardan en önemlileri;

1. Referans fiyat uygulamasıyla (2004) ilaç fiyatlarında % 80'e varan düşüşlerin sağlanması,

2. İlaçta KDV oranının % 8'e indirilmesi (2005),

3. Orijinal ilacın jeneriği piyasaya çıktığında, ürünün fiyatının mevcut fiyatın % 66'sını geçemeyeceği kuralının getirilmesi (2009),

4. Reçetelenen ilaçlar için, en ucuz eşdeğer ilacın % 15 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralının getirilmesi (2009) şeklinde sıralanabilir.(Akdağ, 2010:72).

SDP ile uygulamaya konulan, 2005 yılından itibaren Yeşil Kartlı hastaların ilaçlarının kamu fonları tarafından ödenmesin gerçekleştirilmesi(10 milyon kişinin bu uygulamadan faydalanmaya başlaması) ve SSK'lıların ilaçlarını serbest eczanelerden temin etmeleri (35 milyon SSK'lı ilaca daha kolay ve hızlı erişme imkanına sahip olmuştur) gibi hastaların ilaca erişimini kolaylaştıran uygulamalar sonucu ilaç kutu tüketiminde ciddi artış olmuştur (Akdağ, 2010:74).

Dünyadaki sağlık harcamaları oranının sürekli yukarı yönlü olması beraberinde ilaç harcamalarının artışında da ortaya koymaktadır. “İlaç giderleri son 20 yıldır neredeyse tüm OECD ülkelerinde gözlemlendiği üzere genel sağlık giderlerinden daha hızlı artmaktadır.” Mevcut bu durum dünya ilaç pazarının büyümeye devam etmesi bağlamında düşünülebilir. Türkiye’de de ilaç pazarı büyümeye hızı istikrarlı bir şekilde devam etmektedir. 2008 yılı itibarıyla Türkiye reçeteli ilaç pazarı 12.1 milyar TL olmuştur. Bu rakam 2003 yılında ise 6.2 milyar TL idi. Dolayısıyla 2003-2008 yılları arasında Türkiye ilaç pazarı, TL bazında yaklaşık iki kat artmış bulunmaktadır(Deloitte,2015:10).

Dünyanın global ilaç harcamalarının % 78’i yüksek gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Bunun yanı sıra ilaçlar için yapılan harcamaların oranı kişi başına düşük gelirli ülkelerde daha fazladır. “Gelişmekte olan ülkelerin endüstrileşmiş ülkelere kıyasla ilaç harcamalarına daha çok pay ayırmaları çeşitli görüşlerle açıklanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde kaynak yetersizliği sebebiyle koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince kaynak ayıramamaktadır. Bundan dolayı, tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok öncelik verilmektedir. İlaç sanayinde dışa bağımlılık, hızlı teknolojik gelişmelerin sonucunda piyasadaki ilaç çeşitliliğinin artması ve yoğun antibiyotik kullanımı, gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcamalarının sağlık harcamalarının temel unsurunu oluşturmasında başlıca faktörlerdir. Türkiye’de de % 19 oranı ile antibiyotik kullanımı ilk sırada ikinci sırada ise %12 Oran ile ağrı kesici ilaçlardır (WHO, 05.04.2016,apps.who.int)

Gelişmiş ülkelerde ise hastalıkların ortaya çıktıktan sonra tedavi edilmesi hem daha masraflı olması, hem de iş gücü kaybına sebep olduğu için koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok pay ayrılmaktadır. “Gelişmiş ülkelerde gerçekleşen sağlık yatırımları da, az gelişmiş ülkelere oranla daha yüksek miktarlarda gerçekleşmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapan ve sağlık yatırımlarına öncelik veren ülkelerde, tıbbi malzeme, ilaç harcamaları ve ayakta tedavi harcamaları daha düşük miktarlarda gerçekleşmektedir.” yani, gelişmiş ülkelerde sağlığa yapılan harcamalar bir yatırım olarak düşünülmektedir; hastalıkların tedavi maliyetlerinin yüksek olduğu için yatırımlar tedavi hizmetlerinden ziyade koruyucu sağlık hizmetlerine kaydırılmıştır(Belek, 2015:201).

İlaç piyasasındaki ürünlere yapılan toplam harcama OECD ülkelerinde GSMH’nin % 7’si ile % 22’sini oluşturmaktadır. Bu ürünler içinde yer alan ilaçlara yapılan harcama ise, 2013 yılında toplam sağlık harcamasının % 7.3 (Norveç) ile % 33.6’u (Macaristan) oranında değişmektedir.OECD ülkelerinde kişi başı ilaç harcamalarında 1960’lı ve 1970’li yıllarda fazla bir artış gözlenmemiştir. Ancak 1980’lerden sonra ilaç endüstrisinde yaşanan gelişmeler dünya genelinde kişi başına ilaç harcamalarının yükselmesinde önemli bir etken olmuştur. 1990’da OECD ülkelerinde kişi başına ortalama 178 \$ ilaç harcaması düşerken, 2000 yılında bu oran 257 \$’a yükselmiştir. Türkiye’nin kişi başına 180 ortalaması ise 1990 yılında 20 \$, 2000 yılında 40 \$’ı göstermektedir. Bu durum ilaç sanayindeki gelişimi ve tüketimdeki artışı açıkça göstermektedir. 2010 yılında itibaren bu artış devam etmektedir(Belek, 2015:201).

5.5. Türkiyede Sağlık Sektörü Reformunun Geleceği

Günümüzde sisteminin karmaşık yapısından dolayı ve küreselleşme sürecinde etkilerinden dolayı herhangi bir hizmet sunumunun yalnız yapmak neredeyse imkansız hale gelmiştir. Benzer şekilde sağlık sektörü de fiyatların sürekli artışı, hastalık türlerinin değiştiği ve çok yüksek oranda teknolojinin kullanıldığı bir alandır. Bundan dolayı sağlık sektöründe çeşitli biçimlerde yerel ve ulusal düzeyde ortaklıklara gidebilmektedir. Bu ortaklıklar farklı türleri olmakla birlikte genel olarak kamu-özel ortaklıkları ön plana çıktığı görülmektedir. Bu ortaklıklar birçok alanda görüldüğü gibi sağlık sektöründe de özellikle son dönemlerde hizmet vermeye başlayan şehir hastaneleri kamu-özel ortaklığının en açık örneği karşımıza çıkmaktadır. Öyle görünüyor ki önümüzdeki yıllarda da kamu-özel sağlık hizmeti verme konusunda birlikte aktif bir rol oynayacaktır(Mitchell,2016:24).

AB'deki uygulamalara paralel bir biçimde Türkiye'de de sağlık sektöründe kalite ve e-sağlık uygulamaları reform başlıkları arasında yer almaktadır. Sağlık bakanlığı eli ile sağlık kalite standartlarını artırmak için çalışmalar yürütülmektedir. Meydana getirilen standartlar ile sağlık hizmetlerin ve bu hizmetlerle ortaya çıkan çıktıların kalitesini geliştirmesini ve sürekli iyileştirmesi hedeflenmektedir. Bu bağlamda hem bakanlık bünyesinde hemde hastaneler bünyesinde örgütlemeler gerçekleştirilmiş ve kalite birimleri kurulmuştur.” Bu gelişme, hizmet kalitesinin sağlanabilmesi adına önemli bir gelişme olmakla birlikte, ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapmanın zorluğu göz ardı edilmemelidir. Son yıllarda sağlık hizmetlerinin kalitesinde iyileşme ve artma görülmektedir. Hizmet kalitesinin artmasında e-sağlık uygulamalarının ciddi bir rolü bulunmaktadır. E-sağlık hizmetleri aynı zamanda hizmetlere erişim ve verimlilik üzerinde de olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenle e-sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmetlere yönelik bir altyapı ağının genişletilmesi, hizmetlerin daha etkili bir şekilde sunulmasına yardımcı olacaktır”(Memişoğlu,Kalkan,2016:645-665).

Yaşam standartlarının gelişmesi ile birlikte yaşam süresinin uzamasından dolayı yaşlı nüfusunun artması beraberinde kronik hastalıkların çoğalması(diyabet gibi) gibi sebeplerden daha önce ortaya çıkmayan hastalıklardan dolayı yeni sağlık hizmetleri sunumu hükümetin gündemine gelmesine sebep olmuştur. Evde bakım sağlık hizmetleri bu yeni sunumların arasında yer almaktadır. “ Evde bakım hizmetlerinin birinci ayağı evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından verilirken, diğer ayağı evde sosyal bakım ve destek hizmetleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından verilmektedir. Evde bakım, “çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri” olarak ifade edilebilir. Evde bakım sağlık hizmetleri genel olarak kronik hastalıklar, yaşlılar ve özürllülere yönelik hizmet grubunu ifade ederken hasta bakımı, rehabilitasyon, kişisel bakım ve önleyici hizmetleride içine alan çok yönlü uygulamalardır(Genç ve Barış, 2015: 52).

Evde bakım sağlık hizmetleri özellikle son dönemlerde ortaya çıkan bir hizmet ve bu alanda verilen hizmet yeni bir model ihtiyacı da ortaya çıkarmıştır. Evde bakım sağlık hizmetleri hem içeriği hemde yapısından dolayı kapsamlı hizmet sunumu ve çeşitli paydaşların ortaklığını gerektirmektedir. Örneğin hizmet sunumunda kamu kurumları tarafında oluşturulan evde bakım birimleri, özel sektör, sivil toplum örgütleri ve gönüllü kuruluşlar tarafında bu hizmet yerine getirilmektedir. “ Bunun yanında evde bakım hizmetinin düzenlenmesi ve denetlenmesinden hizmetlerin bütünleştirilmesine ve

uyumlaştırılmasına, hizmetlerin ödenmesinden finansmanına kadar düzenlenecek geniş bir politika alanı bulunmaktadır. Çok aktörlü yapısı ile bir yönetim örneği olarak da ele alınabilecek bir hizmet alanı olan evde bakım hizmetleri, Türkiye’de yeni bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı’nda (2015-2020), evde bakım hizmetleri ve özellikle de yaşlı bakımına yönelik olarak çeşitli hedef ve stratejiler belirlenmiştir. Evde bakım hizmetleri henüz başlangıç aşamasında olan bir politika alanıdır ve ilerleyen dönemlerde bir sektör olarak meslek haline gelecek ve yeni bir iş sahası oluşturacak niteliktedir. Bu nedenle mesleki standartlar ve yeterlilikler belirlenmeli, bu süreçte özel sektöre de fırsat verilerek bakımda rekabet ortamı tesis edilmelidir ‘’(Genç ve Barış, 2015: 52).

SDP’nin en önemli sac ayaklarından bir tanesi de yangın, erişebilir sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirilmesidir. Bu bağlamda aile hekimliği uygulaması getirilmiş, sağlık kurumlarının sayısı artırılmış, bütün hastanelerden hizmet alma olanağı sağlanmış, hastalara hekim seçme hakkı verilmiş ve evde bakım sağlık hizmetleri getirilmiştir.’’ Bunların yanında, tüm bunları da destekleyecek şekilde sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılabilmesi adına inovasyona da ihtiyaç bulunmaktadır. Sağlıkta inovasyon, Sağlık Bakanlığı’nın da gündemine girmiş ve 2013-2017 Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı’nda inovasyon hedeflerine yer verilmiştir. İnovatif yöntemlerin geliştirilebilmesi adına hükümet politikalarına da ihtiyaç bulunmaktadır. İnovasyonun desteklenmesi ve geliştirilmesi hem toplum sağlığının iyileştirilmesinde hem de sağlık sektörünün gelişmesinde etkili olacaktır. Sağlık sektörünün hizmet sektörü içindeki önemi ve büyüklüğü düşünüldüğünde, inovasyonun desteklenmesi ekonominin gelişmesine de katkı sağlayacaktır’’(Memişoğlu,D.-Kalkan, B.:2016:645-665).

SONUÇ

Özelikle 1980'lerde sonra ivme/hız kazanan küreselleşme dünyada sermaye akımı olması ve ekonominin artmasından dolayı insanlar arasındaki ilişkilerin arttığı düşünülür fakat dünyanın globalleşmesi sadece ekonominin artması ile açıklanacak bir durum değildir. Bu durumun oluşmasında siyasi, kültürel, iletişim ve teknolojik gibi birçok boyutu vardır. Bu boyutları görmezden gelip küreselleşmeyi ortaya çıkışını sadece ekonomik sebeplere bağlamak bu kavramı tam anlaşılmamasına sebep olacaktır.

Küreselleşmenin ekonomik boyutu toplumların yaşam şeklini ve standardını değiştiren en önemli unların başında gelir. Özellikle serbest piyasa ekonomi akımları önem kazanması ile birlikte liberal akımların etkisiyle yeni yönetim anlayışını ortaya çıkarmıştır. Bu yeni akım toplumda birçok kurumu etkilediği gibi sağlık sektörü üzerinde de önemli yansımaları olmuştur. Ülkemizde cumhuriyet tarihinde itibaren yapılan sağlık politikalarında küreselleşmenin etkisi bariz bir şekilde görülmektedir.

Selçuklu döneminde günümüze sağlık sektörümüz sürekli bir gelişme içinde olmuştur. Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık hizmetleri yerel yönetimlerin eliyle veriliyordu daha sonra bu hizmeti merkezi yönetim tarafında vermeye başlandı. Koruyucu sağlık hizmetlerin önem kazanmasıyla birlikte sağlık hizmetleri çeşitli kamu kurum ve kuruluşları tarafında vermeye başlandı. Daha sonra küreselleşmenin etkisiyle meydana gelen değişim ve gelişmelerle birlikte sağlık sektöründe önemli zihniyet değişimlerini ortaya çıkarmıştır. O güne kadar sadece kamu tarafında verilen sağlık hizmetleri artık özel kuruluşlar tarafında da vermeye başlanmıştır.

1970'lerde dünyada yaşanan ekonomik krizler bütün dünyada olduğu gibi Türkiye de ki sağlık sektörünü de etkilemiştir. Yine bu dönemde küreselleşmenin etkisiyle yeni bir yönetim anlayışını ortaya çıkarmıştır. Bu bağlamda ülkemizde sağlık sektöründe küreselleşmenin etkisiyle yeni bir yönetim anlayışı ve bu anlayışa politikalar üretilmeye başladı. Bu döneme kadar kamu kuruluşları kontrolünde olan sağlık sektörüne özel kuruluşlarda ortak olmaya başlamıştır.

Küreselleşmenin etkisiyle sürekli gelişen sağlık sektörümüz de bazı aksaklıklarda yaşanmaktadır. Bu sorunların başlıca sebepleri birincisi: sağlık politika üreticilerin ve bunların uygulayan arasında aynı uyumun ve anlayışın olmamasıdır. Kamu hastane birlik birlikleri uygulaması sağlıkta dönüşüm programının en son ve çağdaş uygulaması olmasına rağmen pratikte bu uygulamada tam olarak istenilen verim alınmaktadır. Yönetim kademesindeki ve insan kaynakları kademesindekiler sorumluluklarını nesnel kriterlere göre yapmamaktadır. Bunun bir sonucu olarak önem teşhis ve tedavi gerektirecek hizmetler belli başlı bölge ve şehirlerde yoğunlaşmıştır. Bunun bir sonucu halk önemli hastalık teşhis ve tedavisinde sağlık hizmetlerine ulaşmada sıkıntılar yaşamaktadır. Sağlık hizmetleri organizasyonunda yaşanan bu sıkıntıların giderilmesi gerekmektedir.

İkincisi küreselleşme birlikte sermayenin serbest dolaşımı sonucu küresel sermayenin bir parçası haline getirmiştir. Küresel sermayenin serbest ve hızlı yayılması sağlık sektörü üzerinde de önemli etkileri olmuştur. Özellikle kamu hastane birlikleri yasası ile birlikte hastanelerin özerkleşmesi ile küresel piyasaların unsuru olan sağlık sektörümüz üzerinde olumsuz etkileri olacaktır. Sağlık hizmetlerini daha çok kar etmek mantığıyla kanal ize edeceklerdir. Bunun bir sonucu olarak sağlık hizmetlerin kalitesi düşecektir.

Küreselleşme süreciyle birlikte ortaya çıkan yeni kamu yönetimi(YKM) modeli kamu kurumlarının özel sektör gibi çalışması gerektiği söylemektir. Yapı olarak özel sektör modeline uygun olan kamu hastane birlikleri bu anlayışı benimsemektedir.

Bundan dolayı kar etmek ve verimlilik sağlık kurumunun birinci hedefi haline gelmektedir. Bunun sonucu sağlık hizmetlerinin kalitesi ikinci plana atılmaktadır.

Küreselleşme birlikte ortaya küresel sermaye akımı kamu ve özellikle özel sağlık kuruluşlarının vizyonunu ve anlayışını şekillendirmektedir. Bunun sonucu olarak sağlık kuruluşları kar marjı yüksek olan tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelmesine sebep olmaktadır. Bu bağlamda hastalıkların ortaya çıkmadan onu ortada kaldırmada önemli bir rolü olan ve hastalığın tedavisinde daha az maliyeti olan koruyucu sağlık hizmetlerini ikinci plana atılmasına sebep olmaktadır. Bundan dolayı maliyeti yüksek olan tedavi edici sağlık hizmetleri tedavisinde hem hastaya hemde devlete büyük bir yük getirmektedir.

Sağlık bir ülkenin devamlılığı ve sağlıklı bir neslin sürekliliği için yasal bir insan hakkıdır. Küreselleşme ile birlikte sağlığın da karmaşık hale gelmesi sağlık hizmetlerini alan tüketicilerin temel hakları olan söz konusu birçok haktan habersiz olması ve sağlık hizmetlerini alan tüketicilerin sayısının fazla olması ve hizmeti veren kuruluşların sayısının az olması bu da beraberinde tekelleşmeyi getirmemesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerin piyasa yapıcı aktörlere terk edilmemesi gerekmektedir.

Tedaviye muhtaç olan kişinin özel durumunda yararlanarak kar marjı yüksek olan tedaviler yapılmaması gerekir. Küreselleşme ile birlikte birçok sağlık kurumu bu zihniyetle hareket etmektedir. sağlık kurumları Sağlık hizmetlerinin en temel ve yasal hak olduğu bilinciyle hareket ederek hizmet vermeleri gerekir. Bundan dolayı kar marjı az olan koruyucu sağlık hizmetlerini ikinci plana atmamaları gerekmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programı ile bütün sağlık kuruluşları tek çatı altında toplanmayı hedeflenmektedir. Buna göre SSK hastaneleri sağlık bakanlığına devredilirken sağlık bakanlığı taşra teşkilatın kaldırıp il özel idaresine devredilmektedir. İl özel idaresi bu hizmet teşöörün birimler aracılığıyla vermeyi hedeflemektedir. Bu birimler kar marjını ön plana koydukları için kaliteliyi ikinci plana itmiştir. Kendilerine daha fazla kar getirecek poliklinik ve tedavi edici birimlere yönlendirmiştir. Bunun sonucu olarak sağlık hizmetlerinin taşra birimlerine eşit bir şekilde dağılmasına engel olmuştur. İlçeler devlet hastanelerinde çalışması gereken uzman doktorlar da bu zihniyetle hareket ederek buralarda kar marjı düşük olduğu için genellikle tercih etmemektedir. Bundan dolayı buralarda yaşayan halkın kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşmakta çeşitli zorluklar yaşamaktadır.

Türkiye de sağlık hizmetlerinin finansmanın sunumunda çok başlılık mevcut. Özellikle ilgili sağlık kuruluşları arasında koordinasyon sorunları yaşanmaktadır. İlgili birimler arasındaki sevk zincirinde aksaklıklar yaşanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yönetiminde sorunlar mevcuttur. Çünkü bu birimlerde alanında liyakat olmayan kişiler bulunmaktadır. Bundan dolayı hastanelerin yönetim birimlerinde bu alanda eğitim almış profesyonel yöneticiler yer almalıdır.

Sağlık hizmetlerinin hakkaniyet ilkelerine göre ve sağlığın temel bir hak olduğu gözetilerek devlet tarafında verilmesi, kamu harcamalarında tek elde verilecek şekilde yeniden dizayn edilmesi gerekmektedir. Tek elden sağlık hizmetlerinin verilmesi sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltacak bunun sonucu olarak tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin dengeli bir şekilde yayılmasını sağlayacaktır. Etkinlik ve verimlilik kriterlerini arasındaki dengeyi tutturmak için sağlık sonuçları arasındaki örgütlenme, kordinasyon ve etkili bir sevk zinciri sistemi kurulmalıdır. Bununla birlikte sağlığa ayrılan payın artırılması ve kırsal kesimlere daha da kaliteli sağlık hizmetleri götürmek için planlamalar yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akgün, S.1999, "Planlı Dönemde Konsalide Bütçe İçinde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı" Yüksek Lisans Tezi Isparta Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, s.74
- Akdağ, R. 2008, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu,T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara s.9
- Atalay, S. 2005, "Sağlığın Piyasalaştırılması ve Sağlıkta Eşitsizliğin Artması İçin Bir Model: Genel Sağlık Sigortası", Kamu Yönetimi Dünyası, 23, 37.
- Ataay, F. 2007,Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, De Ki Basım Yayın, Ankara s.73
- Ateş, M. 2011, "Sağlık Sistemleri", Gerekli Yay. İstanbul, s.23
- Aydın, E. 1997, "Türkiye’de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlemesi Tarihi", Ankara, s.47
- Başkaya, F. 2007. Kavram Sözlüğü I, Söylem ve Gerçek, İstanbul: Özgür Üniversite Kitaplığı s.327
- Baskın, O.2001, Küreselleşme ve Azınlıklar, İmaj Yayınevi, 4.Baskı, Ankara, s.41
- Bardak, Ü ve Tengilimoğlu, 1998, D Sağlık Alanında İnsan Hakları ve Etik, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:16, Sayı:1-2, ss. 215-243, s. 217.
- Beştaş, M.A. 1999, Avrupa Birliğinde Akreditasyona ilişkin Uygulamalar ve Türkiye’de Akreditasyon Sisteminin Oluşturulmasına Yönelik Çalışmalar, Ankara, s.86
- Belek, İ. 1999, Sağlıkta İç Piyasa ve Yönetilen Rekabet, Toplum ve Hekim Dergisi Eylül-Ekim Cilt:12, Sayı:81, s:28
- Bostan, S., 2009 Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane işletmeleri Üzerindeki Değişim
- Etkisi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, SBE, YDT, Trabzon, s.128
- Bozkurt, V.2000,. Küreselleşmenin İnsani Yüzü, 1.Baskı, İstanbul, Alfa Basım Yayınevi, s.22
- Bostan, S. 2009, Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi, Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon s.34
- Brown, J. 2002, Yönetişim; Neo-liberalizmin Siyasi Düzeni, Birikim, Sayı, 158, s. 36-43.
- Cangızbay, K. ,1998, "Küreselleşme ve Kamusal Alan", Küreselleşme Sivil Toplum ve İslam (Der.Fuat Keyman, A. Yaşar Sarıbay) Ankara, Vadi Yayınları, s.116
- Castells, M. 2005, Ağ Toplumunun Yükselişi Enformasyon Çağı: Ekonomi, Toplum ve Kültür,çev. Ebru Kılıç, İstanbul:İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, s.128.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), Dünyada Küreselleşme ve Bölgesel Bütünleşmeler, Yayın No:2375, ÖİK: 440, Ankara, Ocak 1995, s. 1.

- Dervişoğlu, A. 2013, Karabük üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü kamu yönetimi anabilim dalı küreselleşme sürecin yeni kamu yönetimi çerçevesinde Türkiye sağlık sektörünün yeniden yapılanması yüksek lisans tezi Karabük- s.11
- Demircan, E. 2008, Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları, Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF Dergisi, Cilt:13, Sayı:1, s:74
- Dirican, R.; Bilgel N. 1999, ''Halk Sağlığı'', Bursa s.73
- Duymaz, T. 2006.Lisans Tezi No:507 İstanbul, s.16
- DPT, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Kamu Yönetiminin Geliştirilmesi ÖİK Raporu, (Rapor No: DPT: 2507), DPT Yayını, Ankara, 2000 s. 30.
- DPT, "Küreselleşme", Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 2000, s.4-5.
- Eğilmez, M.2011. Küresel Finans Krizi, İstanbul: Remzi Kitapevi.s. 44
- Eaton, J. (1996), Ekonomi Politik, Şiar Yalçın(çev), Ankara: Bilim ve Sosyalizm Yayınları, (Orijinal baskı tarihi Temmuz 1978)
- Erol,H ve Özdemir, A,2014, Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi Sosyal Güvenlik Dergisi • JOURNAL OF SOCIAL SECURITY•
- Eryılmaz, B. ve Eken, M. 1990, Mahalli İdarelerde Özelleştirme Politika ve Uygulamaları, Türk İdare Dergisi, Yıl 62, Sayı 387, Haziran s.56.
- Ersöz,D. 2010,Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı,:83
- F.William Engdahl, Üstün Irk Yaratma-Dünya Nüfus Azaltým Projeleri, Sahte Domuz Gribi, Sahte Gıdalar s.6,7,8,9;.
- Erbay, Y. ,1998 "Küreselleşen Dünyada Türkiye", Türk İdare Dergisi, Yıl 70, Sayı 421,
- Etiz, S. 2000'' Halk Sağlığı ve Epidemiyolojisi'', A.Ü Yayın No:357, Eskişehir, s.23
- Erözden, O. (1997). Ulus Devlet, Ankara: Dost Kitapevi s.16
- Faruk, Ö. (2014). Yarabıçak, İstanbul: İthaki Yayınları s.127-128
- Fişek, Nusret; 1985, ''Halk Sağlığına Giriş'', Ankara, s.43
- Genç, Y. ve Barış, İ. (2015). "Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi", Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 3, Sayı: 10, Mart 2015, s. 36-57.
- Gençler, A. ve Oğuzhan, A. 2003, Çok Uluslu Şirketlerin Kollektif İlişkilere Bakışı ve Sendikaların Stratejik Yaklaşımları, Küreselleşme Sürecinde Kafkasya ve Orta Asya Konferansı, 11-13 Mayıs s. 43-45.
- Giddens, A. (1998). Modernliğin Sonuçları, E. Kuşdil (çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (orijinal baskı tarihi 1990) s.66-67
- Görenel, Z. İ. 2001, 1980 sonrası Neo-liberalizm ve Neo-Popülizm, İktisat Dergisi, Sayı. 418, s. 41-42.
- Güvenç,B. 1996. Kültür ve Demokrasi, Ankara: Gündoğan Yayınları S.109-110

- Hirst, P. 1998, GrahameThompson. Küreselleşme Sorgulanıyor. Çağla Erdem ve Elif Yücel (çev.).Ankara: Dost Yayınları, s.11.
- Hirst, P. - Thompson, G. 2001, Küreselleşme Sorgulanıyor, (Çev.: Çağla Erdem-Elif Yücel), Ankara, 26-28.
- Irmak, Y. 1982, ''Refik Saydam Dönemi Sağlık Politikamız'' SSYB Yayınları, s.124
- Jameson, F. 2000, "Küreselleşme ve Politik Strateji," Birikim Dergisi, 139, İstanbul, s.39-50.
- Kazgan, G. (2005). Dünden Bugüne Küreselleşmenin Ekonomik Temelleri, Ankara: Türkiye Ekonomi Kurumu Yayınları.s.5
- Köksal, T. 1993, Belediye Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Yöntemleri ve Uygulaması, DPT Yayını, Ankara, s.9.
- Küçük, A. 2010, "Sağlık Hizmetlerinde Reform: "Kamu Hastane Birlikleri Modeli" Üzerine", Kamu Yönetimi Çalışmaları, Ankara198-199
- Memişoğlu,D.-Kalkan, B Sağlık Hizmetlerinde Yönetişim, İnovasyon ve Türkiye Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2016, C.21, S.2, s.645-665.
- Mitchell, M. (29.01.2016). An Overview of Public Private Partnerships in Health.
- Nesirova, Z - Soyak, A, 2003, "Küreselleşme sürecinde IMF Politikalarının Sonuçları: Azerbaycan Deneyimi", Küreselleşme Sürecinde Kafkasya ve Orta Asya, Qafqaz Üniversitesi, Bakü, s. 1
- Orhan, Ö. 2006, Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, (Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, s.123
- Özyurt, C. 2000. Küreselleşme Sürecinde Kimlik ve Farklılık, İstanbul: Açılım Kitap s.25
- Özay, İ. 1986, İdare Hukuku Yönünden KİT’leri Özelleştirme Çalışmaları, ORHİM Seminerler Serisi, s.182.
- Özbilen, Ş. 2000, "Küresel Mali Kriz ve IMF Politikalarının Ulusal Mali Sisteme Etkileri", Finans Dünyası Dergisi, 132, Aydın, s. 2-5.
- Öztek,Z. 1996, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Sempozyumu (24-25 Kasım-Ankara), (Der. Mithat Çoruh), Haberal Eğitim Vakfı, ss. 37-40, s. 37.
- Robertson, R. (1992). Globalization. London: Sage Publications. s. 27
- Pala, K. 1995, 2000’e Doğru Türkiye’de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu, Toplum ve Hekim, Cilt: 10, Sayı: 68, Temmuz-Ağustos ss. 64-75, s. 64.
- Robertson, R. 1999, Küreselleşme: Toplum Kuramı ve Küresel Kültür, Ankara:Bilim ve SanatYayınları, s.98-99.
- Sağlık Bakanlığı, "Hastane Reformu", Sağlıkta Strateji Dergisi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, 1, Ankara, 1994, 15-20.
- Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, 2004, s. 72

- Salvatore, D. 1998, International Economics, Sixth Edition, Prentice Hall, New Jersey, s.18
- Sallan, S., 2004, Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa, Etik Yayınları, İstanbul s.1
- Sargutan, A.E. 1996, ''Türkiye’de Sağlık Politikası'', Ankara, s.67
- Savran S. , E. A. Tonak ve K. Tanyılmaz. (2014). Marksizm ve Sınıflar, İstanbul: Yordam Kitap s.28
- Serin, İ., 2004, Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, İstanbul, 125
- Sur, H. 1998, ''Hastane Yöneticiliği'', s.48
- Soyer, A. 1995, ''Sağlıkta Özelleştirme'', Tolum ve Hekim dergisi, Ankara, s.17
- Sur, H. 2010, Uluslararası Sağlık Kuruluşları, <http://www.merih.net/m1/whaysur14.htm> 03/10/2016 s.22-23
- Somunoğlu, S.– Ağırbaş, İ. – D. Tengilimoğlu – Çelik, Y. - R. Erdem – Akbulut, Y. – Erigüç, 2012, G., Sağlık Kurumları Yönetimi I, (Ed. M. Tatar), ANAÜ, Eskişehir, s.148
- Soyer, A. 2003, 1980’den Günümüze Sağlık Politikaları, Praksis, Sayı: 9, Kış-Bahar ss. 301- 319, s. 305.
- Soyer, A., 2009, “Sağlıkta Dönüşümün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?”, DEÜ, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, C.2, S.4, İzmir
- Şahin, F. 2005, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Eğitimi, 1. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu (Uluslararası Katılımlı) Ankara Üniversitesi,
- Şenses, F. 2004, ‘Neoliberal Küreselleşme Kalkınma İçin Bir Fırsat mı Engel mi?’, Bağlam Yayınları, İstanbul s.13
- Tağraf, H. 2002 “Küreselleşme Süreci ve Çokuluslu İşletmelerin Küreselleşme Sürecine Etkisi”. Cumhuriyet Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt:3, Sayı:2, s.35
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, Aralık 2008, s.164
- T.C., Barbakanlık, DPT, “Sağlık Reformu Çalışma Grubu Raporu” 2004 - Türkiye İktisat Kongresi, Ankara, 2004, s.194-195
- Tatar, F ve Tatar, M. 1996, Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/Kamu Sektörü Tartışmasının İdeolojik Boyutları, Toplum ve Hekim, Cilt: 11, Sayı: 72, Mart-Nisan ss. 32-41, s. 35-36.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, Aralık 2003, s. 24-36.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, Aralık 2003, s. 25
- Tuna, Y. 1998, “Dünyada Globalleşme Eğilimleri ve Dengeler”. Süreç Dergisi, Gümrük Birliği Özel Sayısı, Sayı 17-18, s. 21.
- Tokatlıoğlu, M.Y., (2005), Küreselleşme ve Kamu Hizmetleri, Alfa Akademi, İstanbul, s.111
- Tokatlıoğlu, M.Y., (2005), Küreselleşme ve Kamu Hizmetleri, Alfa Akademi, İstanbul, s.155-156
- Ülke Arıboğan, D. 1996, D.Ü. Globalleşme Senaryosunun Aktörleri, Der Yayınları, İstanbul, s.257

- Vildan, T. 2015 küreselleşme ve alternatif küreselleşmenin ekonomik politik birsonucu olarak mülksüzlerin medyası yüksek lisans tezi,
- Walther,T. 2002, “Dünya Ekonomisi” (Çev:Ünsal Çağlar, The World Economy),Bursa Alfa/Aktüel Kitabevi, s.147.
- Yanmaz,M. 2010. Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Son Dönem Sağlık Politikaları Yüksek Lisans Tezi , s. 16-17
- Yerebakan, M.2000, ”Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, Özel Hastane Araştırması İTO Yayını Ağustos s. 98
- Yeldan, E. 2003, “Neo-Liberalizmin Bir Söylemi Olarak Küreselleşme”, İktisat Üzerine Yazılar I, Küresel Düzen; Birikim Devlet ve Sınıflar, (Der.: Ahmet H. Köse-Erinç Yeldan-Fikret Şenses), İstanbul, 428.
- Yerebakan, M.; 2000, ”Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, Özel Hastane Araştırması İTO Yayını Ağustos s.132
- Yıldırım, H. H, Yalçın, T. (2001), Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayı, No:40, s:1-4
- Yurdadoğ, V. 2006, Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye’de Sağlık Reformu, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara s.160
- Yıldırım, H.H -Yıldırım, T. 2004, En Değerli Sermayem Ticarileşiyor: Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme, Hastane Yaşam Dergisi, Sayı: 3, s.3.
- Ailehekimliği, www.ailehekimligi.org.tr,07/10/2016
- Wikipedia , <http://www.wikipedia.org/> ,03/10/2016

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı – Soyadı :Ali ALU
Doğum Yeri ve Tarihi :Diyarbakır 19.01.1988

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi :2008-2012 Marmara Üniver./Sağlık Yönetimi
Yüksek Lisans Öğrenimi :2014-2017 K.S.Üniver./Sağlık Yönetimi Ana B.
Doktora Öğrenimi :-----
Bildiği Yabancı Diller :İngilizce (Orta Seviye)
Bilimsel Faaliyetleri :-----

İş Deneyimi

Stajlar :İstanbul Akademik Hospital
Projeler :-----
Çalıştığı Kurumlar : M.E.B. / İngilizce Öğretmeni

İletişim

E-Posta Adresi :alialu21@gmail.com
Tel. :05342020895