

T. C.

stanbul Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**B R NC BASAMAK SA LIK
H ZMETLER NDEN A LE HEK ML NE
GEÇ SÜREC**

Yıldız GÜNEY KÖMÜRLÜ

2501558816

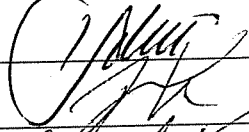
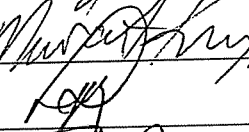
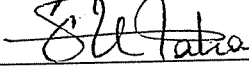


Tez Danı manı

Prof. Dr. Ahmet KÖSE

stanbul 2010

TEZ ONAYI

HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM Bilim Dalında 2501558816 numaralı YILDIZ GÜNEY KÖMÜRLÜ'NÜN hazırladığı "BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE AİLE HEKİMLİĞİNE GEÇİŞ SÜRECİ" konulu YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZİ ile ilgili TEZ SAVUNMA SINAVI Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 15. Maddesi uyarınca 14/04/2010 ÇARŞAMBA günü saat..11.00'da yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin ~~KABUL~~ne* OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ(*)	İMZA
DOÇ.DR.YAKUP SELVİ	KABUL	
DOÇ.DR.AHMET KÖSE	KABUL	
DOÇ.DR.MURAT KIYILAR	Kabul	
DOÇ.DR.FATİH YILMAZ	Kabul	
YRD.DOÇ.DR.TÜLİN ATAKAN	Kabul	

ÖZ

“B R NC BASAMAK SA LIK H ZMETLER NDEN A LE HEK ML NE GEÇ SÜREC ”, Yıldız KÖMÜRLÜ

Bu çalı manın amacı “Aile hekimli ine geçmi bölgelerde çalı anlar yeni sistemden memnun mu?” sorusuna cevap aramaktır. Sa lık hizmetlerinin tanımı, önemi, sunumu, sınıflandırılması ile sa lık hizmetlerinin siyaset, örgüt, finansman gibi etkenlerden kaynaklanan sorunları çalı manın birinci bölümünde ele alınmıştır. Sa lık hizmetlerine sa lanan finansman yöntemleri ve sorunları ikinci bölümde ayrıntılı incelenmiştir. Üçüncü bölümde ise sa lıkta dönü üm programının ayrıntıları ve aile hekimli i ile olan ba lantısı üzerinde durulmu tur.

Çalı mada literatür taraması ve arkasından alan ara tırması yani bir anket uygulaması yapılmıştır. Çe itli kurulu ve derneklerin görü ve bildirimleri ile birlikte anketten elde etti imiz bulgular bizi sonuca götürmü tür. Aile hekimli i modelinin Türkiye ko ullarında ne derece uygun bir model oldu u iyi incelenmeli ve ba arılı bir ekilde hayata geçirilebilmesi için izlenmesi gereken yol iyi planlanmalıdır sonucu çıkarılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Aile Hekimli i, Sa lıkta Dönü üm Programı, Sa lık Hizmetleri

ABSTRACT

TRANSITION PROCESS FROM PRIMARY HEALTHCARE TO FAMILY PRACTICE, Yıldız KÖMÜRLÜ

The aim of this study is to search for an answer for the question “Is the medical staff who work in the regions which pass to the family physician model satisfied with the new system”. The definition, importance, presentation, classification of health care services and the problems of health care services caused by politics, organizations, financial issues are considered in the first chapter of this study. The methods and problems about finance provided for health care services are examined elaborately in the second chapter. In the third chapter the details of transformation in health program and it’s relation with family physician model are emphasized.

Literature review and afterwards a field study-a survey- are made in this study. The opinions and declarations of various organizations and associations with our findings from the survey led us to the conclusion. A conclusion was reached that it should be well examined if the family physician model fits to Turkey’s conditions and the path which needed to be followed in order to actualise this family physician model should be well planned.

Key Words: Famil Physicianist, Transformation in Health Program, Health Care Services

ÖNSÖZ

Bu çalı ma Türkiye'deki aile hekimli ine geçmi bölgelerde çalı anların yeni sistemden memnuniyetinin ara tırılması amacıyla hazırlanmı tır.

Bu ara tırmada yo un çalı ma programı arasında bana zaman ayırarak yardımlarını esirgemeyen ba ta danı man hocam Sn. Prof. Dr. Ahmet KÖSE'ye ve di er hocalarıma ve bu çalı ma esnasında beni destekleyen aileme te ekkürlerimi sunarım. Ayrıca çalı malarımızda bize destek veren Çanakkale 1 Sa lık Müdürü Uzman Dr. İhan GÜNEY'e, Edirne li Sa lık Çalı anlarına ve Ye ilköy Sa lık Oca ı'ndaki mesai arkada larıma te ekkür ederim.

Ç NDEK LER

ÖZET-ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
Ç NDEK LER.....	v
TABLO L STES	viii
EK L L STES	x
G R	1

BÖLÜM I

1.SA LIK H ZMETLER SORUNLARI

1.1.Sa lık Hizmetlerinin Tanımı Ve Önemi	2
1.1.1.Sa lık Hizmetlerinin Tanımı.....	2
1.1.2.Sa lık Hizmetlerinin Önemi.....	4
1.2.Sa lık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	5
1.2.1.Amaçlarına Göre Sa lık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	5
1.2.1.1.Koruyucu Sa lık Hizmetleri.....	6
1.2.1.1.1.Çevreye yönelik hizmetler.....	6
1.2.1.1.2.Ki iye yönelik hizmetler.....	7
1.2.1.2.Tedavi Edici Sa lık Hizmetleri.....	8
1.2.1.3.Rehabilitasyon Hizmetleri.....	10
1.2.2.Sa lık Hizmetlerinin Sunumuna Göre Sınıflandırılması.....	11
1.2.2.1.Serbest Ba vuru Yöntemi le Sa lık Hizmetlerinin Sunumu.....	12
1.2.2.2.Sevk Zinciri Yöntemi le Sa lık Hizmetleri Sunumu.....	12
1.2.3.Sa lık Hizmeti Talebine Göre Sınıflandırma.....	14
1.2.3.1.Ki isel Sa lık.....	15
1.2.3.2.Toplumsal Sa lık.....	16
1.3. Sa lık hizmetlerinin temel sorunları.....	17
1.3.1.Siyaset Kaynaklı Sorunlar.....	18
1.3.2.Örgüt Kaynaklı Sorunlar	19
1.3.3.Finansman Kaynaklı Sorunlar.....	20
1.3.4.Hizmetlerin Üretimi ve Sunumu Kaynaklı Sorunlar.....	21

BÖLÜM II

2.SA LIK S STEM N N F NANSMANI

2.1.Sa lık Hizmetleri Finansmanı Tanımı.....	22
2.2. Sa lık Hizmetlerinin Finansmanının Elde Edilmesi.....	24
2.2.1. Genel Vergilerle.....	25
2.2.2. Sigorta ekinde, Ba kur, Emekli Sandı ı.....	27
2.2.3. Ki isel Harcama (Cepten Ödeme) Özel Sigorta(OECD).....	30
2.2.4. Gönüllü Kurulu lar ve Vakıflar.....	31

Ç NDEK LER(Devamı)

2.3. Sa lık Finansmanının Tarihsel Geli imi.....	32
2.3.1. Kamu Nitelikli Sa lık Finansmanının Geli imi.....	32
2.3.2. Özel Nitelikli Sa lık Finansmanının Geli imi.....	34
2.4. Türk Sa lık Hizmetleri Finansmanı Yöntemleri Ve Sorunları.....	36
2.4.1. Türk Sa lık Hizmetleri Finansmanı Yöntemleri.....	36
2.4.1.1. Do rudan Finansman.....	36
2.4.1.2. Dolaylı Finansman.....	38
2.4.2. Türk Sa lık Hizmetleri Finansmanı Sorunları.....	40
2.4.2.1. Kaynak Yetersizli i.....	40
2.4.2.2. Maliyetlerdeki Artı	43
2.4.2.3. Harcamaların Verimsizli i.....	46
2.4.2.4. Sa lık Hizmetlerindeki Bölgesel Da ılım.....	46
2.4.2.5. Sa lık Hizmetlerinde Koordinasyon Yetersizli i.....	47
2.4.2.6. Kontrol ve Kayıt Sistemlerindeki Sorunlar.....	47
2.4.3. Sosyal Politikanın Uluslar Arası Bakı Açılırları.....	48
2.4.3.1. Avrupa Birli i'nin Sosyal Politikası.....	48
2.4.3.2. Küreselle me Ve Refah.....	49
2.4.4. Refahın Fonksiyonu Olarak Sa lık.....	49
2.4.4.1. Sa lıkta E itsizlikler.....	50
2.4.4.2. Sa lık Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	51

BÖLÜM III

3.SA LIKTA DÖNÜ ÜM PROGRAMI ÇERÇEVES NDE A LE HEK ML MODEL

3.1.Sa lıkta Dönü üm Programı.....	61
3.1.1.Sa lıkta Dönü üm Programı Kapsamında Destek Projesi.....	61
3.1.2.Sa lıkta Dönü üm Programı Bile enleri.....	64
3.1.2.1.Sa lık Kurumlarında Etkili Yönetim için Sa lık Bakanlı ı'nın Yeniden Yapılandırılması.....	64
3.1.2.2.Sa lık Hizmetleri Sunumunun Yeniden Organize Edilmesi.....	67
3.1.2.3.Sahip Olunan nsan Kaynakları Kapasitesinin ve Niteli inin Güçlendirilmesi.....	69
3.1.2.3.1.Sa lık ve Sosyal Güvenlikte nsan Kaynakları Politikasının Planlanması.....	70
3.1.2.3.2. Halk Sa lı ı Okulunda Düzenlemeler.....	72
3.1.2.4. Sa lık ve Sosyal Güvenlik Bilgi Sisteminin Etkin Olarak Kurulması.....	73
3.1.3.Sa lıkta Dönü üm ve Aile Hekimli i.....	76

Ç NDEK LER(Devamı)

BÖLÜM IV

Birinci Basamak Sa lık Hizmetlerinden Aile Hekimli ine Geçi Sürecinde Yapılan Pilot Çalı ma

4.1. Ara tırmanın Yöntemi ve Amacı.....	84
4.2. Evren Örneklem.....	85
4.3. Sınırlılıklar.....	85
4.4. Verilerin Toplanması.....	86
4.5. Bulgular.....	87
4.5.1.Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Bulgular.....	87
4.5.2. Katılımcılara Sorulan Likert Ölçekli Sorular.....	90
4.6.Güvenirlilik Analizi.....	106
4.7.Ara tırmanın Hipotezlerine li kin Analizler.....	108
SONUÇ.....	115
KAYNAKÇA.....	118

TABLO L STES

Tablo 2.1.Kamu ve Özel Karı ımı Finansman ve Hizmet Sunumu.....	23
Tablo 2.2.Sa lık Harcamalarında Finansman Kaynaklarının Da ılımı (%).....	25
Tablo 2.3.Yıllara Göre Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri, 1999–2006, Türkiye(Bin YTL).....	29
Tablo 2.4.Sosyal Güvenlik Kurulu larının Gelir-Gider Dengesi (Milyon YTL)....	30
Tablo 2.5.Çe itli Ülkelerde Do umda Beklenen Ya am Ümidi ve Bebek Ölüm Hızı De erleri.....	41
Tablo 2.6.1980 sonrası Türkiye Nüfusunun Bölgesel Da ılım ve Artı Hızı.....	44
Tablo 2.7.Dünya Bankası I. Sınıflaması: Örgütlenme ve Finansman Sınıflandırması.....	54
Tablo 2.8.Bazı Ülkelerde Birinci Basamak Ve Hastanelerde Hekimler Tarafından Sunulan Hizmetlerin Özel Ve Kamu Ba lamı çindeki Durumu.....	56
Tablo 2.9.Sa lık Sistemleri Kar ıla tırılması.....	59
Tablo 4.1.Cinsiyete göre frekans ve yüzde da ılımı.....	87
Tablo 4.2.Medeni duruma göre frekans ve yüzde da ılımı.....	88
Tablo 4.3.Mesleklere göre frekans ve yüzde da ılımı.....	88
Tablo 4.4.Mezuniyet durumuna göre frekans ve yüzde da ılımı.....	89
Tablo 4.5. Görev yaptı ı sa lık kurulu unun fiziki ko ulları sorusuna verilen cevaplara göre frekans ve yüzde da ılımı	90
Tablo 4.6.Dinlenme odasının uygunlu u sorusuna verilen cevaplara göre frekans ve yüzde da ılımı	91
Tablo 4.7. ‘Yaptı ı i e kar ılık aldı ı ücretin tatmin ediyor mu?’ sorusuna verilen cevaplara göre frekans ve yüzde da ılımı	92
Tablo 4.8. ‘Yetki ve Sorumluluklarının açıkça belirlenmi mi?’ sorusuna verilen cevaplara göre frekans ve yüzde da ılımı	93
Tablo 4.9.Yetki ve sorumluluklarının e itli i durumuna göre frekans ve yüzde da ılımı	94
Tablo 4.10. Çalı ma saatlerinden memnuniyet düzeyine göre frekans ve yüzde da ılımı	95
Tablo 4.11.Çalı ma temposundan memnuniyet düzeyine göre frekans ve yüzde da ılımı	96

Tablo 4.12.Kurumunun hasta yüküne göre frekans ve yüzde dağılımı.....	97
Tablo 4.13.Kurumuna başvuran hasta sayısı ile ilgili memnuniyet düzeyine göre frekans ve yüzde dağılımı	98
Tablo 4.14. Hastalarında alınan kararlara dahil edilme düzeyine göre frekans ve yüzde dağılımı	99
Tablo 4.15.Çalışanların birbirleriyle olan iletişimlerine göre frekans ve yüzde dağılımı	100
Tablo 4.16.Çalışanların üst yönetim ile olan iletişim düzeylerine göre frekans ve yüzde dağılımı	101
Tablo 4.17.Sağlık hizmeti veren kişiler ile alan kişiler arasında sevgi ve saygı ortamının korunma düzeyine göre frekans ve yüzde dağılımı	102
Tablo 4.18.Çalışanlara etik davranılması konusundaki memnuniyet durumuna göre frekans ve yüzde dağılımı	103
Tablo 4.19.Mesleğinde istediği gelişme ve ilerleme için gerekli desteğin verilmesi durumuna göre frekans ve yüzde dağılımı	104
Tablo 4.20. Hastalarında uygulanmakta olan aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumuna göre frekans ve yüzde dağılımı	105
Tablo 4.21.Güvenirlilik Analizi Sonucu.....	106
Tablo 4.22.Tanımlayıcı istatistikler.....	107
Tablo 4.23. Hastalara Katılım Düzeyi ile Cinsiyet Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Bağımsız Grup t-testi.....	108
Tablo 4.24. Hastalara Katılım Düzeyi ile Medeni Durum Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Bağımsız t-testi.....	109
Tablo 4.25. Hastalara Katılım Düzeyi ile Meslekler Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi.....	109
Tablo 4.26. Hastalara Katılım Düzeyi ile Meslekler Arasındaki Farklılaşmanın Hangi Gruptan Kaynaklandığını Belirlemek Amacıyla Yapılan Post-Hoc Tukey Testi.....	110
Tablo 4.27. Hastalara Katılım Düzeyi ile Mezuniyet Durumu Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi.....	111
Tablo 4.28. Hastalara Katılım Düzeyi ile Mezuniyet Durumu Arasındaki Farklılaşmanın Hangi Gruptan Kaynaklandığını Belirlemek Amacıyla Yapılan Post-Hoc Tukey Testi.....	112

EK L L STES

ekil 1.1.Rehabilitasyon Programlarının Gerçekle me A amaları.....	11
ekil 1.2.Birinci, kinci ve Üçüncü Basamak Sa lık Hizmetleri	14
ekil 4.1.Cinsiyete göre da ılım.....	87
ekil 4.2.Medeni duruma göre da ılım.....	88
ekil 4.3.Mesleklere göre da ılım.....	89
ekil 4.4.Mezuniyet durumuna göre da ılım.....	90
ekil 4.5. Görev yaptı ı sa lık kurulu unun fiziki ko ulları sorusuna verilen cevaplara göre da ılım.....	91
ekil 4.6. Dinlenme odasının uygunlu u sorusuna verilen cevaplara göre da ılım.....	92
ekil 4.7. ‘Yaptı ı i e kar ılık aldı ı ücretin tatmin ediyor mu?’ sorusuna verilen cevaplara göre da ılım.....	93
ekil 4.8. ‘Yetki ve Sorumluluklarının açıkça belirlenmi mi?’ sorusuna Verilen cevaplara göre da ılım.....	94
ekil 4.9.Yetki ve sorumluluklarının e itli i durumuna göre da ılım	95
ekil 4.10. Çalı ma saatlerinden memnuniyet düzeyine göre da ılım	96
ekil 4.11.Çalı ma temposundan memnuniyet düzeyine göre da ılım.....	97
ekil 4.12. Kurumunun hasta yüküne göre da ılım.....	98
ekil 4.13. Kurumuna ba vuran hasta sayısı ile ilgili memnuniyet düzeyine göre da ılım.....	99
ekil 4.14. yerinde alınan kararlara dahil edilme düzeyine göre da ılım.....	100
ekil 4.15. Çalı anların birbirleri ile olan ileti imlerine göre da ılım.....	101
ekil 4.16. Çalı anların üst yönetim ile olan ileti im düzeylerine göre da ılım...	102
ekil 4.17. Sa lık hizmeti veren ki iler ile alan ki iler arasında sevgi ve saygı ortamının korunma düzeyine göre da ılım.....	103
ekil 4.18. Çalı anlara e it davranılması konusundaki memnuniyet durumuna göre da ılım	104
ekil 4.19. Mesle inde istedi i geli me ve ilerleme için gerekli deste in verilmesi durumuna göre da ılım.....	105

G R

Sa lık hizmetleri, insan sa lı na zarar veren çe itli faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmı olanların i e alı tırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir. Hastalıkların te his, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sa lık düzeyinin geli tirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelirken, hem bireylerin hem de bir bütün olarak tüm toplumun vazgeçilmez temel be eri hakları olan sa lık hakkı güvence altına alınır.

Ki isel bir hak olan sa lık hakkı çe itli hizmetler yoluyla be eri hayata dâhil olur. Sa lık hizmetleri bireylerin ya am standartlarını iyile tirmeyi ve yükseltmeyi amaçlayan temel hizmetlerin ba nda yer almaktadır. Ki i sa lık hizmetlerini do al nedenlerle talep etti i gibi, gelir sa layarak gerek kendi gerekse ailesinin ya am gereksinmelerini kar ılamak amacı ile de talep eder.

Bireysel sa lık hizmetleri talebi, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sa lık hizmetleri alanında olmakla birlikte, bireysel sa lık hizmetleri talebinin en fazla oldu u sa lık hizmetleri alanı tedavi sa lık hizmetleridir.

Bireysel sa lık hizmetlerinin yanı sıra ki isel sa lık hakkını korumak için toplumsal bir otokontrol de gereklidir. Bu da ancak toplumsal sa lık hizmetleri ile mümkündür. Toplumsal sa lık hizmetleri talebi genellikle koruyucu sa lık hizmetleri niteliindedir.

Sosyal devlet olma vasfı sa lık hizmetlerinin devlet tarafından teminini zorunlu kılmaktadır. Bu sebepten ötürü sa lık hizmetleri kamu tarafından sunulmaktadır.

BÖLÜM I

1.SA LIK H ZMETLER SORUNLARI

1.1.SA LIK H ZMETLER N N TANIMI VE ÖNEM

1.1.1.Sa lık Hizmetlerinin Tanımı

Dünya Sa lık örgütü (WHO)'unun tanımına göre, sa lık tanımı: sadece hastalık ve sakatlı ın yoklu u de il "insanların fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir".¹ Sa lık genel olarak sa lıksız olmama halini ifade etmektedir. Sa lıksız olmanın ne anlama geldi i konusunda biyomedikal, fonksiyonel, kültürel olmak üzere üç yakla ım geli tirilmi tir. Bunlardan birincisi olan biyomedikal yakla ıma göre sa lıksızlık, tamamen tıbbi olan, çe itli hastalıklar halidir. Fonksiyonel yakla ıma göre, duyu ve yeteneklerin bozulması ve fonksiyonların yerine getirilmesindeki yetersizlikler sa lıksız olarak kabul edilmektedir. Kültürel yakla ım ise, fonksiyonel yakla ımla ili kili olarak hasta bir bireyin toplum içindeki yerini, sorumluluklarını ve toplumun bu bireye yönelik davranı larına a ırlık vererek sa lıksız olma halini açıklamaktadır.²

Bir ba ka tanıma göre insan sa lı ına zarar veren çe itli faktörlerin yok edilmesi, muayene ve tedavi edilmesi bedensel, ruhsal yetenekleri azalanların kendi kendilerine yeterli hale getirilmesi için gösterilen tıbbi çabaların tümüne “ Sa lık Hizmetleri” denmektedir.³

Tedavi, koruma veya beslenme biçiminde olsun tüm sa lık hizmetlerinin nihai hedefi insandır. Bütün yatırımlar, do rudan do ruya veya dolaylı olarak “ insan” için yapılır. nsanların mutlulu unun asıl kayna ı ise, her eyden önce

¹ Mithat Çoruh, **Nüfus ve Sa lık: Türkiye'nin Geli mesinde Nüfus Olgusu**, Ankara, Battale Enstitüsü, 1983, s.1.

² Ömer Faruk Batrel, “Sa lık Hizmetleri ve Devlet Politikası”, Cilt.3, Sayı.3, stanbul, **Marmara Üniversitesi .B.F. Dergisi**, 1986, s.171.

³ Nusret Fikri, **Halk Sa lı ma Giri**, Ankara, 1983, s.4.

sa lıktır.⁴ Sa lık hizmetleri kavramının İngilizce kar ılı ı olan “Health Services” kavramı kamu sa lık örgütlerinin çalı masını kapsar. Dilimizde bu genel olarak sa lı ın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalı malar anlamında kullanılır.⁵

Sa lık hizmetleri, hastalıkların te his, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sa lık düzeyinin geli tirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir. Sa lık hizmetleri ki isel olarak ya da kurumsal olarak sunulabilir. Geli mi ülkelerde üst düzey kurumsalla ma söz konusu oldu undan, sa lık hizmetlerinin örgütler tarafından sunulması daha yaygındır. Özellikle, sunulan son hizmetlerin bir ekip ile üretilmesi ve daha etkin sunulabilmesi kurumsal dü ünmeyi ve uygulamayı zorunlu kılabilir. ⁶

Türkiye'nin 1978 yılında imza attı ı Alma-Ata Bildirgesi Temel Sa lık Hizmetlerini (TSH) önceleyerek “2000 Yılına Kadar Herkese Sa lık Amacı”nı hedef almaktadır. Bildirgede TSH öyle tanımlanmaktadır: “TSH bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile ülke ve toplumca kar ılanabilir bir harcama kar ılı ında onlara götürülen esas sa lık hizmetidir. TSH, ülkenin sa lık hizmetinin çekirde ini olu turur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sa lık hizmetinin, insanların ya adı ı ve çalı tı ı yerlerin mümkün oldu u kadar yakınına götürülmü , bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk ba vurduğu yeri olan sa lık hizmeti zincirinin birinci halkasını olu turur. Alma- Ata Bildirgesine göre “Tüm hükümetler temel sa lı ı ba latmak ve yürütmek ve bu konuda ulusal politika, strateji ve çalı ma planları olu turmakla yükümlüdürler.” Bildirgede yer alan hükümler do rultusunda devlet en azından halkın sa lık e itimini, beslenme durumunun geli tirilmesini, temiz su sa lanması ve arıtılmasını, ana- çocuk sa lı ı ve aile plânlamasını, ba lıca bula ıcı hastalıklara kar ı ba ı ıkla mayı, endemik hastalıkların kontrolünü, sık

⁴ Turan Yazgan, “Güneydo u Anadolu bölgesinde Sa lık Hizmetlerinin Bugünkü Durumu ve Geli im Hedefleri”, stanbul, **Türk Dünyası Ara tırmaları Dergisi**, Aralık 1979, s.3.

⁵ Kenan Buluto lu, **Kamu Ekonomisine Giri** , stanbul, Sermet Matbaası, 1971, s.4.

⁶ ahin Kavuncuba ı, Hastaneler ve Sa lık Kurumları Yönetimi, Ankara, Siyasal Kitabevi, 2000, s.34.

görülen hastalıklar ve travmaların uygun tedavisini, temel ilaçların teminini sağlamak durumundadır. Bunu gerçekleştirenin temel amacı bu 6 ögeyi temel alır.⁷

- (1) Sağlık, ekonomik ve sosyal kalkınmanın temel ögesidir.
- (2) Toplum, sağlık hizmetlerinin planlama ve uygulamasına katılmalıdır.
- (3) Sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliği temeldir.
- (4) Sağlık hizmetleri toplumdaki herkese onların kabul edebilecekleri biçimde ve bütünüyle ücretsiz olarak verilmelidir.
- (5) Ekip anlayışı içinde hekim dışı personel kullanımına önem, gerekirse öncelik verilmelidir.
- (6) Hizmetlerin her kademesinde o ülkeye uygun teknoloji kullanılmalıdır.

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Önemi

Sağlıklı bir toplumun sağlıklı bireylerle başlıca bilincine varan ve insana değer veren bütün uygar ülkelerde, en büyük yatırım sağlıklı yaşamı korumak ve iyileştirmekle görevli sağlık sektörüne yapılır ve sağlık hizmetlerine ulusal gelirden önemli bir pay ayrılır.⁸

Günümüzde, rekabete dayalı bir ortamda faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarında verilen tıbbi bakımın kalitesi hastanın doyum düzeyi ile ölçülmektedir. Dolayısıyla, rekabete dayalı bir ortamda seçkin bir uzmanlık ve üstünlük elde etmenin yolu, hasta doyumunu sağlayabilen kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır. Bu hastanelerin geleneksel olarak benimsedikleri yaklaşımdan 180 derece farklı bir tutumdur. Bu farklılığın, hastaları cezp etmek ve ellerinde tutmak için işletme-pazarlama tekniklerinin kullanımına cesaret veren günümüz sağlık endüstrisinin kompetitif (yarı macı) çevresi ile ilişkisi vardır; ulusumuzda var olan tüketicilik eğilimi ile ilişkisi vardır; sağlık çalışanları ve toplumda gittikçe artan

⁷ Zafer Öztekin, "Temel Sağlık Hizmetleri", Ankara, **Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı**, 1992, s.5-6.

⁸ Fulya Sarvan, "Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi", Eskişehir, **Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Dergisi**, Cilt.1, Sayı.1, Haziran, 1994,s.210.

“tüketicilerin kendi sa lık bakımlarında aktif katılımcı olma hakları vardır” bilinciyle ili kisi vardır.⁹

Bireylerin birbirleriyle veya toplumla uyum içinde ya amaları için bazı artların yerine getirilmesi zorunludur. Bu artlar arasında tedavi hizmetleri, sa lıklı konut, dengeli beslenme, e itim, sosyal güvenlik ve sosyal refah, ekonomik kalkınma, adil gelir dağılımı vb. konular sıralanabilir. Ancak sıralama yapmak gerekti inde, ilk sırayı sa lık hizmetleri alır. Çünkü be eri ihtiyaçlarının ba ında biyolojik ihtiyaçlar, biyolojik ihtiyaçların ba ında da “sa lıklı olma” ihtiyacı gelir.¹⁰

Sa lık hizmetlerinin sunumu ile birlikte bireysel ve toplumsal olarak herkesin insani hakkı olan sa lık hakkı güvence altına alınmalıdır.

1.2.Sa lık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sa lık hizmetleri; amaçlarına, hizmetlerin sunumuna, hizmet taleplerine göre üç ba lıkta sınıflandırılmı tır. Amaçlarına göre sınıflandırma ba lı ı altında koruyucu sa lık hizmetleri, tedavi edici sa lık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri incelenmi tir. Hizmetlerin sunumuna göre sınıflandırma ba lı ı altında serbest bavu ru yöntemi ile sa lık hizmetlerinin sunumu ve sevk zinciri yöntemi ile sa lık hizmetleri sunumu incelenmi tir. Hizmet taleplerine göre sınıflandırma ba lı ı altında ki isel sa lık toplumsal sa lık incelenmi tir.

1.2.1.Amaçlarına Göre Sa lık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sa lık hizmetleri sosyal hizmetler içerisinde de, bireyin sa lı ının, kendisine ba lı bedensel ve ruhsal unsurları kapsayan içsel faktörlerin yanı sıra, sosyal ve çevresel unsurları kapsayan dı sal faktörlerden etkilenmesi nedeniyle

⁹ Seher Arıkan Yurt, “Hem irelik Hizmetlerinin Hasta Doyumu Üzerine Etkisi”, M.Ü. Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamı Yüksek Lisans Tezi, stanbul, 1999, s.2.

¹⁰ Mehmet Sami Acarözmen, “Türkiye’de Sa lık Harcamalarının Müessiriyeti”, stanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamı Yüksek Lisans Tezi, stanbul, 1982, s.5.

de erlendirilmektedir. Sa lık hizmetleri bireylerin ya am standartlarını iyile tirmeyi ve yükseltmeyi amaçlayan temel hizmetlerin ba ında yer almaktadır. Sa lı ın, bireysel ve toplumsal bir sorumluluk oldu u görü ü giderek önem kazanmaktadır.

Finansman kaynaklarını, finansman yöntemlerini ve sa lık kaynaklarının istihdamını do rudan etkilemek sa lık hizmetlerinin amacıdır. Sa lık hizmetlerinin koruyucu, tedavi ya da rehabilitasyon amaçlı olması, de i ik hastalık gruplarının bireysel ve toplumsal sonuçları itibariyle neden, hangi finansman kaynaklarından ve ne miktarlarda finanse edilmesi gerekti inin belirlenmesi açısından önem arz etmektedir. Sa lık hizmetlerinin amacı, hastalıklardan korunmak, hastalıkların te his edilmesi, tedavi edilmesi ve rehabilite edilmesidir.

1.2.1.1.Koruyucu Sa lık Hizmetleri

Alma- Ata Bildirgesinde, bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile ÷lke ve toplumca kar ılanabilir bir harcama kar ılı ında onlara götür÷len esas sa lık hizmetleri olarak tanımlanmıştır.¹¹

Bu hizmetler çevreye yönelik ve ki iye yönelik olarak ikiye ayrılır.

1.2.1.1.1.Çevreye yönelik hizmetler

Bu hizmetlerin amacı; çevremizde sa lı ı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya ki ileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir.

“ Çevre sa lı ı hizmetlerinde geni ölçüde azalan maliyetler kuralı vardır. Belli bir harcama seviyesinin altında kalan ödenekler toplum üyelerinin sa lı ını belli bir hastalı a kar ı koruma bakımından etkisizdir ya da pek az etkilidir. Belli bir

¹¹ Zafer Öztekin, **Temel Sa lık Hizmetleri**, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sa lı ı Anabilim Dalı Yayını, No 86/33 Kısa Dizi No:1 1986, s.20.

ek aldıkdan sonra, her ilave harcamanın hastalık rizikosunu azaltmadaki etkinli i yükselir. Nihayet koruma harcamaları belli bir düzeyi a tıktan sonra da azalan verimler elde edilmeye ba lanır.¹²

“Çevre, hastalık bula masına ne derece elveri li ise, özel harcamalarla çevrenin etkisinden korunma o kadar pahalıdır. Çevre sa lı ı, etkinlik açısından, kamusal bir hizmettir. Çevre sa lı ı hizmetlerinden belli bir en az üretim sa lanınca, hizmet ihtiyacı artık gelir artı na kar ı esnek de ildir. Bu sebepten, sa lık koruma hizmetlerinin bütçedeki payı ülkeler zenginle tikçe azalmaktadır.¹³

1.2.1.1.2. Ki iye yönelik hizmetler

Bu hizmetler do rudan hekim, ebe, hem ire gibi sa lık meslekleri mensuplarının yürütt ü hizmetlerdir. Bunlar yedi grupta toplanmaktadır.

- Ba ı ıklık kazandırma
- Beslenmeyi düzenleme
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisini sa lama
- A ır ı do urganlı ın kontrolünü sa lama
- laçla koruma
- Ki isel hijyeni ve
- Sa lık e itimini sa lamadır.

A ır ı do urganlı ın kontrolü de bugün geli mekte olan ülkelerde ki iye yönelik koruyucu sa lık hizmetlerinde önemli bir yer tutmaktadır.

Geli mekte olan ülkelerde, ailelerin büyük ço unlu u do um kontrol yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmadı ı için bakamayacakları sayıda çocu a sahip olurlar. Geliri yüksek olan aileler istedikleri zaman ve istedikleri kadar çocuk sahibi olabilirler. Çünkü gelir düzeyi yükseldikçe e itim ve bilgi düzeyleri yükselir, ayrıca

¹² Buluto lu, a.g.e, s.297.

¹³ Buluto lu, a.g.e, s.298.

do um kontrol yöntemlerinden yararlanacak maddi güce sahiptirler. Oysa yoksul aileler, bilgisizlikten ve di er olanakları kullanacak gelirleri olmadı ından istemedikleri ölçüde çocuk sahibi olmaktan kaçınamazlar.

Do al kaynakların kıt, gelirin dü ük, i sizlik oranının yüksek oldu u bir ülkede, istenmemi ancak gerçekle mi do umlar büyüme hızını dü ürebilir. Hızlı nüfus artı ı sa lık, e itim, barınma ve kent hizmetleri ihtiyacını hızla arttırır. Ki inin ve toplumun sa lı ının korunup geli tirilmesi için ki iye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder.¹⁴

Tedavi edici sa lık hizmetlerinden farkı özel ve kamusal fayda olarak birle ik ürün yaratmaz, tek ürün toplumda hastalık olasılı ının azaltılmasıdır. Koruma hizmetlerinin üretimi ki ilerinin fizik varlıkları üzerinde de il daha çok çevrede gerçekleşir.¹⁵ Bu hizmetlerle toplumda hastalık görülme olasılı ının azaltılması amaçlandı ından, ödeme gücü olsun olmasın tüm toplum üyeleri bundan e it ölçüde yararlanır, yani dı sal yarar söz konusudur. Bir ba ka deyi le koruyucu sa lık hizmetleri gelir da ılımındaki dengesizlikleri giderici özellik ta ır.¹⁶

1.2.1.2. Tedavi Edici Sa lık Hizmetleri

Bireyin sa lık durumundaki rahatsızlıkların giderilerek, bireyin iyile mesinin sa lanması tedavi edici sa lık hizmetleri kapsamındadır. Bu hizmetlerin gere ine uygun sunulması hem bireylere içsel fayda hem de topluma dı sal fayda sa lar. Sa lık durumlarında bozuklukları olan bireyler mali yetersizlik, cehalet ya da korku gibi sebeplerle tedavi olmazsalar topluma dı sal negatiflik yayılmı olur. Tedavi hizmetlerinin bazılarının sadece dı sal fayda sa lama özelli i bulunur. Mesela tüm toplumun a ılanması ko uluyla tifo, çiçek gibi hastalıkları önlemek için yapılan a ılardan sonuç alınabilir.

¹⁴ Buluto lu, **a.g.e.**, s.283.

¹⁵ Buluto lu, **a.g.e.**, s.283.

¹⁶ Nesrin E. Çilingiro lu, “Sa lık Hizmetleri ve Sa lık Ekonomisi”, Ankara, **Turkish Journal of Population Studies**. Vol.10, 1988, s.46.

Hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetlerine tedavi edici sağlık hizmetleri denir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, tehlikenin zararından kurtarıcı bir etkidir. Çünkü tehlikenin birçoğu ferdin çalıma gücünü geçici veya sürekli olarak ortadan kaldırmaktadır. Aslında kazancın kesilmesi toplumun büyük kesimi için bu sebeple ortaya çıkmaktadır. Başka bir ifade ile kazancın eksilmesi veya kesilmesi, maaş ve aile geliri hariç, bütün tehlikelerin çalıma gücünün ortadan kaldırılmasının bir sonucudur.¹⁷

Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel fayda daha ön plandadır.¹⁸ Fakat bireyin tedavi görmesi sonucunda tüm toplumun fayda görmesi de kaçınılmazdır. Devletin toplum üyelerine kamu hizmeti olarak sağladığı tedavi hizmetlerinin toplam faydası, kişisel sağlanan bölünebilir fayda ile topluma sağlanan bölünmez faydanın toplamıdır. Bu hizmetlerde sosyal fayda, hastalığın bulaıcı olma derecesine veya hastanın etrafı için tehlikeli olma derecesine bağlıdır.¹⁹

İl düzeyinde sağlık hizmetleri Valiliklerin gözetimi altında Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. İl Sağlık Müdürü tüm TSH'nin sunumundan sorumludur. Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri aile, hizmetlerin ve olanakların köy seviyesine kadar ulaştırabilmesini amaçlar. Sağlık hizmetinin en temel birimi, 2500–3000 kişilik bir nüfusa hizmet veren ve bir ebeğin bulunduğu Sağlık Ocaklarıdır. Sağlık Merkezi ise 5000–10.000 kişilik bir nüfusa hizmet verir ve personel olarak bir doktor, bir hemşire, bir sağlık memuru, ebeler, çevre sağlığının teknisyeni ve bir oför bulunur. Sağlık merkezleri tam tekküllü ve çok yönlü temel sağlık hizmeti sunarlar. Bunlara ek olarak yine koruyucu sağlık hizmeti sunan Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ve Verem Dispanserleri vardır. Bu

¹⁷ Turan Yazgan, “Kırsatçılar için Sosyal Güvenlik Ders Notları”, İstanbul, 1992, s.203.

¹⁸ Sava Yıldırım, “Sağlık Hizmetlerinde Harca ve Maliyet Analizi, DPT Uzmanlık Tezi, Yayın No:2350, 1994, s.13.

¹⁹ Bulutolu, a.g.e., s.270.

sa lık sistemi a 1, TSH, anne ve çocuk sa lı ı ve halk e itimi hizmetleri sunmakla yükümlüdür²⁰

1.2.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

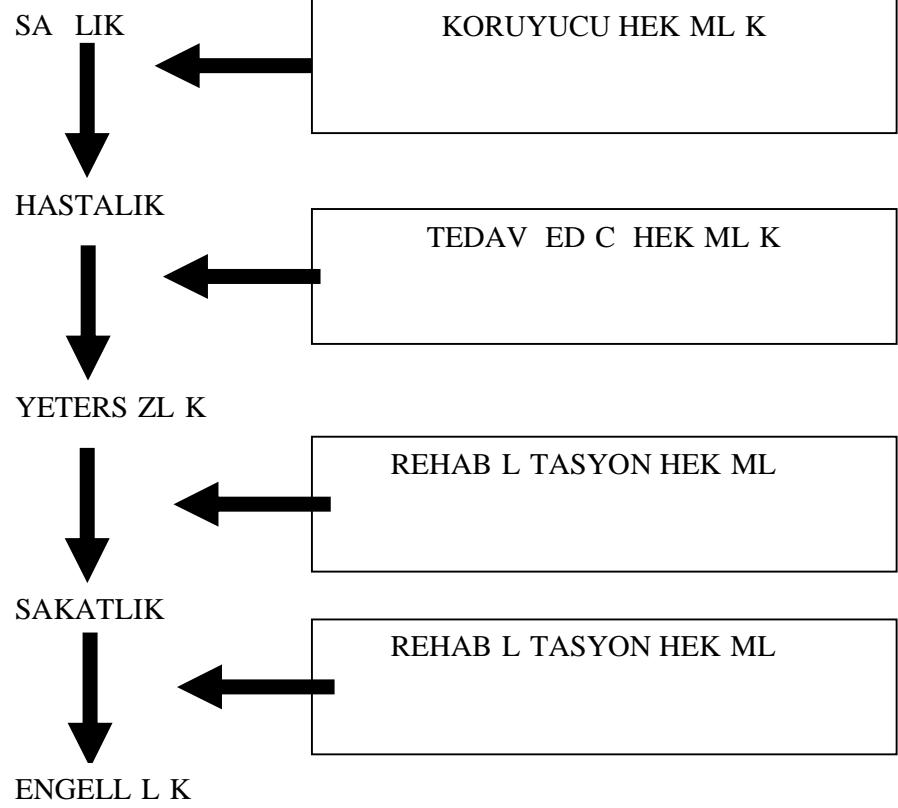
Sakatlara çalı ma olana ı ve i gücünü kaybedenlere i gücü sa layan rehabilitasyon hizmetlerinin birincisi tıbbı rehabilitasyondur ve hekimler ile di er sa lık personeli tarafından yapılır, ikincisi ise sosyal rehabilitasyondur ve sosyal hizmet uzmanları tarafından yapılır.

“Bir ülkede sa lık hizmetlerinin iyile tirilmesi, o ülkede koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili yatırımlara ayrılan kaynak ile do ru orantılıdır. Dolayısıyla ülkelerin kalkınmı lı ı ile sa lık hizmetlerine verilen önem arasında do ru orantılı bir ili ki vardır. Bir görü e göre, geli mekte olan ülkelerde kaynakların sınırlı olması nedeniyle sa lık hizmetleri ile ilgili yatırımlara az kaynak ayrılmaktadır. Dolayısıyla, ülkeler kalkındıkça sa lık hizmetlerine ayrılan payı arttırmırlar. Alma-Ata yükselmesine yol açaca ı gibi, sa lıklı bir toplumun kalkınmaya olumlu bir etki yapaca ı vurgulanmaktadır.”²¹ Sonuç ne olursa olsun, kalkınmı lık ve sa lıklı toplum arasında do rudan bir ili ki vardır.

Hekimli in son ve geli meye en açık a aması; gerek kavram ve gerekse program içeri i de i en rehabilitasyondur. Sa lı ın bozulmasını sırasıyla hastalık, yetersizlik, sakatlık, engellilik ekinde tanımlanan bozukluklar izlemektedir. Yetersizlik; organ düzeyindeki, sakatlık; bireysel düzeydeki bozuklukları ifade eder. Rehabilitasyonun amacı ise, sakatlı ı önlemek, sakatlık ve sonuçlarının tedavisini sa lamak fonksiyon kayıplarının telafi edilmesini sa lamaktır. Rehabilitasyon hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici amaçları gerçekte tirecek özelliklere sahip olmalıdır. Rehabilitasyon programlarının gerçekte me a amalarını a a ıda yer aldı ı biçimde ematize edilebilir.

²⁰ Aykut Toros, “Türkiye Nüfus Ve Sa lık Ara tırması 1998”, Ankara, **Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü**, 1999, s.7.

²¹ Öztekin, 1986. a.g.e., s.20.



ekil 1.1. Rehabilitasyon Programlarının Gerçekle me A amaları

Kaynak: smet Çetinyalçın ve Hasan O uz, “Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonunun Anlamı, Amacı, Dünü, Bugünü, Yarını”, Ankara, **Tıbbi Rehabilitasyon**, (Ed. Doç. Dr. Hasan O uz), 1995.

Rehabilitasyon programları sa lı ın; yetersizlik, sakatlık ve engellilik düzeyinde bozulması durumunda fonksiyonel olmaktadır. Bu düzeylerde önleyici, tedavi edici, rehabilite edici ve e itici amaçlarını gerçekle tirebilmektedir.

1.2.2.Sa lık Hizmetlerinin Sunumuna Göre Sınıflandırılması

Sevk zinciri yöntemi ile sa lık hizmetleri sunumu ve serbest ba vuru yöntemi ile sa lık hizmetlerinin sunumu olmak üzere iki ba lı a ayrılmı tır.

1.2.2.1.Serbest Ba vuru Yöntemi ile Sa lık Hizmetlerinin Sunumu

Bireyler birinci basamak sa lık hizmetlerini ço u zaman daha üst basamak sa lık merkezlerinden sa lık hizmeti sunumunda sevk zinciri olu turulmadı ı durumlarda almaya çalı maktadırlar. Bu durum kaynakların etkin kullanımı bozmakta ve irrasyonel kaynak tahsisine yol açmaktadır. Halen Türkiye 'de Emekli Sandı ı'na ba lı emekliler, Ba -kur emeklileri ba vuru serbestli ine sahiptirler ve ço u zaman birinci düzey sa lık hizmetlerini almak üzere üçüncü basamak ve referans niteli indeki sa lık merkezlerine ba vurmaktadırlar. Böylece üst düzey sa lık merkezlerinde uzun bekleme süreleri olu maktaki, bu merkezlerden sa lık hizmeti alması gereken bireyler zamanında ve yeterli sa lık hizmeti alamamaktadırlar.

Bu yöntemde ki ilerin istedikleri sa lık kurulu una herhangi bir sevk ya da yönlendirmeye tabi olmadan ba vurmaları esasına dayanmaktadır. Bu yöntemde ki iler birinci, ikinci veya üçüncü basamak sa lık hizmeti sunan kurulu lara direkt olarak müracaat edebilmekte ve ihtiyaçları olan sa lık hizmetini do rudan ba vuruda buldukları sa lık kurulu undan talep edebilmektedirler. Bu ekildeki bir sa lık hizmetinin arzı ülke kaynaklarının rasyonel olmayan bir biçimde kullanılmasına neden olmaktadır. Ayrıca bu hizmetlerin bu ekilde sunumu sonucunda hastanelerde yı ılmalar ve zaman kayıpları ortaya çıkmaktadır. Sa lık Oca ında çözülebilecek bir sa lık problemleri için Üniversite Hastanelerine ba vuruda bulunulabilmesi durumunda ise üçüncü basamak bir sa lık hizmeti alması gereken bir hasta gereksiz yı ılmalardan dolayı sa lık hizmetini zamanında ve yeterli düzeyde alamamaktadırlar.

1.2.2.2. Sevk Zinciri Yöntemi ile Sa lık Hizmetleri Sunumu

Bu yöntemde ise sunulan sa lık hizmetlerinin niteliklerine göre basamaklandırılması ve bu basamaklar arasında geçi in evke ba lanması ilkesinden hareket edilmektedir. Bu yöntem kaynakların daha etkin kullanılmasını sa lamak

amacıyla kurulmu tur. Bu yöntemde sa lık hizmetleri üç basamak ekinde belirlenmektedir.

Sa lık hizmetlerinin hizmet niteli ine göre basamaklara ayrılarak ve bu hizmetlerin bir sevk zinciri olu turularak arz edilmesi temeline dayanmaktadır. Sevk zinciri etkin kaynak tahsisi ve kaynak kullanımını sa lamak amacıyla uygulanmaktadır. Sevk zinciri geli mi ülke sa lık hizmeti sistemlerinde (ngiltere, Almanya gibi) sıklıkla görölmektedir. Türkiye’de de Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandı ı’na ba lı çalı an kesim ve Ye il Kart uygulamasında görölmektedir.

Sevk zinciri olu turularak verilen sa lık hizmetlerini de i ik düzeylerde incelemek mümkündür. Bu açıdan sa lık hizmetlerini birinci basamak, ikici basamak, üçüncü basamak sa lık hizmetleri olarak sınıflandırmak mümkündür. Birinci basamak sa lık hizmetleri; birey ve çevreye yönelik koruyucu sa lık hizmetleri, ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, sa lık kontrolleri, evde bakım, ilk yardım gibi sa lık hizmetlerini kapsamaktadır. kinci basamak sa lık hizmetleri; tıbbi bilgiler çerçevesinde tanı, tedavi ve rehabilitasyon amacıyla ayakta ya da yatakta sunulan sa lık hizmetlerini olu turmaktadır. Üçüncü basamak sa lık hizmetleri; Özel dal Hastaneleri (Onkoloji hastaneleri, Sanatoryumlar, Akıl ve Ruh Sa lı ı Hastaneleri gibi), E itim Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri’nde verilen sa lık hizmetlerinden olu maktadır.

S GORTA S STEMLER				
B R NC L SA LIK H ZMETLER		K NC L SA LIK H ZMETLER		ÜÇÜNCÜL SA LIK H ZMETLER
SA LIK KAPAS TES N N YÜKSELT LMES	ÖZGÜL KORUMA ÖNLEMLER	ERKEN TANI VE UYGUN TEDAV	GÖRMEZL N DURDURULMASI	REHA L TASYON ÇALI MALARI
GENEL S GORTA H ZMETLER				
VEREN SA LIK S GORTA S STEM		C L K SA LIK S GORTA S STEM		

ekil 1.2. Birinci, kinci ve Üçüncü Basamak Sa lık Hizmetleri

Kaynak: H. Hilmi Sabuncu, “ Sa lı ı Sigorta Sistemi-Çalı anların Sa lı ı Sigortası”, Yeditepe Üniversitesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Kayı da 1, stanbul, http://www.csqb.gov.tr/www.isggm.gov.tr/htdocs/files/konfsunum/Hilmi_Sabuncu.doc (10.02.2009)

Ülkemizde sevk zinciri sa lıklı olarak i lememektedir. Sadece Ye il kartlı hastalarda bu sistem uygulanmaktadır. Geli mi ülkelerde ise birinci basamak sa lık hizmetleri sunan Aile Hekimli i Kurumu mevcuttur. Bu ülkelerde aile hekimli i uygulaması ile sevk zinciri i letilebilmektedir.

Sevk zinciri olu turularak sa lık hizmeti verilen sistemlerde, verecekleri hizmetler konusunda hekimlere iyi e itim verilmedi inde hastaların alaca ı hizmet yetersiz kalabilecektir.

1.2.3.Sa lık Hizmeti Talebine Göre Sınıflandırma

Sa lık hizmeti talepleri ki isel sa lık talepleri ve toplumsal sa lık taleplerine göre hizmet sunulması olarak ikiye ayrılmı tır.

1.2.3.1.Ki isel Sa lık

Sa lık hizmetleri talep eden bilinçli bir tüketicinin amacı, hastalanmasını önlemek veya hastalandı ında en kısa zamanda iyile erek ya am süresini uzatmaktır. “Ki i sa lık hizmetlerini do al nedenlerle talep etti i gibi, gelir sa layarak gerek kendi gerekse ailesinin ya am gereksinmelerini kar ılamak amacı ile de talep eder.”

Sa lık hizmeti taleplerindeki, gelece e yönelik gelir sa lama amacının mevcudiyeti, özellikle serbest meslek sahiplerinde çok belirgindir. Bu mesleklerde sa lık sigortaları mevcut olsa dahi, bu sigortalar sa lıksız statünün sebep oldu u gelir kayıplarını sa lamaktan acizdirler. Bu nedenle, serbest meslek sahiplerinin sa lık taleplerinde, do al nedenlerin yanı sıra, gelir sa lamaya elveri li sa lık statüsüne kavu ma amaçları da a ır basar. Ki iler in sa lık hizmeti taleplerinde bazı özel durumlarda etkendir. Örne in profesyonel sporcuların vücut geli tirmeye yönelik sa lık hizmeti talepleri, fiziki yeteneklerini artırmak için yaptıkları harcamalar, bazı sanatç uların mesleki ya amlarını daha iyi ko ullarda sürdürebilmek ve daha yüksek gelir seviyelerine ula mak için yaptıkları belirli sa lık talepleri bu türden sa lık hizmeti talepleridir.²²

Koruyucu sa lık hizmetleri, tedavi edici sa lık hizmetleri ve rehabilite edici sa lık hizmetleri ki isel sa lık hizmetleri alanında olmaktadır. Ki isel sa lık hizmetleri talebi en çok tedavi edici sa lık hizmetlerine olmaktadır. Sa lık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç grupta toplanmı tır. Koruyucu sa lık hizmetlerinin temel amacı; insan ve çevre sa lı ı önlemlerini alarak hastalık ve deformasyon olu umunu engellemektir. Tedavi edici sa lık hizmetleri; ortaya çıkmı sa lık sorunlarını ve hastalıkları gidermeyi amaçlar. Rehabilite edici sa lık hizmetleri ise tıbbi olarak giderilmi sa lık sorunlarının ve hastalıkların ki i ve toplum üzerinde kalıcı olumsuz etkiler bırakmasını engellemeyi veya en aza indirmeyi amaçlar. Ki inin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden eski sa lı ına kavu turulması temel amaçtır. Bu ekilde ki inin ailesinin, çevresinin ve

²² Bora Ocakç ıo lu, “Be eri Sermaye Teorisi ve Vergi Alanına Uygulanması”, stanbul, Yayınlanmamı Doçentlik Tezi, Mart 1979, s.124.

toplumun sa lık kalitesi korunmu olur ²³Koruyucu sa lık hizmetlerine yeterice önem verilmedi i zamanlarda tedavi edici sa lık hizmetlerine olan talepte artı olmaktadır.

1.2.3.2.Toplumsal Sa lık

Bireysel sa lık hizmetleri talebi, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sa lık hizmetleri alanında olmakla birlikte, bireysel sa lık hizmetleri talebinin en fazla oldu u sa lık hizmetleri alanı tedavi edici sa lık hizmetleridir. Yeterli ve nitelikli koruyucu sa lık hizmeti verilemedi inde, tedavi edici sa lık hizmetleri talebi artmaktadır.

Toplumsal sa lık hizmetleri talebi genellikle koruyucu sa lık hizmetleri niteli indedir. Koruyucu sa lık hizmetleri tehlikenin kendisine kar ı bir mücadele eklidir. Tehlikenin önlenmesi, temelde fert ve toplum güvenli ine bir katkıyı ifade etmektedir.

Koruyucu sa lık hizmetleri, ki inin ve toplumun sa lı nın korunup geli tirilmesi için ki iye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü kapsamaktadır. Koruyucu sa lık hizmetleri ki ilerde hastalı nın tedavisi ile do rudan ilgili de ildir. Ancak a ı hariç ki ilerın fiziki varlıkları ile ilgili olmakla birlikte ki ilerın çevresine yönelik hizmetler sunarak fertlerin sa lı nın korunması ve iyile tirilmesine dolaylı olarak etki eder. Koruyucu sa lık hizmetleri alanına; a ılama, içme suyunun ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sa lı ı, hastalık tarama programları, hıfzıssıhha tedbirleri, atıkların denetimi, hayvan hastalıklarının denetimi, hava ve su kirlili i gibi hastalık riski ta ıyan çevre artlarının kontrolü gibi faaliyetler girmektedir.

Günümüzde koruyucu hizmetlerin kapsamı daha da geni leyerek sa lıklı su rezervlerinin temini, halk sa lı nı koruma tedbirlerinin yanı sıra beslenme, aile

²³ Men ure Gülkanat ve Bilge Etyemez, “Türkiye’de Rehabilitasyon Hizmetleri ve Fizyoterapi” Mesle i, <http://www.kadikoyhastanesi.com.tr/node/579> (30.01.2009).

planlaması, kronik hastalıkların önlenmesi ve erken teşhis gibi temel olarak tüm nüfusun sağlık hizmetlerini de kapsamaya başlamıştır.

Sosyal devlet olma vasfı sağlık hizmetlerinin devlet tarafından teminini zorunlu kılmaktadır. Bu niteliği dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulmaktadır. Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflendiğinden ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertleri hizmetlerden önemli ölçüde yararlanmaktadırlar. Koruyucu sağlık hizmetleri çoğu zaman kişisel fayda hedeflemediği ve tüm toplumun yararı söz konusu olduğu için gelir dağılımındaki dengesizlikleri azaltıcı bir rol de oynamaktadır.²⁴

Çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıkla, sağlık eğitimi, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması, sağlıklı ve dengeli beslenme, sağlıklı içme suyu temini ve katı, sıvı ve gaz atıkların bertaraf edilmesi gibi toplum sağlığı üzerine direkt veya dolaylı olarak olumsuz etki edebilecek unsurların bertaraf edilmesine yönelik hizmetlerdir. Bu hizmetlerin ortak özelliği toplumsal faydayı artırmaya yönelik olmalarıdır. Örneğin, sağlıklı içme suyu temini toplumun su ile bulaşan hastalıklardan korunmasını sağlamaktadır. Bulaşıkla hizmetleri toplumun bulaşıcı hastalıklara karşı önceden alınarak kişilerin hastalanmasını önleyici topluma dönük bir sağlık hizmetidir.

1.3.Sağlık hizmetlerinin temel sorunları

Herhangi bir kamusal hizmetin irdelenmesine ilişkin çalışmaların, ilgili dönem ve koşulları dikkate almasının kaçınılmaz olduğu belirtilmiştir. Buradan hareketle, Türk sağlık hizmetlerinin gelişimi de, siyasal politika ve siyasalardan, ulusal, küresel, ekonomik ve sosyal konjonktürden²⁵ bağımsız bir şekilde değerlendirilemez.

²⁴ Mustafa Bulun, Fatih Demirbağ ve Safa Kapıcıoğlu, “Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Teknolojileri Kullanımının Önemi”, <http://ab.org.tr/ab02/tammetin/57.doc> (15.01.2009)

²⁵ Ule Çalıcıoğlu, “A Study of Infant Mortality in Turkey in Relation to Health Policy”, Ankara, Bilkent Üniversitesi, Ekonomik ve Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2001, s.26-27.

1.3.1. Siyaset Kaynaklı Sorunlar

Sa lı a ili kin bütün önlemlerin alınması ve sa lık hizmetlerinde süreklili in sa lanabilmesi, devletin anayasal yükümlülükleri arasında yer alsa da, Türkiye, sözü edilen konuya ili kin de i ik sıkıntılar ya amaktadır. Kar ıla ılan sıkıntıların en önemlileri arasında, Türk sa lık hizmetlerinin tedavi edici hizmetler alanında yo unla mı olup, koruyucu ve önleyici sa lık hizmetleri alanında yeterli ba arıyı henüz yakalayamamı olması gösterilmektedir²⁶. Konuya ili kin benzer dü ünceleri payla an Soyer'e göre ²⁷ ise, Türk sa lık hizmetleri ba lamında, koruyucu sa lık hizmetlerde önemli bir azalı söz konusu iken, tedavi edici sa lık hizmetlerinde ise, artı söz konusudur. Bu durumu yazar, sa lık sisteminin ticarile tirilmesinin önemli adımları arasında algılamaktadır. Devletin özel sektöre sa lık alanında katılım olana mını sa laması, klinik ve tedavi edici a ırlıklı bir sistem olu masına ideolojik te vik biçiminde algılanması gerekti i aktarılmaktadır²⁸. Sözü edilen konuyu siyasal ba lamda irdeleyen Reink'e ve Hall'a göre (1988), siyasetçiler, belli dönemler çerçevesinde görevde bulunmalarına ra men, uygulamaya çalı tı ı bazı politikaların ortaya çıkaraca ı etkilerin görülmesi uzun zaman almaktadır. Dolayısıyla, siyasetçiler, sonuçları kısa zamanda görülebilen ve toplum tarafından daha somut biçimde algılanabilen tedavi edici hizmetleri, koruyucu sa lık hizmetlerine tercih etmektedir²⁹ ise, ilgili konuyu daha genel bir çerçeve içine oturtarak, demokrasi, rıza ve me ruluk kavramlarının birbirini tamamlayan bir yapısal ba kurdu unu belirterek, siyasal sistemde istenen ile yapılan arasında önemli farklıla manın ortaya çıkabilece ine dikkat çekmektedir.

²⁶ Osman Tekinel, Onur Deniz, "XIII. Be Yıllık kalkınma Planı Öncesi Türkiye Genelinde ve Kahramanmara lında Sa lık Sektörünün Durumu", Kahramanmara , **KSU Fen ve Mühendislik Dergisi**, Cilt.4, Sayı.1, 2001, s.20.

²⁷ Ata Soyer, "1980'den Günümüze Sa lık Politikaları", **Praksis Dergisi**, Sayı 9, 2003, s.316.

²⁸ Fahrettin Tatar, "Özelle tirme ve Sa lık Hizmetleri: Teori ve Uygulama", **Amme dairesi Dergisi**, C.30, S.2, 1997, s.81.

²⁹ Hasan Hüseyin Yıldırım, "Türk Sa lık Reformları Neden Uygulanamıyor? Avrupa Sa lık Reformları I ında bir De erlendirme", I.Ulusal Sa lık dairesi Kongresi: 2000'li Yıllarda Sa lık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, (Der. M. Tatar) vd., 627-634, Hacettepe Üniversitesi Sa lık dairesi Yüksek Okulu, Ankara, 20-21 Mayıs 2000, s.630.

Sa lık hizmetlerinin di er kamu hizmetleri gibi bir bakanlık bünyesinde toplanmasını siyasal etkilere açık olma endi esi ve sivil toplum örgütleri ile yeterli derecede i birli i olanaklarının geli tirilmemesi ile birlikte de erlendiren Erden'e ³⁰ göre, sa lık politikaları, bir devlet politikası olarak sürekli uygulanması gerekirken, yalnızca dönemsel olarak uygulanabilmektedir. Oysa sa lık kamu hizmetinin sürekli olması ve sa lık alanına ili kin siyasaların olu turulması sürecinde yöneti im¹⁹⁷ temelli etkile imlerden olabildi ince yararlanılması gerekmektedir. Bu ba lamda, siyaset kaynaklı sorunlara, e güdüm sorunu da eklenebilir.³¹ Siyasal iktidarların belirli dönemler çerçevesinde sürekli olarak de i mesi, siyasal politikaların da de i imini beraberinde getirmektedir. Bu ba lamda, Türk siyasal sisteminde görünü te asıl olan devlet politikaları de il, hükümet politikalarıdır. Durum böyle olunca, bütün siyasal iktidarları ba layabilecek uzun dönemli siyasalar olu turulamamakta, bu da sa lık sisteminde yer alan kurumların kendi aralarında e güdüm sa lanmasında önemli bir engel olu turmaktadır ³².

1.3.2. Örgüt Kaynaklı Sorunlar

Sa lık sistemi içerisinde, politika olu turma, hizmet sunma, finansman sa lama vb. ba lamlarında çok farklı kurumların yer alması, sunum ve finansman sorunlarının bir arada çözülmesi zorunlulu u, merkeziyetçi bir yapının varlı ı ve bu durumun devam etmesi, insan kaynakları sorunu ve kurum içi ve kurumlar arası ileti im ve bili im sorunları, sa lık sisteminin ya adı ı örgütsel sorunlar arasında gösterilmektedir.³³ Bunun yanında, sa lık alanında yo un biçimde hissedilen bir di er örgütsel sorun da, insan kaynaklarında ya anılan tıkanıklık ve dengesizliktir³⁴. Tatar ve Tatar'a göre Türk sa lık sisteminin en önemli özelli i ve bu özelli inden kaynaklanan en önemli sorunu, örgütsel veya i levsel ba lamda söz konusu olan,

³⁰ Hatice Erden, "Türkiye'de Yeniden Yapılanma Sürecinde Kamuya Ait Sa lık Kurulu larının Stratejik Politika Alternatifleri", Ankara, Gazi Üniversitesi SBE Hastane İletmecili i Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamı Y. Lisans Tezi, 2003, s.22.

³¹ Erden, a.g.k., s.22.

³² Uysal Kerman, "1980 Sonrası Siyasal İktidarların Sa lık Politikaları", Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi, S.B.E, Yayınlanmamı Y. Lisans Tezi, 1999, s.38.

³³ Erden, a.g.k., s.23.

³⁴ Cengiz Karada , "Sa lık Sistemlerinde Yeniden Yapılanma", Ankara, Ankara Üniversitesi SBE, Yayınlanmamı Y. Lisans Tezi, 1999, s.171.

da mıklık ve parçalanmı lıktır. Bu ba lamda, yazarlar, birbirinden ayrı örgütsel çatılar altında sa lık hizmeti sunmayı (geçmi te, SSK örne inde oldu u gibi) sorunsal olarak de erlendirmektedir.³⁵

1.3.3. Finansman Kaynaklı Sorunlar

1961 ve 1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasalarının, devleti, bir sosyal devlet olarak tanımlaması gere ince, sa lık hizmetlerinin ana finansman kayna ı, genel bütçedir. Sa lık hizmetlerinin finansmanında i ç i, i veren ve devletin katkısıyla olu turulan sosyal güvenlik uygulamaları da önemlidir. Bunun yanında, cepten ödemeler de sa lık hizmetlerinin finansmanına yardımcı olmaktadır³⁶.

Türk sa lık hizmetlerinin finansmanında, evrensel olarak bilinen tüm yöntemler kullanılmasına ra men, finansmana ili kin karma a ve belirsizlik devam etmektedir³⁷.

Türk sa lık hizmetlerinin finansmanında de i ik sorunlar göze çarpmaktadır: Öncelikle, sa lı a yeterince kaynak ayrılmamakta, ayrılanlar ise, verimli kullanılmamaktadır. Sa lık finansmanı ba lamında kurumlararası198 e güdüm ve ileti im sorunları kaynak israfına sebep olmaktadır.³⁸ Konuya ili kin olarak Pala, sa lık alanında devletin finansal ve üretim i levlerinden gittikçe çekilmesini ve mevcut finansal kaynakların bölgeler arasında e it olmayan biçimde da ılımını sorunsal bir durum olarak de erlendirmektedir³⁹. Türk sa lık sisteminde finansal sıkıntılarının199 bir di er kayna ı, emeklilik ve sa lık sigortalarının bile ik yapısı olarak gösterilmektedir. Konuya ili kin genel olarak bir de erlendirme yapılırsa,

³⁵ Mehtap Tatar, Fahrettin Tatar, "Primary Health Care in Turkey: A Passing Fashion", **Health Policy and Planning**, Vol.12, N.3, 1997, s.226.

³⁶ Emine Orhaner, "Türkiye'de Sa lık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sa lık Sigortası", **Ticaret ve Turizm E itim Fak. Dergisi**, S.1, 2006, s.7.

³⁷ Oya Özdemir, Esin Ocaktan ve Recep Akdur, "Sa lık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa'da Birinci Basamak Sa lık Hizmetlerinin De erlendirilmesi", Ankara, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, C.56, S.4, 2003, s.209.

³⁸ Dilara Karaelmas, "Sa lık Sektörü Analizi: Azgeli mi Ülkeler ve Türkiye Örne i", stanbul, Marmara Üniversitesi SBE, Yayınlanmamı Y. Lisans Tezi, 1994, s.41.

³⁹ Kayıhan Pala, "Türkiye için Nasıl bir Sa lık Reformu", Bursa, 2007, s.8.

Türkiye, nüfus oranı ve sa lı a ayrılan kaynak ba lamında ülkelerarası kar ıla tırmada alt sıralarda yer alan, sa lık sektörünün piyasa mekanizmalarına hızlı bir biçimde uyum gösteren bir finansal yapı sunmaktadır ⁴⁰.

1.3.4. Hizmetlerin Üretimi ve Sunumu Kaynaklı Sorunlar

Sa lık alanında hizmet üretim ve sunumuna ili kin en temel sorunlar arasında, sa lıklı ve etkin bir sevk zincirinin çalı tırlamaması öncelikle gelmektedir⁴¹. İkinci basamak tedavi merkezlerinde bile bazen, birinci basamak hizmetler verilmektedir. ⁴² Ayrıca, verilen hizmetlere ili kin, geri bildirim temelli bir de erlendirme denetleme sürecinde sorunlar bulunmaktadır. Bunun yanında, ayakta te his tedavi ve koruyucu sa lık hizmetlerinin verildi i birinci basamak sa lık hizmetleri sistemi, tam anlamıyla geli ememi tir.

Sa lık sistemimiz ba lamında en öne çıkan sorunun, co rafi bölgeler ba lamında ortaya çıkan e itsizlik oldu unu belirten Pala'ya göre, bu e itsizlik hem sa lık hizmetlerine eri imde hem de kaynak ve olanakların bölü ümün de geçerlidir ⁴³.

⁴⁰ Karada , a.g.k., s.125.

⁴¹ Karaelmas, a.g.k, s.43.

⁴² Erden, a.g.k., s.24.

⁴³ Pala, a.g.k., s.8.

BÖLÜM II

2.SA LIK S STEM N N F NANSMANI

2.1.Sa lık Hizmetleri Finansmanı Tanımı

102 Sayılı Sözleşmenin 71. maddesi sözleşme gerektiren sa lanan yardımlarla, bu yardımların sa lanması için gerekli olan idari giderlerin dar gelirli kimseleri a ır yük altında bırakmayacak ekilde ve kapsama alınacak kilerin ekonomik imkânlarıyla orantılı olarak, prim veya vergi ile yahut bunların her ikisinin birlikte kullanarak finanse edilece i kuralı getirilmiştir.⁴⁴

17. maddesi ise tıbbi masraflara katılma düzeyinin kişinin sa lık hizmeti talebine engel olmaması gerekti i gibi toplumun genel sa lık düzeyinin de dü mesine neden olmayacak ekilde olması kuralı getirilmiştir.⁴⁵

Teorik olarak sa lık hizmetleri üç ana kaynaktan finanse edilir: Kamu (public), özel (private) ve karma (mix veya quasi-public). Pratikte ülkelerdeki sa lık hizmetlerinin finansman modellerine bakıld ında ise temel yaklaşımın kamu, özel veya ço unlukla rastlanan her ikisinin belli derecelerde yer aldığı bir karma modelin var oldu u görülür. Ço unlukla farklı derecelerde olmak üzere kamu ve özel sektörün olu turdu u ve çe itli kaynaklardan beslenen kombinasyonlara rastlanır.

Hem sa lık hizmetlerinin finansmanında hem de sunumundaki kamu - özel karışımının dereceleri ülkenin sosyal de erleri ve verimlilik ve hakkaniyet politikalarına ba lı olarak ülkeden ülkeye, hatta ülke içinde zamanla farklılık gösterebilmektedir. Örne in Türkiye’de Sa lık Bakanlığı, SSK, üniversiteler, di er Bakanlıklar, belediyeler, K T’ler kamu kurumları olarak, Kızılay, Organ Nakli Vakfı gibi Kamuya Yararlı Kurulu lar (KYK - Non-governmental Organisations), özel

⁴⁴ Bakanlar Kurulu Kararı, Resmi Gazete, 15.10.1974 tarih 15037 sayılı basım.

⁴⁵ Bakanlar Kurulu Kararı, Resmi Gazete, 15.10.1974 tarih 15037 sayılı basım.

hekim muayenehaneleri, özel poliklinik ve laboratuvarlar, özel hastaneler ve eczaneler ise özel sektörü temsilen sa lık hizmeti sunmaktadırlar.

Bu noktada bir gerçe in altını çizmekte fayda vardır. Özel finansmanın hiç bir zaman özel sa lık hizmeti sunumu anlamına gelmeyece i akılda tutulmalıdır (bunun tersi de do rudur). Kamu ve özel karı ımı finansman ve hizmet sunumu modelleri farklı ekillerde kar ımıza çıkabilir.

Di er bir sınıflama da vergi gelirlerine ba lı olan ve ngiltere, skoçya gibi ülkelerde benimsenen (Beveridge modeli) ve Almanya’da uygulanan sosyal sigorta (Bismarck modeli) modelidir. Ancak yukarıda da belirtildi i üzere ülkelerin finansman modellerini kalın çizgiyle ayrılmı gruplara yerle tirmek oldukça güçtür. Sa lık hizmetlerinin finansmanında kamu/özel sektör karması bakımından tam bir Beveridge veya tam bir Bismarck modeline sahip ülke örne i bulunmamaktadır, ancak urası bir gerçektir ki son yıllarda e ilim özel harcamaların artması yönündedir. Örne in Beveridge modelinin örnek ülkelerinin sa lık sistemlerinde (NHS) dahi 1979’dan bugüne kadar özel sektör daha fazla rol üstlenmeye ba lamı ve hizmet kullanıcılar ceplerinden daha fazla harcama yapmaya ba lamı lardır.⁴⁶

Tablo 2.1. Kamu ve Özel Karı ımı Finansman ve Hizmet Sunumu

		Hizmet Sunumu	
		Kamu	Özel
Finansman	Kamu	Kamu finansmanı ve sunumu	Kamu finansmanı, fakat özel hizmet sunumu

Bütün bunlara ra men devletin sa lık hizmetlerinin finansmanında belli ölçülerde belli rolleri üstlenmesi hemen tüm ülkelerde (pazar ekonomisini benimseyen ABD’de bile) görüldü ü bir gerçektir. Sa lıkta özel sektörün güçlendirilmesi gerekti ini savunan Dünya Bankası yetkililerince de bu gerçek kabul

⁴⁶ Fahrettin Tatar, “Sa lık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, **Toplum ve Hekim**, 1996, s.40-49.

edilmektedir.⁴⁷ Çünkü devletin sosyal verimliliği ve etkinliği sağlamak ve korumak amacıyla pazar artlarına müdahale etmesi gerekmektedir.⁴⁸

Sağlık hizmetlerinin finansmanında benimsenen model ne olursa olsun mutlaka aşağıdaki şartları yerine getirmesi gerekir:

- Hakkaniyeti ulaşılmaması gereken vazgeçilmez bir hedef olarak görmesi
- Kaynakların toplanması ve yönetimi maliyetlerinin düşük olması
- Kaynak akışında devamlılığın sağlanması
- Halkın kabul etmesi ve memnuniyetinin temin edilmesi
- Öncelikli olmayan konuları finanse etmemesi
- Hizmet sunucular arasında rekabeti teşvik etmesi
- Sağlık hizmetlerinin kullanımının ve bu hizmetlerin maliyetlerinin sürekli takibine olanak vermesi
 - Kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmesi
 - Hizmeti finanse eden tarafı hizmet verenlerle pazarlık sırasında güçlü konumda tutması
 - Hizmet sunucuların gereksiz hizmet sunumuna ve/veya hizmeti kullanıcıların gereksiz hizmet talebine yol açmaması
 - Paranın hastayı takip etmesini sağlamasıdır.

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanının Elde Edilmesi

Bir taraftan sağlık hizmetlerine olan talebin artması diğer taraftan kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık kurumlarının modern teknolojiyi satın almak ve nitelikli personel istihdam etmek için çabaları sağlık giderlerini artırmaktadır. Sağlık hizmeti veren sağlık kurumları giderlerinin düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için de finansmanın hangi kaynaklardan nasıl karşılanacağı önemli bir konudur. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde en önemli finansman kaynağı

⁴⁷ The World Bank, **World Development Report 1993**, Investing in Health. OUP, New York 1993.

⁴⁸ Tatar, 1996. **a.g.k.**, s.40-49.

devlet bütçesidir. Sağlık harcamalarının finansmanı, 1960 sonrası Planlı Kalkınma Dönemiyle birlikte ayrılmış olarak bütçeden (hazineden) karılanmıştır. Dünya Bankası, sağlıkla ayırdığı 1993 Dünya Kalkınma Raporu'nda ulusal düzeyde tanımlanmış bir asgari sağlık hizmetleri paketinin özellikle yoksullara yönelik olarak hükümet tarafından finanse edilmesini önermiştir. Bu nedenle sağlık harcamalarının finansmanında devlet payının büyük olmasını beklemek yanlış değildir.⁴⁹

Sağlık harcamalarında işveren, işçi ve devletin katkısıyla finanse edilen ve yaşlılık, sakatlık, emeklilik gibi konular yanında sağlık konusunda da başvurulan sosyal sigortalar da önemli bir finansman kaynağıdır. Özel kesim, sağlık harcamalarına doğrudan hizmet bedelini ödeyerek, bakiye yardımlar yaparak ya da özel sağlık sigortası yoluyla sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadır. Günümüzde hemen her ülkede hem kamu hem de özel kaynakların yer aldığı sağlık finansman sistemi, ülkemizde de görülmektedir. Fakat sağlık finansman kaynaklarının kombinasyonu ülkenin sosyo-kültürel dokusu, ekonomik ve siyasi yapısına göre zaman içinde farklılık gösterebilmektedir.

Tablo 2.2. Sağlık Harcamalarında Finansman Kaynaklarının Dağılımı (%)

Finansman Kaynağı	1996	2001
Devlet Bütçesi	43	42
Kamu Sağlık Sigortası	25	38
Özel Kesim	32	20
Toplam	100	100

Kaynak: Emine Orhaner, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası", **Ticaret ve Turizm Ekonomik Fakültesi Dergisi**, Sayı.1, 2006, s.6.

2.2.1. Genel Vergilerle

Hemen her ülkede genel vergiler sağlık hizmetlerinin finansmanında temel kaynak olarak kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde pazar ekonomisinin çok

⁴⁹ Orhaner, a.g.e. s.6.

geli ti i ABD’de bile devlet genel vergilerden elde etti i kaynaklarla MEDICARE ve MEDICAID’i finanse etmektedir.

Özellikle geli mekte olan ülkeler sıklıkla finansmanda dar bo azlar ya amaktadırlar. Bu sıkıntıları a mak için de vergi gelirlerini artırma yolları ararlar. Sa lık hizmetlerine ayrılan payı artırmak için;

- Vergi oranlarını, sa lık sektörüne ayrılan oransal payı sabit tutarak, artırmak
- Sa lık hizmetlerine vergi gelirlerini ba ka kaynaklardan aktarma yoluyla artırmak gerekebilir.⁵⁰

Ancak, birçok geli mekte olan ülkede sa lık sektörü hükümetlerin hemen her zaman daha az öncelikli konuları arasında yer aldı ndan sa lık hizmetlerinin finansmanında genel vergi gelirleri güvenli bir kaynak olamamaktadır.

Genel vergilerle finanse edilen sa lık hizmetlerini genelde tüm bireyler kullanabilir. Ancak kamu elindeki bu kaynakların da ıtımındaki öncelikler siyasi çıkarlar nedeniyle zaman zaman göz ardı edilir ve yatırımlar daha pahalı alanlara ve/veya kent merkezlerine kaydırılır. Bu da özellikle geli mekte olan ülkelerde kırsal alanda ya ayan ve sa lık hizmetine daha fazla ihtiyacı olan nüfus kesiminin sa lık hizmetlerinden yeterince yararlanamamasına yol açabilir.

Kamu sa lık harcamalarında finansman kaynaklarının en önemlisi devlet bütçesi ya da bütçeye kaynak olu turan vergilerdir. Bütçeden sa lık hizmetlerine ayrılan pay 2004 yılında %3,3, 2005 yılı içinde % 3,9’dur.⁵¹ Dünya Sa lık Örgütü, koruyucu sa lık hizmetleri için genel bütçenin en az % 10’unun ayrılması gerekti ini savunurken Türkiye’de Sa lık Bakanlı mın bütçe içindeki payı hiçbir dönem % 10 olmamı tır

⁵⁰ Tatar, a.g.k. 1996, s.40-49.

⁵¹ T.C. Maliye Bakanlı ı 2004 yılı istatistikleri, <http://www.maliye.gov.tr> (10.02.2009)

Ba ta devlet memuru ve emeklileriyle bunları aile bireylerine ayrıca sa lık güvencesi altında olsun ya da olmasın tüm ülke halkına sa lık hizmeti sunan Sa lık Bakanlı ı, gelirleri; genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirlerinden oluşmaktadır. Genel bütçe içinde payı fazla artı göstermeyen Sa lık Bakanlı ı bütçesi son yıllarda bütçe dışı kaynaklardan daha fazla beslenir olmu tur. Sa lık Bakanlı ı bütçesi içinde fon ve döner sermaye gelirlerinin % 30-% 50 arasında de i mektedir.

Devlet bütçesinden Sa lık Bakanlı ına ayrılan do rudan katkının yanı sıra devletin sosyal güvenlik kurulu larına prim katkısı da söz konusudur. Ayrıca 1992 yılından itibaren devlet, finansman sıkıntısı çeken sosyal güvenlik kurulu larına bütçeden transfer harcaması yapmaktadır. Devlet, ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerini de üstlenmektedir. Ye il Kart Uygulaması ile ilgili kanunun 1992’de yürürlü e girmesiyle devlet; hiçbir sosyal güvencesi olmayan ve aylık geliri veya aile içindeki payı 4857 sayılı Kanunu’na göre belirlenen asgari ücretin, vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3’ünden az olan ve Türkiye’de ikamet eden Türk vatandaşlarının tedavi hizmetlerini ve her türlü masraflarını karşılamaktadır. Ye il Kart kapsamında 13.4 milyon kişi bulunmaktadır.⁵²

2.2.2. Sigorta ekinde, Ba kur, Emekli Sandığı

Sigorta primleri, sigortanın fonlarının temel olarak hem i verenin hem de çalışanın ortaklaşa ödedi i ücrettir. Sigorta kurulu u ya do rudan üyelerine sa lık hizmeti sunar (SSK’da olduğu gibi) veya diğer hizmet sunuculardan belli artlarla üyeleri için hizmet satın alır. Ülkede yeterli sayı ve nitelikte hizmet sunucunun varlığı bu iki yoldan birisinin seçiminde belirleyici rol oynar.

Adından da anlaşılacağı gibi sosyal bir amacı olduğundan bu sigortalarda çok kazanan daha fazla öder, ancak tüm üyeler riskleri paylaşır. Böylece en çok ihtiyacı olanların primleri artmaz. Özellikle düşük gelirli ve daha fazla sa lık hizmetine

⁵² DPT, 2005 Yılı Programı, Ankara, 2004, s.143.

ihtiyacı olanların korunması bakımından hakkaniyete daha saygılıdır. Ancak i verenler primleri dü ük tutmak için çalı anların ücretlerini dü ük tutabilir daha sa lıklı ki ileri istihdam etmek isteyebilirler ve ödedi i primleri üretti i mal veya hizmetlere yansıtabilir. Sonuç olarak çalı anlar bir ekilde ödenen primler için daha fazla sıkıntıya katlanmaktadır.

Sosyal sigortalar içinde sa lık sigortası, tarihi geli im içinde sosyal sigortaların ilk ve ba lıca kolu olmu tur. Çünkü her insan her ya ta hastalık tehlikesi ile kar ıla maktadır. Sa lık sigortası, sigortalı ile e i ve çocuklarının tedavi masraflarını ve ailesinin geçimini sa lamaktadır. Sa lık sigortası ile ki iler, sa lıklı oldukları sürede verdikleri prim ve katkılarla hastalandıklarında ya da kazaya u radıklarında kendileri için yapılacak sa lık harcamalarının finansmanına katılmaktadırlar. Sa lık hizmetlerinin satın alınması kolayla ıp di er sigorta bran larında oldu u gibi ki iler yarın endi esinden sa lık sigortası ile uzak kalmaktadırlar.

Türkiye’de 2003 yılı itibariyle nüfusun % 86,4’ü sosyal sigorta kapsamındadır. Sosyal sigorta kapsamında olanların % 15’i T.C. Emekli Sandı ı’na, % 57,1’i Sosyal Sigortalar Kurumu’na, % 27,1’i Ba -Kur’a, % 0,08’i özel sandıklara ba lıdır. Sosyal sigorta kapsamında olup sa lık sigortasından yararlananların genel nüfusa oranı ise % 85,4’dür .⁵³

Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK), Ba -Kur(BK) ve Emekli Sandı ı(ES) primlerle finanse edilirken, ye il kart ile aktif memurların sa lık harcamaları bütçeden finanse edilmektedir. SSK, BK, ES esasta primlerle finansmana dayalı iken, son yıllarda açıkları ile bütçeden de sübvansede edilir duruma gelmi lerdir. Tablo 1.2.’de Sosyal Güvenlik Kurumlarına yapılan bütçe transferleri görölmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumlarına 2000 yılında yapılan transferlerin genel bütçe içindeki oranı yakla ık %7 iken bu oran 2006 yılında yakla ık %13’e çıkarak, 2 kat artmı tur.

⁵³ <http://www.saglik.gov.tr> (15.02.2009)

Sosyal Güvenlik Kurumlarına yapılan bu transferler sadece sağlık için olmayıp ilgili kurumun tüm giderlerindeki bütçe açıkları içindir.⁵⁴

Tablo 2.3. Yıllara Göre Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri, 1999–2006, Türkiye(Bin YTL)

YILLAR	SSK	BA - KUR	EMEKL SANDI I	TOPLAM	BÜTÇE HARCAMALARI Ç NDEK ORANI(%)	GSMH Ç NDEK ORANI
1999	1.111.000	796.145	1.035.000	2.942.145	10,5	3,8
2000	400.000	1.051.460	1.775.000	3.226.460	6,9	2,6
2001	1.108.000	1.740.000	2.675.000	5.523.000	6,9	3,1
2002	2.386.000	2.622.000	4.676.000	9.684.000	8,4	3,5
2003	4.808.617	4.930.000	6.145.000	15.883.617	11,3	4,5
2004	5.757.267	5.273.000	7.800.000	18.830.000	12,4	4,4
2005	7.507.267	6.926.000	8.889.300	23.322.567	14,7	4,8
2006	8.257.000	4.330.000	10.035.000	22.622.000	12,9	4,0

Kaynak: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlü ü, Sosyal Güvenlik Raporu, SB, RSHMB, 2007.

Kamu sağlık sigortası ile sosyal sigorta kurumları sigorta kapsamında olan kişilerden, işverenlerden ve devletten sağlık primi adı altında gelir elde etmekte bu gelir ile sağlık giderlerini karşılamaktadır. Ülkemizde T.C. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Vakıf statüsünde ve tamamlayıcı sosyal sigorta sandıkları, sağlık sigortasını uygulayan sosyal güvenlik kurullarıdır. Sağlık sigortasından yararlanma koşulları, sağlık yardım türleri, ödenecek prim miktarları ve süresi sosyal sigorta kurumlarının kurulları kanunlarında belirtilmiştir. Bununla beraber sosyal güvenlik kurulları daha önce izledikleri yanlış politika, enflasyon, emeklilik yasasının küçük olması, devlet müdahaleleri ve insan ömrünün uzaması, vb. nedenlerle sigorta ödemelerinde zorlanmaktadır.

⁵⁴ Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlıkla Bakış, Ankara, 2007, s.179.

Tablo 2.4. Sosyal Güvenlik Kurulu larının Gelir-Gider Dengesi (Milyon YTL)

	2002	2003	2004	2005
GEL RLER	19749	27395	34111	39448
Prim Tahsilâtları	15801	22493	28272	32615
G DERLER	28146	40839	498888	57548
Sigorta Giderleri	17890	26762	32696	38392
GEL R- G DER FARKI	8397	13445	15787	18100
SSK	2686	4509	5696	6600
Ba -Kur	2735	4878	5291	6000
Emekli Sandı 1	2976	4058	4800	5500

Kaynak: <http://ekutup.dpt.gov.tr> (15.02.2009)

Devlet bütçe transferleriyle sosyal güvenlik kurulu larının açıklarını kapatmaktadır. Bütçe transferlerinin, gayri safi milli hâsılaya oranı 2002’de % 3 iken 2004 yılında % 3,8’dir. Dolayısıyla sosyal güvenlik kurulu ları di er bran larda oldu u gibi sa lık sigortasında da gider azaltıcı, gelir artırıcı önlemler almaya gerek duymaktadırlar.

2.2.3. Ki isel Harcama (Cepten Ödeme) Özel Sigorta(OECD)

Vergi gelirleri genelde bir havuzda toplanır ve buradan hükümetlerin önceliklerine göre sektörler arasında dağıtılır. Özel amaçlı vergiler, genel vergilerin dışında belli bir amaç için bazı mal (sigara, içki, lüks tüketim malları gibi) veya hizmetlerin (e lence, seyahat gibi) üzerine konulan ek vergilerden elde edilen gelirlerin do rudan amaç do rultusunda örne in sa lık hizmetlerinin finansmanında kullanılmasıdır. Güncel örnek olarak Sayısal Loto’da oynanan kupon ba ına ve her araç alım satımında koyulan ve kesintisiz e itimin desteklenmesi için kurulan fonlara aktarılan ek vergiler verilebilir. Her ne kadar önemli bir kaynak olmasa ve toplanmasında ve dağıtımında güçlükler ya ansa da özel proje ve programların finansmanında ba vurulabilir.

Ki ilerin kullandıkları sa lık hizmeti için kendi ceplerinden yaptıkları bütün do rudan ödemelerdir. Sosyal sigorta emsiyesi altında dahi olsa en azından yazılan ilaçların bedelinin belli bir kısmına yapılan katkı payları da aslında do rudan cepten ödeme kapsamında de erlendirilebilir.

Özel sa lık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sigortalının karşıla aca ı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyaca ı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını kar ılayan bir sigorta türüdür. Türk Ticaret Kanununda belirtilen sigorta çe itleri arasında uzun süre kaza sigortası içinde yer alan sa lık sigortası halen Hazine Müste arlı ı'nca genel artları onaylı sekiz sigorta çe idinden biridir.⁵⁵

Özel sa lık sigortasında belirtilen genel teminat çerçevesi, yasanın emredici hükümlerine ve genel artlarına aykırı olmamak kaydıyla poliçeye konacak özel hükümlerle geni letilip daraltılabilir.⁵⁶

2.2.4. Gönüllü Kurulu lar ve Vakıflar

Sa lık hizmetini kullananlardan sa lanan katkı payları (user charges), sa lık hizmetlerinin fiyat esnekli inden yararlanarak özellikle kullanımı kısıtlayarak maliyetleri dü ürme, gelirleri artırma gibi birçok amaç için kullanılabilir. Katkı paylarının yararları u ekinde özetlenebilir:

- Kullanıcılar tarafından sa lık hizmetine olan veya olabilecek gereksiz/a ırı talebi kısıtlayabilir.
- Farklı hizmet basamakları için farklı miktarlarda belirlenen paylar, do ru ki inin do ru basama a yönlendirmesini sa layabilir.
- Katkı payı alınmayan tüberküloz tedavisi, a ılama gibi hizmetlerin daha çok kullanılması sa lanabilir.

⁵⁵ Adnan Avcı, **Özel Sigorta Kanunları Uygulaması ve Mevzuatı**, stanbul, Alfa Basım Yayım, 1997, s.30-31.

⁵⁶ I il Ula , **Uygulamalı Can Sigortası Hukuku**, Ankara, Turhan Kitabevi, 1997, s.162.

- Hizmet sunucu, hastasına ek bir mali yük getirebilece i için gereksiz hizmet sunumundan (reçeteye fazla ilaç yazma gibi) kaçınabilir.
- Elde edilen gelir, hizmetlerin geli tirilmesi için yeni bir kaynak olarak kullanılabilir.

Ancak hangi hizmetlere ne kadar katkı payı uygulanacağı cevap verilmesi oldukça güç bir sorudur. Çünkü ki ilerin gereksiz talepleri azaltılırken, çok fakir olanların temel hizmetleri almalarını engellemeyecek bir miktar bulunmalıdır.⁵⁷

Sa lık harcamalarının finansman kaynakları içerisinde yurtiçinde ve yurtdı nda yaşayan T.C. vatanda larının ba ı ve yardımları, uluslararası bazı kurulu ların (Dünya Bankası, UNICEF, vb.) yardım ve kredileri de sayılabilir.

2.3. Sa lık Finansmanının Tarihsel Geli imi

Sa lık finansmanının tarihsel geli imi kamu nitelikli ve özel nitelikli olmak üzere iki ba lı a ayrılmı tır.

2.3.1.Kamu Nitelikli Sa lık Finansmanının Tarihsel Geli imi

Bir sa lık bakım sistemi içerisinde çok çe itli finansman yöntemleri olmasına rağmen; sa lık hizmetlerinin finansmanı a ırlıklı olarak genel vergilerden (bütçeden) ve primler yoluyla finanse edilmektedir.

Kamu finansmanında temel seçim genel vergiler ve zorunlu sigorta arasında yapılmaktadır. sviçre, Kanada ve Birle mi Krallıklar (UK) gibi ülkeler genellikle sa lık hizmetlerini genel vergilerden finanse etmektedirler. Batı Avrupa ülkelerinde genel olarak sa lık hizmetlerinin finansmanı vergi gelirlerinden de il de zorunlu sigorta (hastalık fonları) ile finanse edilmektedir.

⁵⁷ The World Bank, a.g.k. 1993.

Beveridge modeli, koruyucu ve tedavi edici sa lık hizmetlerini genel vergi gelirlerinden finanse ederek tüm vatanda lara e it bir ekilde sunan bir çerçeveye sahiptir. Genel vergi gelirleri sa lık hizmetlerinin finansmanında kullanılan en temel kaynaklardan biridir. Genel vergi gelirlerinin sa lı a tahsisinde çe itli faktörler etkili olmakla birlikte politik baskılardan oldukça etkilenmektedir. Bu baskılar zaman zaman sa lık hizmetlerinin sunumunda verimlili i ve e itli i olumsuz yönde etkilemektedir.

Bismarck modeli olarak da anılan sosyal sigorta temelde prime dayalı olarak sigorta anlayı ı ile i çilerin kazalara, hastalıklara, ya lılı a ve malüllü e (invalidity) kar ı korumayı amaçlamaktadır. 1881 yılında Almanya'da ba lamı tır. Almanya'da ulusal sa lık sigortasının mimarı olan Bismarck'ın modeli geli en dünyada oldukça uygulama alanı bulmu tur. Bu modele göre sa lık sigortasında üzerinde mutabakata varılan oranlarda, maliyetlerin bir kısmını çalı an bir kısmını da i veren üstlenmektedir ve devlet düzenleyici (regülasyon) fonksiyonunu üstlenerek ve bazen de fakirlerin primlerine veya kronik hastalıklar gibi sigorta edilmesi zor kesimlerin primlerine katkıda bulunarak finansmanda katkı sa lar.

Dayanı ma temelli, primlerin bireylerin gelirleriyle orantılı ve hizmetten yararlanmanın da ihtiyaca göre oldu u sosyal sigorta finansmanı; düzenli ve istikrarlı bir finansman biçimi olması, özerk yönetim ve denetime izin vermesi, maliyetlerin dü ük tutulması gibi avantajlara sahip olmasına kar ılıklı, sigorta katkılarının (hem i ç i hem de i veren) bordrolara yansıtılması, idari karma ıklı ın ve maliyetlerin yüksekli i (prim toplama, düzenleme, hizmet sunucuları ile sözleşme yapılması gibi) maliyet kontrol problemleri gibi konularda da dezavantajlara sahiptir.

Sa lık sigortasının genel ekonomi üzerinde olumsuz etkileri olabilir. Bilindi i gibi sigorta primleri i ç i ve i verenden i çinin aldı ı ücret baz alınarak belirlenmekte ve kesilmektedir. Yapılan analizler bu primin tamamının (i veren payı dahil) gerçekte i çinin omuzlarına yükledi ini göstermektedir. Bunun nedeni i verenlerin primin kendilerine dü en payını tüketicilere (ürettikleri malın fiyatını artırarak) ve/veya i çilere (ücretleri dü ün tutarak) yükleme olasılıklarının oldu unu

göstermektedir. Bu nedenle uzun vadede çalışanların hem direkt ödemeler (ücretlerindeki kesinti) hem de dolaylı ödemelerle (mal ve hizmetlerin artan fiyatı) tüm sistemi finanse ettiğini göstermektedir.⁵⁸

Normalde vergiler ulusal bir havuzda toplanır ve daha sonra hükümet tarafından belirli alanlara sarf edilir. Bununla beraber bazı hükümetler belli bir vergiyi belli bir amaç için toplayabilirler. Bu durumda belli bir hizmetin maliyetlerini karşılamak üzere alınan vergi "Özel amaçlı (earmarked) vergi" niteliğindedir.⁵⁹

Toplanmasında ve dağıtımındaki zorluk bu tür tüketim vergilerindeki en büyük problemdir. Bu tür vergiler popüler olmayabilir ve genelde uygulandığı üzere genellikle bu vergiler yiyecek maddelerinden, eğlenceden, sigara ve alkol gibi maddelerden alınıyorsa adaletsiz (regressive) bir özellik taşır ve bu da az gelirli ailelere oransal olarak çok daha büyük bir yük yükler. Bu tür gelirler araba, dayanıklı tüketim maddeleri gibi daha çok toplumun yüksek gelirli kesimince satın alınan lüks ürünlerden alınıyorsa aslında adil değil (progressive) olabilirler.

2.3.2. Özel Nitelikli Sağlık Finansmanının Gelişimi

Yüksek gelirli sınıfların sübvansiyon ve hizmetlerin kamu eliyle ücretsiz olarak sunulduğunu geliştiren ülkelerin çoğunda devlet/kamu sağlık hizmetlerinin finansmanında dominant/baskın aktör olmasına rağmen özel finansman da önemli yer tutmaktadır.

Özel sağlık sigortası az gelirli ülkelerden çok, gelirli ülkelerde ve genellikle sosyal sigortanın veya NHS gibi ulusal sistemlerin bulunmadığı ülkelerde yaygın bir biçimde başvurulan finansman mekanizmasıdır. Ulusal sosyal sigorta veya NHS gibi örgütlenmelere sahip ülkelerde de ilave ve daha özel hizmet almak isteyenlerin ihtiyaçlarına cevap vermek üzere özel sağlık sigortası şirketleri vardır. Farklı kişisel beklenti ve tercihlere cevap vermek açısından ülkenin temel finansman

⁵⁸ Mehtap Tatar, "Teorik Boyutlarıyla Genel Sağlık Sigortası ve Türk Sağlık Yöneticilerine Öneriler", Aydın, Ulusal Sağlık Kurulları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs, 1994, s.534.

⁵⁹ Tatar, a.g.k., 1996, s.46.

yapısını tehdit etmedi i sürece, olumlu bir katkıya sahip olabilir. Yalnız ba ına bir finansman mekanizması olarak ba vurulmasını engelleyen en önemli nedenlerin ba ında "piyasa ba arısızlıkları" gelmektedir.⁶⁰

Özel sigortayı sosyal sigortadan ayıran iki özellikten bahsedilebilir:

(1) Özel sa lık sigortası sosyal sigortada oldu u gibi emeklilik ve sakatlı ı kapsamaz.

(2) Özel sigorta primleri sosyal sigortada oldu u gibi bir havuzda toplanmı riske göre de il sigortalanan bireyin ya da grubun hastalanma olasılı ı göz önünde bulundurulurken belirlenmekte, buna ba lı olarak da primler ki iden ki iye ya da gruptan gruba farklılıklar gösterebilmektedir. Bunun sonucu primlerin yüksek olması nedeniyle sigorta edilen ki i miktarının azalması ve bazı grupların Özellikle kronik hastalı ı olanların "kötü risk" grubuna girmeleri nedeniyle sigorta kapsamı dı ına çıkarılmaları olabilir.⁶¹

Kamu sektörü içerisinde yeterince esnekli in olmaması, NHS' deki bekleme listeleri ve özel sigortanın daha iyi otel hizmetleri (daha iyi yiyecek ve özel oda gibi) sunabilmesi nedeniyle ngiltere'de nüfusun yakla ık olarak %14-17'si GVG'den yararlanmaya ek olarak gönüllü olarak özel sigorta yaptırmaktadır. Yapılan bir ara tırmada uzun süreli bekleme listeleri ile özel sa lık sigortası yaptırmada pozitif korelasyon saptanmı tır. Ba ka bir ifade ile ngiltere'de uzun süreli bekleme listeleri ki ileri özel sigorta yaptırmaya yönelmektedir. Sigorta uygulamaları sosyal dayanı mayı önemli ölçüde zedelemektedir. Çünkü özel sigortalar birey ve risk temelli olarak prim alırlar.⁶²

Ço u geli mekte olan/fakir ülkelerde kamu finansmana alternatif olarak dı yardımlar gündeme gelmektedir (Örne in, Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu, UNICEF gibi).

⁶⁰ Tatar, F. a.g.k., 1996, s.47.

⁶¹ Tatar, M. a.g.k., s.530.

⁶² WHO, Health 21: Copenhagen, The Health For All Policy Framework for the WHO European Region, European Health For All Series No. 6, WHO Regional Office for Europe, 1999, s.131.

Dı yardımlar sa lık hizmetleri finansmanında a ırlıklı bir yer almamakla birlikte özellikle kriz dönemlerinde ba vurulan bir finansman yöntemidir. Dı yardımların amacına ula abilmesi için söz konusu yardımları koordine edecek ve yöneltecek bir aktörü ve düzenlemeleri gerekli kılmaktadır. Dı yardımlar oldukça politik bir konudur. Ancak e er gere i gibi ele alınıp de erlendirilirse sa lık sektörü için yararlı bir finansman kayna ı olabilir.

2.4. Türk Sa lık Hizmetleri Finansmanı Yöntemleri Ve Sorunları

Türk sa lık hizmetlerinde do rudan ve dolaylı finansman yöntemleri, finansmandaki kaynak yetersizli i, maliyetlerdeki artı harcamaların verimsizli i, sa lık hizmetlerindeki bölgesel da ılım, sa lık hizmetlerinde koordinasyon yetersizli i, kontrol ve kayıt sistemlerindeki sorunlar bu bölümde incelenmi tir.

2.4.1. Türk Sa lık Hizmetleri Finansmanı Yöntemleri

Türk sa lık hizmetleri finansmanı yöntemleri do rudan ve dolaylı olmak üzere ikiye ayrılarak ele alınmı tır.

2.4.1.1. Do rudan Finansman

Sa lık harcamalarının finansmanına do rudan ödemelerle ya da kamu sa lık sigortası dı nda kendi iradesiyle özel kesim özel sa lık sigortası yaptırarak katılabilir. Hastalık insanların ya amını, gelir düzeyini, i ya antısını etkilemektedir. Özellikle gelir seviyesi yüksek olan ki iler muayene, te his, tedavi, ilaç, vb. giderlerini do rudan ödemektedirler. Kamu sa lık sigortası çok sayıda ki iye belli sayıda risklere kar ı asgari güvence sa ladı ndan daha fazlasını isteyen ki iler özel sa lık sigortası yaptırmaktadır.

Sa lık hizmeti talebinde bulunanların almı oldukları hizmetin bedelini do rudan kendilerinin ödemesi do rudan finansman yöntemi anlamına gelmektedir.

Hizmeti talep eden ki i, arzı gerçekle tiren kamu, özel kurum, aracı ya da ki iye creti do rudan ödemektedir. Do rudan finansman yöntemi, tüketicilerin serbest piyasa ko ullarında di er mal ve hizmetlerin bedelini ödeyerek satın almalarına benzemektedir. Sa lık hizmetine ihtiyacı olanlar bedel ödeyerek kurum ya da ki ilerden talep ettikleri hizmeti satın almaktadırlar.

Do rudan finansman mekanizmasının yürütülmesinde kamu ve özel kurumların ürettikleri hizmet, creti ödenerek tüketicisi tarafından satın alınır. Mali yükü tüketicileri kendileri kar ılayıp tüketiciler arasında risk payla ımı olmamaktadır.

Sa lık hizmetleri tüketime olan talep üzerinde, sa lık hizmetlerinin finansman yöntemi etkili olmaktadır. Do rudan finansmanın söz konusu oldu u durumlarda talep katsayısının d ük oldu u gözlenirken, aracı mali kurumların bulundu u dolaylı finansman sisteminde tüketicinin hizmeti talep etme katsayısı yükselmektedir.⁶³

Ki ilerin do rudan ödeme yaptı ı sistemlerde özellikle yüksek hastalık riski altında bulunan, alt gelir gruplarının hizmet talebi d k kalmakta, var olan sa lık ihtiyacı tam bir talebe (fiili talep) dönü ememektedir. Kamu ve özel sigortaların, yani mali aracı ve organizasyonların yer aldı ı sistemlerde ise ihtiyaç olmadı ı halde talep ortaya çıkabilmektedir. Sa lık bilincinin yeterince geli medi i, personel ve altyapının eksik oldu u toplumlarda rastgele ilaç tkimi geli mi ülkelerde sa lıklı olma kaygısıyla vitaminlerin büyük oranda tktilmesi ve periyodik kontroller gibi örnekler uygulanan finansman yöntemiyle yakından ili kilidir.

Günümüzde, sa lık hizmetleri alanında; yüksek teknoloji gerektiren bakım ünitelerinde tedavi, anestezi, ilaç, ameliyat ve organ nakli v.b. gibi yüksek maliyetli i lemlerin do rudan bireyler tarafından finanse edilmesi gttr. Bu olgu, hem geli mi ve hem de geli mekte olan ülke grupları için geçerlidir. Söz konusu

⁶³ Yıldıırım, S. a.g.k., s.43.

hizmetlerin yapılabilmesi için altyapı gereklili i ve maliyetlerin yüksekli i nedeniyle bu maliyetleri ki ilerini do rudan kar ılması mümkün de ildir. Bu harcamalar ancak büyük fonlarla kar ılanabilece inden dolayı, genel veya özel sigortalarla yapılabilir. Bugün dünyada ortalama olarak her ülkede ancak, gelir düzeyi çok iyi olan insanlar sa lık hizmetlerini kendileri do rudan finanse etme yolunu seçmektedirler. Ancak, günümüzde bu alanda gözlenen olgu, gelecek dönemlerde do rudan finansmanın öneminin azalaca ı, buna kar ın üçüncü grup ödeyicilerinin dolayısıyla dolaylı finansman yönteminin a ırlık kazanaca ı eklindedir. Uygulamada görülen dolaysız ödeme biçimi ço unlukla cepten yapılan do rudan ödemelerdir.

2.4.1.2. Dolaylı Finansman

Dolaylı finansman yönteminde, hizmet sunumunu gerçekle tiren ile talep eden arasında üçüncü parti (taraf) ödeyici (third party payer) yer almaktadır. Sa lık hizmet sunumu yapan kurumlarla talep eden bireyler arasında para ili kisi kısmen veya tamamen bu yöntemle ortadan kalkmaktadır. Finansal araçlar da denilen üçüncü taraf ödeyicilerin yer aldı ı bu tür yapılanmalarda tüketicilerin risk payla ımı söz konusudur. Bu sistemde ortaya çıkan hastalık riskinin meydana getirebilece i harcamalar sadece tüketici tarafından yüklenilmemekte, buna kar ın, aracı olan mali kuruma (ortak fon) katkıda bulunan herkes tarafından payla ılmaktadır. Bu yöntemin uygulanmasında tüketicinin hizmetten yararlanmasında olu turulan ortak fona yaptı ı katkılar dikkate alınmazken, belirli bir hizmet düzeyinin üstündeki talebini kar ılamak için de ayrıca bir katkı istenebilir.

Do rudan finansman yönteminde, bir tarafta tüketiciler di er tarafta ise kamu veya özel kesim sunucuları yer almaktadır. Bu sistem oldukça basit bir yapı göstermekte iken dolaylı finansman yönteminde sistem daha karma ık olup üreticiler ve tüketiciler, araçlar (devlet ya da özel) arasında çoklu bir ili ki söz konusu olmaktadır

Dolaylı finansman yöntemi genel olarak, sa lık sistemi genel vergilerle (gelir vergisi, kurumlar vergisi, katma de er vergisi, satı vergisi), özel vergilerle (çe itli

inallardan alman vergiler, çe itli metim girdilerinden alman vergiler), primler ve tüketici katkıları (sigorta) ve ba ı larla finanse edilebilir. Bu yöntem üçlü bir grup halinde sistematik bir ekilde ele alındı ında ise, a a ıdaki yapı ortaya çıkmaktadır:

Çalı anların Finansmana Katılması: Sa lık hizmetleri yerine getirilirken çalı an bireyler veya gruplar, bu hizmetin önemli bir tüketicisi durumdadırlar. Dolaylı finansman yöntemi, çalı anların bu amaçla kurulmu olan finansal ve mali araçlara sigortalı olarak ödemi oldukları sigorta primlerine dayanmaktadır.⁶⁴

Çalı anların söz konusu aracı mali kurumlara üye olmadı ı durumda, talep ettikleri hizmetin maliyetine katlanmaları gerekir. Çalı anlar bu sistemde belirli bir dönemde almı oldukları ücretin belli bir bölümünü prim diye adlandırılan bir kesinti halinde, genellikle, aylık veya haftalık ücretin belli bir bölümünden kesilmek kaydıyla olmakta, ancak bazı ülkelerde saat ba ı alınan ücretten de bir kesinti yapılarak ödemektedirler. Böylece bir fonda toplanan paralarla, ortaya çıkan sa lık harcamaları finanse edilmektedir. Fona katkıda bulunmayan, yani prim ödemeyenlerin bu sistemden yararlanması dü ünülemez. Bu yöntemde prim veya aylık aidatları ödeyememe durumunda bulunan sa lık hizmet tüketicilerinin hizmetten yararlanamıyor olması önemli bir sorun olu turmaktadır.

Prim oranları aracı kurumlar tarafından belirlenebilece i gibi (özel sigorta), devlet tarafından da belirlenebilir (kamu ya da zorunlu sigorta uygulaması gibi). Çalı anların bu ekilde finansmana katılması ço unlukla kanuni bir zorunluluktan kaynaklanabilece i gibi, gönüllülük esası da söz konusu olabilir. Çalı an bireyler bu primlerini gerek özel, gerekse kamu sosyal güvenlik kurumlarına do rudan ödeyebilirler. Bunun yanı sıra i verenler i çilere ödeyecekleri ücretten dü lmek kaydıyla i çiler adına da bu primi kesip aracı kuruma ödeyebilirler.

verenlerin Finansmana Katılması: Sa lık hizmetlerinin finansman yöntemleri içinde yaygın bir uygulama da i verenlerin finansmana katılmasıdır. Bu

⁶⁴ Co kun Can Aktan ve A.Kadir I ık, **Sa lık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler**, 1993, s.33.

sistemde i verenler i çinin ödedi i prime ek olarak bir prim ödeyebilirler. Bunun yanında, çe itli i kollarında i verenin, i inden dolayı ortaya çıkabilecek kısa ve uzun dönemli hastalıkların varlı ı durumunda çalı anların zarar görebilece i varsayımı i verenlerden belli bir pay almanın gerekçesini olu turur.

Devletin Finansmana Katılması: Devletin finansmana katılması "vergilerle finansman" olarak adlandırılmaktadır. Bunun nedeni ise, devletin finanse etme biçim ve amacı ne olursa olsun sonuçta genel bütçe vergi gelirlerini kullanmasıdır.. Devlet sosyal güvenlik kurumlarını kurmanın ve yönetmenin yanında, bütçeden bir pay ayırabilece i gibi, bu kurumların açıklarını kapamayı da üstlenebilir. Bu kurumlara sa lanan vergi kolaylıkları da bir tür finansman sa lama biçimidir. Devlet kurmu oldu u kamu sigortası ile de tıpkı özel kesimdeki benzer sigorta i levini de üstlenebilir.

2.4.2. Türk Sa lık Hizmetleri Finansmanı Sorunları

2.4.2.1. Kaynak Yetersizli i

Sa lık hizmetleri için ayrılan kaynakların yetersizli i, kamunun önemli oranda sa lık hizmetlerinin finansman ve üretimden çekilmi olması, kaynakların bölgeler ve hizmet türleri arasında e itsiz ve istenmeyen biçimde da ıtılmı olması gibi sorunlar, Türkiye'nin siyasal, ekonomik, sosyal sorunlarıyla birle ti inde ortaya oldukça olumsuz bir halk sa lı ı tablosu çıkmaktadır. Avrupa ülkeleri içinde çocuk ve bebekleri en çok ölen ülke Türkiye'dir. Kom u ülkeler içinde (Irak dı nda) çocuk ve bebekleri en çok ölen ülke de yine Türkiye'dir. Türkiye, gelirini sa lık alanına yatırmadı ı için çocukları ve bebekleri ölmektedir. Ki i ba ına ulusal geliri Türkiye'den dü ük olan 38 ülkenin çocuk ölüm hızı Türkiye'den daha dü üktür. Türkiye'nin dünya ülkeleri içinde sa lık sıralamasındaki yeri, gelir sıralamasındaki yerinden 51 basamak daha a a ıdadır.⁶⁵

⁶⁵ Türk Tabipleri Birli i, Yeni Bin Yılın Ba nda Türkiye Sa lık Sektörünün Durumu, Türk Tabipleri Birli i Yayınları, Ankara, 2004, s.4.

Tablo 2.5. Çe itli Ülkelerde Do umda Beklenen Ya am Ümidi ve Bebek Ölüm Hızı De erleri

Ülke	nsani geli me endeksi sırası	Ki i ba ına GSY H (Satın alma gücü paritesine göre, dolar)	Do umda beklenen ya am ümidi (yıl)	Bebek ölüm hızı(binde)
Bulgaristan	54	8078	72,1	12
Panama	58	7278	74,7	19
Romanya				17
Bosna-Hersek				13
Libya				18
Makedonya				13
Kolombiya				18
Venezüella				16
Arnavutluk				17
Lübnan				27
Çin				26
Ekvator				23
Filipinler				28
Ürdün				3223
Tunus				21
Türkiye				28
ran				32
Suriye				15

Kaynak:United Nations Development Programme <http://www.undp.org>

(30.01.2009)

Kamusal hizmetlerden biri olan sa lık hizmetlerinin, gelir da ılımı gibi her ülkenin gerçekle tirmek iste i bir amaca katkısı inkâr edilemez boyutlardadır. Özellikle geli mekte olan ülkelerde mevcut olan yapısal bozuklukların sonucunda gelir da ılımında büyük bir adaletsizlik söz konusudur. Toplumunu oluşturan de i ik kesimler arasında gelir da ılımı maliye politikası uygulamaları ile direkt etkilenebilir. Maliye politikası araçlarından biri olan harcama politikası ve bunların içindeki sa lık harcamaları bu amacın sa lanmasında en önemli araçlardan biri konumundadır. Toplumda bireyler arasında gelir da ılımı ne kadar dengesiz ise

toplum o kadar huzursuz ve tepki doludur. Oysa özellikle geli mekte olan ülkelerin hedefledikleri kalkınma seviyesinin sa lanması; toplumsal refah, huzur ve uzla ma ko ullarının gerçekte mesine sıkı sıkıya ba lıdır.⁶⁶

Herkes için sa lık hedeflerine ula ılabılmenin yolu, gelir e itsizli im azaltmaktan geçiyor. Adil bir bölü üm olmadıkça, ki ilerinin fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklarını yenmeleri ve kendilerini güvencede hissetmeleri söz konusu olmamaktadır.⁶⁷

Sa lık hizmetleri finansmanında en önemli sorunların ba nda kaynakların da ılımı gelmektedir. Maliyetlerin giderek artması, koordinasyon kurulamaması kaynakların etkin kullanılmaması ve istatistiksel kayıtların eski yöntemlerle tutulması finansman sorunları ortaya çıkaran en önemli nedenlerdendir.⁶⁸

Ülkelerin ço unda sa lık hizmetleri yöneticilerinin en büyük ikâyetleri kaynakların yetersizli i üzerinde yo unla maktadır. E itilmi i gücünün ve birey ba ına dü en sa lık harcamalarının çok az oldu u ülkelerin bu konudaki ikâyetleri ise daha fazladır. Ancak bu problemlerin genel olarak temel sa lık hizmetleri ihtiyaçları ile yakından ilgili oldu u da gerçektir.

Kaynakların yetersizli i ise esas olarak ülkelerdeki toplam finansman kaynaklarının yetersiz olu undan kaynaklanmaktadır. Geli mekte olan ülkelerin di er sosyal ihtiyaçları için de kaynak ihtiyacı oldu undan finansman aç ı daha da artmaktadır. Ancak tüm finansman ihtiyacının giderilmesi mümkün olamamaktadır. Bazı ülkelerde konunun önemi anla ılamadı ı için sa lık hizmetlerine yeterince kaynak da aktarılmamaktadır.

⁶⁶ Aytaç Eker, Asuman Altay, Mustafa Sakal, **Maliye Politikası, Teori lkeler ve Yöntemler**, zmir, Anadolu Matbaası, 1999, s.303.

⁶⁷ Mustafa Sönmez, “Gelir E itsizli ine ve Sa lık E itsizli ine Check-Up”, Ankara, **Ekonomik Forum**, Sayı.10, s.63-64.

⁶⁸ Emin Haluk Ayhan, "Sa lık Harcamaları ve Finansmanı", Ankara, Yayınlanmamı Yüksek Lisans Tezi, 1984, s.60-66.

Kaynak kullanımında etkinlik, ekonomideki kıt kaynakların en fazla toplumsal fayda sağlayacak şekilde ihtiyaçları tatmin edecek mal ve hizmet üretimine tahsis edilmesidir. Başka bir deyişle mevcut üretim faktörlerinin en rasyonel biçimde ve en geniş ölçekte toplumsal ihtiyaçları karşılayacak düzeyde kullanılması, kaynak kullanımında etkinliği ifade etmektedir.⁶⁹

Ülkeler arasında geniş farklılık gösteren sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ile siyasal sistem ve idari farklılıklar, sağlık hizmetleri kurum ve personelinin dağılımı ile örgütlenme biçiminde de farklılıklar yaratmıştır. Bazı ülkelerde temel sağlık hizmetlerini çok kolaylaştırarak gelişmiş bir sağlık merkezleri sistemi kurulmuşken, diğerlerinde bu tür hizmetler çok farklı bir biçimde örgütlenmiştir.

Bazı ülkelerde hastane hizmetleri bölgeselleştirilmiş olup, farklı ölçülerde uzmanlaşmış olan hastaneler, nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak üzere ülke çapında faaliyet gösteren bir hizmet ağı şeklinde örgütlenmişken, diğer birtakım ülkelerde koordinasyon zayıftır. Bazı ülkelerde doktor sayısı çok azdır, bazılarında ise doktorlar kent merkezlerinde yoğunlaşmış olup, buradan uzaklaştıkça sayıları azalmaktadır. Aynı şekilde bazı ülkelerde ya hemire sayısı yetersizdir, ya da bunların ülke içinde dağılımları kötüdür ve bu ülkeler birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak daha fazla beslenme uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist vb. personele gereksinim duymaktadır.⁷⁰

2.4.2.2. Maliyetlerdeki Artı

Kaynak maliyetlerinde artışlar meydana gelmesi, Dünya'da sağlık hizmetlerindeki maliyet artışları, genel yaşam seviyesinden daha fazla artmakla beraber, gelişmekte olan ülkelerde eğitim seviyesinin yükselmesi ve sosyal güvenlik sektörünün iyileşmesinden dolayıdır.

⁶⁹ Coşkun Can Aktan, **Kamu Ekonomisinden Piyasa Ekonomisine Özele Dönüşüm**, Ankara, Takav Matbaası, 1993, s.39.

⁷⁰ WHO, **Herkes İçin Sağlık Hedefleri 2000**, Kopenhag, WHO Avrupa Bölgesi Ofisi, 1986, s.1-83.

rrasyonel yatırımlar, yatırımların gecikmesi ve zamanında tamamlanamaması, genel fiyat düzeylerinin hızla artması, teknolojide kaydedilen ilerlemeler nedeniyle sa lık harcamaları daha da artmakta ve maliyet artı larının kontrolü güçle mektedir. Maliyet artı ları finansman ihtiyacının daha da artmasına neden olmaktadır. Geli mekte olan ülkelerde tıbbi araç ve gereçlerin ço unun dı arıdan ithal edilmesi, bu araç ve gereçlerin atıl kapasitede kalmaları maliyetlerin artmasına neden olan di er faktörlerdir. Ayrıca do um hızı da bunu etkileyen faktörlerdendir.

Tablo 2.6. 1980 sonrası Türkiye Nüfusunun Bölgesel Da ılım ve Artı Hızı

		1980	1985	1990	1997
TRAKYA	A	4.339.475	5.066.445	5.986.141	7313.670
TRAKYA	B	9.7	10	10.6	11.7
TRAKYA	C	25.9	32.5	32.1	29.4
KARADEN Z	A	6.218.423	6.637.043	6.833.237	6.885.570
KARADEN Z	B	13.9	13.1	12.1	10.7
KARADEN Z	C	14.7	133	5.2	-2.6
MARMARA VE EGE	A	8.410.529	9.828.904	11.689.918	13.689.690
MARMARA VE EGE	B	18.8	19.4	20.7	21.9
MARMARA VE EGE	C	31.7	31	34.7	23.1
AKDEN Z	A	3.936.843	4.661.130	5.421.411	6313.510
AKDEN Z	B	8.8	9.2	9.6	10.1
AKDEN Z	C	31.1	33.6	31.4	21.3
BATI ANADOLU	A	3.221.053	3.546.512	3.840.166	4.125.660
BATI ANADOLU	B	7.2	7.0	6.8	6.6
BATI ANADOLU	C	25.9	32.5	32.1	9.4
Ç ANADOLU	A	10.960.529	12.210.134	13.101.744	13.939.730
Ç ANADOLU	B	24.5	24.1	23.2	22.3
Ç ANADOLU	C	14.7	133	5.2	9.8

Tablo 2.6.(Devamı)

G.DO U ANADOLU		1.968.421	2.431.893	2.710.705	3.188.010
G.DO U ANADOLU	B	4.4	4.8	4.8	5.1
G.DO U ANADOLU	C	31.7	31	34.7	23.4
DO U ANADOLU	A	5.681.580	6.282392	6.889.710	7.251.160
DO U ANADOLU	B	12.7	12.4	12.2	11.6
DO U ANADOLU	C	31.1	33.6	31.4	8.9
TOPLAM		44.736.857	50.664.458	56.473.035	62.510.000
TÜRK YE GENEL ARTI HIZI		20.7	24.9	21.7	15.1

Kaynak:T.C. Ba bakanlık D E, 75..yılında Sayılarla Türkiye Cumhuriyeti, s.14-16'dan yararlanılarak çıkartılmıştır.

Do urganlık düzeyi ülkedeki kaba do um hızı ve toplam do urganlık hızını açıklamaktadır. Kaba Do um Hızı: Bir yıl içerisinde yapılan canlı do umların, o döneme ait toplam nüfusa oranlaması ile bulunur. Çıkan rakam bin ile çarpılarak, binde olarak ifade edilir. Ülkemizde 1998 yılında tespit edilen kaba do um hızı %021.2 olarak bulunmu tur. Bu oran 1990–1995 dönemi için %028 olarak tespit edilmiştir.

Toplam Do urganlık Hızı: Bir kadının do urgan oldu u dönemi gösteren 15–49 ya arasındaki dönemde do urabilece i ortalama çocuk sayı m ifade etmektedir. Türkiye'de toplam do urganlık hızı 1998 yılı itibariyle 2.43 olarak tespit edilmiştir.

Genel Do urganlık Oranı: Bir dönemdeki toplam canlı do um sayısının, ülkedeki do um yapabilecek ya grubu olarak kabul edilen 15–49 ya kadın sayısına bölünmesi ile tespit edilir. Türkiye' de bu oran 3.3 olarak belirlenmiştir.

2.4.2.3. Harcamaların Verimsizli i

Sa lık yatırım harcamaları, birçok kereler fizibilite çalı maları olmaksızın siyasi nedenlerle yapılabilmektedir. Sa lık hizmeti ihtiyaçlarına cevap vermeyecek tesislerle ba lanıp sonra da vazgeçilmesi gibi finansman kaynaklarının irrasyonel kullanılması söz konusu olabilmektedir.

Sa lık i gücünün verimsiz istihdamına, e itimli sa lık i gücü daha az e itimli i gücünün yapabilece i alanlarda kullanılmasından dolayı neden olunabilmektedir. Di er yandan pahalı teknoloji cihazları az e itimli ve az deneyimli kimseler tarafından kullanılarak sık sık arızalanmasına neden olunmakta, bu nedenle bakım-onarım maliyetleri artmaktadır.

2.4.2.4. Sa lık Hizmetlerindeki Bölgesel Da ılım

Özellikle geli mekte olan ülkelerde en büyük problemlerden birisi; sa lık hizmetlerinde kaynakların sa lık hizmetleri ihtiyaçları göz önüne alınarak rasyonel bir da ılımın yapılmamı olmasıdır. Belirli grupların sahip oldu u kaynaklar, o grupların çe itli baskıları sonucu harcama üstünlü üne sahip olmalarına yol açmaktadır.

Geli mekte olan ülkelerin ço unda nüfusun %50'sinden az bir kısmı, sa lık bütçesinin ço unlu unun kentlerde harcanmasına ra men kentlerde ya amaktadır. Finansman ihtiyacının artması; kırsal kesimde yerle imin oldukça düzensiz olmasından dolayı organizasyon güçlü ü çekilmektedir. Sa lık merkezlerinin da ılımı da bütün toplum kesimlerine hizmet sunacak tarzda geli medi i için, kırsal kesimdeki insanlar kentlere gelmekte ve burada büyük yı ılmalara neden olmaktadır. Geli mekte olan ülkelerde sa lık i gücünün da ılımı da ço u zaman dengesizdir. Sa lık i gücü küçük yerle im birimlerinde kalmak istememektedirler.

2.4.2.5. Sağlık Hizmetlerinde Koordinasyon Yetersizliği

Kaynakların etkin kullanımı, finansman kaynaklarının koordinasyonu sağlanamamakta ında güçleşmektedir. Merkezi hükümet ile sosyal güvenlik kurumları arasındaki koordinasyon yetersizliği bir diğer koordinasyon yetersizliğidir. Bir yerleşim biriminde farklı sosyal güvenlik kurumları mükerrer yatırımlar yapabilmektedir. Örneğin, Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kurumu, Sağlık Bakanlığı, çeşitli kamu kurumlarına ait hastaneler ve özel sektöre ait hastaneler aynı yerleşim biriminde bulunabilmektedir. Benzer durumlar tıbbi-araç gereçler için de söz konusu olabilmektedir. Örneğin, Bilgisayarlı Tomografi cihazı bu sağlık merkezlerinin tümüne alınabilmektedir. Araç bakım ve tamir üniteleri ile ekip ve personeli yeterince bulunmadığı veya her kurumun aynı üniteleri kurmaya çalışması nedeniyle de bu ünitelerin düzenli bir şekilde çalışmaması büyük mali değeri olan cihazların atılmasına neden olmaktadır. Kurumların çok düşük kapasite ile çalışmak zorunda kalmaları, sağlık hizmeti veren diğer kurumların aynı yere yatırım yapmaları ve o yörede kapasite fazlasının meydana gelmesindedir.

Aynı kurumlar standart personel istihdam etmek zorunda buldukları için zaten yetersiz olan sağlık personeli, koordinasyonun bulunmaması nedeniyle işlevsiz ve yetimsiz olarak kullanılmaktadır.

2.4.2.6. Kontrol ve Kayıt Sistemlerindeki Sorunlar

Eskimi muhasebe ve kayıt sistemleri geliştirmekte olan ülkelerin çoğunda halen yaygın olarak kullanılmaktadır. Yeterli ve modern tekniklerin kullanılmaması kayıt sistemleri ile toplanan bilgiler sağlık hizmetleri planlamasını olumsuz etkilemektedir. Kaynak israfının oluşmasının sebebi, harcamaların çoğu zaman yanlış bilgiler nedeniyle öncelikli alanlara yönlendirilmemesidir. Türkiye'de sağlık hizmetleri arz ve talep hareketleri, sosyal güvenlik kurumları (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur) tarafında etkili bir şekilde takip ve kontrol edilemediğinden sağlık hizmetleri finansmanında irrasyonel davranışlara neden olmaktadır. Hastalar aynı sağlık sorunu için diğer merkezlere aynı anda başvurabilmekte, farklı sağlık

merkezlerinde aynı te his ve tedavi yöntemleri uygulanabilmektedir. Aynı hasta için reçete edilmi ilaçlar henüz planlanan sürede tam olarak uygulanmamı ken, yeniden reçete edilebilmesi ilaç harcamalarını arttırmaktadır.

2.4.3. Sosyal Politikamın Uluslar Arası Bakı Açıları

2.4.3.1. Avrupa Birli i'nin Sosyal Politikası

Avrupa Birli i, politik ve ekonomik nedenlerle kurulmu tur. Amaçlanan esas politik çözüm, aslında Avrupa'da barı ı devam ettirme yolundaydı. Ekonomik hedef ise, Avrupa serbest piyasasını olu turmaktı. Bununla beraber, tam olarak bir sosyal amaç yoktu. 1970'ler sırasında, birli in sosyal politikası, ya am ve çalı ma ko ullarının ilerletilmesi içindi. Çalı an kesimde yer alıp da i gücünün bir parçası olmayan çalı anlar, i çi statüsüne eklendi. Sosyal politika yönünde atılmayan adımlar, daha güçlü atılmaya ba landı.⁷¹

Birli in bazı güçleri, artan geli melerle birlikte, zararsız birtakım ölçüler bulup, geçmi teki örnekleri göz önüne aldı. Örnek olarak, sigara paketlerini de içine alan, otobüs geçi lerini, dil e itimini, bu yolla kamusal sa lıkta çı ır açmayı amaçlayan, aynı zamanda da ya lı ları ve ula ım ko ullarını ele alan ön hazırlıklar da gösterilebilir. Bayilik sistemini ön planda tutan bir anlayı la ve en olası seviyede bu hazırlıklar yapılabilmi tir.

Komisyonun politikayı geli tiren yakla ımı, hizmetlerin geli mesine, dayanı manın artmasına ve dı lanan kesimin ortak edilmesine ba lıdır. Komisyonun güçleri, dı lanma ile ilgili sorunlar üzerine de dü ünü mlendir.⁷²

⁷¹ Kamil Uslu, "Refah Ekonomisi Ders Notları", stanbul, Marmara Üniversitesi .B.F ktisat Bölümü, 2007, s.57-58.

⁷² Uslu, a.g.e., s.57-58.

2.4.3.2. Küreselle me Ve Refah

Küresel ekonominin gelişmesinin milli refah politikaları için bazı anlamları vardır. Milli devlet kavramı, bazı yörelere yayılan güçlerle, bağımsız kuruluşlarla ve NAFTA ve AB gibi milli olmayan birliklerle önemini kaybetmektedir. Mishra küresellemede ve refah devletinde, sosyal koruma için yapılan çalışmaların sınırlandırılması ve milli devlet anlayışının önemini kaybettiğini öne sürmüştür. Küresel trendler, güçlü neo-liberal ideolojilerle birleşmeye başlamış ve eşitsizliklere ve sosyal korumada katılıma yol açmıştır. Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kuruluşlar, gelişen ülkelere ve Doğu Avrupa ülkelerine kendi ekonomik ve sosyal politikalarını empoze etmişler ve sınırlı devlet harcamaları üzerinde durmuş, sosyal hizmetler ve özel ön hazırlıklara önem vermişlerdir.⁷³

Bu konu belki de çok abartılmıştır. Bazı ülkelerde küçülme stratejileri ve bazı sosyal hizmetlere odaklanma olduğu doğrudur. Aynı zamanda, en gelişmiş ülkelerde hastane bakımı masrafları ve sosyal politikanın ağırlığı ilkelere yönelmiştir. Asıl ele alınan gündem, hükümete ait ya da hükümete ait olmayan bazı politikaların da dâhil olması ile de iktisadi durumu tır. Daha büyük eşitsizliklere uygulanabilecek tutarlı bir trend yoktur.

2.4.4. Refahın Fonksiyonu Olarak Sağlık

Sağlığın çeşitli tanımları yapılabilir. Bunlar aşağıdaki durumları kapsayabilir.⁷⁴

Kültürel Tanımlama: Sağlık bir toplumun, standart olarak, fiziki ve mental olarak kendi yararına almak istediği daha iyi olma isteğidir.

Normatif Tanımlama: Sağlık sabit bir durum olarak varsayılır. Bu durum fiziki veya mental için uygun bir durumdur.

⁷³ Uslu, a.g.e., s.57-58.

⁷⁴ Uslu, a.g.e., s.60-71.

Fonksiyonel Tanımlama: Sağlık, fiziki ve mental aktivitelerin kesin ve gerekliliği için bir durumdur.

Sağlık birçok faktörlere bağlıdır. Bunlar, biyolojik, çevre, besin ve standart hayatı kapsayabilir. Diğer yanda, sağlık refahın bir fonksiyonu olarak görülür. Bunlardan bazıları, hastalıkların çıkması halinde direkt olarak ilgili sağlık servisine göre dağıtımını gerçekleştirilir. Refah devletinin ortaya çıkması ile toptenkân toplum sağlığı önem kazanmıştır.

2.4.4.1. Sağlıkta Eitsizlikler

Sosyal sınıflarda hasta sağlığının etki alanında belirli farklılıklar vardır. İngiltere'deki örneklerde görülüyor ki çocukları da kapsayan daha düşük sosyal sınıflardaki insanlar çoğunlukla bulaıcı ve parazit hastalıkları, zehirlenmeler, zatürree ve iddetten acı çekmektedir. Daha düşük sosyal sınıflardaki yetkinlerde ek olarak daha çok kanser, kalp ve solunum hastalıklarından acı çekmektedir. Bu eitsizliklerin birçok muhtemel açıklaması olabilir. Bunlar;⁷⁵

- **Yapay Açıklamalar:** Hem sağlık hem de sosyal sınıflarda sosyal organizasyonu yansıtmak için suni kategoriler meydana getirildi.
- **Doğal ve Sosyal Seçim:** Bu görüşe göre, toplumda çoğunlukla yaşamak için en uygun olan insanlara ve seçimin derecesini yansıtan sınıflara dayanmaktadır.
- **Yoksulluk:** Beslenme, barınacak yer ve çevre ile birlikte hasta sağlığına da öncülük eder.
- **Kültürel ve Davranışsal Açıklamalar:** Farklı sosyal sınıfların kabiliyetlerinde ve rejimlerinde ve kesinlikle alışkanlıklarında sigara içmek gibi farklılıklar bulunmaktadır.

⁷⁵ Uslu, a.g.e., s.60-71.

Sa lı a eri mede sosyal sınıflara göre belli ba lı e itsizlikler bulunmaktadır. En kötü sa lık içinde en az hizmeti alan insanlar (ters tedavi kanunu) olarak Tudor Hart tarafından adlandırılan ey problem olu turmaktadır.

Sa lık birçok farklı dallara ayrılabilir. Basmakalıp olarak bunlar;⁷⁶

- **Hastane Tedavisi:** Hastaneler acil ve uzun süren tedaviler arasında ayrılabilir. Acil tedavi tıbbi uzmanlıkların tamamını kapsar. Uzun süren tedavi prensip olarak psikiyatrik ve devamındaki tedaviler için kullanıldı. Son dönem trendi, uzun süren tedavilerin minimize edilmesi ve acil hastaneler için tedavinin tamamını teklif etmesidir.

- **Ba langıç Tedavisi:** Ba langıç tedavisi, genel veya aile doktorlarını, tıbbi yardımcı profesyonelleri (içinde di çilik, eczacılık ve optikçilik bulunan) ve eve ili kin sa lık bakımlarını (ev hastabakıcılı ı, mesle e ili kin terapi) içeren hastane bakımı olmayan ve basit tıbbi tedaviler olarak bilinir. Bazı ülkelerde hastane ve gezici tedaviler arasındaki fark dü mektedir. Gezici tedaviler, ba langıç tedavisini ve hastanedeki en çok gün tedavisini içerir.

- **Kamu Sa lı ı:** Bu alan sadece önleyici tıbbi de il, (örne in; görüntüleme, a ılama veya sa lık e itimi) aynı zamanda alelade sa lık nimetleri ile ba lantısı olmayan içerisinde iskân alanlarını, su kaynaklarını, la ım sistemlerini ve gıda temizli ini de içeren birçok alanı kapsamaktadır.

2.4.4.2. Sa lık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sa lık sistemlerinin sınıflandırılması ile ilgili çalı malar yıllardır sürmektedir. Buna ra men henüz tüm sistemleri içine alabilecek bir sınıflama yapılamamı tır. Ülkelerin geli mi lik düzeyleri göz önüne alınarak yapılan çalı malardan kurumsal yakla ımlara kadar birçok yakla ım mevcuttur.⁷⁷

Terris yakla ımında sa lık sistemleri 3 gruba ayrılmaktadır;

Sa lık sistemi sınıflamasının ilk yakla ımıdır. Bu yakla ıma göre;

- Kamuya dayalı sistem

⁷⁶ Uslu, a.g.e., s.60-71.

⁷⁷ Orhun Kalkan, “Sa lık Sistemlerinin Sınıflandırılması” <http://www.bsm.gov.tr/makale/20033.asp?sayi=20033> (19.02.2009)

- Sigortaya dayalı sistem
- Ulusal sağlık sistemi

Bu sınıflamaya giremeyen bazı ülkeler olmu tur. Tüm sistemleri kapsayıcı özelli i olmamı tur. 1980'li yıllarda Mark Field tarafından yapılan sınıflamaya Field tipoloji adını vermi tir. Be ayrı tip olu turmu tur;

Tip-1: Az geli mi ülkeler,

Tip-2: Serbest piyasa tipi,

Tip-3: Sigorta ve sosyal güvenlik,

Tip-4: Ulusal sağlık hizmeti,

Tip-5: Sosyalist sistem.

Bu tabloda geli mekte olan ve kapitalizme yönelimli ülkeler zorunlu olarak 2. Tipe sokulmakta ve Amerika ile aynı kefeye konulmaktadır. Bu açıdan Field'in sınıflamasında da eksiklikler bulunmaktadır.

Bu sınıflamayı daha kapsamlı ve ayrıntılı bir hale sokan Kılıç ve Bumin'in sınıflaması ise öyledir;⁷⁸

Tip-1: Özel sigorta a ırlıklı,

Tip-2: Sosyal sigorta a ırlıklı,

Tip-3: Ulusal sağlık sistemi,

Tip-4: Sosyalist sağlık sistemi,

Tip-5: Karma ık yapıda sağlık sistemi,

Tip-6: İkel yapıda sağlık sistemi.

Bu sınıflamada kar ıla ılan sorun ise ilkel ve karma yapıya hangi sistemlerin sokulaca ı idi.

⁷⁸ Uslu, a.g.e., s.60-71.

Bir di er kuram geli tirici Milton Roemer ise 1984 yılından itibaren 3 sınıflama geli tirmi tir. lk sınıflamasına göre;

- Pazar ekonomisine dayalı ülkeler,
- Sosyal refaha dayalı ülkeler,
- Sosyalist ülkeler yer almaktaydı.

Bu sınıflamayı kendi içerisinde de ülkeleri Zengin, Geli mekte Olan ve Fakir olarak 3 gruba ayırmakta idi.

1993 Yılında Daha Basit Ve Anla ılır Bir Sınıflama se;

- Giri imci,
- Sosyal yönelimli,
- Bütüncül,
- Sosyalist.

Dünya Bankası sa lık sistemlerini 2 ayrı ekilde sınıflamaktadır. Birinci sınıflamada örgütlenme ve finansmana göre, ikinci sınıflamada ki i ba ına dü en ulusal gelire göre yapılmaktadır.⁷⁹

⁷⁹ Uslu, a.g.e., s.60-71.

Tablo 2.7. Dünya Bankası I. Sınıflaması: Örgütlenme ve Finansman Sınıflandırması

Örgütlenme	Finansman
Kamu	Genel vergiler (Bütçe) Sosyal sigorta Özel sigorta Do rudan Harcama
Özel (Kar Amaçlı)	Genel vergiler (Bütçe) Sosyal sigorta Özel sigorta Do rudan Harcama
Özel (Kar Amaçsız)	Genel vergiler (Bütçe) Sosyal sigorta Özel sigorta Do rudan Harcama

Kaynak: Uslu, a.g.e. s.65.

Dünya Bankası II. Sınıflama: Ki i Ba ma Dü en Milli Gelir'e Göre:

- Dü ük gelir grubu (100–600 \$),
- Orta gelir grubu (600–7900 \$)
- Avrupa'nın eski sosyalist ülkeleri (650–6000\$),
- Yerle mi Pazar ekonomisi ülkeleri- ABD hariç (5000–34000 \$),
- ABD (22000 \$)

1994 de Ray Elling Daha Sosyal çerikli Bir Sınıflamaya göre;

- Tümüyle Kapitalist Ülkeler
- Sosyal Yönelimli Kapitalist Ülkeler
- Sanayile mi Sosyalist Ülkeler
- Kapitalizme Ba ımlı Ülkeler
- Dünya Sistemlerinden Yarı Ba ımsız Sosyalist Ülkeler

Sa lık sistemleri sınıflanırken ülkelerin sosyal yapıları ve iktidardaki resmi ideolojinin yönelimi kadar dinsel yönelimler de dikkate alınmalıdır. Böyle bir sınıflamada;

Kapitalist Ülkeler:

- Tümüyle Kapitalist (ABD, sviçre)
- Sosyal Yönelimli (Kanada, Avustralya, Japonya, Hollanda, Almanya, spanya, Fransa)
- Tümüyle Sosyal Yönelimli (Birle ik Krallık, skandinav ülkeleri)
- Kapitalizme Yönelimli Zengin (G.Kore, G.Afrika)
- Kapitalizme Yönelimli geli mekte Olan (Türkiye, Brezilya, Endonezya, Kamerun)
- Kapitalizme Yönelimli Yoksul (Hindistan, S.Leone)⁸⁰

Sosyalist Ülkeler:

- Eski Sosyalist (Birle ik Devletler Toplulu u, Do u Avrupa)
- Sistemden Yarı Ba ımsız Sosyalist (Küba, Çin)

Dinsel Yönelimli Ülkeler:

- Kapitalizme Yönelimli (S.Arabistan, Pakistan)
- Sosyal Yönelimli (Libya, ran, Kuveyt)

Ülkelerin Sa lık Sistemleri Arasında Kar ıla tırma Yaparken,⁸¹

- Ki i ba ına dü en ulusal gelir de il bu gelirin da ılımına bakılmalıdır.
- Toplam sa lık harcamaları içinde kamunun payı de erlendirilmelidir.
- Sadece sa lık harcamalarını de erlendirmek yanıltıcı olabilir. Bebek ölüm hızı, do umda beklenen ya am beklentisi gibi de i kenlere de endekslenmelidir.
- Beklenen de erlerle gözlenen de erler arasındaki sapmanın dikkate alınması da bir di er yakla ımdır. Dünya Bankası ülkenin ulusal gelirine ve e itim durumuna

⁸⁰ Uslu, a.g.e., s.60-71.

⁸¹ Uslu, a.g.e., s.60-71.

göre, sahip olması gereken do umda ya am beklentisi ve ulusal gelirden sa lı a ayrılması gereken payı hesaplamı tır. Sonra bu de erler ile gerçeikle en de erler arasındaki sapmaları ematize etmi tir. Örne in Sri Lanka, Paraguay ve Fas beklenenden daha az bir harcama ile do u ta beklenen ya am süresi açısından tahminlerden daha iyi bir sonuç almı lardır. ABD ve Fransa ise beklenenden daha fazla para harcamı ancak tahminlerden daha kötü sonuç almı lardır.

- Kar ıla tırmalarda ele alınan tüm hızlar için belli zaman aralıklarındaki de i imler dikkate alınmalıdır.
- Kar ıla tırılan ülkelerin do al zenginlikleri, nüfusu ve co rafyası benzerlik göstermelidir.

Tablo 2.8.Bazı Ülkelerde Birinci Basamak Ve Hastanelerde Hekimler Tarafından Sunulan Hizmetlerin Özel Ve Kamu Ba lamı çindeki Durumu

ÜLKE	B R NC BASAMAK	HASTANE
Avusturya	Ba ımsız, özel çalı an GP ve Uzmanlarca, ayrıca sigorta tarafından i letilen ayaktan bakım merkezlerince. GP'lerin yarısı özel ve yalnız çalı ıyor.	Kamu ve özel hastaneler var. Kamu hastaneleri federal hükümet bölgesel hükümetler ve di er kamu kurumları i letebiliyor.
Belçika	Özel çalı an GP ve Uzmanlarca GP'ler %50 ev hizmeti veriyor	Hastanelerin yarıdan ço u özel sektörde; dini kurulu lar ve yardım kurumları a ırlıklı olmak üzere. Kamu hastanelerini yerel yönetimler i letiyor. Hükümet teknik ve mali denetimi yapıyor.
Danimarka	Ba ımsız ve özel çalı an GP'lerce. GP'ler tek çalı ıyor, ancak grup prati i giderek artıyor.	Hastaneler kamunun denetiminde. Uzmanların ço u ücretli olarak kamu hastanelerinde
Finlandiya	Her komünün bir sa lık merkezi var. Sa lık merkezlerine dü en nüfus ortalama 10000. GP'lerin 1/5'i sa lık merkezle- rinde çalı ıyor. Kalamı özel.	Her bölgenin kendi hastanesi var. Hastanelerin hemen tamamı kamu (bölge yönetimleri) tarafından i letiliyor.

Tablo 2.8.(Devamı)

Fransa	GP'ler ve özel çalı an uzmanlarca.GP'lerin 1/3'ü ise hastanede. %15'i sa lık merkezlerinde, kalanı özel/ba ımsız çalı ıyor.	Hastane yataklarının %70'i kamunun, kalanı özel.
Almanya	Ba ımsız GP'ler ve uzmanlarca Bunların %18'i grup halinde.	Hastanelerin 2/3'ü özel. Hekimlerin %62'si hastanelerde. Özel hastanelerin yarısı kar amaçlı.
Yunanistan	Sa lık merkezlerince veriliyor. Ancak sayıları yetersiz. GP'ler sa lık merkezlerinde çalı ıyor, özel çalı amıyorlar. Sa lık merkezleri hükümet denetiminde.	Hastane yataklarının 1/3'ü özel sektörde. Kalanı ve daha büyük kapasiteli olanlar kamuda.
zlanda	Sa lık merkezlerince veriliyor. Hükümet yönetiminde. Bütün GP'ler sa lık merkezlerinde, özel çalı amıyorlar.	Hastaneler kamunun ve hükümetçe i letiliyor.
talya	GP'lerce yürütülüyor. GP'ler genellikle yalnız çalı ıyorlar ve ulusal sa lık sistemi kapsamındalar.	Hastanelerin ço u kamunun ve do rudan ulusal sistemce yönetiliyorlar. Ancak kimi bölgelerde özel sektörün payı %50.
Lüksemburg	GP'lerce sunuluyor. Uzman katkısı kısıtlı. GP'ler ba ımsız ve tek çalı ıyorlar.	Hastane yataklarının %60'ı özel. Hastane hekimlerinin 2/3'ü uzman ve uzmanların ço u aynı zamanda özel olarak da çalı ıyor.
Hollanda	GP'lerce sunuluyor. GP'ler ba ımsız çalı ıyor. GP'lerin yarısı tek çalı ıyor, kalanı grup prati inde.	Hastaneler kar amacı gütmeyen özel kurumlar durumunda ve planlamadan eyaletler sorumlu.
Norveç	Yerel yönetimlerin sorumlulu unda. Sa lık merkezlerince sunuluyor. GP'lerin ço u sa lık merkezlerinde çalı ıyor. Ancak ehirlerde özel çalı an ve yalnızca hasta ödentileri ile geçinen GP'ler de var. Ancak özel çalı anların ço u sigorta ile anla malı.	Hastanelerin ço unlu u federal veya eyalet hükümetlerinin i letmesinde. Az bir kısmı gönüllü kurulu ların ve yalnızca iki tanesi ticari amaçlı. Ancak kamu hastanelerindeki uzmanların özel çalı ma olanakları giderek artıyor.
Portekiz	Ulusal sa lık sistemi içindeki sa lık merkezlerince. Sa lık merkezlerindeki hekimlerin %74'ü GP.	Hastanelerin 2/3'ü devletin. Kalanı özel ve özellerin yarısı ticari.

Tablo 2.8.(Devamı)

spanya	Ulusal sa ğlık sistemi içindeki sa ğlık merkezlerince. Ancak özellikle büyük kentlerde sa ğlık merkezleri sayıca yetersizdir ve buralarda özel uygulama yaygın. Sa ğlık merkezlerinde GP'ler ve uzmanlar çalışıyor.	Hastanelerin büyük bölümü kamu tarafından işletiliyor.
sveç	Eyalet hükümetlerinin işletti ği sa ğlık merkezlerince yürütülüyor. GP'ler sa ğlık merkezlerinde çalışıyor. Bunun dışında sigorta ile anlaşmalı özel çalışan GP'ler de var.	Hastaneler eyalet hükümetlerinin işletmesinde. Hekimlerin %70'i hastanelerde ve maaşlı çalışıyor.
sviçre	Ba ğımsız çalışan hekimlerce veriliyor. Bunların %70'i uzman.	Hastaneler eşit şekilde kamu ve özel sektöre paylaşılmı ş durumda.
ngiltere	Ba ğımsız çalışan GP'lerce yürütülüyor.	Hastanelerin ço ğunu kamu nun.
Japonya	Önemli ölçüde 19 yataktan az kapasiteli kliniklerce yürütülüyor. Kliniklerde hem GP'ler, hem de uzmanlar çalışıyor.	Hastanelerin %80'i, Hastane yataklarının %60'ı özel.
Kanada	Özel olarak çalışan GP'lerce. Hizmet eyalet hükümetlerince organize ediliyor.	Kar amaçlı olmayan özel hastane statüsünde. Eyalet hükümetlerince finansman açısından denetleniyor.
ABD	Özel olarak çalışan, ba ğımsız hekimlerce. Grup prati ği giderek artıyor.	Hastanelerin %23'ü federal veya eyalet hükümetlerinin. %53'ü özel ve kar amaçlı taşı mıyor. %8.2'si kar amaçlı. Hastane yataklarında ise Hükümet %19.9, özel kar amaçsız %70.3, özel kar amaçlı %9.8.

Kaynak: Uslu, a.g.e. s.65.

Tablo 2.9.Sa ğlık Sistemleri Kar ıla tırılması

Özellikler	ÜLKELER (Sa ğlık Sistemleri)				
	Kanada (NHI)*	Almanya (SI)*	ngiltere (NHS)*	Japonya (SI ve NHI)*	A.B.Devletleri (Ço ulcu)
Finansman	Genel Vergiler	Nakit ve Genel Vergiler	Genel Vergiler	stek Dı ı Primler veya Genel Vergiler	ste e ba lı Primler veya Genel Vergiler
Masrafların adesi	Tek-Ödeme Sistemi	Tek-Ödeme Sistemi	Tek-Ödeme Sistemi	Tek-Ödeme Sistemi	Çoklu Ödeme sistemi
	Genel Kamu Bütçesinden Hastanelere	Hastanelere Günlük Ödemeler	Genel Kamu Bütçesinden Hastanelere	Hükümet Kurulu larından Amaca uygun ödeme.	Ço unlukla ödemeler servislerden Hastanelere
	Belirlenmi servislerden doktorlara Ödeme	Belirlenmi servislerden doktorlara Ödeme	Ücretlerden ve ki isel vergilerden doktorlara ödemeler	Doktorlara masrafın geri ödenmesi ayrı de ildir	Ödemeler ço unlukla servislerinden Doktorlara
Tüketicilerin (Hastaların) Ödemeleri	hmal edilebilir	hmal edilebilir	hmal edilebilir	Olumlu ve tavandan ücret ödemelerinin dı ında	Olumlu fakat genellikle az
Üretim	Özel	Özel	Kamu	Özel	Özel
Doktor Tercihi	Sınırsız	Sınırlı	Sınırlı	Sınırsız	Sınırsız

* (NHI:National Health Insurance Program, SI:Socialized Insurance NHS:National Health System)

Kaynak:, Rexford E. Santerre&Stephen P. Neun, **Health Economics Theories, Insights, and Industry Studies**, Chicago, 1996, s.146.

Yukarıdaki bilgilerde, bazı ülkelerde Refahın sa ğlık alanındaki gerek ki isel gerekse toplumsal olarak yapılan ödeme çalı malarını göstermektedir. Asıl olan refahın sa lanmasında ki i kendini hastalık halinde nasıl bir güvenceye alaca mını, ülkelerarasında bile tam bir görü birli i yoktur. Devletlerin uyguladı ı Sistem de bu

farklılıkları sa lık alanında ki isel olarak nasıl aldı nı göstermektedir. En geli mi
ülke uygulamasında sa lık alanında tam bir ki isel ve toplumsal refah olmadı ı
söylenebilir.⁸²

⁸² Uslu, a.g.e., s.60-71.

BÖLÜM III

3.SA LIKTA DÖNÜ ÜM PROGRAMI ÇERÇEVESİNDE A LE HEK ML MODEL

3.1.Sa lıkta Dönü üm Programı

Sa lık hizmetlerinin geli tirilmesine yönelik çalı malar Dünya'nın tüm ülkelerinde sürmektedir. Geli mi ve geli mekte olan ülkelerin hiç birinde sa lık sorunlarının tamamen çözüldü ü söylenememekle birlikte hemen hepsinde uzun süreçli, kararlı reform çalı maları oldu u görülmektedir.

Ülkemizde 2002–2003 yıllarında 58. ve 59. Hükümetler, Acil Eylem Planı çerçevesinde “Sa lıkta Dönü üm Programı” hazırlamı lardır. “Sa lıkta Dönü üm Programı” hemen hemen elli yıllık bir sürece yayılan sa lık alanındaki önemli de iimler arasındaki yerini almı tır.

Sa lık Bakanlığı “Sa lıkta Dönü üm Programı”nı mevcut gidi atı tamamen sonlandırıp yeni bir sisteme geçmek iddiası olmadan, beklenen de iimi gerçekle tirmek için mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe do ru dönü türmek amacıyla, reform de il de dönü üm adı altında tanımlamaktadır.⁸³ Bakanlı ın bu programdan geni katılımı tüm tarafların sahiplenebilece i ve aktif rol alaca ı bir eylem dizisi olması yönünde beklentileri bulunmaktadır.

3.1.1. Sa lıkta Dönü üm Programı Kapsamında Destek Projesi

Türkiye’de de sa lık hizmetlerinin etkili, verimli ve adil bir ekilde organize edilmesi, finansman sa lanması ve sunulmasının hedeflendi i Sa lıkta Dönü üm Programı, (SDP) Sa lık Bakanlığı tarafından 2003 yılında açıklanmı tır⁸⁴. Bu program ile geçmi teki reform ve proje çalı maları de erlendirilerek, gelecekte

⁸³ Sa lık Bakanlığı, Sa lıkta Dönü üm, Ankara, Haziran 2003, s. 24

⁸⁴ Sa lık Bakanlığı, 2003. a.g.k., s. 26.

geçilmesi dü ünülen sa lık sistemi tasarlanmakta ve yeni sisteme geçi için gerekli de i iklikler planlanmaktadır. Ancak Sa lıkta Dönü üm Programı geçmi i silip atan radikal bir reform ve her eyi yepyeni icat etti ini iddia eden bir anlayı de ildir.⁸⁵

Sa lık Dönü üm Programı'nın Sa lık Bakanlı nca belirtilen belli ba lı ilkeleri bulunmaktadır:⁸⁶

- **nsan merkezlilik:** Sa lık sisteminin planlanması ve sa lık hizmetinin sunumunda, hizmetten yararlanacak ki iyi, onun gereksinim ve beklentilerini esas alır. Yine bireyin bir ailesi oldu u ve sa lı nda aile ortamında üretilmesinden dolayı, "aile sa lı ı" kavramı çerçevesinde sa lık de erlendirilir.
- **Sürdürülebilirlik:** Sistemin ülke kaynak ve ko ulları do rultusunda uyumlu ve kendini besleyerek devam eder ekilde olmasıdır.
- **Sürekli kalite geli imi:** Geri bildirim mekanizması olu turularak, hep daha iyiye gitmeyi ifade eder. Katılımcılık: sistemin kurulumu ve devamında ilgili her tarafın görü ünün alınabilece i, yapıcı tartı ma olana mın bulundu u bir platform olu turulması ve sa lık sektörünün tüm bile enlerinin bir arada kaynak birli inin sa lanmasıdır.
- **Uzla macılık:** Yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sa lanması ve tarafların buna uymasının hedeflendi i, sa lık sektörünün de i ik bölümleri arasında kar ılıklı çıkarları gözeterek, çıkar çatı ması olmadan ortak çözüm bulmaktır.
- **Gönüllülük:** Sa lık hizmeti sunan ve bu hizmeti alan tarafların herhangi bir ayırım yapılmaksızın belirlenen amaçlara yönelik davranmalarının sa lanmasıdır.
- **Güçler ayrılı ı:** Çıkar çatı ması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sa lamak üzere, sa lık hizmetlerinin finansman sa lama, planlama yapma, denetimi üstlenme ve hizmet üretimini sa lama birimlerinin birbirinden ayrı olmasıdır.

⁸⁵ Sabahattin Aydın, "Sa lıkta Dönü üm Programı", Türk Sa lık Sisteminin Gelece i Açısından "Sa lıkta Dönü üm Programı", toplantısında sunulan bildiri, Abant/Bolu: 16-19 Ocak 2004, s. 15

⁸⁶ Sa lık Bakanlı ı, 2003. a.g.k, s. 27-28.

- **Desantralizasyon:** Yerinden yönetimin gerçekleştirilmesi olup, de i en ko ullara ve ça da anlayı a uygun olarak, idari ve mali yönden özerk i letmeler olu turma ilkesidir. Bu e kilde, hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.
- **Hizmette rekabet:** sürekli kalite geli imi ve maliyet azalmasına yönelik bir te vik ortamı olu turmak üzere hizmet sunucuların birbiri ile yarı halinde olması ilkesidir.

Sa lıkta dönü üm programının finansal açıdan desteklenmesi boyutu da önemli bir husustur. Dünya Bankası'nın bazı sa lıkta dönü üm yöntemleri için Türkiye'ye önerileri ba lıca öyledir⁸⁷:

- 1.Tercihe ba lı özel ek sigorta, zorunlu genel sosyal sa lık sigortası uygulaması yapılması.
- 2.Temel hizmetler paketi geli tirilmesi ve kamu harcaması hedeflenmesi.
- 3.Kamu hastanelerinin yeniden düzenlenmesi ve daha çok özerklik tanınması.
- 4.Kurumsal sorumlulukların birle tirilmesi ve yeniden tanımlanması.
- 5.Birinci Basamak Sa lık Hizmetleri arzının güçlendirilmesi ve "Aile Hekimli i" kavramının benimsenmesi, ya ama geçirilmesi.

Sa lıkta Dönü üm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi'ne bütçe anlamında destek amacıyla Dünya Bankası'ndan 56 milyon 100 bin Euro tutarında finansman sa lanmı tır. Hazine Müste arlı ından yapılan duyuruya göre, Sa lık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Ba kanlı ı (SGK) tarafından yürütülen Sa lıkta Dönü üm Projesi'nin devamı niteli inde olan proje ile Sa lık Bakanlığı'nın stratejik hedeflerinin ve SGK'nın kapasite geli iminin desteklenmesi amaçlanmaktadır. Dünya Bankası cra Direktörleri Kurulu tarafından 11 Haziran 2009'da onaylanan projenin kredi anla ması 01 Temmuz 2009'da imzalanmı tır. Proje kapsamında sa lanan finansman 5,5 yılı geri ödemesiz toplam 30 yıl vadeli olarak sa lanmı tır. Söz konusu kredinin 53 milyon 10 bin eurosu Sa lık Bakanlığı'na tahsis edilmi tir, 3 milyon 90 bin eurosu ise SGK tarafından kullanılacaktır.

⁸⁷ M. Chawla "Türkiye: Daha iyi Eri im ve Etkinlik için Sa lık Sektörü Reformu. Cilt II: Çalı ma Raporları." Dünya Bankası nsani Kalkınma Sektörü Birimi Avrupa ve Orta Asya Bölgesi. Dünya Bankası Yayınları, 2003: iii - vi

3.1.2. Sa lıkta Dönü üm Programı Bile enleri

Sa lıkta Dönü üm Programı onbir bile enden olu maktadır⁸⁸.

- 1- Planlayıcı ve denetleyici bir Sa lık Bakanlı ı
 - 2- Tüm birimleri tek çatı altında toplayan genel sa lık sigortası
 - 3- Yaygın, ula ımı kolay ve etkin sa lık hizmet sistemi
 - 4- Bilgi ve yetenek ile bezenmi , yüksek güdülenme ile çalı an sa lık insan gücü
 - 5- Düzene dayanak olu turacak e itim ve bilim kurumları
 - 6- Nitelikli ve etkili sa lık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
 - 7- laç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
 - 8- Karar a amasında etkili bilgiye ula ım, sa lık bilgi sistemi
 9. Daha iyi bir gelecek için sa lı ın iyile tirilmesi ve sa lıklı hayat programları,
 10. Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası i birli i için çok yönlü sa lık sorumlulu u,
 11. Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sa lık hizmetleri
- 9, 10 ve 11. bile enler; 22 Temmuz 2007 seçimleri sonrasında eklenmi tir.

Sa lıkta Dönü üm Programı, sektörü tüm boyutları ile kavramak üzere biçimlendirilmi bile en ve alt bile enlerden meydana gelmektedir. Her bile en bir sonraki ile ili kilendirilmi olup, programın bütünlü ü içinde uygun olabilecek çözümleri içermektedir.

3.1.2.1. Sa lık Kurumlarında Etkili Yönetim için Sa lık Bakanlı ı'nın Yeniden Yapılandırılması

Birçok alanda oldu u gibi sa lık hizmetlerinde de kalite kavramı ön plana çıkartılmakta ve bu do rultuda etkili çalı malar yürütölmektedir. Yönetici, personel,

⁸⁸ T.C. Ba bakanlık Devlet Planlama Te kilatı, Kalkınma Planı (Sekizinci Be Yıl) 2001-2005: 85-88

yöntem ve idare gibi çeşitli kavramların bile imiyle meydana gelen yönetimde etkinlik sağlamak amacıyla farklı çalışmalar sürdürülebilir. Bakanlık bazında yeniden yapılandırma da bu çalışmalardan biridir.

Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel yeni yapılanma içinde aldığı rol ve üstlendiği görev, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi hedefi doğrultusunda sunum, kaynak, yüksek kalite ve güvenlik gibi kriterlerin önemi yadsınamaz. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı çerçevesinde koruyucu hizmetlere öncelik verecek birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmelidir. Bakanlığın başlıca görevi ve sorumluluğu politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olmalıdır. Kalite kontrolü ve tüketicinin eğitilmesi Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın önem vermesi gereken diğer hususlardır. Sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesi, genel sağlık sigortasının düzenlenmesi ve denetimi, halk sağlığını tehdit eden hastalıkların yönetimi ve salgın hastalıkların gözetimi gibi fonksiyonlar Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasında temel taşlar olacaktır.

Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmek ve hizmete erişim olanaklarını sağlamak üzere:⁸⁹

1.Aile hekimliği uygulamasında görev alacak hekimlerin eğitim müfredatını belirler. Bu eğitimleri verir veya verilmesini sağlar.

2.Aile hekimi görev tanımlaması ve uygulama yöntemini tanımlar.

3.Aile hekimi ekibinde yer alması gerekli aile sağlığı elemanının (hemşire, ebe, sağlık memuru, vb) niteliklerini ve çalışmalarını belirler.

4.Belirli bir bölgede çalışacak olan aile hekimlerinin nicelik ve nitelik standartlarını belirler, atamalarını yapar ve denetler.

5.Aile hekimliği uygulamasının yapılacağı mekanların özelliklerini, standartlarını ve dağılımını belirler.

6.Birinci basamakta gerekli tahlil ve tetkiklerin yapılmasına imkan verecek laboratuvar hizmetinin sunulmasını sağlar.

⁸⁹ Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Türkiye Modeli Kitapçığı, Ankara, 2004, s.66-67.

7.Aile hekimlerinin özlük haklarının korunmasını ve mevcut kadrolarını garanti altına alacak düzenlemelerin yapılmasını sağlar; geri ödeme kurulları arasında koordinatör görevi yapar.

8.Gerektiğinde bölgesel gelişim düzeyi ve kırsal / kent farklılığının ücretlendirmeye yansımalarını sağlayarak aile hekimlerinin ve sağlık hizmetinin etkinliğini gerçekleştirir.

9.Sevk zincirinin ve geri bildirim tam uygulanabilmesi için belirli aralıklarla gerekli düzenlemeleri yapar veya yaptırır.

10.Bağımlılık kazandırma hizmetleri başta olmak üzere koruyucu hekimlik uygulamalarını titizlikle denetler ve bu uygulamaların ücretlendirmeye yansıtılması yoluyla ayrıca özendirilmesini sağlar.

Devlet otoritece benimsenen yeniden yapılandırma çalışmalarında gereksinimlere uygunluk, yönetim, halk odaklılık, stratejik yönetime geçiş, performansa dayalı değerlendirme, denetimde etkinlik, etik kurallara ve insana güven esaslı bir anlayışın benimsenmesi sağlık hizmetleri açısından da büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimi için önemi dikkate alındığında, reform çalışmalarının bu alanda öncelikle uygulanması gerekli görülmektedir.

Bu bağlamda gerçekleştirilecek yeniden yapılanmaların ana kaynağı Sağlık Bakanlığı olacaktır. Tüm sağlık kurumlarını denetleyen, profesyonel yönetim ilkeleri ışığında etkili bir biçimde yönetilmelerini sağlayan Sağlık Bakanlığı, gerekli görülen zaman ve biçimde yeniden yapılanma çalışmalarına start vermeli ve yönetimin etkinliği yolunda gerekli adımlar atılmalıdır.

Sağlık Bakanlığı, sürdürdüğü yeniden yapılanma çalışmaları bağlamında, hâlihazırda sağlık tesislerinden maksimum seviyede faydalanılması, yataklı tedavi kurumlarında verilmekte olan ikinci ve üçüncü kademe sağlık hizmetlerinin daha etkili, verimli ve nitelikli olarak sunulmasını amaçlamaktadır.

3.1.2.2.Sa lık Hizmetleri Sunumunun Yeniden Organize Edilmesi

Sa lık, emek a ırlıklı bir sektördür. Genel olarak neredeyse tüm ülkelerde sa lık sektörü maliyetleri içersinde emek maliyetinin payı yüzde 60'ın üzerindedir. Ayrıca sa lık hizmetleri çok özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış bir insan gücü gerektirmekte, aynı zamanda hizmetin odak noktasını bu insan gücünün zihinsel ve bedensel kapasitesi olu turmaktadır. Etkin ve nitelikli sa lık insan gücünün, sa lık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda en önemli kaynak oldu u kabul edilmektedir.⁹⁰

Etkin ve verimli bir sa lık hizmetleri sunum sistemi, kaynakların uygun ekilde kullanımı, temel koruyucu ve klinik hizmetleri verecek kaynakların ve hizmet sunucularının seferberli i ile mümkündür. Böyle bir seferberlik, do ru tanı ve tedavi yapabilmek için gerekli olanakları bulunan, iyi e itilmi ve toplumun ihtiyaçlarını görebilen, dengeli da ılımlı sa lık çalı anları sayesinde gerçekleştirilebilir. Bu hususlar göz önünde bulundurularak aile hekimlerinin sürekli e itimine ve dengeli da ılımına özel önem verilmelidir.

Hakkaniyet ba lamında sosyal adalet ilkesi, herkese ihtiyacı ölçüsünde ve e it sa lık hizmeti sunulması temeline dayanır. Bu temelin olu turulması, herkese e it düzeyde sunulan sa lık hizmetlerinin bütün ülkede uygulanması, özellikle temel sa lık hizmetlerinde yapılacak iyile tirmeler ve hizmetlerin yaygınla tırılması ile mümkündür. Sistemin oturması için, sa lık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda toplumun ihtiyaçlarının tam olarak bilinmesi ve göz önüne alınması gereklidir. Bunun için aile hekimli i uygulamasını iyi bir kayıt sistemi ile birlikte yürütmek ve sosyal güvenlik reformları ile birlikte ele almak gerekmektedir.

Farklı co rafi bölgede olanlar içinde sa lıklı olma potansiyeline eri me bakımından önüne geçilebilir e itsizlikler, bununla birlikte sa lık hizmetlerinde

⁹⁰ Ökke Arslan erefo lu, “Kahramanmara ’ın temel sa lık göstergeleri açısından Türkiye ile karşılaştırılması”, Kahramanmara Sütçü İmam Üniversitesi, Yüksek Lisans Projesi http://kutuphane.ksu.edu.tr/e-tez/sbe/T00832/okkes_serefoglu_tez.pdf (20.01.2009)

kaynakların olumu ve paylaşımı açısından benzer e itsizlikler bulunmaktadır. Yine sa lık alanındaki çalı malar nihayetinde, ülkemizde bu alanda günümüze kadar sa lı a yönelik reformların uygulamadaki eksikliklerin de etkisiyle istenilen sonuçlara ula madı ı, sa lık hizmetlerinin sunumuna yönelik kaynakların daha etkin ve verimli kullanılması gerekti i belirtilmektedir. Sa lıkta Dönü üm Projesi kapsamında sa lık hizmetleri sunumunun yeniden yapılandırılması kademelere ayrılmı tır:⁹¹

• **Temel sa lık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimli i,**

Temel sa lık hizmetlerinin kurumsal konumu, di er hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavu turulmalıdır. Bu konuda yapılacak dönü ümlerin çıkı noktası, genelde toplumu olu turan bireylerin, özelde ise hastaların ve sa lık çalı anlarının göreceli durumlarını iyile tirmek olacaktır. Temel sa lık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye "tek pencere" sistemi ile yakla ım, ba arıyı arttıracak önemli faktörlerdir. Aile hekimli i uygulaması ile hekim ve aile üyeleri daha yakın ve ki isel ili kiler kuracak ve sa lık e itiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sa lı ın düzeltilmesinde önemli geli meler ya anacaktır.

• **Kamu yataklı kurumlarına özerk yönetim modeli geli tirilmesi,**

Sa lık hizmetleri sunumunda dönü üm ikinci kademe kamu hastanelerinin özerkle mesidir. Yani, Sa lık Bakanlı ı'na ba lı hastanelerin bazıları kendi kendilerini yönetecek bir statüye kavu acak ve bu hastaneler kendi bütçelerini hazırlayacak, kendi personelini istihdam edecektir.Özerk bir statüye geçmeleri uygun görülmeyecek di er hastanelerin durumlarının ne olaca ı net de ildir. Ancak, TBMM'ye sevk edilip daha sonra geri çekilen "Kamu Yönetimi Çerçeve Kanun Tasarısı" bu konuda fikir verebilir. Bu tasarıya göre, özerk statü dı nda kalan bütün hastaneler ve sa lık kurulu ları il özel idarelerine devredilecektir. l özel idareleri, isterlerse bu kurulu ları belediyelere, meslek kurulu larına ya da özel sektöre devredebilecektir. Hastanelerin verimlili ini iyile tirmek için, tüm Sa lık Bakanlı ı

⁹¹ erefo lu, a.g.k.

ve Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerine hem idari ve mali açıdan, hem de sa lık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini bakımından özerklik tanınması planlanmaktadır. “Bu özerkle me a amasını, özelle tirme a amasının izleyece i görülmektedir”⁹².

• Etkin ve kademeli sevk zinciri

Temel sa lık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve birinci basamak hizmeti sunan aile hekiminin hastasına sundu u hizmetin kalitesine ba lı olarak kurulabilecek etkin bir sevk zincirinin ön artı, hastanın kendi seçti i ve güvendi i bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Hasta memnuniyetini esas alan bir "aile hekimli i uygulaması" etkin ve kademeli bir sevk zinciri sisteminin kurulabilmesinin temel ta ıdır. Bu sistem ile hem hastanelerdeki gereksiz yı ılmaların azalması ve tedavi hizmetlerinin kalite artı na hizmet etmesi, hem de sa lık harcamalarındaki israfın azaltması sa lanacaktır.

3.1.2.3. Sahip Olunan nsan Kaynakları Kapasitesinin ve Niteli inin Güçlendirilmesi

Sa lık sektöründe çalı anların hizmet kalitesi, insan yetenekleri ve de i en ko ullara uyum sa layabilme esnekli i açısından yeterli olmaları arttır. Ayrıca etkili ve verimli bir sa lık hizmeti sunulabilmesi için yeterli nicelik ve nitelikte sa lık personelinin do ru zamanda ve do ru yerde istihdam edilmesi gerekir. Böylece halka sunulan sa lık hizmetlerinin daha iyi planlanması ve organize edilmesi, var olan eksiklerin giderilmesi ve aksaklıkların hızlı bir ekilde çözülmesi sa lanacaktır. Sa lık Bakanlı ı ile bu konudaki di er payda kurum ve kurulu ların bir araya gelerek, Türkiye'nin sa lık alanındaki insan kaynakları kapasitesini ve niteliklerini geli tirmesi ve ilgili konudaki sorunlarına çözüm önerilerinin getirilmesi son derece önemlidir.

⁹² İker Belek, “Sa lık Hizmetlerinde Desantralizasyon”, Ankara, **Toplum ve Hekim**, 2(78), 1997, s.44-45.

Ülkemizde sağlık kurumlarında mevcut insan kaynağı kapasitesinin ve niteliğinin güçlendirilmesi için Sağlık Bakanlığı, ilgili genel müdürlükler dâhilinde hizmet içi eğitimler düzenlenmektedir. Aile hekimliği hizmet içi eğitimleri söz konusu çalışmalara örnek olmaktadır. Sağlık Bakanlığı hizmet içi eğitim hususunda sınırlı ancak geliştirmekte olan bir kapasiteye sahiptir.

3.1.2.3.1. Sağlık ve Sosyal Güvenlikte İnsan Kaynakları Politikasının Planlanması

Dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleştirilmesi, uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının mevcudiyetine büyük ölçüde bağlıdır. Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin, Avrupa Birliği uyum süreci de dikkate alınarak görev yetki ve sorumluluklarının tanımlanması planlanmalıdır. Bu çerçevede uzun yıllardır yetki alanları bir netliğe kavuşturulmamış olan, hastayla bire bir çalışan meslek mensuplarının da görev ve yetkileri tanımlanmalıdır.

Hekimlerin mezuniyet öncesi eğitimlerinin ülkemiz ihtiyaçları doğrultusunda verilmesi amacıyla üniversitelerle geliştirilecek işbirliği ile birlikte, birinci basamakta hizmet yapacak hekimlerin uzmanlaşması (aile hekimliği) için yeni bir müfredat programının oluşturulması planlanmalıdır. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde tüm di hekimlerinden azami faydalanılmalı, uzman di hekimleri ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde yer almalıdır.

Hemirelik eğitiminin üniversiteye temellendirilerek uluslararası standartlara çekilmesi ve hemirelik hizmetlerinin hasta bakımına yönelik olarak bilimsel bir disiplin halinde gelişmesi için düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın özünü oluşturan "aile sağlığı" kavramının güçlenerek yaygınlaşması için "aile sağlığı hemireli" geliştirilmeli ve bu hizmetin birinci basamak içerisinde güçlü bir şekilde yer alması planlanmalıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçlarına ulaşabilmesi, etkili bir yönetici kadrosuna sahip olmakla mümkündür. Hekimlerin işletme yöneticiliğinde istihdam

edilmesi, hem hekime yapılan yatırımın amacı dışında kullanılmasını beraberinde getirmekte, hem de deneyimsiz yöneticiler ortaya çıkarmaktadır. Sağlık sistemi yöneticilerinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesi için gereken planlama, araştırma ve eğitim faaliyetlerine önem ve öncelik verilmelidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını teşvik edici gönüllü politikaları da beraberinde getirecektir. Bu yaklaşımın sonucu olarak zorunlu hizmet kaldırılmalıdır. Kamu kurumlarında daha istekli ve verimli çalışmayı özendirerek tedbirler alınarak sağlık çalışanlarının motive edilmesi gereklidir. Bunlardan birisi çakılı sözleşmeli personel uygulamasıdır. Bu uygulama ile ilgili önemli adımlar atılmaya başlanmıştır.

Sağlık Bakanlığının insan kaynakları politikalarındaki planlamaları kapsamındaki bir diğer konu ise yerel yönetimlere, sivil toplum örgütlerine ve meslek derneklerine sistemde aktif olarak yer verilmesidir. Desantralize insan kaynakları planlaması ve yönetim yeteneğini geliştirilmesi ve sağlık yöneticilerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımlarının sağlanması amaçlanmaktadır.⁹³

Mevcut insan kaynakları ücret politikalarında sağlık çalışanlarına performansları dikkate alınmadan hepsine eşit ve yetersiz ücret ödendiğinden, hizmet üretenler teşvik edilememiş olmaktadır. Kamu sağlık hizmeti sunumunda vatandaş açısından hekim seçme özgürlüğünün olmaması, hekim açısından da seçilmenin bir getirisinin bulunmamasının yanında ilave iş yükü getirmesi negatif rekabet ortamına neden olmaktadır. İyi ve kaliteli hizmet üretenle çalışmayan aynı kefeye konulduğundan, kılgı ve kaliteyi zamanla kaybetmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yürürlüğe konulan uygulamalar sonucunda çalışan sağlık personelinin teşvik eden, performanslarına göre, birinci basamakta özellikle koruyucu sağlık hizmetlerindeki başarılarına göre değerlendirilen ücret bakımından ödüllendiren uygulama başlatılmıştır. Sözleşmeli personel ve performans dayalı

⁹³ Sağlık Bakanlığı, a.g.k. 2003, s.33.

döner sermaye ek ödeme uygulamaları ile mahrumiyet bölgelerinde çalışan veya i yükü a ır olan personeli ödüllendirmeye yönelik ilk adımlar atılmı durumdadır⁹⁴.

10 Temmuz 2003 tarihinde kabul edilen "Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözle meli Sa lık Personeli Çalı tırılması" ile ilgili kanun ile eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sa lık hizmetlerinin etkili ve verimli bir ekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere sözleşmeli personel istihdamının yolu açılmı tır. Bu kanun çerçevesinde 15.000 sa lık personeli için kadro alınmı ve 2004 yılı ba nda hizmete ba lamı larıdır. Bu sa lık personeli kadroları ile özellikle kırsal kesimde tercih edilmeyen yerle im birimlerindeki personel sıkıntısının a lması ve bu sayede hekimi olmayan sa lık oca ı kalmaması hedeflenmi tir. Daha yüksek ücret öngörülerek sa lık personelinin bu bölgede çalı masının özendirilmesi ve te vik edilmesi sa lanacaktır.

Birinci basamak sa lık hizmetlerinin sunumu için nüfusa dayalı örgütlenme modelleri birçok ülkede oldu u gibi ülkemizde de denenmi , ancak performansa dayalı ödüllendirme, bölgelere göre özendirme ve hizmet rekabetini te vik edici unsurlar göz önüne alınmadı ndan bu modellerden yeterince verim alınamamı tır. Sa lık personelinin ve olu turulan kurumların yerinde, yeterli ve etkili kullanılmaması, toplumun sa lık göstergelerinin istenen düzeye ula amaması ile sonuçlanmı tır. Ülkemizin demografik verileri ve sa lık göstergeleri gerek önlenebilir ölümler, gerekse korunulabilir hastalıklar yönünden sa lı ı koruyucu ve geli tirici hizmetlerin yeterince sunulmadı nı göstermektedir.⁹⁵

3.1.2.3.2. Halk Sa lı ı Okulunda Düzenlemeler

Hıfzıssıhha Okulu sa lık personelinin e itimi ve Sa lık Bakanlı ı'na danı manlık yapan bir kurum olarak 1928 yılında kurulmu tur. Cumhuriyetimizin ilk yılları ile birlikte var olan, fakat zamanla sadece yasalarda varlı nı sürdüren Hıfzıssıhha Okulu'na ça da bir anlayı la ve günümüzün ihtiyaçlarına cevap verecek tarzda yeniden i lerlik kazandırılmalıdır. 1957 yılından sonra ise Okul'un geli imi,

⁹⁴ Sa lık Bakanlı ı, 2004, a.g.k. s.37.

⁹⁵ Sa lık Bakanlı ı, 2004, a.g.k. s.38-39.

bir halk sa lı ı disiplinini kurup geli tirme üzerine yo unla mı tır. Bu dönemde halk sa lı ı alanında kurslar açıldı , kurslarda ba arılı bulunan halk sa lıkçılarının e itim görmek üzere yurt dı na gönderilmesi sa lanmıştır. Ancak geçen süre içinde Hıfzıssıhha Okulu'nun kendine biçilen misyonu yerine getirmesinin çe itli nedenlerle olanaklı olmadı ı görülmü tür. 1957-1960 yılları arasında Okul'un müdürlü ü görevini üstlenen Nusret Fi ek, 1986 yılında kendisi ile yapılan bir röportajda bu durumu, “Hıfzıssıhha Okulu'nun do ru dürüst çalı tı ını hatırlamıyorum” sözleriyle ifade etmiştir. Günümüzde sa lık yönetiminin bir tıp bilimi olarak halk sa lı ının gereklerine göre yürütülebilmesi için Hıfzıssıhha Okulu'nun yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Bu amaçla Hıfzıssıhha Okulu aracılı ı ile halk sa lı ı ara tırmalarının yürütülmesi ve sa lık yöneticilerine halk sa lı ı formasyonunun kazandırılmasının sa lanması gerekmektedir. Bunun için liyakatli halk sa lıkçılarının Hıfzıssıhha Okulu'nda yönetici olarak görevlendirilmesi sa lanmalıdır.⁹⁶

Bu konuyla ilgili çalı malar bitirilmiş ve Hıfzıssıhha Okulu açılı a hazır hale getirilmiştir. Tıp e itimi, tıpta uzmanlık sınavına hazırlık e itimi olmaktan çıkarılıp, hekimleri Sa lıkta Dönü üm Programı do rultusunda hizmet vermeye yönlendirecek bilgi ve birikimle donatmayı hedeflemektedir. Tıpta uzmanlık e itimi, müfredat programlarının meslek örgütlerinin de katılımı ile geli tirilip denetlenmesi gerekir. E itim hastanelerinin yeniden organize edilip verilmekte olan tıpta uzmanlık e itimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı olu turulacaktır. Bu uygulamalar, Sa lık Akademisi veya Sa lık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavu turulacaktır.⁹⁷

3.1.2.4. Sa lık ve Sosyal Güvenlik Bilgi Sisteminin Etkin Olarak Kurulması

Sa lık sisteminde ve sosyal güvenlik sisteminde politikaların ve idari kararların bilgiye dayanması gerekir. Do ru bilgiye dayanmayan kararlar,

⁹⁶ HASUDER Alanda Çalı an Halk Sa lıkçılar Çalı ma Grubu, “Sa lık Hizmetlerinde Halk Sa lı ı Biliminden ve Halk Sa lıkçılardan Daha Etkin Faydalanılmasının Önündeki Engeller Ve Çözüm Önerileri (Sahaf) Raporu”, Mayıs 2008, s.16.

⁹⁷ Sa lık Bakanlı ı, 2003, a.g.k. s. 34.

istenmeyen sonuçları da beraberinde getirir. Doğru bilgi ise ancak iyi seçilmiş, doğru ve iyi analiz edilmiş veriler ile elde edilir.

Kurulacak bilgi altyapısında kişisel sağlık kayıtlarının tutulması esastır. Kayıtların güvenli ve mahremiyeti aile hekiminin sorumluluğundadır. Aile hekiminin detaylı durumlarda veya diğer bir uzman hekime veya sağlık kurulu kuruluşuna sevk gerektiği hallerde aile hekimi dosyanın bir özetini hastaya veya tedaviden sorumlu olacak hekime verme sorumluluğunu taşır. Ayrıca sosyal güvenlik kurumlarının denetimlerinde de aile hekimi dosyaları denetime açılmak zorundadır.⁹⁸

Kayıtlı kişi sayısı, yapılan hizmetlerin listesi, muayene edilen ve sevk edilen hasta sayısı, teşhisler kodları ile birlikte aile, gebe izlemi, bebek izlemi, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili veriler düzenli olarak ilçe sağlık idaresine bildirilmelidir. Günümüz iletişim imkanlarını kullanarak uygulanabilecek bir ortak veri tabanı üzerinden işleyecek elektronik bir sistem kurulması planlanmaktadır. Eskiden formlar halinde iletilmekte olan bilgiler bu sistem ile daha sık ve güvenli olarak veri tabanına aktarılacaktır. Ayrıca hastalara uygulanan tedaviler, ilaç provizyonu gibi ek bilgilerin de veri tabanına girilmesi sağlanabilir. Sevk zinciri de bu sistemle daha etkili, hızlı ve güvenilir bir hale gelmiş olacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmeti sunan kademelerde dikey ilemesi gereken bilgi akışı, hizmet sunumu ve finansman bilgilerinin değerlendirilmesi noktasında yatay bir entegrasyona ihtiyaç göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinde eğilim, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurmak istenmektedir. Sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını

⁹⁸ Sağlık Bakanlığı, 2004, a.g.k. s.90-91.

sa lamak, hizmetlerin verimliliğini geli tirmek, kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığını takip etmek ancak etkili bir bilgi sisteminin kurulması ve işletilmesi ile mümkündür. Geli en teknolojiler doğrultusunda modüler yapılarla gerektiğinde büyüeyebilen, kullanıcı-hizmet sunucusuna en az ihtiyaç gösteren bir yapı oluşturulmalıdır.

Sa lık bilgi sistemi, sa lıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sa lık sektöründe sorunların ve önceliklerin saptanmasında, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalı ma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sa lık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalı malarda kullanılmak üzere yeterli veri toplayacak ve işleyecek bir fonksiyon üstlenecektir. Bu sistem, günümüz iletişim olanaklarını kullanarak uygulanabilecek bir ortak veri tabanı üzerinden işleyecektir. Sevk zinciri bu sistemle daha etkin, hızlı ve güvenilir bir hale gelecektir. MERNIS numarası gibi özgün bir referans numarasının tüm sa lık veri tabanlarında ek bir ö ele olarak benimsenmesi, sigorta sistemindeki verilerle sa lık hizmetlerinin kullanımına ilişkin verileri işleyerek kolaylaştırılacaktır. Her "Türk vatanda şına verilen bu numaranın kullanılması ve farklı veri tabanlarında tutulan verilerin kar ılıklı işlenmesine fırsat verecek, tedavi için başvurulan hastaların sigortalı olup olmadıklarını hızlı olarak teyit edecek ve birden fazla sigorta sisteminin imkânlarından yararlanan kişileri tespit edebilecektir.

Sa lık bilgi sisteminin ana hatları şöyledir:

Web teknolojisine dayalı, aile hekimliği, hastane ve diğer bileşenlerin ba ımsız yazılımlarından standart veri transferi yapılabilmesi. Karar mekanizmasında rol alacak yeterli ve gerekli bilgiye merkezden ula ılabilmelidir.

Hastalık yüküne ve sa lık harcamalarına yönelik epidemiyolojik ve demografik analizler yapılması sağlanmalıdır.

Ülke düzeyinde sa lıkla ilgili verilerin toplanması ve sa lık hizmeti sunumunda elde edilen veriler doğrultusunda hizmet planlanması yapılabilmesi için

bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı olanakları kullanarak veri toplanması, toplanan bu verilerin kurumsal bir yapı dahilinde değerlendirilmesi ve aksayan noktalarda sorun gidermeye yönelik geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını desteklenmelidir.

Ulusal Sürveyans sistemini destekleyecek uygulamalar ile sağlıkla ilgili olaylarda erken uyarı sistemleri oluşturulmalı ve uluslararası sistemlerle entegrasyonunu sağlamalı. İlaç provizyon sistemleri ile ilaç denetimine imkan tanınmalı. Sağlık hizmeti sunumunda da ıllımı ve dolulu u denetleme imkânı vermeli. IVIEERN S ile entegre kişisel referans kaydı esas alınmalıdır.

Sağlık bilgi sisteminde aile hekimleri kendi hastaları ile ilişkilendirilmeli ve hekimler sistemde yetkilendirilmelidir. Sistem vatandaş odaklı olmalı ve hasta memnuniyetini sağlayacak "elektronik randevu" gibi asgari hizmet sunumuna olanak verilmelidir.

3.1.3.Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği

Ülkelerin, vatandaşların sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla uygulanabilir ve verimli bir koruyucu sağlık sistemi oluşturması ve bunun için temel sağlık hizmetlerine özel bir önem vermesi gerekmektedir. Aile hekimliği uygulaması vatandaşların sağlık seviyesinin yükseltilmesi kapsamında oldukça önemli bir konumdadır. Aile hekimliği uygulanan ülkelerde çeşitli seviyelerde sağlık seviyesinin yükseltildiği görülebilir. Fakat aile hekimliği kavramı, farklı bölgelerde zamanla değişimiyle u ramakta ve gelişmektedir. Aile hekimliği uygulamalarını statik bir model olarak değil, bölge ve ülke koşullarına göre farklılıklar taşıyan bir model olarak değerlendirilmelidir. Bu uygulama, ülkemizde de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yeniden ele alınmaktadır.

Ülkemizde Aile Hekimliği 1983 yılında, Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer alarak bir tıp uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Aralık 2004'te ise "Aile

Hekimli i Pilot Uygulaması Hakkında Yasa” yürürlü e girmi tir. Uygulamaya ilk olarak Eylül 2005’te Düzce ilinin tümünde ba lanmı tır⁹⁹.

Resmi Gazetenin 25665 sayılı 9 Aralık 2004 tarihinde yayınlanan sayısında “5258 sayılı Aile Hekimli i Pilot Uygulaması Hakkında Yasa” yayımlanarak yürürlü e girmi tir. Yasanın amacı birinci maddede “Sa lık Bakanlı ı’nın pilot olarak belirleyece i illerde, 1. Basamak sa lık hizmetlerinin geli tirilmesi, ki i gereksinimleri do rultusunda koruyucu sa lık hizmetlerine a ırlık verilmesi, ki isel sa lık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere e it eri imin sa lanması amacıyla aile hekimli i hizmetlerinin yürütülebilmesini sa lamak üzere görevlendirilecek veya çalı tırılacak sa lık çalı anının konumu ve parasal hakları ile hizmetin ilkelerini düzenlemek” olarak belirtilmi tir.

Anılan yasanın 2. maddesinde “Aile hekimi; ki iye yönelik koruyucu sa lık hizmetleri ile birinci basamak tanı, sa altım ve esenlendirici sa lık hizmetlerini ya , cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her ki iye kapsamlı ve sürekli olarak belli bir yerde vermekle yükümlü, gerekti i ölçüde gezici sa lık hizmeti veren ve tam gün ilkesine göre çalı an Aile Hekimli i Uzmanı (Tıpta Uzmanlık Tüzü ü’ne göre ihtisas yapmı / uzmanlık e itimi almı) veya Sa lık Bakanlı ı’nın öngördü ü e itimleri alan uzman veya pratisyen hekim” olarak; Aile Sa lı ı Elemanı ise; “Aile Hekimi ile birlikte hizmet veren hem ire, ebe, sa lık memuru gibi sa lık elemanı” tanımlarına yer verilmi tir.

Yasanın 3. maddesinde ise “Çalı tırılacak sa lık personelinin sözleşmeli olaca ı; Aile Hekimi ve aile sa lı ı elemanlarının Sa lık Bakanlı ınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik / sa lık hizmetlerinin eksik uygulaması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması durumunda kendilerine yapılan ödeme tutarından brüt ücretin % 20’sine dek indirim yapılaca ı” konularına de inilmi tir.¹⁰⁰

⁹⁹ Sa lık Bakanlı ı, 2004, a.g.k.

¹⁰⁰ Süleyman Görpelio lu. “Geçi Dönemi E itim Programı Gereklili i, Amacı ve Yapısı. Aile Doktorları için Kurs Notları” içinde. “Birinci A ama”, Ankara, **T. C. Sa lık Bakanlı ı Yayınları**, 2004, s.7-8.

Sa lıkta dönü üm programının bir unsuru olarak aile hekimli inde; Türkiye’de uygulanması öngörülen aile hekimli i modelinin nasıl olması gerekti i 1989 yılından bu yana Sa lık Bakanlı ı tarafından düzenlenen birçok toplantıda ve iç görü melerde tartı ılmı tır. Bu tartı malar 24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı “Aile Hekimli i Pilot Uygulaması hakkında Kanun” ile son bulmu tur. Bu kanun ve buna ba lı olarak yayımlanan iki yönetmelik, Hükümetin ölkemizde uygulamayı dü ündü ü aile hekimli i modelinin nasıl olaca mını tanımlamaktadır. Söz konusu mevzuatta belirtilen ana unsurlar unlardır:

1. Sistemin temel birimi “aile sa lı ı merkezi”dir; bu birim bir aile hekimi ile bir aile sa lı ı elemanından (hem ire/ebe) olu maktadır; ölkede ya ayan herkes, bir aile hekimini seçecektir; ailedeki her birey farklı bir hekimi seçebilir.

2. Kent merkezinde ya ayanların hekim seçme özgürlükleri olacaktır, fakat kırsal bölgelerde oturanlar hekimlerini seçemeyeceklerdir. l sa lık müdürlü ü, her köyü en yakın ve listesinde yeterli ki i kayıtlı olmayan bir aile hekimine ba layacak ve köy halkı o hekimden hizmet alacaktır.

3. Bir aile hekimine en çok 4000 ki i kayıt olabilecektir.

4. Ki ilerın hekim seçme özgürlüklerine kar ılık, hekimlerin de ki i (hasta) seçme özgürlükleri olacaktır. Yani, bir hekim listesine girmek isteyen bir ki iyi kabul etmeme hakkına sahip olacaktır.

5. Aile hekimleri özel statüde çalı anlar olabilece i gibi, kamu (sa lık oca ı) hekimleri de (memur aile hekimi) olabilecektir.

6. Özel statüdeki aile hekimleri, uygun bir yer bulamazlarsa, sa lık ocakları içinde de hizmet verebileceklerdir. Bu durumda hekimler kira ödeyecektir.

7. Aile hekimi olarak çalı mak isteyen pratisyen sa lık oca ı hekimleri bir e itimden geçirilecek ve bu ki ilere “*aile doktoru*” denilecektir. Böylece, aile hekimli i uzmanı olanlarla uzman olmayan aile doktorları arasındaki fark belirlenmi olacaktır.

8. Her ilçede bir “toplum sa lı ı merkezi” kurulacaktır. Bu merkez, “*ilçe sa lık idaresi*” gibi çalı acak, ayrıca çevreye yönelik koruyucu hizmetleri, gıda kontrol hizmetlerini, merkezi laboratuvar görevini ve bölge dı ndan gelen hastaların muayenelerini yapacaktır.

9. Aile hekimleri birinci basamak hizmetlerden sorumlu olacaktır. Yalnızca kendi listelerinde kayıtlı bulunan ki ilere hizmet vereceklerdir. İlk açıklamalar, aile hekimlerinden sevk edilmeden doğrudan hastanelere başvuran hastaların (aciller hariç) masraflarının sigortalar tarafından karşılanmayacağı biçiminde idi. Daha sonraki açıklamalardan ve uygulamalardan anlaşıldığına göre bu ilkedен vazgeçilmiştir. Aile hekimlerinin sevk etmediği hastalar da ikinci basamaktan doğrudan başvurabileceklerdir. Sevk edilen hasta özel ya da kamu hastanelerinden birine ya da bir uzmana gitmekte serbesttir.

10. Aile hekimlerinin hastalara yapacakları müdahaleler kendi eğitimlerine göre farklı olacaktır. Yani, aile hekimlerinin görevleri standart değildir ve kendi eğitimlerine göre farklılık gösterir. Aile hekimi olarak çalışan bir pratisyen hekim ile aile hekimliği uzmanı ya da başka dalda uzman olduğu halde aile hekimi olarak çalışmayı tercih eden hekimlerin tıbbi yetkileri farklı olacaktır.

11. Aile hekimleri ecza dolabı çalıştırabilecek, ev ziyaretleri yapacak, kendilerine bağlı olan köylerde mobil hizmet verecektir.

12. İkinci basamak olarak kabul edilen kuruluşlar her türlü hastaneler olabileceği gibi, tıp merkezi, özel hastane ve özel uzman hekim gibi yerler de olabilecektir. Bu yerlerin standartları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecektir. Bu kokuullara uyan yerler il yetkilileri ile sözleşme imzalayacaktır. Standartları bozulan yerlerin sözleşmelerine son verilecektir.

13. Aile hekimlerinin ödemeleri “kapitasyon” modeline uygun olarak yapılacaktır. Kapitasyonun karşılamayacağı hizmet paketi içinde olmayan iler için aile hekimlerine il başına ödeme yapılacaktır.

14. Sözü edilen pilot kanuna bağlı olarak çıkartılan yönetmeliklerden anlaşıldığına göre, bir aile hekimine, çalıştığı bölgeye, uzmanlık dalına ve kendisine bağlı kişi sayısına göre 3.500 – .000 YTL arasında aylık ücret ödenecektir. Bunun anlamı şudur: Ülkemizdeki toplam aile hekimlerine yapılacak ödemeler, Sağlık Bakanlığı’nın 2005 yılı toplam cari bütçesi kadardır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel bileşenlerinden olan ve sağlık harcamalarını azaltması beklenen “Etkili, kademeli sevk zinciri” uygulamasının Türkiye’deki “Aile Hekimliği” modelinde ne kadar uygulanabildiği tartışılabilir bir

konudur. Sevk zinciri uygulamaları aile hekimliğinin en önemli özelliklerindedir. Dünyadaki ve Türkiye'deki aile hekimliği kavramı ve hayata geçirilmesi sevk zinciri uygulamalarına dayandırılmalıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kararlılıkla sürdürüleceği, Aile hekimliği uygulamasının ülke genelinde yaygınlaştırılacağı ve "Genel Sağlık Sigortası" sisteminin 2008 yılında uygulamaya konulacağı 5 Eylül 2007'de güvenoyu alan 60. Hükümet Programında ifade edilmiştir.

Aile hekimliği uygulaması başlangıç olarak bir sertifikasyon eğitimi ile başlayacak ve hekimler meslek içi eğitimi, önceden belirlenmiş müfredatın uygulanması yoluyla Avrupa Birliği'nin öngördüğü eğitim düzeyine ulaştırılacaktır. Bu hekimler mevcut pratik uygulamalarının yanında teorik eğitimlerini de sürdürecektir. Birey, aile doktorunu ideal olarak bölgesinde çalışan hekimlerden seçer ve Bakanlıkça belirlenen süre çerçevesinde değiştirebilir. Doktor tercihinde yakınlık ve kolay ulaşılabirliğin önemli rol oynayacağı beklenmektedir.

Aile hekimliğinde başarının sırrı, hizmetin bütüncül ve sürekli olmasıdır. Aile hekimliği uygulamasında hizmetin sürekliliğindeki ilk adım aile hekimlerinin ülke genelinde dengeli dağılımını olabildiğince gönüllü olarak sağlamaktır. Bu olanak sağlanmadıkça hekimler mevcut sağlık sistemi içerisinde başka bir yerde görev yapmayı veya görevden ayrılmayı tercih edeceklerdir. Bunu ilk amada gerçekleştiremeseler bile, gerçekleştirmeye arzusu, yaptıkları işi benimsemeyen sürdürmelerine yol açacaktır.

Doktor tercihinin yapımı ve bir süre sonra belirli bir hekime alıan hastaların kendi istekleri dışında hekim değiştirmesi sistemin ana mantığına terstir ve sonuçta istenen hedeflere tam olarak ulaşılamaz. Sistemin başarı ile uygulandığı ülkelerde aynı aile doktoruna ortalama kayıt süresinin 8-13 yıl olması bunun iyi bir göstergesidir.¹⁰¹

¹⁰¹ Sağlık Bakanlığı, 2004, a.g.k. s.81.

Aile hekimli i modelinin pilot uygulaması 2006 yılında Düzce li'nde ba ladı. Düzce li'ndeki uygulamaları, yetkililerin açıklamalarını ve yayımlanan mevzuatı inceleyen birçok uzman ve meslek kurulu u sa lıkta dönü üm programı konusunda görü açıkladı. Genel e ilim olarak Sa lık Bakanlı ı ve aile hekimli i uzmanlı ı dernekleri programa taraftar, Türk Tabipleri Birli i, Halk Sa lı ı Uzmanları Derne i, ilgili sendikalar ve birçok üniversite ö retim üyesi ba ta olmak üzere konu ile ilgili uzmanlar ve kurumlar kar ı görü lerini belirtmi lerdir. Gerek bilimsel dergilerde ve toplantılarda, gerekse yazılı ve sözlü basında yer alan açıklamalar sa lıkta dönü üm programının sakıncalarının a ır bastı ı yönündedir. Programın sakıncalarını açıklayan uzmanların ortak görü leri u hususlardır:¹⁰²

1. Programdaki Belirsizlik
2. Sa lık Sistemi Örgütlenmesindeki Karma a
3. Belediyelerin Sa lık Hizmeti Vermesi (sahip oldu u yapısal sorunları, kaynaklar ve insan gücü, sa lık hizmetlerini yürütmeye uygun olmayan belediyelere il özel idarelerine devredilen sa lık kurulu larının önemli bir kısmının devredilmesi)
4. Ülke Ko ullarına Uygun Olmayan Bir Model Olması
5. Denetim ve Koordinasyon Güçlü ü (Modelin karma ıklı ı, kurumların görev ve sorumluluklarının net olmaması denetimi güçle tirir)
6. Geli mi Yörelere Öncelik (Hekimlerin çalı ma yeri olarak geli mi yöreleri tercih etme olasılıklarının yüksek olması)
7. Kırsal Kesimi Dı layan Sistem (Kentlerde ya ayanlar aile hekimlerini seçebilirken köylerde ya ayanlar il yönetimi tarafından en yakın aile sa lı ı merkezlerine ba lanacaklardır).
8. Tedavi A ırlıklı Hizmet
9. Kronik Hastalı ı Olanlar Dı lanabilir (Listesine hasta kabul etmeme özgürlü ü bulunan hekimlerin, ya lı, bebek, kronik hastalı ı olan, problemlı vakaları listelerine almayı istememe olasılı ının yüksek olması)

¹⁰² Öztekin, Zafer. "Sa lıkta Dönü üm ve Aile Hekimli i", **Toplum Hekimli i Bülteni**, Cilt 25, Sayı 2, Mayıs 2006, s.3-5.

10. Ulusal Programların Yürütülmesinin Güçlenmesi (Sağlık Bakanlığı kontrolü olmadan il özel idareleri ve bağımsız çalışan aile hekimleri ile uluslararası programların yürütülmesi güçtür.)
11. Sistemin Pahalı Olması
12. Düzce Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının Olumsuz Sonuçlanması

Dönüşüm programı ile ilgili sürekli olarak değişik taslarla ve uygulamalarla karşılaşılması Sağlık Bakanlığı'nın henüz kesin kararını vermediğini ve bir arayış içinde olduğunu göstermektedir. Bu tip programlarda devletin planlı olması ve bütün olasılıklara karşı alınması gereken önlemleri önceden düşünmesi gerekmektedir. Aksi takdirde ortaya çıkan belirsizlik kamuoyu ve otoritelerin olumsuz eleştirilerine sebebiyet vermektedir.

Türkiye'deki sağlık hizmetleri çok karmaşıktır. Önerilen model ve yeni uygulamalar hizmetleri daha karmaşık bir duruma getirecektir. Kamu yönetiminde yapılması düşünülen düzenlemeler ve "Sağlıkta Dönüşüm" programı sonucunda sürekli eleştirilen sağlık kuruluşları ortaya çıkacaktır. Örneğin, il özel idaresi tarafından bir belediyeye devredilen bir birim, daha sonra başka kuruma devredilebilecektir. Böylesine karmaşık bir yapılanma içinde hizmet vermek çok güçtür, hatta bu yapılanmanın hizmetlerde kaos dönemi başlatacağından endişe edilmelidir.¹⁰³

SDP kapsamında getirilmek istenen modelin finansal boyutu eleştirilerin bir diğer kaynağıdır. Aile hekimliği modeli pahalı bir sistemdir. Hele, il bütçesine ödeme sistemi uygulanırsa (ki hem aile hekimlerinin bazı hizmetleri, hem de hastane masrafları bu şekilde karşılanacaktır) ülkemizin kaynakları bu hizmetleri karşılayamaz. Performans değerlendirme uygulaması, sağlık hizmetleri için harcanacak giderleri daha da artıracaktır. Çünkü daha fazla pay alabilmek için hekimlerin para kazandıracak işlere ağırlık verecekleri bir gerçektir. Ayrıca, il özel

¹⁰³ Öztekin, 2006. a.g.k. s.4.

idareleri istedikleri takdirde, her türlü sağlık kuruluşunu özel sektöre devredebileceklerdir. Bu uygulama hizmetlerin maliyetini daha da artıracaktır¹⁰⁴.

Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Halk Sağlığı Anabilim Dalları Temsilcileri Düzce aile hekimliği pilot uygulaması ile ilgili,

- Ülke kaynaklarının etkin biçimde kullanılmadığını,
- Kamuya ait kurum ve donanımın yasal düzenlemesi belirsiz bir biçimde özel kullanıma sunulduğunu,
- Tedavi edici hizmetlerin öncelenerek koruyucu hizmetlerin ikinci plana itildiğini,
- Ülkemiz insanını olumsuz etkileyecek uygulamalara geri dönüşsüz zararlara yol açmadan son verilmesi gerektiğini,
- Amacın yeni bir model getirmek değil, var olan tüm modellerin yok edilerek yüksek kar amaçlı bir karma ortamı Düzce’de çalışan bir hekimin deyişiyle “kara düzen” yaratmak olduğunu düşünüyor,
- Düzce’de ülkemizin diğer bölgelerine oranla daha iyi altyapı olanaklarına sahip olan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin tahrip edilmesi anlamına gelen uygulamalara harcanan paranın çok daha azıyla sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde güncelleme ve iyileştirme sağlanabileceğini,
- Var olduğu söylenen kaynakların sonu belirsiz bir macera yerine var olan sistemin desteklenmesi ve geliştirilmesinde kullanılmasının daha akılcı ve etkin olduğunu inanıyor ve talep ediyoruz şeklinde açıklama yapmışlardır.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Öztekin, 2006. a.g.k. s.5.

¹⁰⁵ Türk Tabipleri Birliği, Düzce’de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Mayıs 2006, s.24.

BÖLÜM IV

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Aile Hekimliğine Geçi Sürecinde Yapılan Pilot Çalışma

Alan ara tırması için yapılan bu çalışmada, Edirne’de aile hekimliği pilot uygulaması ile çalışan sağlık çalışanlarının anketimize katılımı sağlanmıştır. Ara tırma alanı olarak Edirne ili’nin seçilmesinin nedeni; Edirne’nin aile hekimliği uygulamasına geçilen ilk yerlerden bir tanesi olmasıdır. Ayrıca bir diğer sebep de bu sisteme dahil olan sağlık çalışanlarının tecrübelerinden daha net faydalanılacaklarının düşünülmesidir.

4.1. Ara tırmanın Yöntemi ve Amacı

Çalışmada alan ara tırması yöntemi yani anket uygulanmıştır. Anket sorularına verilen cevapların değerlendirilmesi ve hipotez testlerinin uygulanmasında SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Hipotez testleri bölümünde yerine göre gerekli görülen iki bağımsız grup t testi, ikiden fazla bağımsız grup ANOVA parametrik testlerine yer verilmiştir. Çalışmanın amacı ise pilot uygulama ile aile hekimliğine geçimi bölgelerde çalışan sağlık personelinin memnuniyet düzeyinin ortaya konulmasıdır.

Ara tırmacıyı duygusal ya da fiziksel olarak rahatsız eden kararsızlık ve birden çok çözüm yolu olasılığı görülen her durum problem olarak ifade edilir. Cevaplanmaya çalışılan konu bir soru veya test edilecek hipotez şeklinde olabilir. Genellikle ara tırma bir tahmine dayanmakta ise amaç hipotez olarak, olayların tanıtılmasından oluşuyorsa, soru şeklinde ortaya konabilir.

Bu ara tırmanın problemi: “Aile hekimliği modeli ile çalışan sağlık personeli yeni sistemden memnun mudur?” olarak belirlenmiştir. Burada cevaplanmaya çalışılan soru belirlenen hipotezlerin testleri ve anketten elde edilen bulguların değerlendirilmesi yardımıyla yanıtlanmaya çalışılmıştır. Ara tırmaımızdan elde edilen

bulguların ve sonuçların ileride yapılacak ara tırmalar için yararlı bir kaynak olabilece i dü ünülmü tür.

Seçti imiz probleme konu olan sa lık çalı anlarının yeni oturtulmaya çalı ilan sistemden memnuniyet düzeyi, tüm hastane çalı anları ve sa lık sistemi açısından önemli, sistemdeki eksikliklerin giderilerek memnuniyetin arttırılabilmesi açısından çözülebilir bir konudur. Belirlenen modelle yerle ik etik kurallarına uygun bir ara tırma yapılmı tır. Ara tırmamızı yaparken verilerin toplanması için gerekli izinler alınmı , zaman ve di er olanakların asgari kullanılmasına çalı ılmı tır.

4.2. Evren-Örneklem

Ara tırma sonuçlarının geçerli, güvenilir ve kullanılabilir olması için verilerin toplandı ı kayna ın özelli i çok önemlidir. En do ru sonuç aranan bilginin elde edilece i kayna ın tümünden elde edilen sonuçtur. Ancak her zaman bu olanaklı de ildir. Özellikle kaynak çok büyük ve yaygın oldu unda bunu yapmak son derece zordur. Bunun için ara tırmacılar kayna ın tümünü incelemek yerine belirli bir örnek üzerinde çalı mak zorundadırlar. Fakat bazı örnekler evreni tümüyle temsil ederken bazı örneklerde bu temsiliyet yoktur. Bunun için örneklemin nasıl seçildi i önemlidir.

Ara tırmamızın evrenini tüm Edirne ili pilot aile hekimli i uygulaması ile çalı an sa lık personeli olu turmaktadır. Örneklemimiz ise bu personel arasından tesadüfi olarak seçilen 100 personelden olu maktadır.

4.3. Sınırlılıkları

Ara tırma, ankete katılan 100 ki ilik örneklem grubunun verdi i cevaplar ile sınırlandırılmı tır. Örneklemdeki sınırlılık evreninin tamamının incelenmesinin olanaksızlı ı ve gereksizli idir. Ayrıca ara tırma sadece Edirne ili içerisinde yapıldı ı için ara tırmamı co rafi olarak Edirne ili ile sınırlandırılmı tır. Edirne'nin ara tırma bölgesi olarak seçilmesinde aile hekimli i uygulamasına geçilen ilk

yerlerden biri olması ve burada çalışanların bu konu hakkında bilgi sahibi olabilecekleri etkili olmuştur. Katılımcıların doğru, samimi yanıtlar verdiğini varsayımı ve kullanılan analiz ve tekniklerin uygun olduğu varsayımları araştırmamızın diğer sınırlılıklarıdır.

4.4. Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamında hazırlanan ankette yer alan sorular ve ifadeler sıklıkla personeline yöneltilmiştir. Bu soruların sınıflandırılması:

- 1) Demografik Özellikler (Yaş, Medeni Hal, Cinsiyet, Meslek, Görev Süresi, Son Mezun Olduğu Okul)
- 2) Likert Ölçekli (6'lı) sorular (Çalışanların memnuniyetini ölçmeye yönelik)

Anket süreci; anket sorularının hazırlanması, anketin ulaştırılması, katılımcıların belirlenmesi, anketlerin verilmesi, katılımcıların cevaplamasının beklenmesi, anketlerin geri toplanması, alınan sonuçların kullanılabilir veri setlerine dönüştürülmesi ve yorumlanması amaçlarından oluşmuştur. Bu amaçlar bizzat araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Anket katılımcısına, isim açıklama zorunluluğu getirilmemiştir, böylece alınan cevapların doğruluk derecesinin artırılması hedeflenmiştir.

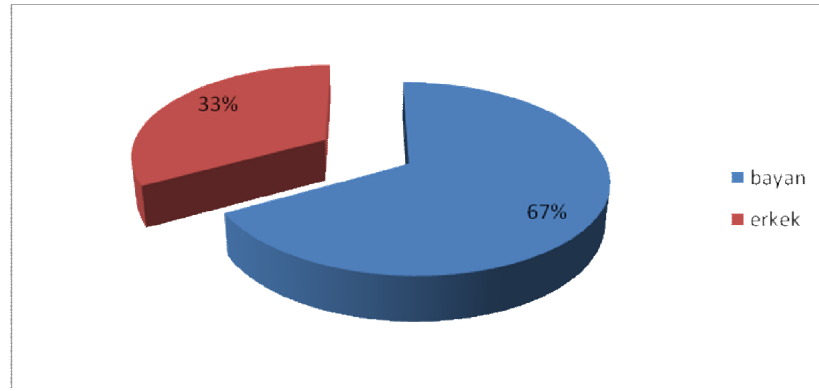
Ankette sistemle kullanılan soru tiplerinden “kapalı uçlu sorular (çok seçenekli ve dereceli, seçmeli, cevabı belirlenmiş, karar bildiren)” ve 6'lı (Çok kötü, kötü, orta, iyi, çok iyi, fikrim yok) likert ölçekteki sorular kullanılmıştır. Ankette 6 tane tanımlayıcı kişisel bilgi sorusuna ve 17 tane memnuniyet ölçmeye yönelik olmak üzere 23 soruya yer verilmiştir. Ankete 100 kişi katılım göstermiştir.

4.5.Bulgular

4.5.1.Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo 4.1.Cinsiyete göre frekans ve yüzde dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
bayan	67	67,0	67,0	67,0
erkek	33	33,0	33,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

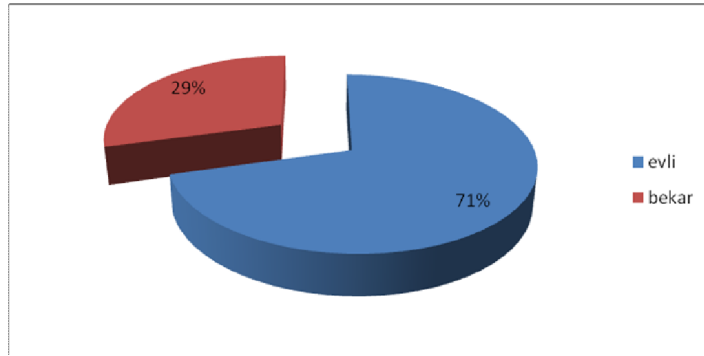


ekil 4.1.Cinsiyete göre dağılım

Katılımcıların %67'si bayan, %33'ü erkektir. Seçilen örneklemede hem bire ve ebelerin fazla olması sebebiyle bayan katılımcıların çoğunlukta olması olmaktadır.

Tablo 4.2.Medeni duruma göre frekans ve yüzde dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
evli	70	70,0	70,7	70,7
bekar	29	29,0	29,3	100,0
Toplam	99	99,0	100,0	
Kayıp Veri	1	1,0		
Toplam	100	100,0		

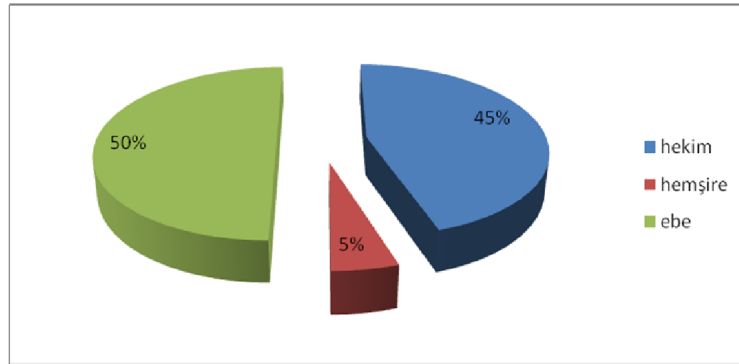


ekil 4.2.Medeni duruma göre dağılım

Ankete katılanların %71'i evli, %29'u bekarıdır.

Tablo 4.3.Mesleklere göre frekans ve yüzde dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
hekim	45	45,0	45,0	45,0
hemşire	5	5,0	5,0	50,0
ebe	50	50,0	50,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	



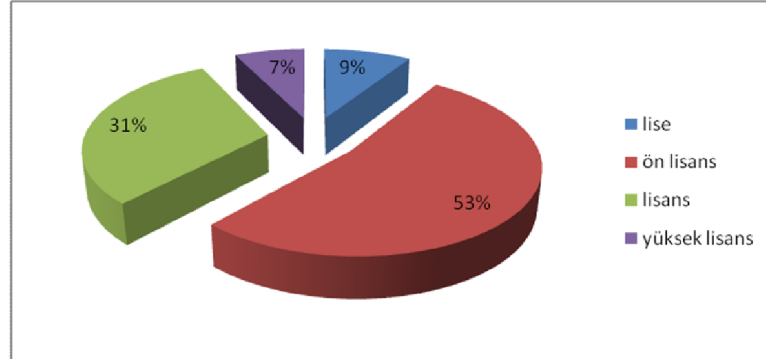
ekil 4.3.Mesleklere göre dağılım

Ankete katılanların %45'ini hekimler, %5'ini hemşireler, %50'sini ebeler oluşturmaktadır. Aldıkları eğitim dolayısıyla ebeler, bu sistemde daha çok tercih edilmiştir.

Tablo 4.4.Mezuniyet durumuna göre frekans ve yüzde dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
lise	5	5,0	9,1	9,1
ön lisans	29	29,0	52,7	61,8
lisans	17	17,0	30,9	92,7
yüksek lisans	4	4,0	7,3	100,0
Toplam	55	55,0	100,0	
Doktorların Cevap Vermemesinden Kaynaklanan Kayıp Veri	45	45,0		
Toplam	100	100,0		

Doktorların bu soruya cevap vermeleri istenmediğinden kayıp veri 45 olarak çıkmıştır.



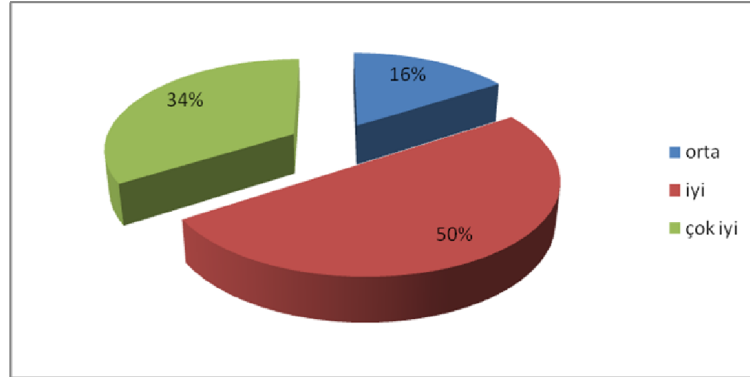
ekil 4.4.Mezuniyet durumuna göre dağılım

Katılımcıların %53'ü ön lisans diplomasına sahipken, bu oran lise için %9, yüksek lisans için %7, lisans için %31'dir. (Hekimler tabloda gösterilmemiştir, değerlendirme 55 kişi üzerinde yapılmıştır.)

4.5.2. Katılımcılara Sorulan Likert Ölçekli Sorular

Tablo 4.5. Görev yaptı ı sa lık kurulu unun fiziki ko ulları sorusuna verilen cevaplara göre frekans ve yüzde da ılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
orta	16	16,0	16,0	16,0
iyi	50	50,0	50,0	66,0
çok iyi	34	34,0	34,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

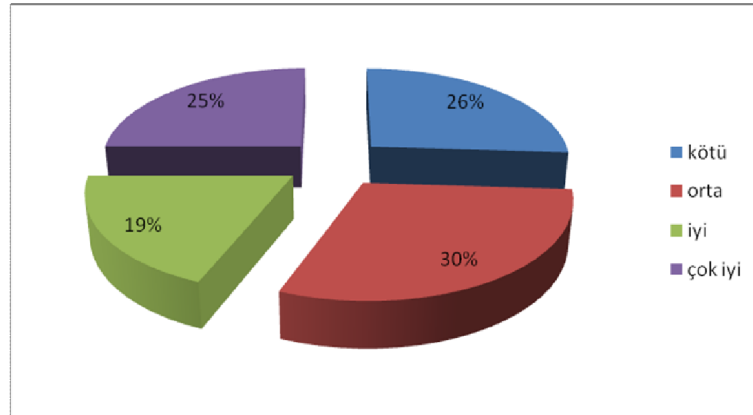


ekil 4.5. Görev yaptı ı sa lık kurulu unun fiziki ko ulları sorusuna verilen cevaplara göre da ılım

Ankete katılanların büyük bir bölümü (%84) görev yaptı ı sa lık kurulu unun fiziki durumundan memnundur.

**Tablo 4.6. Dinlenme odasının uygunlu u sorusuna verilen
cevaplara göre frekans ve yüzde da ılımı**

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
kötü	26	26,0	26,0	26,0
orta	30	30,0	30,0	56,0
iyi	19	19,0	19,0	75,0
çok iyi	25	25,0	25,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

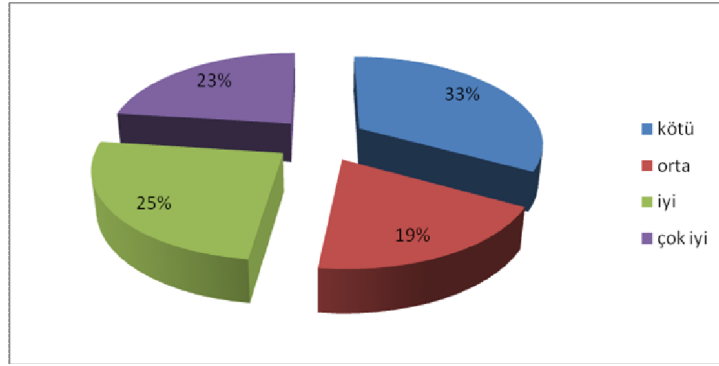


**ekil 4.6. Dinlenme odasının uygunlu u sorusuna verilen cevaplara göre
da ılım**

Katılımcıların %25'i 'dinlenme odanız var mı, varsa dinlenmeniz için uygunlu u' sorusuna çok iyi yanıtını verirken, %19'u iyi, %30'u orta, %26'sı kötü yanıtını vermiştir.

Tablo 4.7. ‘Yaptı ı i e kar ılık aldı ı ücretin tatmin ediyor mu?’ sorusuna verilen cevaplara göre frekans ve yüzde da ılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
kötü	33	33,0	33,0	33,0
orta	19	19,0	19,0	52,0
iyi	25	25,0	25,0	77,0
çok iyi	23	23,0	23,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

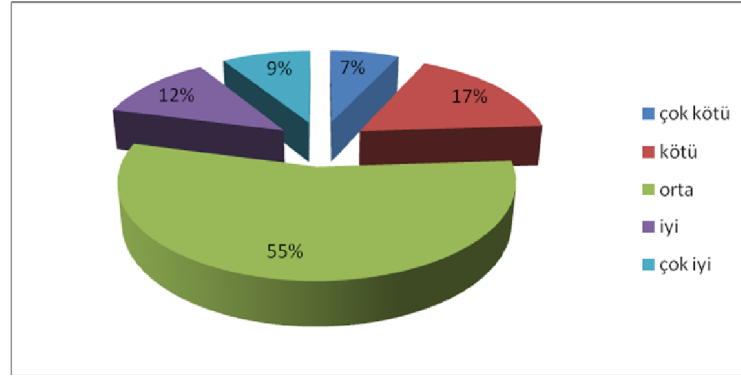


ekil 4.7. ‘Yaptı ı i e kar ılık aldı ı ücretin tatmin ediyor mu?’ sorusuna verilen cevaplara göre da ılım

Ankete katılanların %23’ü yaptı ı i e kar ılık aldı ı ücretin çok iyi oldu unu bildirirken, %25’i iyi, %19’u orta, %33’ü kötü oldu unu bildirmi tir.

Tablo 4.8. ‘Yetki ve Sorumluluklarının açıkça belirlenmi mi?’ sorusuna verilen cevaplara göre frekans ve yüzde dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
çok kötü	7	7,0	7,0	7,0
kötü	17	17,0	17,0	24,0
orta	55	55,0	55,0	79,0
iyi	12	12,0	12,0	91,0
çok iyi	9	9,0	9,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

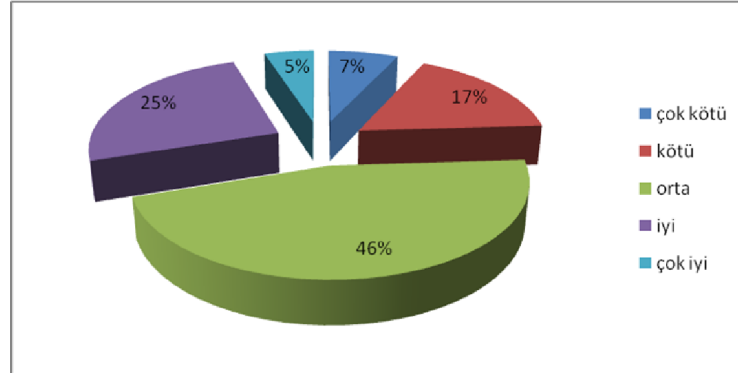


ekil 4.8. ‘Yetki ve Sorumluluklarının açıkça belirlenmi mi?’ sorusuna verilen cevaplara göre dağılım

Ankete katılan kişilerin %55'i 'yetki ve sorumluluklarınız açıkça belirlenmi mi?' sorusuna orta yanıtı verirken, iyi yönde görüş bildirenlerin oranı %21, kötü yönde görüş bildirenlerin oranı %24'tür.

Tablo 4.9.Yetki ve sorumluluklarının e itli i durumuna göre frekans ve yüzde da ılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
çok kötü	7	7,0	7,0	7,0
kötü	17	17,0	17,0	24,0
orta	46	46,0	46,0	70,0
iyi	25	25,0	25,0	95,0
çok iyi	5	5,0	5,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

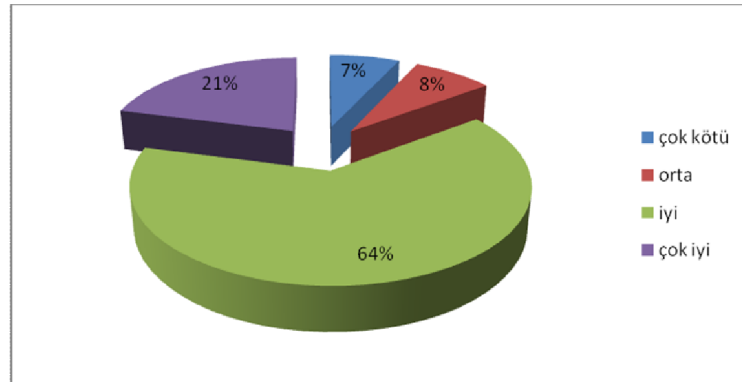


ekil 4.9. Yetki ve sorumluluklarının e itli i durumuna göre da ılım

Ankete katılanlardan 'yetki ve sorumluluklarımızın e itli i' sorusuna iyi yönde görüş bildirenlerin oranı %30 iken, kötü yönde görüş bildirenlerin oranı %24'tür. %46 oranındaki ço unluk ise orta cevabını vermiştir.

Tablo 4.10. Çalışma saatlerinden memnuniyet düzeyine göre frekans ve yüzde dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
çok kötü	7	7,0	7,0	7,0
orta	8	8,0	8,0	15,0
iyi	64	64,0	64,0	79,0
çok iyi	21	21,0	21,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

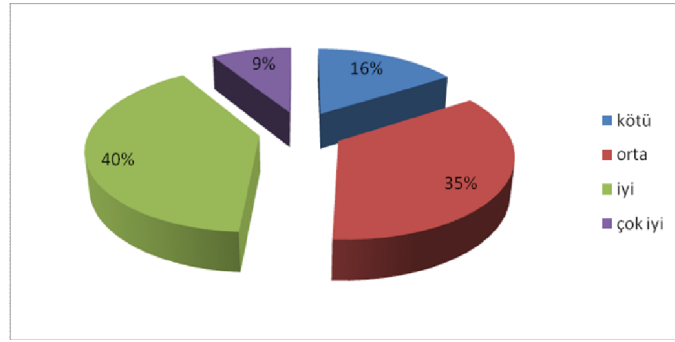


ekil 4.10. Çalışma saatlerinden memnuniyet düzeyine göre dağılım

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%85) çalışma saatlerinden memnun oldukları yönünde görüş bildirmiştir. Çalışma saatlerinin çok kötü olduğunu söyleyenlerin oranı %7'dir.

Tablo 4.11.Çalı ma temposundan memnuniyet düzeyine göre frekans ve yüzde dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
kötü	16	16,0	16,0	16,0
orta	35	35,0	35,0	51,0
iyi	40	40,0	40,0	91,0
çok iyi	9	9,0	9,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

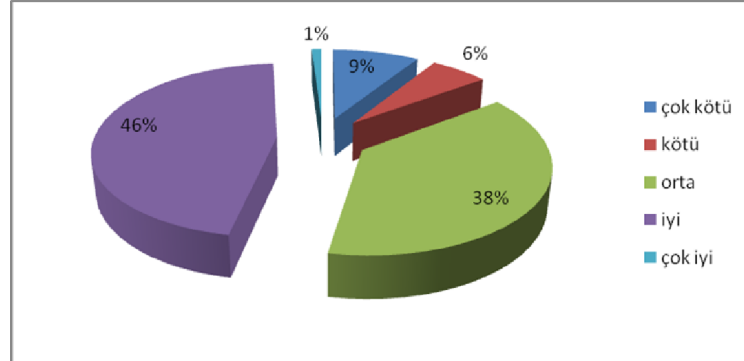


ekil 4.11. Çalı ma temposundan memnuniyet düzeyine göre dağılım

Çalı ma temposundan memnuniyet düzeylerini sorduumuz katılımcılardan %16'sı kötü, %35'i orta, %40'ı iyi ve %9'u çok iyi yanıtını vermiştir.

Tablo 4.12. Kurumunun hasta yüküne göre frekans ve yüzde dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
çok kötü	9	9,0	9,0	9,0
kötü	6	6,0	6,0	15,0
orta	38	38,0	38,0	53,0
iyi	46	46,0	46,0	99,0
çok iyi	1	1,0	1,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

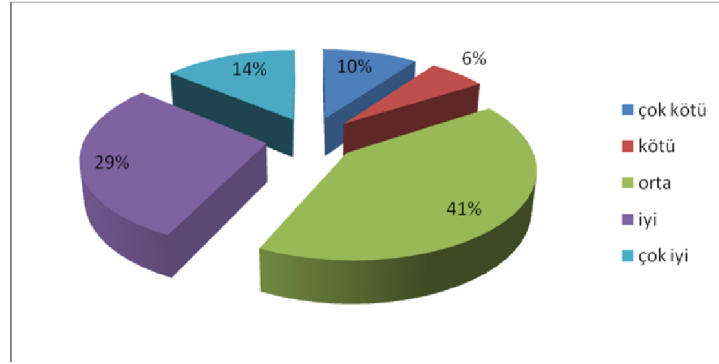


ekil 4.12. Kurumunun hasta yüküne göre dağılım

Katılımcıların %46'sı kurumunun hasta yükünü iyi olarak değerlendirirken, %38'i orta yanıtını vermiştir.

Tablo 4.13. Kurumuna ba vuran hasta sayısı ile ilgili memnuniyet düzeyine göre frekans ve yüzde dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
çok kötü	10	10,0	10,0	10,0
kötü	6	6,0	6,0	16,0
orta	41	41,0	41,0	57,0
iyi	29	29,0	29,0	86,0
çok iyi	14	14,0	14,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

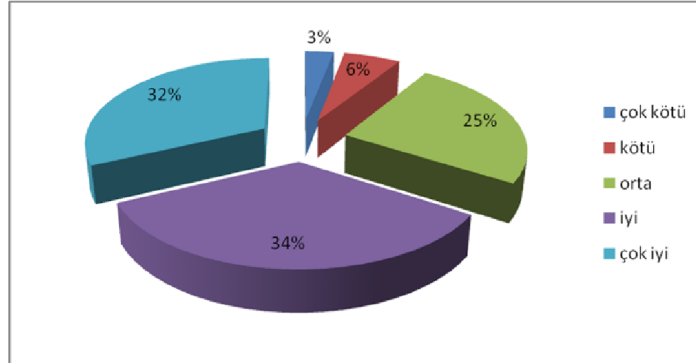


ekil 4.13. Kurumuna ba vuran hasta sayısı ile ilgili memnuniyet düzeyine göre dağılım

Ankete katılanların %41'i kurumunun hasta yükünden memnuniyet düzeyini orta olarak bildirirken, iyi yönde görüş bildirenlerin oranı %43, kötü yönde görüş bildirenlerin oranı %16'dır.

Tablo 4.14. yerinde alınan kararlara dahil edilme düzeyine göre frekans ve yüzde dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
çok kötü	3	3,0	3,0	3,0
kötü	6	6,0	6,0	9,0
orta	25	25,0	25,0	34,0
iyi	34	34,0	34,0	68,0
çok iyi	32	32,0	32,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

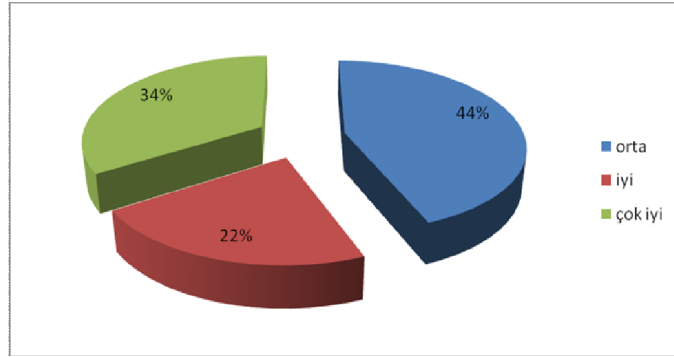


ekil 4.14. . yerinde alınan kararlara dahil edilme düzeyine göre dağılım

Ankete katılanların büyük bir bölümü i yerinde alınan kararlara dahil edilme düzeyinin iyi oldu u yönünde görü bildirmi tir.

Tablo 4.15.Çalı anların birbirleri ile olan ileti imlerine göre frekans ve yüzde dağılımı

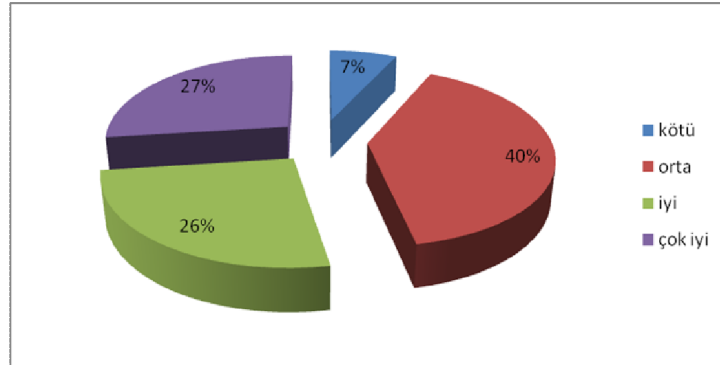
	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
orta	44	44,0	44,0	44,0
iyi	22	22,0	22,0	66,0
çok iyi	34	34,0	34,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	



ekil 4.15. Çalı anların birbirleri ile olan ileti imlerine göre dağılım

Çalı anların ileti im düzeyini sordu umuz katılımcılardan %34'ü çok iyi, %22'si iyi, %44'ü orta yanıtını vermiştir. Olumsuz yönde görüş bildiren katılımcı yoktur.

Tablo 4.16.Çalı anların üst yönetim ile olan ileti im düzeylerine göre frekans ve yüzde da ılımı				
	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
kötü	7	7,0	7,0	7,0
orta	40	40,0	40,0	47,0
iyi	26	26,0	26,0	73,0
çok iyi	27	27,0	27,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

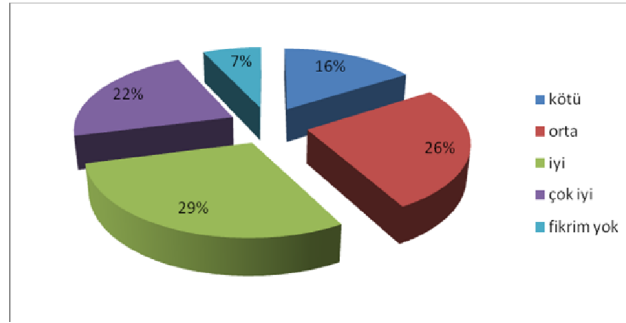


ekil 4.16. Çalı anların üst yönetim ile olan ileti im düzeylerine göre da ılım

Katılımcıların %43'ü sordu umuz bu soruya olumlu yönde cevap verirken, %7'si çalı anların üst yönetim ile olan ileti im düzeyinin kötü oldu unu bildirmi tir. Orta diyenlerin oranı ise %40'tır.

Tablo 4.17. Sa lık hizmeti veren ki iler ile alan ki iler arasında sevgi ve saygı ortamının korunma düzeyine göre frekans ve yüzde dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
kötü	16	16,0	16,0	16,0
orta	26	26,0	26,0	42,0
iyi	29	29,0	29,0	71,0
çok iyi	22	22,0	22,0	93,0
fikrim yok	7	7,0	7,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

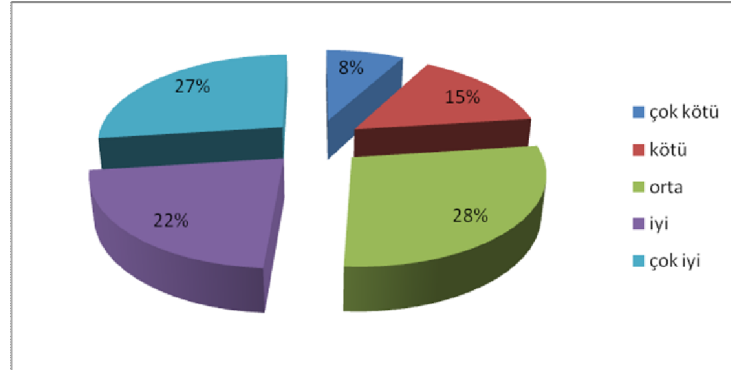


ekil 4.17. Sa lık hizmeti veren ki iler ile alan ki iler arasında sevgi ve saygı ortamının korunma düzeyine göre dağılım

Ankete katılanlardan ‘sa lık hizmeti veren ki iler ile alan ki iler arasında sevgi ve saygı ortamının korunma düzeyi’ sorusuna çok iyi yanıtını verenlerin oranı %22’dir. Katılımcılardan %29’u iyi, %26’sı orta, %16’sı kötü yanıtını verirken %7’lik kesim bu konuda görüş bildirmemi lerdir.

Tablo 4.18.Çalı anlara e it davranılması konusundaki memnuniyet durumuna göre frekans ve yüzde da ılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
çok kötü	8	8,0	8,0	8,0
kötü	15	15,0	15,0	23,0
orta	28	28,0	28,0	51,0
iyi	22	22,0	22,0	73,0
çok iyi	27	27,0	27,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

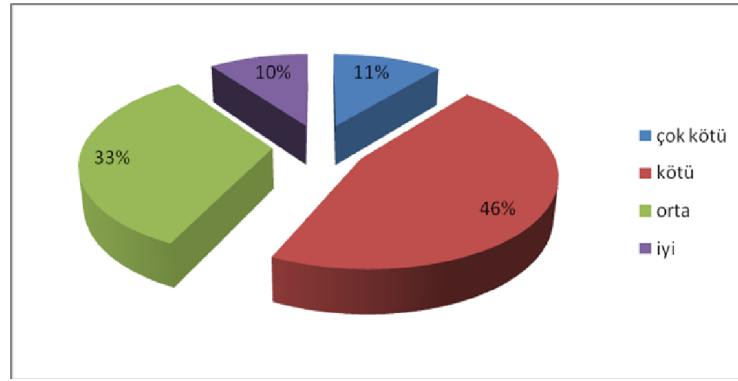


ekil 4.18. Çalı anlara e it davranılması konusundaki memnuniyet durumuna göre da ılım

Katılımcıların %27'si çalı anlara e it davranılması konusundaki memnuniyet düzeyini çok iyi olarak bildirmi tir. Bu konudaki görü ünü çok kötü olarak bildirenlerin oranı %8'dir. %22 iyi, %28 orta ve %15'lik kesim ise kötü yanıtını vermi tir.

Tablo 4.19. Mesleinde istedi i gelime ve ilerleme için gerekli deste in verilmesi durumuna göre frekans ve yüzde dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
çok kötü	11	11,0	11,0	11,0
kötü	46	46,0	46,0	57,0
orta	33	33,0	33,0	90,0
iyi	10	10,0	10,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	



ekil 4.19. Mesleinde istedi i gelime ve ilerleme için gerekli deste in verilmesi durumuna göre dağılım

Ankete katılanların büyük ço unlu mesleinde istedi i gelime ve ilerleme için gerekli deste in verilmedi i görü ündedir. Sadece %10'luk kesim bu konuda yeterli deste in verildi ini dü ünmektedir.

Tablo 4.20. u anda uygulanmakta olan aile hekimli i sisteminden memnuniyet durumuna göre frekans ve yüzde da ılımı

	Frekans	Yüzde (%)	Geçerli (%)	Birikimli (%)
çok kötü	2	2,0	2,0	2,0
kötü	7	7,0	7,0	9,0
orta	48	48,0	48,0	57,0
iyi	31	31,0	31,0	88,0
çok iyi	5	5,0	5,0	93,0
fikrim yok	7	7,0	7,0	100,0
Toplam	100	100,0	100,0	

Katılımcılardan %31'i uygulanmakta olan aile hekimli i uygulamasının iyi oldu u yönünde görü bildirmi tir. Bu soruya katılımcıların %48'i orta yanıtını vermi tir.

4.6.Güvenirlilik Analizi

Güvenirlilik analizinin amacı verilerin rastlantsallı nı ölçmektir. Ankete verilen cevaplar rastgele da ılım gösteriyorsa anket sonuçlarının güvenilir oldu una karar verilir. Güvenirlilik analizi seçilen örne in güvenirlili ini, tesadüfli ini ve tutarlılı nı test etmekte kullanılır.

Sonucun güvenilir olup olmadı na Cronbach's Alpha () de erine göre karar verilir.¹⁰⁶

DE ER		YORUM
0,00	< 0,40	Güvenilir de il
0,40	< 0,60	Dü ük güvenilir
0,60	< 0,80	Oldukça güvenilir
0,80	1,00	Yüksek güvenilir

Tablo 4.21.Güvenirlilik Analizi Sonucu

Cronbach's Alpha	Soru Sayısı
,907	16

Ankette yer alan 16 likert ifadenin güvenirlili ini ölçmek için yapılan güvenirlilik analizi sonucu Cronbach's Alpha de eri 0,907 çıkmı tır. Bu da likert soruların yüksek güvenilir oldu unu göstermektedir.

¹⁰⁶ Kalaycı, ref. SPSS Uygulamalı Çok De i kenli statistik Teknikleri, 4. Baskı, 2009, s. 405.

Tablo 4.22.Tanımlayıcı istatistikler

	Ortalama	Std. Sapma	N
s7.1	4,1800	,68726	100
s7.2	3,4300	1,13043	100
s7.3	3,3800	1,17017	100
s7.4	2,9900	,96917	100
s7.5	3,0400	,95261	100
s7.6	3,9200	,96064	100
s7.7	3,4200	,86667	100
s7.8	3,2400	,93333	100
s7.9	3,3100	1,10732	100
s7.10	3,8600	1,03494	100
s7.11	3,9000	,88192	100
s7.12	3,7300	,94125	100
s7.13	3,7800	1,16844	100
s7.14	3,4500	1,25831	100
s7.15	2,4200	,81872	100
s7.16	3,5100	1,01995	100

fadelere göre verilen cevapların ortalama değeri genel olarak 3 ve 4'e yakın olduğu görülmektedir. Cevapların ortalamasının 3 ve 4'e yakın olması cevapların orta ve iyi sınıfları arasında bir seyir izlediğini göstermektedir. fadelere verilen cevapların ortalamalarına bakıldığında en olumlu cevap "görev yaptığınız sağlık kuruluşunun fiziki koşulları" ifadesine verilen cevaptır.

4.7.Ara tırmanın Hipotezlerine li kin Analizler

Bu bölümde ise örneklem grubunun ölçeklerden aldıkları puanlar ile örneklem grubunun demografik özellikleri arasındaki analizlere yer verilmiştir. Normal dağılıma uyan ölçeklerimiz için parametrik testler olan bağımsız grup t-testi ve tek yönlü varyans analizi(ANOVA) kullanılmaktadır.

T- testi iki örneklem grubu arasında ortalamalar açısından fark olup olmadığını ara tırmak için kullanılır. T testi, bir gruptaki ortalamanın diğer gruptaki ortalamadan önemli derecede farklı olup olmadığını belirler. T testinde kritik nokta iki'dir. t testi her zaman iki farklı ortalamayı ya da değeri karşılaştırır.¹⁰⁷

Varyans analizi iki ya da daha fazla ortalama arasında fark olup olmadığını ile ilgili hipotezi test etmek için kullanılır. Bu çalışmada kullanılan tek yönlü varyans analizidir. Tek Yönlü Varyans analizinde iki değişken vardır ve bağımsız değişkene göre bağımlı değişkenindeki ortalamalar arasında fark olup olmadığını test eder. Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda gruplar arasında fark bulunduğunda, farklılıkların kaynağını (hangi gruplar arasında olduğunu) belirlemek üzere post-hoc Tukey testi yapılır.¹⁰⁸

Tablo 4.23. fadelere Katılım Düzeyi ile Cinsiyet Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi için Gerçekleştirilen Bağımsız Grup t-testi

Cinsiyetiniz	Birim Sayısı	Ortalama	Std Hata	t	Çift taraflı kuyruk olasılığı(p)
Kadın	67	3,35	,506	-2,768	,007
Erkek	33	3,72	,820		

Aile hekimliğine geçmiş bölgelerde çalışanların memnuniyetini ara tırmak için yapılan tutum ölçeği ve cinsiyet değişkeni arasındaki farklılığı ara tırmak için

¹⁰⁷ Kalaycı, referans SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Ankara: Asil Yayınevi, 2006. s.74

¹⁰⁸ Kalaycı, 2006. a.g.k. s.131.

gerçekle tirilen ba ımsız grup t-testi sonucunda 0,05 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oldu u görülmektedir. ($p=0,007<0,05$) Ortalamalar incelendi inde kadınların ortalamasının daha yüksek olu u görülmektedir. Kadınlar erkeklere göre daha olumlu cevaplar vermi lerdir.

Tablo 4.24. fadelere Katılım Düzeyi ile Medeni Durum Arasındaki Farklıla manın ncelenmesi için Gerçekle tirilen Ba ımsız Grup t-testi

Medeni Durum	Birim Sayısı	Ortalama	Std Hata	t	Çift taraflı kuyruk olasılı ı(p)
Evli	71	3,58	,561	2,663	,009
Bekar	29	3,21	,771		

Aile hekimli ine geçmi bölgelerde çalı anların memnuniyetini ara tırmak için yapılan tutum ölçe i ve medeni durum de i keni arasındaki farklılı ı ara tırmak için gerçekle tirilen ba ımsız grup t-testi sonucunda 0,05 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oldu u görülmektedir. ($p=0,009<0,05$) Ortalamalar incelendi inde evli olanların ortalamasının daha yüksek olu u görülmektedir. Evli olan çalı anlar bekar olanlara göre daha olumlu cevaplar vermi lerdir.

Tablo 4.25. fadelere Katılım Düzeyi ile Meslekler Arasındaki Farklıla manın ncelenmesi için Gerçekle tirilen Tek Yönlü Varyans Analizi

	Ort. Kareler Toplamı	Serbestlik derecesi	Ort. Kare	F	Çift taraflı kuyruk olasılı ı(p)
Gruplar Arası	11,556	2	5,778	18,746	,000
Gruplar içi	29,898	97	,308		
Toplam	41,454	99			

Yukarıdaki tabloda görüldü ü gibi, örnekleme olu turan katılımcıların aile hekimli ine geçmi bölgelerde çalı anların memnuniyetini ara tırmak için yapılan tutum ölçe i ve meslek de i kenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermedi ini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmu tur. ($p=0,000 < 0,05$)

ANOVA sonrası hangi post-hoc çoklu kar ıla tırma tekni inin kullanılma na karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup da ılımlarının varyanslarının homojen olup olmadı ı hipotezi sınanmı , varyansların homojen oldu u saptanmı tur. Bunun üzerine e it varyanslılık durumunda sık kullanılan çoklu kar ıla tırma tekniklerinden olan Tukey testi hangi gruplar arasında farklılı ın çıktı ını belirlemek için kullanılmı tur.

Tablo 4.26. fadelere Katılım Düzeyi ile Meslekler Arasındaki Farklıla manın Hangi Gruptan Kaynaklandı ını Belirlemek Amacı le Yapılan Post-Hoc Tukey Testi

(I) mesle iniz	(J) mesle iniz	Ortalama Fark (I-J)	sh	p	95% güven aralı ı	
					Alt sınır	Üst sınır
hekim	hem ire	,673*	,262	,031	,05	1,30
	ebe	,684*	,114	,000	,41	,96
hem ire	hekim	-,673*	,262	,031	-1,30	-,05
	ebe	,011	,260	,999	-,61	,63
ebe	hekim	-,684*	,114	,000	-,96	-,41
	hem ire	-,011	,260	,999	-,63	,61

Tabloya bakıldı ında farklılı ı yaratan grubun hekimler oldu u görülmektedir

Tablo 4.27. fadelere Katılım Düzeyi ile Mezuniyet Durumu Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi için Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi

	Ort. Kareler Toplamı	Serbestlik derecesi	Ort. Kare	F	Çift tarafli kuyruk olasılığ (p)
Gruplar Arası	1,130	3	,377	4,007	,012
Gruplar içi	4,795	51	,094		
Toplam	5,926	54			

Tabloda görüldüğü gibi, örnekleme yoluyla katılımcıların aile hekimliğine geçmişi bölgelerde çalışanların memnuniyetini araştırmak için yapılan tutum ölçeği ve mezuniyet durumu derinliklerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,012 < 0,05$)

ANOVA sonrası hangi post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığını hipotezi sınandı, varyansların homojen olduğu saptanmıştır. Bunun üzerine eşit varyanslılık durumunda sık kullanılan çoklu karşılaştırma tekniklerinden olan Tukey testi hangi gruplar arasında farklılık çıktığını belirlemek için kullanılmıştır.

Tablo 4.28. fadelere Katılım Düzeyi ile Mezuniyet Durumu Arasındaki Farklıla manın Hangi Gruptan Kaynaklandı mı Belirlemek Amacı le Yapılan Post-Hoc Tukey Testi

(I) En son bitirmi oldu unuz okul	(J) En son bitirmi oldu unuz okul	Ortalama Fark (I-J)	sh	p	95% güven aralı ı	
					Alt sınır	Üst sınır
lise	ön lisans	,173	,148	,651	-,22	,57
	lisans	,445*	,156	,031	,03	,86
	yüksek lisans	,238	,206	,656	-,31	,78
ön lisans	lise	-,173	,148	,651	-,57	,22
	lisans	,272*	,094	,027	,02	,52
	yüksek lisans	,065	,164	,979	-,37	,50
lisans	lise	-,445*	,156	,031	-,86	-,03
	ön lisans	-,272*	,094	,027	-,52	-,02
	yüksek lisans	-,207	,170	,620	-,66	,25
yüksek lisans	lise	-,238	,206	,656	-,78	,31
	ön lisans	-,065	,164	,979	-,50	,37
	lisans	,207	,170	,620	-,25	,66

Tabloya bakıldı ında farklılık lisans ile lise ve ön lisans mezunlarından kaynaklanmaktadır.

Anket Sonuçları

Öncelikle anketten elde ettiğimiz bulguların değerlendirilmesine yer verilmiştir;

Anket sonuçlarına göre katılımcıların %67'si bayan, %33'ü erkektir.

Katılımcıların %71'i evli, %29'u bekarıdır.

Ankete katılanların %45'ini hekimler, %5'ini hemşireler, %50'sini ebeler oluşturmaktadır.

Yanıt fadelere verilen cevaplar katılımcıların cinsiyet, medeni durum, meslek grupları ve mezuniyet durumuna göre farklılık göstermektedir.

Ankete katılanların büyük bir bölümü (%84) görev yaptıkları saati kurullarının fiziki durumundan memnundur.

Katılımcıların %25'i 'dinlenme odanız var mı, varsa dinlenmeniz için uygun mu?' sorusuna çok iyi yanıtı verirken, %19'u iyi, %30'u orta, %26'sı kötü yanıtı vermiştir.

Katılımcıların %23'ü yaptıkları işin ücretin çok iyi olduğunu bildirirken, %25'i iyi, %19'u orta, %33'ü kötü olduğunu bildirmiştir. Genel olarak katılımcıların maaşlarından memnun olmadığını söyleyebiliriz.

Katılımcıların %55'i 'yetki ve sorumluluklarınız açıkça belirlenmiş mi?' sorusuna orta yanıtı verirken, iyi yönde görüş bildirenlerin oranı %21, kötü yönde görüş bildirenlerin oranı %24'tür.

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%85) çalışma saatlerinden memnun olduklarını belirtmiştir.

Katılımcıların %41'i kurumunun hasta yükünden memnuniyet düzeyini orta olarak bildirirken, iyi yönde görüş bildirenlerin oranı %43, kötü yönde görüş bildirenlerin oranı %16'dır.

Katılımcıların büyük bir bölümü i yerinde alınan kararlara dahil edilme düzeyinin iyi oldu u yönünde görüş bildirmi tir.

Çalı anların ileti im düzeyini sordu umuz katılımcılardan %34'ü çok iyi, %22'si iyi, %44'ü orta yanıtını vermi tir. Olumsuz yönde görüş bildiren katılımcı yoktur.

Katılımcıların %27'si çalı anlara e it davranılması konusundaki memnuniyet düzeyini çok iyi olarak bildirmi tir. Bu konudaki görüşünü çok kötü olarak bildirenlerin oranı %8'dir. %22 iyi, %28 orta ve %15'lik kesim ise kötü yanıtını vermi tir.

Katılımcıların büyük ço unlu u mesle inde istedi i geli me ve ilerleme için gerekli deste in verilmedi ini belirtmi tir.

Katılımcılardan %31'i uygulanmakta olan aile hekimli i uygulamasının iyi oldu u yönünde görüş bildirmi tir. Ve %48'i orta yanıtını vermi tir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Literatür taramamız ve anketten elde edilen bulguların değerlendirilmesi ve yorumları yapmamıza olanak sağlamıştır;

Tüm hastanelerde olduğu gibi aile hekimliği uygulaması ile çalışan sağlık birimlerinde de sağlık personellerinin bulunduğu sistem içinde yararlı ve sistemden memnun bir şekilde çalışabilmesi için bazı şartların sağlanması gereklidir. Örneğin görev yapılan sağlık kuruluğunun fiziki koşulları sağlık hizmetlerinden maksimum faydanın sağlanabilmesine imkan tanımalıdır. Sağlık personelleri çalışma saatleri bakımından zorlu bir sistemde çalışan personeller olduklarından görev saatleri içerisinde boş kaldıkları zamanlarda dinlenmeye ihtiyaç duyarlar. Bu yüzden dinlenme odası personelin istekleri doğrultusunda düzenlenmeli ve uygunluğu sağlanmalıdır. Bu noktada anket katılımcılarımızın büyük bir çoğunluğunun çalışma saatlerini iyi-çok iyi olarak değerlendirdiğini belirtelim. Ancak çalışma temposu konusunda aynı şey geçerli değildir. Bu tempoyu orta-kötü olarak değerlendiren %51'lik bir kesim mevcuttur. Bunların dışında sağlık çalışanları halka sunduğu hizmetler karşılığında gerek ücret gerek ise diğer olanaklar ile tatmin edilmesi gereken bir kesimi oluşturmaktadırlar. Sağlık çalışanlarından doktorlar yeni sistemde alınan ücretten genelde memnunken diğer sağlık çalışanlarının bir kısmının aldığı ücretten memnun olmadıkları görülmüştür. Bu konuda yapılacak iyileştirmelere ihtiyaç duyulmaktadır.

Hastane ve benzeri hizmet sunan birimlerde sistemli çalışmanın verimi ve etkili artıracağı gerçeği yadsınamaz. Her personelin yetki ve sorumlulukları açıkça belirlenerek bu konuda doğacak kargaşa ve olumsuzluklara mahal verilmemelidir. Ayrıca bu konuda çalışanlar arasında kayırma ve benzeri yollarla etkiliğin bozulması önlenmelidir. Anketimize katılanlar bu konuda sistemi vasat olarak değerlendirmiştir. Hastane yöneticileri ve konu ile ilgili kişiler sağlık personelinin görev ve yetkilerini iyi tanımlamalı, mevcut seviyedeki personele etkili yükümlülükler vermeye özen göstermelidir. Böylece kendilerine etkili davranılan personel arasında doğabilecek olası çatışmaların da önüne geçilimi olabilecektir.

Anket bulgularımıza göre %66'lık bir kesim çalı anların birbirleri ile olan ileti imlerini iyi-çok iyi olarak de erlendirmi tir. Çalı anların kendi arasındaki ba ın önemi kadar çalı an-yönetici arasındaki sa lanacak güçlü ileti imin de önemi büyüktür. Bu konudaki anket sorumuza %47 oranında orta-kötü ekinde cevap alınması dü ündürücüdür. Çalı anlar yönetim ile olan ileti imin memnuniyet sa layacak kadar yeterli oldu unu dü ünmemektedirler. Sa lık sisteminde bir di er ileti im ise sa lık personeli-hasta ikilisi arasındadır. Bu ileti imin kurulacak sevgi-saygı ortamı içerisinde kurulması arttır. Anket katılımcıları bu konuda ikiye bölünmü tür. Hemen hemen yarısı kendileri ile hastalar arasındaki ileti imi iyi-çok iyi olarak de erlendirirken di er yarısı orta-kötü-fikrim yok olarak de erlendirmi tir.

Aile hekimli i sistemi klasik sistemden farklı yenilikler getirebilecek bir sistem olarak görölmektedir. Örne in klasik sisteme kıyasla hastanelerdeki hasta yükünün daha az olabilmesi önemli bir artıdır. Anketten elde etti imiz bulgular da bu durumu kısmen destekler niteliktedir. Hasta yükü ile ilgili anket sorumuza kötü-çok kötü cevabı veren kesim %15'lik bir yer kaplamaktadır. Klasik sistemden farklı olacak bir di er özellik ise sa lık personelinin kurum içinde alınan kararlarda ve kısmen yönetimde daha fazla söz sahibi olabilmesidir. Anketimize katılanların %66'sı kendilerinin kararlara dahil edilme durumuna iyi-çok iyi ekinde cevap verirken, sadece %9'unun kötü-çok kötü ekinde cevaplar verdi i görölmü tür. Kararlara dahil edilme ba ta olmak üzere çalı anların mesle inde kendini geli tirmesi ve ilerlemesi desteklenmelidir. Ancak bu konuda içinde buldukları sistem tarafından yeterli deste in sa lanmadı ı dü ünölmektedir. Bu deste in sa lanması durumunu kötü-çok kötü olarak de erlendiren %57'lik kesimin varlı ı bunun göstergesidir.

Ankete katılanlardan son olarak içinde çalı tıkları kurumda uygulanmakta olan aile hekimli i uygulamasından memnuniyet düzeylerini genel olarak de erlendirmeleri istenmi tir. Bu de erlendirmeler sonucunda %57 oranında sa lık personeli grubunun orta-kötü-çok kötü ekinde cevap verdi i görölmü tür. %36'lık kesim iyi-çok iyi, %7 oranında bir kesim ise fikrim yok ekinde cevap vermi tir. Aile hekimli inin yeni oturtulmaya çalı ılan bir uygulama olması dolayısıyla henüz

tam olarak algılanarak alı ılamaması ola an bir durumdur. Bunun için zaman gereklidir ve bu süreçte gerekli düzenlemelerin yapılarak ÷lkemizde verimli bir ekilde uygulanabilir hale getirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Aktan, Co kun Can **Kamu Ekonomisinden Piyasa Ekonomisine Özele tirme**, Ankara, Takav Matbaası, 1993, s.39.
- Aktan, Co kun Can ve I ık, A.Kadir: **Sa lık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler**, 1993, s.33.
- Avcı, Adnan: **Özel Sigorta Kanunları Uygulaması ve Mevzuatı**, stanbul, 1997, s.30-31.
- Buluto lu, Kenan: **Kamu Ekonomisine Giri**, stanbul, Sermet Matbaası, 1981,s.4.
- Çoruh, Mithat: **Nüfus ve Sa lık: Türkiye'nin Geli mesinde Nüfus Olgusu**, Ankara, Battale Enstitüsü, 1983.
- Eker, Aytaç ve Altay, Asuman ve Sakal, Mustafa: **Maliye Politikası, Teori lkeler ve Yöntemler**, zmir, Anadolu Matbaası, 1999, s.303.
- Fi ek, Nusret: **Halk Sa lı na Giri**, Ankara, 1983, s.4
- Kalaycı, eref: **SPSS Uygulamalı Çok De i kenli statistik Teknikleri**, Ankara, Asil Yayınevi, 2006. s.74
- Kalaycı, eref: **SPSS Uygulamalı Çok De i kenli statistik Teknikleri**, 4. Baskı, 2009, s. 405.
- Kavuncuba ı, ahin: **Hastaneler ve Sa lık Kurumları Yönetimi**, Ankara, Siyasal Kitabevi 2000, s.34.
- Öztek, Zafer: **Temel Sa lık Hizmetleri**, Ankara, Hacettepe Halk Sa lı ı Vakfı, 1992, s.5-6
- Pala, Kayıhan: **Türkiye için Nasıl bir Sa lık Reformu**, Bursa, 2007, s.8.
- Santerre, Rexford E.ve Neun, Stephen P: **Health Economics Theories, Insights, and Industry Studies**, Chicago, 1996, s.146.

Ula , I ıl:

Uygulamalı Can Sigortası Hukuku,
Ankara, Turhan Kitabevi 1997, s.162.

MAKALELER

Batirel, Ömer Faruk:

“Sa lık Hizmetleri ve Devlet Politikası”,
Cilt.3, Sayı.3, stanbul, **Marmara
Üniversitesi . .B.F. Dergisi**, 1986,
s.171.

Belek lker:

“Sa lık Hizmetlerinde
Desantralizasyon”, Ankara **Toplum ve
Hekim**, 2(78), 1997, s.44-45.

Chawla M.:

Türkiye: Daha iyi Eri im ve Etkinlik için
Sa lık Sektörü Reformu. Cilt II: Çalı ma
Raporları. Dünya Bankası nsani
Kalkınma Sektörü Birimi Avrupa ve
Orta Asya Bölgesi. **Dünya Bankası
Yayınları**, 2003: iii – vi

Çetinyalçın, smet ve Hasan O uz:

“Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonunun
Anlamı, Amacı, Dünü, Bugünü, Yarını”,
Tıbbi Rehabilitasyon, (Ed. H.O uz),
Ankara, 1995, s.4.

Çilingiro lu, Nesrin E. :

“Sa lık Hizmetleri ve Sa lık
Ekonomisi”, Ankara, **Turkish Journal
of Population Studies**. Vol.10, 1988,
s.46.

Orhaner, Emine:

“Türkiye’de Sa lık Hizmetleri
Finansmanı ve Genel Sa lık Sigortası”,
**Ticaret ve Turizm E itim Fak.
Dergisi**, S.1, 2006, s.6-7.

Özdemir, Oya, Ocaktan, Esin ve
Avrupa’da Akdur, Recep:

“Sa lık Reformu Sürecinde Türkiye ve
Birinci Basamak Sa lık Hizmetlerinin
De erlendirilmesi”, **Ankara
Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**,
C.56, S.4, 2003, Ankara, s.209.

Öztek, Zafer:

“Temel Sa lık Hizmetleri”, Ankara,
**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sa lı ı Anabilim Dalı Yayını**, No
86/33 Kısa Dizi No:1 1986, s.20.

- Öztek, Zafer: “Sa lıkta Dönü üm ve Aile Hekimli i”, **Toplum Hekimli i Bülteni** Cilt 25, Sayı 2, Mayıs 2006, s.3-5.
- Sarvan, Fulya: “Geli mi Ülkelerde ve Türkiye’de sa lık Hizmetleri Yöneticili i Meslek ve E itimi”, Eski ehir, **Anadolu Üniversitesi Açıkö retim Fakültesi Dergisi**, Cilt.1, Sayı.1, Haziran 1994, s.210.
- Soyer, Ata, “1980’den Günümüze Sa lık Politikaları”, Ankara, **Praksis Dergisi**, 2003, s.316.
- Sönmez, Mustafa: “Gelir E itsizli ine ve Sa lık E itsizli ine Check-Up”, Ankara, **Ekonomik Forum**, Sayı.10, s.63-64.
- Tatar, Fahrettin: “Özelle tirme ve Sa lık Hizmetleri: Teori ve Uygulama”, **Amme daresi Dergisi**, C.30, S.2, 1997, s.81.
- Tatar, Fahrettin: “Sa lık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, **Toplum ve Hekim**, 1996, s.40-49.
- Tatar, Mehtap ve Tatar, Fahrettin: “Primary Health Care in Turkey: A Passing Fashion”, **Health Policy and Planning**, Vol.12, N.3, 1997, s.226.
- Toros, Aykut: “Türkiye Nüfus Ve Sa lık Ara tırması 1998”, Ankara, **Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü**, 1999, s.7.
- Türk Tabipleri Birli i: **Yeni Bin Yılın Ba ında Türkiye Sa lık Sektörünün Durumu**, Ankara, Türk Tabipleri Birli i Yayınları, 2004, s.4.
- Türk Tabipleri Birli i: “Düzce li Aile Hekimli i Pilot Uygulaması De erlendirme Raporu”, **Türk Tabipleri Birli i Yayınları**, Birinci Baskı, Mayıs 2006, s.24.

- Tekinel, Osman ve Deniz, Onur: “XIII. Be Yıllık kalkınma Planı Öncesi Türkiye Geneli’nde ve Kahramanmara linde Sa lık Sektörünün Durumu”, Kahramanmara , **KSU Fen ve Mühendislik Dergisi**, C.4, S.1, 2001, s.20.
- Yazgan, Turan: “Güneydo u Anadolu bölgesinde Sa lık Hizmetlerinin Bugünkü Durumu ve Geli im Hedefleri”, stanbul, **Türk Dünyası Ara tırmaları Dergisi**, Aralık 1979, s.3.

RESM KAYNAKLAR

- “Bakanlar Kurulu Kararı”, **Resmi Gazete**, 15.10.1974 tarih 15037 sayılı basım.
- “DPT, 2005 Yılı Programı”, Ankara, 2004, s.143.
- T.C. **Sa lık Bakanlığı** 1, “Aile Hekimli i Türkiye Modeli Kitapçısı”, Ankara, 2004, s.66-67.
- T.C. **Sa lık Bakanlığı** 1, “Sa lıkta Dönü üm”, Ankara: Haziran 2003, s. 24
- T.C. **Sa lık Bakanlığı** 1, “Türkiye’de Sa lı a Bakı ”, Ankara, 2007, s.179.
- T.C. Ba bakanlık **D E**, “75.yılında Sayılarla Türkiye Cumhuriyeti”, s.14-16
- T.C. Ba bakanlık **Devlet Planlama Te kilatı**, “Kalkınma Planı (Sekizinci Be Yıl) 2001-2005” s.85-88
- T.C. **Maliye Bakanlığı** 1 2004 yılı istatistikleri, <http://www.maliye.gov.tr> (10.02.2009)
- The World Bank:** “World Development Report 1993”, Investing in Health. OUP, New York.
- WHO:** “Herkes için Sa lık Hedefleri 2000”, WHO Avrupa Bölgesi Ofisi, Kopenhag,1986, s.1-83.
- WHO:** “Health 21: The Health For All Policy Framework for the WHO European Region”, Copenhagen, **European Health For All Series** No. 6, WHO Regional Office for Europe, 1999, s.131.

Çevrimiçi Kaynaklar

Bulun, Mustafa, Demirba , Fatih ve Kapıcıo lu, Safa:

“Koruyucu Sa lık Hizmetlerinde Bili im Teknolojileri Kullanımının Önemi”
<http://ab.org.tr/ab02/tammetin/57.doc>
(15.01.2009)

Devlet Planlama Te kilatı

<http://ekutup.dpt.gov.tr> (15.02.2009)

Gülkanat, Men ure ve Etyemez, Bilge:

“Türkiye’de Rehabilitasyon Hizmetleri ve Fizyoterapi Mesle i”,
<http://www.kadikoyhastanesi.com.tr/nod/e/579> (30.01.2009).

Orhun, Kalkan:

“Sa lık Sistemlerinin Sınıflandırılması”,
Mart 2003.
<http://www.bsm.gov.tr/makale/20033.asp?sayi=20033> (19.02.2009)

Sabuncu, Hilmi H:

“Sa lı ı Sigorta Sistemi Çalışanların Sa lı ı Sigortası”, Yeditepe Üniversitesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Kayı da ı, stanbul.
http://www.cs.gb.gov.tr/www.isggm.gov.tr/htdocs/files/konfsunum/Hilmi_Sabuncu.doc (10.02.2009)

Sa lık Bakanlığı

<http://www.saglik.gov.tr> (15.02.2009)

erefo lu, Ökke Arslan

“Kahramanmara ’ın temel sa lık göstergeleri açısından Türkiye ile karşılaştırılması”, Kahramanmara Sütçü İmam Üniversitesi, Yüksek Lisans Projesi http://kutuphane.ksu.edu.tr/e-tez/sbe/T00832/okkes_serefoglu_tez.pdf (20.01.2009)

United Nations Development Programme,

<http://www.undp.org> (30.01.2009)

D ER KAYNAKLAR

Acarözmen, Mehmet Sami:

“Türkiye’de Sa lık Harcamalarının Müessiriyeti”, stanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yayınlanmamı Yüksek Lisans Tezi**, stanbul, 1982, s.5.

- Aydın, Sabahattin: "Sa lıkta Dönü üm Programı", Türk sa lık Sisteminin Gelece i Açısından **"Sa lıkta Dönü üm Programı", toplantısında sunulan bildiri**, Abant/Bolu: 16–19 Ocak 2004, s. 15.
- Ayhan, Emin Haluk: "Sa lık Harcamaları ve Finansmanı", Ankara, **Yayınlanmamı Yüksek Lisans Tezi**, 1984, s.60-66.
- Çalıko lu, ule, "A Study of Infant Mortality in Turkey in Relation to Health Policy" Ankara, **Bilkent Üniversitesi, Ekonomik ve Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamı Y.Lisans Tezi**, 2001, s.26-27.
- Erden, Hatice: "Türkiye'de Yeniden Yapılanma Sürecinde Kamuya Ait Sa lık Kurulu larının Stratejik Politika Alternatifleri", Ankara, **Gazi Üniversitesi SBE Hastane letmecili i Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamı Y. Lisans Tezi**, 2003, s.22.
- Görpelio lu, Süleyman: "Geçi Dönemi E itim Programı Gereklili i, Amacı ve Yapısı. Aile Doktorları çin Kurs Notları" içinde. "Birinci A ama", Ankara, **T. C. Sa lık Bakanlı ı Yayınları**, 2004, s.7-8.
- HASUDER Alanda Çalı an Halk Biliminden ve Sa lıkçılar Çalı ma Grubu:** "Sa lık Hizmetlerinde Halk Sa lı ı Halk Sa lıkçılardan Daha Etkin Faydalanılmasının Önündeki Engeller Ve Çözüm Önerileri (Sahaf) Raporu", Mayıs 2008, s.16.
- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlü ü: **Sosyal Güvenlik Raporu**, SB, RSHMB, 2007.
- Karada , Cengiz, "Sa lık Sistemlerinde Yeniden Yapılanma", Ankara, **Ankara Üniversitesi SBE, Yayınlanmamı Y. Lisans Tezi**, 1999, s.171.

- Karaelmas, Dilara: “Sa lık Sektörü Analizi: Azgeli mi Ülkeler ve Türkiye Örne i”, stanbul, **Marmara Üniversitesi SBE, Yayınlanmamı Y. Lisans Tezi**, 1994, s.41.
- Kerman, Uysal: “1980 Sonrası Siyasal ktidarların Sa lık Politikaları”, Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi, S.B.E, **Yayınlanmamı Y. Lisans Tezi**, 1999, s.38.
- Ocakçio lu, Bora: “Be eri Sermaye Teorisi ve Vergi Alanına Uygulanması” stanbul, **Yayınlanmamı Doçentlik Tezi**, Mart, 1979, s.124.
- Tatar, Mehtap: “ Teorik Boyutlarıyla Genel Sa lık Sigortası ve Türk Sa lık Yöneticilerine Öneriler”, Aydın, **Ulusal Sa lık Kurulu ları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, 4-7 Mayıs, 1994, s.534.
- Uslu, Kamil: “Refah Ekonomisi Ders Notları”, **Marmara Üniversitesi .B.F ktisat Bölümü** stanbul, 2007, s.57,58,65
- Yazgan, Turan: “ ktisatçılar için Sosyal Güvenlik Ders Notları”, stanbul, 1992, s.203.
- Yıldırım, Hasan Hüseyin: “Türk Sa lık Reformları Neden Uygulanamıyor? Avrupa Sa lık Reformları I ı nda bir De erlendirme”, **Ankara, Ulusal Sa lık dairesi Kongresi: 2000’li Yıllarda Sa lık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi**, (Der. M. Tatar) vd., 627-634, Hacettepe Üniversitesi Sa lık dairesi Yüksek Okulu, 20-21 Mayıs 2000, s.630.
- Yıldırım, Sava : “Sa lık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi”, **DPT Uzmanlık Tezi** Yayın No:2350, 1994, s.13.
- Yurt Arıkan, Seher: Hem irelik Hizmetlerinin Hasta Doyumu Üzerine Etkisi, **M.Ü. Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamı Yüksek Lisans Tezi**, stanbul, 1999, s.2.