

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK POLİTİKALARININ GELİŞİMİ
VE TIBBİ SOSYAL HİZMETE YANSIMALARI

Ömer Faruk CANLI

2501181990

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ali Osman BALKANLI

İSTANBUL – 2024

ÖZ

TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK POLİTİKALARININ GELİŞİMİ VE TIBBİ SOSYAL HİZMETE YANSIMALARI

Ömer Faruk CANLI

Bu çalışma, son 20 yılda Türkiye'de uygulanan sağlık politikalarının gelişimini ve bu politikaların tıbbi sosyal hizmetlere yansımalarını incelemektedir. Araştırma, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlangıcından itibaren Türkiye'de uygulanan bazı politikaları gündeme getirecektir. Bunlar arasında Genel Sağlık Sigortası'nın uygulanması, aile hekimliği sisteminin getirilmesi, hastane ve sağlık altyapısının genişletilmesi, e-sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılması gibi unsurlar bulunmaktadır.

Çalışma, sağlık politikalarının tıbbi sosyal hizmetler üzerindeki etkilerini, ve sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerine yapılan değerlendirmeleri ele almakta; politika yapıcılar, sağlık çalışanları ve hizmet alan vatandaşlar arasındaki etkileşimlerin sağlık hizmetlerinin sunumu ve kalitesi üzerindeki sonuçlarını tartışmaktadır. Nitel veri analizi yöntemi ile gerçekleştirilen bu çalışmada, Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimdeki sosyoekonomik ve coğrafi eşitsizlikleri, bu eşitsizliklerin tıbbi sosyal hizmetler üzerindeki etkilerini, sağlık politikalarının oluşturulma sürecinde etkili olan aktörleri ve bu süreçteki zorlukları, tıbbi sosyal hizmetlerin sağlık sistemine entegrasyonunu ve bu entegrasyonun sağlık politikalarını nasıl etkilediği incelenmiştir. Tez ayrıca, tıbbi sosyal hizmetin sağlık politikaları ile karşılıklı etkileşimini ve bu etkileşimin sağlık hizmetleri üzerindeki sonuçlarını ele almaktadır. Toplam sağlık harcamalarının artmış olduğu fakat Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki payının azaldığı gözlemlenmiş ve bu durumun tıbbi sosyal hizmetlere olan yansımaları tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Politikası, Tıbbi Sosyal Hizmet, Küreselleşme, Refah

ABSTRACT

THE DEVELOPMENT OF HEALTH POLICIES IN TURKEY AND THEIR REFLECTIONS ON MEDICAL SOCIAL SERVICES

Ömer Faruk CANLI

This study examines the development of health policies implemented in Turkey in the last 20 years and the reflections of these policies on medical social services. The research will bring to the agenda some of the policies implemented in Turkey since the beginning of the Health Transformation Programme in 2003. These include the implementation of the General Health Insurance, the introduction of the family medicine system, the expansion of hospital and health infrastructure, and the dissemination of e-health applications.

This study analyses the effects of health policies on medical social services and evaluations on the quality of health services, and discusses the consequences of the interactions between policy makers, health professionals and service users on the delivery and quality of health services. Using qualitative data analysis methodology, this research analyses socioeconomic and geographical inequalities in access to health services in Turkey, the effects of these inequalities on medical social services, the actors influential in the process of health policy making and the difficulties in this process, the integration of medical social services into the health system and how this integration affects health policies. The thesis also analyses the interaction of medical social work with health policies and the consequences of this interaction on health services. It is observed that total health expenditure has increased but its share in the Gross Domestic Product (GDP) has decreased and the reflections of this situation on medical social services are discussed.

Keywords: Health, Health Policy, Medical Social Work, Globalisation, Welfare

ÖNSÖZ

Bu tez sürecinde rehberliği, bilgeliği ve değerli öğütleri için danışman hocam Doç. Dr. Ali Osman BALKANLI'ya derin şükranlarımı sunmak istiyorum. Akademik ve kişisel gelişimimde büyük rol oynayan, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşarak bu çalışmanın şekillenmesinde önemli bir katkı sağlayan hocama, bu yolculuğumun her adımında yanımda olduğu için teşekkür ederim.

Ayrıca, bu süreçte destekleri ve sonsuz sabırları için başta kıymetli annem Mine CANLI ve babam Bedri CANLI olmak üzere tüm aileme en içten teşekkürlerimi sunmak isterim. Hayatımın her anında yanımda olarak beni destekleyen ve inancını hiçbir zaman esirgemeyen aileme minnettarım. Onların sevgisi ve ilhamı, bu akademik yolculuğumun her adımında benimle birlikteydi.

Ömer Faruk CANLI

İSTANBUL, 2024

İÇİNDEKİLER

ÖZ	ii
ABSTRACT	iii
ÖNSÖZ	iv
TABLOLAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMININ TEMELLERİ VE SAĞLIK POLİTİKALARININ ÇERÇEVESİ

1.1. Sağlık Kavramı.....	3
1.2. Sağlık Politikaları.....	6
1.2.1. Sağlık Planlaması ve Sağlık Politikası.....	8
1.2.2. Sağlık Politikalarının Amacı ve Önemi.....	9
1.2.2.1. Halk Sağlığının İyileştirilmesi.....	9
1.2.2.2. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Eşitlik.....	10
1.2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi ve Güvenliği.....	12
1.2.2.4. Maliyet Kontrolü.....	13
1.2.2.5. Araştırma ve İnovasyon.....	14
1.2.2.6. Uluslararası İşbirliği ve Koordinasyon.....	14
1.2.2.7. Halk Sağlığı Acil Durumlarına Müdahale.....	15

1.2.3. Sağlık Politikalarının Çok Boyutlu Yapısı.....	15
1.2.3.1. Siyasi Boyut.....	16
1.2.3.2. Ekonomik Boyut.....	17
1.2.3.3. Tıbbi Sosyal Hizmet Boyutu.....	20
1.2.3.3.1. Toplumsal Cinsiyet.....	21
1.2.3.3.2. Irk ve Etnik Köken.....	22
1.2.3.3.3. Sosyoekonomik Statü.....	22
1.2.3.3.4. Kültürel Faktörler ve Sağlık.....	23
1.2.3.3.5. Yaş , Cinsel Yönelim ve Sağlık.....	24
1.2.3.4. Teknolojik ve Bilimsel Boyut.....	27
1.2.3.5. Hukuki ve Etik Boyut.....	28
1.2.3.6. Çevresel ve Küresel Boyut.....	29
1.2.4. Sağlık Politikasının Aktörleri.....	30
1.2.4.1. Ulusal Aktörler.....	30
1.2.4.1.1. Politikacılar.....	30
1.2.4.1.2. Kamu Bürokrasisi.....	31
1.2.4.1.3. Sivil Toplum Kuruluşları.....	32
1.2.4.1.4. Sosyal Medya.....	34
1.2.4.2. Uluslararası Aktörler.....	35
1.2.4.2.1. Dünya Bankası.....	35
1.2.4.2.2. Uluslararası Para Fonu (IMF).....	37
1.2.4.2.3. Dünya Sağlık Örgütü (WHO).....	37
1.2.4.2.4. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı (OECD).....	39
1.3. Sağlık Sistemleri.....	40
1.3.1. Sağlık Sistemi Kavramı.....	40
1.3.2. Sağlık Sistemlerinin Amaçları.....	41
1.3.3. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	42
1.3.3.1. Tarihsel Kökenler ve İlk Yaklaşımlar.....	42

1.3.3.2. Modern Yaklaşımlar ve Uluslararası Kuruluşların Rolü.....	43
1.3.3.3. Çağdaş Sınıflandırmalar ve Küresel Eğilimler.....	43
1.3.3.4. Milton I. Roemer'in Sınıflandırmasına Göre Ülke Sağlık Sistemleri.....	44
1.3.3.4.1. Girişimci ve Serbest Sağlık Sistemleri.....	45
1.3.3.4.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri.....	46
1.3.3.4.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri.....	49
1.3.3.4.4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri.....	50
1.3.4. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları.....	52
1.3.4.1. Finansman.....	53
1.3.4.2. Hizmet Sağlama.....	54
1.3.4.3. Yönetim ve Düzenleme.....	55
1.3.4.4. Kaynak Üretimi ve Örgütlenme.....	56

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARININ GELİŞİMİ

2.1. Türkiye'de Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi	
2.1.1. 1920-1963 yıllarında Sağlık Politikaları.....	58
2.1.2. 1963-1980 yıllarında Sağlık Politikaları.....	61
2.1.3. Neoliberal Sağlık Politikalarına Geçiş.....	67
2.2. Türkiyede Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	72
2.2.1. Önleyici Sağlık Hizmetleri.....	72
2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	74
2.2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	74

2.2.2.2.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	75
2.2.2.3.Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.....	75
2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	76
2.2.3.1.Tıbbi Rehabilitasyon.....	77
2.2.3.2.Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon.....	77
2.3. Aile Hekimliği Uygulaması.....	78
2.4. Genel Sağlık Sigortası Uygulamasının Hayata Geçmesi.....	80
2.5. Çeşitli Sağlık Reformları.....	82
2.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	85

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GÜNCEL SAĞLIK POLİTİKALARI IŞIĞINDA TIBBİ SOSYAL HİZMET

3.1 Tıbbi Sosyal Hizmet Kavramı.....	91
3.2 Tıbbi Sosyal Hizmetin İlk Ortaya Çıkışı.....	92
3.3 Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmetin Gelişimi.....	95
3.4 Mevzuat.....	96
3.4.1 17927 Sayılı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği.....	96
3.4.2 7465 Sayılı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi.....	97
3.5 Tıbbi Sosyal Hizmetin Bazı Uygulama Alanları.....	100
3.6 Sağlık Politikası Ekseninde Uygulamadaki Zorluklar.....	102
SONUÇ.....	105
KAYNAKÇA.....	108

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Sağlık Sistemi Tipleri ve Ayırt Edici Temel Özellikleri.....46

Tablo 2: Sağlık Sistemlerinin Bazı Avantaj ve Dezavantajlarını Gösteren Tablo 50



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Sisteminin Fonksiyonları.....	53
Şekil 2: Türkiye ve OECD’de Cari Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (2000-2022).....	71



KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
DB	: Dünya Bankası
IMF	: International Monetary Fund
İGE	: İnsani Gelişim Endeksi
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
STK	: Sivil Toplum Kuruluşu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
WHO	: World Health Organization

GİRİŞ

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlangıcından itibaren, Türkiye'nin sağlık politikaları kapsamlı bir değişim sürecine girmiştir. Genel Sağlık Sigortası'nın uygulanması, aile hekimliği sisteminin getirilmesi, hastane ve sağlık altyapısının genişletilmesi, e-sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılması, bu değişimlerin başlıca unsurlarıdır. Bu çalışmada, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amacı olan sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesi hedeflerine ne ölçüde ulaşıldığı sorgulanmaktadır. Özellikle kırsal ve az gelişmiş bölgelerde yaşayan vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimindeki değişimler, aile hekimliği sisteminin bu bölgelerdeki etkinliği, ve genel sağlık sigortasının nüfusun geniş kesimlerini kapsama derecesi gibi konular detaylı bir şekilde incelenmiştir. Ayrıca, sağlık politikalarının tıbbi sosyal hizmetler üzerindeki etkileri, bu alanda çalışan profesyonellerin deneyimleri ve sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerine yapılan değerlendirmeler ele alınmaktadır. Tez, Türkiye'de sağlık alanında yaşanan dönüşümün, toplumun farklı kesimlerine olan etkilerini çok yönlü bir bakış açısıyla değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda, politika yapıcılar, sağlık çalışanları ve hizmet alan vatandaşlar arasındaki etkileşimler ve bu etkileşimlerin sağlık hizmetlerinin sunumu ve kalitesi üzerindeki sonuçları da tartışılmaktadır. Araştırma nitel veri analizi yöntemi ile yapılacaktır.

Genel sağlık sigortası sisteminin getirilmesiyle birlikte sağlık hizmetlerine daha geniş ve eşit erişimin nasıl sağlandığı üzerinde durulmaktadır. Ayrıca, tıbbi sosyal hizmetlerin rolü ve bu hizmetlerin sağlık sistemine entegrasyonunun nasıl gerçekleştiği, pandemi sürecindeki değişiklikler ve sağlık politikalarının sosyoekonomik eşitsizlikler üzerindeki etkileri de incelenecektir.

Tıbbi sosyal hizmet, sağlık alanında bireylerin ve ailelerin sosyal, duygusal ve finansal ihtiyaçlarını ele alarak onlara destek sunan bir disiplindir. Bu hizmetin temel amacı, hastaların hastalıkla başa çıkma süreçlerini kolaylaştırmak, tedavi süreçlerine psikososyal destek sağlamak ve hastaların sosyal işlevselliklerini maksimize etmektir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, hastaneler, klinikler ve diğer sağlık kurumlarında

alışarak hastaların ve ailelerinin sağlık ile ilgili zorluklarını anlamalarına, tedavi süreçlerinde karşılaşabilecekleri sosyal ve psikolojik sorunları çözmelerine yardımcı olurlar. Bu uzmanlar, hastaların tedavi süreçlerini, sosyal çevreleriyle ve mevcut sağlık sistemiyle uyumlu hale getirmeye çalışırken, aynı zamanda hastaların sosyal haklarını koruma ve savunma görevini de üstlenirler. Tıbbi sosyal hizmet, bireyin hastalıkla başa çıkma sürecinde bütüncül bir yaklaşım benimseyerek, sadece tıbbi ihtiyaçları değil, aynı zamanda bireyin sosyal ve duygusal ihtiyaçlarını da dikkate alan çok boyutlu bir hizmettir.

Sağlık politikası ve tıbbi sosyal hizmet arasındaki ilişki içsel olarak bağlantılıdır ve karşılıklı olarak etkilidir. Bir toplumda belirli sağlık hedeflerine ulaşmak için alınan kararları, planları ve eylemleri kapsayan sağlık politikası, tıbbi sosyal hizmetin kapsamını, uygulamasını ve etkinliğini önemli ölçüde etkiler. Buna karşılık, tıbbi sosyal hizmetin iğgrleri ve deneyimleri sağlık politikasını bilgilendirebilir ve şekillendirebilir.

Sonuç olarak, Türkiye'nin sağlık politikalarındaki bu dönüşümün, tıbbi sosyal hizmetlerin sunumunda önemli iyileştirmelere yol açtığı ve halkın sağlık hizmetlerine erişimini genişlettiği tespit edilmiştir. Bu alışma, Türkiye'nin sağlık politikalarının gelişimini ve tıbbi sosyal hizmetler üzerindeki etkilerini kapsamlı bir şekilde değerlendirerek, bu alanda yapılan reformların etkinliğini ve potansiyel gelişme alanlarını ortaya koymaktadır.

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramının evrensel bir terim olmasına rağmen, bu kavramın tanımı ve anlamlandırılması kültürel ve tarihsel bağlamlarda büyük çeşitlilik gösterir. Bu çeşitliliğin altında yatan sebep, sağlığın sadece biyolojik bir durum olmaktan öte, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerin bir ürünü olarak görülmesidir. Bu kapsamlı bakış açısı, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı "sadece hastalık veya sakatlık olmamakla kalmayıp, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali" olarak tanımlamasında da yansıtılmıştır (WHO, 2017).

Sağlık kavramının bu çok boyutlu yapısı, farklı kültürlerde ve tarihsel dönemlerde değişik anlamlar kazanmasına yol açmıştır. Örneğin, bazı kültürlerde sağlık, bedensel fonksiyonların düzgün çalışması olarak algılanırken, diğerlerinde zihinsel ve ruhsal dengeye daha fazla önem verilmektedir. Tarihsel süreç içinde de sağlık anlayışı, medikal bilginin gelişimi ve sosyo-ekonomik koşulların değişimiyle evrilmiştir.

Bu çeşitlilik, sağlık politikalarının ve uygulamalarının da farklılaşmasına sebep olmaktadır. Yerel kültürel değerler ve tarihsel deneyimler, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıkla ilgili eğitim programları ve kamusal sağlık politikalarının şekillenmesinde belirleyici rol oynar. Bu durum, sağlık profesyonelleri için de önemli bir meydan okumadır; çünkü sağlık hizmetlerini sunarken bireylerin ve toplumların kültürel değerlerini ve beklentilerini anlamak ve bu çerçevede hizmet sunmak gereklidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sağlık tanımında yer alan "iyi olma hali" kavramı, sağlık anlayışımızı geleneksel hastalık ve sakatlık sınırlarının ötesine taşımaktadır (Crawford, 2006). İyi olma hali, psikolojik, duygusal ve sosyal boyutları da içeren daha geniş bir insan deneyimi yelpazesini kapsamaktadır. Bu bütüncül yaklaşım, sağlığın sadece hastalığın olmaması değil, genel bir yaşam memnuniyeti ve kalitesi duygusunu içeren olumlu bir durum olduğunu kabul eder.

İyi olma hali çok yönlüdür ve duygusal istikrar, kişisel tatmin, sosyal bağlantı ve stresle başa çıkma becerisi gibi faktörleri içerir. Bireysel sağlığın toplum ve toplum sağlığı ile derinden iç içe olduğunu kabul eder. Bu bakış açısı, halk sağlığı ve tıp

alanlarında eğitim, gelir ve sosyal destek gibi sosyal belirleyicilerin sağlık sonuçlarını şekillendirmede çok önemli bir rol oynadığının giderek daha fazla kabul görmesiyle uyumludur.

Refahın sağlık paradigmasına dahil edilmesi, sağlık hizmetleri uygulamalarında ve politikalarında bir değişim gerektirmektedir. Fiziksel semptomları tedavi etmenin ötesine geçerek zihinsel ve sosyal ihtiyaçları ele alan daha entegre bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu yaklaşım sadece tıp uzmanlarını değil, aynı zamanda eğitimcileri, politika yapıcıları ve toplum liderlerini de bütünsel sağlığa elverişli ortamlar yaratmak için işbirliğine dayalı bir çabaya dahil edecektir.

Sağlığın iyi olma hali olarak daha geniş bir şekilde kavramsallaştırılmasının sağlık ölçümü ve değerlendirmesi üzerinde de etkileri vardır. Morbidite ve mortalite oranlarına odaklanan geleneksel sağlık ölçütleri, insan refahının tüm kapsamını yakalamak için yetersizdir (Wermer vd., 2007). Bu nedenle, fiziksel sağlığın yanı sıra zihinsel, duygusal ve sosyal sağlığın yönlerini de ölçebilen kapsamlı göstergelerin geliştirilmesine ve kullanılmasına ihtiyaç vardır.

Son zamanlarda bu tanımlamalara "sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürdürebilme" ifadesi de eklenmiştir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 47). Sağlık kavramının tanımlamalarına "sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürdürebilme" ifadesinin eklenmesi, sağlığın sadece fiziksel ya da zihinsel durumlarla sınırlı olmadığını vurgular. Bu yeni yaklaşımla, sağlığın, bireylerin sosyal ve ekonomik koşullarıyla da yakından ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Bu tanım, bireylerin toplum içinde aktif ve katılımcı roller üstlenebilme kapasitelerinin, genel sağlık durumları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu gösterir. Ayrıca, bu yaklaşım, sağlıklı bir toplumun yaratılmasında ekonomik fırsatların ve sosyal desteğin rolünü de ön plana çıkarır. Bu genişletilmiş tanım, sağlık politikalarının ve hizmetlerinin sadece tıbbi bakımı değil, aynı zamanda sosyal ve ekonomik refahı da kapsamaması gerektiğini öne sürer.

DSÖ'nün sağlığı fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlaması, sağlıklı olmanın ne anlama geldiğine dair daha kapsayıcı ve geniş bir anlayışa davetiye çıkarmaktadır. Odağı sadece hayatta kalmaktan gelişmeye

kaydırarak, genel refaha katkıda bulunan bir dizi faktörü dikkate alan sağlığa bütünsel bir yaklaşımın önemini vurgulamaktadır. Bu bakış açısı, insan sağlığı ihtiyaçlarının tamamını gerçekten ele alan gelecekteki sağlık politikalarını ve uygulamalarını şekillendirmek için çok önemlidir.

Sağlık kavramının tanımı, subjektif ve objektif olmak üzere iki temel yaklaşımla ele alınabilir. Bu iki yaklaşım, sağlığın farklı yönlerini ve bireylerin sağlık deneyimlerini nasıl algıladıklarını yansıtır.

Subjektif Tanım:

Subjektif sağlık tanımı, bireyin kendi sağlık durumunu nasıl algıladığına ve değerlendirdiğine dayanır. Bu yaklaşım, kişisel deneyimlere, duygusal durumlara ve yaşam kalitesine odaklanır. Subjektif sağlık, bireylerin kendi bedensel işlevleri, duygusal durumları ve genel yaşam memnuniyetleri hakkındaki kendi değerlendirmelerini içerir. Bir kişi kronik bir hastalığa sahip olabilir (örneğin diyabet), ancak düzenli tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleri sayesinde kendini iyi hissedebilir ve yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduğunu düşünebilir. Bu durumda, kişinin subjektif sağlık algısı olumlu olacaktır, çünkü kendisini iyi hissetmekte ve günlük aktivitelerini sınırlama olmadan gerçekleştirebilmektedir.

Objektif Tanım:

Objektif sağlık tanımı, ölçülebilir verilere ve tıbbi değerlendirmelere dayanır. Bu yaklaşım, laboratuvar testleri, tıbbi muayeneler ve diğer fizyolojik göstergeler gibi somut verileri kullanarak bireyin sağlık durumunu değerlendirir. Objektif sağlık, genellikle hastalık yokluğu, normal vücut işlevleri ve sağlık göstergelerinin standartlara uygunluğu ile ilişkilendirilir. Bir kişinin tansiyonu, kolesterol seviyesi ve kan şekeri değerleri, tıbbi standartlara göre normal aralıklarda ise, bu kişinin objektif sağlık durumu iyi olarak değerlendirilebilir. Bu ölçütler, bireyin somut sağlık durumuna dair güvenilir bilgiler sunar ve subjektif algıların ötesinde, sağlığın fizyolojik yönünü yansıtır.

Subjektif ve objektif sağlık tanımları arasındaki etkileşim, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde önemlidir. Sağlığın öznel ve

nesnel ölçümlerinin birbirini dışlamadığını, aksine sağlık ve esenliğin kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını sağlamak için birbirlerini tamamladıklarını belirtmek önemlidir (Vik & Carlquist, 2017). Bir bireyin objektif sağlık göstergeleri iyi olsa bile, eğer kendisini sağlıksız hissediyorsa, bu durum genel sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir. Öte yandan, olumsuz objektif sağlık göstergelerine sahip bir birey, güçlü bir psikolojik ve sosyal destek ağı sayesinde iyi bir yaşam kalitesi sürdürebilir. Bu nedenle, bütüncül bir sağlık anlayışı, hem objektif hem de subjektif sağlık ölçütlerini dikkate almalıdır.

Genel pratisyenler genellikle sağlığı hastalık yokluğu olarak tanımlarken, hastalar sağlığı 'yapabilme', 'harekete geçme' ve 'fiziksel iyi oluş' terimleriyle ifade eder (St. Claire, Watkins, & Billingham, 1996). Bu farklılık, tıbbi profesyoneller ile hastalar arasındaki sağlık algılarının nasıl ayrıştığını açıkça göstermektedir. Bu iki farklı tanım arasındaki uçurum, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli etkilere sahip olabilir. Pratisyenlerin hastalarının subjektif sağlık algılarını anlamaları ve bu algıları tedavi planlarında dikkate almaları, hasta memnuniyetini ve sağlık sonuçlarını iyileştirebilir. Öte yandan, hastaların da tıbbi önerilere ve objektif sağlık göstergelerine önem vermesi, kendi sağlık durumlarını daha iyi anlamalarına ve yönetmelerine yardımcı olabilir. Bu nedenle, etkili bir sağlık hizmeti sunumu için, hem pratisyenlerin hem de hastaların perspektiflerinin dengeli bir şekilde entegre edilmesi gereklidir.

1.2. Sağlık Politikası

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan bir tanıma göre, "sağlık politikası, bir toplumda belirli sağlık hizmetleri hedeflerine ulaşmak için alınan kararları, planları ve eylemleri ifade eder". Moutselos ve Maglogiannis (2020) tarafından sağlık politikası, bir toplum içinde belirli sağlık hedeflerine ulaşmak için alınan kararlar, planlar ve eylemler olarak tanımlanmıştır. Bu tanım, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da desteklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sağlık politikası tanımı, zaman içinde gelişmiş ve global sağlıkta ortak zorluklara yanıt vererek sağlığı ilerletmeyi amaçlamıştır. WHO'nun sağlık tanımı, Anayasası temel alınarak belirlenmiş ve sağlık politikası, toplumsal, kişisel ve çevresel faktörlerin etkilediği fiziksel, zihinsel, sosyal ve varoluşsal refahın dinamik bir dengesi olarak

tanımlanabilir. Bu tanım, sağlık politikalarının sadece tıbbi tedavileri değil, aynı zamanda ekonomik, sosyal ve çevresel belirleyicileri de içermesi gerektiğini vurgulamaktadır (Yach, 1998).

WHO'nun sağlık politikası anlayışı, "Sağlık Herkes İçin" (Health for All) gibi kavramlarla ifade edilmiş ve küresel sağlık politikasında eşitliğe vurgu yapmıştır. Bu anlayış, kültürel farklılıkları dikkate alarak, eşitliği teşvik eden politikaların ölçümünü ve uygulanmasını gerektirir (Pappas & Moss, 2001). Bu anlayış çerçevesinde, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık hizmetlerinin evrensel erişilebilirliğini, kalitesini ve sürdürülebilirliğini temel alan bir yaklaşım benimsemiştir. Bu yaklaşım, tüm bireylerin ve toplumların, ekonomik veya sosyal statülerine bakılmaksızın, ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine tam anlamıyla erişim sağlamalarını hedefler. "Sağlık Herkes İçin" ilkesi, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin bütüncül bir biçimde ele alınmasını, yani fiziksel, zihinsel ve sosyal iyi oluşun tüm boyutlarını kapsamasını gerektirir.

Bu politikanın uygulanması, sağlık sistemlerinin güçlendirilmesini, sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlayacak politika ve programların geliştirilmesini ve toplumun tüm kesimlerini kapsayacak şekilde sağlık eğitiminin ve bilinçlendirilmesinin artırılmasını içerir. Ayrıca, kültürel çeşitliliğe saygı gösteren ve bu çeşitliliği sağlık hizmeti sunumunda bir güç olarak kullanan bir yaklaşım benimsemek, WHO'nun bu politikayı uygulamadaki başarısının anahtarıdır.

Eşitliğe dayalı bu sağlık politikası anlayışı, küresel sağlık sorunlarına karşı daha kapsayıcı ve etkili bir mücadele yöntemi sunmaktadır. Bu, aynı zamanda, sağlık hizmetlerinin sadece bir hak olmasının ötesinde, bireylerin ve toplumların genel refahına katkıda bulunan temel bir unsur olarak görülmesini sağlar. Bu yaklaşımın başarılı bir şekilde uygulanması, küresel sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına ve daha adil bir dünya sağlık sisteminin oluşturulmasına önemli ölçüde katkı sağlayacaktır.

Sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilişkili stratejileri ve uygulamaları kapsayan, birbiriyle ilişkili kararlar bütünü olarak tanımlanabilir (Barker, 1996). Bu tanım, sağlık hizmetlerinin nasıl planlandığını, yönetildiğini ve sunulduğunu belirleyen çeşitli yaklaşımları ve politikaları içerir. Hizmetlerin

etkinliğini, erişilebilirliğini ve kalitesini artırmayı hedefler ve sağlık sisteminin genel işleyişinde kritik bir rol oynar.

Sağlık politikası tartışılırken sıklıkla sağlık planlaması da gündeme gelir çünkü bu iki kavram birbirleriyle iç içe geçmiş ve birbirlerini tamamlayıcı niteliktedir. Sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin genel yönünü, finansmanını ve düzenlemelerini belirlerken, sağlık planlaması ise bu politikaların nasıl uygulanacağına, hangi kaynakların nereye tahsis edileceğine ve hizmetlerin nasıl dağıtılacağına odaklanır. Dolayısıyla, sağlık politikasında alınan kararlar doğrudan sağlık planlamasını etkiler ve planlamadaki değişiklikler politika yapım sürecini yönlendirebilir. Sağlık politikasının geniş çaplı hedefleri belirlediği bir ortamda, sağlık planlaması bu hedeflere ulaşmak için somut adımlar ve stratejiler geliştirmekle sorumludur. Bu sebeple, sağlık politikası hakkında yapılan herhangi bir tartışma doğal olarak sağlık planlamasını da içerecek şekilde genişler.

1.2.1. Sağlık Planlaması ve Sağlık Politikası

Sağlık planlaması ve sağlık politikası, sağlık sektörünün iki temel bileşenidir ve her ikisi de kritik öneme sahiptir, ancak farklı işlevlere ve odak noktalarına sahiptirler. Sağlık planlaması, daha çok operasyonel ve taktiksel bir süreçtir; bu süreç, sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağını, kaynakların nasıl tahsis edileceğini ve hizmetlerin verimli bir şekilde nasıl yönetileceğini kapsar. Bu süreç, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini, kalitesini ve etkililiğini artırmayı amaçlar ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için stratejik bir yaklaşım gerektirir. Sağlık planlaması, hizmetlerin geniş kitlelere ulaşmasını ve sağlık sisteminin sürekli iyileştirilmesini destekler.

Diğer yandan, sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin genel yönünü ve yasal çerçevesini belirleyen daha geniş ve stratejik bir kavramdır. Bu politikalar, sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik ve adaleti teşvik eder, hangi sağlık hizmetlerine öncelik verileceğini ve hangi alanlara kaynak ayrılacağını belirler. Sağlık politikası aynı zamanda kamu ve özel sektör arasındaki ilişkileri düzenler ve ulusal düzeyde sağlık hizmetlerinin genel ilkelerini ve yönünü kapsar. Bu iki kavram, sağlık sisteminin etkili ve verimli bir şekilde işleminde birbirlerini tamamlayıcı roller oynar: sağlık

politikası genel çerçeveyi sağlarken, sağlık planlaması bu politikaların uygulanmasını ve spesifik amaçlara ulaşılmasını detaylandırır.

1.2.2. Sağlık Politikalarının Amacı ve Önemi

Sağlık politikaları, toplumun genel sağlığını koruma ve iyileştirme amacı güderken, bu alanda karşılaşılan zorlukların üstesinden gelmek için stratejik bir yaklaşım sunar. Bu politikaların temelinde yatan amaçlar, sağlık hizmetlerine erişimi genişletmek, hizmet kalitesini artırmak, maliyetleri kontrol altında tutmak ve araştırma ile inovasyona odaklanmaktır. Çalışmamızın bu kısmında sağlık politikalarının temel amaçlarını ve önemini detaylı bir şekilde ele alıp bu politikaların toplum üzerindeki etkilerini kapsamlı bir şekilde inceleyeceğiz.

1.2.2.1 Halk Sağlığının İyileştirilmesi

İlk olarak, Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından vurgulandığı üzere, sağlık politikası nüfus düzeyinde sağlığın iyileştirilmesi için gereklidir. Hükümet ve halk sağlığı kurumlarına, halk sağlığını geliştirmeyi amaçlayan yasal ve politik müdahaleleri uygulamaları için bir çerçeve sağlar (Leichliter ve ark., 2016). Halk sağlığının iyileştirilmesi, genel nüfusun sağlığını ve refahını artırmaya odaklanan sağlık politikasının önemli bir yönüdür. bireylerin sağlıklı yaşam biçimleri benimsemelerini teşvik etmek, sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için stratejiler geliştirmek ve çevresel faktörlerin sağlık üzerindeki etkilerini azaltmak gibi çeşitli stratejileri içerir. Halk sağlığı politikaları ve uygulamaları, hastalıkların yayılmasını önlemek, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını teşvik etmek ve sağlık eşitsizliklerini azaltmak için toplum bazında çözümler sunar. Bu politikalar genellikle sağlık eğitimi, aşılama kampanyaları, halk sağlığı yasaları ve düzenlemeleri, ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini içerir. Bunun yanı sıra, halk sağlığı, bireysel sağlık hizmetlerinden farklı olarak, nüfusun genel sağlığına odaklanır. Bu, halk sağlığının bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, kronik hastalıkların yönetimi, çevresel sağlık sorunları ve sağlık eğitimi gibi geniş bir yelpazede faaliyet göstermesini gerektirir. Kayda değer bir örnek de kapsamlı aşılama politikalarının uygulanmasıdır. Bu tür politikalar bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engellemede etkili olmuştur. Örneğin,

kızamık-kabakulak-kızamıkçık aşısının yaygın olarak uygulanması, kızamık vakalarında küresel çapta önemli bir düşüşe yol açmıştır. Aşılama kapsamının yüksek olduğu ülkelerde kızamık neredeyse ortadan kaldırılmıştır. Bir başka örnek de sigara ve tütün kullanımına karşı yürütülen politika odaklı mücadeledir. Birçok hükümet, tütün ürünlerine daha yüksek vergiler koymak, sağlık uyarıları içeren sıkı etiketleme gerekliliklerini uygulamak ve halka açık yerlerde sigara içmeyi yasaklamak gibi politikalar oluşturmuştur. Bu önlemler toplu olarak sigara içme oranlarında ve akciğer kanseri ve kalp hastalığı gibi ilişkili sağlık sorunlarında önemli bir azalmaya katkıda bulunmuştur. Ayrıca, hava ve su kalitesi standartları gibi çevresel sağlık sorunlarını ele alan sağlık politikaları da halk sağlığının iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin, endüstriyel emisyonları sınırlayan düzenlemeler daha iyi hava kalitesine yol açarak astım gibi solunum rahatsızlıklarının görülme sıklığını azaltmıştır.

1.2.2.2. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Eşitlik

Sağlık politikasının sağlık hizmetlerine eşit erişim ve sağlıkta hakkaniyetin teşvik edilmesine odaklanan yönü, adil ve verimli bir sağlık sisteminin geliştirilmesinde temel öneme sahiptir. Sağlık politikası, özellikle kaynakların sınırlı olabileceği kırsal topluluklarda sağlık eşitsizliklerinin ele alınmasında etkili olmaktadır (Harris & Mueller, 2013). Sağlık politikasının bu yönü, nüfusun farklı kesimlerinin yaşadığı sağlık hizmetlerine erişim ve kalite eşitsizliklerini azaltmayı amaçlamaktadır. sağlık hizmetlerinin maliyetlerini kontrol altında tutarak, tüm bireylerin temel sağlık hizmetlerine erişimini garanti altına almayı hedefler. Bu, özellikle düşük gelirli ve marjinalleşmiş topluluklar için önemlidir, çünkü bu gruplar genellikle yüksek sağlık hizmeti maliyetleri nedeniyle gereken bakımı alamamaktadır. Eşit erişimin sağlanması, sağlık sistemlerinin daha adil ve kapsayıcı hale gelmesine katkıda bulunurken, sağlıkta hakkaniyetin teşvik edilmesi, toplumun tüm kesimlerinin sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanmasını sağlamaktadır.

Öne çıkan yaklaşımlardan biri, Türkiye ve birçok Avrupa ülkelerinde görüldüğü gibi evrensel sağlık sistemlerinin benimsenmesidir. Evrensel sağlık

politikaları, tüm vatandaşların gerekli sağlık hizmetlerine mali zorluk yaşamadan erişebilmelerini sağlamak üzere tasarlanmıştır. Bu sistemler genellikle vergilendirme yoluyla finanse edilir ve birinci basamaktan özel tedavilere kadar kapsamlı bir hizmet yelpazesi sunar. Bu sistemlerin sağlık sonuçlarını iyileştirme ve sağlıktaki eşitsizlikleri azaltma konusundaki etkinliği akademik literatürde geniş bir şekilde belgelenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmının özel olarak yönetildiği ülkelerde, sağlık sigortası reformları, hizmetlere erişimin genişletilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu tür reformlar, sağlık hizmetlerine finansal erişimi artırmak ve sağlık hizmetlerinin maliyetini daha adil bir şekilde dağıtmak için tasarlanmıştır. Sağlık sigortası reformları, genellikle sigorta kapsamını genişletmek, primlerin ve katkı paylarının düzenlenmesi, ve risk havuzlarının yönetimi gibi konuları içerir;

Sigorta kapsamının genişletilmesi, özellikle düşük gelirli gruplar ve sigortasız bireyler için önemlidir. Bu yaklaşım, sağlık sigortası olmayan veya yetersiz sigortası olan bireylerin, temel sağlık hizmetlerine erişimini sağlayarak, sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikleri azaltmayı amaçlar. Reformlar, aynı zamanda, kronik hastalıklar gibi uzun süreli sağlık ihtiyaçları olan kişilere yönelik koruma sağlamak için de önemlidir. Primlerin ve katkı paylarının düzenlenmesi, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin daha adil bir şekilde dağıtılmasını sağlar. Bu, bireylerin ve ailelerin sağlık hizmetlerine olan erişimini mali açıdan sürdürülebilir kılar ve sağlık hizmetlerinin maliyetinin, özellikle düşük ve orta gelirli hane halkları üzerindeki yükünü azaltır. Risk havuzlarının yönetimi, sigorta şirketlerinin geniş bir risk yelpazesi ile çalışmasını sağlar ve böylece yüksek riskli bireylerin de sigorta kapsamına alınmasını teşvik eder. Bu yaklaşım, sigorta piyasasında riskin daha eşit bir şekilde dağıtılmasına ve sigorta primlerinin daha makul seviyelerde tutulmasına yardımcı olur.

Sağlık politikaları ayrıca yaşlılar, çocuklar ve azınlık nüfusları gibi belirli hassas grupların ihtiyaçlarını karşılamak için hedeflenen programları da içerir. Bu stratejiler, çeşitli sağlık riskleri ve erişim engelleri konusunda farkındalık yaratmak ve bu grupların sağlık hizmetlerine erişimini artırmak için tasarlanmıştır. Örneğin, yaşlı nüfus için, kronik hastalıkların yönetimi, yaşlanma sürecinde ortaya çıkan özgül sağlık

sorunları ve yaşlılara yönelik uzun süreli bakım hizmetleri gibi konular ön plana çıkmaktadır. Bu grup için politikalar, yaşlıların yaşam kalitesini ve bağımsızlığını artırmayı, hastalık yükünü azaltmayı ve yaşlıların topluma aktif katılımlarını desteklemeyi hedefler. Çocuklar için sağlık politikaları, erken yaşlarda sağlıklı gelişim için gerekli olan önleyici sağlık hizmetlerine, aşılama, beslenme danışmanlığına ve erken çocukluk dönemi sağlık taramalarına odaklanır. Bu politikalar, çocukların uzun vadeli sağlık ve refahını destekleyerek, yaşamın erken dönemlerinde sağlık eşitsizliklerinin üstesinden gelmeyi amaçlar. Azınlık nüfusları için sağlık politikaları ise, bu grupların karşılaştığı özgün sağlık zorluklarını ve eşitsizlikleri ele alır. Kültürel, dil, ekonomik ve sosyal engellerin üstesinden gelmek, bu topluluklara yönelik hizmetlerin etkinliğini artırarak, sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi hedefler. Sağlık politikalarının bu yönü, hassas grupların özel ihtiyaçlarını karşılayarak toplumun tüm kesimlerinin sağlık hizmetlerine adil ve eşit erişimini sağlamayı hedefler. Bu yaklaşım, toplumsal sağlık eşitsizliklerini azaltmaya ve her bireyin sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanabilmesine katkıda bulunur.

1.2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi ve Güvenliği

Sağlık politikalarının sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini düzenleme yönü, tıbbi ruhsatlandırma, hastane akreditasyonu ve klinik uygulama kılavuzlarına ilişkin düzenlemelerin ötesine geçerek, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hastalarına güvenli ve etkili bakım sunmalarını sağlamak için çok yönlü bir yaklaşım benimser. Bu politikalar, sağlık hizmetlerinin sürekli izlenmesini ve değerlendirilmesini, hizmet sağlayıcılarının sürekli eğitimini ve hasta güvenliğine öncelik veren bir kültürün teşvik edilmesini içerir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini sürekli izlemek ve değerlendirmek için, sağlık hizmeti sağlayıcılarına yönelik düzenli denetimler ve kalite değerlendirme süreçleri uygulanır. Birinci basamak sağlık hizmeti kalite çerçevesinin geliştirilmesi yoluyla sağlık hizmeti kalitesinin sürekli değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi gerekmektedir (Rezapour ve ark., 2019). Bu denetimler, sağlık hizmetlerinin ulusal ve uluslararası

standartlara uygunluğunu sağlamak ve potansiyel riskleri tespit ederek önlem almak için hayati önem taşır. Sağlık çalışanlarının sürekli eğitimi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada kritik bir rol oynar. Bu eğitimler, sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerilerini güncel tutmalarını, yeni tıbbi teknolojiler ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmalarını ve hasta merkezli bakım uygulamalarını benimsemelerini sağlar. Hasta güvenliğine öncelik veren bir kültürün teşvik edilmesi, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hata yapma riskini azaltır ve hastalar için daha güvenli bir ortam oluşturur. Bu, hata raporlama sistemlerinin teşvik edilmesi, hasta güvenliği ile ilgili eğitim programlarının uygulanması ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta güvenliğini sürekli iyileştirmeye yönelik çabalarının desteklenmesi ile sağlanır.

1.2.2.4. Maliyet Kontrolü

Sağlık politikalarının maliyet kontrolü üzerindeki etkileri, sağlık sisteminin genel maliyet yapısını şekillendirme ve yönlendirme kapasitesiyle belirgindir. Bu politikalar, öncelikle kaynakların daha etkin bir şekilde dağıtılmasını sağlar. Hastalık önleme ve erken teşhis programları gibi önleyici sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar, uzun vadede daha maliyetli tedavilere kıyasla daha ekonomiktir. Bu yaklaşım, sağlık sistemlerinin toplam maliyetini düşürebilir. Hükümetler ilaç fiyatları ve sağlık hizmetleri üzerinde fiyat kontrol mekanizmaları uygulayarak maliyetleri azaltabilir. Devlet fiyat belirleme, uluslararası referans fiyatlandırma ve sağlık teknolojisi değerlendirmesi de dahil olmak üzere çeşitli maliyet kontrol mekanizmaları, uygun ilaç fiyatları sorunlarını ele alma stratejileri olarak tartışılmıştır (Ahmad & Islahudin, 2018). Bu tür düzenlemeler, ilaç fiyatlarının sınırlandırılması veya sağlık hizmetleri için belirlenen maksimum ücretler şeklinde olabilir. Sağlık sigortası yönetimi de önemli bir rol oynar. Sağlık politikaları, sigorta piyasasını düzenleyerek ve tüm vatandaşların sigorta kapsamına alınmasını sağlayarak, sigorta şirketlerinin belirli standartlarda hizmet sunmalarını zorunlu kılar. Teknolojik yeniliklerin teşviki de maliyetleri düşürmede etkilidir. Sağlık politikaları, yeni ve daha verimli tedavi yöntemleri geliştirmek için teknolojik yenilikleri destekleyerek, tedavi süreçlerinin maliyet-

etkinliğini artırabilir. Bu tür politikalar, sağlık hizmetlerinin genel kalitesini ve erişilebilirliğini artırırken, aynı zamanda maliyetleri de kontrol altında tutmaya yardımcı olur.

1.2.2.5. Araştırma ve İnovasyon

Sağlık politikalarının tıbbi araştırma ve inovasyonun teşvik edilmesindeki rolü, yeni tedavilerin ve teknolojilerin geliştirilmesine yönelik çok yönlü bir destek sağlar. devlet kurumlarından kaynak tahsisi, yeni nesil bilim insanlarının ve sağlık profesyonellerinin eğitime katkıda bulunarak, sağlık ve tıp bilgisini ilerletmeye adanmış yetenekli bir işgücünün gelişimini teşvik eder. Devlet tarafından finanse edilen araştırmalar genellikle özel sektörün sağlık alanındaki inovasyon ve yatırımlarının temelini oluşturarak toplumun geneline fayda sağlayan ilerlemelere yol açmaktadır (Tetroe ve ark., 2008). Bu da onların hastalıkların daha iyi anlaşılması, yeni tedavi yöntemleri ve ilaçların geliştirilmesi gibi konularda önemli ilerlemeler kaydetmelerine olanak tanır. Fikri mülkiyeti koruyan politikalar, araştırmacıları ve şirketleri yenilik yapmaya teşvik eder. Yeni buluşların ticarileştirilmesini ve yatırımların getirisini güvence altına alır. Böylece, araştırma ve geliştirmeye daha fazla yatırım yapılmasını teşvik ederken, aynı zamanda bu yeniliklerin genel halka ulaşmasını sağlar. Klinik deneyleri kolaylaştıran düzenlemeler, yeni tedavi yöntemlerinin ve ilaçların hızlı ve güvenli bir şekilde geliştirilmesini destekler. Bunlar, klinik deney süreçlerini daha verimli hale getirirken, aynı zamanda hasta güvenliğini ve etik standartları korur. Hızlandırılmış onay süreçleri ve etkin düzenleyici çerçeveler, yenilikçi tedavilerin daha hızlı piyasaya sürülmesine ve daha geniş bir hasta kitlesine ulaşmasına yardımcı olur.

1.2.2.6. Uluslararası İşbirliği ve Koordinasyon

Küresel sağlık sorunlarına karşı uluslararası iş birliklerinin geliştirilmesi, farklı ülkeler arasında bilgi, kaynak ve uzmanlık paylaşımını teşvik eder. Bu yaklaşım, özellikle sınır ötesi sağlık tehditleri ve salgın hastalıklar gibi global boyutta ortaya çıkan sağlık sorunlarına karşı etkili bir mücadele stratejisi oluşturulmasını sağlar. hükümetler arası işbirliğinin kurumsallaşması, gıda krizleri ve diğer küresel sağlık sorunlarıyla başa çıkmak için çok önemlidir (Kim, 2021). Orta Doğu ve Kuzey Afrika

gibi bölgelerde, uluslararası işbirliği ve küresel sağlık politikaları, artan sağlık sorunlarının ortadan kaldırılması için hayati önem taşımaktadır (Vlaikidi, 2022) Bu tür iş birlikleri, hızlı ve koordineli bir yanıt verilmesini sağlayarak, küresel sağlık krizlerinin etkilerini azaltmaya yardımcı olur.

Öte yandan, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin belirleyicilerinin ele alınması ve halk sağlığı politikalarının geliştirilmesi bağlamında Dünya Sağlık Örgütü gibi kurumlarla koordinasyon ve işbirliğinin önemi açıktır (Raat vd., 2010). Bu kuruluşlar, sağlık politikalarının oluşturulması, uygulanması ve izlenmesinde standartları belirler ve rehberlik sağlar. Ülkeler, DSÖ'nün sağladığı bilgi ve kaynaklardan yararlanarak, kendi sağlık politikalarını daha etkili bir şekilde şekillendirebilir. Ayrıca, bu kuruluşlarla yapılan ortak çalışmalar, uluslararası sağlık hedeflerine ulaşmada uyum ve koordinasyonun sağlanmasına yardımcı olur. Bu da, sağlık hizmetlerinin küresel ölçekte daha adaletli ve erişilebilir olmasına katkıda bulunur.

1.2.2.7. Halk Sağlığı Acil Durumlarına Müdahale

Etkili sağlık politikaları, pandemiler veya doğal afetler gibi halk sağlığı acil durumlarına yanıt vermede kritik öneme sahiptir. Afet yönetimi perspektifinden halk sağlığı acil durum müdahalesinde risk azaltma; risk değerlendirmesi, kaynak tahsisi ve koordinasyonu ele alan sağlık politikalarına ihtiyaç duyulmaktadır. (Nomani & Parveen, 2021). Aşıların geliştirilmesi ve dağıtımı, seyahat kısıtlamaları ve tecrit politikaları da dahil olmak üzere COVID-19 salgınına verilen küresel yanıt, halk sağlığı krizlerinin yönetiminde sağlık politikasının öneminin altını çizmektedir.

1.2.3. Sağlık Politikalarının Çok Boyutlu Yapısı

Burada sağlık politikalarının çeşitli boyutlarını ele alacağız. Bir yandan, sağlık politikaları, finansal kaynakların etkin yönetimi ve sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmak amacıyla tasarlanır. Öte yandan, bu politikalar, toplumun en savunmasız kesimlerini koruma ve sağlık hizmetlerine adil erişimi sağlama sorumluluğunu da üstlenir. Eğitim, çevre sağlığı ve hastalık önleme gibi alanlarda

yürütülen politikalar, genel sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik stratejik öneme sahiptir. Sağlık politikaları, hızla değişen teknolojik ve bilimsel gelişmelerle uyum içinde şekillendirilmelidir. Bu, hem yeni tedavi yöntemlerinin entegrasyonunu hem de sağlık verilerinin korunması ve etik kullanımını kapsar.

1.2.3.1. Sağlık Politikalarının Siyasi Boyutu

Sağlık politikalarının siyasi boyutu, bu politikaların oluşturulması, uygulanması ve yönetilmesi süreçlerinde hükümet ve diğer siyasi kurumların rollerini, etkileşimlerini ve mekanizmalarını kapsar. Bu boyut, sağlık politikalarının tasarlanması, karar verme süreçleri, yasal düzenlemeler, siyasi öncelikler, küresel sağlık politikası ve sağlık politikası analizinde siyasi yönün kalıcı özelliğini kabul etmeyi ve yönetim yapıları gibi çeşitli unsurları içerir (Bruen & Brugha, 2014).

Sağlık politikalarının geliştirilmesi süreci, genellikle karmaşık ve çok katmanlıdır. Bu süreç, çeşitli siyasi aktörlerin (hükümet yetkilileri, politikacılar, sağlık uzmanları, sivil toplum örgütleri ve özel sektör temsilcileri) etkileşimleri ile şekillenir. Siyasi boyut, bu aktörlerin sağlık politikaları üzerindeki etkilerini, katkılarını ve çıkarlarını inceler. Örneğin, bir sağlık politikasının oluşturulması sürecinde, farklı paydaşların görüşleri, ihtiyaçları ve öncelikleri dikkate alınır. Aynı zamanda, sağlık politikalarının yasal ve düzenleyici çerçevesini de kapsar. Sağlık politikaları, yasal düzenlemeler, yönetmelikler ve kılavuzlar aracılığıyla hukuki bir zemine oturtulur. Bu hukuki çerçeve, sağlık hizmetlerinin sunumu, kalitesi, finansmanı ve denetimi gibi konularda rehberlik eder. Sağlık politikalarının uygulanmasında hesap verebilirlik, şeffaflık ve adalet gibi yönetsel ilkelerin önemini vurgular.

Karar verme süreci, sağlık politikalarının siyasi boyutunun merkezinde yer alır. Bu süreç, politika analizi, kanıt toplama, çıkar gruplarının katılımı, politika alternatiflerinin değerlendirilmesi ve nihai politika kararlarının alınması aşamalarını içerir. Sağlık politikası kararları, genellikle karmaşık bilgi ve veri setlerini analiz etmeyi ve çeşitli çıkarları dengede tutmayı gerektirir. Bu nedenle, sağlık politikası yapım sürecinde veriye dayalı karar verme ve politika analizi önemli bir rol oynar.

Sağlık politikasında siyasetin etkisi kalıcı bir özellik olarak kabul edilmektedir ve siyasi süreçleri anlamak, politika değişikliğini etkilemek için çok önemlidir (Leeuw

vd., 2014; Bruen ve Brugha, 2014). Bu nedenle, sağlık politikaları üzerinde etkili olabilmek ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine katkıda bulunmak için, politika yapıcılar, sağlık profesyonelleri ve ilgili tüm paydaşların siyasi süreçlerin dinamiklerini ve etkileşimlerini derinlemesine anlamaları gerekmektedir. Siyasi süreçler, sağlık politikalarının şekillenmesinde ve yönlendirilmesinde, hükümet politikaları, yasama girişimleri, kamuoyu algıları ve lobicilik faaliyetleri gibi çeşitli faktörler aracılığıyla etkili olur.

Siyasi süreçlerin sağlık politikaları üzerindeki etkisi, seçilmiş politik liderlerin ve hükümet yetkililerinin sağlık alanındaki önceliklerini ve politika tercihlerini belirlemeleriyle başlar. Bu tercihler, genellikle mevcut politik iklim, parti politikaları ve kamuoyunun talepleri gibi faktörler tarafından şekillendirilir. Örneğin, bir hükümetin sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapma veya sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırma kararları, siyasi liderlerin ideolojik yaklaşımları ve seçmen beklentileri ile yakından ilişkilidir.

Ayrıca, yasama süreçleri ve politika yapımı, çeşitli siyasi aktörlerin ve çıkar gruplarının etkileşimi yoluyla gerçekteşir. Bu aktörler arasında milletvekilleri, sağlık alanında faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşları, profesyonel sağlık dernekleri, ve özel sektör temsilcileri bulunur. Bu grupların her biri, sağlık politikalarının şekillenmesinde ve uygulanmasında farklı çıkarları ve bakış açıları temsil eder. Bu nedenle, etkili bir sağlık politikası geliştirmek için, bu farklı çıkarların dengelenmesi ve politika kararlarının bu çıkarları yansıtacak şekilde şekillendirilmesi gerekmektedir.

Lobicilik faaliyetleri ve kampanyalar da sağlık politikaları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Sağlık sektörü, genellikle çeşitli ilaç şirketleri, tıbbi cihaz üreticileri ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından yoğun bir şekilde temsil edilir. Bu gruplar, politika yapıcılarını etkileyebilmek ve sağlık politikalarının kendi çıkarlarına uygun şekilde geliştirilmesini sağlamak için çeşitli stratejiler kullanır.

1.2.3.2. Ekonomik Boyut

Ekonomik değerlendirmeler ve maliyet-etkililik analizleri, sağlık politikası kararlarının bilgilendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Rutten, 1996). Bu değerlendirmeler, sağlık politikası hedeflerini bütçe kısıtlamalarıyla uyumlu hale

getirmek isteyen politika yapıcılar için temel araçlardır (Berger vd., 2022). Bu boyut, sağlık harcamaları, finansman modelleri, kaynak dağılımı ve sağlık ekonomisiyle ilgili genel konuları kapsar. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği, verimliliği ve toplumun genel refahı üzerinde derin etkiler yaratır. Ekonomik boyutun temel amacı, sınırlı kaynakların en etkin şekilde kullanılmasını sağlayarak, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık politikalarının ekonomik boyutunun en kritik unsurlarından biridir ve bu finansmanın yapısı, bir ülkenin sağlık hizmetlerinin genel karakterini büyük ölçüde belirler. Finansman modelleri, genel olarak kamu kaynaklarından (vergiler), özel sigortalar ve bireylerin doğrudan katkılarından (cepten ödemeler) oluşur. Bu farklı finansman mekanizmalarının her biri, sağlık hizmetlerine erişimi, maliyetin dağılımını ve genel olarak toplum sağlığını farklı şekillerde etkiler.

Bazı ülkeler, sağlık hizmetlerini büyük oranda veya tamamen kamu finansmanı ile destekler. Bu model, genellikle yüksek oranda vergilendirme ile mümkün olur ve tüm vatandaşlara, gelir düzeyine bakılmaksızın, geniş çaplı sağlık hizmetleri sunmayı amaçlar. Kamu finansmanı modelinin en belirgin örnekleri İskandinav ülkeleri ve Birleşik Krallık'taki Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) tarafından sunulan sistemlerdir. Bu sistemler, eşit erişimi vurgulayan ve sağlık hizmetlerinin temel bir insan hakkı olarak görüldüğü bir yaklaşımı temsil eder. Ancak, bu model, genellikle yüksek vergilere ve bazı durumlarda uzun bekleme sürelerine neden olabilir. Ayrıca, kamu finansmanı ağırlıklı sistemler, hükümet bütçesi ve ekonomik dalgalanmalara karşı hassas olabilir.

Diğer taraftan, bazı ülkelerde sağlık hizmetleri, özel sağlık sigortası sistemleri üzerinden finanse edilir. Bu model daha çok Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkelerde yaygındır. Özel sigorta modeli, bireylerin veya işverenlerin sigorta primleri aracılığıyla sağlık hizmetlerine erişimini sağlar. Bu sistem, genellikle daha fazla sağlık hizmeti seçeneği ve kısa bekleme süreleri sunabilir ancak, maliyetin büyük bir kısmının bireylere yüklenmesi, yüksek sigorta primleri ve bazı kişiler için sağlık hizmetlerine erişimin zorlaşması gibi sorunlara yol açabilir. Özellikle düşük gelirli veya kronik sağlık sorunları olan bireyler için, finansal zorluklar yaratabilir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında bireylerin doğrudan katkıları genellikle tedavi maliyetlerinin bir kısmının hasta tarafından ödenmesi şeklinde gerçekleşir. Bu tür ödemeler, bazı kamu finansmanı modellerinde dahi görülür ve genellikle hizmetlerin kötüye kullanımını önlemek, hizmet talebini düzenlemek ve sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliğine katkıda bulunmak amacıyla kullanılır. Ancak, bu ödemeler, özellikle yüksek oranlarda olduğunda, bazı bireyler için sağlık hizmetlerine erişim engeli oluşturabilir ve sağlık hizmetlerinin adil dağılımını zorlaştırabilir.

Her bir finansman modelinin, sağlık hizmetlerine erişimi, maliyeti ve kaliteyi farklı şekillerde etkilediğini anlamak, sağlık politikası yapımcılar için hayati önem taşır. Kamu finansmanı ağırlıklı sistemler, genellikle eşit erişimi ve sosyal adaleti vurgularken, özel sigorta tabanlı sistemler seçenek çeşitliliği ve hizmetin esnekliğine odaklanır. Bireysel katkılar ise, hem kamu hem de özel finansman modellerinde, maliyetleri dengelemek ve hizmet kullanımını düzenlemek için kullanılır. Sağlık politikası yapımcıların, bu farklı finansman modellerinin avantajlarını ve dezavantajlarını dikkate alarak, kendi ülkelerinin ihtiyaçlarına ve hedeflerine uygun politikalar geliştirmeleri gerekmektedir.

Kaynak dağılımı, sağlık politikalarının ekonomik boyutunun bir başka önemli unsuru olup, sağlık hizmetlerinin, tıbbi araştırmaların ve sağlık altyapısının nasıl finanse edileceğini belirler. Bu dağılım, sağlık hizmetlerinin coğrafi erişilebilirliği, hizmet kalitesi ve çeşitliliği üzerinde etkili olur. Örneğin, kırsal bölgelere yeterli sağlık hizmeti sağlamak veya bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama programları gibi kamusal sağlık hizmetlerine yatırım yapmak, sağlık politikalarının ekonomik boyutunun ele alması gereken konulardır.

Sağlık politikalarının ekonomik boyutu, maliyet-fayda analizlerinin ve ekonomik değerlendirmelerin sağlık yetkilileri için karar destek araçları olarak kullanıldığı sağlık müdahalelerinin ve teknolojilerinin değerlendirilmesine kadar uzanmaktadır (Feig ve ark., 2017). Maliyet-fayda analizi, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini ve elde edilen sağlık sonuçlarını karşılaştırır. Maliyet etkinlik analizi, kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamak ve sağlık hizmetlerinin toplum üzerindeki genel etkilerini değerlendirmek için kritik öneme sahiptir. Örneğin, yeni bir

ilaç tedavisinin maliyeti ve sağladığı sağlık yararları, mevcut tedavi yöntemleriyle karşılaştırılarak değerlendirilir. Ekonomik boyutun bir başka önemli yönü de, sağlık politikalarının makroekonomik etkileridir. Sağlık hizmetleri, genellikle bir ülkenin GSYİH'sinin önemli bir bölümünü oluşturur ve istihdam, üretkenlik ve genel ekonomik büyüme üzerinde önemli etkilere sahiptir. Sağlıklı bir iş gücü, ekonomik büyümenin temel bir bileşeni olduğu için, etkili sağlık politikaları, dolaylı olarak ekonomik refahı artırabilir.

Sağlık politikalarının ekonomik boyutu, finansman modellerinden kaynak dağılımına, maliyet etkinlik analizlerinden makroekonomik etkilere kadar geniş bir alanı kapsar. Bu boyut, sağlık hizmetlerinin etkili, adil ve sürdürülebilir bir şekilde sunulmasını sağlayarak, toplumun genel sağlık durumunu ve ekonomik refahını iyileştirmeyi hedefler. Sağlık politikası yapımcılarının, ekonomik boyutun karmaşıklığını anlaması ve bu bilgileri politika kararlarına entegre etmesi, sağlık sistemlerinin başarısında hayati öneme sahiptir.

1.2.3.3. Tıbbi Sosyal Hizmet Boyutu

Dünya genelinde sağlık politikaları, sosyo-kültürel çeşitlilik göz önünde bulundurularak şekillendirilmelidir. Edmondson, sosyal sermayenin karmaşık ve kültürel olarak çeşitli bir kavram olduğunu ve sağlık politikasında bu kavramın teşvik edilmesinin, özellikle neoliberal toplumlarda, daha fazla araştırma ve tartışma gerektirdiğini belirtiyor (Edmondson, 2003). Bu çeşitlilik, sağlık hizmetlerinin sunumu ve hastalıkla mücadelede bireylerin kültürel arka planlarını ve toplumsal değerlerini dikkate almayı gerektirir. Sağlık politikalarının sosyal ve kültürel boyutu, bu politikaların toplumun farklı kesimleri üzerindeki etkilerini, sosyal adalet ve eşitlik meselelerini ele alır. . Sağlık politikaları, özellikle dezavantajlı gruplara yönelik olarak şekillendirilirken, bu grupların özgün ihtiyaçlarını ve yaşadıkları zorlukları anlamak için kapsamlı bir sosyokültürel bakış açısı gerektirir.

Örneğin, farklı etnik ve kültürel gruplardan gelen bireyler sağlık hizmetlerine farklı şekillerde erişebilir ve sağlık hizmetlerini farklı şekilde algılayabilirler. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, bu çeşitliliği anlayarak, bireylerin sağlık hizmetlerine tam anlamıyla erişebilmeleri için gerekli destek ve rehberliği sağlarlar. Toplumsal cinsiyet, yaş, cinsel yönelim, engellilik durumu ve sosyoekonomik statü gibi faktörlerin sağlık üzerindeki etkilerini anlamak ve bu faktörlere yönelik duyarlı politikalar geliştirmek tıbbi sosyal hizmetin temel amaçlarındandır.

Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin daha adaletli ve kapsayıcı olmasını sağlamakla kalmaz, aynı zamanda bireylerin sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını daha etkin bir şekilde karşılar ve sağlık sonuçlarını iyileştirir. Tıbbi sosyal hizmet, sağlık politikalarının bireylerin gerçek yaşam koşullarını ve toplumsal bağlamını dikkate alarak daha etkili ve duyarlı hale gelmesine katkıda bulunur.

1.2.3.3.1 Toplumsal Cinsiyet

Toplumsal cinsiyet, Cinsiyet, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık sonuçları üzerinde büyük bir etki yapar ve bu etki, sağlık politikalarımız ve uygulamalarımızda dikkate alınmalıdır. İlginç bir şekilde, cinsiyetin sağlık hizmetleri ve sağlık sonuçları üzerindeki etkisini inceleyen d'Agincourt-Canning ve Baird'ın (2006) çalışması, sağlık programlarının ve yeni teknolojilerin değerlendirilmesinde cinsiyet analizinin kullanılmasının, bu programların uygunluğunu, erişilebilirliğini ve etkinliğini nasıl artırabileceğini ortaya koyuyor. Kadınlar ve erkekler farklı sağlık riskleri ve ihtiyaçlarına sahip oldukları için, bu tür bir analiz hayati öneme sahip olabilir. Bu tür bulgular, cinsiyete özgü sağlık sorunlarına, örneğin kadınlar için üreme sağlığı, gebelik ve doğum hizmetleri ve erkekler için prostat sağlığı ve kalp hastalıkları gibi konulara odaklanan politikaların geliştirilmesinin ne kadar önemli olduğunu vurguluyor. Obidile ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma, cinsiyete dayalı şiddet ve ayrımcılığın kadınların fiziksel ve zihinsel sağlığını nasıl olumsuz etkileyebileceğini ve sağlık hizmetlerine erişimlerini nasıl kısıtlayabileceğini ortaya koyuyor (Obidile

vd., 2022). Bu tür etkiler, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık sonuçlarında cinsiyete özgü yaklaşımların gerekli olduğunu ve sağlık politikası ve uygulamalarında cinsiyetin kritik bir faktör olarak ele alınması gerektiğini gösteriyor.

1.2.3.3.2. Irk ve Etnik Köken

Irk ve etnik köken, sağlık eşitsizliklerinin önemli bir kaynağıdır. Michaels ve arkadaşları kültürel ırkçılığın sağlık eşitsizlikleri üzerindeki yaygın etkisine ışık tutarak, sağlık eşitsizliklerini sürdüren kültürel değerlerin ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır (Michaels ve ark, 2023). Bazı etnik ve ırksal gruplar, sağlık hizmetlerine daha az erişim, daha düşük kaliteli hizmetler ve daha kötü sağlık sonuçları ile karşı karşıya kalabilirler. Örneğin, ABD'de Afrika Amerikalıların kalp hastalıkları, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklar açısından daha yüksek risk altında olduğu gözlemlenmiştir (Mensah ve ark, 2005). Bu durum, sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanması ve etnik kökene dayalı sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için özel politikaların geliştirilmesini gerektirir.

1.2.3.3.3. Sosyoekonomik Statü

Sosyoekonomik durum, insanların sağlık hizmetlerine ulaşabilme kapasitelerini ve sağlık durumlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Düşük gelir seviyesine sahip kişiler ve aileler, sıklıkla sağlık hizmetlerine erişim konusunda zorluklarla karşılaşır ve bu durum, onları kronik hastalıklar, yetersiz beslenme ve erken yaşta ölüm gibi risklere daha açık hale getirir. Bu nedenle, sağlık politikaları oluşturulurken sosyoekonomik faktörlerin göz önünde bulundurulması ve gelir eşitsizliklerini azaltmaya yönelik stratejilerin hayata geçirilmesi büyük önem taşımaktadır. Düşük sosyoekonomik statüye sahip bireyler genellikle sağlık hizmetlerine erişimde önemli engellerle karşılaşmaktadır. Bu engeller arasında mali kısıtlamalar, sigorta kapsamı eksikliği, yetersiz hizmet alan bölgelerdeki sağlık tesislerinin sınırlı mevcudiyeti ve ulaşım zorlukları sayılabilir. Sonuç olarak, düşük sosyoekonomik statü geçmişine sahip kişiler gerekli tıbbi bakımı geciktirebilir veya bundan vazgeçebilir ve bu da daha kötü sağlık sonuçlarına yol açabilir.

Daha düşük sosyoekonomik statüye sahip bireyler sağlık hizmetlerine eriştiklerinde bile, aldıkları bakımın kalitesi tehlikeye girebilir (Schiavo, 2015). Bunun nedeni, düşük gelirli bölgelerdeki sağlık tesislerinin sınırlı kaynakları, daha kısa konsültasyon süreleri, daha az deneyimli veya aşırı yüklenmiş sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık çalışanları arasındaki örtük önyargılar gibi çeşitli faktörler olabilir. Bu faktörler yetersiz tedaviye, yanlış teşhise ve daha zayıf hasta-sağlayıcı iletişimine yol açabilir.

Düşük erişim ve düşük bakım kalitesinin etkisi, daha düşük sosyoekonomik statüye sahip bireyler için daha kötü sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. Buna daha yüksek kronik hastalık oranları, daha düşük yaşam beklentisi ve akut hastalıklara daha fazla yatkınlık dahildir. Mali kaygılar veya suç oranının yüksek olduğu bölgelerde yaşamak gibi düşük sosyoekonomik statü ile ilişkili kronik stres de sağlık sorunlarını daha da kötüleştirebilir.

Schiavo (2015), sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmak ve tüm sosyoekonomik gruplardan insanların kaliteli sağlık hizmetlerine eşit erişimini sağlamak için bu değişikliklerin aciliyetini vurgulamaktadır. Sağlık sistemleri, bu sistemik sorunları ele alarak daha eşitlikçi sağlık sonuçlarına ve genel halk sağlığının iyileştirilmesine doğru ilerleyebilir (Schiavo, 2015).

Sosyoekonomik statü, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık sonuçları arasındaki ilişki özellikle yaşlı yetişkinlerde belirgindir (McMaughan, Oloruntoba ve Smith, 2020). Yaşlı yetişkinler genellikle yaşa bağlı fiziksel ve bilişsel gerileme nedeniyle daha yüksek sağlık hizmeti ihtiyaçlarına sahiptir. Buna kalp hastalığı, artritis, diyabet ve bilişsel bozukluklar gibi kronik rahatsızlıkların artan prevalansı da dahildir. Bu koşullar düzenli tıbbi bakım, izleme ve ilaç tedavisi gerektirmektedir ve bu da düşük SES'e sahip kişiler için mali açıdan külfetli ve lojistik açıdan zorlayıcı olabilmektedir.

1.2.3.3.4. Kültürel Faktörler ve Sağlık

Bu faktörler farklı toplumların gelenek, görenek ve sosyal normlarında derinlemesine kök salmıştır. Bireylerin sağlık ve hastalığı nasıl algıladıklarını, neleri sağlıklı uygulamalar olarak gördüklerini ve tıbbi yardım aramaya yönelik tutumlarını etkilerler. Örneğin, bazı kültürler doğal ilaçlara ve sağlığa bütüncül yaklaşımlara

öncelik verirken, diğerleri modern tıbbı daha fazla güvenebilir. Coleman-Brueckheimer ve Dein'in Hasidik Yahudi popülasyonunda dini kurallara uyma ve içe kapanıklık gibi kültürel faktörlerin sağlık davranışlarını ve inançlarını nasıl etkilediğini vurgulayan sistematik derlemesinde bu durum açıkça görülmektedir (Coleman-Brueckheimer & Dein, 2011). Benzer şekilde, kültürel ve sosyal normlar Birleşik Krallık'taki Güney Asyalılar arasında sağlık uygulamalarını güçlü bir şekilde etkilemektedir (Lucas, Murray ve Kinra, 2013). İnançlardaki bu çeşitlilik bireylerin sağlık tercihlerini ve davranışlarını önemli ölçüde etkileyebilir.

Farklı kültürel grupların sağlık hizmetlerini algılama ve kullanma biçimlerinde kayda değer bir çeşitlilik vardır. Bu çeşitlilik, çeşitli tıbbi müdahalelere ve uygulamalara yönelik tutumlarını şekillendiren benzersiz kültürel geçmişlerinden kaynaklanmaktadır. Örneğin, bazı kültürel gruplar geleneksel Batı tıbbı yerine bitkisel tedaviler veya akupunktur gibi geleneksel tıbbi uygulamaları tercih edebilir. Benzer şekilde, bazı kültürler dini veya etik nedenlerden dolayı belirli tıbbi prosedürler konusunda çekincelere sahip olabilir. Bu farklılıklar, sağlık hizmeti sağlayıcılarının kültürel açıdan duyarlı ve bilinçli olması gerektiğinin altını çizmektedir.

Kültürel faktörlerin sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkisi göz önünde bulundurulduğunda, sağlık politikalarının bu çeşitliliği tanınması ve barındırması büyük önem taşımaktadır. Bränström ve van der Star, özellikle LGBT nüfusu gibi marjinalleştirilmiş gruplar için halk sağlığı politikalarında kapsayıcılığın önemini vurgulamaktadır (Bränström & van der Star, 2013). Sağlık politikaları, kapsayıcı ve farklı grupların kültürel ihtiyaçlarına duyarlı olacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu, geleneksel sağlık uygulamalarının sağlık sistemine dahil edilmesini, kültürel açıdan yetkin bakım sağlanmasını ve sağlık iletişiminin farklı nüfusların dilsel ve kültürel ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyarlanmasını içerebilir. Bu şekilde, sağlık politikaları toplumun daha geniş bir kesimine ulaşmada ve hizmet vermede daha etkili olabilir ve nihayetinde daha iyi sağlık sonuçları elde edilebilir.

1.2.3.3.5. Yaş, Cinsel Yönelim ve Engellilik

Yaş da sağlık politikalarının sosyal ve kültürel boyutunda önemli bir faktördür. Yaşlı nüfus, genellikle kronik hastalıklar, mobilite sorunları ve diğer yaşa bağlı sağlık

sorunları açısından daha yüksek risk altındadır. Wang Tianf, nüfusun yaşlanmasının sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere sosyal politikaları nasıl etkilediğini ve reformlar gerektirdiğini tartışmaktadır (Wang Tianf, 2015). Flores, Caballer ve Alarcón'un belirttiği gibi, yaş dostu şehirler, uygun dış mekânlar, binalar, toplum desteği ve sağlık hizmetleri sağlayarak yaşlılar arasında yaşam memnuniyetini artırmada çok önemlidir (Flores, Caballer, & Alarcón, 2019). Bu durum, yaşlılar için özel sağlık hizmetleri ve destek sistemlerinin geliştirilmesini gerektirir. Öte yandan, çocuklar ve gençler için de özel sağlık ihtiyaçları ve koruyucu sağlık hizmetleri önemlidir.

Cinsel yönelimin sağlık politikasına bir boyut olarak entegre edilmesi, halk sağlığının kritik ve gelişen bir yönünü temsil etmektedir. Tarihsel olarak, farklı cinsel yönelimlere sahip bireylerin sağlık hizmetleri ihtiyaçları genellikle marjinalleştirilmiş veya göz ardı edilmiş, bu da erişim, kalite ve bakım sonuçlarında eşitsizliklere yol açmıştır. Cinsel yönelimin kabul edilmesi ve sağlık politikalarına dahil edilmesi, sağlıkta eşitliği teşvik etmek ve kapsamlı bakım sağlamak için çok önemlidir (Matsick, Wardecker ve Oswald, 2020). Bu entegrasyonun özünde, cinsel yönelimin bir bireyin kimliğinin sağlık ihtiyaçlarını ve deneyimlerini önemli ölçüde etkileyen temel bir yönü olduğunun kabul edilmesi yatmaktadır. Araştırmalar lezbiyen, gey, biseksüel, transseksüel ve queer (LGBTQ) bireylerin benzersiz sağlık zorlukları ve riskleriyle karşı karşıya olduğunu sürekli olarak göstermiştir (Madireddy & Madireddy, 2022). Bunlar arasında, kısmen toplumsal damgalanma ve ayrımcılık nedeniyle depresyon ve anksiyete gibi ruh sağlığı sorunlarının daha yüksek oranlarda görülmesi de yer almaktadır. Ayrıca, LGBTQ popülasyonları sağlık hizmetlerine erişimde genellikle bilgili sağlık hizmeti sağlayıcılarının eksikliğinden düpedüz ayrımcılığa kadar uzanan engellerle karşılaşmaktadır.

Bazı sağlık politikaları bu eşitsizlikleri ele almaya başlamıştır. Örneğin, bazı ülkelerde, kapsayıcı ve yargılayıcı olmayan bir sağlık ortamı yaratmayı amaçlayan sağlık çalışanlarını LGBTQ'ya duyarlı bakım konusunda eğitmek için politikalar uygulanmaktadır. Bu eğitim genellikle, erkeklerle seks yapan erkekler arasında HIV/AIDS prevalansının artması ve transseksüel bireyler için hormon tedavisinin sağlık üzerindeki etkileri gibi LGBTQ bireylerin karşılaştığı belirli sağlık risklerinin anlaşılmasını içermektedir (Lancet, 2016). Dahası cinsel yönelim halk sağlığı

gözetiminde giderek daha fazla kabul görmektedir. Örneğin, cinsel yönelimin ulusal sağlık anketlerine dahil edilmesi, hedeflenen halk sağlığı müdahalelerini bilgilendirebilecek verilerin toplanmasına olanak sağlamaktadır. Bu veriler, sağlık eşitsizliklerinin belirlenmesi ve sağlık politikalarının LGBTQ popülasyonları üzerindeki etkisinin izlenmesi için çok önemlidir.

Küresel olarak, kapsayıcı sağlık politikalarına yönelik artan bir ivme söz konusudur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık politikalarının oluşturulmasında cinsel yönelimin dikkate alınmasını savunmaktadır. Bu küresel perspektif, LGBTQ bireylerin farklı kültürel ve yasal bağlamlarda karşılaştıkları çeşitli zorlukları kabul ettiği için kritik önem taşımaktadır. Örneğin, eşcinselliğin suç sayıldığı ülkelerde, sağlık politikaları bir yandan eşitlikçi bir sağlık hizmeti sunmaya çalışırken diğer yandan da yasal kısıtlamaları aşmak zorundadır. Cinsel yönelimin sağlık politikalarına dahil edilmesi sadece bir kapsayıcılık meselesi olmayıp, kapsamlı halk sağlığı hedeflerine ulaşılması için de elzemdir. Bu yaklaşım, insan deneyimlerinin çeşitliliğini ve özel sağlık müdahalelerine duyulan ihtiyacı kabul etmektedir. Toplumlar LGBTQ kimliklerini daha fazla kabul etme ve anlama yolunda ilerledikçe, sağlık politikalarının da bu nüfusların benzersiz sağlık ihtiyaçlarını etkili bir şekilde ele alacak şekilde gelişmesi zorunludur.

Engelli bireyler, fiziksel, duyuşsal veya zihinsel engeller nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde ciddi zorluklar yaşayabilirler. Bu durum, sağlık politikalarının engellilere yönelik özel ihtiyaçları dikkate alması gerekliliğini ortaya koyar. Engelliler için tasarlanan sağlık hizmetleri ve destek sistemleri, bu bireylerin özgürce ve etkin bir şekilde sağlık hizmetlerinden faydalanabilmelerini sağlamalıdır.

Engellilik durumu çeşitli biçimlerde olabilir ve her bir durum, farklı türde sağlık hizmetleri ve yaklaşımları gerektirir. Örneğin, fiziksel engelli bireyler için erişilebilir sağlık tesisleri, uygun tıbbi ekipmanlar ve ulaşım hizmetleri hayati önem taşır. Duyusal engelli bireyler için ise, işitme cihazları, Braille yazı sistemine uygun malzemeler ve işaret dili tercümanları gibi özel hizmetlere ihtiyaç vardır. Zihinsel engellilik durumunda ise, özel eğitim ve destek hizmetleri, bireyselleştirilmiş bakım planları ve terapötik müdahaleler gerekebilir. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine iyi

bir şekilde erişiminin sağlanması, haklarının karşılanması ve sağlığa kavuşmaları için hayati önem taşımaktadır; bu da refahın, yaşam memnuniyetinin artmasına ve hastalık, ölüm ve yoksulluğun azalmasına yol açmaktadır (Kuper & Hanefeld, 2018). Sağlık politikalarının engellilik konusunda dikkate alması gereken bir başka önemli husus ise, engelli bireylerin aileleri ve bakıcılarına yönelik destektir. Engelli bireylerin bakımı, aile üyeleri ve bakıcılar üzerinde büyük bir yük oluşturabilir. Bu nedenle, sağlık politikaları, bu kişilere yönelik destek hizmetlerini, eğitim programlarını ve psikolojik destek hizmetlerini de kapsamalıdır. Ayrıca, engellilik durumu genellikle sosyoekonomik faktörlerle de ilişkilidir. Engelli bireyler, iş bulma, eğitim alabilme ve toplumsal etkinliklere katılma konusunda zorluklar yaşayabilirler. Bu durum, onların sağlık hizmetlerine erişimlerini daha da zorlaştırabilir. Sağlık politikaları, bu tür sosyoekonomik engelleri azaltacak ve engelli bireylerin toplum içinde daha etkin bir rol alabilmelerini sağlayacak stratejiler geliştirmelidir. Engellilikle ilgili sağlık politikaları, engelli bireylerin insan haklarına saygı göstermeli ve onların toplum içinde tam ve eşit katılımını teşvik etmelidir. Bu, engelli bireylerin sadece tıbbi ihtiyaçlarını karşılamakla kalmayıp, aynı zamanda onların sosyal, eğitim ve iş yaşamına aktif olarak katılımlarını destekleyen bir yaklaşım gerektirir. Böylece, sağlık politikaları, engelli bireylerin toplumda karşılaştıkları engelleri azaltmaya ve onların yaşam kalitelerini artırmaya yönelik kapsamlı ve bütüncül bir çerçeve sunar.

1.2.3.4. Teknolojik ve Bilimsel Boyut

Sağlık politikalarının teknolojik ve bilimsel boyutu, tıbbi araştırma, ilaç geliştirme, sağlık teknolojilerinin uygulanması ve bilgi yönetimi gibi alanlarda sürekli gelişen yeniliklerle yakından ilişkilidir (Erkekoğlu vd., 2020). Bu boyut, sağlık hizmetlerinin kalitesini, erişilebilirliğini ve etkinliğini artırmada temel bir rol oynar ve sağlık politikalarının geleceğini şekillendirmek için kritik öneme sahiptir. Özellikle genetik mühendisliği, yapay zeka ve veri analitiği gibi alanlarda kaydedilen ilerlemeler, hastalıkların teşhis ve tedavisinde devrim yaratma potansiyeline sahiptir. Bu yenilikler, kişiye özel tıp uygulamalarını mümkün kılarken, hastalıkların daha erken evrelerde tespit edilmesine ve daha etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine olanak tanımaktadır.

Diğer yandan, bu teknolojik ilerlemeler, sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanması sürecinde yeni zorlukları da beraberinde getirmektedir. Örneğin, gelişmiş sağlık teknolojilerinin maliyeti, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve erişilebilirliği konularında önemli sorunlara yol açabilmektedir. E-sağlık bilişimi ve uzaktan veri alışverişindeki ilerlemeler, sağlık hizmetlerinde güvenlik ve mahremiyetin sağlanmasında zorluklara yol açmaktadır (Anwar, Joshi, & Tan, 2015, s. 299-311). Böylece kişisel sağlık verilerinin yönetimi ve korunması, siber güvenlik ve veri gizliliği konuları, teknolojik gelişmelerin getirdiği etik ve yasal sorunları da gündeme taşımaktadır. Bu bağlamda, sağlık politikalarının, teknolojik yeniliklerle uyumlu, etik ilkeleri gözeten ve herkes için adil erişimi sağlayacak şekilde tasarlanması büyük önem arz etmektedir.

1.2.3.5. Hukuki ve Etik Boyut

Sağlık politikalarının hukuk ve etik ilkelerle ilişkisi özellikle hasta hakları, mahremiyet, bilgilendirilmiş onam ve etik sağlık uygulamaları gibi konularda kendini göstermektedir. Hasta hakları, bireylerin sağlık hizmetlerine adil ve eşit erişimini, kaliteli bakım almayı ve tedavi süreçlerinde söz sahibi olmayı kapsar. Mahremiyet, hastaların kişisel ve sağlık bilgilerinin korunmasını ve bu bilgilerin yalnızca yetkili kişiler tarafından, uygun koşullar altında kullanılmasını gerektirir. Bilgilendirilmiş onam ise, hastaların tedavi seçenekleri hakkında eksiksiz ve anlaşılır bilgiler alması ve bu bilgilere dayanarak özgürce karar verebilmesini vurgular. Etik sağlık uygulamaları, tüm bu unsurları dikkate alarak, hasta yararını gözetmek, zarar vermeme, adalet ve özerkliğe saygı ilkeleri üzerine kuruludur. Bu nedenle, sağlık politikaları bu hukuki ve etik çerçeveye uygun şekilde şekillendirilmeli ve uygulanmalıdır. Bu yaklaşım hem sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracak hem de hastaların haklarını ve refahını koruyacak bir sağlık sisteminin temel taşıdır. Bu bağlamda, sağlık politikalarının oluşturulmasında ve uygulanmasında hukuki ve etik ilkelerin önemi daha da belirginleşmektedir. Örneğin, mahremiyet konusunda, sağlık hizmet sağlayıcılarının hasta bilgilerini korumak için gerekli teknolojik ve idari önlemleri alması gerekmektedir. Hastaların mahremiyet haklarına saygı gösterilmesi, güven inşa ederek daha etkili sağlık hizmeti sunmanın bir yolu olabilir (Avaner, 2018).

Bilgilendirilmiş onam ise, hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki iletişimin temelini oluşturur. Hastaların tedavi seçenekleri, riskler ve faydalar konusunda tam olarak bilgilendirilmesi, onların kendi sağlık kararlarını bilinçli bir şekilde vermesini sağlar (Borysowski vd., 2017). Bu süreç, hastaların özerkliğine saygı duyulmasını ve onların aktif olarak sağlık kararlarına katılımını teşvik eder. Etik sağlık uygulamaları, sağlık hizmetlerinin adalet ve eşitlik ilkelerine uygun olarak sunulmasını gerektirir. Her hastanın, sosyal, ekonomik veya kültürel statüsünden bağımsız olarak eşit kalitede sağlık hizmeti alması, bu ilkelerin bir yansımasıdır. Sağlık politikaları, bu eşitliği sağlamak ve herkese ulaşan, kapsayıcı sağlık hizmetleri sunmak için tasarlanmalıdır.

1.2.3.6. Çevresel ve Küresel Boyut:

Çevresel değişiklikler ve bunların sağlık üzerindeki etkilerinin yanı sıra sürdürülebilir kalkınma hedefleriyle uyumlu sağlık politikaları oluşturma ihtiyacı söz konusudur. İklim değişikliği ve hava kirliliği gibi küresel çevresel tehlikelerin sağlık üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkilerinden de bahsedilebilir. Evrensel sağlık kapsamının ve bunun sürdürülebilir kalkınma hedefleriyle uyumunun önemi, özellikle Sahra Altı Afrika'da anne ve çocuk sağlığının ele alınması bağlamında vurgulanmıştır (Dowou ve ark., 2023). Ayrıca, sürdürülebilir kalkınma gündeminde küresel ruh sağlığının ihmal edilmesi, kapsamlı ve kapsayıcı sağlık sonuçlarına ulaşmak için ele alınması gereken önemli bir boşluk olarak tanımlanmıştır (Patel vd., 2016; Tsai & Tomlinson, 2015). Uluslararası sağlık kuralları ve politikaları, küresel sağlık güvenliği ve salgınlarla nasıl başa çıkılacağı, küresel sağlık eşitsizlikleri ve ülkelerin bu eşitsizliklerden kurtulmak için birlikte çalışmalarının ne kadar önemli olduğu da gündemdedir. Küresel sağlık diplomasisinin, ülkelerin ve yabancı kuruluşların birlikte çalışmasına ve sağlık konuları hakkında konuşmasına yardımcı olabilir. Küresel sağlık krizlerine hızlı ve etkili bir şekilde tepki verebilmek için ülkeler arasında koordinasyon ve işbirliğinin geliştirilmesinin gerekmektedir. Küresel bir bakış açısıyla, sağlık politikaları sadece yerel ve devlet düzeyinde değil, tüm dünyada sağlığın iyileştirilmesine yardımcı olur.

1.2.4. Sağlık Politikasının Aktörleri

"Aktör" terimi, genellikle siyaset bilimi ve uluslararası ilişkilerde, politikaları etkileyebilecek ya da politik karar alma süreçlerinde rol oynayabilecek bireyleri, grupları, kurumları veya devletleri ifade etmek için kullanılır. Bu bağlamda, "politikaları etkileyen aktörler" ifadesi, politika yapım sürecine katkıda bulunan veya politik kararları şekillendiren çeşitli bireyleri, hükümetleri, sivil toplum kuruluşlarını, uluslararası kuruluşları, şirketleri ve diğer etkili grupları kapsar. Bu aktörler, politika geliştirme, uygulama ve değerlendirme aşamalarında çeşitli şekillerde etkili olabilirler.

"Sağlık politikası süreçlerini etkileyen birçok aktörden bahsedebilmek mümkündür. Bunlar arasında politikacılar, kamu bürokrasisi, sivil toplum kuruluşları, informal politika grupları, uluslararası kuruluşlar, araştırma kuruluşları ön plana çıkmaktadır" (Yıldırım ve Yıldırım, 2013, s. 368). Bu bölümde sağlık politikalarına şekil veren aktörleri Ulusal ve Uluslararası Aktörler olarak 2 başlık halinde inceleyeceğiz. (Toygaz, 2022).

1.2.4.1. Ulusal Aktörler

Sağlık politikaları, genellikle ulusal düzeydeki çeşitli aktörler tarafından şekillendirilir. politikacılar, kamu bürokrasisi, sivil toplum kuruluşları gibi aktörler, sağlık politikalarının oluşturulmasında ve uygulanmasında önemli roller oynarlar. Bu aktörlerin kararları, sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edileceğinden, hangi tıbbi uygulamaların destekleneceğine, halk sağlığı kampanyalarının nasıl yürütüleceğine kadar geniş bir yelpazede etki gösterir.

1.2.4.1.1. Politikacılar

Politikacılar, hükümetin halk sağlığı sorunlarına verdiği tepkileri etkileyerek, genellikle kapsamlı reformlar yerine politikada aşamalı değişikliklere yol açarlar (Oliver, 2006), politikacılar ve kamu yöneticileri, sağlık politikalarını etkili bir şekilde şekillendirmek için analitik yetkinliğe, amaca yönelik bilgiye ve duyarlı araştırma ve geliştirme yeteneklerine ihtiyaç duymaktadır (White & Murnaghan, 1973). Bu aktörler, sağlık politikalarını şekillendirmede ve yasal çerçevesini belirlemede öncüdürler. Özellikle yeni sağlık reformları, halk sağlığı programları ve sağlık

hizmetlerinin finansmanı gibi konularda karar verme sürecinde etkin bir pozisyonda bulunurlar.

Bu siyasi aktörler tarafından şekillendirilen yasal çerçeveler, etkili halk sağlığı stratejileri yelpazesini genişletebilir ve özellikle bölgesel ve ulusal düzeylerde politika yapıcılar için araçlar sağlayabilir (Mensah vd., 2003). Bu bağlamda politika geliştirme süreci genellikle uzmanların ve vatandaşların işbirliğini içerir ve halk sağlığı ve sağlığın geliştirilmesi hedeflerine ulaşmak için etkileşimli, eleştirel ve bilimsel bilgiyi entegre eder (Bryant, 2002). Bu işbirlikçi yaklaşım, sadece bilimsel olarak sağlam değil aynı zamanda kamuoyu tarafından kabul gören ve uygulamada etkili olan politikalar oluşturmak için gereklidir. Sağlık politikalarının geliştirilmesi sürecinde, politikacılar genellikle sağlık uzmanları, akademisyenler ve sektör temsilcileri ile işbirliği yaparlar. Bu işbirliği, politikaların bilimsel verilere dayanmasını ve toplumun geniş kesimlerinin ihtiyaçlarını karşılamasını sağlar. Ayrıca, politikacıların sağlık politikalarını şekillendirirken halkın görüşlerini de dikkate almaları, demokratik süreçlerin bir parçası olarak önemlidir. Bu yaklaşım, politikaların daha etkili ve uygulanabilir olmasını sağlayarak halk sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunur.

1.2.4.1.2. Kamu Bürokrasisi

Başta Sağlık Bakanlığı ve ilgili devlet daireleri olmak üzere kamu bürokrasisi, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, finansmanı ve kalite kontrolü gibi konuların yanı sıra, hastalık önleme ve sağlık teşvik programlarının planlanması ve uygulanmasından da sorumludur. Bürokrasinin politika oluşturma ve politikaların amaçlandığı gibi uygulanmasını sağlama konusundaki etkinliği hayati önem taşımaktadır (Peters, 2015). Sağlık alanında yapılan araştırmaların desteklenmesi ve yeni sağlık teknolojilerinin entegrasyonu gibi konularda da aktif roller üstlenirler. Bu dairelerin çalışmaları, halk sağlığını iyileştirmeye ve sağlık hizmetlerinin herkese eşit şekilde ulaşmasını sağlamaya odaklanır. Bürokrasi, temel yasayı eyleme geçirerek sağlık politikasının şekillendirilmesinde ve uygulanmasında etkilidir (Bentley, 1983). Özellikle Sağlık Bakanlığı, ulusal sağlık politikasının formüle edilmesi ve koordine edilmesinde çok önemli bir rol oynar ve yerel düzey genellikle bu politikanın başlatılması ve yürütülmesinde görevlidir. (Costa & Neves, 2013). Bununla birlikte,

bu kurumlar aynı zamanda ulusal ve uluslararası sağlık politikalarını ve standartları takip eder ve bu doğrultuda gerekli düzenlemeleri yapar. Sağlık Bakanlığı, sağlık alanındaki mevzuatı güncel tutmak, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak ve halkın sağlıkla ilgili bilinç düzeyini yükseltmek için çeşitli stratejiler geliştirmekle mükelleftir.

1.2.4.1.3. Sivil Toplum Kuruluşları

Sivil Toplum Kuruluşları (STK'lar), toplumun çeşitli kesimlerinin ihtiyaçlarını ve endişelerini yansıtmak ve bu ihtiyaçların giderilmesine yönelik çalışmalar yapmak konusunda önemli bir role sahiptirler. Özellikle sağlık alanında faaliyet gösteren STK'lar, halk sağlığı politikalarının geliştirilmesinde ve uygulanmasında kritik bir etkiye sahiptirler (Mays, 2019). Bu kuruluşlar, sağlık hizmetlerine erişim, hasta hakları, sağlıklı yaşam koşullarının teşviki ve korunması gibi konularda aktif olarak çalışmaktadırlar. Ayrıca, sağlıkla ilgili mevzuat ve politikaların şekillendirilmesinde de etkin bir rol oynayarak, hükümetler ve diğer politika yapımcılar üzerinde önemli bir etki yaratırlar.

STK'lar, sağlık alanında yürüttükleri faaliyetlerle, toplumun geniş kesimlerinin sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını ve endişelerini temsil ederler. Bu temsil, sağlık hizmetlerinin daha adil, erişilebilir ve kaliteli olmasını sağlama yolunda önemli bir adımdır. Hizmet sunumunda, farkındalık yaratmada, kampanyaları desteklemede, kamu ve özel sektörün sosyal yardım ve kalkınma faaliyetleri arasında köprü kurmada merkezi bir rol oynamaktadırlar (Teräs & Kartoglu, 2023). STK'lar, savunmasız nüfusların kalkınma politikalarına katılımını kolaylaştırarak sağlık ve eğitim gibi temel sosyal hizmetlerin sunumunu geliştirmektedir (Wolde-Yohannes ve Freeman, 2012). Örneğin, kronik hastalıklarla mücadele eden STK'lar, hastalığın yönetimi ve tedavisi konusunda toplumu bilinçlendirirken, aynı zamanda araştırma ve geliştirme çalışmalarına da destek vermektedirler. Ayrıca, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolü konusunda çalışan STK'lar, halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi için gerekli bilgi ve kaynakların sağlanmasında önemli bir role sahiptir. Bu kuruluşlar, halkın sesini duyurmak ve sağlık politikalarının toplumun ihtiyaçlarına uygun bir

şekilde şekillendirilmesini sağlamak için çeşitli kampanyalar ve eğitim programları düzenlemektedirler.

Sendikalar

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren sendikalar, bu alanda çalışan profesyonellerin haklarını, çalışma koşullarını ve genel refahını savunma konusunda hayati bir role sahiptirler. Bu sendikalar, sağlık çalışanlarının karşılaştığı zorlukları ve ihtiyaçları temsil ederek, onların sesi olurlar. Çalışma şartları, adil ücretlendirme, iş yükünün yönetimi, mesleki güvenlik ve sağlık gibi konularda temel hakları savunurlar. Sağlık politikalarının iş gücü yönü üzerinde etkili olan bu kurumlar, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi, adil ücretlendirme politikalarının uygulanması ve iş yükünün dengelenmesi gibi konularda önemli bir etki yaratırlar. Sendikal faaliyetler sağlık çalışanlarının performansını olumlu yönde etkilemekte, pek çoğu sendikaların taleplerini gerçekleştirmelerine yardımcı olduğunu bildirmektedir (Chilala, 2015). Sendikaların katılımı, çeşitli üye gruplarının özel ihtiyaçlarını ele almaya ve sektörel ve ulusal düzeylerde kapsamlı sentezler elde etmeye kadar uzanmaktadır (Thomas, 2020). Ayrıca, sağlık çalışanlarının mesleki gelişimini ve eğitimini destekleyerek, sektördeki kalite ve verimliliğin artmasına katkıda bulunurlar.

Sendikaların sağlık sektöründe yürüttüğü faaliyetler, sadece çalışanların bireysel refahını değil, aynı zamanda toplumun genel sağlık hizmetlerinin kalitesini de etkiler. Sağlık çalışanlarının iyi çalışma koşullarına sahip olmaları, hizmet kalitesinin artmasına ve dolayısıyla halk sağlığının iyileşmesine katkıda bulunur. Örneğin, uzun çalışma saatleri ve yetersiz personel nedeniyle tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarının, hastalara yüksek kaliteli bakım sağlamaları zorlaşabilir. Sendikalar, bu tür sorunların çözümü için mücadele ederek, hem çalışanların hem de hastaların yararına olacak şekilde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yardımcı olurlar. Sağlık sektöründe yaşanan kriz durumları, örneğin pandemiler veya doğal afetler sırasında, sendikalar çalışanların haklarını korumak ve onların çalışma koşullarını iyileştirmek için önemli bir rol oynarlar. Bu süreçlerde, sendikaların katkıları, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve etkinliği açısından kritik öneme sahiptir.

1.2.4.1.4. Sosyal Medya

Sosyal medya, çağımızın en etkili iletişim ve bilgi paylaşım platformlarından biri olarak ön plana çıkmaktadır. Bu platformlar, halkın sağlık politikaları ve ilgili konular hakkında bilgi edinmesi, fikir alışverişinde bulunması ve bu konulara dair farkındalığını artırmasında önemli bir aktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlıkla ilgili güncel konular, araştırmalar ve politikalar hakkında geniş bir kitleye hızlı ve etkili bir şekilde ulaşılmasını sağlayan sosyal medya, aynı zamanda kamuoyunun bu konulara dair görüş ve tepkilerini şekillendirme gücüne sahiptir. Özellikle sağlık krizleri, yeni tedavi yöntemleri veya sağlık politikalarındaki değişiklikler gibi önemli konularda, halkın bilgi edinme sürecinde ve bu bilgileri değerlendirme biçiminde etkili olur. Sosyal medyanın bu rolü, sağlıkla ilgili meselelerin toplumda daha geniş bir tartışma ve bilinç düzeyinde ele alınmasını sağlar.

Örnek olarak, sosyal medyanın COVID-19 pandemisi sırasında oynadığı rol gösterilebilir. Sosyal medya platformları, sağlıklı çevrimiçi halk topluluklarını teşvik etti ve COVID-19 salgını sırasında hükümetlerin uygun politikalar oluşturmalarına yardımcı oldu (Alzahrani, 2020). Pandemi sürecinde, sosyal medya platformları, virüsle ilgili bilgilerin, önleyici sağlık önlemlerinin ve aşılarla ilgili güncel gelişmelerin hızla yayılmasında kritik bir kanal işlevi görmüştür. Bu platformlar sayesinde, insanlar dünya genelindeki sağlık durumunu gerçek zamanlı olarak takip edebilmiş, sağlık uzmanları ve politika yapımcılarla doğrudan etkileşime geçebilmiştir. Aynı zamanda, sosyal medya, kamuoyunun pandemiye tepkilerini ve endişelerini ifade etmesine olanak tanıyarak, bu konuda daha geniş bir toplumsal diyalogun gelişmesine katkıda bulunmuştur. Bununla birlikte, yanlış bilgilendirmenin ve asılsız iddiaların yayılma riski de göz önünde bulundurulduğunda, sosyal medyanın sağlık konularında bilgi paylaşımı ve farkındalık yaratma süreçlerinde dikkatli ve sorumlu bir şekilde kullanılması gerektiği açıktır. Sosyal medya dinamikleri, sağlık krizleri sırasında halkın bilimsel uzmanlığa olan güvenini hem zayıflatabilir hem de artırabilir (van Dijck ve Alinead, 2020). Bu bağlamda, sosyal medyanın sağlık politikaları ve kamusal sağlık bilincinin şekillenmesindeki rolü hem fırsatlar hem de zorluklar içermektedir.

1.2.4.2. Uluslararası Aktörler

Dört önemli uluslararası kuruluşun dünya genelindeki sağlık politikaları üzerinde büyük etkisi vardır. Bunlar Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'dür (OECD). Bu kuruluşların tüm dünyada sağlık sonuçları ve sağlık hizmetleri üzerinde büyük ve karmaşık bir etkisi vardır.

1.2.4.2.1. Dünya Bankası

Çoğunlukla bir kalkınma kuruluşu olan Dünya Bankası, ülkelere para ve tavsiye vererek sağlık projelerinde yardımcı olmaktadır. Bu projeler genellikle sağlık tesislerini iyileştirmek, insanların sağlık hizmeti almasını kolaylaştırmak ve bulaşıcı hastalıklar veya anne ve çocukların sağlığıyla ilgili sorunlar gibi belirli sağlık sorunlarıyla mücadele etmek içindir. Sağlık hizmeti dâhil olmak üzere toplumsal-politik meseleler üzerine çok çeşitli konularda her yıl yüzlerce raporun hazırlanması amacıyla da yüzlerce akademisyen ve uzmana çalışma hazırlatmak ve birçok başka araştırma için de her yıl milyonlarca dolar kaynak ayırmaktadır (Lister, 2008:56). Banka genellikle sağlığın ekonomik büyüme için ne kadar önemli olduğunu vurgular ve üretimi ve ekonomik büyümeyi artırmanın bir yolu olarak sağlığa yapılan yatırımları teşvik eder.

Banka'nın bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye katılımı kayda değer bir örnektir. Dünya Bankası, küresel sağlık alanında HIV/AIDS de dahil olmak üzere ilgili projelere dünyanın en büyük mali katkısını yapan kuruluş haline gelmiştir (Ruger, 2005). Dünya Bankası, HIV ve AIDS'e karşı çeşitli BM programlarını desteklemiş ve bu programlar çok sayıda kurumun çabalarının koordine edilmesinde etkili olmuştur (Mcgregor & Harrigan, 1994). Sıtma, tüberküloz ve HIV/AIDS gibi hastalıklarla boğuşan bölgelerde, Dünya Bankası bu hastalıkların görülme sıklığını ve etkisini azaltmayı amaçlayan kapsamlı programları finanse etmiş ve desteklemiştir. Bu programlara aşı programlarının finansmanı, sıtma ile mücadele için cibinlik dağıtımı ve HIV/AIDS hastaları için antiretroviral tedavinin desteklenmesi de dahildir. Banka bunu yaparken sadece acil sağlık sorunlarını ele almakla kalmıyor, aynı zamanda daha

sağlıklı bir işgücü ekonomik büyümeye daha fazla katkıda bulunabileceğinden uzun vadeli ekonomik üretkenliği artırmayı da hedefliyor. Sağlıklı anne ve çocukların bir toplumun gelişiminde oynadığı kritik rolü kabul eden Dünya Bankası, anne sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi, doğum öncesi ve sonrası bakıma erişimin artırılması ve çocuklar için beslenme ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini amaçlayan çok sayıda projeye yatırım yapmıştır. Bu girişimler genellikle sağlık sistemlerinin güçlendirilmesini, temel tıbbi hizmetlere erişimin iyileştirilmesini ve toplumların sağlık uygulamaları konusunda eğitilmesini içermektedir.

Ancak Dünya Bankası'nın bu yaklaşımı eleştirilerden de uzak değildir. Eleştirmenler genellikle projelerinin sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlarken, bazen doğrudan sağlık iyileştirmeleri yerine ekonomik hedeflere öncelik verdiğini iddia etmektedir. Örneğin, Banka'nın sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine verdiği önem tartışmalı bir konu olmuştur. Dünya Bankası'nın sağlık yatırımlarına ilişkin politikası özelleştirme, devlet müdahalesinin azaltılması ve rekabetin teşvik edilmesi üzerinde durmaktadır ve bu politika bazı araştırmacılar tarafından eleştirilmektedir (Laurell & Arellano, 1996). Eleştirmenler, özel sağlık hizmetleri genellikle kamu sağlık hizmetlerinden daha pahalı olduğu için bunun sağlık hizmetlerinin yoksullar için daha az erişilebilir hale gelmesine yol açabileceğini savunmaktadır. Bu özelleştirme yaklaşımı, özellikle nüfusun önemli bir kısmının özel sağlık hizmetlerini karşılayamadığı düşük gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler yaratabilir. Dahası, bazıları Dünya Bankası'nın sağlık politikasına yönelik tek beden herkese uyar yaklaşımının her ülkenin kendine özgü zorlukları ve ihtiyaçları için uygun olmayabileceğini savunmaktadır. Dünya Bankası kredilerine sıklıkla eşlik eden ve kamu sağlık harcamalarının azaltılması gibi önlemleri içeren yapısal uyum programlarının dayatılması özellikle tartışmalı olmuştur. Bu programlar, uygun fiyatlı sağlık hizmetlerinin mevcudiyetinde azalmaya yol açarak bu ülkelerdeki en savunmasız nüfusları etkileyebilir.

1.3.4.2.2. Uluslararası Para Fonu (IMF)

Uluslararası Para Fonu (IMF), esas olarak global ekonomik istikrarın sağlanmasına katkıda bulunmasıyla tanınır, fakat bu kurumun politikalarının sağlık politikaları üzerinde de önemli ikincil etkileri bulunmaktadır. Bir devletin ödemeler dengesinde yaşanan zorluklar karşısında, IMF genellikle mali destek sağlar. Ancak, bu destek sıklıkla kamu sağlığı harcamalarında kısıtlamalar gibi koşullara bağlıdır. IMF'nin asli amacı ekonomik istikrarı sürdürmek olsa da, uyguladığı politikaların sağlık sektörü üzerindeki etkileri göz ardı edilemez. Örneğin, hükümet harcamalarında yapılan kısıtlamalar neticesinde, sağlık fonlarındaki azalmalar mevcut sağlık hizmetlerinin hem nicelik hem de nitelik açısından etkilenmesine yol açabilir. Bu durum, IMF'nin stratejilerinin olumsuz sonuçları olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Buna karşın, IMF tarafından yapılan açıklamalarda, bu politikaların ekonomiyi güçlendirerek, uzun vadede sağlık hizmetlerinin genel durumuna katkı sağlayabileceği belirtilmektedir. Bu tartışmalar, IMF'nin politikalarının ekonomik hedeflerin ötesinde, geniş çaplı sosyal ve sağlık sonuçlarına da dikkat çekmektedir. IMF, politika tavsiyelerine maliyet etkin sosyal güvenlik ağlarını ve hedeflenen sosyal harcamaları dahil ederek eleştirilere yanıt vermiş olsa da, düşük enflasyona ve sağlık yatırımları yerine kısıtlı hükümet harcamalarına öncelik veren köktenci politikalarına ilişkin endişeler devam etmektedir (Khemani, Gupta, McDonald, Dicks-Mireaux ve Verhoeven, 2000; Baker, 2010).

1.2.4.2.3. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)

BM'nin uzmanlaşmış bir organı olan Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık politikası üzerinde en doğrudan kontrole sahiptir. Ana görevi, BM sisteminin dış sağlık konusundaki çalışmalarını yönlendirmek ve organize etmektir. DSÖ kurallar ve kılavuzlar koyar, ülkelere teknik konularda yardımcı olur, sağlık durumlarını izler ve sağlık krizlerini ele alır. Grup, salgın hastalıklara müdahale etmek, aşılama kampanyaları yürütmek ve uluslararası sağlık kuralları oluşturmak gibi küresel sağlık sorunlarıyla başa çıkmak için çok önemlidir. DSÖ'nün çalışmaları, herkesin iyi bir sağlık hakkına sahip olduğu fikrine dayanır. Devletlerin, sağlık uzmanlarının ve diğer

ilgili tarafların birlikte çalışarak adil ve etkili sağlık politikaları oluşturmalarına yardımcı olur (Buzgan & Güner, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık alanındaki global çabaları şekillendirme ve yönlendirme yapar. Bu kurum, uluslararası sağlık politikalarını belirleyen ana düzenleyici ve danışman olarak görevlidir. DSÖ, üye ülkeler arasında sağlıkla ilgili bilgi ve kaynakların paylaşımını teşvik eder, bu sayede sağlık sistemlerinin güçlenmesine ve hastalıkların önlenmesine katkıda bulunur. Örneğin, 2003 yılındaki SARS salgını sırasında DSÖ, hastalığın hızla yayılmasını önlemek için uluslararası çapta koordinasyon ve işbirliği sağlamıştır. Ayrıca, 2014-2016 Batı Afrika Ebola salgınında da benzer bir rol üstlenmiş, bölgesel ve global seviyede acil müdahale ekiplerinin koordinasyonunu sağlayarak salgının daha geniş alanlara yayılmasını engellemiştir. DSÖ, sadece acil durumlarla değil, aynı zamanda halk sağlığının sürekli iyileştirilmesiyle de ilgilenir. Bu bağlamda, sağlıklı yaşam biçimlerini teşvik etmek, bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele etmek ve küresel aşılamayı desteklemek gibi konularda kılavuzlar ve politikalar geliştirir. Örneğin, DSÖ'nün Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, tütün tüketiminin azaltılması ve tütünle mücadele politikalarının uygulanması konusunda global bir yol haritası sunar. COVID-19 pandemisi sırasında Dünya Sağlık Örgütü (WHO), erken uyarı ve bilgi paylaşımında, pandemiye yönelik global kılavuz ve standartların oluşturulmasında, aşı geliştirme ve dağıtım süreçlerinin koordinasyonunda ve uluslararası işbirliği ve kaynakların mobilizasyonunda etkili bir rol oynamıştır. Bu faaliyetler, dünya genelindeki ülkelerin pandemiye yanıt verme ve yönetme kapasitelerini güçlendirmelerine yardımcı olmuştur (Javed, S., & Chattu, V. 2020).

Bu üç grubun birlikte çalışması ve bazen de mücadele etmesi, küresel sağlık politikasının ne kadar karmaşık olduğunu göstermektedir. Her grup masaya kendi bilgi birikimini ve bakış açısını getirir ve sağlık politikaları kendi temel inançları ve hedefleri doğrultusunda değiştirilir. Birlikte yaptıkları işler sağlık sistemlerini şekillendirir, halk sağlığını etkiler ve dünya sağlık sorunlarının çözümünün önemli bir parçasıdır. Dünya Bankası, IMF ve DSÖ arasındaki karmaşık ilişki, küresel sağlık yönetiminin nasıl birçok parçadan oluştuğunu göstermektedir. Bu kuruluşların

eylemleri ve rolleri, ekonomi politikalarını sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirmenin ve sağlığı temel bir insan hakkı haline getirmek için dünya çapında çabaları koordine etmenin ne kadar zor ve karmaşık olduğunu göstermektedir.

Dünyanın sağlık sorunları son birkaç yılda daha da zorlaştı. COVID-19 salgını gibi sorunlar, ülkelerin sorunları çözmek için hızlı bir şekilde birlikte çalışmasının ne kadar önemli olduğunu göstermiştir. Bu tür krizler sırasında Dünya Bankası ve IMF para vererek ve politikalar konusunda tavsiyelerde bulunarak çaba sarfettiler. DSÖ ise uluslararası sağlık müdahalelerini organize etmekten, kurallar koymaktan ve tavsiyelerde bulunmaktan sorumlu olmuştur. Ancak pandemi, sağlık hizmetlerine ve ilaçlara eşit olmayan erişim ve kaynakların dağılımı gibi küresel sağlığın nasıl yönetildiğine dair sorunları da ortaya çıkarmış oldu.

Adalet sorunu küresel sağlık politikasında büyük bir sorundur. Herkes için sağlık, erişim ve sağlık eşitsizlikleri ile ilgili sorunları çözme ihtiyacını vurgulayan WHO'nun bir hedefidir. Dünya Bankası da en yoksul insanların sağlığına odaklananlar gibi sağlık eşitsizliklerini azaltmaya çalışan programları desteklemektedir. Ancak IMF'nin politikaları, özellikle de ekonomik kemer sıkma dönemlerinde, halk sağlığı için harcanan parayı sınırlandırarak sağlık eşitsizliklerini daha da kötüleştirebilir. Sağlık alanında kamu-özel sektör ilişkilerinin rolü de giderek önem kazanan bir başka alandır. Dünya Bankası ve DSÖ, kamu ve özel sektörün kaynakları, bilgiyi ve yeni fikirleri paylaşarak sağlık sorunlarını çözmek için birlikte çalışması için baskı yapmaktadır. Bu anlaşmalar yoluyla daha fazla para elde etmek ve büyük ölçekli sağlık programları yürütmek mümkün olabilir. Ancak bu anlaşmalar aynı zamanda özel çıkarların kamu sağlığı politikalarını ve hedeflerini nasıl etkileyebileceği konusunda insanları endişelendirmektedir.

1.2.4.2.4. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD)

OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü), sağlık politikaları konusundaki rolü öncelikle üye ülkelerin sağlık sistemlerini analiz etmek ve araştırmak üzerine kuruludur. OECD, sağlık hizmetlerinin etkinliği, erişilebilirliği ve kalitesi gibi konuları inceler. sağlık hizmetleri yönetiminin tonunu belirler ve genel sağlık sistemi etkinliği, maliyet kontrolü için teşvikler ve klinik kalite gibi konularda

politika süreçlerini belirler (Kay & Carroll, 2014). Sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanmasında ülkeler arası deneyim paylaşımını ve en iyi uygulamaların yayılmasını teşvik eder. Özellikle sağlık sistemlerinin finansmanı ve organizasyonu konularında kapsamlı bilgi ve veri sağlayarak, üye devletlerin sağlık politikalarını şekillendirmede önemli bir kaynak sunar. Uluslararası karşılaştırmalı veriler toplayarak, iyi uygulamalar konusunda uluslararası alışverişi teşvik ederek ve uluslararası kılavuzlar geliştirerek sağlık hizmetlerinin gelişimine katkıda bulunur (Yelland, 2010). OECD'nin sağlık istatistikleri, uluslararası karşılaştırmalar yapmak için temel bir veri kaynağıdır ve bu istatistikler, sağlık alanında politika yapıcıların karar verme süreçlerinde kritik bir rol oynar. Bu sayede, OECD, sağlık politikalarının geliştirilmesinde küresel düzeyde etkili bir rehber ve danışman olarak ön plana çıkar.

1.3. Sağlık Sistemleri

1.3.1. Sağlık Sistemi Kavramı

Roemer sağlık sistemini “kaynakların, organizasyonun, finansmanın ve yönetim bütünüünün topluma sağlık hizmeti sunumuna yönlendirilmesi” olarak tanımlamıştır. Roemer'in tanımı, sağlık sisteminin çok boyutlu bir yapı olduğunu vurgulamaktadır. Bu yapıda, kaynakların etkili kullanımı, organizasyonun etkin düzenlenmesi, finansmanın adaletli dağılımı ve yönetimin etkin olması gibi unsurlar büyük önem taşır. Sağlık hizmetlerinin sunumu, bu dört temel bileşenin birleşimiyle gerçekleşir ve her biri, sistemin genel etkinliğini doğrudan etkiler. Roemer, sağlık hizmetlerinin sadece hastalıkların tedavisi olmadığını, aynı zamanda hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve iyileştirilmesi gibi kapsamlı bir yaklaşım gerektirdiğini belirtir. Bu, sağlık sisteminin sadece tıbbi tedaviye değil, aynı zamanda halk sağlığına ve sosyal refaha da odaklanması gerektiğini ifade eder. (Roemer, 2002)

Bu tanımı genişletmek ve sağlığı etkileyen her türlü eylemi sağlık sisteminin bir parçası olarak değerlendirmek, bazı zorlukları beraberinde getirir. Sağlık sistemi, genellikle hastaneler, klinikler, sağlık çalışanları ve sağlık hizmetleri sunan diğer kurumları içerir. Bu tesisler ve profesyoneller, doğrudan sağlık hizmetleri sunarlar ve hastaların sağlık durumlarını iyileştirmeyi amaçlarlar. Ancak, sağlığı etkileyen birçok etken, sağlık sisteminin geleneksel sınırları dışında yer alır. Örneğin, çevresel

faktörler, eğitim, sosyoekonomik durum ve yaşam tarzı seçimleri gibi unsurlar insan sağlığı üzerinde önemli etkiler yapabilir. Bu unsurların sağlık üzerindeki etkileri kabul edilse de bunları sağlık sisteminin doğrudan bir parçası olarak görmek, sistemin kapsamını aşırı derecede genişletebilir ve yönetimini karmaşıklştırabilir. Sağlık eyleminin açıkça ifade edilen bir tanımı olsa dahi, bazı eylemler farklı kişiler tarafından sağlık eylemi olarak yorumlanırken, bir başkası tarafından sağlık eylemi olarak yorumlanmayabilir (Murray ve Frenk, 1999: 4). Bu nedenle, sağlık sistemlerinin sınırlarını belirlerken, sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetimi ile doğrudan ilgili olan unsurların odak noktası olması genellikle daha uygun görülür.

1.3.2. Sağlık Sistemlerinin Amaçları

Bir sağlık sisteminin amaçları, üç temel hedefe odaklanır: sağlığın iyileştirilmesi, nüfusun beklentilerine yanıt verebilirliğin artırılması ve mali katkılarda adaletin sağlanması. Sağlığın iyileştirilmesi hem ortalama sağlık durumunun yükseltilmesini hem de sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasını kapsar. Duyarlılık, bireylerin onuruna, mahremiyetine ve özerkliğine saygı göstermenin yanı sıra sağlık hizmetlerinde hızlı ilgi, kaliteli olanaklar ve seçim hakkı sağlamakla ilgilidir. Mali katkılarda adalet, sağlık hizmetleri için adil ödeme yapılmasını, hane halklarının sağlıkla ilgili aşırı mali yüklerden korunmasını ve katkıların hane halkı gelirin'e göre uyarlanmasını gerektirir. Bu hedefler, sağlık sisteminin hem bireysel hem de toplumsal sağlık ihtiyaçlarını adil ve duyarlı bir şekilde karşılamasının önemini vurgulamaktadır (Murray ve Frenk, 2000).

Murray, bir sağlık sisteminin hedeflerini; birey ve toplum sağlığı hizmetleri arasında bir denge kurulması gerektiği vurgulayarak daha da detaylandırmıştır (Murray ve Frenk, 2000). Bu denge, hem acil sağlık sorunlarını hem de uzun vadeli halk sağlığı stratejilerini ele alan kapsamlı bir yaklaşım sağlar. Sağlık sistemi, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamayı amaçlar; yani ekonomik durumları ne olursa olsun herkes gerekli sağlık hizmetlerini almak için eşit fırsata sahip olmalıdır. Ayrıca sistem, kaynakların kullanımında verimlilik için çaba göstererek sağlık hizmetlerinin kaliteden ödün vermeden maliyet etkin bir şekilde sunulmasını sağlar. Bu, sağlık

sonuçlarını optimize etmek için insan kaynakları, mali kaynaklar ve teknolojik kaynaklar dahil olmak üzere sağlık kaynaklarının etkin yönetimini içerir.

1.3.4. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

1.3.4.1. Tarihsel Kökenler ve İlk Yaklaşımlar

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması üzerine yapılan ilk akademik çalışmalar, 20. yüzyılın ortalarına dayanır. Bu dönemin öncü çalışması Karl Evang tarafından 1960 yılında yapılmıştır. Evang, sağlık sistemlerini genel olarak dört ana kategoriye ayırmıştır: Batı Avrupa Tipi, Amerika Tipi, Sovyet Rusya Tipi ve Gelişmemiş Ülkeler Tipi. Bu sınıflandırma, o dönemin coğrafi ve politik bağlamlarını temel alarak yapılmıştır ve sağlık sistemlerinin nasıl organize edildiğini anlamada ilk adımlardan birini temsil eder (Evang, K., 1960). 1978 yılında Milton Terris, sağlık sistemlerini üç ana kategoride sınıflandırmıştır: Sosyal Yardım, Sağlık Sigortası ve Ulusal Sağlık Hizmetleri. Terris'in yaklaşımı, sağlık sistemlerinin finansman ve sunum mekanizmalarına odaklanmıştır ve daha önceki coğrafi ve politik sınıflandırmaların ötesine geçmiştir. Bu çalışma, sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği ve sunulduğu konusunda temel farklılıkları tanımlamıştır (Terris, 1978).

1989'da Milton Roemer, sağlık sistemlerini dört ana kategoriye ayırmıştır: Serbest/Girişimci Piyasa Tipi, Refah Yönelimli Tip, Kapsayıcı Tip ve Sosyalist Tip. Roemer'in bu sınıflandırması, sağlık sistemlerinin yapısal özelliklerine ve hükümet politikalarına odaklanarak, sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği ve sunulduğu konusunda daha ayrıntılı bir çerçeve sunmuştur. Roemer'in yaklaşımı, sağlık sistemlerini anlaşılır ve karşılaştırılabilir kılan net bir yapı sunmuştur ve politika yapıcılar için önemli bir referans noktası olmuştur. 1990'lı yıllarda sağlık sistemleri üzerine yapılan çalışmalar, daha karmaşık ve çok boyutlu sınıflandırmalara yönelmiştir. Kılıç ve Bumin'in çalışması, sağlık sistemlerini altı farklı kategoriye ayırmıştır: Özel Sigorta Ağırlıklı, Sosyal Sigorta Ağırlıklı, Ulusal Sağlık Sistemi, Sosyalist Sağlık Sistemi, Karmaşık Yapıda Sağlık Sistemi ve İlkel Yapıda Sağlık Sistemi. Bu sınıflandırma, sistemlerin finansal ve yapısal özelliklerini daha detaylı bir şekilde ele almıştır (Kılıç ve Bumin, 1993). Aynı dönemde, Dünya Bankası da sağlık sistemlerini ekonomik duruma göre sınıflandırmıştır. Bu sınıflandırma, ülkeleri

Düşük-Gelir, Orta-Gelir, Avrupa'nın Eski Sosyalist Ülkeleri, Yerleşmiş Pazar Ekonomisi Ülkeleri ve ABD olmak üzere beş gruba ayırmıştır. Bu yaklaşım, sağlık sistemlerinin ekonomik kontekst içinde değerlendirilmesine imkân tanımıştır.

1.3.4.2. Modern Yaklaşımlar ve Uluslararası Kuruluşların Rolü

Günümüzde, OECD (1987) ve WHO gibi uluslararası kuruluşlar, sağlık sistemlerini geniş bir perspektiften ele alarak, sağlık hizmetlerine erişim, finansman, verimlilik ve sağlık sonuçları gibi parametreleri içeren sınıflandırmalar yapmıştır. Bu sınıflandırmalar, ülkeler arası karşılaştırmaları kolaylaştırmakta ve global sağlık politikalarının geliştirilmesine yardımcı olmaktadır. Özellikle, WHO'nun sağlık sistemlerini değerlendirme çerçevesi, dünya çapında sağlık politikalarının şekillendirilmesinde önemli bir rol oynamıştır. Ekonomistler ve sağlık politikası uzmanları, sağlık sistemlerinin maliyet etkinliği, finansman modelleri ve hizmet sunumu kalitesi gibi konularda derinlemesine analizler yapmışlardır. Uwe Reinhardt, Michael Porter ve Elizabeth Teisberg gibi isimler, farklı sağlık sistemlerinin avantajlarını ve zorluklarını ortaya koymuş, daha etkili ve erişilebilir sağlık hizmetleri sunma yolunda önemli katkılar sağlamıştır. Çağdaş yaklaşımlar, sağlık sistemlerinin sadece mali ve yapısal boyutlarını değil, aynı zamanda hizmet sunumunun kalitesini, erişilebilirliğini ve etkinliğini de dikkate almaktadır. Bu yaklaşımlar, sağlık hizmetlerinin sadece mali yönleriyle değil, aynı zamanda toplumun genel sağlık durumu ve eşitlik açısından da değerlendirilmesini sağlar.

1.3.4.3. Çağdaş Sınıflandırmalar ve Küresel Eğilimler

Milton Roemer'in 1993'teki çalışması, sağlık sistemlerinin değerlendirilmesindeki en kapsamlı ve etkili çalışmalardan biridir. Roemer, sağlık sistemlerini Serbest/Girişimci Piyasa, Refah Yönelimli, Kapsayıcı ve Sosyalist Tip olarak ayrıntılı bir şekilde sınıflandırmıştır. Bu sınıflandırma, sağlık sistemlerinin yapısal ve politik özelliklerine göre yapılmış ve dünya çapında sağlık politikalarının geliştirilmesinde önemli bir katkı sağlamıştır. Elling'in 1994 çalışması ise sağlık

sistemlerini daha geniş bir perspektiften ele almıştır. Tümüyle Kapitalist Ülkeler, Sosyal Yönelimli Ülkeler, Sanayileşmiş Sosyalist Ülkeler, Kapitalizme Bağımlı Ülkeler ve Dünya Sistemlerinden Yarı-Bağımsız Ülkeler olarak beş ana gruba ayrılmıştır. Bu sınıflandırma, sağlık sistemlerinin ekonomik ve politik bağlamlarının yanı sıra, küresel sistem içindeki konumlarını da dikkate almıştır (Elling, 1994).

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması üzerine yapılan literatür, zaman içinde çeşitlenmiş ve derinleşmiştir. Bu çalışmalar, sağlık sistemlerinin anlaşılmasını ve değerlendirilmesini kolaylaştırmakta, politika yapıcılar ve sağlık profesyonelleri için önemli bilgiler sunmaktadır. Her bir sınıflandırma, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı gibi farklı boyutlara odaklanarak, sağlık sistemlerinin karmaşık doğasını ve çeşitliliğini anlamamıza yardımcı olur. Ayrıca, bu sınıflandırmalar, küresel sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uluslararası düzeyde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için stratejiler geliştirilmesine katkıda bulunur. Gelecekte, sağlık sistemlerinin sınıflandırılması, teknolojik ilerlemeler, demografik değişiklikler ve küresel sağlık ihtiyaçları gibi alanlardaki gelişmelerle birlikte evrimleşmeye devam edecektir. Bu süreçte, daha bütüncül, esnek ve kapsayıcı sağlık sistemleri modellerinin geliştirilmesi ön plana çıkacaktır. Bu gelişmeler, dünya genelinde sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini artırma yolunda önemli adımlar olacaktır.

1.3.4.4. Milton I. Roemer'in Sınıflandırmasına Göre Ülke Sağlık Sistemleri

Milton I. Roemer, tarih boyunca çeşitli ülkelerde uygulanan sağlık sistemlerini analiz etmiş ve bu sistemler üzerine kapsamlı bir sınıflandırma modeli geliştirmiştir. Bu model ilk olarak 1950'lerin sonlarına doğru ortaya çıkmış ve zaman içinde, özellikle 1960, 1984 ve 1991 yıllarında, Roemer tarafından daha da rafine edilmiştir. En son ve en geniş kapsamlı sınıflandırması ise 1993 yılında yayımlanmıştır. Bu çalışmada, Roemer 165 farklı ülkenin sağlık sistemlerini incelerken, devletin sağlık sistemine olan müdahale derecesine göre dört ana kategoriye ayırmıştır: Serbest Piyasa Tipi, Refah Yönelimli Tip, Kapsayıcı Tip ve Sosyalist Tip sağlık sistemleri (Roemer, 1993). Bu sınıflandırma, sağlık politikaları ve sistemlerinin evrimini anlamak açısından önemli bir referans noktası oluşturmuştur.

Tablo 1: Sağlık Sistemi Tipleri ve Ayırt Edici Temel Özellikleri

Özel Teşebbüs/Serbest Pazar Tipi	Refah Yönelimli Tip	Kapsayıcı/Bütüncü/ Tekcil Hizmet Tipi	Sosyalist/Merkezi Planlama Tipi
1. Kişisel, doğrudan ödeme ve/veya isteğe bağlı sigortalar ile hastalık ve sağlık hizmeti talebi karşılanmaktadır. 2. Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebini karşılarsa da asıl unsur değildir. 3. Özel sektör, sağlık hizmetlerinin arz ve talebinin karşılanmasında asıl unsurdur.	1. Tüm bireylere yönelik zorunlu, kişisel prim ödemeye dayalı sağlık sigortası mevcuttur. Hastalık (bazen de sağlık) hizmeti talebi asıl unsurdur. 2. Kamu sektörü sağlık hizmetleri talebinde asıl unsurdur. Sağlık hizmetleri arzında daha az yer almaktadır. 3. Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında olabilir, talebinde ek imkanlar sunulabilir.	1. Tüm bireylere yönelik tam kapsamlı, zorunlu sağlık sigortası mevcuttur. Ücretsiz kamu sağlık arz ve talebi asıl unsurdur. 2. Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur. 3. Özel sektör de sağlık hizmetleri arzında olabilir, talebinde ek imkanlar sunar.	1. Tüm bireylere yönelik zorunlu, toplumun ortak/kolektif sağlık güvencesi ile sağlık hizmeti talebi karşılanmaktadır. Sağlık hizmeti arzı ise ücretsizdir. 2. Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur. 3. Özel sektör sağlık hizmetinin arz ve talebinde yer almaz veya çok az yer alır.

Kaynak: Sargutan, A. E, 2005; aktaran Sungur, 2021)

Tablo 1’de bazı ülkelerin ekonomik gelişmişlik seviyelerine bağlı olarak hangi sağlık sistemi türüne dahil olduklarını, bu sistemlerin belirgin özellikleri dikkate alınarak göstermektedir.

1.3.4.4.1. Girişimci ve Serbest Sağlık Sistemi

Özel Teşebbüs veya Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemleri, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün ve piyasa mekanizmalarının öncülük ettiği bir modeli temsil eder (Sargutan, 2005:416). Bu sistemlerde, sağlık hizmetlerine erişim ve finansman

büyük ölçüde bireylerin özel sağlık sigortaları ve doğrudan ödemeleri aracılığıyla sağlanır. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinin kalitesi, fiyatı ve erişilebilirliği piyasa koşulları tarafından belirlenir ve rekabet esas alınır.

Bu modelin temel özelliği, tüketici özgürlüğü ve tercihlerin ön planda olmasıdır. Hastalar, sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında seçim yapma özgürlüğüne sahiptirler ve sağlayıcılar, hizmetlerini iyileştirmek ve daha etkili hale getirmek için rekabet ederler. Bu rekabet ortamı, teorik olarak hizmet kalitesinin ve verimliliğin artmasına yardımcı olabilir. Ancak, bu sistemin temel eleştirilerinden biri, maddi imkanlara bağlı olarak eşitsiz sağlık hizmeti erişimine yol açmasıdır.

Yüksek gelirli bireyler, genellikle daha kaliteli sağlık hizmetlerine erişebilirken, düşük gelirli bireyler bu hizmetlerden mahrum kalabilir veya sınırlı erişim sağlayabilirler. Bu durum, sağlık hizmetlerinde sosyoekonomik eşitsizlikleri derinleştirebilir. Sistemde, sigorta satın alma zorunluluğu ile tüm başvuranları kabul etme zorunluluğu bulunmamaktadır. Dolayısıyla isteğe bağlı sigorta yoluyla sistemde oluşabilecek riskler en aza indirilmektedir. Sağlık hizmeti, özel girişimin sermaye hareketliliğine dayalı bir endüstri olarak değerlendirilmektedir (Schmid vd., 2010: 471-472, akt Çelebi, A. K., & Cura, S. 2013:52). Özel teşebbüsün sağlık hizmetlerindeki ağırlığı, kamu sağlık harcamalarının azalmasına ve dolayısıyla halk sağlığına yönelik genel hizmetlerin kısıtlanmasına yol açabilir. Kamu sağlık sisteminin yetersizliği, özellikle acil durumlar ve salgın hastalıklar gibi olağanüstü durumlarda ciddi sorunlara neden olabilir. Özel teşebbüs / serbest pazar tipi sağlık sistemleri, bireysel özgürlük ve piyasa dinamiklerine dayalı bir yaklaşım sunarken, eşitsiz erişim ve kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliği gibi önemli zorlukları da beraberinde getirir. Bu sistemlerin etkinliği, büyük ölçüde ülkenin ekonomik yapısı, gelir dağılımı ve sosyal politikalarına bağlıdır.

1.3.4.4.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi

Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin her vatandaşa eşit ve adil bir şekilde sunulduğu sistemlerdir. Bu sistemlerin temelini, hükümetin sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yönetiminde

merkezi bir rol oynaması oluşturur (Sorgutan, 2005:417). Refah odaklı sistemlerde, sağlık hizmetleri genellikle vatandaşların vergileri ile finanse edilir ve hşkşmet, hizmetlerin kalitesini ve erişilebilirliğini garanti altına alır. Sağlık hizmetlerine herkesin eşit erişimi esas alınır. Gelir düzeyi veya sosyal statş gibi faktşrler, bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma derecesini etkilemez. Bu yaklaşım, toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmeyi ve sağlık hizmetlerinde sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltmayı hedefler.

Refah Yşnelimli Sağlık Sistemlerinde hşkşmet, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği üzerinde etkin bir dşzenleme ve denetim mekanizması kurar. Bu, sağlık hizmetlerinin sşrekli iyileştirilmesini ve toplumun genel sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlar. “Bu modele gşre sigortanın konusu vatandaş değildir. Çalışanlar gelir düzeylerine gşre üçşncşl taraflara prim şdemesi yaparlar” (şztşrk ve Karakaş, 2015: 44 akt. Sungur, C. 2021). Koruyucu sağlık hizmetlerine ve halk sağlığına şnem verir, bireylerin sağlık konusunda bilinçlendirilmesini ve hastalıkların şnlenmesini hedefler.

Refah Yşnelimli sağlık modeli, Kapsayıcı tip sağlık sistemlerinden farklı olarak, sağlık gşvencesini prim şdemeli sağlık sigortası yoluyla sunar ve genellikle sadece tedavi hizmetlerini kapsar. Kapsayıcı sistemler, kamu kaynaklarıyla finanse edilen şcretsiz ve zorunlu sağlık gşvencesi sağlarken, Refah Yşnelimli modelde bireylerin sağlık sigortası primleri, sağlık hizmetlerinin finansmanında ana kaynak olarak kullanılır. Bu, her iki sistemin sağlık hizmetlerine erişim ve finansman yşntemlerinde temel bir farklılık oluşturur.

Refah Yşnelimli Sağlık Sistemlerinin dezavantajları, genellikle yşksek vergi yşkş, uzun bekleme sşreleri ve kaynak kısıtlılığına dayanır. Sağlık hizmetlerini finanse etmek için vatandaşlardan yşksek vergiler toplar, bu da ekonomik bir yşk oluşturabilir. Eşit erişimin sağlanması, bazen hizmetlere erişimde gecikmelere ve uzun bekleme sşrelerine sebep olabilir. Hşkşmet finansmanıyla çalışan bu sistemler, bşte kısıtlamaları nedeniyle bazı sağlık hizmetlerini sınırlandırabilir. Bu durumlar, sistemin etkinliğini ve sşrdşrşlebilirliğini etkileyebilir.

Refah Yönelimli sağlık modeli, yüksek gelirli ülkelerde başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir ve birçok gelişmekte olan ülkede de kullanılmaktadır. Ancak, gelir düzeyi düşük ve gelir dağılımı dengesiz olan ülkelerde, bu modelin uygulamasında çeşitli sorunlar yaygın olarak karşılaşılabilmektedir. Buna rağmen, bu tür ülkelerde de sistemin bazı durumlarda etkili olabildiğini gözlemlemek mümkündür. Bu, modelin uygulamasının ülkenin ekonomik yapısına ve sosyal koşullarına bağlı olarak değişken sonuçlar verebileceğini gösterir. Gelişmiş ülkelerde bu modelin etkinliği, güçlü ekonomik yapısı ve stabil sosyal koşulları sayesinde sağlanırken, gelir düzeyi daha düşük ve gelir dağılımı dengesiz olan ülkelerdeki uygulamalarında karşılaşılan sorunlar, bu ülkelerin özgün ihtiyaçlarına ve kaynak kısıtlarına bağlıdır. Bununla birlikte, gelişmekte olan ülkelerde bile, belirli koşullar altında bu modelin başarılı olabileceği gözlemlenmektedir, bu da sistemin esnekliğini ve uyarlanabilirliğini gösterir (Sargutan 2004:44,45).

Tablo 2: Sağlık Sistemlerinin Bazı Avantaj ve Dezavantajlarını Gösteren Tablo

1.3.4.4.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi

Sağlık Sistemleri	Özel Teşebbüs / Serbest Pazar	Refah Yönelimli Tip	Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet	Sosyalist / Merkezi Planlama
Avantajları	Bireysel ihtiyaçlara göre özelleştirilmiş sağlık hizmetleri. -Sağlık hizmetlerinin geniş bir yelpazede sunumu.	- Tüm kişisel sağlık hizmetleri kamu kaynaklarıyla karşılanır. - Sağlık hizmetleri talebi ve arzı büyük oranda kamu sorumluluğunda. - Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunumu. - Kapsamlı sağlık sosyal güvenliği.	- Genellikle kapsamlı sağlık sigortası bulunur. - Kamu ve özel sektör arasında hizmetlerin dağılımı. - Ekonomik ve sosyal refaha odaklı devlet anlayışı.	Toplumsal ve kişisel tüm sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunumu. - Sağlık hizmetlerinin merkezi olarak planlanması ve yönetilmesi. - Eşit ve adil sağlık hizmeti erişimi.
Dezavantajları	- Sadece maddi imkanı olanlar için sağlık güvencesi. -Kamu kaynaklarının kullanımının az olması. - Sağlık hizmetlerinde arz ve talebin serbest piyasa şartlarında dengelenememesi. - Pazar şartlarına uyumsuzluk nedeniyle beklenen yararların olumsuz etkilenmesi. - Hizmetin sunumu, ücreti, kalitesi, miktarı vb. üzerinde değerlendirme ve denetim imkanları kısıtlı.	-Devletin diğer gelirlerinden önemli ölçüde kaynak ayrılması gerekliliği (Yüksek Vergiler). - Kamu kaynaklarının kısıtlı olması durumunda zorluklar yaşanabilir.	- Bireylerin prim ödemeleri ve katılım payları gerektirir. - Kaynaklarda yetersizlikler ve dağılımında dengesizlikler olabilir.	- Özel sektörün olmaması nedeniyle hizmet çeşitliliğinde sınırlılıklar. - Toplum kaynaklarının yetersizliği durumunda hizmet kalitesinde düşüşler olabilir. - Sağlık hizmetlerinin arz ve talebinin tamamen toplum tarafından sağlanmasının zorlukları.

Kapsayıcı sağlık sisteminde bireylerin sağlık hizmetleri talepleri, kamu kaynakları ile karşılanır ve bu hizmetler genellikle bireylerden doğrudan veya yarı-doğrudan bir harcama gerektirmez. Bu sistemde, bireylerin vergi yoluyla sağlık hizmetlerinin finansmanına dolaylı olarak katılımı söz konusudur (Abel-Smith, 1992). Talebin kamu kaynaklarıyla finanse edilmesi, bireylere ek bir "sağlık vergisi" ödemesi yapma zorunluluğu getirmez. Sistem, kamu sektörü ağırlıklı olmakla birlikte, özel sektör de hizmet sunabilir. Özel sektörün katılımı, iyi bir denetim sistemi ile kontrol altında tutulur. Bu model, temel, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin yanı sıra, tedavi edici hizmetleri de kapsar ve bu hizmetler, genellikle tek bir örgüt tarafından sağlanır. Bu sağlık modeli, genellikle Birleşik Krallık'ta bulunan ve William Henry Beveridge tarafından önerilen Beveridge Modeli ile ilişkilendirilir. Beveridge, sosyal politika ve güvenlik kavramlarını geliştirmiş ve raporunda, yoksulluğun nedenleri ve çözümleri üzerine yoğunlaşmıştır. Rapor, sosyal güvenlik sistemlerinin kurulmasını ve temel sağlık hizmetlerinin herkese sunulmasını önerir. Beveridge'in önerileri, genel bir Sosyal Güvenlik Sistemi'nin temellerini atmıştır. Bu tür sistemler, genellikle kamu kaynaklarıyla finanse edilir ve sağlık hizmetlerinin her vatandaşa eşit şartlarda sunulmasını amaçlar.

Günümüzde, bu tür sistemler, ekonomik zorluklar ve sosyal harcamaların azaltılması baskıları nedeniyle değişikliklere uğramaktadır. Örneğin, hizmet talepleri için özel sektörün daha fazla yer alması gibi. Ancak, bu değişiklikler sistemin temel ilkelerini etkilemez; sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara aynı sistem içinde sunulması temel ilke olarak korunur. Özellikle yüksek gelirli ülkeler, bu tür sağlık sistemlerini benimsemeye eğilimlidir. Ancak, düşük gelirli ve gelişmekte olan ülkelerde bu sistemlerin başarılı bir şekilde uygulanması daha zordur. Bu ülkelerde, kamu kaynaklarının sınırlı olması ve ekonomik yapıdaki farklılıklar, bu sistemin uygulanmasını zorlaştırabilir.

1.3.4.4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri

Sosyalist veya merkezi planlama temelli sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerinin toplumun ortak ihtiyaçlarına göre şekillendirildiği ve bireysel mali katkıların minimuma indirildiği yapılar olarak tanımlanabilir. Bu sistemlerin en belirgin özelliği,

sağlık hizmetlerinin piyasa mekanizmalarının dışında kalarak, tamamen toplum hizmeti olarak sunulmasıdır. Hizmetlerin finansmanı, bireylerin ödediği vergiler ve toplumun diğer gelir kaynaklarından sağlanmakta, bu sayede herkesin sağlık hizmetlerine eşit ve ücretsiz erişimi garanti altına alınmaktadır. (Sargutan, 2005:424)

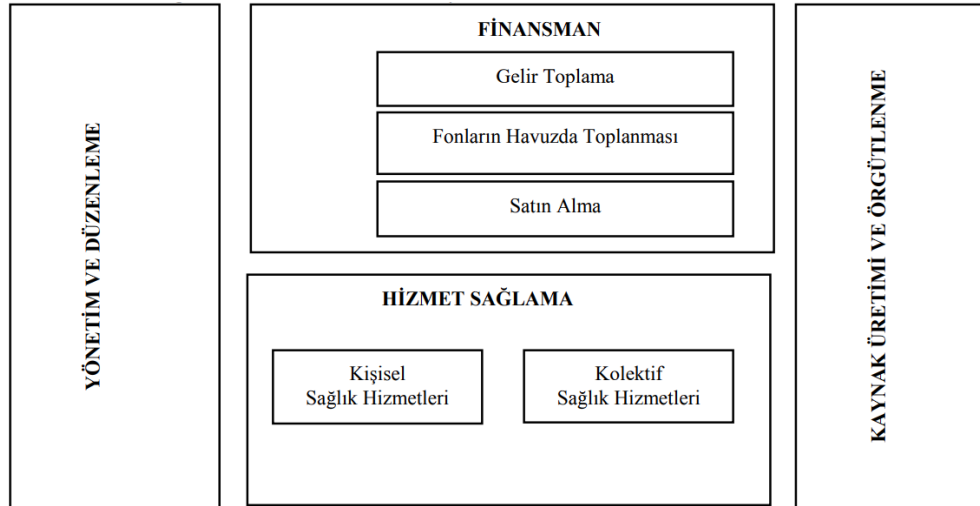
Bu tür sağlık sistemlerinde, sağlık hizmetlerinin arz ve talebi toplumsal bir tekel oluşturur ve özel sektörün varlığına izin verilmez. Sağlık hizmetlerinin merkezi olarak planlanması ve yürütülmesi, hizmetlerin toplumun ihtiyaçlarına göre belirlenmesi ve herkese toplum kaynaklı sağlık güvencesi altında ücretsiz hizmet sunulması bu sistemlerin temel ilkeleri arasındadır. Sağlık hizmetlerinin üretimi, dağıtımı ve sunumu tamamen kamuya ait olup, bu sistemlerde sağlık personelinin sosyal statüsü eşitlikçi bir yapıdadır ve hiyerarşiye yer verilmez. 1917 Rusya İhtilali sonrasında Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde Marx ve Lenin teorilerine dayalı olarak kurulan bu sistem, dünya çapında bir örnek teşkil etmiştir. SSCB'de, özellikle 1970 sonrası dönemde, askeri harcamalara ayrılan kaynakların artması sağlık hizmetlerinin gelişimini yavaşlatsa da, bu sistem pek çok açıdan başarılı olarak değerlendirilmiştir (Sargutan, 2005:425).

Bu sağlık sistemi, dünya çapında farklı ülkeler tarafından tamamen veya kısmen benimsenmiş, her ülke kendi özellikleri, ekonomik güçleri ve politik yaklaşımlarına göre bu sistemi uyarlamıştır. Bazı ülkelerde çeşitli nedenlerle çöküş yaşansa da, bu sistem hala bir teori ve uygulama modeli olarak varlığını sürdürmektedir. Ekonomik ve siyasal yapıların çöküşü sonrası, bazı ülkeler eski sistemin üstünlüklerini koruyarak, kamu ve özel sektörün bir arada bulunduğu yeni yapılanma çabalarında bulunmuşlardır. Sosyalist/merkezi planlama tipi sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerinin toplumsal bir hizmet olarak sunulduğu, finansmanının toplum kaynaklarından sağlandığı, eşitlik ve erişilebilirlik ilkelerine dayalı sistemlerdir. Bu sistemler, sağlık hizmetlerinin her düzeyde entegre edildiği, temel ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verildiği ve her bireye eşit derecede hizmet sunulduğu yapılar olarak öne çıkar. (Sargutan, 2005:425)

1.3.3. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları

Sağlık sisteminin fonksiyonları, WHO tarafından yapılan sınıflandırma kapsamında; yönetim ve düzenleme, finansman, hizmet sağlama ile kaynak üretimi ve örgütlenme olarak belirlenmiştir (Murray ve Frenk, 2000: 724). Sağlık sisteminin işlevleri arasında yönetim ve düzenleme, finansman, hizmet sunumu, kaynak üretimi ve organizasyon yer almaktadır. Bu işlevlerin her biri sağlık hizmetlerinin verimliliği, erişilebilirliği ve kalitesinin sağlanmasında kritik bir rol oynamaktadır. Yönetim ve düzenleme, sağlık sisteminin etkili bir şekilde çalışmasını sağlamak için standartların, politikaların ve gözetimin belirlenmesini içerir. Finansman, fonların harekete geçirilmesi, tahsisi ve kullanımını kapsar. Hizmet sunumu, sağlık hizmetlerinin nüfusa ulaştırılmasını gerektirir. Kaynak üretimi, gerekli sağlık işgücünün, tesislerin ve teknolojilerin geliştirilmesine odaklanır. Son olarak organizasyon, tüm bu unsurların sağlık sistemi içerisinde yapılandırılması ve koordinasyonunu ifade eder.

Şekil 1: Sağlık Sisteminin Fonksiyonları



Kaynak: Murray ve Frenk, 2000: 724.

1.3.3.1. Finansman

Finansman, sağlık hizmetleri için kaynak seferberliği ve tahsisini vurgulayan sağlık sisteminin önemli bir işlevidir. Etkili finansman stratejileri, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kalitesi ve verimliliğinin sağlanması da görevlidir. Sağlık sistemleri, vergiler ve sigorta primleri gibi kaynakları bir havuzda toplayarak finansal riskleri daha geniş bir nüfusa yayabilir, sağlık harcamalarının yönetilmesine yardımcı olabilir ve bireylerin finansal sıkıntı yaşamasını önler.

Sağlık sisteminde gelir toplama; vergiler, sigorta primleri ve cepten demeler de dahil olmak üzere çeşitli kaynaklardan sistematik olarak fon toplanmasını içerir. Bu süreç, sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi ve iyileştirilmesi için gerekli olan mali kaynakların istikrarlı bir şekilde akışını sağlamanın ayrılmaz bir parçasıdır.

Fon havuzlama, toplanan bu gelirlerin finansal riskleri nüfus arasında yaymak için biriktirilmesi ve yönetilmesi anlamına gelir. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin maliyetini daha geniş bir gruba dağıtarak bireyler üzerindeki ekonomik etkiyi en aza indirir ve böylece sağlık sisteminin erişilebilir ve uygun fiyatlı bakım sağlama kabiliyetini artırır.

Sağlık sistemi bağlamında satın alma, sağlık hizmetleri satın almak için havuzlanmış fonların stratejik kullanımıdır. Hangi hizmetlerin satın alınacağı, kimden alınacağı ve ödemelerinin nasıl yapılacağına ilişkin kararları içerir. Bu süreç, sağlık hizmetlerinin ihtiyaç duyulduğu zaman ve yerde mevcut olmasını, kaliteli ve uygun maliyetli olmasını sağlamak açısından kritik öneme sahiptir.

Sağlık sisteminin finansmanı, katkı paylarını toplananın en adil ve sürdürülebilir yolunun belirlenmesini de içerir. Bu, devlet finansmanı, bağışçı katkıları ve cepten demeler gibi çeşitli finansman kaynaklarının araştırılmasını içerir. Amaç, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini desteklerken hiçbir bireyin sağlık maliyetleri nedeniyle aşırı yük altında kalmamasını sağlayacak bir denge kurmaktır. Bu kaynakların tahsisi, sağlık sisteminin genel etkinliğini ve hakkaniyetini belirlemede kritik öneme sahiptir. Bu, en acil sağlık ihtiyaçlarına yönelik harcamalara öncelik verilmesini, temel sağlık altyapısına yatırım yapılmasını ve sağlık sonuçlarının en st düzeye çıkarılması için fonların verimli bir şekilde kullanılmasının sağlanmasını

gerektirir. Stratejik kaynak tahsisi, sağlık hizmetlerindeki açıkların kapatılmasına ve genel sağlık sistemi performansının geliştirilmesine yardımcı olur.

1.3.3.2. Hizmet Sağlama (Sunum)

Bir sağlık sistemindeki hizmet sağlama işlevi, sağlık hizmetlerinin doğrudan sunumunu kapsar. Bu, birinci basamaktan özel tedavilere kadar değişen sağlık hizmetlerinin yönetimini ve tedarikini içerir ve çeşitli sağlık profesyonellerini ve tesislerini içerir (Mutlu ve Işık, 2005: 95; Roemer, 1989: 72). Bu hizmetlerin etkinliği ve kalitesi, hasta sonuçlarını ve toplumdaki genel sağlığı doğrudan etkilediği için çok önemlidir. Sağlık hizmetlerinin nüfusun tüm kesimleri için erişilebilir olmasını sağlamak ve hem kentsel hem de kırsal sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli planlama yapılması da gerekmektedir. Tıbbi personel ve ekipman tahsisi de dahil olmak üzere etkin kaynak yönetimi, çeşitli sağlık ihtiyaçlarının etkili bir şekilde karşılanması için çok önemlidir.

Sağlık sistemi, genel olarak kişisel ve kişisel olmayan (kolektif) sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılan geniş bir hizmet yelpazesini kapsamaktadır. Kişisel sağlık hizmetleri doğrudan bireyler tarafından tüketilen hizmetlerdir. Bu hizmetler önleyici, teşhis edici, tedavi edici ve rehabilite edici tedbirleri içerir. Bu tür hizmetler, bireylerin özel sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere tasarlanır ve sağlık hizmeti sunucuları ile hastalar arasında doğrudan etkileşim ile karakterize edilir. Bu hizmetler yalnızca hastalıkların ve durumların tedavisine değil, aynı zamanda aşılar, sağlık taramaları ve yaşam tarzı danışmanlığı gibi çeşitli müdahaleler yoluyla bunların önlenmesine de odaklanır (Murray ve Frenk, 2000).

Öte yandan, kolektif sağlık hizmetleri, bireysel hastalardan ziyade daha büyük popölasyonlara veya çevresel faktörlere yöneliktir. Bu hizmetler, kitlesel sağlık eğitimi kampanyaları ve temel sanitasyon önlemleri gibi eylemleri içerir. Bu müdahaleler, sağlık ve refahın daha geniş belirleyicilerini hedefledikleri için halk sağlığı açısından çok önemlidir. Örneğin, kitlesel sağlık eğitimi halk sağlığı endişeleri hakkında farkındalık yaratabilir ve sağlığı destekleyen davranışları teşvik edebilir. Su arıtma ve atık yönetimi gibi temel sanitasyon girişimleri, hastalıkların yayılmasının önlenmesinde hayati bir rol oynamaktadır. Dolayısıyla bu hizmetler, daha sağlıklı

ortamlar yaratarak ve topluluklar içinde sağlık bilincine sahip davranışları teşvik ederek nüfusun genel sağlığına katkıda bulunur.

Kişisel ve kişisel olmayan sağlık hizmetleri arasındaki ayrım, sağlık sistemi planlaması ve kaynak tahsisi bağlamında önemlidir. Kişisel sağlık hizmetleri doğrudan, hasta merkezli bir yaklaşım gerektirir ve genellikle uzman tıbbi personel, ekipman ve tesisler gerektirir. Buna karşılık, kişisel olmayan sağlık hizmetleri tipik olarak farklı sektörler ve hükümet düzeyleri arasında işbirliği gerektirebilecek halk sağlığı girişimlerini içerir. Her iki hizmet türü de kapsamlı bir sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçasıdır ve her biri sağlık ve refahın farklı ancak örtüşen yönlerini ele alır. Bir sağlık sisteminin bu hizmetleri sağlamadaki etkinliği, genel performansının ve nüfusun çeşitli sağlık ihtiyaçlarını karşılama kapasitesinin önemli bir göstergesidir.

1.3.3.3. Yönetim ve Düzenleme

Sağlık Bakanlığı gibi kurumlar aracılığıyla yürütülen yönetim ve düzenleme fonksiyonu, bir ülkenin sağlık sisteminin etkinliğini ve kapsamını belirler (Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 376). Bu, hükümetin, nüfusun sağlık durumunu iyileştirmek ve korumak için uyguladığı politikalar ve düzenlemeler şeklinde anlaşılabilir. Bu süreçte, belirlenen sağlık hizmetleri ve standartları, vatandaşların genel sağlığını desteklemek ve geliştirmek amacıyla tasarlanır ve uygulanır. Sağlık Bakanlığı ve benzeri kurumlar, bu hizmetlerin etkili bir şekilde sunulmasını sağlamak, sağlık politikalarını yönlendirmek ve sağlık sisteminin sürekli iyileştirilmesini denetlemek için görevlendirilmiştir.

Sağlık sistemleri bağlamında yönetim, geleneksel düzenleme kavramlarının ötesine geçen çok yönlü bir işlevdir. Altı kritik alt işlevi kapsar: genel sistem tasarımı, performans değerlendirmesi, öncelik belirleme, sektörler arası savunuculuk, düzenleme ve tüketicinin korunması (Murray ve Frenk, 2000). Genel sistem tasarımı, politikaların geniş bir düzeyde formüle edilmesini ve çeşitli sağlık sistemi işlevlerinin entegre edilmesini içerir. Bu, bir sağlık sistemi içindeki diğer tüm işlevleri organize eden, tutarlılık ve stratejik uyum sağlayan bir meta işlevdir. Performans değerlendirmesi, gelir toplama, kaynak tahsisi ve hizmet sunumu gibi alanlarda kurumların etkinliğini değerlendirmeye odaklanan bir diğer kilit unsurdur. Bu

değerlendirme, stratejik rehberlik ve sistem genelinde adaletin sağlanması için çok önemlidir.

Yönetim aynı zamanda sağlık sistemi kurallarının belirlenmesini, uygulanmasını ve izlenmesini de içerir; böylece alıcılar, sağlayıcılar ve hastalar da dahil olmak üzere tüm paydaşlar için dengeli ve adil bir ortam sağlanır. Tüm sağlık sistemi için stratejik yönün tanımlanmasında çok önemli bir rol oynar. Bu çerçevede, seçilen bir dizi kritere dayalı olarak kaynakların ve dikkatin tahsisini belirlediği için öncelik belirleme esastır. Bu süreç, sağlık kuruluşlarının yapısı ve ilaç ve teknoloji sektörlerindeki rekabet ve yoğunlaşma gibi sağlık hizmetleri piyasasının dinamikleri de dahil olmak üzere çeşitli faktörlerden etkilenir. Yönetim, sağlık hizmetleri piyasasındaki bilgi ve güç asimetrisi göz önüne alındığında özellikle önemli olan düzenleme ve tüketicinin korunmasını kapsar. Bu, kurumların akreditasyon, sertifikasyon ve fiyat belirleme gibi yollarla düzenlenmesini içerir. Buradaki amaç, sağlık sistemindeki tüm katılımcılar için adalet ve hakkaniyeti sağlamaktır. Sağlık otoritelerinin bu alt işlevler için sorumluluk üstlenme biçimlerindeki çeşitlilik, yönetimin karmaşık doğasının altını çizmektedir. Bu sadece bir dizi temel kamu işlevini yönetmekle ilgili değildir; aynı zamanda sağlık sistemlerinin dinamik ve gelişen doğasını yansıtan belirli bağlamlara ve ihtiyaçlara uyum sağlamayı da içerir.

1.3.3.4. Kaynak Üretimi ve Örgütlenme

Sağlık sistemlerinde kaynak üretimi, yalnızca hizmet sunumu veya finansmanın ötesine geçen temel bir işlevdir. Sağlık hizmetleri için gerekli girdilerin üretilmesinden sorumlu çok çeşitli kuruluşları içerir. Bu girdiler sadece finansal unsurlarla sınırlı olmayıp insan kaynaklarını, tesis ve ekipman gibi fiziksel altyapıyı ve bilgiyi de içerir. Bu geniş kaynak yelpazesi, bir sağlık sisteminin etkili bir şekilde işlemesi için hayati önem taşımaktadır. Üniversiteler ve tıp fakülteleri gibi eğitim kurumları, sağlık çalışanlarına gerekli eğitim ve öğretimi sağlayarak insan kaynaklarının geliştirilmesinde kritik bir rol oynar. Araştırma merkezleri, tıp biliminin ilerlemesi ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için gerekli olan bilginin üretilmesine katkıda bulunur. (Murray ve Frenk, 2000). Sağlık sistemi içindeki rollerini ne kadar etkili bir şekilde yerine getirebileceklerini belirler. Stratejik tasarım, bu kuruluşların

nasıl çalıştıklarına, yönetimlerine ve içinde çalıştıkları çerçevelere ilişkin kararları içerir. Örneğin, eğitim kurumlarında müfredat tasarımı, öğretim metodolojileri ve pratik deneyimin entegrasyonu temel hususlar arasında yer alabilir. Araştırma merkezlerinde ise öncelikli araştırma alanlarına, finansman mekanizmalarına ve diğer kurumlarla işbirliğine odaklanılabilir. Bu kuruluşların yapısal düzenlemeleri, sağlık sisteminin daha geniş hedefleriyle uyumlu olmalı ve üretilen kaynakların ilgili, yüksek kaliteli ve erişilebilir olmasını sağlamalıdır.

Uygulama yönetimi, bu kuruluşlar arasında farklılık gösteren bir diğer unsurdur. Stratejik planların ve yapısal düzenlemelerin pratikte uygulanmasının denetlenmesini içerir. Etkili uygulama, üretilen kaynakların (vasıflı profesyoneller, en son teknolojiler veya yeni bilgiler) sağlık sistemine verimli bir şekilde entegre edilmesini sağlar. Bu entegrasyon, sağlık hizmetlerinin sürekli iyileştirilmesi ve sağlık sisteminin genel performansı için çok önemlidir. Sağlık ihtiyaçlarının ve teknolojik gelişmelerin dinamik yapısı, kaynak üretiminde esnek ve duyarlı bir yaklaşım gerektirmekte ve sağlık sisteminin değişen taleplere ve zorluklara uyum sağlayabilmesini sağlamaktadır.

2. BÖLÜM

Türkiye’de Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi

2.1.1. 1920-1963 yıllarında Sağlık Politikaları

Türkiye’de cumhuriyetin ilanından önce ve Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılışından on gün sonra 03 Mayıs 1920 tarihinde ilk kurulan Bakanlık, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olmuştur (İleri vd., 2016:179) . Bu sürecin temel taşı, Ankara hükümetinin ilk Sağlık Bakanı olarak atanmış olan Dr. Adnan Adıvar ve onun liderliğindeki ekip olmuştur. Bu dönemin başında, sağlık sektörü neredeyse sıfırdan kurulmuş ve bu süreçte çeşitli zorluklarla mücadele edilmiştir. Adıvar'ın görev süresi sona erdikten sonra, 1920 yılında Dr. Refik Saydam ve Dr. Rıza Nur, sağlık bakanlığı görevlerini üstlendiler.

Bu dönemde, sağlık hizmetlerinin temel amacı, koruyucu sağlık hizmetlerini düzenli bir şekilde yürütmektir. Bu amaç doğrultusunda, sağlık müdürlükleri ve hükümet tabiplikleri önemli roller üstlendi. Özellikle Kurtuluş Savaşı sırasında, yaralanan askerlerin tedavi ve bakımı da bu dönemin önemli gündem maddelerinden biriydi. Mustafa Kemal Atatürk, 1 Mart 1922'de TBMM'de yaptığı konuşmada, sağlık alanında izlenen politikaların ve hedeflerin altını çizdi. Bu hedefler arasında, halkın sağlığının korunması, ölüm oranlarının azaltılması, nüfusun artırılması, toplumsal ve bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması gibi önemli noktalar bulunmaktaydı. 1923 yılında, Türkiye Cumhuriyeti Kurtuluş Savaşı'ndan zaferle ayrıldı, ancak ülkenin sağlık durumu pek de parlak değildi. Sıtma, frengi, trahom, verem ve cüzzam gibi hastalıklar halk sağlığını tehdit ediyordu. Bu dönemde, ülke genelinde 86 hastane ve 6.437 sanatoryum yatağı bulunuyordu (Ak, S. 2022:30).

Dr. Refik Saydam'ın liderliği altında, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve genişletilmesi için önemli adımlar atılmıştır. Bu süreçte, hekim sayısı 1.631'e yükseltilerek, sağlık personeli içerisine doktorlar, sağlık memurları, ebe, hemşire ve eczacı gibi çeşitli meslek grupları dahil edilmiştir. Sağlık Bakanlığı bu dönemde, sağlık çalışanlarının eğitim, görevlendirme ve terfi işlemlerini merkezi bir sistemle yöneterek, bu süreçleri daha düzenli hale getirmiştir. 1924 yılında Heybeliada'da bir Verem Sanatoryumu'nun açılması ve Ankara, Bursa, İstanbul'da

Verem Dispanserlerinin kurulması ile sağlık hizmetlerinde önemli bir ilerleme kaydedilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasında "dikey" bir yapı benimsenmiştir. 21 Şubat 1925'te, Kızılay Hemşire Okulu'nun kurulması ve 1. Milli Türk Tıp Kongresi'nin düzenlenmesi gibi adımlar atılmış, bu kongrede yeni Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık sorunları tartışılarak devlet politikalarının belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Bu dönemde atılan diğer bir önemli adım ise her ilçeye bir hükümet tabibi atanması olmuş ve bu sayede kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerinin sunumu önemli ölçüde geliştirilmiştir. (Ak, S. 2022:30).

Devlet, sağlık hizmetlerini düzenleyen çeşitli kanunlar da çıkardı. 1928'de, "1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarzı İcrasına dair kanun"; 1930'da, "1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha kanunu"; ve 1936'da, "3017 sayılı Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" (yürürlükte değildir) bu kanunlar arasındaydı. Bu kanunlar, sağlık personelinin görev, yetki ve sorumluluklarını net bir şekilde belirleyerek sağlık hizmetlerinin disiplin altına alınmasını sağlamıştır.

Türkiye'nin erken Cumhuriyet dönemi, sağlık sektöründe radikal bir dönüşüm sürecine tanıklık etmiştir. Bu dönemin önde gelen isimlerinden biri, Dr. Refik Saydam olup, o dönemin en uzun süreli Sağlık Bakanı olarak kayda geçmiştir. Saydam, görev süresince birçok yenilikçi sağlık projesinin öncüsü olmuştur Dr. Saydam'ın bakanlık görevi sırasında hayata geçirdiği sağlık stratejileri, Türkiye'de sosyal devlet prensiplerine dayalı sağlık hizmetlerinin mükemmel örneklerini oluştururken, aynı zamanda gelecekte sunulacak olan sağlık hizmetleri için sağlam bir temel oluşturdu (Karabulut, 2007:6). Onun izini takip eden Dr. Behçet Uz, 1946 ve 1950 yılları arasında iki dönem Sağlık Bakanlığı yaparak, kendi döneminde dikkat çekici başarılar elde etmiştir. Uz'un en önemli başarılarından biri, 1946'da 9. Milli Tıp Kongresi'nde ilan edilen Birinci On Yıllık Sağlık Planı olmuştur. Bu plan, Türkiye'nin sağlık hizmetlerini bir on yıl boyunca genişletmeyi, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerine yenilikçi bir bakış açısı getirmeyi ve devletin sağlık alanındaki rolünü pekiştirmeyi hedeflemiştir.

II. Dünya Savaşı döneminde Türkiye, cephede yer almasa da sıtma, tifüs, çiçek gibi yaygın salgın hastalıklarla mücadele etmek zorunda kalmıştır. Bu zorlu dönem,

ülkenin sağlık politikaları üzerinde önemli etkiler yaratmıştır. 1943 yılında, köylerde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Görevlilerinin Birliği'ni düzenleyen 4459 sayılı kanun hayata geçirilmiştir. 1945 yılında ise işçilerin sağlık güvencesini sağlamak amacıyla "İşçi Sigortaları Kurumu" kurulmuştur. Dr. Refik Saydam'ın bu dönemde başlattığı sağlık hizmetleri reformu, Türkiye'de sağlık hizmetleri ve yardımına yönelik yaklaşımda yeni bir dönemin başlangıcını simgelemiştir. Bu değişimler, sağlık politikalarının gelişiminde kritik bir rol oynamış ve daha geniş kapsamlı bir sağlık hizmeti anlayışının temellerini atmıştır.

1945 yılında sadece 8 olan sağlık ocağı sayısı, 1950'de 22'ye, 1955'te 181'e ve 1960'ta 283'e çıkmıştır. 1945 yılında Sağlık Bakanı olarak atanan Dr. Kemali Bayazıt döneminde, Dr. Behçet Uz'un planı TBMM'nin dört komisyonu tarafından kabul edilmiş ancak hükümet değişikliği nedeniyle yürürlüğe girememiş ve geri çekilmiştir. 1950'lerde, Sağlık Bakanlığı tedavi hizmetlerine daha fazla ağırlık vermiş, 1954'te çıkarılan 6134 sayılı yasa ile il özel idareleri, belediyeler ve vakıflara ait hastaneler kamulaştırılmıştır. Bu uygulama, birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerini geri plana itmiş, tedavi odaklı hizmetlere öncelik verilmiştir. 1950 yılında, tedavi hizmeti veren kurumların sayısı 301 iken, hasta yatağı sayısı 18.837'den 1960 başında 566 kuruma ve 45.807 yatağa yükselmiştir (Kumbasar, A. 2016:211).

Bu dönemde, "Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü" (1952), "Optisyenlik ve Optisyenler Yasası" (1940, 3958 sayılı), "Türk Tabipler Birliği Kanunu" (1953, 6023 sayılı), "Eczacılar ve Eczacılar Yasası" (1953, 6197 sayılı), "Hemşirelik Yasası" (1954, 6283 sayılı), "Türk Eczacılar Birliği Yasası" (1956, 6643 sayılı) ve "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi" (1960, 10436 sayılı) gibi birçok önemli yasa ve tüzük yürürlüğe girmiştir. Bu yasal düzenlemeler, Türkiye'nin sağlık sektöründe hizmet kalitesini ve erişimini önemli ölçüde iyileştirmiştir (Ak, S. 2022:31).

224 sayılı Kanunun 1961 yılında kabul edilmesi, ulusal bir sağlık hizmeti sisteminin kurulması için gerekli zeminin hazırlanmasında önemli bir rol oynamıştır. Devletin bu girişime olan bağlılığı, 1961 yılında onaylanan anayasaya özel bir madde eklenmesiyle önemli ölçüde gösterilmiştir. Bu anayasa değişikliğinin bir sonucu olarak, her vatandaşın tıbbi tedaviye erişebilmesini ve hem fiziksel hem de zihinsel

sağlığını koruyabilmesini sağlamak devletin sorumluluğu haline geldi (Er,2011:55-56).

2.1.2. 1963-1980 yıllarında Sağlık Politikaları

1960-1980 yılları arasındaki dönemde Türkiye, sağlık politikasında önemli gelişmelere tanık olmuştur. 1961 Anayasası, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin sağlanmasını temel ve anayasal bir devlet görevi olarak belirlemiştir. Sonuç olarak, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi temel bir hedef haline gelmiştir. Bu süreçte, evde ve ayakta tedavinin yanı sıra küçük kasabalara ulaşmak amacıyla bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Bu anlayışla Dr. Nusret Fişek'in öncülüğünde hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiş ve "Sosyalizasyon Dönemi" olarak adlandırılan bir dönem başlamıştır.

Bu dönemde her 5000 nüfusa bir "Sağlık Merkezi" kurulması ve sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yaygınlaştırılması hedeflendi. Program, çok sayıda kurum tarafından bireysel olarak yürütülen hizmetlerin eksikliklerini en aza indirmeyi ve hizmetleri bir eğitim ve izleme zinciriyle bütünleştirerek kaynakları verimli kullanmayı amaçlıyordu. Programın tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılmasındaki amaç da buydu. 224 sayılı Kanun'da sağlıklı yaşam ve tıbbi bakıma erişim hakkı doğuştan gelen bir hak olarak tanımlanmış ve devletin bu hakkın yerine getirilmesinden sorumlu olacağı öngörülmüştür. Ancak ilerleyen yıllarda neoliberal politikalar ile bu kanunla yasalaşan sağlık politikası arasındaki gerilimin ürettiği iklim, programın başarılı olmasını zorlaştıran bir durum ortaya çıkarmıştır (Akdur, R. 1999:15).

Bu yasa, bireylerinin sağlık hakkına sahip olduğunu ilan etmekle yetinmemiş, bu hakkın hayata geçirilmesi için devletin yerine getirmesi gereken yükümlülükleri ve görevleri de belirlemiştir. Sağlık sosyalizasyonunun fiilen uygulanmaya başlandığı yıl 1963'tür; bu da yasanın yürürlüğe girmesi ile uygulanması arasında iki yıllık bir boşluk olduğunu göstermektedir. Başlangıçta daha sınırlı bir ölçekte yürütülen bu çalışma giderek artmış ve 1983 yılına gelindiğinde ülke çapında bir çalışma haline gelmiştir. Ulusal bir sağlık sisteminin yeniden tasarlanması sürecinin içerdiği incelikleri ve zorlukları, yasanın kabulünden tam ölçekli uygulamasına kadar geçen yirmi yıllık

süreyi gözlemleyerek görmek mümkündür. Anayasal hüküm ve 224 sayılı Kanun, sadece politikada değişiklik yaratmanın ötesine geçen bir etkiye sahip olmuştur. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin ele alınış ve sunuluş biçiminde bir paradigma değişikliğine işaret ederek daha kapsayıcı ve devlete karşı sorumlu bir modele doğru ilerlemiştir. Türkiye tarihinde bu dönem sadece bu sağlık politikalarının benimsenmesi açısından değil, aynı zamanda bu politikaların evrimi ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin görünümü üzerindeki kalıcı etkisi açısından da dikkate değerdir.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Türkiye'nin Ulusal Kalkınma Planları, başta sağlık sektörü olmak üzere ülkenin sosyo-politik ve ekonomik bağlamının şekillendirilmesinde önemli bir rol oynamıştır (Kılıç ve Biffl, 2021). Planlar, özel sağlık yatırımlarının sübvans edilmesi, sağlık finansmanı için kaynakların çeşitlendirilmesi ve kamu sağlık tesislerinin verimliliğinin artırılması gibi çeşitli sağlık reformu önlemlerinin uygulanmasında etkili olmuştur (Kılıcı, 2021). Bu girişimler, Türk sağlık sisteminin genel olarak iyileştirilmesine katkıda bulunarak daha iyi sağlık sonuçları elde edilmesine ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin artmasına yol açmıştır (Çınaroğlu, 2022).

Türkiye Cumhuriyeti'nin 1963-1967 yıllarını kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, sağlık sektöründe kapsamlı bir dönüşümü hedeflemiştir. Bu plan, geleneksel hastane merkezli sağlık hizmetlerinden ziyade, bireylerin genel sağlık durumlarını iyileştirmeye yönelik bir yaklaşım benimsemiştir. Planın odak noktası, sağlık hizmetlerinin toplumun geniş kesimlerine erişimini sağlamak ve sağlık bilincini artırmak olmuştur. Bu kapsamda, çevresel koşulların iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi ve beslenme şartlarının düzeltilmesi gibi stratejik hedefler belirlenmiştir. Ayrıca, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik programlar da bu dönemde önem kazanmıştır.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, sağlık hizmetlerini daha verimli ve maliyet-etkin kılmayı hedefleyerek, hastane tabanlı tedaviden ziyade evde ve ayakta tedavi yöntemlerine odaklanmıştır. Bu yaklaşım, hastaneleri sağlık sisteminin sadece bir parçası olarak konumlandırmış ve genel sağlık hizmetlerinin daha geniş bir çerçevede ele alınmasını sağlamıştır. Planın bir diğer önemli bileşeni, sağlık personeli ve

yardımcı sağlık personeli sayısının önemli ölçüde artırılması hedefidir. Bu hedefler, sağlık alanında çalışacak profesyonel personel sayısını artırarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini artırmayı amaçlamıştır.

Aynı zamanda, plan, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık sigortası sisteminin kurulması yönünde adımlar atılmasını öngörmüştür. Bu hedefler, sağlık hizmetlerine daha adil ve geniş kapsamlı bir erişim sağlama niyetini yansıtmaktadır. Plan, sağlık hizmetlerine yönelik kamu harcamalarının artırılmasını da içermekte olup, bu sayede Türkiye'nin sağlık politikalarında ve uygulamalarında önemli bir evrimin gerçekleşmesi amaçlanmıştır. Bu plan, Türkiye'nin sağlık hizmetleri alanında izlediği stratejik yaklaşımların ve uygulamaların dönüşümünde kritik bir role sahiptir.

Sosyal Sigortalar Kanunu: Türkiye'de yürürlüğe giren mevzuatlardan en mühimlerinden biri, 506 numaralı Sosyal Sigortalar Kanunu'dur. Bu kanun, 1965 yılının Mart ayında hayata geçirilmiş ve iş kazaları, meslek hastalıkları ve hastalık gibi çeşitli risk durumlarına karşı sigorta koruması sunan farklı branşları içinde barındırmıştır. Kanunun bu geniş kapsamı, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 102 numaralı Sosyal Güvenlik Asgari Normları Sözleşmesi'nde belirtilen standartlara uygun şekilde tasarlanmıştır. Bu kapsam, işsizlik ve aile yardımları hariç olmak üzere, sözleşmede tanımlanan tüm sigorta dallarını içermektedir.

506 numaralı Kanun, Sosyal Sigortalar Kurumu'na, sağlık tesisi inşa etme ve koruyucu sağlık tedbirleri alma yetkisi vermiştir. Bu maddeye göre, Kurum sağlık tesisleri kurabilecek ve çeşitli koruyucu sağlık hizmetleri sunabilecektir. Bununla birlikte, Kurumun koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanma konusunda aktif bir rol almadığı da belirtilmiştir. Bu durum, kanunun uygulama alanında bazı eksiklikler olduğunu göstermektedir. Kanunun amacı, bireylerin iş ve sağlıkla ilgili risklere karşı korunmasını sağlamak ve bu alanda daha kapsamlı bir güvence sunmaktır.

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1968 ve 1972 yılları arasında İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı önleyici ve tedavi edici bakım arasında bir denge kurmaya odaklanarak sağlık hizmetlerinin büyümesi ve sosyalleşmesi için geniş bir çerçeve çizmiştir. Plan, sağlık hizmetlerini herkesin zihinsel ve fiziksel olarak sağlıklı olduğu bir toplum inşa etmek için gerekli olan hem bir iş hem de sosyal hizmet olarak

görüyordu. Bu stratejinin önemli bir parçası, sağlıklı çalışanların üretken çalışanlar olduğu, dolayısıyla sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinin ulusal kalkınma çabalarının önemli bir parçası olduğu fikriydi. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, sağlık standartlarını iyileştirmek ve ülkedeki herkesin aynı sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için net hedefler belirlemiştir. Plan, cepten yapılan sağlık harcamalarının azalmasına yol açarak halkın sağlık hizmetlerine finansal erişiminin arttığını göstermiştir (Erus & Aktakke, 2011). Bu hedefler arasında çevre sağlığının iyileştirilmesi, halka sağlık konusunda eğitim verilmesi, yayılan hastalıklardan kurtulma ve annelerin, çocukların, gençlerin, işçilerin ve kötü beslenen insanların sağlığının iyileştirilmesi yer alıyordu. Plana göre koruyucu sağlık hizmetleri listenin en başına yerleştirilecek, terapi hizmetleri de iyi bir eklenti olarak görülecekti. Aşılar ve sağlık eğitimi kampanyaları gibi önleyici tıbbi vurgulayan hedefe yönelik programlar, önleyici yöntemin işe yaramasını sağlayacaktı. Planda, sağlık hizmetlerinin doğu şehirlerinden başlayarak batıya doğru yayılması ve herkes arasında paylaşılması öngörülmüyordu. Bu büyüme takip edilecek, doktorlara farklı alanlarda çalışma imkanı vermek için batı bölgelerinde her yıl %15 yeni sağlık merkezi inşa edilecekti. Ayakta ve evde tedavi hizmetleri sunan sağlık merkezleri, sağlık hizmetlerinin daha sorunsuz bir şekilde sunulmasını sağlamak için hastane tedavi tesisleri ve dispanserlerle daha yakın bir şekilde birlikte çalışacaktı.

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı: Türkiye'de Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977), bir önceki planda ortaya konan ilkeler üzerine inşa edilerek ülkenin sağlık sektöründe önemli bir ilerlemeye işaret etmiştir. Bu planın merkezinde, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması yoluyla yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve hayat standardının yükseltilmesi hedefi yer almaktaydı. 1982 yılına kadar belirli sağlık hizmeti standartlarına ulaşılması iddialı bir hedefti. Bu hedefler arasında her 10.000 kişiye bir sağlık merkezi, her 3.000 kişiye bir sağlık evi ve her 10.000 kişiye 33 hastane yatağı kurulması yer alıyordu. Plan ayrıca 1995 yılına kadar daha fazla iyileştirme öngörerek her 7.500 kişiye bir sağlık ocağı, her 2.500 kişiye bir sağlık evi ve her 10.000 kişiye 50 hastane yatağı hedeflemiştir (Er, 2011:61).

Üçüncü Plan, önceki yıllarda planlama amaçları, program hedefleri ve fiili sonuçlar arasında gözlemlenen farklılıkları eleştirel bir gözle değerlendirmiş, özellikle

yatırım kısıtlamalarından değil, yeni inşa edilen sağlık tesislerindeki personel zorluklarından kaynaklanan başarılarıdaki gecikmeye dikkat çekmiştir. Plan, sağlık hizmetleri programının hızlandırılmasının personel, kaynaklar, yönetim ve iş birliği konularında asgari gerekliliklerin karşılanmasına bağlı olması gerektiğini vurgulamıştır. Özellikle Ankara Etimesgut Eğitim Bölgesi gibi tam olarak uygulanan bölgelerde halk sağlığı üzerindeki olumlu etkiler vurgulanmıştır. Etimesgut ilçesinde 1966 yılında başlatılan entegre bir sağlık ve aile planlaması programı, halk sağlığı göstergelerinde önemli gelişmeler göstermiştir. Program toplam doğurganlık hızında düşüşe, aşıyla önlenebilir hastalık oranlarının düşmesi bebek ölümlerinde ve ortalama yaşam süresinde iyileşmeye yol açmıştır (Fişek, 1974). Bunlar arasında, anne ve çocuk sağlığı ile aile planlaması hizmetlerindeki ilerlemeler, bebek ve beş yaş altı ölüm oranlarının azalması ve doğumda beklenen yaşam süresinin artması gibi halk sağlığı göstergelerindeki iyileşmeler yer almaktadır.

Bu dönemde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, 1977 yılına kadar ülke nüfusunun üçte ikisini (yaklaşık 28,4 milyon kişi) kapsamayı hedeflemiştir. Bu genişleme, 9,5 milyon kişiye hizmet veren mevcut birimlerin tamamlanmasını ve ilave 18,9 milyon kişi için yeni birimlerin inşa edilmesini içerecekti. Plan ayrıca kapsamlı bir sağlık sigortası sisteminin kademeli olarak uygulanmasını öneriyordu. Bu sistem oluşturulurken, sağlık hizmetlerinin gelişmiş olduğu bölgelerde yatarak tedavi talebindeki potansiyel artışın göz önünde bulundurulması ve ek mali yükün öncelikle sigorta primleriyle finanse edilmesinin sağlanması çok önemliydi (Er, 2011:61).

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı: Türkiye'nin 1979-1983 yılları arasında kapsayan Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 31 Ağustos 1978 tarihinde 16393 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak resmîyet kazanmıştır. Planın temel amaçlarından biri, sağlık hizmetlerinin ülke geneline yayılmasını ve etkin bir şekilde sunulmasını sağlamaktır. Bu bağlamda, tam süre çalışma yasasının tüm ülkede etkin bir şekilde uygulanması ve sağlık personelinin dengeli bir şekilde dağıtılması hedeflenmiştir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık sigortaları arasındaki uyumu sağlamak, dar gelirli vatandaşların sağlık ihtiyaçlarını devlet tarafından karşılanmasını içermektedir.

Dördüncü Plan, koruyucu hekimlik hizmetlerine ve salgın hastalıklarla mücadeleye ağırlık vermiştir. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programı kapsamında, sağlık talebini karşılamak için koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin entegre edilmesi öngörülmüştür. Ancak, sağlık personelinin gelişmiş bölgelerde yoğunlaşması ve küçük yerleşim birimlerine personel sağlanmasındaki zorluklar nedeniyle, bu hedefler tam olarak gerçekleştirilememiştir. Plan, yatak sayıları ve sağlık kuruluşlarının dağılımında önemli gelişmeler kaydetmiş, ancak bu alandaki dengesizlikler devam etmiştir. Yatak sayılarının artması ve çeşitli kuruluşlarca dağınık bir şekilde yürütülen sağlık hizmetlerinin entegrasyonu konusunda zorluklar yaşanmıştır. Sağlık personelinin yetersizliği ve dengesiz dağılımı, hizmetlerin beklenen düzeyde gelişmesini engellemiştir. Bir başka önemli hedefi ise, yurt genelindeki sağlık ocaklarının ve evlerinin sayısını artırmaktır. Ancak, bu konuda yapılan yatırımlar ve gerçekleştirmeler arasında önemli farklar gözlemlenmiştir. Planın başarıya ulaşamamasının nedenleri arasında, personel eksikliği ve sağlık birimlerine gerekli ekipmanların sağlanmasındaki aksaklıklar yer almaktadır (Er, 2011:63-64).

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının tüm yurtda uygulanması ve sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için finansman sağlama gibi temel hedefler belirlemiştir. Planın bu hedefleri, Türkiye'nin sosyal devlet ve sosyal adalet ilkesine uygun bir şekilde toplumsal gelişmeyi ve ekonomik büyümeyi dengeli bir biçimde gerçekleştirmeyi amaçlamıştır. Ancak, 1980'deki hükümet darbesinin ardından bu planın uygulanabilirliği büyük ölçüde azalmış ve Türkiye için yeni bir politika anlayışı ortaya çıkmıştır.

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Türkiye'nin 1985 ile 1989 yılları arasında uyguladığı Turgut Özal liderliğindeki Anavatan Partisi'nin hükümeti tarafından geliştirilen “Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı”, sağlık politikalarında kritik bir değişikliği temsil eder. Bu plan, 13 Temmuz 1984'te Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanmıştır. Bu dönemde, önceki dört planın sosyal sağlık hizmetlerine odaklanan yaklaşımını devam ettirirken, aynı zamanda özel sağlık sektörü ve piyasa mekanizmalarına daha fazla alan tanımıştır (Özdemir, Y., E., 2001).

Planın esas hedefi, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve erişilebilirliğini artırmaktı. 1984 yılında, Türkiye genelinde 2754 sağlık ocağı ve 7452 sağlık evi bulunuyordu ve plan, 1989 yılına kadar 720 yeni sağlık ocağı ve 4215 sağlık evi inşa etmeyi öngörüyordu. Bu genişleme sayesinde, sağlık hizmetlerinin ÷lke genelinde daha eşit dağılması ve erişimin kolaylaştırılması hedefleniyordu (Er, 2011:68).

Beşinci Kalkınma Planı, sağlık hizmetlerinin tedavi odaklı yaklaşımından koruyucu sağlık hizmetlerine geçişi öneriyordu. Bu değişiklik, hizmetlerin kademelendirilmesini ve büyük şehirlerdeki yoğunlaşmanın önlenmesini içeriyordu. Ayrıca, yataklı tedavi kurumlarının mevcut kapasitesinin daha etkin kullanılması amaçlanmış, ancak yüksek boş yatak kapasitesine sahip illerde yeni yatak eklemekten kaçınılmıştır. Plan, özel sağlık kuruluşlarının desteklenmesini, bu kurumların sunduğu hizmetler karşılığında ücretlerin serbest bırakılmasını ve özel hekimlerle anlaşmalar yapılmasını da önermekteydi. Kamu ve sigorta kurumlarının sağlık hizmeti sağlamaktan geri durması ve genel sağlık sigortasına geçiş de planın önemli bir parçasıydı, ancak bu dönemde genel sağlık sigortasıyla ilgili yasal düzenlemeler tamamlanamamıştı.

2.1.3. Neoliberal Sağlık Politikalarına Geçiş

Türkiye'de neoliberal dönem, 24 Ocak Kararları'nın uygulanması ve ardından Haziran 1980'de Uluslararası Para Fonu (IMF) ile yapılan Stand-By Anlaşması ile başlamıştır. Bu dönem, kamu işletmelerinin özelleştirilmesini, mali disiplinin uygulanmasını ve özel sektörün ulusal ekonomiye giderek daha fazla dahil edilmesini savunan ekonomi politikasında önemli bir değişime işaret ediyordu. Bu stratejiler, OECD, Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kuruluşlar tarafından Türkiye'nin mali krizden çıkmasına yardımcı olmak için tavsiye edilmiştir (Sönmez, 2009:25–29).

1980 askeri darbesi, 1982 yılında neoliberal ideolojilerle uyumlu yeni bir Anayasa'nın yürürlüğe girmesine yol açmıştır. Bu Anayasa, özellikle 56, 58 ve 61. maddelerinde, devletin sağlık alanındaki rolünü 1961 Anayasası'nın yaklaşımından farklı olarak doğrudan sağlayıcı olmaktan düzenleyici bir kuruma dönüştürmüştür. Neoliberal politikaların küresel hakimiyetine rağmen, Kurt ve şaşmaz (2012)

tarafından tartışıldığı üzere, 1980'lerin hükümetleri sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finanse edilmesi gerektiğini savunmuştur.

Ancak, 1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun yürürlüğe girmesiyle devletin sağlık hizmetlerine katılımı yeniden tanımlanmıştır. Altay'ın (2007) açıkladığı gibi, bu kanun kamu sağlık kurumlarının "kamu iktisadi teşebbüsleri "ne dönüşmesini ve maliyetlerini karşılamak için yeterli gelir elde ederek mali açıdan özerk hale gelmelerini gerektirmiştir.

Bu anayasal ve yasal değişiklikler ülkenin kalkınma planlarında da kendini göstermiştir. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989), çeşitli sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki koordinasyonu geliştirmek için sağlık kurumlarına işletme yönetimi ilkelerinin uygulanmasını önermiştir. Hastane ve poliklinik operasyonları için verimli ve rasyonel standartlar oluşturmayı amaçlayan plan, önceki planlardan önemli bir değişimi işaret ediyordu. Plan ayrıca, hizmet fiyatlandırmasında şeffaflığa vurgu yaparak hastanelerde özel sektör yatırımlarını teşvik etme eğilimini sürdürmüştür (DPT, 1985).

Sigortasız veya mali açıdan dezavantajlı bireylere yardımcı olmak amacıyla 1992 yılında önemli bir sağlık hizmeti girişimi başlatılmıştır. Yeşil Kart programı, uygun bireylere tıbbi hizmetlere erişim imkanı sunarak kapsayıcı sağlık hizmetlerine doğru bir adım atmıştır (Buğra & Keyder, 2006).

Sağlık politikasının temel ilkeleri 1987 yılında önerilen "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" ile ortaya konmuştur. Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 1990 yılında hazırlanan "Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması" ve 1992 ve 1993 yıllarında gerçekleştirilen Ulusal Sağlık Kongreleri, sağlık hizmetlerinde reform yapılması ve sağlık hizmetlerine ilişkin politikaların değiştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

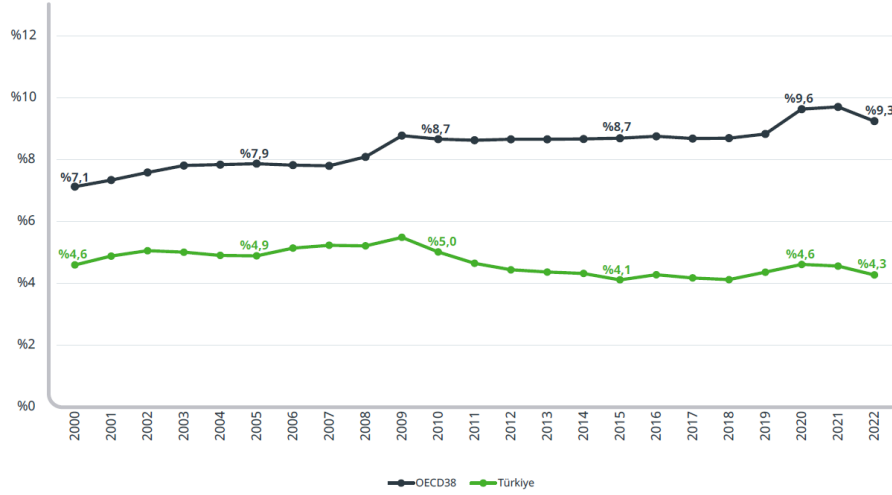
Sağlık Bakanlığı 1993 yılında "Ulusal Sağlık Politikası" programını hazırlamıştır. Bu program, sağlık hizmetlerinin sunumu, çevre sağlığı, yaşam tarzı ve sağlıklı Türkiye ile ilgili ana bölümleri içeriyordu. 1990'lı yıllarda uygulamaya konulan sağlık reformları ve politikalarının en önemli yönlerinden biri Sosyal Güvenlik Kurumlarının tek çatı altında toplanmasıdır. Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması, aile hekimliği çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin

geliştirilmesi, hastanelerin bağımsız sağlık işletmelerine dönüştürülmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık veren bir yapıya dönüştürülmesi diğer önemli hususlardır (Er,2011:78).

Devletin sağlık politikaları, refah devletinin devam eden inşası ve 1980 ile 2002 yılları arasında gerçekleştirilen önemli kamu sağlığı reformları ile tanımlanmıştır. Bireylerin sosyal güvenlik haklarına güçlü bir vurgu yapılmış ve devletin eğitim ve sağlık gibi temel hizmetleri sağlama yükümlülüğü 1982 Anayasası ile artırılmıştır. Bu dönemde aile ve nüfus planlaması, sağlık finansmanı ve sigorta kapsamı ile ilgili kaygılar başlıca ilgi alanları olmuştur. 2000'li yılların başı, aile hekimliğinin kurulması ve Sosyal Güvenlik Sisteminin tek bir yönetim yapısı altında birleştirilmesi gibi önemli reformların başlangıcı olmuştur. Bu süre zarfında Türkiye, hem yetkin hem de verimli bir sağlık sisteminin kurulması yönünde önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Türkiye'de birbirini izleyen hükümetler tarafından uygulamaya konulan neoliberal politikalar, sağlık hizmetlerinin şekillendirilmesinde çok önemli olmuştur. Bu politikalar sağlık alanında özel sermaye yatırımlarını kolaylaştırmış, piyasalaşmayı teşvik etmiş ve sağlık hizmetlerine erişimi etkilemiştir (Vural, 2017).

Türkiye, 2003 yılından bu yana uygulamaya koyduğu bir dizi sağlık reformu sonucunda 2014 yılı itibariyle neredeyse evrensel sağlık sigortası kapsamına ulaşmış ve ülke genelinde sağlık hizmetlerine erişimde adaleti artırmıştır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri oluşturulmuş, aşılama programı genişletilmiş, yeni doğan tarama ve destek programları yaygınlaştırılmış ve birçok şehirde ücretsiz kanser tarama klinikleri kurulmuştur. Nüfus yaşlandıkça, sağlık hizmetlerine olan talep arttıkça ve yeni teknolojiler geliştirildikçe, maliyetleri kontrol etmek hala temel endişe kaynağı olmaya devam etmektedir.

Şekil 2: Türkiye ve OECD’de Cari Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (2000-2022)



Kaynak: OECD.Stat (2022) Erişim Adresi: <https://stats.oecd.org/> Erişim Tarihi: 29.12.2023

Türkiye ve diğer OECD ülkeleri arasında sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içindeki oranlarının zaman içerisinde nasıl değiştiği grafiklerle incelenmiş. 2000 yılında Türkiye'nin sağlık harcamaları GSYH'nin yalnızca %4,6'sını oluştururken, OECD ortalaması %7,1'di. Bu fark, Türkiye'nin 2003'te başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile azalmaya başlamış ve 2007'ye kadar %5,2'ye ulaşmıştır. Ancak, 2009'daki global finansal krizin etkisiyle, Türkiye'nin sağlık harcamaları GSYH içinde %5,5'e çıkarak rekor bir seviyeye ulaşmış. 2010 yılından sonra ise sağlık harcamalarının kısıtlanmasıyla bu oran düşmeye başlamıştır.

Diğer taraftan, OECD ülkelerinin ortalaması 2019'a kadar yaklaşık %8,7 civarında sabit kalmıştır. 2020 ve 2021 yıllarında, Covid-19 pandemisinin etkisiyle Türkiye'deki sağlık harcamaları GSYH'nin %4,6'sına çıkmış, fakat 2022'ye gelindiğinde bu oran %4,3'e gerilemiştir. Aynı dönemde OECD ülkelerinde bu oran ortalama %9,3 olmuştur, bu da Türkiye'nin OECD ortalamasına göre daha düşük bir oranla sağlık harcaması yaptığını ve aradaki makasın genişlediğini göstermektedir.

Bu bilgilerden çıkarabileceğimiz sonuçlar şunlar olabilir:

- Türkiye'de sağlık harcamaları, ekonomik ve politik faktörlere duyarlı bir şekilde değişiklik göstermiştir. Özellikle ekonomik kriz dönemleri ve pandemi gibi olağanüstü sağlık ihtiyaçları, harcamaların artışı tetiklemiştir.

- Sağlıkta Dönüşüm Programı gibi reformlar, sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranını etkileyebilir.

- Türkiye, sağlık harcamalarını artırarak OECD ortalamasına yaklaştırmaya çalışsa da, hala bir fark bulunmaktadır ve bu fark zamanla daha da açılmıştır.

- Sağlık harcamalarının kısıtlanması, Türkiye'nin GSYH'si içindeki payının azalmasına yol açmıştır, bu da uzun vadede sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir.

Bununla birlikte, sağlık personelinin ücretlendirilmesi konusunda hala ciddi bir sorun bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, DSÖ'nün dünya çapındaki sağlık standartlarını ve bulaşıcı hastalıklara ilişkin AB direktiflerini izleyerek, salgınla mücadele etmek amacıyla halk sağlığını korumak ve sağlık tesislerinin kalitesini artırmak için çaba sarf etmiştir. Türkiye, pandeminin başlangıcından bu yana genel olarak yeterli solunum cihazı, maske, dezenfektan ve önleyici ürün tedarikine sahip olmuştur. Aralık 2021 itibarıyla ülke genelinde 9 milyondan fazla kişi COVID-19'a yakalanmış ve hastalık yaklaşık 79.000 kişinin hayatına mal olmuştur. Ocak 2021, ülkenin kapsamlı bağışıklama kampanyasının başlangıcı oldu. 25 Aralık 2021'e kadar, çoğunluğu Çin kaynaklarından olmak üzere yaklaşık 128 milyon doz aşı yapıldı. 18 yaş üstü yetişkinlerin %82,7'sinin önerilen tüm aşıları yaptırmış olması, bu kişilerin virüse ve varyasyonlarına karşı yalnızca kısmen bağışık olduğunu göstermektedir. Türkiye aynı anda yedi aşı geliştirme girişimi üzerinde çalışıyor. Aralık 2021'de Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ve Erciyes Üniversitesi tarafından oluşturulan inaktive TURKOVAC aşısının acil kullanımına onay verilmiştir. Sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlanmaktadır. Türkiye, DSÖ/Avrupa ile işbirliği içinde göçmenlere ve mültecilere sağlık hizmetleri sunulmasını desteklemektedir. Hükümet tarafından dört bin Suriyeli sağlık personeli istihdam edilmektedir. Suriyeliler, 2,6 milyon cerrahi işlemin yanı sıra 97 milyondan fazla poliklinik hizmeti almıştır (Arslantaş & Karadağ, 2022:16).

Türkiye'nin sağlık sektöründe gerçekleştirdiği bu kapsamlı reformlar, nüfusun sağlık hizmetlerine erişiminde önemli bir iyileşme sağlamıştır. Evrensel sağlık sigortası, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, genişletilmiş aşılama programları ve kanser tarama klinikleri gibi girişimler, halk sağlığının iyileştirilmesinde kritik rol oynamıştır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ve sağlık personelinin ücretlendirilmesi gibi zorluklar devam etmektedir. Pandemiye verilen etkili yanıt, yeterli tıbbi malzeme tedariki ve başarılı aşılama kampanyaları, Türkiye'nin sağlık alanındaki direncini ve kapasitesini artırmıştır. Ayrıca, göçmen ve mülteci sağlığına yönelik çabalar, uluslararası işbirliklerinin ve kapsayıcı sağlık politikalarının önemini vurgulamaktadır. Özetle, Türkiye sağlık sektöründeki bu ilerlemelerle birlikte, gelecekteki zorlukları ele almak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini daha da yükseltmek için sürekli çaba sarf etmelidir.

2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavi etmek, engellilerin başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmalar bütünüdür. Bu hizmetler, genel sağlık sistemlerinin temel taşı oluşturur ve birçok farklı alanda uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin katkılarıyla gerçekleştirilir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplum sağlığını koruyarak yaşam kalitesini artırmak ve sağlık sorunlarını önleyici yaklaşımlarla ele almaktır.

Sağlık hizmetleri, genellikle üç ana kategori altında incelenir: önleyici sağlık hizmetleri, tedavi edici/kuratif sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon ile sağlık teşvik hizmetleri. Bu metinde, özellikle önleyici sağlık hizmetleri üzerinde duracağım.

1.3.5. Önleyici Sağlık Hizmetleri

Önleyici sağlık hizmetleri, hastalıklara neden olan faktörleri ortadan kaldırmaya veya bu faktörlere karşı vücudumuzu bağışıklık kazandırmaya yönelik hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri, daha yüksek öncelik verilen ve daha büyük öneme sahip olduğu düşünülen hizmetlerdir. Sağlığın korunmasının sağladığı faydalardan biri, hastalık olasılığının azaltılmasıdır; bu, toplumun tüm üyeleri

tarafından paylaşılan ve bireyler arasında herhangi bir rekabet içermeyen bir faydadır¹. Bu hizmetler, tedavi edici sağlık hizmetlerine göre daha ucuz, daha etkili ve önceliklidir. Büyük yatırımlar, araçlar ve ekipmanlar gerektirmezler. Aynı zamanda, tedavi edici sağlık hizmetlerinin yükünü azaltırlar, birey ve toplum için sağlıklı olma bilincini artırır ve sağlanması ve uygulanması daha kolaydır. Geçmişte, koruyucu sağlık hizmetleri başlangıçta çevre sağlığına ve bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye odaklanmıştı. Bu düşünce tarzı mevcut durumla uyuşmamaktadır. Günümüz dünyasında koruyucu hekimlik sadece bu iki hizmeti değil, aynı zamanda halk sağlığı eğitimini, yetersiz beslenmenin düzeltilmesini, aşılama, ilaçla korunmayı, hastalıkların (tüberküloz, kanser, diyabet, hipertansiyon vb.) erken teşhis ve tedavisini, aşırı doğurganlığın kontrolünü ve yetersiz beslenmenin düzeltilmesini de kapsamaktadır. Önleyici sağlık hizmetleri iki kategoriye ayrılır: kişiye yönelik ve çevresel sağlık hizmetleri.

Kişiye Yönelik Önleyici Sağlık Hizmetleri: Bu hizmetler doğrudan bireylere yöneliktir. Doktorlar, hemşireler gibi sağlık meslek mensupları tarafından yürütülen bu hizmetler arasında aşılama, beslenme düzenlenmesi, hastalıkların erken teşhisi ve tedavisi, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, aşırı doğurganlığın kontrolü, ilaç koruması, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi bulunmaktadır.

Çevresel Sağlık Hizmetleri: Çevredeki biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörlerin sağlığı olumsuz etkileyen etkilerini ortadan kaldırmaya veya bu faktörlerin insanları etkilemesini önlemeye yöneliktir. Bu hizmetler, mühendisler, kimyagerler, veterinerler, biyologlar, çevre sağlığı teknisyenleri ve bu alanda özel eğitim almış benzeri meslek grupları tarafından sağlanır. Bu hizmetler arasında su kaynaklarının sağlanması ve kontrolü, katı atıkların kontrolü, vektörlerin kontrolü, gıda hijyeni, hava kirliliği kontrolü, gürültü kirliliğinin kontrolü, iş sağlığı bulunmaktadır.

1.2.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık durumlarında bir düşüş yaşandığında onları eski sağlık durumlarına geri döndürmede çok önemli bir rol oynamaktadır. Bu hizmetler, sorunsuz bir hasta sevk sürecini kolaylaştırmak ve kapsamlı bakım sağlamak için üç farklı seviyeden oluşan kademeli bir sistemde yapılandırılmıştır.

1.3.5.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Temel düzeyde, birinci basamak sağlık hizmetleri hastane dışı ortamlardaki hastalara hitap eder. Bu hizmetler tipik olarak yatan hasta yatağı olmayan tesislerde sağlanır ve genellikle hastanın evinde uygulanan ayakta tedavi bakımına odaklanır. Birinci basamak sağlık merkezleri bu düzeyin ayrılmaz bir parçasıdır ve topluma temel tıbbi hizmetler sunar. Bu seviyede yataklı tesislerin bulunmaması, daha karmaşık tedavilerden ziyade önleyici ve temel tıbbi bakıma odaklandığının altını çizmektedir.

1978 yılında Kazakistan'da düzenlenen Alma-Ata Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda, dünya genelinde sağlığın korunması ve iyileştirilmesi için önemli adımlar atıldı. Bu konferansta, "2000 Yılında Herkese Sağlık" adlı bir projenin parçası olarak, sağlık alanındaki profesyonellerin ve toplumların acil olarak harekete geçmesi gerektiği vurgulandı ve bu amaçla Alma-Ata Bildirgesi yayınlandı. Bildirgede, özellikle gelişmekte olan ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin hızla kurulmasının önemi üzerinde duruldu. Bu hizmetlerin geliştirilmesi için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF gibi kuruluşlar iş birliği yapma kararı aldı (Pekcan, H., & Uğurluoğlu, Ö., 2001)². Türkiye'de ise bu tür sağlık hizmetleri, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile başlatıldı³. Türkiye'de birinci basamakta yer alan hizmet birimlerinin başlıcaları şunlardır; Sağlık evi, sağlık ocağı, dispanser, ana-çocuk sağlığı ve aile planlama merkezi, hudut-sahil ve hava limanı denetleme merkezi, kurum tabipliği, işyeri tabipliği, üniversite mediko-sosyal hekimliği, özel muayenehane.

² Pekcan, H., & Uğurluoğlu, Ö. (2001). Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği. Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı-I, 817-821. Ankara.

1.2.1.1.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri hiyerarşisinde bir sonraki kademe ikinci basamak sağlık tesisleridir. Bunlar, sağlık sorunlarının hem teşhisi hem de tedavisi için donatılmış genel hastanelerdir ve tipik olarak yatılı bakım sağlarlar. İkinci basamak sağlık tesislerinin en önemli farkı, birinci basamakta mevcut olmayan özel teşhis prosedürleri ve tedavi seçenekleri de dahil olmak üzere, birinci basamak merkezlerinden daha gelişmiş tıbbi bakım sunma kapasiteleridir. Bu tesisler, geniş kapsamlı teşhis ve tedavi yöntemlerine, uzman doktorlara ve ileri düzey tıbbi ekipmanlara sahiptir. Ayrıca, çeşitli tıbbi disiplinlerden sağlık profesyonellerinin multidisipliner yaklaşımlarını içerir, bu da hastaların daha bütüncül bir bakım almasını sağlar.

İkinci basamak sağlık tesisleri, genellikle uzmanlaşmış poliklinikler, ameliyathaneler, yoğun bakım üniteleri ve ileri düzey laboratuvar hizmetleri sunar. Bu tesislerde sunulan tedaviler arasında cerrahi müdahaleler, karmaşık tıbbi prosedürler ve özel hastalıklar için uzman tedavileri bulunur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda, hastaların ikinci basamak sağlık tesislerine yönlendirilmesi yaygındır. Bir diğer önemli özelliği de, sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için birinci basamak sağlık merkezleri ve üçüncü basamak (yüksek düzeyde uzmanlık gerektiren ve daha karmaşık sağlık hizmetleri sunan) sağlık kurumları ile koordinasyon içinde çalışmalarınıdır.

1.2.1.1.Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri sisteminin zirvesinde, ileri bilgi ve teknoloji gerektiren son derece uzmanlaşmış bakım ile karakterize edilen üçüncü basamak sağlık hizmetleri yer almaktadır. Bu kademe kanser tedavi merkezleri, sanatoryumlar, ruh sağlığı hastaneleri gibi uzmanlık hastanelerini içerir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, birincil veya ikincil düzeylerde yeterince tedavi edilemeyen karmaşık ve nadir sağlık sorunlarına odaklanmalarıyla ayırt edilir. Bu tesisler en son teknoloji ile donatılmış ve belirli tıp alanlarında kapsamlı uzmanlığa sahip uzmanlar tarafından yönetilmektedir. Üniversite hastanelerini de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren

kuruluşlar arasında kabul etmek gerekir; ancak bu hastaneler yurdumuzda, aynı zamanda ikinci basamak tedavi hizmetlerini de vermektedirler⁴.

Özetle, tedavi edici sağlık hizmetlerinin kademeli yapısı, sağlık hizmeti sunumuna yönelik stratejik bir yaklaşımdır. Hastaların her seviyede uygun bakımı almasını ve gerektiğinde daha yüksek bakım seviyelerine sevk edilebilmesini sağlar. Bu sistem sadece sağlık hizmetleri yelpazesinde kaynak kullanımını optimize etmekle kalmaz, aynı zamanda hastaların kendi özel sağlık durumları için en etkili ve uzmanlaşmış bakımı almalarını sağlar.

2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, fiziksel, zihinsel veya sosyal bozukluklardan etkilenen bireylere tam bağımsızlıklarını yeniden kazandırmayı amaçlayan kapsamlı bir süreci kapsar. Bu çok yönlü yaklaşım, yalnızca çeşitli koşullardan kaynaklanabilecek fizyolojik ve anatomik eksiklikleri gidermekle kalmaz, aynı zamanda hastanın bütünsel refahına da odaklanır. Rehabilitasyonun genel amacı, hastaların yaşamın tüm yönlerinde özerkliklerini yeniden kazanmalarını sağlamaktır. Bu, fiziksel sağlık, zihinsel esneklik ve sosyal katılımı kapsar. Rehabilitasyon müdahaleleri, insan vücudunun normal işleyişini bozan bozuklukları ortadan kaldırmak veya azaltmak için uyarlanmıştır. Bunu başarmak için, gerektiğinde yardımcı cihazların desteğiyle birlikte tıbbi, cerrahi ve fiziksel stratejilerin bir kombinasyonu kullanılır. Rehabilitasyon hizmetleri öncelikle kazalar veya hastalıklar nedeniyle engellilik yaşayan bireyleri hedeflemektedir. Amaç, bu bireyleri işlevsel becerilerle donatarak mümkün olan en yüksek bağımsızlık düzeyine ulaşmalarını sağlamaktır. Bu hizmetler sadece fiziksel iyileşme ile sınırlı değildir; aynı zamanda tıbbi, sosyal, eğitimsel ve mesleki boyutları da entegre ederek çok yönlü bir rehabilitasyon süreci sağlar (Akdur, R., 1999)⁵.

Rehabilitasyon genel olarak iki farklı ancak birbiriyle bağlantılı türe ayrılabilir:

⁴ Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği; Resmi Gazete: 25.05.2010/ 27532 (Mükerrer). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525.htm>

⁵ Akdur, R. (1999). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması. *AÜ TF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara*, 140.

2.2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Tıbbi Rehabilitasyon fiziksel iyileşme ve bedensel fonksiyonların restorasyonuna odaklanır. Kaza veya hastalık sonrası zayıflamış organların fizyoterapi gibi tıbbi yöntemlerle yeniden güçlendirilmesini içerir. Bu kategori altındaki hizmetler aynı zamanda tamamen kaybedilen organ işlevlerinin yerine protezlerin sağlanmasını ve böylece bireyin fiziksel yeteneklerinin kısmen veya tamamen geri kazanılmasını da içerir. Bu Rehabilitasyon çeşidi kazalar, hastalıklar veya cerrahi müdahaleler sonrasında bireylerin fiziksel fonksiyonlarını ve kapasitelerini geri kazanmalarına yardımcı olmak için tasarlanmıştır. Bu süreç genellikle uzman fizyoterapistler veya rehabilitasyon uzmanları tarafından yürütülür. Tedaviler, hareket kabiliyetini ve kas gücünü artırmaya, ağrıyı azaltmaya ve genel fiziksel sağlığı iyileştirmeye yönelik egzersizler, manuel terapiler ve bazen de özel ekipmanların kullanımını içerebilir. Bireylerin günlük yaşamlarına daha iyi uyum sağlamalarına yardımcı olacak adaptif cihazlar ve yardımcı teknolojiler de yer alabilir. Örneğin, bir bacak amputasyonu geçiren bir kişi için özel olarak tasarlanmış protezler, kişinin yürüme ve hareket etme yeteneğini yeniden kazanmasına yardımcı olabilir. Bu tür cihazlar, bireylerin bağımsızlıklarını artırarak, yaşam kalitelerini önemli ölçüde iyileştirebilir.

2.2.3.2. Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon

Sosyal Rehabilitasyon fiziksel iyileşmenin ötesine uzanır. Bireylerin topluma ve iş gücüne geri kazandırılması için çok önemlidir. Yeni iş ortamlarına uyum sağlamayı, yeni iş rolleri için yer bulmayı veya eğitim almayı ve zihinsel ve sosyal destek sağlamayı içerir. Buradaki amaç, engelli kişilerin günlük hayata aktif olarak katılmalarını ve başkalarına bağımlı olmadan bağımsız bir yaşam tarzı sürdürmelerini sağlamaktır. Sosyal ve mesleki rehabilitasyon, bireylerin toplumsal ve iş hayatına entegrasyonunu kolaylaştırmak amacıyla tasarlanmıştır. Bu süreç, engelli veya sağlık sorunları nedeniyle toplumdan ve iş gücünden uzak kalmış kişilere odaklanır. Amacı, bu bireylerin topluma yeniden katılımlarını ve ekonomik bağımsızlıklarını sağlamaktır.

Bu tür rehabilitasyon, genellikle kişiselleştirilmiş bir yaklaşımla gerçekleştirilir. Bireylerin mevcut becerilerini, ilgi alanlarını ve ihtiyaçlarını dikkate

olarak, onlara uygun iş fırsatları veya eğitim programları sunulur. Bu süreç, yeni meslekler öğrenmeyi, mevcut becerileri güncellemeyi veya geliştirmeyi ve hatta kariyer değişikliklerini içerebilir. Sosyal destek, bu sürecin önemli bir parçasıdır. Bireylerin toplum içindeki sosyal rollerini yeniden kazanmaları ve sosyal çevrelerinde etkileşimde bulunmaları teşvik edilir. Bu, grup terapileri, sosyal beceri atölyeleri ve topluluk etkinliklerine katılımı içerebilir. Bir diğer önemli yönü de zihinsel sağlık desteğidir. Engelli veya sağlık sorunları olan bireyler, toplumdan uzak kaldıkları dönemlerde çeşitli zihinsel sağlık sorunları yaşayabilirler. Bu nedenle, bu süreçte bireysel veya grup terapileri, stres yönetimi teknikleri ve diğer zihinsel sağlık hizmetleri sunulur.

Rehabilitasyon hizmetleri, bireylerin engellerinin yarattığı zorlukların üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için ayrılmaz bir unsurdur. Bu hizmetler, fizik tedavi, tıbbi müdahaleler, sosyal destek ve mesleki eğitimin bir kombinasyonu yoluyla, engellilikten etkilenen kişilerin bağımsızlıklarını yeniden kazanmaları ve yaşam kalitelerini artırmaları için çaba gösterir. Rehabilitasyonun hem fiziksel hem de sosyo-ekonomik yönlerini ele alan ikili yaklaşım, bütüncül bir iyileşme ve topluma yeniden entegrasyon sağlar.

1.4. Aile Hekimliği Uygulaması

Türkiye'de 2002 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği sisteminin uygulanmasına yönelik önemli bir adımdır. 2004 yılında yasalaşan bu sistem, pilot uygulamalar ile hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Ancak, eksik altyapı, uzmanlık dernekleri ve Tabipler Birliği ile yetersiz koordinasyon, sistemde giderek artan sorunlara yol açmıştır (Soysal, A).

Türk Gastroenteroloji Vakfı, birinci basamak hekimlerinin çağdaş bilgilerle donatılmasının önemini vurgulamakta ve birinci basamakta çözülebilecek sağlık sorunlarının büyük bir kısmına dikkat çekmektedir. Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde düzenlenen Aile Hekimliği-Akademik Gastroenteroloji toplantılarında, aile hekimlerinin sorunları dinlenerek anlaşılmasına çalışılmıştır. Sağlık sorunlarının çözümünde sivil toplum örgütlerinin rolü önemlidir ve bu örgütlerin dışlanması,

uygulamalarda aksamalara neden olabilir. Bu nedenle, hekimlerin yaşadıkları sorunları objektif bir şekilde dinlemek ve çözümlerine katkıda bulunmak önemlidir.

Aile Hekimliği, tıbbın bir dalı olarak, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunar. Aile Hekimleri, temel tıp eğitiminin yanı sıra çeşitli branşlarda eğitim alarak, aile hekimliğine özgü yaklaşımları öğrenirler. Aile Hekimliği eğitimi, hastaların yaş, cinsiyet veya organ sistemlerine göre ayırım yapmadan, geniş bir yelpazede hizmet verir. Türkiye'de, Aile Hekimliği eğitimi, Tıp Fakültesi mezuniyetinden sonra en az 3 yıl sürmektedir ve birinci basamakta geçirilen sürenin önemi vurgulanmaktadır. Ancak Türkiye'de, Aile Hekimliği eğitimi almamış hekimler de birinci basamak hekimliği yapmaktadırlar, bu durum gelişmiş ülkelerdeki uygulamalarla uyumlu değildir.

"Sağlıkta Dönüşüm" reformu kapsamında, mevcut tabiplerin "Aile Doktoru"na dönüştürülmesi için uyum eğitimleri verilmektedir. Bu eğitimlerin Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimine denk olup olmadığı konusu tartışmalıdır. Aile Hekimliği ve birinci basamak hekimliği, Tıp Fakültesi mezunlarının alması gereken ek bir eğitimi gerektirir.

Tıp Fakültelerinin eğitim amaçları konusunda bir uzlaşma eksikliği söz konusudur. Bazı öğretim üyeleri, tıp eğitiminin uzmanlık için bir ön koşul olduğunu savunurken, diğerleri öğrencilere birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli roller biçmektedir. Genel olarak, temel tıp eğitiminin birinci basamak hekimlik uygulamaları için yetersiz olduğu kabul edilmektedir. Müfredatın uygun şekilde ayarlanmasıyla Aile Hekimliği ve Birinci Basamak sağlık hizmetlerine yönelik hekim adayları yetiştirmek mümkündür.

Türkiye'de pilot uygulamalar kapsamında, sağlık ocağı hekimlerinin kısa süreli eğitimlerle aile hekimine dönüştürülmesi, sistemin temel sorunlarından biridir. Birinci basamak, hastaların ilk başvurduğu sağlık kurumu olmalıdır ve gerektiğinde ikinci basamağa veya daha üst kurumlara sevk edilmelidir. Ancak, Türkiye'de bazı hastalar, aile hekimleriyle yeterli bir güven ilişkisi kuramadıkları için doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurumaktadırlar. Aile Hekimliği Uzmanlarının

"kapı tutuculuk" görevi, bazı hastalar tarafından memnuniyetle karşılanmamakta ve bu durum sağlık harcamalarını artırmaktadır.

Türkiye'de Aile Hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetleri, önemli değişiklikler ve zorluklar içermekte olup, bu alanda daha etkili ve verimli bir sistem oluşturulması için kapsamlı çabalar gerekmektedir. Aile Hekimliği, hastaları sadece bireysel olarak değil, aile ve toplum bağlamında değerlendirme yeteneğine sahip olmalıdır. Bu, hastalıkların sadece bireyleri değil, aileleri de etkilediği gerçeğinden hareketle, aile odaklı bir yaklaşımı gerektirir. Aile Hekimleri, hasta ve ailelerinin görüşlerini dikkate alarak, tedavi planlarını hazırlamalı ve bu süreçte hastaların tedaviye uyumunu ve tedavinin etkinliğini artırmalıdır.

Aile Hekimliği, sadece tedavi edici hizmetler sunmakla kalmayıp, koruyucu hekimlik anlayışını da benimsemelidir. Bu kapsamda, kişisel koruyucu hizmetler, aşılama, yaşam tarzı değişiklikleri için danışmanlık, bebek ve çocuk izlemi, gebe izlemi, aile planlaması hizmetleri gibi önemli rolleri üstlenmelidir. Salgın durumlarında ve bulaşıcı hastalıkların yayılımında, aile bireylerini bilgilendirmek ve koruyucu önlemler almak için yerel yönetimlerle işbirliği yapmalı ve toplum sağlığını koruma çalışmalarına aktif olarak katılmalıdır.

1.5. Genel Sağlık Sigortası Uygulamasının Hayata Geçmesi

Türkiye'deki sosyal güvenlik sisteminin temel taşlarından biri olan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), 13 Nisan 2006 tarihli 5487 sayılı kanun ile resmi olarak faaliyete geçmiştir. Bu süreçte, geçiş dönemindeki muhtemel zorlukları hafifletmek için, yeşil kart uygulaması genişletilmiş ve bu sayede ilaç ve ayakta tedavi giderleri de karşılanabilir hale getirilmiştir. Ayrıca, bu kanunla birlikte Sosyal Sigortalar Kurumu'na (SSK) ait hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilerek sağlık hizmetleri sunumu ile finansmanını sağlayan kurumlar arasında bir ayırım yapılmıştır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) ise, herkese eşit ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan, katılımcıların zorunlu olarak prim ödediği bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Çalışanlar, maaşlarının %12,5'ini (işveren %7,5 ve çalışan %5) SGK primi olarak ödemektedirler ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için ek bir katkı payı da gerekmektedir.

Türkiye'nin anayasası ve uluslararası beyannameler, yaşam ve sağlık haklarını doğuştan kazanılmış haklar olarak tanımlar. Ancak, ülkemizdeki sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması sürecinde bu haklar, bireylerin çabasıyla elde edilmesi gereken değerler olarak görülmeye başlanmıştır. Bu anlayış, sağlık hizmetlerine erişimin bir bedeli olduğu ve bu bedelin ödenmesi gerektiği fikrine dayanmaktadır. Artık, sağlık hizmetleri için yapılan ödemeler katkı payı adı altında tekrar tekrar alınmakta, sigorta primlerinin asıl amacı olan sağlık ihtiyaçlarına karşı koruma sağlamaktan sapmaktadır. Mevcut uygulamada, hastalar muayene ve ilaç için ek katkı payları ödemektedirler.

Sağlık sektöründe yapılan bu düzenlemeler ve Genel Sağlık Sigortası'nın tam olarak yerleşmemesi, özellikle sevk zincirinin kurulamaması gibi bazı önemli sorunlara yol açmıştır. SDP'de vurgulanan hakkaniyet ilkesi, bireylerin ödeme gücüne göre katkıda bulunmalarını ve ihtiyaçlarına göre hizmet almalarını öngörmektedir. Bu yaklaşım, Türkiye'nin sosyal devlet olma niteliğini güçlendirmeyi amaçlamaktadır. GSS'nin yanı sıra, bireylerin isteklerine bağlı olarak özel sağlık sigortası yaptırmaları da teşvik edilmektedir.

GSS kapsamında, sağlık hizmetlerinden yararlanırken katılım payı ödenmesi gerekmektedir; bu sistem öncesinde yalnızca ilaç alımında ödenen katılım payları, şimdi tüm sağlık hizmetleri için geçerli hale gelmiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon yönlerinin bütünlüğü üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir. İlerleyen zamanlarda, hem sağlık hizmeti sunanlar hem de bu hizmetlerden yararlananlar için daha fazla sıkıntı yaşanabileceği öngörülmektedir.

Bu yeni düzenleme, sağlık hizmetlerine erişimde bireylerin karşılaşılabileceği mali yükleri artırmakta ve sağlık hizmetlerinin kullanımında sosyoekonomik eşitsizliklere yol açabilecek bir yapı oluşturmaktadır. Özellikle düşük gelirli kesimlerin sağlık hizmetlerine tam anlamıyla erişim sağlayamaması, sağlık sisteminin temel amacı olan genel sağlığın korunması ve geliştirilmesi hedeflerine zarar verebilir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu konusunda sürekli bir gözden geçirme ve iyileştirme sürecinin önemi büyüktür.

Genel Sağlık Sigortası'nın etkin uygulanması, sağlık hizmetlerine adil ve eşit erişimin sağlanması, ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için gerekli düzenlemelerin yapılması, Türkiye'nin sağlık politikalarındaki temel öncelikler arasında yer almalıdır. Bu kapsamda, politika yapıcıların ve ilgili kurumların, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda adalet ve verimliliği artıracak reformları sürdürmeleri gerekmektedir. Böylece, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkının gerçek anlamda tüm bireyler için sağlanması ve sağlık sisteminin tüm toplum için daha etkili ve erişilebilir hale getirilmesi amaçlanmalıdır.

1.6. Çeşitli Sağlık Reformları

Türkiye'nin 2000 ve 2001 yıllarında yaşadığı derin ekonomik bunalım, sağlık sektörünü de derinden etkilemiştir. Bu dönemde, sigortalı bireylerin sayısında gözle görülür bir azalma ve devlet tarafından verilen yeşil kartların sayısında bir artış yaşanmıştır. Özellikle 2002'deki genel seçimlerin ardından, sağlık alanında önemli reformlar gündeme gelmiştir. Bu bağlamda, 2001 yılında yeni hükümet tarafından başlatılan “Acil Eylem Planı” kapsamında, sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması öncelikli hedefler arasında yer almıştır. Bu yeniden yapılandırma, vatandaşlara temel sağlık hizmetlerinin eşit ve etkin bir şekilde sunulması ilkesine dayanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Bu plan doğrultusunda, "Sağlıkta Dönüşüm Programı" hayata geçirilmiş ve sağlık hizmetlerinin daha etkin, verimli ve kapsayıcı bir şekilde sunulmasını amaçlamıştır (Kökçü, A. 2014).

2004 yılında yürürlüğe giren "Aile Hekimliği Uygulamaları Hakkında Kanun", sağlık hizmetlerinin daha lokalize edilmiş ve kişiselleştirilmiş bir modelini ortaya koymuştur. Bu kanun, vatandaşların kendi aile hekimlerini seçme ve gerekirse değiştirme hakkını da içermektedir. 2006'da çıkarılan 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile sosyal güvenlik kurumları tek bir çatı altında toplanmış, böylece daha entegre bir sistem oluşturulmuştur (Kökçü, 2014). 2010 yılında kabul edilen 5947 sayılı kanun ise, kamuda çalışan sağlık personelinin mesai saatlerini düzenleyerek, performansa dayalı ek ödeme sistemi getirmiştir. Son olarak, 2011'de 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığının görev ve teşkilat yapısı yeniden düzenlenmiş ve Kamu Hastaneler Birliklerine idari ve mali özerklik tanınmıştır.

Sağlık programlarının temel hedefi, bireylerin sağlık hizmetlerine kolay, kaliteli ve verimli bir şekilde ulaşmalarını sağlamaktır (Camillo, 2017). Türkiye'de "kapı tutma operasyonu" olarak bilinen ve uluslararası adıyla "Gatekeeper" sistem, sağlık hizmetlerinin verimli bir biçimde sunulmasını ve maliyetlerin kontrol altına alınmasını amaçlar. Bu sistem, önceleri sağlık ocağı olarak bilinen ve şimdilerde Aile Hekimliği sistemi adını alan uygulamada, hastaların ikinci basamak sağlık hizmetlerine erişimlerinin bu hekimler tarafından yönlendirilmesine dayanır. Bu modelin temelinde, özellikle uzman doktor muayenelerine doğrudan ve ücretsiz erişimin sınırlanması yatar. Ancak, aile hekimleri vasıtasıyla gerçekleşen bu sevk zinciri, daha nitelikli sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırma potansiyeline sahiptir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık hizmetlerindeki bu birincil yaklaşımın önemini vurgulamakta ve kapı tutma sistemini güçlendirme çabasıdadır. Türkiye'de bu model, tarihte birçok kez denense de istenilen verimliliğe ulaşamamıştır (Kroneman vd., 2006) . İlk olarak 1961'de 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile gündeme gelmiş, ancak uygulamaya geçirilememiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yeniden gündeme gelen bu sistem, "Etkili, kademeli sevk zinciri" adı altında bir hedef olarak belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirerek Aile Hekimliği Uygulamasını tüm ülkeye yaymayı amaçlamıştır. Ancak, bu süreçte aile hekimliği uygulaması, sevk zincirinin kurulması ve kapı tutuculuk fonksiyonunun etkinliğini sağlamada yetersiz kalmıştır (Reibling, N., & Wendt, C. 2012).

Bu modelin temel amacı, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürmek ve ikinci basamak bakıma geçiş sürecindeki etkinliği artırmaktır. Ancak bu yaklaşım, hasta memnuniyeti ve özerkliği ile sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği üzerinde de etkili olmuştur. Bazı akademik çalışmalar, bu sistemle elde edilen maliyet kontrolü ve etkinlik sonuçlarının olumlu olduğunu gösterirken, kapı tutma modelinin, hastaların ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmetlerine erişimlerini kısıtlayarak, gecikmeli tanı ve tedaviye yol açabileceğine işaret etmektedir. Ayrıca, bu modelin hastaların doktor seçimindeki kısıtlamaları memnuniyetsizliği artırdığı ve sonuç olarak sistemin etkinliğini sınırladığı gözlemlenmiştir (Gérvas vd., 1994). Nihayetinde, Türkiye'de

kapı tutuculuk modelinin uygulanması başarısızlıkla sonuçlanmış ve kısa sürede terk edilmiştir.

Sağlık, temel bir insan hakkı olarak kabul edilir ve herkesin yaş, dil, ırk, cinsiyet veya ekonomik durumuna bakılmaksızın kaliteli sağlık hizmetlerine erişebilme hakkına sahip olduğu genel bir ilkedir. Bu hak, 1948'de yayımlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile de tescillenmiş ve tıbbi bakım alma hakkı açıkça tanımlanmıştır. 1950'lere kadar devletlerin halk sağlığına yönelik programları ağırlıklı olarak, sağlığa erişimin herkes için mümkün olması gerektiği anlayışıyla şekillendirilmiştir. Bu dönemde, bir yandan askeri ve siyasi değişimlerin etkisi altında kalan ülkeler, diğer yandan sağlık programları üzerinde çalışırken, Türkiye'deki sağlık sistemi, bu değişken koşulların sonucunda çeşitli ve göreceli farklılıklar göstermiştir.

Türkiye'de sağlık alanında yapılan reformlar kademeli bir şekilde ilerlerken, farklı sigorta modellerinin geliştirilmesi, kırsal ve kentsel bölgeler arasında sağlık hizmetlerinin dengesiz dağılımı gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanan bu dönemde, anne ve bebek sağlığına yönelik daha ayrıntılı planlamalar yapılmıştır. 1980'lerden itibaren Türkiye, devletin sağlık politikalarındaki rolünü, düzenleyici ve denetleyici olmaktan ziyade, neo-liberal programlar doğrultusunda yeniden şekillendiren bir dönüşüme tanıklık etmiştir. Bu süreçte devletin ortaya koyduğu en önemli tasarım, sağlıkta dönüşüm programı olarak karşımıza çıkmaktadır.

2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Türkiye'nin sağlık sektöründe radikal değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Bu program, Sağlık Bakanlığı'nın öncülüğünde sekiz temel alanda ilerlemiş ve önemli gelişmelere imza atmıştır. Programın temel unsurları arasında, toplumun tüm kesimlerini kapsayan Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasının başlatılması, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon standartlarının yükseltilmesi, sağlık çalışanlarının eğitimi ve yetkinliklerinin artırılması, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi ve kurumsal yapılanmanın güçlendirilmesi yer almaktadır.

GSS'nin hayata geçirilmesiyle birlikte, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi kurumlar birleştirilerek, hastaneler tek bir çatı altında toplanmıştır. Aile Hekimliği

uygulaması, sağlık ocakları sisteminin yerini alarak daha etkin bir hizmet sunmaya başlamış, özel hastaneler ve eczaneler geniş kitlelerin erişimine açılmıştır. Kalite ve akreditasyon konusundaki gelişmeler, hasta hakları, hekim ve hastane seçimi, etkinlik ve rekabet gibi konuları da gündeme getirmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, yeşil kart sahipleri için yeni haklar tanımış, yatarak tedavi ve ilaç ücretlerinin devlet tarafından karşılanmasını sağlamıştır. İlaç sektöründe yapılan düzenlemelerle KDV oranları düşürülmüş ve ilaç fiyatlandırma sistemi yeniden yapılandırılmıştır, bu da ilaç fiyatlarında önemli indirimlere yol açmıştır.

Acil sağlık hizmetlerinin genişletilmesi, kentsel alanların yanı sıra kırsal bölgelere de ulaşması sağlanmış, ambulans ve acil sağlık istasyonları sayısı artırılmış, hava ve deniz ambulansları filosuna yeni araçlar eklenmiştir. Ayrıca, bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele kapsamında kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları, felç ve böbrek yetmezliği gibi durumlar için özel programlar geliştirilmiş ve uygulamaya konulmuştur.

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu'na göre, programın başladığı son dokuz yıl içinde 554'ü bağımsız olmak üzere toplam 2.021 yeni sağlık tesisi hizmete açılmış, sağlık personeli sayısı da 226 bin kişilik bir artışla 482 bine ulaşmıştır. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu'na göre, programın başlangıcından itibaren son dokuz yılda kaydedilen ilerlemeler sadece yeni sağlık tesislerinin açılması ve sağlık personeli sayısındaki artışla sınırlı kalmamıştır. Bu dönemde, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve daha geniş kitlelere ulaşılması için önemli adımlar atılmıştır. Hastanelerin modernizasyonu ve teknolojik altyapılarının güçlendirilmesi, programın başarısını destekleyen diğer faktörler arasında yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

2.6.Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık sektörünün düzenlenmesinde eğer yeterli mali destek bulunamaz ya da mevcut kaynaklar verimli bir şekilde kullanılamazsa, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği olumsuz etkilenebilir. Sağlık hizmetlerinin mali desteklenmesi için başvuru ana dört strateji bulunmaktadır.

Kamu Genel Bütçesi Kaynaklı Finansman: Hükümet genel bütçesi ile finansman olarak adlandırılabilir. Bu modelde, sağlık hizmetleri için gereken fonlar, halktan toplanan vergiler aracılığıyla elde edilir ve sağlıkla ilgili tüm masraflar devlet bütçesi tarafından karşılanır. Bu yöntemde, sağlık hizmetlerini alan vatandaşlar ile bu hizmetleri sağlayan kurumlar arasında direkt bir mali ilişki bulunmaz. Bu temel finansman yöntemi, vergi gelirlerine dayalı olup, devletin sağlık hizmetlerine yönelik genel yaklaşımını ve toplumun sağlık hizmetlerine erişiminde eşitliği teşvik etmeyi hedefler. Bu sistem, vatandaşların sağlık hizmetlerine adil bir şekilde erişimini sağlamak ve maliyetlerin bireyler arasında adil bir şekilde dağıtılmasını sağlamak için tasarlanmıştır. Genel olarak, bu finansman modeli, sağlık hizmetlerinin toplumsal bir yarar olarak görülmesi ve herkesin ihtiyaç duyduğu hizmetlere ulaşabilmesi için devlet tarafından desteklenmesi gerektiği anlayışına dayanır. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin sadece bir ticari mal olmaktan ziyade, temel bir insan hakkı olarak görülmesini yansıtır.

Türkiye'de, sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmı devlet bütçesi tarafından finanse edilir. Bu, özellikle kamu hastaneleri ve diğer devlet sağlık kurumlarında görülür. Vergi gelirleri, bu hizmetlerin finansmanında ana kaynaklardan birini oluşturur. Sağlık bakanlığı ve ilgili kurumlar, bu fonları sağlık hizmetlerinin sunumu ve altyapısının geliştirilmesi için kullanır. Vatandaşlar, bu hizmetler için doğrudan ödeme yapmazlar; bunun yerine, vergiler aracılığıyla katkıda bulunurlar.

Zorunlu Devlet Destekli Sağlık Sigortası Sistemi: Bu finansman modelinde, devlet tarafından kurulan ve işletilen sağlık sigortası kurumlarına vatandaşlar düzenli olarak katkıda bulunurlar, bu katkılar genellikle aylık primler şeklinde olur. Toplanan bu primler, geniş bir sağlık sigortası fonunu oluşturur. Vatandaşların sağlık giderleri, bu fon tarafından karşılanır. Bu sistemde, hizmet sağlayıcılar (örneğin hastaneler, doktorlar) ile hizmet alanlar (hasta veya hasta yakınları) arasında doğrudan bir mali ilişki bulunmaz. Bunun yerine, sigorta fonu sağlık hizmetlerinin maliyetini üstlenir ve bu sayede hastalar, hizmet aldıkları anda ödeme yapma yükümlülüğünden muaf tutulurlar. Bu sistemin avantajları arasında, riskin geniş bir nüfus tabanı arasında dağıtılması ve daha düşük maliyetlerle geniş kapsamlı sağlık hizmetlerine erişim sağlanması yer alır. Ayrıca, bu yöntem sağlık hizmetlerine erişimi, bireylerin mali

durumlarından bağımsız olarak eşitler, çünkü herkes prim ödeme kapasitesine göre katkıda bulunur ve ihtiyaç duyduğunda eşit hizmet alır. Diğer yandan, bu sistem, yüksek maliyetler ve yönetim karmaşıklığı gibi zorlukları da beraberinde getirebilir. Bu sistem ayrıca, sağlık hizmetlerinin kullanımında verimliliği teşvik etmek için dikkatle tasarlanmalı ve yönetilmelidir, aksi takdirde aşırı kullanım veya kaynak israfı gibi sorunlar ortaya çıkabilir.

Türkiye'de sosyal güvenlik kurumu (SGK), zorunlu sosyal sağlık sigortasının yönetiminden sorumludur. Çalışanlar, işverenler ve devlet, SGK'ya prim ödemeleri yapar. Bu primler, sigortalıların sağlık harcamalarını karşılamak için kullanılır. SGK, hem kamu hem de özel sağlık hizmetlerine erişim sağlar ve hastaların büyük bir kısmı veya tümüne hizmetlerin maliyetini karşılar.

Özel Sigorta ve Kapalı Ağ Sağlık Sistemi: Bu modelde, bireyler özel sigorta şirketleriyle bir anlaşma yapar ve belirlenen bir ödeme programına göre düzenli prim ödemeleri yaparlar. Bu primler, bireylerin sağlık hizmetleri ihtiyacını karşılamak üzere toplanır. Bireyler sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarında, sigorta şirketinin sunduğu hizmet paketinde yer alan ve şirket tarafından karşılanan hizmetlerden faydalanabilirler. Kapalı ağ sistemi, geleneksel özel sigortadan farklı olarak, genellikle doktorlar veya sağlık profesyonelleri tarafından kurulur ve doğrudan sağlık hizmetleri sunar. Eğer sigorta şirketi tarafından sunulan teminat paketinde yer alan ancak şirketin kendisi tarafından üretilmeyen hizmetler söz konusu ise, bu hizmetler başka sağlık kurumlarından alınır. Bu sistemde, hizmet alıcı ile sağlık hizmeti sağlayıcı arasında doğrudan bir mali ilişki söz konusudur, çünkü hizmetler sigorta şirketi tarafından finanse edilir ve yönetilir.

Bu modelin avantajları arasında, bireylerin kendi ihtiyaç ve tercihlerine göre özelleştirilmiş sağlık hizmeti alabilmesi ve genellikle daha hızlı ve etkin hizmet erişimi bulunur. Ancak, bu sistem genellikle daha yüksek maliyetli olabilir ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini onların finansal kapasitesine bağlı hale getirebilir. Kapalı ağ sistemi, sigorta şirketlerinin hizmet kalitesi ve kapsamı üzerinde büyük kontrol sahibi olmasına yol açabilir, bu da bazen hasta tercihlerinin ve ihtiyaçlarının göz ardı edilmesine neden olabilir. Öte yandan, bu modelde hastalar genellikle daha kişisel ve

özelleştirilmiş bir bakım deneyimi yaşarlar, bu da hastanın genel memnuniyetini artırabilir.

Türkiye'de özel sağlık sigortası, zorunlu SGK sigortasıyla tamamlayıcı bir rol oynar. Bireyler, çeşitli özel sigorta şirketleri aracılığıyla ekstra sağlık sigortası satın alabilirler. Bu sigortalar genellikle daha kapsamlı sağlık hizmetleri sunar ve özel hastanelerde daha konforlu tedavi seçenekleri sağlar. Bazı özel sigorta planları, kapalı ağ sistemi içinde çalışır ve belirli sağlık hizmet sağlayıcılarıyla anlaşmaları vardır.

Hizmet Sırasında Bedel (Ücret) Ödeme: Bu finansman modelinde, sağlık hizmeti alıcıları, hizmeti aldıkları anda hizmetin bedelini öderler. Bu, temelde bir 'ödeme karşılığında hizmet' sistemi olarak işler. Bu durumda, sağlık hizmeti sunanlar (doktorlar, hastaneler vb.) İle hizmeti alanlar (hastalar) arasında doğrudan bir finansal işlem gerçekleşir. Hasta, alınan hizmetin maliyetini anında ve tam olarak karşılar. Bu yöntemin temel özelliği, hizmet sağlayıcı ve alıcı arasındaki açık ve doğrudan finansal ilişkidir. Hizmetin maliyeti, genellikle hizmetin türüne ve kapsamına göre değişir ve hizmetin sonunda hasta tarafından ödenir. Bu model, hastalar için finansal şeffaflık sağlar ve hizmet sağlayıcıların ödemelerini hızlı bir şekilde almasını garanti eder.

Bu sistemin avantajları arasında, hastaların sadece ihtiyaç duydukları hizmetler için ödeme yapmaları ve böylece gereksiz sağlık hizmetlerinden kaçınmaları yer alır. Ancak, bu model, özellikle yüksek maliyetli tedaviler söz konusu olduğunda, bazı hastalar için finansal bir yük oluşturabilir. Ayrıca, acil durumlarda veya pahalı tedavi gerektiren durumlarda, hastaların hizmeti almaktan vazgeçmelerine veya yeterli bakımı alamamalarına yol açabilir. Bu model, genellikle zengin ve orta gelirli hastalar için daha uygun olabilirken, düşük gelirli bireyler için ciddi bir engel teşkil edebilir. Bununla birlikte, bu yöntem, sağlık hizmeti sağlayıcılarına, Türkiye’de, özellikle özel sağlık sektöründe, hastalar hizmet aldıkları zaman hizmetin bedelini ödemek zorunda kalabilirler. Bu, genellikle özel hastanelerde, özel muayenehanelerde ve bazı dış kliniklerinde görülür. Bu sistem, genellikle sigortası olmayan veya sigorta kapsamı dışında kalan hizmetler için kullanılır.

Türkiye'nin sağlık finansman sistemi, genel olarak bu dört modelin bir kombinasyonunu kullanmaktadır. Devlet destekli sağlık hizmetleri geniş bir nüfusa

hizmet ederken, özel sigorta ve ödeme yapma seçenekleri daha kapsamlı veya hızlı hizmet arayan bireyler için alternatifler sunar. Bu çeşitlilik, farklı ihtiyaç ve tercihlere sahip bireylere hizmet verilmesini sağlar.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GÜNCEL SAĞLIK POLİTİKALARI IŞIĞINDA TIBBİ SOSYAL HİZMET

Günümüzde, hastalıkların etkilenme biçimleri artık sadece fiziksel değil, psikolojik, sosyal ve ekonomik faktörlerle de giderek daha fazla iç içe geçmiştir. Bu kapsamda, hasta hakları konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmekte, sağlık hizmetleri ise artık daha çok hastanın ihtiyaçlarına odaklanmakta ve evde bakım hizmetleri ön plana çıkmaktadır. Bu gelişmeler ışığında, sosyal hizmet uzmanlarının sağlık bakım sistemlerindeki rolü ve önemi gün geçtikçe artmaktadır. Bu değişimler, sosyal hizmet profesyonellerinin hastaların yaşamlarına daha bütüncül bir yaklaşımla müdahale etme yeteneklerini ön plana çıkarmaktadır. Artık, hastaların tedavileri sadece tıbbi prosedürlerle sınırlı kalmayıp, onların sosyal ve ekonomik durumları, ruhsal sağlıkları ve günlük yaşam kaliteleri de göz önünde bulundurularak şekillenmektedir. Bu durum, sosyal hizmet uzmanlarının, multidisipliner sağlık ekiplerinin vazgeçilmez bir parçası haline gelmelerine neden olmaktadır. Bu şekilde, sağlık bakım hizmetleri daha kapsayıcı, etkili ve kişiye özgü bir hal almaktadır. Bu süreçte, sosyal hizmet uzmanlarının sağlık alanındaki bilgi birikimi ve deneyimi, hastaların yaşam kalitelerini artırmada ve sağlık bakım sistemlerinin daha adil ve erişilebilir olmasında kritik bir rol oynamaktadır. Türkiye'de günümüzde, Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri gibi çeşitli sağlık kuruluşları bünyesinde, özellikle hastanelerde olmak üzere, binlerce sosyal hizmet uzmanı görev yapmaktadır. Bu uzmanlar, genellikle 'sosyal çalışmacı' unvanı altında istihdam ediliyorlar. Çoğunlukla, geçmişte 'sosyal servis' olarak bilinen ve 2011 yılında çıkarılan 'Tıbbi

Sosyal Hizmet Yönergesi' ile yapısal bir dönüşüm geçiren 'Sosyal Hizmet Birimleri'nde çalışmaktadırlar. Bu birimler, sağlık kuruluşlarının sosyal hizmet ihtiyaçlarını karşılamak üzere özel olarak yeniden organize edilmişlerdir (Tuncay, 2018).

3.1. Tıbbi Sosyal Hizmet Kavramı

Tıbbi sosyal hizmet, sağlık alanında multidisipliner bir yaklaşımla bireyin hem fiziksel hem de psiko-sosyal ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak tedavi sürecine katkıda bulunan bir meslek dalıdır. Friedlander'a göre tıbbi sosyal hizmet, hastalık ve tedavi sürecinde hastayı etkileyen sosyal ve duygusal sorunların çözümüyle uğraşmak amacıyla sosyal vaka çalışması ve grup çalışması yöntemlerinin kullanıldığı sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanıdır (Friedlander, 1966:415). Bu tanıma göre, tıbbi sosyal hizmet uzmanları, hastaların sosyal ağlarını, yaşam koşullarını ve duygusal durumlarını iyileştirmek için çeşitli teknikler uygular.

Stroup'un (1960) tanımına göre ise tıbbi sosyal hizmet, genelde fiziksel hastalığı olanların sosyal ve duygusal sorunlarıyla tıbbi bir kurum çatısı altında ilgilenen bir daldır. Bu bakış açısıyla, tıbbi sosyal hizmet uzmanları, hastanın hastalık deneyimini ve tedaviye uyumunu kolaylaştırmak, hastanın ve ailesinin duygusal destek ihtiyaçlarını karşılamak ve sosyal sorunları çözmek için çalışır.

Turan'ın tanımı ise sosyal hizmet metodolojisi ve felsefesinin sağlık ve tedavi hizmetlerine uyarlanması ve bu kapsamda tıp ve halk sağlığı programları çerçevesinde uygulanmasını ifade eder. Bu perspektifte, tıbbi sosyal hizmetin amacı, bireylerin sağlıkla ilgili zorluklarına bütüncül bir yaklaşımla müdahale etmek ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik sağlamak, toplum sağlığını geliştirmek ve hastalık önleme çabalarını desteklemektir.

Kavramsal olarak tıbbi sosyal hizmet, hastaların ve ailelerinin hastalıkla başa çıkma süreçlerini kolaylaştıran, sosyal destek sistemlerini güçlendiren ve bireylerin tedavi sürecine aktif katılımını teşvik eden bir yaklaşımı temsil eder. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, hastaların ve ailelerinin sağlıkla ilgili kararlar almasına yardımcı olur, kaynaklara erişimlerini sağlar ve psikolojik danışmanlık sunar. Bu meslek dalı, bireylerin sağlıklı ve üretken bireyler olarak topluma dönüşlerini destekleyen önemli bir köprü görevi görür.

Sağlık kurumlarında sunulan tıbbi bakım ve tedavi, sadece hastalığın tıbbi yönüyle sınırlı kalmamalıdır. Çünkü bu yaklaşım, hastalığın yalnızca belirli yönlerini tedavi eder ve semptomların giderilmesine odaklanır. Bunun yerine, tıbbi sorunlara bütünsel bir bakış açısıyla yaklaşmak, fiziksel, duygusal, sosyal ve psikolojik boyutların dengeli bir şekilde ele alınmasını sağlar. Bu durum, tıbbi sosyal hizmetin sağlık sektöründeki önemini ve etkinliğini vurgular. Sağlık kurumlarında görev yapan sosyal hizmet uzmanları, tedavi süreçlerinde yalnızca tedavi görevlerini yerine getirmekle kalmaz, aynı zamanda yönetici, planlamacı, kaynak geliştirici, eğitimci ve savunucu rollerini de üstlenerek sağlık hizmet politikalarının geliştirilmesine katkıda bulunurlar. Tıbbi sosyal hizmetin bir diğer önemli işlevi ise tıbbi bakım ve tedavi sistemlerinin daha insancıl ve etkili bir biçimde hizmet sunmasını sağlamaktır (Duyan, 1996).

3.2. Tıbbi Sosyal Hizmetin İlk Ortaya Çıkışı

Tıbbi sosyal hizmetin kökenleri, 19. yüzyılın son çeyreğinde, İngiltere’de psikiyatrik hastanelerden taburcu edilen hastaların süregelen ihtiyaçlarına cevap verme amacıyla atılan adımlara dayanmaktadır (Duyan, 1996).. Bu dönemde, hastanelerde görev yapan ve daha sonraları Almoner olarak bilinen kadın çalışanlar, hastaların

duygusal ve psikolojik rahatsızlıklarının hafifletilmesine yönelik şefkatli ve ilgili bir tutum sergilemişlerdir. Aynı zamanda, ziyaretçi hemşireler, özellikle ekonomik olarak dezavantajlı durumdaki hastaların evlerinde karşılaştıkları sosyal ve kişisel sorunları ele alarak bu alandaki çalışmalara öncülük etmişlerdir. Tıp eğitimi gören öğrencilerin sosyal kurumlardaki pratikleri de bu disiplinin gelişimine katkıda bulunmuştur. Bu tarihsel gelişim, modern tıbbi sosyal çalışmanın temellerini oluşturmuş ve multidisipliner bir yaklaşımın sağlık hizmetlerine entegrasyonunu sağlamıştır. Bu, aynı zamanda, sağlık hizmetlerinde bireyin bütünsel iyilik halinin önemini ve hastalığın yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda sosyal ve duygusal boyutlarına odaklanmanın gerekliliğini vurgulamıştır.

Tıbbi sosyal hizmetin ilk dönem tarihi, halk sağlığı ve sosyal reformun daha geniş bağlamı içinde bir evrim ve entegrasyon hikayesidir. Yirminci yüzyılın başlarında ortaya çıkan sosyal hizmetin gelişimi, ilerleyen dönemlerin sosyal refah ve sağlık değerlerinden büyük ölçüde etkilenen Amerika Birleşik Devletleri'ndeki çağdaş halk sağlığı hareketlerine paralel olmuştur.

Tıbbi sosyal hizmet, ilk dönemlerinde iki temel hareketten ilham almıştır: yoksulluk, aşırı kalabalık ve çocuk işçiliği gibi sorunları mekana dayalı müdahalelerle ele alan toplum odaklı yerleşim evi hareketi ve insanların yoksulluğun üstesinden gelmelerine ve toplumsal yardıma bağımlılıklarını azaltmalarına yardımcı olmak için bireysel vaka çalışmalarına odaklanan hayır kurumu hareketi. Bu iki yaklaşım sosyal hizmetin ikili doğasını şekillendirmiştir: klinik ya da vaka çalışması ve toplum ya da makro sosyal hizmet. Sosyal hizmetin sağlık alanına ilk girişi, hastalık kontrolünü tıp alanına bırakırken "hastalığın sosyal yönüne" odaklanarak kapsamının hassas bir şekilde tanımlanmasını gerektirmiştir. Ida Cannon ve doktor Richard Cabot gibi öncüler Massachusetts General Hospital'daki çabalarında zorluklarla karşılaştılar, ancak hastalara hastalığın sosyal sonuçları konusunda yardımcı olmak için yaptıkları çalışmalar hastane sosyal hizmetinin hızla büyümesinin temelini atmıştır.

Halk sağlığı ve sosyal hizmet arasındaki işbirliği toplum ortamlarında da belirgindi. Yerel halk sağlığı departmanları, özellikle bulaşıcı hastalıklar için, işsizlik veya uzun süreli hastane yatışları sırasında ailelerin başa çıkmalarına yardımcı olmak için vaka çalışmalarını programlarına entegre etti. Bu işbirliğinin önemli bir örneği,

20. yüzyılın başlarında anne ve bebek ölümleri, çocuk işçiliği ve doğum kaydı gibi konularda savunuculuk yapan federal Çocuk Bürosu'nun kurulmasıydı. 1920'lere gelindiğinde sosyal hizmet, kalp hastalıkları, tüberküloz, akıl hastalıkları ve zührevi hastalıklar gibi alanlara katkıda bulunarak ABD Halk Sağlığı Servisi'nin ayrılmaz bir parçası haline gelmişti. Bu entegrasyon 1940'lar ve sonrasında da devam etmiş ve sosyal hizmet uzmanları askeri hizmetler, rehabilitasyon ve gazi bakımında hayati roller oynamıştır. Ancak bu ilerlemelere rağmen meslek, özellikle hızla gelişen halk sağlığı ve tıbbi bakım alanları içinde kimliğini tanımlama konusunda zorluklarla karşılaştı. Yüzyılın ortalarına gelindiğinde, tıbbi sosyal hizmet çevre içinde insan yaklaşımını sürdürürken, odağı daha çok hastane ortamlarında bireysel hasta bakımına doğru kaymıştır.

Betty J. Ruth ve Jamie Wyatt Marshall'ın (2017) "A History of Social Work in Public Health" adlı makalesinde, 1950'den itibaren tıbbi sosyal hizmetin tarihi, alandaki önemli değişimleri ve gelişmeleri yansıttığını ifade etmiştir. 1950 sonrasında tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmetin çeşitli sağlık hizmetleri ortamlarına entegre edilmesine odaklanarak artan bir uzmanlaşmaya tanık olmuştur. Bu dönemde sosyal hizmetin halk sağlığı ve ruh sağlığı alanlarındaki rolleri genişlemiş ve sosyal hizmet ABD Halk Sağlığı Servisi'ne entegre edilmiştir. Bu dönemdeki önemli gelişmeler arasında hastanelerde bireysel hasta bakımına doğru kayma ve “çevresi içinde birey” yaklaşımının vurgulanması yer almaktadır. Meslek, tıbbi model ile sosyal adalet köklerini dengeleyerek kimliği ile mücadele etti. Sosyal hizmetin sağlığın sosyal belirleyicileri, ruh sağlığı ve toplum sağlığı ortamlarındaki rolü önemli ölçüde genişledi. Yirminci yüzyılın ikinci yarısı aynı zamanda tıbbi sosyal hizmet içinde onkoloji ve palyatif bakım gibi uzmanlık alanlarının yükselişine ve sosyal hizmet ile halk sağlığı eğitimini birleştiren çift diploma programlarının kurulmasına tanık oldu. Alanın disiplinler arası işbirliğine yaptığı vurgu ve sağlıktaki eşitsizliklerin ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin ele alınmasındaki hayati rolü merkezi temalar olmaya devam etmiştir.

Hastaların hastalıklarıyla bağlantılı sosyal sorunlarını tespit etmek, hastanelerde doktor ve hemşirelerle işbirliği yapmaya başlayan ilk tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının ilk göreviydi. Sosyal hizmet uzmanlarının hastanelerdeki görevleri, mesleki faaliyetleri arttıkça daha da çeşitlenmiştir. “Hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ilk görevlerini şu şekilde sıralayabiliriz (Duyan, V. 1996).¹:

- 1.Hasta ve ailesinin tedaviye uyum sağlaması için, hastalığın etkileri, hastane bakımı konularında bilgilendirilmesi
- 2.Hastaların hastalıkla bağlantılı olan psikolojik ve sosyal koşullarının belirlenmesi
- 3.Hekimin tedavi planına uymasında hastalara yardımcı olma
- 4.Hastane ile toplum ve çeşitli kurumlar arasında bağlantı kurma”

3.3. Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmetin Gelişimi

Türkiye’de sosyal hizmet uzmanları, 1960’ların ortalarında hastanelerde göreve başlamış ve bu alanda önemli roller üstlenmişlerdir. Bu dönemde, başta çocuk, genç, özürlü ve yaşlıların refah hizmetleri olmak üzere, geniş bir alanda faaliyet göstermişlerdir. İlk uygulamalar, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi’nde ABD’li bir hocaların rehberliğinde gerçekleştirilmiş, ardından sosyal hizmet birimleri kurulmuştur. Bu süreçte, hastaların sosyal ve ekonomik durumları değerlendirilmiş, psikososyal sorunları ele alınmış ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışmalar başlatılmıştır. Sosyal hizmet uzmanları, sağlık sigortası ve sosyo-ekonomik değerlendirmelerde önemli roller üstlenmiş, hastaların ihtiyaçlarına göre yönlendirmeler yapmıştır. 1990’ların sonunda, Hasta Hakları Yönetmeliği ile birlikte sosyal hizmet uzmanlarının hastane ortamlarındaki rolleri daha da güçlenmiş, hasta hakları konusunda önemli görevler üstlenmişlerdir. Bu süreçte, sosyal hizmet uzmanlarının çok boyutlu rolleri ve hastaların ihtiyaçlarının karşılanması, psikososyal sorunların çözülmesi ve haklarının korunması yönündeki çalışmaları ön plana çıkmıştır.

Türkiye'de tıbbi sosyal hizmetlerin tarihî gelişimi, 1956'dan başlayarak önemli aşamalardan geçmiştir. Bu süreç, Birleşmiş Milletler'in Teknik Yardım Programı altında 1956 ile 1966 yılları arasında sağlanan sosyal refah desteğiyle ivme kazanmış, bu dönemde sosyal hizmet eğitiminin temelleri atılmıştır. 1959 yılında, çocukların korunmasına yönelik amaçlarla ve sosyal hizmetleri düzenlemek için 7355 sayılı kanun ile Sosyal Hizmetler Enstitüsü kurulmuş, bunu takiben 1961 yılında da sosyal hizmet uzmanları yetiştirmek üzere Sosyal Hizmetler Akademisi hayata geçirilmiştir (Özbesler, 2013). 1961 yılı, Türkiye'de sosyal hizmet eğitiminin başladığı yıl olarak kayıtlara geçmiştir. 1964 yılında Violet Bemmels'in yönetiminde Hacettepe Üniversitesi'nde ilk tıbbi sosyal hizmet uygulaması gerçekleştirilmiş, aynı yıl Sosyal Hizmetler Akademisi öğrencilerinin stajları da başlamıştır. 1966'da Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde ilk sosyal servis açılmış, ertesi yıl Ankara Üniversitesi Hastanesi'nde bir sosyal çalışmacının atanması ile tıbbi sosyal hizmet resmî bir yapı kazanmıştır. 1968 yılında Ankara Rehabilitasyon Merkezi'nin kurulması ve bu merkezde zamanla tıbbi sosyal çalışmacıların göreve başlaması da önemli bir gelişmedir.

1973 yılında "tıbbi sosyal hizmet" terimi resmî olarak Tedavi Kurumları Yönetmeliği'ne dahil edilmiştir. 1983'te yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ise hastanelerdeki tıbbi sosyal hizmet birimlerinin kurulmasını ve bu birimlerde görev yapacak personellerin yetki ve sorumluluklarını belirlemiştir. Bu gelişme, Türkiye'deki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının yasal bir zemin kazanmasında dönüm noktası olmuştur (Özbesler, 2013)

1998 yılına gelindiğinde, sosyal çalışmacı istihdamının artmasıyla birlikte, hastane çerçevesinde hasta hakları ile ilgili birimlerin kurulması gerçekleşmiştir. 2000'li yılların başında, sağlık alanında gerçekleştirilen dönüşüm programı çerçevesinde, hasta iletişim birimi, toplum ruh sağlığı merkezi, çocuk izlem merkezi gibi çeşitli sosyal hizmet birimleri hastanelere entegre edilmiştir. Bu birimlerin kurulması, tıbbi sosyal hizmetlerin kapsamını ve etkinliğini önemli ölçüde artırmıştır.

3.4. Mevzuat

3.4.1. 17927 Sayılı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

Türkiye’de 1983’te yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde genel hatlarıyla, 2011’de yürürlüğe giren Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi’nde ise ayrıntılı olarak hastanelerin sosyal hizmet birimlerinde görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları tanımlanmıştır.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ile hastanelerde sosyal servis adı altında sosyal hizmet birimlerinin ve bu birimlerde görev yapacak olan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları yasal bir çerçeveye kavuşturulmuştur. Yönetmeliğin Sosyal Hizmetler başlıklı 35. maddesinde sosyal hizmet uzmanlarının çalışacağı birimin tanımı yapılmıştır. Buna göre; “standardında sosyal hizmet uzmanı bulunan yataklı tedavi kurumlarında bir sosyal servis kurulur. Birden fazla sosyal hizmet uzmanı bulunduğu takdirde, içlerinden baştabip tarafından görevlendirilen bir tanesi bu servisin amirliği görevini de yürütür. Sosyal servis, yataklı tedavi kurumlarına müracaat eden, yatan ve kurumdan çıkan hastaların sosyal ve ekonomik sorunlarının saptanması, çözülmesi, hastanın çevresi ve ailesiyle ilişkilerinin sağlanması, kurumun halkla ilişkiler işlerinin yürütülmesi ile görevlidir. Ayrıca kurum personelinin karşılıklı ilişkilerinde ve sosyal sorunlarında danışma ve yardım sağlama görevini de yapar.”

Ayrıca yönetmeliğin hemşirenin görev ve yetkileriyle ilgili maddesinde hemşirelere, hastaların sosyal ve ruhsal durumları ve beslenmeleri ile ilgili olarak fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanları, diyet uzmanları ve psikologlarla işbirliği yapma ve bunların servislerdeki çalışmalarını kolaylaştırma sorumluluğu verilmiştir. Yönetmelik sosyal hizmet mesleğinin hastanelerde yasal bir güçle yer almasını sağlayan önemli bir belge olmakla birlikte sosyal hizmetin bilgi ve uygulama sorumluluğu dışında bazı görevler tanımlaması nedeniyle hatalı ve eksik bir yasal düzenleme olarak görülmüştür. Sosyal hizmet mesleği, meslek dışındaki yasal ve idari yapılar tarafından tanındıkça yönetmelikten kaynaklanan sorunlar da aşılmıştır.

3.4.1.2. 7465 Sayılı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi

Tıbbi sosyal hizmete temel oluşturan “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”nin tamamlayıcısı niteliğinde olan bir diğer belge, “2011 yılında yürürlüğe giren Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi”dir. Yönergenin amacı;

sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan hastaların tedavi sürecini etkileyen psikososyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının, sosyal hizmet mesleği ve disiplininin yöntem ve teknikleriyle zamanında çözümlenebilmesi için tıbbi sosyal hizmetin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve denetlenmesine ilişkin usul ve esasları belirleyerek tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının insan hakları, eşitlik ve sosyal adalet temelli bir anlayış ile etkili ve ulaşılabilir bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlamaktır. İlgili yönergede Hastanedeki görevli bir sosyal çalışmacının görevleri şu şekilde belirtilmiştir:

“a) Mesleki çalışmalarını ilgili mevzuata uygun yapar.

b) Hastaneden hizmet almak için müracaat eden;

- 1. Kimsesiz, terk edilmiş ve bakıma muhtaç olan hastalar;*
- 2. Engelliler;*
- 3. Sosyal güvencesi olmayan hastalar;*
- 4. Fakir hastalar;*
- 5. Aile içi şiddet mağduru olan hastalar;*
- 6. İhmale ve/veya istismara uğramış çocuk hastalar;*
- 7. Mülteci hastalar;*
- 8. İnsan ticareti mağduru olan hastalar;*
- 9. Yaşlı, dul ve yetim hastalar;*
- 10. Kronik hastalar;*
- 11. Ruh sağlığı bozulmuş hastalar;*
- 12. Alkolik ve madde bağımlısı hastalar;*
- 13. Tedaviden yararlanamayan yabancı uyruklu hastalar;*
- 14. İl dışından gelen hastalardır.*

Yukarıda belirtilen hastalar öncelikli olmak üzere tıbbi sosyal hizmete ihtiyaç duyan tüm hastalara ve hasta yakınlarına sosyal hizmet planlamasını yaparak uygular.

c) Hastalıklarına ve/veya tedavi sürecine uyum sağlamakta güçlük çeken hastaların adaptasyonunu sağlamak için gerekli sosyal hizmet müdahalesini yapar.

d) Hastanede yatarak tedavi edilen, ikametine gidebilecek hiçbir imkânı olmayan ve yakınları tarafından alınmayan hastaların ikamet yerlerine götürülmesini koordine eder. Bu kapsamda mahalli yönetimlerle koordinasyon sağlar.

e) Afetlerde, ortaya çıkacak acil ihtiyaçlar doğrultusunda gerekli sosyal hizmetin planlamasını yapar ve uygular.

f) Tıbbi sosyal hizmetle ilgili, hastane personeline, hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitimler yapar.

g) Mesleği ile ilgili dersler verir, kongre, sempozyum vb. eğitim faaliyetlerine katılır. Mesleki projeler planlar ve yürütür.

h) Rapor ve kayıtları tutarken gizlilik ilkesine uygun davranır.

i) Çalışmalarında birim sorumlusuna karşı mesuldür.

j) Kurumda kendisinden başka sosyal çalışmacı yoksa birim sorumlusunun görevlerini de yapar.

k) Birim sorumlusu tarafından verilen diğer görevleri yerine getirir”.

Yönerge, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını ilgilendirmektedir. Ayrıca Yönerge, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde belirtilen hükümler göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Yönergede tıbbi sosyal hizmetin ana hatları çizilmiştir: Tıbbi sosyal hizmet, ayakta veya yatarak tıbbi tedavi gören hastaların tedaviden etkin bir şekilde yararlanabilmelerini sağlamayı amaçlayan bir uygulamadır. Hedefleri arasında sosyal sağlığın korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresiyle ilişkilerinin yönetilmesi ve tedavi sürecini etkileyebilecek psikososyal ve sosyo-ekonomik sorunların zamanında çözülmesi ve nihayetinde hastanın sosyal işlevselliğini yeniden kazanmasına yardımcı olunması yer almaktadır. Yönerge, sosyal hizmet müdahalesi konusuna da açıklık getirmektedir. Buna göre, sosyal hizmet müdahalesi özellikle şu şekilde tanımlanmaktadır Tıbbi sosyal hizmet uygulaması, bireylerin, grupların, ailelerin ve toplulukların ihtiyaçlarını karşılamak için sosyal

hizmet ve sosyal hizmet araştırma tekniklerinin kullanılmasını içerir. Bu uygulama, başvuru, inceleme, müdahale, değerlendirme, uygulama, sonuçlandırma ve izleme gibi çeşitli aşamaları kapsar (Tuncay, 2018).

3.5. Tıbbi Sosyal Hizmetin Bazı Uygulama Alanları

Tıbbi sosyal hizmet, bir dizi farklı uygulama alanına sahiptir. Bu alanlar, hastaların sadece fiziksel sağlıklarıyla değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarıyla da ilgilenmeyi içerir. Hastaların ve ailelerinin hastane ortamında karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olmak amacıyla tasarlanmıştır. Bu hizmet, hastaların ve ailelerinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarını kapsamlı bir şekilde değerlendirir ve onlara bu süreçte destek olur. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, hastaların hastanede kalış süreleri boyunca ve taburcu olduktan sonra gereken yardımı sağlarlar.

Bu uzmanlar, hastanın tıbbi durumu, ailesel durum ve sosyal desteğe erişimi gibi konuları dikkate alarak bireyselleştirilmiş bir yaklaşım sunarlar. Hastaların ve ailelerinin hastalıkla başa çıkmalarını, tedavi süreçlerini anlamalarını ve sağlık sistemine uyum sağlamalarını kolaylaştırırlar. Ayrıca, hastaların ve ailelerinin evde bakım, rehabilitasyon hizmetleri, sigorta ve mali destek gibi konularda bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi görevlerini üstlenirler. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları hastanın taburcu edilmesi ve sonrasındaki süreçte de aktif rol oynarlar. Taburcu olan hastaların evdeki yaşamlarına uyum sağlamalarını kolaylaştırmak, gerekli evde bakım hizmetlerini düzenlemek ve aile üyelerine destek ve eğitim sağlamak bu sürecin önemli parçalarındandır. Özellikle kronik hastalıkları olan, yaşlı veya engelli bireyler gibi hassas gruplarda, bu uzmanların katkısı hayati önem taşır. Tıbbi sosyal hizmetinin temel amacı, hastaların ve ailelerinin zor zamanlarında güçlü bir destek sistemi sağlamak ve onların sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmalarını sağlamaktır.

Palyatif Bakım: Sosyal hizmet uzmanları, palyatif bakım sürecinde hastaların ve ailelerinin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarına odaklanır. Bu süreçte, hastaların ağrı ve semptom kontrolü, ruh sağlığı desteği ve duygusal destek gibi konularda yardımcı olurlar. Ayrıca, aile üyelerine hastalığın ilerlemesi ve bakım

seçenekleri hakkında bilgi verirler ve yas surecinde rehberlik ederler. Sosyal hizmet uzmanları, hasta ve ailelerinin, hastalığın son evrelerinde karşılaşabilecekleri zor kararlar ve yaşam sonu planlaması konusunda da destek sağlarlar.

Madde Bağımlılığı Tedavisi: Madde bağımlılığı ile mücadele eden bireyler için sosyal hizmet, tedavi surecinin önemli bir parçasıdır. Sosyal hizmet uzmanları, bağımlılık tedavisine katılan bireylerin sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını değerlendirir ve bu süreçte onlara destek olur. Tedavi surecindeki bireylerin topluma yeniden entegre olmalarını sağlamak, iş ve eğitim olanaklarına erişimlerini kolaylaştırmak ve aile ilişkilerini güçlendirmek bu alandaki temel amaçlardandır.

Korunmaya İhtiyacı Olan ocuk: Hastanede görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının ocuk ihmal ve istismar vakalarındaki rolleri, bu hassas durumları tanımlamak, değerlendirmek ve müdahale etmek üzerine kuruludur. İhmal veya istismar belirtilerini fark ettiklerinde, bu durumları dikkatlice değerlendirir ve gerekli adımları atarlar. Bu süreç, çocuğun güvenliğini sağlamak, aileye uygun destek ve rehberlik sağlamak ve gerektiğinde yasal makamlarla işbirliği yapmayı içerir. Sosyal hizmet uzmanları, çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılayacak uygun tedavi ve bakım planlarını oluştururken, aynı zamanda ailenin de desteklenmesini ve eğitilmesini sağlarlar. Bu roller, çocukların güvenli bir ortamda büyümelerini ve ihmal veya istismarın uzun vadeli etkilerinin üstesinden gelmelerini hedefler.

Bakıma Muhtaç Engelli: Hastanede görev yapan sosyal hizmet uzmanları, bakıma muhtaç engelli bireylerin tedavi ve bakım süreçlerinde kritik bir rol oynarlar. Bu uzmanlar, engelli hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını değerlendirir ve onlara özel destek sağlarlar. Bu süreç, hastanın tıbbi durumunun yanı sıra sosyal ve duygusal ihtiyaçlarını da kapsar. Sosyal hizmet uzmanları, engelli hastaların hastane içinde ve dışında uygun bakım hizmetlerine erişimini sağlar, rehabilitasyon ve terapi seçenekleri konusunda rehberlik eder ve hastaların topluma entegrasyonunu kolaylaştırıcı çözümler sunarlar. Ayrıca, ailelere eğitim ve danışmanlık hizmetleri vererek, onların bakım becerilerini geliştirmelerine ve psikolojik destek almalarına yardımcı olurlar. Engelli bireylerin yaşam kalitelerini artırmak ve bağımsızlık düzeylerini maksimize etmek, bu uzmanların temel hedeflerindendir.

Taburculuk: Hastanede görevli sosyal hizmet uzmanlarının taburculuk vakalarındaki çalışmaları, hastanın hastane ortamından kendi evine veya başka bir bakım ortamına geçişini kolaylaştırmaya odaklanır. Bu süreçte, sosyal hizmet uzmanları, hastanın ve ailesinin, hastanın evdeki yaşamına hazırlanmasına yardımcı olur. Bu, evde gerekli bakım hizmetlerinin düzenlenmesi, uygun tıbbi ekipmanların sağlanması ve evde bakım için eğitim ve destek sunulması gibi çeşitli görevleri içerebilir. Uzmanlar, hastanın devam eden sağlık ihtiyaçlarını değerlendirir ve uygun sağlık hizmetleri, rehabilitasyon, destek grupları veya diğer toplum kaynaklarına yönlendirme yapar. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanları, hastanın ve ailesinin duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarına da dikkat eder ve bu zorlu geçiş döneminde rehberlik ve destek sağlar. Bu süreçteki ana amaç, hastanın güvenli ve etkili bir şekilde taburcu edilmesini ve ev ortamında başarılı bir şekilde iyileşmeyi sürdürebilmesini sağlamaktır.

3.6. Sağlık Politikası Ekseninde Uygulamadaki Zorluklar

Sosyal hizmet uzmanları alanda çeşitli zorluklarla karşılaşabilirler. Bu birçok insanın bu disipline aşına olmamasının bir sonucudur. Sosyal hizmet sosyal yardım ve arasındaki farkın bireylere anlatılması sosyal hizmet uzmanları için bir sorun haline gelmektedir. Sosyal hizmet, uzmanlar tarafından çeşitli müracaatçılara destek olmak için yürütülen profesyonel bir disiplindir, sosyal yardım ise ihtiyacı olan insanlara yardım etmek isteyen veya bunu arzulayan herhangi biri tarafından yürütülebilir. Sosyal hizmet için profesyonel bir derece almak gerekiyken, sosyal yardım için gerekli değildir. Sosyal hizmet uzmanlarının işlerinin toplumun tüm yönlerini içerdiği inancı, alandaki tıbbi sosyal hizmet uzmanları için bir başka zorluktur. Lisanslı bir tıbbi sosyal hizmet uzmanının gerçek görevlerini vurgulamak için bir sınır oluşturulmalıdır. Yaptığı iş, sağlık bakım sisteminin iyileştirilmesine sadece küçük bir katkı ile karıştırılmamalıdır. Sosyal hizmet uzmanı hayati bir destek işlevi görmektedir ve sağlık sisteminin temelini bir bütün olarak güçlendirmek için, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarına katkılarının tam olarak tanınması için doğru fırsatlar sağlanmalıdır. Bazen bir müracaatçı tıbbi sosyal hizmet uzmanına yardım için geldiğinde, sosyal hizmet uzmanı sorularına yanıt vermekte zorlanır. Bu nedenle, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarına basit tıp konusunda (örneğin ruhsal veya kronik rahatsızlıklar) bilgi sahibi

olabilmeleri ve müracaatçıların sorularına yanıt vermeye hazırlıklı olabilmeleri için uygun tanıtım eğitim programlarının sağlanması önemlidir.

İmkanları kısıtlı müracaatçıların (hastaların) ihtiyaçlarını karşılamak için çok sayıda hüküm bulunmaktadır. Bu hükümlerin mevcudiyeti, finansal sınırlamalar nedeniyle tedavilerini erken kesmek zorunda kalmadan potansiyel olarak tamamlayabilmelerini sağladığından, onlara bir dereceye kadar rahatlama sağlar. Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının görevi, yardımın hak eden hastalara adil bir şekilde dağıtılmasını sağlamak ve koşulları sağlamayan kişilerin mevcut programlardan ve hükümlerden yararlanmasını önlemek için dikkatle incelemektir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanı, tüm prosedürü tamamen yenilemekten ve yalnızca nitelikli müracaatçıların yardım almasını sağlamaktan sorumludur.

Özellikle devlet sağlık merkezlerinde çalışan bir sosyal hizmet uzmanı, son derece az kaynakla çalışmanın zorluğuyla sık sık karşılaşabilir. Kaynak kısıtlamaları nedeniyle, sosyal hizmet uzmanları yardım isteyen tüm müracaatçılara destek sağlayamadıklarını açıklamakta zorluklarla karşılaşabilir. Müracaatçıyı yardım için uygun kuruma yönlendirebilirken, kaynak yetersizliği nedeniyle başka bir gruptan hizmet almaları gerekebileceği konusunda müracaatçıyı ikna etmesi zordur. Bunun nedeni, müracaatçıların genellikle tek bir yerde kapsamlı yardım almayı ve başka bir yerde yardım arama ihtiyacını ortadan kaldırmayı beklemeleridir. Bu nedenle, bir tıbbi sosyal hizmet uzmanı için danışanlarının gereksinimlerini, özellikle de çalışanın kendisinin yerine getiremediği gereksinimleri karşılamak ve aynı zamanda danışanların memnuniyetsiz veya göz ardı edilmiş hissetmemelerini sağlamak zor bir görevdir.

Sosyal hizmet uzmanları, mesleği gereği herhangi bir zamanda birden fazla iş yapması gerekir. Örneğin, bir müracaatçı zor bir durumla başa çıkamadığında, tıbbi sosyal hizmet uzmanı bir danışman olarak hareket etmelidir. Benzer bir şekilde, bir eğitimci pozisyonunu üstlenmeli, danışanın ve iş arkadaşlarının endişelerini gidermeye çalışmalı ve onları hastalığın doğası hakkında eğitmelidir. Buna ek olarak, bir tıbbi sosyal hizmet uzmanı, hasta ile doktor arasındaki iletişim boşluğunu kapatmak için bir arabulucu ve danışanını destek için çeşitli kurumlarla buluşturan bir

kolaylaştırıcı olarak hareket etmelidir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanı, faydalı olabilmek için yoluna çıkan her engeli ustalıklı aşımalıdır. Danışanlarının sorunlarına uygulanabilir yanıtlar vermeli, tıbbi sosyal hizmetin etkinliğini artırmalı ve bunu tıp camiasına yaymalıdır.



SONUÇ

Aile Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasındaki koordinasyonun tıbbi sosyal hizmet müracaatçıları açısından büyük bir öneme sahiptir. Hastaneye gelen bakıma ve barınmaya muhtaç engelliler, sosyal ve ekonomik yoksunluk içerisinde olan 65 yaş üstü vatandaşlar, Ailesi tarafından ihmal ve istismara uğrayan 18 yaş altı bireyler ve Şiddet mağduru kadınlar başta olmak üzere bir çok vaka tıbbi sosyal hizmet biriminin yapacağı detaylı sosyal incelemenin ardından gerekli sosyal hizmet modeli uygulanır. Burada dikkat edilmesi gereken husus söz konusu bireyin hastaneye yatışının yapılmasının ardından ihtiyaç duyulması halinde (acil durumlarda) tüm sürecin tıbbi sosyal hizmet biriminde görevli sosyal çalışmacı tarafından yürütülebiliyor olmasıdır. Zira uygulamada ilgili personellerin, temelinde aile bakanlığı tarafından yürütülen kurum bakımı işlemlerini hızlı ve etkili bir şekilde sağlayamadığı, bu vakalarda hasta ve yakınlarını doğrudan ilgili sosyal hizmet merkezine yönlendirdikleri bir gerçektir. Bu durumda söz konusu engelli ve yaşlı zamanında alamadığı hizmet nedeniyle mağdur olmakta, varsa süregelen hastalığı nüksetmektedir. Halbuki Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi 12. Maddesinde sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları gayet açıklayıcıdır. Bu sebeple Sağlık Bakanlığı personelinin alanında yetkin olması beklenmektedir.

Artan Enflasyon, Türk toplumunun ve refah devletinin neoliberal yeniden yapılandırılmasının bir parçası olarak sosyal hizmetlerin sağlanmasını zorlaştırarak refah devletini zayıflatmıştır. Tıbbi sosyal hizmet uygulayıcıları, değişen sosyoekonomik koşullar nedeniyle moral bozukluğu, kaynak sıkıntısı ve aşırı iş yükü gibi ek engellerle karşılaşmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının işlerini etkili bir şekilde yürütme becerileri, neoliberal kapitalizm bağlamında sağlık hizmetleri finansmanındaki kesintiler nedeniyle açıkça tehlikeye girmektedir, ancak ellerindeki kaynaklar göz önüne alındığında mümkün olan en iyi çabayı göstermektedirler. Sağlık hizmetini bir hak olarak sürdürme çabası içinde olan tıbbi sosyal hizmet uzmanları kaynak bulmak, ağlar kurmak, kişisel kaynaklara güvenmek ve daha fazlasını yapmak için daha fazla çaba sarf etmektedir.

Bazı uzmanlar bakımı garanti altına almak için hastaları acil vaka olarak sınıflandırmak gibi yıkıcı taktikler kullanmıştır. Birçoğu dış finansman eksikliği karşısında kendilerini daha fazla kaynak olarak kullanmaya başlamış, hastaların ailelerine ihtiyacı olanlara bakım sağlamaları için baskı yapmış (ki bu çok zordur çünkü birçok ailenin kendi destek kaynakları yoktur) veya gönüllülerden hayırsever bağışlar istemek için refah devleti öncesi uygulamalara geri dönmüştür. İsveç gibi uzun süredir devam eden sağlam refah sistemlerine sahip ülkelerde de aynı sonuçlara ulaşılmıştır.

Çerçevenin sınırlamalarına rağmen hak temelli sosyal hizmet yürütülmeye devam edilmektedir. Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu'na (IFSW, 2008:1) göre, "Herkes, sağlığı teşvik eden ve sosyal hizmetler de dahil olmak üzere hastalık, yaralanma ve bozulmayı ele alan kaynaklara ve hizmetlere erişimde eşit hakka sahip olmalıdır". IFSW, sosyal ve sağlık açısından adil politikalar oluşturarak, bunları dile getirerek ve takip ederek bu temel hakların gerçekleştirilmesini talep edecek ve bunun için çalışmaya devam edecektir.

Hastane sosyal hizmet uzmanları, hem Türkiye’de hem de küresel ölçekte finans sektörünü ve kârı insanların önüne koyan neoliberal gündemin bir tezahürüyle karşı karşıyadır. Neoliberal kapitalizm onların mücadelelerine ve karşılaştıkları zorluklara da yansımaktadır. Sonuç olarak çalışma koşulları ve yöntemleri tehlikeye girmiş, sadece mesleğin itibarını değil aynı zamanda profesyonel kalibresini de tehlikeye atmıştır. Sosyal hizmet uzmanları çok az kaynakla baş başa bırakılırsa, halkın sosyal hizmetlere olan güveni zayıflayabilir. Katılımcılar buna karşı koymak ve mesleki bütünlüklerini korumak için kendilerini kalan tek kaynakları olarak kullanırlar. Ayrıca, sağlık hizmeti hakkını savunmak için yıkıcı stratejiler kullanmaktadırlar. Direniş teknikleri genişlemeye devam eder ve daha büyük ölçekte ifade bulursa, bu bir umut ışığı olabilir.

Neoliberal politikaların, sağlık ve sosyal hizmetler üzerindeki etkisi, bu alanlardaki profesyonellerin çalışma koşullarını ve yöntemlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Kaynak kısıtlılığı ve artan iş yükü, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bütünlüklerini korumak ve hizmetlerin kalitesini sürdürmek için ekstra çaba

göstermelerini gerektirmektedir. Buna karşın, bu zorlukların üstesinden gelmek için yeni stratejiler geliştirme ve daha etkin mücadele yöntemleri benimseme ihtiyacı da artmaktadır. Bu durum, hizmet verenlerin kişisel kaynaklarını kullanarak hizmet kalitesini korumaya çalışmasına, hatta bazen hastaları acil vaka olarak sınıflandırarak onlara gereken hizmeti sağlamak için yıkıcı taktikler kullanmalarına yol açmaktadır. Bu tür durumlar, sosyal hizmet uzmanlarının profesyonel ve etik standartlarına meydan okuyan, aynı zamanda hizmetlerin sürdürülebilirliğini tehlikeye atan zorluklar olarak ortaya çıkmaktadır.

Sonuç olarak, Türkiye ve dünya genelindeki sosyal hizmet uzmanları, hem mesleki bütünlüklerini korumak hem de hizmet kalitesini sürdürmek için sürekli olarak yeni yollar aramakta ve bu zorluklara karşı direniş göstermektedirler. Bu süreçte, sosyal hizmetlerin önemi ve toplum üzerindeki etkisi daha da belirginleşmekte, hizmetlerin sürdürülebilirliği ve etkinliği için yapısal değişikliklerin gerekliliği vurgulanmaktadır. Ayrıca, bu zorlukların üstesinden gelmek için uluslararası iş birliği ve dayanışmanın önemi de artmaktadır. Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW) gibi kuruluşlar, sosyal hizmet uzmanlarının haklarını savunma ve bu alandaki zorluklara karşı mücadelede önemli bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda, IFSW ve benzeri kuruluşlar, sosyal hizmetlerin kalitesini ve erişilebilirliğini artırmak, uzmanların çalışma koşullarını iyileştirmek ve hizmetlerin finansmanını sağlamak için uluslararası düzeyde girişimlerde bulunmak mecburiyetindedir.

KAYNAKÇA

- Abel-Smith, B. (1992) “The Beveridge report: Its origins and outcomes”. **International Social Security Review**, 45(1-2), 5-16. <https://doi.org/10.1111/j.1468-246x.1992.tb00900.x>
- Ahmad, N., & Islahudin, F. (2018) Affordability of essential medicine prices in Malaysia’s private health sector. **Patient Preference and Adherence**, 12, 1231-1237. <https://doi.org/10.2147/PPA.S151603>
- Ak, S. (2022) Geçmişten günümüze Türkiye’nin sağlık politikaları. **Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 20(1), 28-36.
- Akdur, R. (1999) Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu ülkeleri ile kıyaslanması. **AÜ TF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara Üniv. Yayınları**, Ankara.
- Altay, A. (2007) Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. **Sayıştay Dergisi**, (64), 33-58.
- Alzahrani, N. (2020) COVID-19 pandemic: An overview of machine and deep learning methods for analysis of digital media texts. **Res. Comput. Sci.**, 149, 179-189.
- Anwar, M., Joshi, J., & Tan, J. (2015) Anytime, anywhere access to secure, privacy-aware healthcare services: Issues, approaches and challenges. **Health Policy and Technology**, 4, 299-311. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2015.08.007>

- Arslantaş, D., Schulz, L., & Karadag, R. (2022) Turkey report. Sustainable Governance Indicators 2022. **Bertelsmann Stiftung**. <https://doi.org/10.11586/2022121>
- Avaner, E. (2018) Mahremiyet nedir? Sağlık hizmetleri penceresinden mahremiyetin görünürlüğü nasıldır? **Turkish Journal of Bioethics**, 5(3), 110-116. <https://doi.org/10.5505/tjob.2018.49368>
- Barker, C. (2023) The health care policy process (Kitap Editörü, pp. 4-9). **Sage Publications Ltd**. <https://doi.org/10.4135/9781446250471>
- Berger, M., Mayer, S., & Simon, J. (2022) A novel set of Austrian reference unit costs for comprehensive societal perspectives consistent with latest European costing methods for economic evaluations. **Wiener Klinische Wochenschrift**. <https://doi.org/10.1007/s00508-022-02128-6>
- Borysowski, J., Ehni, H., & Górski, A. (2017) Merhametli kullanımda etik inceleme. **BMC Medicine**, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0910-9>
- Bruen, C., & Brugha, R. (2014) Makinenin içindeki hayalet mi? Küresel sağlık politikasında siyaset. **Uluslararası Sağlık Politikası ve Yönetimi Dergisi**, 3(1), 1-4. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.59>
- Bryant, T. (2002) Role of knowledge in public health and health promotion policy change. **Health Promotion International**, 17(1), 89-98. <https://doi.org/10.1093/heapro/17.1.89>

- Buğra, A., & Keyder, Ç. (2006) The Turkish welfare regime in transformation. **Journal of European Social Policy**, 16(3), 211-228.
- Buzgan, T., & Güner, Ö. (2020) The effectiveness of the World Health Organization in pandemics and the future of the post-pandemic era. Reflections on the Pandemic in the Future of the World. <https://doi.org/10.53478/tuba.2020.029>.
- Camillo, C. A (2017) Comparative health policies. In Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance (pp. 1-8). **Springer International Publishing**. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31816-5_3127-1
- Chilala, O. (2015) The effect of union activities on employee's performance: A case study at the Bawku Presbyterian Hospital. **Labor: Personnel Economics eJournal**. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2551452>.
- Coleman-Brueckheimer, K., & Dein, S. (2011) **Religion and Health**, 50, 422-436. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9448-2>.
- Crawford, R. (2006) Health as a meaningful social practice. **Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine**, 10(4), 401-420. <https://doi.org/10.1177/1363459306067310>
- Çelebi, A. K., & Cura, S. Etkinlik göstergeleri açısından sağlık sistemleri: Karşılaştırmalı bir analiz. **Maliye Dergisi**, 164, 47-67.

- Çınaroğlu, S. (2022) The interrelationship among health workforce, quality of care, and health outcomes in Turkey. **World Medical & Health Policy**, 15(1), 73-87. <https://doi.org/10.1002/wmh3.525>
- Dijck, J., & Alinead, D. (2020) Social media and trust in scientific expertise: Debating the COVID-19 pandemic in the Netherlands. **Social Media + Society**, 6. <https://doi.org/10.1177/2056305120981057>.
- Dowou, R. K., Amu, H., Saah, F. I., Adeagbo, O., & Bain, L. E. (2023) Increased investment in universal health coverage in sub-Saharan Africa is crucial to attain the sustainable development goal 3 targets on maternal and child health. **Archives of Public Health**, 81(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01052-z>
- DPT. (1985) Türkiye Cumhuriyeti Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Erişim adresi: <http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>
- Duyan, V. (1996) Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet). 72 TDFO Limited Şti.
- Edmondson, R. (2003) Social capital: A strategy for enhancing health? **Social Science & Medicine**, 57(9), 1723-33. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00011-X).
- Elling, R. (1994) Theory and method for cross-national study of health systems. **International Journal of Health Services**, 24(2), 285-309.
- M. İnan, A. Kılıcaslan, N. Erten, D. İlhan, H. Can Kurban

- Er, Ü. (2011) Sağlıkta dönüşümün aracı genel sağlık sigortası. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Ankara.
- Erkekoğlu, P., Köse, S. B. E., Balcı, A., & Yirün, A. (2020) Aşı kararsızlığı ve COVID-19'un etkileri. **Journal of Literature Pharmacy Sciences**, 9(2), 208-220. <https://doi.org/10.5336/pharmsci.2020-76102>
- Evang, K. (1960) Health services, society and medicare. **Oxford University Press, London.**
- Feig, C., Cheung, K. L., Hilgsmann, M., Evers, S. M. A. A., Simon, J., & Mayer, S. (2017) Best-worst scaling to assess the most important barriers and facilitators for the use of health technology assessment in Austria. ***Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research***, 18(2), 223-232. <https://doi.org/10.1080/14737167.2017.1375407>
- Fişek, N. H. (1974) An integrated health/family planning program in Etimesgut District, Turkey. *Studies in Family Planning*, 5(7), 210–220. <https://doi.org/10.2307/1964784>
- Flores, R., Caballer, A., & Alarcón, A. (2019) Evaluation of an age-friendly city and its effect on life satisfaction: A two-stage study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 16. <https://doi.org/10.3390/ijerph16245073>.

- Friedlander, W. A. (1966) Sosyal refah hizmetine başlangıç (Çev. Taşçıoğlu, R.). Ankara: S.S.Y.B. Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü.
- Gérvás, J., Pérez Fernández, M., & Starfield, B. H. (1994) Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. **Family Practice**, 11(3), 307–317. <https://doi.org/10.1093/fampra/11.3.307>
- Harris, J., & Mueller, N. (2013) Policy activity and policy adoption in rural, suburban, and urban local health departments. **Journal of Public Health Management and Practice**, 19(2), E1-E8. <https://doi.org/10.1097/PHH.0b013e318252ee8c>
- İleri, H., Seçer, B., & Ertaş, H. (2016) Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi. **Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi**, 12, 176-186.
- Javed, S., & Chattu, V. (2020) Strengthening the COVID-19 pandemic response, global leadership, and international cooperation through global health diplomacy. **Health Promotion Perspectives**, 10, 300-305. <https://doi.org/10.34172/hpp.2020.48>.
- Karabulut, U. (2007) Cumhuriyet’in ilk yıllarında sağlık hizmetlerine toplu bir bakış, Dr. Refik Saydam’ın sağlık bakanlığı ve hizmetleri (1925-1937). **Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi**, 6(15), 151-160.

- Kay, A., & Carroll, P. (2014) A case study of the expanding role of the OECD in global health governance: Combining public administration and international relations perspectives to identify internal and external drivers. <https://doi.org/10>
- Khemani, R., Gupta, S., McDonald, C., Dicks-Mireaux, L., & Verhoeven, M. (2000) Social issues in IMF-supported programs. <https://doi.org/10.5089/9781557758736.084>.
- Kılıcı, E. N. (2021) Study on financial sustainability of healthcare indicators for Turkey under the health transformation program. **The International Journal of Health Planning and Management**, 36(4), 1287-1307. <https://doi.org/10.1002/hpm.3182>
- Kılıç, B. ve Bumin, Ç. (1993) Sağlık sistemleri. **Toplum ve Hekim**, 8(53), 41-47.
- Kılıç, H., & Biffl, G. (2021) Turkish migration policy from the 1960s until today: What national development plans tell us. *Journal of International Migration and Integration*, 23(4), 2047-2073. <https://doi.org/10.1007/s12134-021-00912-3>
- Kim, K. (2021) A study on international cooperation in APTERR for food security. **Asian Journal of Agricultural Extension Economics & Sociology**, 159-175. <https://doi.org/10.9734/ajaees/2021/v39i430571>

- Kökcü, A. (2014) Türkiye Cumhuriyeti dönemi sağlık politikaları. **Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics**, 22(3), 98-105.
- Kroneman, M. W., Maarse, H., & van der Zee, J. (2006) Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 76(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.05.003>
- Kumbasar, A., & Arslan Kurtuluş, S. (2016) Türk sağlık sistemi tarihçesi. *Sağlık Politikaları* (pp. 205-218), İstanbul: Auzef Yayınları.
- Kuper, H., & Hanefeld, J. (2018) Debate: Can we achieve universal health coverage without a focus on disability? **BMC Health Services Research**, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3547-2>
- Kurt, A. Ö., & Şaşmaz, T. (2012) Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi: 1961–2003. **Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi**, 2(1), 21-30.
- Lancet, T. (2016) Meeting the unique health-care needs of LGBTQ people. *The Lancet*, 387. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00013-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00013-1)
- Laurell, A., & Arellano, O. (1996) Market commodities and poor relief: The World Bank proposal for health. **International Journal of Health Services**, 26, 1-18. <https://doi.org/10.2190/PBX9-N89E-4QFE-046V>
- Leichliter, J., Seiler, N., & Wohlfeiler, D. (2016) Sexually transmitted disease prevention policies in the United States. *Sexually Transmitted Diseases*, 43(2S), S113-S121. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000289>

- Lindsay St Claire, C. J. Watkins, B. Billinghamurst, (1996) Differences in meanings of health: an exploratory study of general practitioners and their patients. **Family Practice**, Volume 13, Issue 6, 511–516. <https://doi.org/10.1093/fampra/13.6.511>
- Lister, J. (2008) Sağlık politikası reformu- yanlış yolda mı gidiyoruz? Küresel “sağlık reformu”.
- Lucas, A., Murray, E., & Kinra, S. (2013) Heath beliefs of UK South Asians related to lifestyle diseases: A review of qualitative literature. **Journal of Obesity**, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/827674>
- Madireddy, S., & Madireddy, S. (2022) Supportive model for the improvement of mental health and prevention of suicide among LGBTQ+ youth. *International Journal of Adolescence and Youth*, 27, 85-101. <https://doi.org/10.1080/02673843.2022.2025872>
- Matsick, J., Wardecker, B., & Oswald, F. (2020) Treat sexual stigma to heal health disparities: Improving sexual minorities’ health outcomes. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 7, 205-213. <https://doi.org/10.1177/2372732220942250>
- Mays, N. (2019) Obsolete: Interest groups and civil society in public health policy. *Reference Module in Biomedical Sciences*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.98838-X>
- McGregor, A., & Harrigan, P. (1994) Casemix funding for Australian health costs. **The Lancet**, 344. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90468-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90468-5)

- McMaughan, D., Oloruntoba, O., & Smith, M. (2020). Socioeconomic status and access to healthcare: Interrelated drivers for healthy aging. **Frontiers in Public Health**, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00231>
- Mensah, G. A., Mokdad, A. H., Ford, E. S., Greenlund, K. J., & Croft, J. B. (2005). State of disparities in cardiovascular health in the United States. *Circulation*, 111(10), 1233–1241. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000158136.76824.04>
- Mensah, G., Goodman, R., Zaza, S., Moulton, A., Kocher, P., Dietz, W., Pechacek, T., & Marks, J. (2003). Law as a tool for preventing chronic diseases: Expanding the spectrum of effective public health strategies. *Preventing Chronic Disease*, 1.
- Michaels, E., Lam-Hine, T., Nguyen, T., Gee, G., & Allen, A. (2023). The water surrounding the iceberg: Cultural racism and health inequities. *Milbank Quarterly*, 101(3), 768-814. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12662>

- Murray, C. J., & Frenk, J. (2000) A framework for assessing the performance of health systems. **Bulletin of the World Health Organization**, 78(6), 717–731.
- Mutlu, A. ve Işık, A.K. (2005) Sağlık ekonomisine giriş, 2.Baskı, **Ekin Kitabevi Yayınları**, Bursa.
- Nomani, M. and Parveen, R. (2021) Covid-19 pandemic and disaster preparedness in the context of public health laws and policies. **Bangladesh Journal of Medical Science**, 41-48. <https://doi.org/10.3329/bjms.v20i5.55405>
- Obidile, V., Ndep, A., Ekwebene, O., Azubike, C., Obidile-Ikwegbu, L., Umechinedu, R., & Ezeaka, C. (2022) Post gender-based violence care, support services and health outcomes among victims of gender-based violence in Akwa Ibom and Cross-River States Nigeria. **International Journal of Science and Research Archive**. <https://doi.org/10.30574/ijrsra.2022.6.2.0138>
- OECD. (1987) Financing and delivering health care: A comparative analysis of OECD countries. Paris: OECD.
- Oliver, T. (2006) The politics of public health policy. **Annual Review of Public Health**, 27, 195-233. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123126>
- Özbesler, C. (2013) Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi. **Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi** (2), 6-12.

- Özdemir, Y.,E., (2001) Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları- Cumhuriyetin kuruluşundan 1980'li yıllara sağlık politikaları. **Yeni Türkiye Dergisi**, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayınları, Sağlık Özel Sayısı, I,yıl:7, Sayı:39, s. 276- 293.
- Pappas, G., & Moss, N. (2001) Health for all in the twenty-first century, World Health Organization renewal, and equity in health: **A commentary. International Journal of Health Services**, 31, 647 - 658. <https://doi.org/10.2190/31AY-78AP-JAUL-BD61>
- Raat, H., Rossem, L., Jaddoe, V., Landgraf, J., Feeny, D., Moll, H., ... & Mackenbach, J. (2010) The generation r study: A candidate gene study and genome-wide association study (gwas) on health-related quality of life (hrqol) of mothers and young children. **Quality of Life Research**, 19(10), 1439-1446. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9773-7>
- Reibling, N., & Wendt, C. (2012) Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems. **Current Sociology**, 60(4), 489-505. <https://doi.org/10.1177/0011392112438333>
- Rezapour, R., Tabrizi, J. S., Farahbakhsh, M., Saadati, M., & Abdolahi, H. M. (2019) Developing Iranian primary health care quality framework: **A national study. BMC Public Health**, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7237-8>

- Richard Bränström, A. van der Star, (2013) All inclusive public health—what about LGBT populations? **European Journal of Public Health**, Volume 23, Issue 3, June 2013, Pages 353–354.
- Roemer, M.I. (1989) National health systems as market interventions. **Journal of Public Health Policy**, 10(1), 62-77.
- Roemer, M.I. (1993) National health systems throughout the world. **Annual Review of Public Health**, 14(1), 335-353.
- Ruger, J. (2005) The changing role of the World Bank in global health. **American Journal of Public Health**, 95(1), 60-70. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.042002>
- Rutten, F. (1996) A history of social work in public health. **American Journal of Public Health**, 107(S3), S236–S242. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304005>
- Rutten, F. (1996) Economic evaluation and health care decision-making. **Health Policy**, 36(3), 215-229. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(96\)00814-7](https://doi.org/10.1016/0168-8510(96)00814-7)
- Sargutan, A. E (2004) Karşılaştırmalı sağlık sistemleri. **Başaran Teknik**, Ankara.
- Sargutan, A. E (2005) Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 8(3), 400-428.
- Schiavo, R. (2015) Addressing health disparities in clinical settings: Population health, quality of care, and communication. **Journal of Communication in Healthcare**, 8, 163-166. <https://doi.org/10.1080/17538068.2015.1107352>

- Soysal, A., Kır   , R., & Alu, A. (2016) Türkiye’de aile hekimliği sistemi ve Diyarbakır halkının aile hekimliği sistemine olan memnuniyet     leri. **Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 6(10), 76-89.
- Sönmez, S. (2009) Türkiye ekonomisinde neoliberal dönüşüm politikaları ve etkileri. In N. Mutevellioglu & S. Sönmez (Eds.), **K reselle  me, kriz ve Türkiye’de neoliberal dönüşüm** (pp. 25–75). **İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları**.
- Sungur, C. (2021) Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ve performans analizi üzerine kavramsal bir inceleme. **Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 18(3), 2274-2201. <https://doi.org/10.33437/ksusbd.956240>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011) Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu. Eri  m Tarihi: 28.12.2023 Eri  m Adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/453>
- Ter  s, H., & Kartoglu, N. (2023) Resilience to emergencies and civil society organizations. **Bulletin of the World Health Organization**, 101(3), 162–162A. <https://doi.org/10.2471/BLT.22.289237>
- Terris, M. (1978) The three world system of medical care: Trends and prospects. **American Journal of Public Health**, 68(11), 1125-1131.
- Tetroe, J., Graham, I., Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: An international study. **Milbank**

- Foy, R.,
Robinson, N.,
Eccles, M.,
Wensing, M.,
... &
Grimshaw, J.
(2008) **Quarterly**, 86(1), 125-155. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00515.x>
- Thomas, A.
(2020) Cross-border labour markets and the role of trade unions in representing migrant workers' interests. **Journal of Industrial Relations**, 62(2), 235-255. <https://doi.org/10.1177/0022185619889073>
- Tıbbi Sosyal
Hizmet
Uygulama
Yönergesi.
(2011) Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. (2011, 16 Şubat). Sağlık Bakanlığı.
- Tianf, W.
(2015) Interaction relationship of population aging and social development. **Scientific Research on Aging**.
- Toygar, Ş. A.
(2022) Sağlık politikası: Kavramsal çerçeve. **Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi**, 3(3), 11-40.
- Tsai, A. C., &
Tomlinson, M.
(2015) Inequitable and ineffective: Exclusion of mental health from the post-2015 development agenda. **PLOS Medicine**, 12(6), e1001846. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001846>
- Tuncay, T.
(2018) Tıbbi sosyal hizmetin tarihçesi ve temel roller. **Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını**, Erzurum.

- Turan, N. (1979) Tıbbi sosyal hizmet (Yayınlanmamış bir makale). Ankara:
- Vik, M. H., & Carlquist, E. (2017) Measuring subjective well-being for policy purposes: The example of well-being indicators in the WHO “Health 2020” framework. **Scandinavian Journal of Public Health**, 46(2), 279-286. <https://doi.org/10.1177/1403494817724952>
- Vlaikidi, E. (2022) Global health policies and international cooperation in the Middle East and North Africa (MENA). **European Journal of Development Studies**, 2(5), 82-93. <https://doi.org/10.24018/ejdevelop.2022.2.5.175>
- Vural, I. (2017) Financialisation in health care: An analysis of private equity fund investments in Turkey. **Social Science & Medicine**, 187, 276-286. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.008>
- Wermer, M. J., Schaaf, I. C. v. d., Algra, A., & Rinkel, G. J. (2007) Risk of rupture of unruptured intracranial aneurysms in relation to patient and aneurysm characteristics. **Stroke**, 38(4), 1404-1410. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000260955.51401.cd>
- White, K., & Murnaghan, J. (1973) Health care policy formation: Analysis, information and research. **International Journal of Health Services**, 3, 81 - 91. <https://doi.org/10.2190/P39K-XH92-EUVF-9VFK>
- Wolde-Yohannes, S., & Freeman, P. (2012) Big expectations and little civil society organizations. **Journal of Public Health Policy**, 33, 401-403. <https://doi.org/10.1057/jphp.2012.34>

- World Health Organization. (2017) Constitution of World Health Organization: Principles. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009) Health policy. Retrieved on November/2013 from http://www.who.int/topics/health_policy/en/
- Yach, D. (1998) Health and illness: The definition of the World Health Organization. **Ethik in der Medizin**, 10, S7-S13.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. (1983, 13 Ocak). **Resmi Gazete** (Sayı: 17927). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/3.5.85319.pdf>
- Yelland, R. (2010) The role of the OECD in the development of higher education in a globalized world. 584-589. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-044894-7.00845-9>
- Yıldırım, H. H., & Yıldırım, T. (2013) Türkiye sağlık reformları ve politikaları- Politika analizi çerçevesinde bir değerlendirme. In Kamu Politikası Kuram ve Uygulama içinde (352-385). M. Yıldız ve M. Z. Sobacı (Ed.). Ankara: **Adres Yayınları**.