

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ



TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN ANALİZİ VE SAĞLIK
REFORMUNA DAİR ÇALIŞMALAR

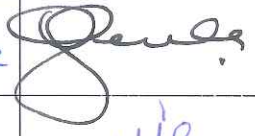
TUĞRUL İNCE
1088220101

TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. AYTÜL ÇOLAK

EDİRNE 2012

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TUĞRUL İNCE tarafından hazırlanan **TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN ANALİZİ VE SAĞLIK REFORMUNA DAİR ÇALIŞMALAR** Konulu **YÜKSEK LİSANS** Tezinin Sınavı, Trakya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 12.-13. maddeleri uyarınca **20.02.2012 Pazartesi** günü saat **16:00**'da yapılmış olup, tezin * kabul.....edilmesine.....
OYBİRLİĞİ/ÖYÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA
Doç. Dr. Ayhan GENÇLER	Kabul Edilmesine	
Yrd. Doç. Dr. Özlem ÖZKIVRAK	Kabul Edilmesine	
Yrd. Doç. Dr. Aytül ÇOLAK (Danışman)	Kabul Edilmesine	

* Jüri üyelerinin, tezle ilgili kanaat açıklaması kısmında "Kabul Edilmesine/Reddine" seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞİ VE YAYIMLAMA İZİN FORMU

Referans No	424611
Yazar Adı / Soyadı	TUĞRUL İNCE
Uyruğu / T.C.Kimlik No	T.C. 13123904698
Telefon / Cep Telefonu	02842353080 05327645043
e-Posta	azotprotoksit@mynet.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN ANALİZİ VE SAĞLIK REFORMUNA DAİR ÇALIŞMALAR
Tezin Tercümesi	THE ANALYSIS OF HEALTH SYSTEM IN TURKEY AND STUDIES ON HEALTH REFORM
Konu Başlıkları	Halk Sağlığı Tarih Sağlık Kurumları Yönetimi
Üniversite	Trakya Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Bölüm	İktisat Bölümü
Anabilim Dalı	Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı
Bilim Dalı / Bölüm	Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2012
Sayfa	226
Tez Danışmanları	Yrd. Doç. Dr. AYTÜL ÇOLAK
Dizin Terimleri	Sağlık Bakanlığı=Republic of Turkey Ministry of Health Sağlık kuruluşları=Health institutions Sağlık=Health Sağlık örgütlenmesi=Health organizations Sağlık mevzuatı=Health legislation Sağlık hizmetleri=Health services Sağlık politikası=Health policy Sağlık personeli=Health personnel Sağlık planlaması=Health planning Sağlık ekonomisi=Health economics
Önerilen Dizin Terimleri	
Yayınlama İzni	Tezimin yayımlanmasına izin veriyorum Ertelenmesini istiyorum

a.Yukarıda başlığı yazılı olan tezinin, ilgilenenlerin incelemesine sunulmak üzere Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi tarafından arşivlenmesi, kağıt, mikroform veya elektronik formatta, internet dahil olmak üzere her türlü ortamda çoğaltılması, ödünç verilmesi, dağıtımı ve yayımı için, tezime ilgili fikri mülkiyet haklarım saklı kalmak üzere hiçbir ücret (royalty) ve erteleme talep etmeksizin izin verdiğimi beyan ederim.

27.02.2012

İmza:.....



Yazdır

Tezin Adı: Türkiye’de Sağlık Sisteminin Analizi ve Sağlık Reformuna Dair Çalışmalar

Hazırlayan: Tuğrul İNCE

ÖZET

İnsanoğlu doğduğu andan itibaren ölene dek sonsuzluğu düşlemiş, hayatta uzun ve sağlıklı kalabilmenin yolunu aramıştır. İşte bu arayışın her medeniyetteki tezahürü farklı olmuştur. Kimi toplumlar salgınları engellemeyi öncelerken kimileri toplum üzerindeki statü ve varlıklarının devamı için ölümsüzlük iksirini aramaya koyulmuştur. Bu toplumsal tecrübeler bugünün sağlık altyapısını oluşturmuş, bugünün toplumları ise geleceğin inşasına yaptıkları reform ve buluşlarla katkı vermeyi sürdürmektedir. Türkiye’de ise bu değişim ve gelişim Osmanlı İmparatorluğu’ndan devraldığı miras itibarıyla zaten belli bir aşamaya gelmişti, cumhuriyetin kuruluşuyla birlikte mükemmeli arama çalışmaları bir çok alana yayıldı ve kurumsallaştırıldı. Bugün ise eksikler olmasına rağmen iyi bir noktaya gelmiştir.

Sağlık; Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlanır. Bu tam iyilik halini sağlayan örgütlerde sağlık kuruluşlarıdır ve günümüzün en karışık örgütleri arasında yer alır. Bu karmaşık sosyo-ekonomik örgütlenmeler kaliteli ve verimli hizmet üretmek zorundadır. Hizmet kalitesinde oluşabilecek bir birimlik düşüş kimi zaman hizmet alıcısı tarafından telafi edilemeyecek sonuçlar doğurabilmektedir. Bir yandan maliyetler kontrol altına alınırken bir yandan da hasta bakım kalitesi zarar görmemelidir. Gerçek ihtiyaç sahiplerini belirlemek ve sağlık kurumları üzerindeki yükü hafifletmek amacıyla alınan tedbirlerin başında aile hekimliği müessesesi, sağlık finansmanı ve sağlık insan gücü reformu gelmektedir. Bu açıdan bakıldığında değişimin temel dinamiğini sağlık kurumları oluşturmaktadır. Buda sağlık kurumlarını ve sağlık çalışanlarını her dönemde reform stratejilerinin öznesi durumuna getirmektedir. Türkiye’de ise politika belirleyiciler çıkardıkları bir çok yasa ile bu stratejilerin bir kısmını hayata geçirmiş bir kısmını ise toplumun ve

etkilenen kesimlerin kabulleneceği mutabakat zemini için zamana bırakmayı tercih etmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Türkiye’de Sağlık Sistemi, Sağlık Reformu

Name The Thesis: The Analysis of Health System in Turkey and Studies on Health Reform

Prepared By: Tuğrul İNCE

ABSTRACT

Mankind, from birth to death, dreams of living forever and searches for ways to live longer and healthier. This search has different reflections in different civilizations. Some communities prioritize preventing plagues rather than searching the potion of immortality to keep on their social status and existence. These social experiences have built the today's health system and today's communities have also been contributing the construction of future health system with their reforms and inventions. In Turkey, as an inheritor of the Ottoman empire, this developing and changing in health system had come to some extent and with the foundation of Turkish Republic, searching for excellence spreaded out to many areas and was institutionalized. Today in Turkey, despite some deficiencies, it is considered to be in good situation.

Health, according to WHO (World Health Organization), is described as "Being complete physically, mentally and socially wellness". This complete being of wellness is serviced by health organizations and they are considered to be so sophisticated. These organizations are expected to perform services of high quality. One unit decrease in service quality might cause unexpected and intolerable consequences that can not be compensated by the service receiver. Expenses must be balanced and also patient care quality mustn't be disserved. Both aims need to be successful using financial management capabilities. Family medicine system, health finance and reforms on health manpower are precautionary measures determining the right people in need and alleviating the burden of health institutions. Regarding that health institutions are the fundamental dynamics of changing. Thus health institutions and health employees are the subject of reform strategies. In Turkey,

policy makers legislated some codes adressing these strategies and have been waiting for the others to reach an agreement with the people influenced and society.

Keywords: Health, Health Services, Health System in Turkey, Health Reform

ÖNSÖZ

Konusunu Türkiye’de Sağlık Sisteminin Analizi ve Sağlık Reformuna Dair Çalışmalar olarak belirlediğim projemin tarihsel gelişimi ele alınarak, model ülkeler eşliğinde sistemin iyileştirilmesine yönelik atılan adımlar ortaya konmuştur.

Tezimin başlangıç serüveninden itibaren bitimine dek her aşamasında çalışmama yön veren ve desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Aytül ÇOLAK olmak üzere emeği geçen tüm hocalarıma teşekkür ederim. Kaynak tarama safhasında evde etrafa yaydığım kaynaklara ve incelemelere büyük sabır göstererek bana katlanan sevgili eşime ve bana ihtiyacı dönemde oyunlarına çok kez eşlik edemediğim biricik oğluma sevgi ve desteklerinden dolayı sonsuz teşekkür...

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT	III
ÖNSÖZ.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ	XIII
ŞEKİL LİSTESİ.....	XVI
KISALTMALAR	XV
GİRİŞ	1
a. Çalışma Konusu ve Kapsamı	1
b. Çalışmanın Amacı ve Önemi.....	2
c. Çalışma Planı	3

BİRİNCİ BÖLÜM

DÜNDEN BUGÜNE SAĞLIK ve SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Kavramı.....	4
1.2. Sağlık Hizmetleri Kavram.....	8
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ve Nitelikleri	12
1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	14
1.3.1.1. Koruyucu Hekimlik.....	16
1.3.2. Tedavi hizmetleri	16
1.3.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	17
1.3.2.1.1. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	18
1.3.2.1.2. Sağlık Ocağı.....	22
1.3.2.1.3. Verem Savaş Dispanseri.....	23
1.3.2.1.4. Aile Hekimliği.....	25
1.3.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri	26

1.3.2.2.1. Hastaneler.....	26
1.3.2.2.1.1. Hastanelerin Tanımı	26
1.3.2.2.1.2. Dünyada Hastanelerin Tarihsel Gelişimi	28
1.3.2.2.1.3. Türkiye’de Hastanelerin Tarihsel Gelişimi	30
1.3.2.2.2. Hastanelerin Sınıflandırılması.....	34
1.3.2.2.3. Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Performans Denetimi.....	37
1.3.2.2.4. Hastane İşletmeciliğinde Finans Yönetimi	38
1.3.2.2.4.1. Hastanelerde Satın alma İşlemi	37
1.3.2.3. Üçüncü basamak Tedavi Hizmetleri.....	38
1.3.2.3.1. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	40
1.3.2.3.1.1. Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri	40
1.3.2.3.1.2. Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri.....	40
1.4. Geçmiş Medeniyetlerde Sağlık Anlayışı.....	41
1.4.1. Mısır Medeniyeti	42
1.4.2. Eski Çin Medeniyeti	43
1.4.3. Yunanistan ve Roma Uygarlığı	43
1.4.4. Mezopotamya Medeniyeti.....	45
1.4.5. Orta Çağ Avrupa’sı.....	46
1.4.5.1. Ortaçağda Gerçekleşen Büyük Salgınlar	47
1.4.5.1.1. Çiçek Salgını.....	47
1.4.5.1.2. Veba	48
1.4.6. İslam Medeniyetinin İlk Dönemleri.....	48
1.4.7. Selçuklu İmparatorluğu.....	50
1.4.7.1. Büyük Selçuklu Devleti	51
1.4.7.2. Anadolu Selçuklu Devleti.....	52
1.4.8. Osmanlı İmparatorluğu	53
1.4.8.1. Osmanlı İmparatorluğu’nda Sağlık Kurumunun İşleyişi	55

1.4.8.1.1. Sağlık Personeli.....	56
1.4.8.1.2. Daru’ş-şifada İlaç Hazırlamakla Görevli Personel.....	56
1.4.8.1.3. Daru’ş-şifanın Diğer Personeli	56
1.4.8.2. Hekimbaşılık	59
1.4.8.2.1. Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi.....	60
1.4.8.2.2. Hekimbaşı Abdülhak Molla.....	60
1.4.8.3. Memleket Tabiplikleri.....	61

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN TARİHSEL SÜRECİ VE GENEL BİR DEĞERLENDİRME

2.1. Cumhuriyet’in İlk Yılları (1923-1937 Dönemi).....	66
2.1.1. Refik Saydam Dönemi	70
2.1.2. Dr. Behçet Uz dönemi	74
2.2. 1950-1960 Dönemi	74
2.3. 1960 Sonrası Dönem.....	76
2.3.1. 1960 Sonrası Sağlık Planlamaları	78
2.4. 1990 Sonrası Dönem.....	79
2.4.1. 1990 Sonrası Sağlık Kalkınma Planlamaları ve Hedefleri	80
2.4.1.1. VI.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)	80
2.4.1.2. VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)	81
2.5. 2002-2011 Dönemi Tek Parti İktidarı	82
2.6. Türkiye’de Demografik Yapı.....	86
2.6.1. Ekonomik Yapı.....	86
2.6.2. Politik yapı	95
2.6.3. Toplumsal Yapı	99
2.6.4. Coğrafi Durum ve İklim Koşulları	103
2.6.5. Nüfus Yoğunluğu.....	104
2.6.6. Sosyo-Kültürel Yapı.....	106

2.6.7. Halkının Eğitim ve Bilinç Düzeyi.....	108
2.7. Sağlık Bakanlığı'nın Amacı, Görevleri ve Teşkilat Yapısı.....	110
2.7.1. Sağlık Bakanlığı'nın Görev ve Yetkileri.....	111
2.7.2. Sağlık Bakanlığı'nın Örgütlenmesi.....	112
2.7.2.1. Sağlık Bakanlığı Müsteşarı.....	113
2.7.2.2. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.....	114
2.7.2.3. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü	115
2.7.2.4. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü.....	115
2.7.2.5. Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü	116
2.7.2.6. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü	116
2.7.2.7. Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı.....	116
2.7.2.8. Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı	116
2.7.2.9. Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı.....	116
2.7.2.10. Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı.....	117
2.7.2.11. Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı.	117
2.7.3. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı.....	117
2.8. Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren Sendikalar ve Üye Sayıları	119
2.9. Sağlık Sistemimizdeki Bazı Düzenlemeler	121
2.9.1. Genel Koruyucu Sağlık Yasası (Umumi Hıfzıssıhha Yasası)	121
2.9.2. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Yasa.....	123
2.9.3. Türk Kodeksi (Farmakopesi) Hakkında Yasa	123
2.9.4. Tıbbi ve İspençiyari Müstahzarat Yasası.....	123
2.9.5. Özel Hastaneler Yasası	123
2.9.6. Gözlükçülük Hakkında Yasa	124
2.9.7. Belediyeler Yasası.....	124
2.9.8. Sıtmanın İmhası Hakkında Yasa	125
2.9.9. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkında Yasa	125
2.9.10. Zorunlu Hizmet Yasası	126
2.9.11. Nüfus Planlaması Yasası.....	127
2.9.12. Türk Tabipleri Birliği (TTB) Yasası	127

2.9.13. Türk Diş Hekimim Birliği Yasası	128
2.9.14. Türk Eczacılar Birliği Yasası	128
2.9.15. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Yasa	129
2.9.16. Uyuşturucu Maddelerin Denetimi Hakkında Yasa.....	130
2.9.17. Genel Sağlık Sigortası	131
2.9.18. Tam Gün Yasası	132

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK REFORMUNA DAİR ÇALIŞMALAR

3.1. Aile Hekimliği Reformu.....	137
3.1.1. Aile Hekimliğinin Tanımı	139
3.1.2. Aile Hekimliğinin Amacı	139
3.1.3. Aile Hekimliğinin Görevleri	140
3.1.4. Aile Hekimliğinin Uygulaması	140
3.1.5. Aile Hekimliği Finansman ve Ödeme Modeli	141
3.1.6. Aile Hekimlerinin Çalışma Süresi	142
3.1.7. Aile Hekimliğinin Avantajları ve Dezavantajları.....	142
3.1.8. Aile Sağlığı Elemanı	145
3.1.9. Dünya’da Aile Hekimliğine Genel Bir Bakış	145
3.1.9.1. Amerika Birleşik Devletleri’nde Aile Hekimliği.....	145
3.1.9.2. Portekiz’de Aile Hekimliği.....	146
3.1.9.3. Bulgaristan’da Aile Hekimliği.....	146
3.1.9.4. İtalya’da Aile Hekimliği.....	147
3.1.9.5. Avusturya’da Aile Hekimliği.....	148
3.1.9.6. Almanya’da Aile Hekimliği	148
3.1.9.7. Hollanda’da Aile Hekimliği	149
3.1.9.8. Hırvatistan’da Aile Hekimliği	150
3.1.9.9. Küba’da Aile Hekimliği	150

3.2. Hastanelerin İyileştirilmesine Dair Reform Çalışmaları	151
3.2.1. Hastanelerin Özerkleştirilmesi	151
3.2.1.1. Sağlık İşletmelerinin Genel Örgütlenme Modeli	152
3.2.2. Kamu Hastane Birlikleri Çalışması.....	153
3.3. Hasta Okulu Uygulaması Çalışması	155
3.4. Sağlık Finansmanı Reformu	155
3.4.1. Sağlık Finansmanında Mevcut Durum	155
3.4.2. Sağlık Finansman Reformunun Amacı	159
3.5. Sağlık İnsan gücü ve Reform Çalışmaları	160
3.5.1. Hekimler	162
3.5.1.1. Hekimlerin Çalışma Süreleri.....	163
3.5.1.2. Hekimlerin Sorumlulukları	163
3.5.2. Diş Hekimi.....	164
3.5.3. Eczacı.....	164
3.5.4. Sağlık Memurluğu	165
3.5.5. Hemşire	165
3.5.6. Ebe	166
3.5.7. Sağlık Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlığına Duyulan İhtiyaç...	168
3.6. Sağlık Bilgi Sistemleri Reformu.....	170
3.6.1. Türkiye’de Tele-Tıp	171
3.7. Hasta Hakları Reform Çalışmaları	172
3.7.1. Hasta Haklarının Tanımı.....	174
3.7.2. Hasta Haklarına Uluslararası Bakış.....	175
3.7.3. Hasta Hakları Yönetmeliği.....	176
3.7.4. Hasta Hakları Kurulları	178
3.7.5. Hastanelerde Ortaya Çıkan Hasta Hakları İhlalleri	179
3.7.6. Hekim Hakları	182
3.8. Çeşitli Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Genel Bir Değerlendirilmesi.....	183
3.9. Mevcut Sağlık Sisteminin Sorunları ve Çözüm Önerileri	185
3.9.1. Mevcut Sağlık Sisteminin Ana Sorunları.....	185
3.9.2. Sağlık Sistemine Dair Çözüm Önerileri	186

SONUÇ	190
KAYNAKLAR	192

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1 : Sağlık Kavramına Tesir Eden Faktörler Tablosu	12
Tablo 2 : Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Uç Birimlerce Yürütülen Hizmetler	14
Tablo 3 : Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşlarına Müracaat Sayısı	18
Tablo 4 : Türkiye’de 1923 ve 2008 Yıllarında Bazı Ölçütler	20
Tablo 5 : Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları, Türkiye.....	25
Tablo 6 : Sağlık Kurumlarına İlişkin İstatistikler.....	31
Tablo 7 : Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastane Müracaat Sayısı, Türkiye	32
Tablo 8 : Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Toplam Yatılan Gün Sayısı, Türkiye	32
Tablo 9 : Dallara Göre Hastane Sayıları	33
Tablo 10 : Yıllara ve Sektörlere Göre Yatak Doluluk Oranları, (%), Türkiye	36
Tablo 11 : Sağlık Personeli (1923) ve Bunlara Düşen Kişi sayısı	67
Tablo 12 : 1923’de Bütçe Durumu.....	67
Tablo 13 : SGK Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri (bin TL).....	83
Tablo 14 : Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Mevcut Göstergeler	84
Tablo 15 : Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Türkiye, 2007	85
Tablo 16 : Gelire Göre Sıralı %20’lik Gruplar Ayrımında Hane Halkı Tüketim Harcaması Türleri , 2009 , Türkiye	88
Tablo 17 : İşgücü Durumu	89
Tablo 18 : Bölgeler Arası Kişi Başına Harcama ve Gelir Rakamları	90
Tablo 19 : Türkiye Geneli - Doğu ve Güneydoğu’ya Dair Bazı İstatistik Veriler...	91
Tablo 20 : Türkiye Geneli - Doğu ve Güneydoğu da Anne Ölüm Oranı, Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar, Doğum öncesi bakıma Dair Veriler .	92
Tablo 21 : Türkiye Geneli - Doğu ve Güneydoğu Anadolu Karşılaştırması	93
Tablo 22 : Sağlık Politikalarına Göre Sağlık	97
Tablo 23 : Yaş Grubuna ve Cinsiyete Göre Nüfus,31.12.2009	100
Tablo 24 : Demografik Göstergeler	102
Tablo 25 : İl/İlçe Merkezi ve Belde/Köy Nüfusu.....	105

Tablo 26 :Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren Memur Sendikaları ve Üye Sayıları	120
Tablo 27 : Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren İşçi Sendikalarının Üye Sayıları ve Sendikalaşma Oranları	121
Tablo 28 : İlçelerde Öngörülen Mecburi Hizmet Süreleri	126
Tablo 29 : Yıllara Göre Organ Nakli Sayısı, Türkiye	129
Tablo 30 : İhracı Yasak ve Ön İzne Bağlı Mallar	130
Tablo 31 : Aile Hekimliği Uygulamasının Hekim Açısından Avantajları ve Dezavantajları	144
Tablo 32 :Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı.....	157
Tablo 33 : DSÖ Avrupa Bölge Ortalaması, Avrupa ortalaması, Türkiye ortalamasına Dair İstatistikler.....	161
Tablo 34 : Sağlık Personelinin Son Yıllardaki Dağılımı.....	167
Tablo 35 : Aktif Çalışan Sağlık Personelinin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı.....	168
Tablo 36 : Hastaların yattığı Süre İçinde Karşılaştıkları Sorunların Dağılımı.....	180
Tablo 37 : Kamu Hizmetlerinden Memnuniyet, 2009	181
Tablo 38 : Beveridge Sistemi’ni Uygulayan Bazı Avrupa Ülkeleri ve Uygulamaları.....	184
Tablo 39 : Bismarck Sistemi’ni Uygulayan Bazı Avrupa Ülkeleri ve Uygulamaları.....	184

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 : Uygulanış Biçimine Göre Sağlık Hizmetleri.....	13
Şekil 2 : Tedavi Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	17
Şekil 3 : Hastanelerde Sağlık Hizmeti Organizasyonu.....	28
Şekil 4 : Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	113
Şekil 5 : Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı	118
Şekil 6 : Sağlık İşletmelerinin Genel Örgütlenme Modeli	152
Şekil 7 : Sağlık Finansman Modeli.....	156
Şekil 8 : Sağlık İnsan gücü Piramidi	162

KISALTMALAR LİSTESİ

WONCA	: Dünya Aile Hekimleri Örgütü
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
SSYB	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
BYKP	: Beş Yıllık Kalkınma Planı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kumru
MR	: Manyetik Rezonans
TB	: Tüberküloz
UNİCEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Acil Yardım Fonu
İDT	: İktisadi Devlet Teşekkülü
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
BCG	: Verem Aşısı
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
TTB	: Türk Tabipler Birliği
AH	: Aile Hekimliği
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurulu
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
Türk Sağlık – Sen	: Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kolu Kamu Çalışanları Sendikası
SES	: Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası
Sağlık – Sen	: Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Çalışanları Sendikası

GİRİŞ

a. Çalışma Konusu ve Kapsamı

Sağlık sistemimizin kaynak yaratma, belirleme, dağıtma gibi sorumlulukları vardır, sağlık sektörünün tüm bileşenlerinin de bu ayrılan kaynağı en etkin ve verimli kullanma sorumluluğu bulunmaktadır. Oluşan bu sinerjinin de doğru, çağdaş, işe yarar ve sonuç getirecek çözümleri arkasından sürüklemesi beklenen bir gelişme olacaktır. Sağlık merkezlerinin, sağlık hizmeti sunanlara, oradan bu hizmeti satın alanlara, dolaylı olarak tıbbi malzeme ve hizmet üreten kuruluşların ekonomik kalkınmaya katkısına kadar bir çok faydası vardır. Bu sağlık faaliyetlerinin büyük kısmı da hastane ortamlarından gerçekleşmektedir. Sağlık sistemimizin dönemsel olarak izlediği seyir hızlanan ve yavaşlayan bir gelişme sürecidir. Türk sağlık sisteminin kapsamlı bir analizini yapabilmek değişen sağlık politikaları dolayısıyla zordur. Reform denebilecek boyutta çalışmalar ömrü kısa süren hükümet dönemlerinde politikacıların oy kaygısıyla el atmak istemediği, çalışanların veya hizmet alanların tepkilerinden çekinildiği ve çok fazla değiştirilmesi düşünülmeyen statik bir alan olarak kalmıştır. Atalarımızın bu coğrafyada kurdukları ve bize miras bıraktıkları sağlık yapılanmasını biz ne derece iyileştirebildik eksiklerini giderebildik odaklanmamız bu minval üzere olacaktır.

Bizim değerlendireceğimiz husus sağlık sistemimizin mevcut durumu ve olması gereken optimum düzeydir. Ancak Türk sağlık sistemine girmeden önce tarihsel bir yolculuğa çıkıp ilk medeniyetlerden bugünün toplumlarına kadar sağlığa bakışı, tutumları, yaşadıkları ve karşılaştıkları olayları yorumlama biçimleri ve bu durumlara yönelik uygulamalarından bahsedeceğiz. Asırlar boyu toplumların hafızalarında biriken sağlık uygulamalarının bugüne yansımalarını irdeleyeceğiz. Düenden bugüne Türk sağlık sisteminin gelişimini, daha iyiyi yakalamak adına yapılan reform çalışmalarını ve bazı ülkelerin pratik anlamda sağlık sistemini ilgilendiren bazı konulara farklı açılardan yaklaşımlarının teorik nedenlerini inceleyeceğiz.

b. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Ulusların global ekonomilere entegre olduğu şu dönemde harcamaların üzerinde baskı oluşmaktadır. Bu baskılar, harcamalarda yüksek denetim ve tasarrufu öngördüğü için Sağlık Bakanlığının da bir takım tedbirler aldığını görüyoruz. Bu tedbirlerin daha çok hizmet alımlarında, hizmet alım yoluyla çalıştırılan personel sayılarında ve stoklarda yoğunlaştığı görülmektedir. Aynı ilde bulunan hastanelerin verimli ve ölçekli hizmet sunmaları için birleştirmeleri, hastanenin borçluluk durumlarını sıkı takip ederek kurumsal performans uygulanmasında borçluluk oranın bir kriter haline getirilmesi ve mal alımlarının hastanelerce ortak yapılması gibi merkezin aldığı önlemler vardır. Bu önlemlerin asıl amacı hasta memnuniyetini maliyetleri optimum seviyeye çekerek sağlamaktır. Her geçen gün sağlık hizmeti alımına olan ihtiyaç artmakta ancak kaynaklar bu ihtiyaca cevap verememektedir. Dolayısıyla sağlık sistemimizin bir fotoğrafının çekilmesi ve ilgililerin gelişmiş toplumların vizyonuna uygun çözümler üretmesi gerekmektedir.

Bir sağlık merkezinden beklenen kurum içi ve kurum dışına verdiği hizmetlerle toplam kalite yönetimini her zaman ön plan da tutmasıdır. Toplam kalitenin önceliği ise müşteri memnuniyetidir. Sınırlı kaynakların öncelikli gereksinimlere ayrılması toplumun kalkınmasına olumlu etki yapacaktır. Öncelik devletin yönettiği toplumu tanımasından geçer. Toplumunu tanıyan devlet sorunları tanımlar etkin bir sağlık projesi hazırlar ve sonuçlarını değerlendirir. Temiz su ihtiyacı olan bir kesimin sağlık gereksinimi ilaç ve aşıyla sağlanamaz. Devlet burada ilk adımı vatandaşına sağlıklı bir fiziksel ortam kurarak sağlamalı ardından kuşkusuz hastalığa bağlı sağlık hizmetlerine gereksinim azalacak ve toplumsal kalitemiz artacaktır. Her zaman koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyeti tedavi edici sağlık hizmetlerine göre çok düşük olmuştur. Burada toplumu yönlendirmek ve gerekli önlemleri almak en başta sağlık politikalarını oluşturan bürokrasinin ve siyasilerin görevidir.

c. Çalışma Planı

Çalışmamız üç bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde eski medeniyetlerin sağlık organizasyonları, hastanelerin tanımı ve gelişim süreçlerinden kısa kesitler ele alınacaktır.

İkinci bölümde, Türk sağlık sisteminin tarihsel süreci, sağlıkta toplumsal kabullerimiz bunlara ilişkin etmenler, Sağlık Bakanlığı'na dair ait bazı istatistiki veriler, hastanelerin idari ve mali yapılanması ve işleyiş biçimi, bunları yürüten insan faktörünün görev ve yetkileri, ele alınacaktır.

Üçüncü bölümde mevcut durumu iyileştirebilmek için alınan önlemler bazı çağdaş uygulamalara yer vereceğiz.

BİRİNCİ BÖLÜM

DÜNDEN BUGÜNE SAĞLIK ve SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Kavramı

İnsanoğluna sunulmuş en büyük nimetlerden biri sağlıktır. Sağlık aynı zamanda insanın özüdür. Özünü kaybeden bir varlık hayatıyetini sürdüremez, sağlığı bozulmuş bir insan da hayattan zevk alamaz; sosyal, toplumsal, manevi ve dini görevlerini yerine getiremez. Sağlıklı olmak, insan mutluluğunun öncelik taşıyan unsurudur. Sağlık genellikle kendiliğinden var olan bir nimet olarak algılansa da değeri ancak kaybedildiğinde anlaşılmaktadır. Oysa sağlık için bilgilenmeli, birer emanet olarak taşıdığımız organlarımızı korumalı ve bu gaye için çaba sarf etmeliyiz.

Sağlık sadece fiziksel bir değer değil, büyük çoğunlukla zihinsel ve ruhsal bir değerdir. Çünkü zihinsel durumumuz fiziksel durumumuzu büyük ölçüde etkiler. Sağlıklı bir insanın bedeni ve ruhu uyumludur. Düşünce gücü yerindedir. Kendinin farkındadır. Hareketleri olumlu ve dengelidir.¹

Sağlık, bilim adamlarınca çok şekilde sınıflandırılmaktadır, burada en çok kabul edilen bir tasnifi vereceğiz. Buna göre sağlığı şu şekilde gruplandırılabilir : ²

İnsan Sağlığı; birçok boyutu olan bir kavramdır. Sağlık, insanın en değerli hazinesidir. Başarı, para, iyi bir kariyer kısacası hayattaki bütün istenilen şeyler eğer insanın sağlığı yerinde ise anlamlı olur. Dünya sağlık örgütünün sağlık tanımında bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilikten söz edilmektedir.³

¹ Ali Akben, *Bir Ömür Boyu Sağlıklı Yaşam*, Akis Yayınevi, İstanbul 2006, Kilim Matbaası, s. 13.

² Ayhan Erçoşkun, *Halk Sağlığı&Çevre Sağlığı ve Gıda Maddeleri Mevzuatı*, Hemay_Petek Yayınları, Ankara, 1987, s. 35.

³ T.C. Milli Eğitim Bakanlığı , “Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Çocuk Ruh Sağlığı”, <http://cygm.meb.gov.tr/modulerprogramlar/kursprogramlari/cocukgelisim/moduller/cocukruhsagligi.pdf>, (20/06/11), s. 4.

Çevre sağlığı; insan hayatının çevresinde bulunan ve sağlığına zararlı etkiler yapan ya da yapabilme durumunda olan bütün koşulların düzeltilmesi işidir. Hızlı sanayileşme faaliyetlerinin neticesinde tabiatın dengesinde meydana gelen değişme ve bozulmalar yüzyılımızda insan sağlığını tehdit eder hale gelmiştir. Doğal kaynak tahribi ve çevre kirlenmesi sonucu doğal dengenin bozulması, sorun olmaktan çok dev bir tehlikedir. Bu tehlike insan sağlığını tehdit eden en büyük etkendir. Çevre sorunlarının temelinde, hızlı nüfus artışı, hızlı teknolojik gelişmeyle birlikte, çevreyi koruma bilincinin tüm topluma yayılmamış olması, sağlıklı alt yapının kurulamaması yatmaktadır. Bu sorunu çözümleyebilmek için, öncelikle içme suyunu temin etmek, tesisler kurmak, gerekli araç gereçleri kullanarak suyu dağıtım merkezinde klorlayarak içilebilir hale getirmek gereklidir. Veya atıklar için kanalizasyon tesisleri oluşturmak, hava kirliliği için dumansız yakıt sağlamak gibi örnekler çoğaltılabilir. Bu hizmetler topluma bir defada ulaştırılacak önemli koruyucu tedbirlerdir.⁴

Ülkemizde yaşanan, hızlı ve sosyal ekonomik değişimlere paralel olarak sağlık sorunlarının boyutları da önemli ölçüde değişmektedir. Günümüzde toplum sağlığını, kalp hastalıkları, kanser, bulaşıcı hastalıklar gibi fiziksel hastalıkların yanı sıra ruhsal bozukluklar da büyük ölçüde etkilemektedir. Ruhsal bozukluklar hastayı, aileyi, sağlık sistemini ve genel anlamda ekonomik ve psiko-sosyal açıdan etkilemektedir. Bu anlayışla başlatılan ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve birinci basamağa yaygınlaştırılması ile toplumun sağlığa zararlı alışkanlıklardan korunması ve toplumun bu yönde bilinçlendirilmesine çalışılmaktadır.⁵

Hayvan Sağlığı; ise hayvan hastalıkları ve salgın hastalıklarla mücadele edecek, koruyucu önlemler alacak, önemli hastalıkların eradikasyonu ile yerli hayvanların ıslah edilerek verim düzeylerinin artırılmasına yönelik çalışmalardır.

⁴ Zeynep Polat, *Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Önlisans Programı Sağlık Bilgisi ve İlk Yardım Ders Kitabı*, Etam Ofset, Mayıs 1993, s. 177.

⁵ Osman Durmuş, “2000’lerin Türkiye’sinde Sağlık”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 15.

Sağlıklı hayvan varlığının tespit edilmesi hayvancılık sektörünün geleceği açısından büyük önem arz etmektedir.⁶

Hastalık ve sağlık kavramları kültürlere bağlıdır. Oysa insan her yerde insandır. Bu nedenle insan sağlığının bir evrensel tanımı olmalıdır. Sağlık, genellikle hastalığın ve sakatlığın olmayışı olarak tanımlanır. Ancak bilimsel olarak sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir diye tanımlanmıştır.⁷

Bu tanım artık bütün dünya ülkelerince kabul edilen bir tanımdır. O halde, kişinin tam sağlıklı olabilmesi için beden, hasta veya sakat olmaması yetmemektedir. Bu kişinin aynı zamanda ruhen de dengeli olması, sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde bulunması gerekmektedir.⁸

Aynı şekilde WHO'nun sağlık tanımına göre kimin ne kadar sağlıklı olduğunu ölçmek mümkün değildir. Çünkü ölçülebilir bir kavram, bir hedef, bir kriter ve standart içermemektedir. Kişiler kendi kriterlerine ulaştıklarında yada hangi standartları yerine getirdiklerinde tam bir iyilik hali içinde olacakları konusu subjektif bir yargıdır. Mesela iştahı kapalı olan çocuğuna balık yağı içiren anneye göre çocuk sağlıklı olacaktır. Diğer taraftan koku ve tadından nefret ettiği balık yağını içmemek için direnir savaşı kaybettikten sonraki içtiğinde ruhsal yönden tam bir iyilik halinden bahsedebilir miyiz? Yada Japon kadınların daha güzel ve çekici olmak için metal ayakkabılar giymesi fiziksel yönden sağlıksız bir durumken sosyal yönden kendilerini iyi hissetmelerine sebep olmaktadır.⁹

⁶ M.E.B., “Çevre Ve Hayvan Sağlığı”, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/program_pdf/cerceve_programlar/cerceve_hayvan_sagligi.pdf, (Erişim: 20/06/11)

⁷ Süleyman Pampal, Halil Dindar ve Efsan Korgal, *Sağlık ve Trafik Eğitimi*, Gündüz Eğitim ve Yayınları, Ümit Ofset, Ankara 2004, s. 29.

⁸ Bike Aksu ve diğerleri, *Sağlık Bilgisi Lise I*, 3. baskı, Milli Eğitim Basımevi, İstanbul, 1986, s. 2.

⁹ M.Hulki Uz, “Sağlığı Tanımlamak Üzerine Düşünceler”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 321, 322.

Bu nedenle sağığı ölçebilen, bireyin ölçüm sırasındaki normal işlev görebilme yeteneğine göre yorumlanan bir kavram olarak ve her an aniden ortaya çıkabilecek hastalıkları göz ardı etmeden tanımlamak gerekir.¹⁰

Bir kimsenin beden ve ruh sağığını yitirmesi, sadece o kişinin değil aynı zamanda ailesinin bir problemidir. Ailede bir hastanın varlığı aile fertlerinin en azından huzurunun yitirilmesine sebeptir. Söz konusu hastalık bulaşıcı bir hastalık ise durum çok daha ciddidir. Çünkü bulaşıcı hastalıkların çoğu öncelikle aile fertleri arasında yayılırlar. Hastalığın ailede bir de ekonomik yönü vardır. Öncelikle hasta birey ailenin ekonomik yükünü üstlenen kişi ise hastalanmakla işinden geri kalacak, belki onun bakımı sebebiyle işinden geri kalan başka aile fertleri de olacaktır. Hastalığın diğer ekonomik yönü tedavi giderleridir. Sosyal güvenliğin yaygınlaştığı günümüzde bile hastalığın ayrıca aile bütçesine getirdiğı yük oldukça önemlidir. Sosyal güvence ya da sağık sigortasının kapsamında olmayan aile fertlerinden biri hastalandığında o aileyi ekonomik yönden çok daha fazla etkileyecek ya da ekonomik güçsüzlük sebebiyle hasta kişi için hayati tehditler, aile için de maddi manevi yıkımlar söz konusu olacaktır.¹¹

Hastalık ise, canlılarda normal fizyolojik ya da ruhsal yapıyı, işlevi ve dengeyi değıştiren ya da engelleyen ve çeşitli belirtilerle ortaya çıkan bozukluk olarak tanımlanmıştır.¹²

Özetle, insan normal gelişmesine, tüm organlarının sistemli bir şekilde çalışmasına, hiçbir ağrı ve ıstırap duymadan mutluluk içinde yaşamasına ‘sağık’ diyoruz. Bunun tersi hastalıktır. Fakat sağık durumunda hastalığın tersine ayrıca şahsın kendini zinde ve mutlu hissetmesi de vardır.

İnsanoğlu, eski çağlardan beri kendi sağığı ile yakından ilgilenmek ve onu korumak ihtiyacını hissetmiştir. Hayat mücadelesi ve rahat bir ömür sürmek için

¹⁰ *Anabritannica Genel Kültür Ansiklopedisi*, Cilt 27, Hürriyet Yayınları, 1994, s. 41.

¹¹ Said Bodur, *Aile Sağığı Eğitim Serisi*, Başbakanlık Aile Araştırmaları Kurumu Yayınları, 1991, Mn Ofset, s. 1.

¹² *Anabritannica Genel Kültür Ansiklopedisi*, Cilt 15, Hürriyet Yayınları, 1994, s. 40.

sıhhatli olmak şarttır. Sağlığı korumak için ilk çağlarda kullanılan usuller şüphesiz ilkel ve basit şeylerdi. Bu bilgiler insanlık tarihinin çeşitli devirlerinde insan kültürü ile orantılı olarak gelişmeler göstermiştir. Eski kavimler, sağlığı korumak için bazı dinsel ve kanunsal prensipler ortaya koymuşlardır. Bazı inançların verdiği alışkanlıklar tesadüfen veya ufak tefek tecrübeler sonucu bulunan bazı usuller bu prensipleri zamanla değiştirmiştir. Eski su yolları, hamamlar, bazı sıhhi tesisler ve miskinlerin bulunduğu tecridhaneler hep bunların işaretlerindendir. Zamanla cemiyetler tekamül edip ulaştırma ve haberleşme imkanlarının da artmasıyla edinilen bilgiler çok artmış ve yayılmıştır. Hakiki manada ilimsel tecrübeler ortaçağ sonlarında ve Rönesans devrinde başlamıştır. Daha sonra büyük deneylere girilmiş, araştırma laboratuvarları kurulmuş, tıp ve sağlığı koruma bilgileri süratle artarak bugünkü bilimsel temellere oturtulmuştur. Halen ilim alemi geniş araştırmalar yaparak insan sağlığını korumak için modern bilgiler peşinde uğraşmaktadır.¹³

1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık düzeyin yükseltmek için verilen bir hizmetler bütünüdür. Toplum sağlığını korumak ve yükseltmek için hizmetin şeklini, standardını, kurallarını ve çerçevesini belirlemek ve bu esaslar dahilinde çalışan sistemi denetlemek Sağlık Bakanlığı'nın görevidir. Sağlık Bakanlığı dışında sağlık hizmetleri yalnızca tedaviye yönelik olduğu için, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri bütününe ağırlık merkezini Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hizmetler oluşturmaktadır. Kısaca herkesin beden ve ruh sağlığı içinde hayatının devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek, halka sağlık hizmetleri ulaştırmak ve sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini sağlamak Sağlık Bakanlığı'nın işidir.¹⁴

Sağlık hizmetleri açısından kalite hastaya en iyi hizmetin güvenilir şekilde saygı duyarak sunmaktır. Kalite kavramında hasta ve onun isteklerinin yerine

¹³ Şahap Karslıgil, *Sağlık Bilgisi*, İstanbul, 1973, Batur Matbaası, s. 7.

¹⁴ Said Bodur, a.g.e., s. 1.

getirilmesi önemli bir yer tutar. Hasta memnuniyeti kavramı; hastanın hizmetten beklediği fayda ve performans, katlanmaktan kurtulduğu külfet ile sunumun sosyokültürel değerlere uygunluğunu içerir.¹⁵

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, sağlığı insanın doğuştan gelme bir hakkı olarak belirlemiştir. “Özellikle beslenme, giyinme, konut, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler bakımından kendisinin ve ailesinin sağlığını ve huzurunu sağlayacak bir yaşam düzeyine sahip olmak herkesin hakkıdır. İşsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki diğer koşullar dolayısıyla geçim araçlarını yitirenlerin bu durumlara karşı güvenlik altına alınmaları, haklarıdır” şeklinde tarif eder.¹⁶

Öte yandan Anayasamız da Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması başlığında vatandaşın korunmuş çevre şartlarında beden ve ruh sağlığı içinde yaşamını sürdürmesini sağlamak Devletin ödevi olduğunu madde 56’da şu şekilde ifade etmiştir. “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağladığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşları tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”¹⁷

Anayasamızın 56. maddesi, muhtevası açıkça tanımlanmış bir sağlık hakkından çok, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkını tanımıştır. Bu hak,

¹⁵ Demet Dinç ve diğerleri, “Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi:Çözüm Ortağı Hekim”, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt 13, Sayı 2, 2009, Birmat Matbaası, s. 94.

¹⁶ İlhan Tomanbay, *Ana Çocuk Sağlığında Sosyal Boyut*, Ağustos 1992, Cantekin Matbaası, s. 64-65.

¹⁷ Servet Armağan, *En Son Değişikliklerle 1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*, Çağrı Yayınları, 2007, Enes Ofset, s. 123.

meselâ, herkesin devletten tıbbi bakım talep edebilmesini kapsamamaktadır. Anayasanın 56. madde çerçevesinde tanıdığı hak, esas olarak, devletin -ve vatandaşların çevreyi sağlığa elverişli bir hale getirmesi ve bu halde tutmasıyla sağlanacaktır. Devlet ayrıca, üçüncü fıkraya göre, “herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak” üzere, tek elden planlanmış bir sağlık hizmeti vermekle yükümlü kılınmıştır. Ancak, dördüncü fıkra gereğince, devlet sağlık hizmetini tek elden verme yükümlülüğünü özel sağlık kuruluşlarını devletleştirerek değil, fakat bunları sadece denetleyerek yerine getirecek ve ayrıca bunlar üzerinde sağlık hizmetini planlamanın gerektirdiği yetkileri kullanabilecektir. Devlet nihayet, 56. maddenin son fıkrası gereğince, sağlık hizmetlerinden herkesin yararlanmasını sağlamak üzere genel sağlık sigortası da kurabilecektir.¹⁸

Şu halde, Anayasa’nın 56. maddesi devlete “herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama” ve bu amaçla sağlık hizmetlerini planlama şeklinde genel bir ifadeyi yüklemiştir. Bu haliyle 56. madde hükmü devlet bakımından bir program hüküm niteliğindedir. Başka bir ifadeyle, devletin bu konudaki yükümlülüğü tek tek bireylerin beden ve ruh sağlıklarını doğrudan doğruya temin etmesini (herkesin sağlık bakımının üstlenmesini) zorunlu kılmamakta, fakat onun sağlık hizmetlerini bu amaca uygun olarak koordine etmesini, planlamasını ve denetlemesini gerektirmektedir. Dolayısıyla, 56. madde çerçevesinde, devlete karşı kişiler ancak genel olarak böyle bir sağlık sistemi kurması, bu sistemi iyi işletmesi (koordine etmek ve denetlemek anlamında), aksayan yönlerini gidermesi şeklinde talepler ileri sürebileceklerdir. Bu arada devlet sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak üzere genel sağlık sigortası sistemi kurabilirse de, bu devletin bu hizmetin bütün gidericini sadece kendisinin üstlenmesini zorunlu kılmaz.¹⁹

Sağlık hakkı, kişilerin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmeyi isteme hakkı Uluslararası hukuk belgelerinin yanı sıra bazı devletlerin anayasalarında da düzenlenmiş sosyal bir haktır. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi’nin 25. maddesine göre “herkesin, gerek kendisi gerek ailesi için tıbbi bakıma, gerekli sosyal hizmetler

¹⁸ Mustafa Erdoğan, *İnsan Hakları Teorisi ve Hukuku*, Orion Kitabevi, 2007, Pozitif Matbaası, s. 232.

¹⁹ Mustafa Erdoğan, a.g.e., s. 233.

dahil olmak üzere sağlığını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine sahip olmaya ve hastalık hallerinde güvenliğe hakkı vardır’’ demektedir.²⁰

Sağlık hakkının yalnız kabul edilmesi yeterli değildir. Bu hakkın gerçekleşmesini sağlayacak teşkilat, personel, araç ve hukuki düzenlemelere ihtiyaç vardır. Türkiye’de sağlık hakkı iki şekilde ele alınır. Sağlık hizmeti ve sağlık zabıtası Sağlık hizmeti, doğrudan doğruya bakım ve tedavi çalışmalarını gerçekleştiren bir teşkilatla yürütülür. Bu bazen devlet eliyle bazen özel kuruluşlarla olur. Sağlık zabıtası müessesesi ise gıda maddelerinin temizliği, kamuya açık yerlerinin temizliği, çevre sağlığı, ana-çocuk sağlığının korunması, salgın hastalıkların yayılmasını engelleme, özel hastaneleri denetlemek gibi faaliyetler yürütür.²¹

İktisadî, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi’nin 12. maddesinin 1. fıkrası, taraf devletlerin herkese yüksek beden ve ruh sağlığı standardından yararlanma hakkını tanımasını öngörmektedir. Maddenin 2. fıkrasında ise, bu hakkın sağlanmasının gerektirdiği belli başlı tedbirler sayılmakta ve devletlere buna uygun davranma yükümlülüğü getirilmektedir. Bunlar ölü doğum oranının ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve çocuğun sağlıklı gelişmesi için önlemler; çevresel ve endüstriyel sağlığın iyileştirilmesi; salgın hastalıklar, meslek hastalıkları ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve denetlenmesi; ve nihayet hastalık halinde herkese tıbbi hizmet ve bakım sağlayacak şartların hazırlanmasını içermektedir.²²

Avrupa Birliği Anayasası V. Kısım Birlik’in koordine edici, tamamlayıcı ve destekleyici şekilde faaliyet gösterebileceği alanlar başlığı altında Madde III-278’de sağlık konusuna vurgu yapılmıştır. Birlik’in tüm politikalarının ve faaliyetlerinin tanımlanması ve uygulanmasında, yüksek düzeyde insan sağlığının korunması sağlanacaktır. Birlik tarafından ulusal politikaları tamamlayan faaliyetler, halk

²⁰ *Anabritannica*, Cilt 27, s. 41.

²¹ *Meydan Larousse*, 1972, Meydan Yayınevi Matbaası, s. 831.

²² Mustafa Erdoğan, a.g.e., s. 231-232.

sağlığının iyileştirilmesi, insan rahatsızlıklarının ve hastalıklarının önlenmesi ile fiziksel ve zihinsel sağlığa yönelik tehlikelerin önüne geçilmesi yönündedir.²³

Tablo 1 : Sağlık Kavramına Tesir Eden Faktörler Tablosu

Bünyesel Etmenler	Çevresel Etmenler	Biyolojik Etmenler
Genetik	Fizik Etmenler (ısı, ışın)	Mikroorganizmalar
Hormonal	Kimyasal Maddeler (zehir)	Vektörler
Metabolizma hastalıkları	Temel ve Vazgeçilmez madde eksiklikleri	Bitkiler ve Hayvanlar
-	Biyolojik, Psikolojik, Sosyo-kültürel ve Ekonomik etmenler	Hayvansal ve Bitkisel Gıdalar

Kaynak: Bike Aksu ve diğerleri, a.g.e., s. 2.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ve Nitelikleri

1978 yılında ülkemiz ve diğer dünya ülkeleri öncelikle çözümlenmesi gereken sağlık sorunlarını sıralamış, bunların tümü temel sağlık hizmetleri olarak adlandırılmıştır, Temel sağlık hizmetleri şu uygulamaları kapsamaktadır: Var olan sağlık sorunlarını çözme ve kontrol altına alma yöntemlerini içeren halk eğitimi, uygun bir beslenme sağlanması, yeterli ve temiz içme suyu sağlama, çocuk sağlığı hizmetlerini geliştirme, ana sağlığı ve aile plânlaması hizmetlerini geliştirme, başlıca ateşli hastalıklara karşı bağışıklık sağlama uygulamalarını etkinleştirme, Salgın hastalıklardan koruma ve kontrol yöntem ve uygulamalarını iyileştirme, genel hastalık ve yaralanmaların uygun tedavi şekillerini belirleme veya yaygınlaştırma, gerekli ilaçları sağlama, sağlık yönetimini iyileştirme, çevre şartlarını geliştirmedir. Görülüyor ki bu hizmetler, tedavi ve koruyucu hekimlik uygulamalarını bir bütün olarak ele almaktadır. Ülkemizin sağlık sistemi daha 1961 yılında bu tip bir yaklaşım esas alınarak düzenlenmiştir. Uygulamada, temel sağlık hizmetleri ile doğrudan ve

²³ Fatih Güven, *Avrupa Birliği Anayasası*, İlkbiz Yayınevi, 2005, Ayyıldız Matbaası, s. 172.

dolaylı ilgili olan bütün sektörlerin işbirliği ve desteği, hizmet götürülen toplumun katkı ve katılımı öngörülmektedir. ²⁴

Sağlık hizmetlerini zincir olarak düşünürsek her hizmetin bir halkayı oluşturduğunu söyleyebiliriz. Bu halkalardan birinin kopması ya da birinde bir aksaklığın ortaya çıkması verilen hizmetin tamamını etkilemektedir. Bu nedenle de bu zincirin gücünü onu oluşturan halkalardan en zayıf olanının sahip olduğu güç kadar olduğu söylenebilmektedir. Buna göre, zincirde bulunan her elemanın hizmetin eksiksiz ve sorunsuz olarak verilmesinde gerekli olduğu bilinmeli ve aksamaların en aza indirgenmesi için etkili bir koordinasyon ile çalışmaları gerekmektedir. ²⁵

Sağlık hizmeti; sağlık, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici yönleriyle bir bütündür. ²⁶

Şekil 1 : Uygulanış Biçimine Göre Sağlık Hizmetleri



Kaynak: Zeynep Polat, a.g.e., s. 101.

²⁴ Bıke Aksu vd., a.g.e., s. 11.

²⁵ Cenk Sözen - Gizem Alkan, “Sağlık Kurumlarına Önemli Bir Yönetim ve Organizasyon Sorunu: Koordinasyon”, *Sağlıcakla Aylık Sağlık Dergisi*, Kök Yayınları, Sayı 15, Haziran 2009, s. 28.

²⁶ Teknik Yönetmen: Ali Erkan Güneri, *2000’li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleşmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi*, Volkan Matbaası, Ankara, 1995, s. 175.

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumu meydana getiren fertlerin hasta olmalarını önlemek ve erken dönemde hastalıkların teşhis etmek için yapılan çalışmalara Koruyucu Sağlık Hizmetleri denir. Bu hizmetler doğrudan kişilere ya da çevreye yönelik olabilir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Evi, Sağlık Ocağı, Verem Savaş Dispanseri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi gibi uç birimlerce yürütülen bu hizmetler şu başlıklar altında toplanabilir: ²⁷

Tablo 2 : Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Uç Birimlerce Yürütülen Hizmetler

Kişiyeye Yönelik Olanlar	Çevreye Yönelik Olanlar
Bağışıklama	Atıkların Kontrolü
İlaçla Koruma	Suların Kontrolü
Erken Teşhis	Konut Sağlığı
Sağlık Eğitimi	-

Kaynak: Said Bodur, a.g.e., s. 7.

Sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetleri sağlıklı toplum olmanın en önemli aracı ve diğerlerine göre daha öncelikli konumdadır. Çünkü korumak tedavi etmekten çok daha az maliyetlidir. Özellikle ülkelerin gelişmişlik seviyesine bağlı olarak bu hizmetlerin etkinliği artmaktadır.²⁸

Sağlık Bakanlığı dışında kalan kuruluşlar, belli ve sınırlı gruplara, yalnızca tedavi edici hizmetler sunmaktadır. Dolayısı ile koruyucu sağlık hizmetleri üreten ya da üretmek durumunda olan tek kuruluş Sağlık Bakanlığıdır.²⁹

²⁷ Said Bodur, a.g.e., s. 7.

²⁸ Köksal Yılmaz, 2009 *Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, Vakıflar Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2009, s. 151.

²⁹ Recep Akdur, "Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri ", *Yeni Türkiye Dergisi Sosyal Değerlendirme [Cumhuriyet 1923-1998 dönemi değerlendirmesi]*, Cilt III, s. 1990.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde anahtar kuruluş, Sağlık Ocağıdır. K yerleşim birimlerinde her 5-10 bin nüfusa bir Sağlık Ocağı düşmekte ve hizmetler daha düzenli şekilde yürütülmektedir. Büyük yerleşim yerlerinde Sağlık Ocağı hizmetlerinden daha az yararlanılmaktadır. Sağlık Ocağı hizmetleri, bölgesindeki tüm nüfusun tespiti ile başlar. Bölgesindeki gebe kadınlarla bebek ve çocuklar 6 yaşa kadar periyodik olarak ebe-hemşireler tarafından izlenir. Gebelere tetanos, bebek ve çocuklara iki aylıktan itibaren gerekli açıları yapılarak hizmet devam eder. Bu arada gerekli konularda sağlık eğitimi yapılır. Bir bulaşıcı hastalık çıktığında yerinde incelenip gereken tedbirler alınır, ihbarı yapılır. Ocak hekiminin yönetiminde okul sağlığı, evre sağlığı, aile planlaması, ilaçla koruma gibi diğer koruyucu hizmetler yürütülür.³⁰

Halkın her durumda 1. basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara müracaatı ve buralardan verilecek her sağlık hizmeti kabul etmesi için personel, ekipman ve hizmet kalitesinin her yerde aynı düzeyde ve yeterli seviyede olduğu söylenemez. Sağlık hizmetine ulaşmada sosyal engeller mesafe engelinden daha etkili görülmektedir. Bu sosyal sebeplerin en önemlileri şunlardır: Kişi ya da toplumun eğitim düzeyi, ekonomik durum, sağlık eğitimi alma durumu, sağlık personel ve kuruluşlarının verdiği güven, hizmetin kalitesiyle ilgili diğer hususlardır.³¹

İlköğretim okullarından başlayarak her seviyede sağlık eğitimi programının önemsenmelidir. Bu şekilde, insanları hasta olduktan sonra tedavi etmek yerine hasta olmadan sağlıklarının korunmalıdır. Bebek ve çocukların yaşama sağlıklı başlama, ergen ve gençlerin sağlıklarını koruma ve geliştirme, bilgi ve becerilerine sahip olmaları, kişilerin dengeli ve hastalıklardan uzak, yaşam süresinin artırılması ve kalitesinin yükseltilmesi, özellikle yaşlıların yaşamsal faaliyetlerini yardıma muhtaç olmadan sürdürebilmeleri ve topluma katkılarının devamının sağlanması koruyucu sağlık hizmetlerinin görev alanına girmektedir.³²

³⁰ Said Bodur, a.g.e., s. 8.

³¹ Said Bodur, a.g.e., s. 18.

³² Gr, M., Yavuzyiğit, H., Ekici, B., *Türkiye'nin Geleceği*, TODAİE Basım, 2003, s. 146.

1.3.1.1. Koruyucu Hekimlik

Koruyucu hekimlik, insanları iyi bir sağlık haline kavuşturmak için sadece hastalıklardan korumak değil, aynı zamanda, insan sağlığını bozan, gelişme ve çoğalmayı engelleyen ve insanların hastalıklara karşı direncini kıran, iyi yaşama ve iyi beslenme imkânlarını zedeleyen sosyal ve ekonomik sebepleri de ortadan kaldırmakla da ilgilenir. Koruyucu Hekimlik sosyal bir hizmet olduğu için konuları arasına giren meseleler çok ve çeşitlidir. Bunlar arasında verem, sıtma, trahom, frengi, kanser gibi sosyal hastalıklarla savaşmak, iek, kolera, veba, tifüs gibi serpici (istilâ edici) ve bunlara benzer bulaşıcı hastalıklarla savaşmak, halka sağlık koruma tedbirlerini öğretmek, ölüm, doğum, hastalık ve her türlü nüfus hareketlerine ait hayatî istatistikleri tutmak ve bunlardan faydalanarak koruyucu tedbirler almaktır.³³ Köy, kasaba ve şehirlerin, fabrikaların, evlerin, okulların ve umumî yerlerin sağlık şartlarına uygun olarak kurulmasını, içme suyu, kanalizasyon, mezbaha gibi tesislerin sağlık kaidelerine göre yapılması sağlamak ve kontrol etmek gibi faaliyetler gelmektedir.³⁴

1.3.2. Tedavi hizmetleri

Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tamamı bu başlık altında toplanır. Kendi içinde; birinci basamak tedavi hizmetleri (ilk başvuru ve ayakta tedavi), ikinci basamak tedavi hizmetleri (yataklı tedavi hizmetleri) ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri (üst düzeyde uzmanlaşmış ve yüksek teknoloji kullanılan merkezler) olmak üzere üç kademeye ayrılır. Tamamen sağlık personeli ve sektörünce yürütölen hizmetlerdir.³⁵

³³ Suat Seren - Aliye Seren, a.g.e., s. 4-3.

³⁴ Suat Seren - Aliye Seren, a.g.e., s. 1.

³⁵ Recep Akdur, ‘‘Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması’’, <http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp>, (Erişim: 13/10/10), s. 6.

Şekil 2 : Tedavi Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Kaynak: Zeynep Polat, a.g.e., s. 105.

Tedavi hizmetleri birinci basamak, ikinci basamak, üçüncü basamak olmak üzere üçe ayrılır.

1.3.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastaların ilk başvurdukları sağlık kurumlarında ayakta veya evinde tedavi hizmetleridir. Bu hizmet ülkemizde sağlık ocakları ve sağlık evlerinde yürütülür. Hizmet götürülen bölge halkı, gerekirse tek tek taranarak hastalıkların erken tanısı ve tedavisi sağlanır. Hastane bakımını gerektirenler sevk edilir. Bütün bu uygulamalar bir ekip hizmeti olarak sunulur.³⁶

³⁶ Bike Aksu ve diğerleri, a.g.e., s. 10.

Tablo 3 : Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşlarına Müracaat Sayısı

	2002	2006	2007	2008
Sağlık Ocağı	55.844.883	121.101.156	123.259.825	121.441.948
Aile Hekimliği Birimi	-	-	22.902.118	45.111.103
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	3.034.848	2.818.945	2.781.992
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	1.869.385	3.610.177	5.993.934	6.079.527
Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşlarına Müracaat Sayısı	59.726.726	127.746.181	154.974.822	175.414.570

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, “2008 Sağlık İstatistikleri Yıllığı”

http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri2008.pdf, (30/08/2010), s. 112.

1.3.2.1.1. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi

Türkiye’de ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin tarihçesine baktığımızda, ana ve çocuk sağlığının korunması amacıyla 1925 yılında kurulmaya başlanan doğum ve çocuk bakımevleri bu alanda Cumhuriyet döneminde kurulan ilk kuruluşlar sayılır. Bugünkü anlamda ana ve çocuk sağlığı kuruluşu olmamakla birlikte doğumevleri, doğumda ananın ve çocuğun sağlığını ele alan ilk kuruluşlar olarak anılmaktadır.³⁷

1930 yılında kabul edilen 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Yasası ana çocuk sağlığının korunması konusundaki maddeleri kapsamaktadır. Daha 3. maddesinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının hizmetleri sıralanırken, doğumu arttırma ve kolaylaştırma, çocuk ölümlerinin azaltılması, annelerin doğumdan önce ve sonra sağlıklarının korunması, çocuk sağlığının ve bünyesinin korunup geliştirilmesi

³⁷ İlhan Tomanbay, a.g.e., s. 47.

önlemleri söz konusu Bakanlığa görev olarak verilmiş, böylelikle Sağlık Bakanlığı bünyesinde ana çocuk sağlığı hizmetlerinin hukuksal temeli hazırlanmıştır.³⁸ Türkiye’de ana çocuk sağlığı örgütlenmesi WHO ve UNİCEF ile Türkiye Cumhuriyeti hükümeti arasında 5.9.1951 günü Ankara’da bağlanan bir Antlaşmaya dayanıyordu. Bu antlaşma 19 Mart 1954 gün ve 6367 sayılı yasayla onaylanıyordu. Antlaşma 20 yıllıktı. Bu süre UNICEF’in bir geri kalmış ülkeyle yaptığı antlaşmaların en uzun süreli olanıydı. Antlaşmaya göre nüfusu 50.000 olan bölge ve kentlerde merkezler kurulacaktı. Bu nüfusa yakın ilçelerde şubeler ve bunlara bağlı olmak üzere gerekli görülen merkezsel köylerde ana ve çocuk sağlığı köy istasyonları kurulacaktı. Merkezsel örgütlenme bazında da ana çocuk sağlığı merkezleri ilk kez Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğüne bağlı bir şube olarak çalışmalarına başlamıştı.³⁹

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinin görevlerine de kısaca değinirsek: Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında ülkedeki durumu ve sorunları göz önüne alarak bu konularla ilgili hedefleri belirlemek, bu hedefler doğrultusunda plan ve programlar hazırlamak, uygulamaya koymak, denetlemek, değerlendirmek, ülke çapında verilecek her türlü ana sağlığı, çocuk sağlığı, aile planlaması hizmetlerinde koordinatörlük yapmak, çocukların beden ve ruh sağlığını korumak için doğum öncesi, bebeklik ve süt çocukluğu, oyun çağı, okul çağı ve adolesan dönemlerinde bakım ve kontrollerinin yapılması için gerekli tedbirleri tespit etmek, uygulamaya koymak, denetlemek ve değerlendirmek, ananın ve doğacak bebeğin, bedensel ve ruhsal sağlığını korumak için gebelik öncesi, gebelik ve gebelik sonrası bakım ve kontrollerinin yapılması için gerekli tedbirleri almak, evlenecek veya evli olan çiftlere kadın sağlığı, çocuk sağlığı, aile planlaması ve evlilik konularında tıbbi ve sosyal açıdan eğitim ve danışmanlık hizmeti verebilecek tedbirleri almak için plan ve programlar hazırlayarak, uygulamaya koymak, denetlemek ve değerlendirmek gibi konular gelmektedir.⁴⁰

³⁸ İlhan Tomanbay, a.g.e., s. 73.

³⁹ İlhan Tomanbay, a.g.e., s. 48.

⁴⁰ Kasım Karataş, *2000’li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleşmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi Bildiriler*, Mayıs 1994, Şafak Matbaası, s. 196-198.

Günümüz Türkiye'sinin en önemli sağlık sorunları ana ölüm hızı ve bebek ölüm hızının çok yüksek olmasıdır. Bu konuda yapılan araştırmalar incelendiğinde ana ölümünün nedenlerinin temelini kısa aralıklı çok doğum ve istenmeyen gebelikler oluşturmaktadır. Bu şekilde olan gebeliklere birde gebelik muayene ve kontrollerinin yapılmamış olması ile doğumların sağlık personeli denetimi ve gözetimi altında olmayışını da eklersek anne ölüm oranı yüksek rakamlara ulaşmaktadır. Anne ölümüne neden olan durumların hemen hemen tamamına yakını önlenmektedir. Bu amaca ulaşabilmek için istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, anne adaylarının sağlıkla ilgili konularda bilgilendirilmeleri ve bilgileri uygulamaya dönüştürmeleri, doğumların sağlık elemanları tarafından yapılması ile birlikte, eğitim seviyesinin yükseltilmesi, ekonomik durumun düzeltilmesi, sosyo-kültürel kalkınmanın sağlanması gerekmektedir. Anne ölüm hızı ile çocuk ölüm hızı, genel gelişmişlik düzeyini, sağlık hizmetlerinin kalitesini genel sağlık düzeyini yansıtan en önemli iki ölçüttür.⁴¹

Tablo 4 : Türkiye’de 1923 ve 2008 Yıllarında Bazı Ölçütler

	1923	2003	2006	2007	2008
BEKLENEN ÖMÜR	43,6	70,3	73,2	73,4	73,6
BEBEK ÖLÜM HIZI	%0200	%028,8	%022,3	%020,7	%017
ANNE ÖLÜM HIZI	%000200	%00080	%00028.5	%00021.2	%00019.4

Kaynak: Recep Akdur, “Cumhuriyet'ten Günümüze ve Geleceğe Türkiye'de Sağlık”, <http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp>, (Erişim: 13/10/10), s. 32.

Anne ölüm oranlarını arttıran nedenlere gelince sık aralıklarla gebe kalmak, erken yaşta gebe kalmak, kırk yaşın üzerinde gebe kalmak, dört ve daha fazla çocuk doğurmak sayılabilir. Bebek ölüm oranını arttıran nedenlere gelince onlarda annenin yaşı (18 yaş altı ve 35 yaşın üstü), doğum aralıklarının iki yıldan kısa olması, canlı doğum sayısının fazla olması, annenin fazla doğum yapması, doğumun uygun

⁴¹ Zeynep Polat a.g.e., s. 136.

olmayan şartlarda yapılması, gelişmiş sağlık merkezlerine olan uzaklık, istenmeyen çocuk, yetersiz ve yanlış beslenme sayılabilir.⁴²

Her şeye rağmen Türkiye’de sağlık göstergelerinde çok büyük iyileşmeler oldu. Mesela, anne ölümleri 1998’de 100 binde 70’ti, 2008’de 100 binde 19’lar civarındadır. Türkiye’de 2001 yılında 30 bin tane kızamıklı çocuk vardı, 2008 yılında 10’ncu aya kadar bir tane bile kızamıklı çocuğumuz yoktur. Türkiye’de 2002 yılında 10 bin sıtmalılı vatandaşımız vardı, 2007 yılında 300 civarında sıtmalılı vatandaşımız oldu. Türkiye’de bir yılda 25 bine yakın kayıtlı tifo vakası oluyordu, 2007 yılında 1200’ün biraz üstünde kayıtlı tifo vakası bulunmaktadır.⁴³

İşlenmesi gereken konuların en önemlilerinden biri beslenmedir. Türkiye için bu böyledir. Beslenme yetersizliklerinin toplum sağlığını nasıl gizli gizli kemirdiği ortadadır. Yapılan çeşitli araştırmalar yetersiz ve dengesiz beslenen toplumlarda çocuk ölüm oranlarının çok yüksek olduğunu göstermektedir. Örneğin Dabanlı’ya göre, çocuk ölümleri, yetersiz ya da dengesiz beslenen toplumlarda yeterli ve dengeli beslenen toplumlara bakıma on kat daha fazladır. Yaşayabilen çocuklarda da büyüme gerilikleri görülmektedir. Yetersiz beslenmenin çocukta ortaya çıkardığı sonuç salt bedensel gerilik değil, zihinsel gelişmemişliktir de aynı zamanda. Ekonomik yetersizlikten ya da ana babanın bilgisizliğinden ötürü dengesiz beslenen, yetersiz beslenen çocuklarda ortaya çıkan beden ve zeka gerilikleri sağlıksız toplum kuşağının oluşmasına yol açar.⁴⁴

Bir ülkede çocuk sağlığı göstergeleri; genel gelişmişlik düzeyini, genel sağlık düzeyini, aile sağlığı düzeyini ve annenin gebeliği süresince sağlıkla ilgili uygulamalarının yeterli olup olmadığını gösteren en önemli ölçütlerdendir. Çocuk sağlığı düzeyinin yükseltilmesinde gerek kişisel gerekse toplumsal olarak herkesin

⁴² Pampal, S., Dindar, H., Korgal, E., a.g.e., s. 14-15.

⁴³ Sağlık-Sen, “Tam Güne Bakış” http://www.sagliksen.org.tr/kitap/t_g_panel.pdf, (Erişim: 02/02/11), s. 12.

⁴⁴ İlhan Tomanbay, a.g.e., s. 120.

aynı derecede sorumluluk taşınması gerekmektedir. Çünkü çocuk, kimseli veya kimsesiz olsun bütünüyle korunmaya muhtaçtır.⁴⁵

Bebek ölüm hızı temelde toplumların sahip oldukları ekonomik ve toplumsal zenginlik kaynaklarına bağımlı bir değişken olarak algılanmalıdır. Dünya üzerinde yapılan araştırmalar iki gerçeği orta koymaktadır: Ulusların refah düzeyi arttıkça bebek ölüm hızı düşmektedir ve yine zaman içinde bebek ölüm hızında sürekli düşmeler görülmektedir.⁴⁶

Ana çocuk sağlığı hizmetleri için ilgili bakanlık bütçesinden ayrılan pay yetersizdir. Bu yetersizliğin giderilmesi, hizmetle etkinlik sağlanması için önemli bir koşuldur. Halk için ücretsiz olan bu hizmet kamusal kaynaklarla sürdürülmektedir. Bu kaynakların kısılması hizmetin yetersizliği, niteliğinin düşüklüğü demektir.⁴⁷

Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımı, klasik tedavi edici önlemler yerine, ucuz, kolay ve etkili önlemlere dayalı önleyici ve çevre koşullarını iyileştirici bir anlayışı öngörmektedir. Bu çerçevede sağlık için kullanılan tüm kaynakların yeniden gözden geçirilmesi, toplumun sağlık hizmetlerinin yönetimine gönüllü katılımın güçlendirilmesi, aşı ve temel ilaçların temin edilmesi, anne sütüyle beslenmenin desteklenmesi ve her şeyden önce de çevrenin kirletilmemesi yönünde önlemler alınması önerilmektedir.⁴⁸

1.3.2.1.2. Sağlık Ocağı

Sağlık ocağı, sosyal devlet olmanın getirdiği ve gerekliliğini doğurduğu bir hizmettir. Gelişmemiş, gelişmekte, kalkınmakta olan bölgelerde veya nüfus bakımından çok fazla kalabalık olmayan bölgelerde kurulan ve birinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşlardır. Sağlık ocakları her türlü koruyucu hekimlik

⁴⁵ Zeynep Polat, a.g.e., s. 141.

⁴⁶ Firuz Demir Yaşamış, *Bebek Ölümlerinin Çevresel Nedenleri*, Ankara, 1991, Lider Matbaası, s. 19.

⁴⁷ Erdal Yücel, *Sistem Analizi I Sosyal Güvenlik ve Sağlık Reformu*, 1990, İlksan Matbaası, s. 271.

⁴⁸ Firuz Demir Yaşamış ,a.g.e., s. 19.

hizmetleri, hastaların muayene ve tedavisi, sağlık ocağına kayıtlı şahısların sağlık sicillerini tutmak ile mükelleftir. Sağlık ocağı hekimleri tedavi edemedikleri vakaları, hastaneye sevki gereken acil vakaları vb. durumlarda hastaları hastaneye sevk edebilirler.⁴⁹

Alma-Ata Bildirgesi'nden 17 yıl önce ülkemizde kabul edilmiş olan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun ilkelerinden biri de, Sağlık Ocağı Kurullarının Oluşturulmasıdır. Bu Kanuna göre, 1969 yılında çıkarılan bir yönetmelikle her sağlık ocağı bölgesinde, ocak hekiminin başkanlığında birer Sağlık Ocağı Sağlık Kurulu oluşturulur. Bu kurulun üyeleri, kırsal ve kentsel kesimde farklı kişilerden oluşmaktadır. Kırsal yerlerde köy muhtarları, imamaları, öğretmenleri ve her köyden halk tarafından seçilmiş birer kişi bu kurulun üyeleridir. Kurulun en az üç ayda bir toplanarak yörenin sağlık sorunlarını tartışarak çözüm yollarını kararlaştırmaları gerekir. Sağlık Ocağı Sağlık Kurullarının işlevi, hizmeti sunanlara, hizmeti alanların liderlerini bir araya getirerek hizmetleri tartışmalarına ortam hazırlamaktır. Sağlık ocağı hekimleri bu liderler aracılığıyla, köylülere bazı bilgileri iletebilir ve bazı işlerin gerçekleşmesini sağlayabilir. Buna karşılık, toplumun taleplerini öğrenip işleri bu talepler doğrultusunda planlayabilir. Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları mevzuatta yer almış olmasına karşılık uygulamada gerçekleştirilememiştir. Söz konusu mevzuata işlerli kazandırılması, ülkemizde halkın sağlık hizmetlerine fıkren katılımını sağlayabilmek için bir adım olacaktır.⁵⁰

1.3.2.1.3. Verem Savaş Dispanseri

Türkiye'de veremle mücadelenin tarihi bir yüzyıldan daha uzun zamana dayanır. Aslında tarihimizde çok eskilere dayanan bir süreç boyunca veremle ilgilenen önemli şahsiyetler olmuştur. 11. yüzyılda İbn-i Sina, 15. yüzyılda Fatih döneminin ünlü hekimlerinden Şerafettin Sabuncuoğlu ve 18. yüzyılda Abbas Vesim Efendi gibi Türk tıp tarihine geçmiş hekimlerin verem hastalığıyla ilgilendiği

⁴⁹ Vikipedi Özgür Ansiklopedi, "Sağlık Ocağı", http://tr.wikipedia.org/wiki/Sa%C4%9Fl%C4%B1k_oca%C4%9F%C4%B1, (Erişim: 30/08/2010)

⁵⁰ Kasım Karataş, a.g.e., s. 213.

bilinmektedir. Sivil girişimlerle başlayan veremle mücadele, Cumhuriyetin ilk yıllarında bulaşıcı hastalıklarla mücadele eden devletin temel sağlık politikalarından olmuştur. 1930 yılında çıkartılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile devletin verem savaş faaliyetleri konusundaki politik kararlılığı ortaya konulmuştur. Verem Savaşı Merkez Teşkilatı 14.06.1960 tarihinde 5439 sayılı kanunun 2. maddesine istinaden ve 16996 sayılı Bakanlık onayı ile bir Genel Müdürlük haline getirilmiş ve 25.04.1963 tarih ve 225 sayılı kanunla Bakanlık Teşkilat kanununda yer almıştır.⁵¹

TB kontrolünde merkez birimi Verem Savaşı Daire Başkanlığı oluşturmaktadır. Verem Savaşı Daire Başkanlığı, müstakil bir daire başkanlığıdır. Bütçesi, Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde ayrı bir kalemdir. Bünyesinde şube müdürlükleri vardır. Verem Savaşı Grupları merkez birime doğrudan bağlıdır. Ülkemizde TB kontrolünde ara birimi Sağlık Müdürlüğü ile birlikte çalışan verem savaşı il koordinatörü oluşturur. İlde tek bir verem savaşı dispanseri varsa, başhekimini verem savaşı il koordinatörüdür. İlde birden fazla verem savaşı dispanseri varsa, verem savaşı dispanseri başhekimlerinden birisi, il sağlık müdürlüğünün teklifi ile Verem Savaşı Daire Başkanlığı'na verem savaşı il koordinatörü olarak atanır. Bu ara birimin kayıt sistemini de Verem savaşı il Arşivi oluşturur. TB kontrolünde uç birimi verem savaşı dispanserleri oluşturmaktadır. Bakteriyolojik inceleme yapabilen, ücretsiz ilaç dağıtabilen, hastaları tedavi sonuna kadar takip edebilen ve hasta kayıt sistemine sahip kurumlardır. Verem savaşı dispanserleri, birinci basamakta yer alan sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı merkezleri ve sağlık evleri ile işbirliği içinde çalışırlar.⁵²

⁵¹ Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, “Dünden Bugüne Başkanlığımız”, <http://www.verem.saglik.gov.tr/index.php?pid=18>, (Erişim: 19/05/2011)

⁵² Sağlık Bakanlığı, “Verem Savaşının Örgütlenmesi, Kuruluş ve Kişi Görev Tanımları”, http://www.verem.org.tr/pdf/sayfa_83-98.pdf erişim, (Erişim: 30/08/2010), s. 1.

1.3.2.1.4. Aile Hekimliği

Aile hekimi, kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalığını ayırmadan, kayıtlı birey ve ailelere, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ve ilk basamak tedavi hizmetlerini ekip anlayışı içinde ve ekiple birlikte sunabilen hekimdir. Aile Hekimliği sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.⁵³

Tablo 5 : Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları, Türkiye

	2000	2002	2006	2007	2008
Sağlık Ocağı	5700	5.840	6.377	5.430	4.540
Aile Sağlığı Merkezi	-	-	-	943	1.765
Toplam	5.700	5.840	6.377	6.373	6.305
Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	291	297	298	227	225
Toplum Sağlığı Merkezi	-	-	-	182	373
Verem Savaşı Dispanseri	277	277	246	247	243
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri	-	-	40	50	84
Toplam	568	574	584	706	925
112 Acil Yardım İstasyonu	366	480	1.175	1.264	1.308

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, “2008 Sağlık İstatistikleri Yıllığı”,

http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri2008.pdf, (30/08/2010), s. 60.

⁵³ Bursa Sağlık Müdürlüğü, “Aile Hekimliği ve Aile Hekimliğinin Evrensel Tanımı”, http://tuncelisaglik.gov.tr/saglik/dosyalar/ah_tanim.pdf, (Erişim 30/08/2010), s. 2.

1.3.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastanede sunulan hizmetleri tanımlar. Birinci basamakta tedavi edilemeyen hastalar, ikinci basamağa, yani hastaneye sevk edilirler. Hastanelerin gerçekten etkin ve yararlı olabilmesi bu yolla sağlanır.⁵⁴

1.3.2.2.1. Hastaneler

Hastaneler karmaşık organizasyon modeline sahiptir. Hastanelerin organizasyon yapılan diğer büyük ölçekli organizasyonların yapılarından farklıdır. Hastaneler idari hiyerarşiyi temsil eden resmi yetki konumu ile pratisyen hekimleri ve diğer profesyonelleri temsil eden bilgi konumu arasındaki benzersiz koordinasyon ilişkisini göstermektedirler. Bu biraz dağınık ve alışılmamış yapı yaratmaktadır. Ayrıca, hastaneler ve yapılar arasında çevrelerinden ve teknolojilerinden kaynaklanan bazı değişkenler vardır. Sağlık hizmetlerini veren grup olmadan bir hastanenin sağlık hizmeti verebilmesi, o kuruluşa hastane denmesi mümkün değildir. Bu sağlık hizmetinin birinci boyutu olarak düşünülebilmektedir. İkinci boyutu ise; sağlık hizmetinin en iyi şekilde verilebilmesi için gereken teknik ve mali olanakların sağlanması gibi işlemler yer almaktadır.⁵⁵

1.3.2.2.1.1. Hastanelerin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütüne göre, müşahede teşhis tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar olarak tanımlamaktadır. Benzer bir tanımın yer aldığı SSYB Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde ise hastaneler, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır şeklinde tarif edilir.

⁵⁴ Aksu, A., Çelik, M., Egemen, A., Güler, Ç., Karna, G., Özcan, C., Öztekin, Z., Turhan, G., a.g.e., s. 10.

⁵⁵ Cenk Sözen - Gizem Alkan, a.g.m., s. 29.

Başka bir tanımda ise hastane; hastalıklara tanı koymak, hasta ve yaralıları tıbbi tedavi ve cerrahi müdahaleyle iyileştirmek ve tedavi süresince barındırmak amacıyla oluşturulan, özel eğitimli personelin çalıştığı ve çeşitli tıbbi cihazlarla donatılmış kurumdur. Günümüzde büyük hastanelerin çoğu aynı zamanda bir araştırma ve eğitim merkezidir. Bu hastanelerde, toplumun her türlü sağlık gereksiniminin daha iyi karşılanması için poliklinik, acil tedavi ve rehabilitasyon gibi hizmetler de yürütülür.⁵⁶

Hastane sistemi, sağlık sisteminin bireysel sağlık hizmetleri alt sisteminin bir alt sistemidir. Hastane sistemleri açık sistem özelliği göstermektedirler. Dinamik bir ortamda ve sürekli bir değişim içindedirler. Toplumdaki en kompleks organizasyonlardan birisi de hastanelerdir. Hastaneler, genellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin verildiği merkezler olarak düşünülürler. Hastanelerin temel amaçlarından en önemlisi hasta beklentilerinin karşılanmasıdır.⁵⁷

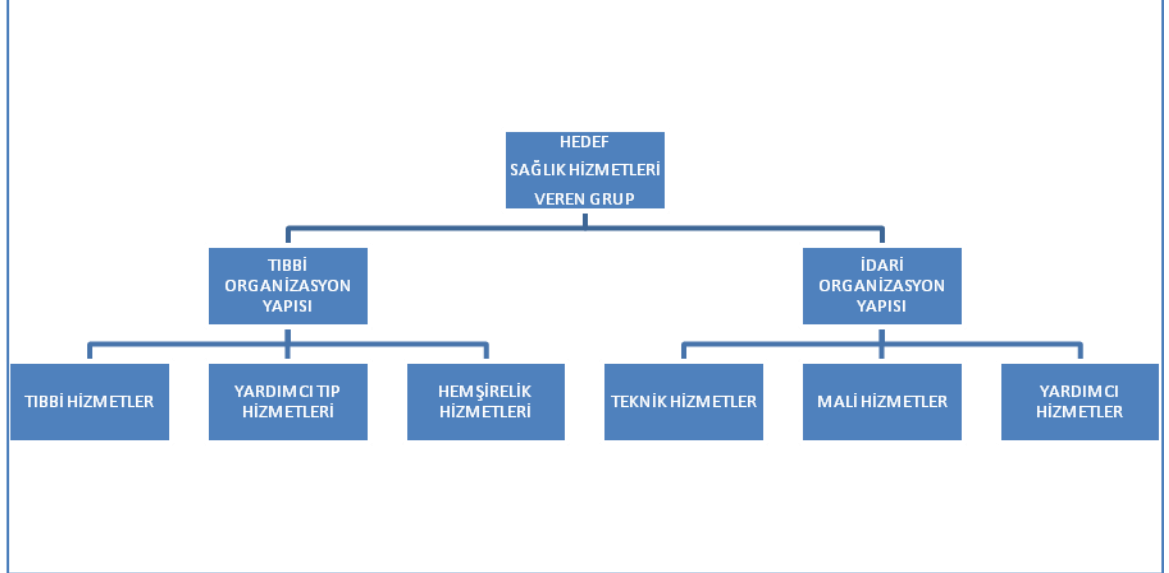
Hastanelerde tıbbi ve idari hizmetler bir arada verilmektedir. Her iki grubun da yaptıkları iş büyük farklılıklar gösterse de çabalan aynı amaca yöneliktir. Bu nedenle de bu iki grubun beraber, uyumlu ve dengeli biçimde çalışmaları hedefe ulaşılması yönünden çok önemlidir. Sağlık hizmetlerinin aksamadan yürüyebilmesi için tüm birimlerin kendi görevlerini eksiksiz olarak bilmeleri gerekmektedir. Çalışanlar sistemdeki rollerini bilmek ve görevlerini en iyi şekilde yerine getirmek zorundadırlar. Çalışanların hastanenin verdiği hizmetin amacını algılamalı, bu amaca ulaşmada kendi rollerinin ne olduğunu bilmeleri ve bu amaca yönlendirilmiş olmaları çok önemlidir.⁵⁸

⁵⁶ *Anabritannica*, Cilt 15, s. 42.

⁵⁷ Bilal Ak, “Hastane Sistemi”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 853.

⁵⁸ Cenk Sözen - Gizem Alkan, a.g.m., s. 30.

Şekil 3 : Hastanelerde Sağlık Hizmeti Organizasyonu



Kaynak: Cenk Sözen - Gizem Alkan, a.g.m., s. 30.

1.3.2.2.1.2. Dünyada Hastanelerin Tarihsel Gelişimi

Toplumların gelişim süreçleri, yaşadıkları sosyo-kültürel aşamalar her medeniyette farklılık gösterdiği için hastanelerin çıkış zamanlaması da farklı olmuştur. Hastane kavramının yerleşmesinde ve hastanelerin kurulmasından çok önce hastalar kendi evlerinde tedavi edilirdi. Eski dönemlerde hastane, yalnız askeri örgütlere ve kuruluşlara özgüydü. Ancak ortaçağın başlarında hastane kavramı yerleşti ve hastaneler yaygınlaşıp çoğalmaya başladı.⁵⁹

Orta Çağ Hastaneleri Fakir hastalara bakmak ilk devirlerde Hristiyanlara borç olan bir vazife idi, ilk hastanelerin neden Kiliseye ait müesseseler olduğu, kolayca anlaşılır. Kilise tababet fenninin yoluna ne kadar set çekse bile hastaların, yaralıların yatırılması, tedavisi hususunda engel olmaktan ziyade kolaylık vardı. Orta çağın sonlarına doğru bir çok zarif hastaneler inşa edilmişti, geniş koğuşları

⁵⁹ Kurt Pollak, Ev Doktoru, Remzi Kitapevi, 3.Baskı, İstanbul, 1993, Evrim Matbaası, s. 13.

döşemeli, geniş pencereli, hastalar için yataklı hücreler bulunuyordu. Hepsine bol su geliyor, lağım tertibatı vardı.⁶⁰

Hint ve Arap kültüründe geçmişçi çok eski olan hastaneler Güney Avrupa’da papaz ve rahibelerin hizmet sunduğu manastırlar bünyesinde kendisini göstermiştir. 13. yüzyılda tüm Avrupa’da 19,000 hastane ya da benzeri örgüt bulunduğu bilinmektedir. İlk hastaneler kimsesi olmayan hastalara, yoksullara ve evinden uzak olan yolculara hizmet amacıyla kurulmuştur. Bu dönemde, askerler ile denizcilerin sağlık bakımı hükümetlerin sorumluluğu altında hastanelere verilmiştir. 19. yüzyılda bulaşıcı hastalıkların tehdidi karşısında özellikle kolera, çiçek ve tifo için özel hastaneler kurulmuştur. Aynı dönemde İsveç’te genital hastalıklar için, Norveç’te ise lepralıları için özel hastane düzenlenmiştir. Bu dönemde akıl hastaları için hastanelerin kurulduğunu da görüyoruz. Avrupa’da önce kilisenin kontrolünde gelişen hastaneler, Fransız İhtilalı’ndan sonra, iyi yönetilmedikleri gerekçesiyle, kamu yönetimine devredilmişlerdir. Aynı dönemde İspanya, Portekiz ve bu ülkelerin Latin Amerika’daki sömürgelerinde bulunan hastanelerinin Katolik kilisesinin kontrolünde olduğunu görüyoruz. İngiltere’de VIII. Henry’in dini örgütleri baskı altına alması ile birlikte hastanecilik seküler bir gelişim izlemiştir. Bu ülkede 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri kurulana kadar hastanecilik yardım kuruluşlarının kontrolünde yürütülmüştür. Bu sistem Kuzey Amerika tarafından da benimsenmiş, kar amacı gütmeyen hastaneler kurulmuştur. Ancak, bu ülkede hastanecilik gelişir iken, bazı hekim ve cerrahların kendi özel hastaları için ve tıp öğrencilerinin eğitimi için de hastane kurulduğunu görmekteyiz.⁶¹

Fransa Ulusal meclisi ilk etapta hastalığın mümkün olan tek iyileşme yerinin toplumsal yaşamın doğal ortamı, yani aile olduğunu düşünmüştür. Bu şekilde ulus için hastalığın maliyeti en aza indirgenir; ve hastalığın yapaylık içinde karmaşık bir hale geldiğini, kendiliğinden çoğaldığını ve hastanede olduğu gibi kurala uymayan bir hastalığın hastalığı şeklini aldığını belirtmişlerdir. Aile içinde hastalık doğal

⁶⁰ Ferudun Nafiz Uzluk, *Genel Tıp Tarihi* [Sayı 68], Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1959, Güzel İstanbul Matbaası, s. 103.

⁶¹ Haydar Sur, “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, (Erişim: 15.12.2009)

durumdadır, yani kendi doğasına uygundur ve doğanın yenileştirici güçlerine sunulmuştur. Yakınların ona yönelttiği bakışta iyi yürekliliğin diriltici gücü ve bekleyişin ağır başlılığı vardır. Hastanın mutsuzluğu, yakınının da sağlığına iyi gelen bir merhamet uyandırır ve gönlünde bu hastalığı dindirme ve teselli etme ihtiyacı doğurur. Gayri menkullerden ibaret ve duygusuzluklarıyla yoksulluğun yaratıcıları olan hastaneler ortadan kaldırılmalı ve kendi hastalarına bakan yoksul ailelere özel yardımlar dağıtılmalıdır. Ancak bu fikirden daha sonra vazgeçilmiştir.⁶²

Avrupa’da hükümet ve yardım kuruluşlarının hastaneciliğe girmesi ile birlikte, para ödeme gücü olmayan hastalar için tam ya da kısmi zamanlı hekim atanması zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Benzer bir gelişme Fransa, İsveç ve İtalya’da da görülmektedir. Bu durum hekimler arasında iş bölümüne ve uzmanlaşmaya yol açmıştır. Hastanede maaş ya da ücret karşılığında istihdam edilen hekimlerin doğrudan para almaları engellenmiş ancak uzmanlıkları nedeniyle özel hasta bakma hakları da verilmiştir. Bu durum, uzmanlığın artmasına ve bu durumdaki hekimlerin o güne kadar var olan pratisyen hekimlere kıyasla büyük oranlarda para kazanmalarına neden olmuş, pratisyen hekimlik ile uzman hekimlik kavramları arasındaki farklılık sosyal anlamda yerleşmiş, kaliteli hizmet için uzman hekimden özel hizmet alınması düşüncesi yaygınlaşmıştır.⁶³

1.3.2.2.1.3. Türkiye’de Hastanelerin Tarihsel Gelişimi

Türkiye’deki yataklı sağlık kuruluşları; devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, askeri hastaneler ve özel sağlık kuruluşları olarak dört ana başlık olarak ayrılabilir. Bu kuruluşların toplam sayıları ve yatak sayılarına bakılarak yurtiçi tüketimindeki etkinliklerini daha kolay görülebilir.

⁶² Michel Foucault [Çeviren: İnci Malak Uysal], *Kliniğin Doğuşu*, Epos Yayınları, 2. Baskı, 2002, s. 61-62.

⁶³ Haydar Sur, “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, (Erişim: 15.12.2009)

Tablo 6 : Sağlık Kurumlarına İlişkin İstatistikler

	KURUM SAYISI		YATAK SAYISI	
	2007	2008	2007	2008
TOPLAM	1275	1308	186 191	190 185
SAĞLIK BAKANLIĞI	848	847	120 228	119 310
ÜNİVERSİTE	56	57	30 978	32 139
ÖZEL	365	400	17 397	21 284
DİĞER(2,3)	6	4	17 588	17 452

(1) 14 Şubat 2005 tarihli 927 sayılı Sağlık Bakanlığı makam onayı ile Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Bakanlığı'na devredildiğinden istatistiki veriler Sağlık Bakanlığı verileri içinde yer almıştır.

(2) Dernek, yabancı, azınlık, KİT, belediye ve diğer bakanlıklara ait hastaneleri kapsar.

(3) Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastaneleri kapsamaz.

Kaynak: İstatistiklerle Türkiye 2010, Yayın no: 3491, Ankara, Aralık 2010, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, s. 20.

Buna göre; hastane sayısı 2008 itibariyle bin 350 rakamına ulaşmıştır. Bunun 847'sini kamu hastaneleri oluştururken, 57'si üniversite hastaneleri, 400'ü özel hastaneler ve geri kalan 46'sı da diğer hastanelerdir. Yıllara göre hastane yatağı sayısı da artış göstermiştir. 2008'de 190 bin 185 olarak kaydedilen tüm sektörlerin toplam yatak sayısı; kamu hastanelerinde 119 bin 310, üniversitelerde 32 bin 139, özel sektörde 21 bin 284 ve diğer hastanelerde 17 bin 452 olarak kaydedilmiştir.⁶⁴

Bilindiği üzere 19 Ocak 2005 tarih ve 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” ile SSK hastaneleri çalışanları ile Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.⁶⁵

⁶⁴ “2008 Özel Sektörün Yılı Oldu”, <http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-2008-de-ozel-sektorun-yili-oldu-676-474-8734.html>, (Erişim: 29/12/11)

⁶⁵ Sağlık-Sen, “2008 Faaliyet Raporu”, <http://www.saglikksen.org.tr/kitap/Faaliyetraporu.pdf>, 02/02/11, s. 31.

İstatistikî verilerden de görülebileceği gibi, en fazla yatak sayısına sahip devlet hastaneleri, yurt içi tüketiminde büyük tüketici konumundadır. Devlet hastanelerini, sırasıyla üniversite hastaneleri ve özel hastaneler takip etmektedir. Devlet hastaneleri, alımlarının büyük bir kısmını ihale yoluyla gerçekleştirmektedir. Üniversite hastaneleri, sayı olarak özel hastanelere nispeten daha az sayıda hastaneye sahip olmalarına rağmen, özel hastanelerden fazla yatağa sahiptir. Bu da, üniversite hastanelerinin ikinci büyük tüketici konumuna gelmelerine sebep olmaktadır.⁶⁶

Hastanelerde performans ölçütleri öncelikle hastaneye kabul ve taburculuk, hastanede kalış günü, ölüm istatistikleri gibi geleneksel istatistiklerdir.

Tablo 7 : Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastane Müracaat Sayısı, Türkiye

	2002	2006	2007	2008
Sağlık Bakanlığı	109.737.182	189.422.137	209.630.370	216.723.712
Üniversite	8.891.333	12.588.872	15.025.079	18.290.800
Özel	5.680.954	15.529.416	24.485.650	38.688.313
TOPLAM	124.309.469	217.540.425	249.141.099	273.702.825

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, “2008 Sağlık İstatistikleri Yıllığı”,
http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri2008.pdf erişim, 30/08/2010, s. 93.

Tablo 8 : Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Toplam Yatılan Gün Sayısı

	2002	2006	2007	2008
Sağlık Bakanlığı	23.653.646	27.320.145	26.511.490	26.650.409
Üniversite	6.782.107	9.073.326	8.651.632	9.213.985
Özel	1.722.422	2.877.624	3.203.632	4.241.645
TOPLAM	32.158.175	39.271.095	38.366.754	40.106.039

Kaynak: “2008 Sağlık İstatistikleri Yıllığı” (Erişim: 30/08/2010), s.109.

⁶⁶ TOBB, “Türkiye’de Medikal Sektörü 2009 Faaliyet Raporu”,
<http://www.tobb.org.tr/Documents/yayinlar/medikal.pdf>, (15/10/2010), s. 9-24.

Hasta kayıtları ve faturaları daha sofistike verilere ulaşmanın aracıdır. Klinik çalışma rehberleri ve bunlara uygun kullanımı gösteren kayıtlar, ilaç tedavi çizelgeleri de performans ölçütleri arasındadır. Çok sayıda performans ölçütlerinden bazıları altı temel başlık altında ele alınmıştır. Bu başlıklar; yatak kullanımı ile ilgili, hastane ölümleri ile ilgili, tedavi sürecinde istenmeyen sonuçlar ve tekrarlar ile ilgili, poliklinik çalışmaları ile ilgili, seçilmiş bazı klinikler ile ilgili, idari birimler ile ilgili ve hastanenin önemli bazı fonksiyonel bölümleriyle ilgili performans ölçütlerinden oluşmuştur.⁶⁷

Tablo 9 : Dallara Göre Hastane Sayıları

DALLAR	2006	2007	2008
TOPLAM	1204	1317	1350
GENEL HASTANE	1032	1140	1171
ACİL YARDIM VE TRAVMATOLOJİ HASTANESİ	5	5	5
ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ	10	10	8
DİŞ HASTANESİ	3	4	3
DİYABET HASTANESİ	2	2	2
FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HASTANESİ	14	13	12
GÖĞÜS HATALIKLARI HASTANESİ	23	22	22
GÖĞÜS KALP DAMAR CERRAHİSİ MERKEZLERİ	6	6	7
GÖZ HASTALIKLARI HASTANESİ	10	15	18
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ	72	73	74
KARDİYOLOJİ HASTANESİ	5	5	5
KEMİK HASTALIKLARI HASTANESİ	3	3	3
LEBRA HASTANESİ	2	2	2
MESLEK HASTALIKLARI HASTANESİ	2	2	2
ONKOLOJİ HASTANESİ	4	4	4
PSİKİYATRİ HASTANESİ	10	10	11
ZÜHREVİ HASTALIKLARI HASTANESİ	1	1	1

Not: Diğer kamu kuruluşları ve yerel idarelere ait hastaneler genel hastanelere dahil edilmiştir.

⁶⁷ Cenk Sözen - Gizem Alkan, a.g.m., s. 26.

Kaynak: *İstatistiklerle Türkiye 2010*, s. 21.

Genel hastane de olmak üzere dallara göre toplam hastane sayısını açıklayan Sağlık Bakanlığı, 2008 itibarıyla tüm dallar dahil olmak üzere hastane sayısını bin 350 olarak açıklamıştır. Bunun içinde ağırlığı genel hastaneler oluştururken; bunun ardından kadın-doğum ve çocuk hastalıkları hastaneleri, göğüs hastalıkları hastaneleri, göz hastalıkları hastaneleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri ve psikiyatri hastaneleri ön sıralarda yer almaktadır.⁶⁸

1.3.2.2.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, finansal kaynakların türüne (mülkiyet türüne), büyüklüklerine (yatak kapasitelerine), hastaların hastanede kalış sürelerine göre sınıflandırılmaktadır. Sunulan hizmet türlerine göre hastaneler; genel hastaneler, özel dal hastaneleri ve eğitim hastaneleri olarak çeşitlenmektedir. Ortalama kalış süresine göre hastaneler; Kısa kalış süreli hastaneler, genellikle ortalama yatış süresi 30 günden az olan genel veya özel dal hastaneleridir. Ortalama yatış süresinin 30 günden daha fazla olduğu genel veya özel dal hastanelerine ise uzun kalış süreli hastaneler adı verilmektedir.⁶⁹

Büyüklüklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır. Mülkiyet esasına göre Türkiye'deki hastaneler; SB'ye, SSK'ya, İDT'ye, üniversitelere, belediyelere, yabancılara, azınlıklara, derneklere, SSYB dışındaki bakanlıklara ve özel kesime ait hastaneler olarak sınıflandırılmakta idi. Ancak 6.1.2005 tarihinde kabul edilen, 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun" ile Sosyal Sigortalar Kurumu ve bazı kamu

⁶⁸ "2008 Özel Sektörün Yılı Oldu" <http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-2008-de-ozel-sektorun-yili-oldu-676-474-8734.html>, (Erişim: 29/12/11)

⁶⁹ "Hastanelerin Çeşitleri Nelerdir", <http://www.nenedir.net/nedir/genel-tip/5783-hastanelerin-cesitleri-nelerdir.html>, (Erişim: 24/05/2011)

kurumlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na devrine karar verilmiştir. 19 Şubat 2005 tarihi itibari ile de bu devir gerçekleşmiştir.⁷⁰

Günümüzde özel muayene hekimliği dışındaki hekimlerin şirket tarzında bir araya gelip kurdukları ve işlettikleri dispanser, poliklinik, ayaktan tedavi merkezi, laboratuvar, röntgen birimleri ile hekim olmayan müteşebbislerin de içinde bulunduğu daha çok anonim şirket tarzındaki ticari şirketlerin mülkiyetini üstlendiği özel hastane, dal hastanesi vb. isimle hizmet eden sağlık kuruluşlarına özel sağlık kuruluşu denmektedir.⁷¹ 1980'den beri uygulanan sağlık politikaları, özelleştirmeyi desteklemiştir. Kamu sağlık harcamaları azaltılmış, öte yandan özel sağlık hizmetleri özendirilmiştir. 1979'da 90 olan özel sağlık kuruluşu (özel yataklı tedavi kurumu) 2009'da 500'e ulaşması beklenmektedir.⁷²

1.3.2.2.3. Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Performans Denetimi

Sağlık sektöründe kaynakların kullanımı ve elde edilen sonuçlar, sağlık harcamalarının artışı ile birlikte daha sık sorgulanmaya başlamıştır. Sınırlı kaynaklar ile sağlıklı bir toplum yaratma baskısı, birçok ülkede sağlık sisteminde performansı denetlemeye ve geliştirmeye yönelik girişimlerin artmasına sebep olmuştur. Kurumların performanslarının değerlendirilmesinin bir diğer amacı da, sağlık hizmeti sunumunda belirlenen başarının derecesinin objektif olarak ölçülmesidir. Plan içerisinde görevlerin belirlenmesi ve standartların oluşturulması, ölçme araçlarının hazırlanması, ve geliştirilmesi, hedeflere ulaşmak için gereken performans düzeylerinin boyutlarının hesaplanarak ölçütlerinin tanımlanması gereklidir. Ölçmenin amacı, bir görevin konulan ölçütlere uygun olarak yapıp yapılmadığının ve /veya birbirinin aynı olan ya da birbirine benzeyen görevleri,

⁷⁰ Mustafa Kılıç, Hatice Öztürk, "Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri: Ankara İli Eğitim Hastanelerinde Bir Alan Araştırması", <http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Makale/4.79.pdf>, (Erişim: 24/05/2011), s.4.

⁷¹ Sedat Azak, "Özel Hastaneler Yoğun Bakımda", *Yeni Türkiye Dergisi Sayı 40[Sağlık Özel Sayısı II]*, Temmuz Ağustos 2001, sh. 1515.

⁷² Sevinç, N., Çağlan, M., Kahraman, D., Türkiye'de Sağlık Politikalarına Eleştirel Bir Bakış Eğitim Dizisi II, Ekim 2000, s. 10.) ; (NTV, "2009'da Özel Hastane Sayısı Artacak", <http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/458184.asp> (Erişim: 19/05/2011)

birbirleriyle karşılaştırıp, görevlerin hedeflerine ne düzeyde ulaşıldığını değerlendirmektedir.⁷³

Araştırmalar, hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının başka ekonomik işletmelerin birçok özelliklerine sahip olduklarını göstermektedir. Ancak yüzyıllar boyunca bir hayır kurumu özelliğini taşıyarak çalışmalarını sürdürmeleri ve kazancı asıl amaç tutmamaları, tarihsel süreç içerisinde sağlık kurumlarının yönetim felsefelerinde belirleyici etki göstermiştir. Hizmet alanların sağlık gereksinimleri konusunda her geçen gün daha fazla bilgilenmesi, düzenleyici kuruluşların sağlık hizmet süreçlerinin içerisinde yer almaları, sağlık kurumlarını maliyetleri düşürmek ve çıktıları iyileştirmek baskısı ile karşı karşıya bırakmaktadır. Bu süreç aynı zamanda performans izlenmesi ve ölçülmesinin önemini artırmaktadır.⁷⁴

Hastanelerde verimlilik kavramı sağlık ekonomisi açısından pek çok parametre üzerinden değerlendirilir. En sık kullanılan ölçütlerden birisi yatak doluluk oranıdır.

Tablo 10 : Yıllara ve Sektörlere Göre Yatak Doluluk Oranları, (%), Türkiye

	2002	2006	2007	2008
Sağlık Bakanlığı	63,2	62,7	60,4	61,2
Üniversite	69,1	79,7	76,5	84,4
Özel	29,8	45,6	46,0	50,7
TOPLAM	60,6	64,1	61,7	63,8

Kaynak: “2008 Sağlık İstatistikleri Yıllığı”, (Erişim: 30/08/2010), s. 104.

⁷³ Ümit Erkol, “Sağlık Hizmetlerinde Performans Denetimi”, *Sağlıkla Aylık Sağlık Dergisi*, Sayı 15, Kök Yayınları, Haziran 2009, s. 24.

⁷⁴ Ümit Erkol, a.g.m., s. 24, 25.

1.3.2.2.4. Hastane İşletmeciliğinde Finans Yönetimi

Sağlık tanımı içinde yer alan hizmetleri günün 24 saati üreten karmaşık birer sosyoekonomik işletme olarak tanımlanabilen hastanelerin maliyetleri, nüfus artışının yanı sıra, her 10 yılda ortalama yaşam süresinin 3 yıl uzaması ve sağlık bilinci düzeyinin yükselmesine paralel olarak hizmetlerden yararlanma sıklığının artması sonucu tıbbi uygulama ihtiyaçlarının artması, her dört yılda, tıp teknolojilerindeki birikimin iki kat artması ve yüksek teknoloji ürünü pahalı uygulamaların günlük işlemlerde hızla yaygınlaşması, epidemiyolojik spektrumdaki değişiklikler sonucu, akut hastalıkların öneminin azalması ve tedavisi daha pahalı olan kronik hastalıkların önem kazanması, gibi yukarıda sözü edilen gelişmeler nedeniyle günümüzde sürekli olarak artmakta ve tüm sağlık sistemlerinde bu maliyet anısını karşılamaya yönelik ek finansman kaynaklarının yaratılması sorun doğurmaktadır. Dolayısıyla finans yönetimi, hastane aktivitelerini planlamak, kontrol etmek, ve hastanenin bu aktivitelerini en uygun maliyetlerle gerçekleştirmesini sağlamaktır.⁷⁵

1.3.2.2.4.1. Hastanelerde Satın alma İşlemi

Hastane işletmeciliğinde özellikle ülkemiz kamu hastanelerinin örgütsel performans göstergelerini etkileyebilecek en önemli süreçlerden birisi hastanelerin üretmiş oldukları hasta tedavi hizmetlerinin her aşamasında kullandıkları tıbbi teknolojik cihazlar ile ilaç ve tıbbi malzemelerin satın alma etkinliğidir. Hastanelerde hizmet üretiminin can damarlarını oluşturan malzemelerin, özellikle hayat kurtarma ve sağlık hizmetleri; verme amacı ile çalışan hastaneler açısından önemi büyüktür. Malzeme yetersizliğinin veya yokluğunun maliyeti maddi olduğu kadar hastalık, acı ve ölüm gibi parasal olarak ölçülemeyen manevi kayıpları da kapsamaktadır. Olaya ülkemiz kamu hastaneleri açısından bakıldığında; bilimsel bir malzeme yönetim sistemleri olmadığı gibi, sipariş, satın alma, stok kontrol, stok değerlendirme,

⁷⁵ Ümit Şahin, Hasan Bakır, “Hastane İşletmeciliğinde Örgütsel Performans Göstergelerinin Bütünsel Boyutu olarak Kalite ve Finans Yönetimi”, <http://umitsahin.com/>, (Erişim: 12/04/10), s. 3-6.

depolama ve üretime sevk konularında alışlagelmiş bilimsel olmayan yöntemler kullanılmaktadır. Bu nedenle malzeme kayıpları çok olmakta, zaman zaman malzeme bulunmaması nedeniyle de hizmet aksamaktadır.⁷⁶

Tıbbi cihazlar, içerisinde neredeyse 300.000'den fazla ürünü barındıran çok geniş bir ürün yelpazesine sahiptir. Bunlar ana başlıklar olarak, tüm tıbbi görüntüleme sistem ve cihazları, ameliyathanedeki tüm cihazlar, solunum cihazları, cerrahi alet ve cihazlar, protez dişler, tıp, cerrahi ve dişçilikte kullanılan mobilya ve aksamaları, elektro teşhis cihazları ve aksamaları, dişçiliğe özgü alet ve cihazlar, benzeri steril dikiş malzemesi, göz ile ilgili tıbbi alet ve cihazlar, dişçi tornaları, x ışınlı cihazlar, suni eklemler, protezler, ses ve işitme cihazları, optik tıbbi cihazlar, tek kullanımlık sarf malzemeleri, radyoterapi sistemleri, fizik tedavi cihazları, biyokimya, moleküler biyoloji, hematoloji, genetik ve mikrobiyoloji cihazları olarak sayılabilir. Türkiye ise ağırlıklı olarak ithalatla karşıladığı tıbbi cihaz ihtiyacına, yalnızca bunun yaklaşık %15'i kadar ihracatla cevap verebilmektedir. Yüksek standartlara sahip cihazların ülkeye girmesi, yerli üretimdeki kaliteyi arttıran bir etken olmasına karşın, kalitesiz ve düşük sınıf malların ülkeye girmesi de devlet eliyle korunamayan yerli üreticinin rekabet gücünü azaltan, üreticiyi zora sokan ve üretimi daraltan bir tehdit olarak sektörün karşısına çıkmaktadır. Oysa Türkiye'deki öncü firmalar ulaştıkları ürün kalitesiyle, ihracat yaptığı ülkelerdeki artan güvenilirlikleri ve genişleyen pazarlarının yanı sıra, diğer yerli üreticilere de örnek olarak sektörün geleceği için umut vaat etmektedirler.⁷⁷

1.3.2.3. Üçüncü basamak Tedavi Hizmetleri

En yüksek sağlık teknolojisinin kullanıldığı merkezlerce sunulan hizmeti tanımlar. Çok ayrıntılı tetkik ve tedavi uygulamalarını gerektiren hastalar; daha yüksek teknolojiye sahip olan üniversite hastaneleri, kanser, verem, ruh hastalıkları gibi özel hizmet sunan hastanelere sevk edilerek teşhis ve tedavileri sağlanır. Üçüncü

⁷⁶ Ümit Şahin, Hasan Bakır, a.g.m., s. 12.

⁷⁷ TOBB, “Türkiye’de Medikal Sektörü 2009 Faaliyet Raporu”, <http://www.tobb.org.tr/Documents/yayinlar/medikal.pdf>, (Erişim: 15/10/2010), s. 9-24.

basamaktan etkin olarak yararlanabilmek için bu zincirin bütün halkalarından geçmek gerekir. Doğrudan üçüncü basamak hastanelerine başvurmak bu kuruluşların çalışma etkinliğini sınırlar. Hastanın yararlanma şansını azaltır.⁷⁸

Üniversiteler, YÖK’e bağlı olarak Tıp Fakülteleri marifetiyle sağlık sistemi içinde oldukça özerk yer alan kurumlardır. Tıp Fakültelerinde araştırma, eğitim ve hizmet birlikteliği yürütülmektedir. Fakülte hastaneleri hasta sevk zincirinin son halkasını oluşturur. Fakültelerin hizmet, eğitim ve araştırma giderleri genel bütçeden karşılanır. Döner sermaye gelirleri ise rutin işletme giderlerine, personel ikramiyelerine ve özel tıp cihaz alımlarına sarf edilmektedir. Fakülte hastanelerinde genelde daha problemlili, ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastalar yatmaktadır. Buda maliyeti arttırmaktadır.⁷⁹

Sağlık hizmeti veren üniversite hastaneleri aynı zamanda bilimsel gelişmenin öncülüğünü yapmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmaların yanı sıra, hasta hizmetlerinde de bu hastaneler başı çekmektedir. Günümüzde, daha gelişmiş ülkelerde verilen sağlık hizmetlerinin çoğu ülkemizdeki birçok üniversite hastanesinde verilebilmektedir. Bu hastanelerde modern çağın gereklerine uygun olarak donatılmış dahiliye ve cerrahi servisleri, yoğun bakım üniteleri, ameliyathaneler, radyoloji üniteleri ve tanı laboratuvarları bulunmaktadır. Bu birimlerde hizmetler, gelişmiş ülkelerdeki eşdeğerine benzer başarı oranları ile verilmektedir.⁸⁰

Türkiye’de üniversitelerin bünyesinde yer alan hastanelerde toplam yatak sayısı 34.042, yoğun bakım yatak sayısı 4.019, ameliyat salonu sayısı 804’tür. Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde fiili yatak sayısı (yoğun bakım hariç) 31.821, yoğun bakım yatağı sayısı 3.169, ameliyat salonu sayısı 777’dir.⁸¹

⁷⁸ Aksu, A., Çelik, M., Egemen, A., Güler, Ç., Karna, G., Özcan, C., Öztekin, Z., Turhan, G., a.g.e., s. 10.

⁷⁹ Said Bodur, a.g.e., s. 13.

⁸⁰ Mehmet Kaya, “Türk Tıbbı Dünya Tıbbının Neresinde”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 43.

⁸¹ S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”, http://ses.org.tr/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1, (Erişim: 27/02/11), s.13.

1.3.2.3.1. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon (esenlendirme) bedence ya da ruhça sakat kalmış olanları başkalarına bağımlı (muhtaç) olmaksızın yaşayabilmelerini sağlayabilmek için yapılan bütün çalışmaları kapsar. İki türlü rehabilitasyon hizmeti vardır:⁸²

1.3.2.3.1.1. Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri

Kaybedilen organ yerine protez takılması veya güçsüzleşen organın, fizik tedavi vb yöntemlerle, yeniden güçlendirilerek kişinin günlük işlerini devam ettirebilme olanağına kavuşturulması türünden çalışmalardır. Günümüzde birincil ve ikincil koruma başarısız olduğu için, hastalanan tedavi ve rehabilitasyon gereksinimi olan kişilerde dahi yalnız kurum içi değil, toplum içi sorunlar ve çözümüne yönelik yaklaşımlar gereklidir. Tıbbi sosyal hizmet, sosyal çevrenin sağlık üzerindeki tüm etkilerinin belirlenmesi, kişi ve toplum tarafından algılanması, çözümünde toplum katkı ve katılımının sağlanması için çaba harcamaktır. Ekip üyelerine bu amaçla gerekli yöntem ve teknik desteği vermek, amaca uygun çalışmaların örgün ve sistemli hale gelmesini sağlamaktır.⁸³

1.3.2.3.1.2. Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri

Fizik ve psikolojik hasarlı kişilerin, bu durumlarına uygun işe yerleştirilmesi veya bakımlarının sağlanması türünden çalışmalardır. Hizmet tanım ve türlerinde de anlaşılacağı üzere, tıbbi rehabilitasyon sağlık sektöründe yürütülen hizmetlerdendir. Sosyal rehabilitasyon ise, sosyal hizmet kurum ve personeline yürütülür.⁸⁴

⁸² Zafer Öztekin, ‘‘Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri’’, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 298.

⁸³ Kasım Karataş, a.g.e., s. 193.

⁸⁴ Recep Akdur, ‘‘Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması’’, <http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp>, (Erişim: 13/10/10), s. 6.

1.4. Geçmiş Medeniyetlerde Sağlık Anlayışı

Eski çağlarda hayvanların içgüdüleriyle yaptıklarını gözleyen insanoğlu daha sonra bu öğrendiklerini kendine uygulayarak kendi kendilerinin hem doktoru hem eczacısı olmuşlardır. Yetersiz kaldıkları hastalıkları kendilerince bir nedene bağlamışlar bu kah bir yıldız kah bir şimşek çakması olmuştur. Eski çağlarda insanlar tedavi yöntemi olarak büyü ve sihirden de yaralanmayı ihmal etmemişlerdir. Akut hastalıklarda cinler insanın bedenine girmiştir inancı toplumca paylaşıldı. Kafasına giren cinlerin çıkarılması için hastanın başına su dökülmesi, başına sert bir cisimle vurulması, hatta kafasında delikler açılması Eski Mezapotamya’da tedavide uygulanan yöntemlerden biriydi. Zamanla ilk insan bu tür varlıkları kutsal tutmaya başlamış ve böylece totem-klan anlayışı doğmuştur. Tedavi amacı olarak totemin sembolü olan muskalar, sihir ve dövmeler kullanılmıştır.⁸⁵

İlk insanın açıklamaktan aciz kaldığı her olayı metafiziğe bağlama eğilimi zamanla yerini dini tesirlere bırakmıştır. Bu dönemde hastalıklara çare bulamayanlar, hastalarını meydana veya mabetlerin önüne koyarak, gelip geçen halktan buna benzer bir derde uğrayıp iyileşenlerin tecrübe ve fikirlerinden faydalanmak isterlerdi. Daha sonra bu gibi hastalıklardan şifa bulanlar dertlerini ve devalarını mabet duvarlarına yazdırmışlardır, böylece o devrin sağlık alanında bir arşive sahip olmuşlardır. Bu kaynakların mabetlerden dışarıya çıkarılması yasak olduğundan tıp ve eczacılık tamamen rahiplerin eline geçmiştir.⁸⁶

Dini ve mistik devrelerden geçen ilk insan, karşılaştığı tecrübelerle hangi bitkiler kullanıp kullanmayacağını öğrenerek ampirizm dönemi başlamıştır. Bitkilerin yanı sıra hijyenik kurallara ve diyetle de önem verildiğini, çeşitli ilaç tedavisinin yanında yoga ve özel soluk alma tekniklerinin de uygulandığını görmekteyiz. Ayrıca hipnoz ve anestezinin yapıldığına, sonda ve hacamat uygulamalarına da rastlamaktayız.⁸⁷

⁸⁵ Bedi Şehsuvaroğlu, *Eczacılık Tarihi Dersleri*, İstanbul 1970, Hüsnü Tabiat Matbaası, s. 18-21.

⁸⁶ Bedi Şehsuvaroğlu, a.g.e., 24.

⁸⁷ Bedi Şehsuvaroğlu, a.g.e., 25.

Bunu mikropların bulunuşu izledi. Birçok hastalığın sebebi mikroplardı. Daha sonra mikropların neden olduğu hastalıkların büyük çoğunluğundan bağışıklama ile korunabilmenin mümkün olduğu ortaya çıktı. Sanayileşme; çevre kirliliği, hava kirliliği ve kimyasal atık sorununu birlikte getirdi. Artık çevre olayları daha geniş anlamda bir sağlık sorunu yaratıyordu. Hastalanan ve ölen kişiler toplum için kayıptır. Bu kayıplar tarih boyunca birçok ülkenin yeryüzünden silinmesinde en önemli etken olmuştur.⁸⁸

1.4.1. Mısır Medeniyeti

Mısırlılarda tıp tanrısı olarak kabul ettikleri Sekhmet adında bir tanrıçaları olup bunun çok zalim ve sert tabiatlı olduğuna inanılırdı. Bu öfkelenildiğinde hastalık getirir, Thot tanrısı da buna karşılık şifa verirdi. Her şeye rağmen Mısır tıbbı o günkü dünyanın bütünüyle üstünlüğünü kabullendiği bir düzeyde idi.⁸⁹

Herodot Mısırlıları bütün insanların en sağlıklıları olarak tanımlar. Eski Mısırlılar vücut ve el temizliğine büyük önem verirlerdi. Elbette bunun büyük kısmı dini nedenlere dayanıyordu. Her hastalığa ayrı bir doktor bakardı; göz, kafa, diş... Her konuyu bilmek devasa bir iş olacağından branşlaşmaya gidilmiş sınırlı bir alana konsantre olmak özendirilmiştir. Hekimlere ödeme faydalı şeylerle veya hizmet edilerek yapılırdı. Genelde hizmetler karşılığı iyi kazanılırdı ancak ödemeler vizite karşılığından ziyade ilaç yaptıklarında hak edilmiş sayılırdı.⁹⁰

⁸⁸ Aksu, A., Çelik, M., Egemen, A., Güler, Ç., Karna, G., Özcan, C., Öztekin, Z., Turhan, G., a.g.e., s. 2.

⁸⁹ Ahmet Ağırakça, *İslam Tıp Tarihi Başlangıç VII/XIII Y.Y. 'a Kadar*, İstanbul, 2004, Çağdaş Basım, s. 48-49.

⁹⁰ Albert S.Lyons/R.Joseph Pettucelli [Çeviren: Nilgün Gündücü], *Çağlar Boyu Tıp*, Roche Yayınları, 1997, Omas Basım, s. 103.

1.4.2. Eski Çin Medeniyeti

Çin tıbbı hastalıkların önlenmesine odaklanmıştı. Çin tıbbının babası efsanevi Huang Ti'nin gözlemlediği gibi 'iyi bir hekim hastalık dallanıp budaklanmadan müdahale eden kişidir' demiştir. Çinlilerin teşhis metotları arasında sorgulama, nabızın hissedilmesi, vücudun ve sesin gözlemlenmesi ve bazı durumlarda etkilenen kısımlara dokunulması vardı. Yatağın etrafındaki perdeler kapatıldıktan sonra hastanın yapması gereken tek şey kolunu uzatmaktı. Sonrasında hekim, semptomları, teşhisi, prognozu ve uygulanacak tedaviyi belirlemek için nabzı dikkatlice hissederdi. Eğer mümkünse hekim, hasta kişinin cildini de hissederdi. Ancak bir erkeğin bir kadını teklifsizce muayene etmesi hoş karşılanmadığından, hasta rahatsızlık hissettiği noktayı fildişi, seramik ve tahtadan yapılmış kuklalar üzerinde gösterirdi. Nei Ching'e göre beş tedavi yöntemi vardı: Ruhu tedavi etmek, vücudu beslemek, ilaçlar vermek, tüm vücudu tedavi etmek, akupunkturdu.⁹¹

1.4.3. Yunanistan ve Roma Uygarlığı

Yine eski Yunan uygarlığında rastlanan Gymnasium adı verilen sağlık kuruluşlarında, ilaçla tedavinin yanı sıra kırık çıkık tedavisinin de yapıldığından bahsedilmektedir. Hipokrat'tan önce hastalığa tanrının bir cezası olarak bakılırdı. Zaten bilimsel tıpta Hipokrat'la başlamıştır "Tabiatlarımız hastalıklarımızın hekimidir" sözünü söyleyen tıbbın babası sayılan Hipokrat tedavide kan alma, lavman yapma, vantuz çekme ve dağlama gibi uyguladığı yöntemlerin, bugünde halk tedavisinde sıkça kullanıldığı görülmektedir. Bu dönemde ise hastanın durumu ümitsiz olarak kabul edilmediği sürece mümkün olan bütün yollar deneniyordu. Toplumun büyük bir kısmında evler sıkışık, kasvetli kötü havalanan mezbeleden biraz daha iyi yerlerdi. Sokaklar dar ve pislik içindeydi. Ancak çoğu zaman sandaletlerle dolaşıldığından genelde çoğunluk ayak temizliğine dikkat ederdi.⁹²

⁹¹ Albert S.Lyons/R.Joseph Pettucelli, a.g.e., s. 121-127.

⁹² Bedi Şehsuvaroğlu, a.g.e., s. 93-95.

Hipokrat yemini uzun asırlar boyunca genç hekimlere ahlak düsturu vazifesini görmüştür. Üzerinde 2400 yıl geçmiş olmasına rağmen esaslarının sağlamlığı ile ilk günü olduğu kadar bu günde, yarında aynı değeri sağlayacaktır. Tıp mesleğine girenlere, sanatın şerefini, sorumluluğunu göstermekte, ona her yeni keşiften bol bol faydalanmasını, meslek sırrını muhafaza etmenin, boşboğazlıktan sakınmanın lüzumunu, her şeyden evvel hastanın iyiliğini aramak vazifesini yüklemektedir.

“Tanrı adına and içerim, onları şahit tutarım ki, bu andımı, verdiğim sözü gücüm, kuvvetim yettiği kadar yerine getireceğim...

Hangi eve girersem gireyim hastaya yardım için gireceğim, kasıtlı olan bütün kötülüklerden kaçınacağım...

Gerek sanatımın icrası sırasın da, gerek sanatımın dışında insanlarla münasebette iken etrafımda olup bitenleri, görüp işittiklerimi bir sır olarak saklayacağım, kimseye açmayacağım...

Sanatımı tertemiz bir şekilde kullanacağım...”⁹³

Eski Roma’da önemli bir yer tutan halk ilaçları aktar adı verilen drog satıcılar tarafından hazırlanırdı. Eczacılığın babası sayılan eski Romalı hekim Galen, tedavide soğuk ilaçları, sıcak hastalarda; sıcak ilaçları ise soğuk hastalarda kullanmıştır.⁹⁴

Romalılar hamamlara çok önem vermişler, gerek evlerde özel banyolar, gerekse şehirlerde halka açık banyolar açmışlardı. Pline diyor ki: “600 sene zarfında Romalılar kendi banyolarından başka tabip tanımadılar”. Romalılar zamanında en parlak devrini yaşayan Asklepyonlar’dan bir çoklarında şifalı hatta radyoaktif banyolar olduğu gibi, mabetler civarında da ayrıca balneolojik istasyonlar vardı.⁹⁵

⁹³ Ferudun Nafiz Uzluk, a.g.e., s. 48-49.

⁹⁴ Bedi Şehsuvaroğlu, a.g.e., s. 114.

⁹⁵ *Türk Halk Hekimliği Sempozyumu Bildirileri 23/25 Kasım 1988*, Ankara, 1989, Ankara Üniversitesi Basımevi, s. 126.

1.4.4. Mezopotamya Medeniyeti

Mezopotamyalılar da “yaratıcı ilah” inancı var olup bununda bu bölgeye peygamberlerden kalmış olması muhtemeldir. Zamanla peygamber öğretilerinden çıkılmış ve anlayış değişikliğe uğramıştır. Buna bağlı olarak hastalık nedenleri arasında tanrılara karşı kusurlu davranmak ve günah işlemek sayılırdı.⁹⁶

Daha o dönemlerde iyi düzene konmuş bir sağlık sisteminden bahsedebiliriz. Babilin ilk krallarından biri olan Khammourabi (İsa’dan önce 1948-1905) namında kudretli bir hükümdardı. Bu zat taş bir sütun üstüne kazılıp Babil Mabedine koydurduğu bir kanun hazırlamıştır. Dünyada yazılı kanunların en eskisi olan sütun Fransızlar tarafından 1901 yılı aralık ayında Soussa’da bulunmuştur. 2,25 metre uzunluk, üst kısmı 1,65; alt kısmı 1,90 kalınlığında divrit taş üzerine çivi yazısıyla kazılan tüzük her bakımdan ilgi çekicidir. Bütün medeni alemin dikkatini üzerine toplayan bu mukayeseli hukuk, ayıp, ceza, aile, ziraat, ticaret hülasa her türlü beşeri muamele üstüne ışık tutan eski abide, daha o tarihten itibaren hakkında bir çok kitap yazılmakla adete rekor kırmıştır. Louvre Müzesinin değerli eşyası arasında durmakta olan bu abide de der ki;

215 : Şayet bir kimse tunç bıçağıyla ağır bir yara yapmış olsa ve bir kimseyi hayata kavuşturursa, yahut göz perdesini tunç bıçağıyla açmış, bir kimsenin gözünü hayata kavuşturursa 10 şekel almalı (o zaman geçen 8 gr ağırlığında bir tartı)

216 : Şayet bir kimse bir Meşankak ise, o tabibe 5 şekel verecek (Mechenkak içtimai durumu köleden yukarı, fakat hür kimseden aşağı)

218 : Şayet bir tabip, bir kimseye tunç neşteriyle ağır bir yara (operasyon yapar ve ölümüne sebep olursa, yahut tunç neşteriyle göz perdesini açayım derken gözünü yok ederse, o tabibin ellerini kesmeli)

219 : Şayet tabip tunç neşteriyle bir Meşankak’ın kölesine ağır operasyon yapar, hasta ölürse köle yerine köle vermeli

220 : Şayet tabip tunç neşteriyle göz perdesini açar, gözünü harap ederse kölenin bahasının yarısını vermeli

⁹⁶ Ahmet Ağırakça, a.g.e., s. 50-51.

221 : Şayet bir tabip, bir kimsenin kırık kemiğini tedavi eder, yahut hasta azayı hayata getirirse, hasta, tabibe 5 şekel vermeli

223 : Şayet bir kimsenin kölesi ise, kölenin sahibi, tabibe 5 şekel vermeli.

Bu 4000 yıllık yasa, herkesin bilhassa tıp alanındakilerin nasıl çalışacağına ve nelere titizlik gösterileceğini anlatmıştır.⁹⁷

1.4.5. Orta Çağ Avrupa'sı

Avrupa VI. yüzyılda tıp ve eczacılık da, diğer bilimlerde olduğu gibi karanlık bir döneme girmiştir. Bu dönemdeki uygulamalara Manastır Tababeti adını veriyoruz. Manastırın içine yapılan hastanelerde çalışan rahip ve rahibeler, hastaların beslenmeleriyle ve tedavileriyle ilgileniyordu. Hastalık, insanın günahları için cezalandırılması veya büyü sonucu olarak kabul edilirdi. Uygulanan tedavi ise dua, efsun ve madalyonlar içinde muhafaza edilen aziz ve azizelere ait mukaddes kalıntıların taşınması tıbbi folklor usullerine göre yapılırdı. Bilimsel Avrupa Tıbbının başladığı Rönesans döneminde de modern tıbbın yanında halk tıbbının da yer aldığını görmekteyiz.⁹⁸

Ortaçağda tıbbi uygulamaların vasfı ve kalitesi neredeyse tamamen kilise tarafından denetlenirdi. Hekimler saatlerin çoğunu dua etmeye, şeytan çıkarma, kutsal oymalar içeren kehanet organlarının, kutsal yağın, azizlerin eşyalarının, diğer doğaüstü ve batıl inanç ürünü cisimlerin kullanımı gibi, bilimsel olmayan tekniklere adıyorlardı. Bizans İmparatorluğu'nun da yetişen bir çok hekim Helenistik tıptan elde edilen kavramlarla, şarkıları, büyülü içeceklerle, hayvan pislikleriyle ve dondurulmuş hayvan organlarıyla birleştirerek, çeşitli kehanetler için kullanılıyordu.⁹⁹

⁹⁷ Ferudun Nafiz Uzlu, a.g.e., s. 18.

⁹⁸ Bedi Şehsuvaroğlu a.g.e., s. 192.

⁹⁹ Albert S.Lyons/R.Joseph Pettucelli, a.g.e., s. 286-291.

1.4.5.1. Ortaçağda Gerçekleşen Büyük Salgınlar

Ortaçağın tıp tarihi açısından önemli özelliklerinden biri “salgın hastalıklar” dönemi olmasıdır. Çözüm arayışları içindeki devlet ve kent yöneticileri artık toplumsal bazı önlem ve düzenlemeleri yapmanın zamanı geldiğini anladılar. Bir yandan özel hastane ve bakım hizmeti, tedavi olanakları sağlanmaya çalışılırken öte yandan da salgının önüne geçebilmek için toplum geneline yönelik yeni düzenlemelere gidildi. Bunlar arasında; Ölülerin özel yöntemlerle kaldırılması, mezarlıkların uygun boyutlarda olması, sokaklarda cesetlerin bırakılmasının yasaklanması gibi uygulamaları beraberinde getirdi.¹⁰⁰

1.4.5.1.1. Çiçek Salgını

İspanyollar 1519 da Meksika körfezini ilk geçtiklerinde ilkel yerlilerle karşılaşacağını zannederken gördükleri manzara karşısında şaşkına döndüler. Birçok bilim alanında uygulamalarıyla gelişmiş bir devlet kurmuş olan Aztekler eski dünyada bile eşine az rastlanacak bilgi ve kültürel değerleriyle hayranlık uyandıracak bir uygarlık kurmuşlardı.¹⁰¹ İspanyollar Aztek başkenti Tenochtitlan’daki ileri halk sağlığını koruma çabalarında da etkilenmişlerdi. Kanalizasyon sistemi atıkların uygun bir şekilde uzaklaşmasını sağlıyordu. Halk tuvaletleri kurulmuş, atıklar dikkatlice toplanıp şehrin dışında uygun yerlere gömülüyordu. 16.YY başında Tenochtitlan sadece refah açısından değil aynı zamanda sağlıklı bir şehirdi. Şehri ilk etkileyen çiçek salgınıydı.¹⁰²

Yani Yenidünya’da bilinen bu ilk çiçek salgını, Eskidünya’nın hasta göçmenleri tarafından bulaştırıldı ve 1519’da şimdiki Haiti ve Dominik Cumhuriyeti olan

¹⁰⁰ Hacettepe Üniversitesi, “Ortaçağda Gerçekleşen Büyük Salgınlar”, <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D1/4/3825.doc>, (Erişim: 22/03/2010)

¹⁰¹ Albert S.Lyons/R.Joseph Pettucelli a.g.e., s. 43.

¹⁰² Albert S.Lyons/R.Joseph Pettucelli a.g.e., s. 53.

Espanola adasında patlak verdi. Salgın beş yıl boyunca kıtayı kasıp kavurdu. Listenin başında tütün içen Aravak yerlileri geliyordu. Çiçek bu halkı tamamen yok etti.¹⁰³

1.4.5.1.2. Veba

XIV. asırda medeni dünyayı istila edip nüfusun takriben dörtte birini helak eden müthiş ve geniş veba epidemisinden bahsedilmedikçe orta çağ tababeti hakkında tam bir malûmat elde edilemez. Londra'nın yarı nüfusu ölmüştü, Avignon'da Papa ölülerin atılması için Rhone nehrini tahsis etmişti. Şimal denizinde Akdeniz'de dalgaların önünde sürüklenen tayfasız gemiler karaya düştükleri zaman salgını yayıyorlardı. Orta Asya'dan başlamış olan veba, ticaret yolları ile Avrupa'ya sirayet etmiş ve 1343 de şiddetle hüküm sürmüştü. Salgın İtalya ve Fransa yoluyla İngiltere'yi istilâ etmiş ve en sonunda 1352 de Rusya'ya dayanarak orada bir kaç sene sonra tekrar patlak vermek üzere şiddeti hafiflemişti. Bu tarihten sonra XVII. asrın sonuna kadar müteaddit salgınlar husule gelmişti. Hastalık sıçanlar tarafından taşınıyordu. Veba, Haziranda başlayarak Ekimde korkunç surette en yüksek tepeye çıktı, 1665 yazında şiddetle devam ederek git gide hafifleyerek kasım ayında söndü.¹⁰⁴

1.4.6. İslam Medeniyetinin İlk Dönemleri

Dünya Medeniyet Tarihi'nde en eski ilim dallarından biri olan tıp bilimine İslam gerekli önemi vermiş ve bu alanda büyük başarılar sağlamıştır. Peygamberimiz; ‘‘Ey insanlar! Şüphesiz ki dünyada insanlara, iman ve sağlıktan daha kıymetli bir şey verilmemiştir. Böyle olunca, yüce Allah'tan bunları isteyiniz.’’ yine ‘‘Yüce Allah'tan bağışlanmanızı ve sağlıklı olmanızı isteyiniz. Zira imandan sonra kişiye, sağlıklı olmaktan daha üstün bir nimet verilmemiştir.’’ buyurmuşlardır.¹⁰⁵

¹⁰³ Gülten Dinç, ‘‘ Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklarla Mücadele Tarihi’’, *Mostar Dergisi*, Sayı 58, Aralık 2009, İhlas Basımevi, s. 43.

¹⁰⁴ Ferudun Nafiz Uzluk, a.g.e., s. 102-104.

¹⁰⁵ Recai Yahyaoğlu, *Tamamlayıcı Tıp Yöntemleriyle Mükemmel Sağlık*, İstanbul, 2003, s. 310.

Bu hadislerde Hz. Muhammed'in (s.a.v) tedavi usullerinin bal, kan alma, dağlama, sarısabır ve sürme gibi ilaç ameliyeler olduğu bellidir. Veba, sıtma, cüzzam gibi hastalıklardan bahsederek bazı tedbirler bildirmiştir. Peygamberimizin tıpla ilgili vermiş olduğu bu bilgilerine “tıbbü'n-nebevi” adı verilmiş ve bir çok alim tarafından kitap halinde bir araya toplanmış olup, çeşitli zamanlarda şerh ve açıklamaları yapılmıştır. Yine Rasulullah'ın İbn Abbas'tan rivayet edilen bir hadisi şerifinde, “Şıfa üç şeye münhasırdır. Bal şerbeti içmek, hacamat aleti vurmak, ateşle dağlamak. Fakat ümmetimi (son bir ihtiyaç olmadıkça) ateşle dağlanmaktan menederim” diye buyurması bu üç tedavi şeklinin önemini belirtmeye yetmektedir.¹⁰⁶

Kuran-ı Kerim'de Hz. Eyüb'ten ve düşar olduğu hastalıktan söz edilince, bir içecek bir de yıkanacak bir sudan bahsedip bunların kullanılması istenmiştir. Bu ayetler hemen hemen bütün müfessirlerin ortak bir kanaati olarak bugün kaplıca sularının bir kısmının banyo, bir kısmının da içilerek tedavide kullanılması şeklinde izah edilmektedir. Hz. Peygamberin ehil olmayanlara tedaviye kalkışmalarını ve hatta bu kimselerin tedavi yapmasını yasaklaması Onun tıp ve tedaviye yaklaşım tarzını göstermektedir. Ayrıca hadislerde az yemek, acıkmadıkça yememek, hastalıktan yeni çıkınca perhiz yapmak, temizliğe önem vermek, abdest ve guslün birer emir ve farz telakki edilerek bunların ihmal edilmeyeceğini vurgulanması, diş ve ağız temizliği, hastalık için tebdili havanın tavsiye edilmesi, bulaşıcı hastalıklara yakalanmış olanlardan uzak durulması, bunlara karantina uygulanması Hz. Peygamberin tıp ile ilgili bilgilerinin olduğunu gösterdiği gibi o gün Medine'de belli düzeyde tabip ve hastabakıcıların olduğunu önemli bir kanıtı olmalıdır.¹⁰⁷

İslam'ın ilk yıllarında tıbbi uygulamalar hala Hıristiyan ve Yahudi hekimlerce yürütülüyordu. Müslüman olmayanlara karşı pek önyargı yoktu ve Hz. Muhammed'in kendiside bir inanmayan tarafından tedavi edilmişti. İskenderiye, Gandışapur ve diğer şehirler, Müslüman entelektüel hayatın merkezi haline gelince,

¹⁰⁶ Mahmut Karakaş, *8.Yüzyıldan 19.Yüzyıla Müslüman Bilim Adamları*, Mostar Yayınları, İstanbul, Kasım 2009, Şan Ofset, s. 30.

¹⁰⁷ Ahmet Ağırakça, a.g.e., s. 75-76.

Müslüman hekimler sahneye çıktı.¹⁰⁸ Önde gelen bir çok hekim arasında İbn-i Razi, İbn-i Sina, Halil Abbas, İsaac Judeus, Ebu Kasım, İbn-i Zühr ve Meymundur. Tıbbı katkıda bulunan en etkili Arap, İbn-i Sina'dır.¹⁰⁹ Henüz 21 yaşındayken bilimsel bir ansiklopedi yazdı. Zaman zaman tıbbi uygulamalarda bulunmuş olsa da onun asıl katkısı derleyici ve yorumcu olarak gerçekleşti.¹¹⁰

İslamiyet'in kontrolü altındaki genel sağlık hizmetleri, Hristiyan toplumunu en azından bir yönden, hastane sistemiyle geride bırakmıştı. Her ne kadar Batı'da Hristiyan hastaneleri varsa da bunlar sayıca az, ilk basamak yardım veren ve sağlık bilgisi, bakım, hizmetler ve tıp açısından Müslüman şehirlerindeki merkezlerden çok daha alt seviyede olan yerlerdi. Dahası Hristiyanlar vücut sağlığının kazandırılmasından çok, ruhun günahlardan arındırılmasına önem veriliyorlardı. Her ne kadar Gandişapur'daki ünlü okul ve hastane Nestoryan Hristiyanlarca kurulmuş olsa da, daha sonra Müslüman hükümdarlardan aldığı destek, onu Arap tıbbının bir hastanesi olarak damgalamıştır.¹¹¹

1.4.7. Selçuklu İmparatorluğu

Selçuklular döneminde eğitim ve sağlık bakımı kurumsallaşmış, Nizamül Mülk'ün, İran ve Aşağı Mezopotamya'da Musul ve Şam Atabeyleri Nureddin Zengi ve Selahaddin Eyyübi gibi idarecilerin yukarı Mezopotamya, Suriye ve Mısır'da kurdukları medreselerin Batı'ya önemli etkileri olmuştur.¹¹²

Selçuklular tababete büyük önem vermişlerdir. Tıbbi konuları kurallara bağlayarak tıp medreseleri yanında uygulama alanı olarak hastaneler yapmışlardır. Hekim yetiştirmeye önem verdikleri gibi hakem olmayanlarla mücadele etmişler, hekim ve hastaneleri denetlemeye özen göstermişlerdir.¹¹³

¹⁰⁸ Albert S.Lyons/R.Joseph Pettucelli, a.g.e., s. 301.

¹⁰⁹ Albert S.Lyons/R.Joseph Pettucelli, a.g.e., s. 980, 1037.

¹¹⁰ Albert S.Lyons/R.Joseph Pettucelli, a.g.e., s. 310.

¹¹¹ Albert S.Lyons/R.Joseph Pettucelli, a.g.e., s. 317.

¹¹² Mehmet Kaya, a.g.m., s. 25.

¹¹³ Said Bodur, a.g.e., s. 2.

1.4.7.1. Büyük Selçuklu Devleti

Büyük Selçuklular döneminde klasik tıp anlayışı yaygınlaşmıştır. Eğitim ve Öğretimin ilk kez kurumsallaştığı bu dönemde, Vezir Nizamül Mülk tarafından kurulan ve Nizamiye denilen medreselerde İslami bilgilerin yanı sıra pozitif bilimlere de yer verilmiş ve böylece Tıp, Matematik ve Astronomi gibi bilimler de bu medreselerde okutulmuştur. Tıp mesleğinin uygulamalarıysa, medreselerin yakınında bulunan hastanelerde (Darüşşifalarda) usta-çırak eğitimi şeklinde sürdürülürdü.¹¹⁴

Genellikle, bir külliye içinde yapılan bu hastanelerde, her türlü hastaya dil, din, ırk ayrımı gözetmeksizin ücretsiz olarak bakım ve tedavi hizmetleri verilirdi. Batılı ülkelerde cüzamlı hastalara insanlık dışı davranışta bulunurken; Selçuklular Anadolu'da cüzam yurtları açmışlardır. Ayrıca, yabancı ülkelerin en iyi hekimlerini de hastanelerine getirmişler, hekim ve sağlık personeli yetiştirmişlerdir.¹¹⁵

Büyük Selçuklular döneminde, askeri hekimliğe de önem verilmiş olduğu, örneğin, Sultan Mahmut zamanında hekimleri, müstahdemleri, ilaçları, tıbbi aletleri ve çadırlarıyla birlikte gezici bir (Bimaristan) hastane olduğu ve bu hastanenin 40 deve ile taşındığı bilinmektedir. Selçuklular yönetimi, ayrıca besin maddelerinin kontrolü, kanalizasyon yapımı ve ölü gömülmesinin kurallarıyla da ilgilenmişlerdir.¹¹⁶

¹¹⁴ Erciyes Tıp Fakültesi, “Halk Sağlığı Ders Notları”, http://tip.erciyes.edu.tr/Ders_Notlari/Dahili_Tip/Halk_Sagligi/Yusuf_Ozturk/T%C3%BCrkiyede%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Hizmetleri.doc, (Erişim: 23/03/2010)

¹¹⁵ Ayşe Yiğit Şakar, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını, No: 22, 1999, Türk Diyanet Vakfı Matbaası, s. 37.

¹¹⁶ Erciyes Tıp Fakültesi, “Halk Sağlığı Ders Notları”, http://tip.erciyes.edu.tr/Ders_Notlari/Dahili_Tip/Halk_Sagligi/Yusuf_Ozturk/T%C3%BCrkiyede%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Hizmetleri.doc, (Erişim: 23/03/2010)

1.4.7.2. Anadolu Selçuklu Devleti

Anadolu Selçukluları'nda geleneksel halk hekimliğinin yanında, dönemine göre oldukça nitelikli tıp eğitimi ve sağlık hizmeti veren kuruluşlar vardı. Giderleri sultanlarca kurulan vakıflardan karşılanan ve darüşşifa, şifahane, darüssıhha, darütrrap, bimarhane, cüzamhane, tabhane gibi adlar taşıyan bu sağlık kuruluşları, hem bir tıp okulu, hem de hastaneydi.¹¹⁷

Anadolu Selçukluları döneminde Hekim, Cerrah ve Kehhal'lar usta-çırak yöntemiyle yetiştirilmiştir. Aktarlar ve Kökçüler tıp eğitimi ve hasta tedavisi için gerekli ilaçlar sağlamışlardır. Bu dönemde Darüşşifaların yanı sıra yoksulların beslenmesi için imarethaneler açılmış, temiz içme suyu için yoğun çabalar harcanmış ve kişisel temizliği sağlamak üzere hamamlar yaptırılmıştır.¹¹⁸

Anadolu Selçuklularında sağlık ve sosyal yardım kurumları, hastaneler ve hamamlar çok ileri ve yaygındır. Koruyucu hekimliğe çok önem verilmektedir. Askeri tıbbın da çok ileri seviyede olduğu bilinmektedir. Yine Anadolu'da özellikle tedavi amacıyla kullanılan 300 kadar kaplıca vardır.¹¹⁹

Anadolu Selçukluları döneminde inşa edilen hastanelerden bazıları şunlardır; Mardin- Emüneddin Darüşşifası (1108-1123), Kayseri'de 1206 yılında kurulan Gevher Nesibe Sultan Hastanesi, Sivas'ta 1. İzzetin Keykavus Darüşşifası (1217), Divriği'de Melik Turan Darüşşifası (1228-1229), Çankırı'da Atabey Cemaleddin Ferrah Darüşşifası (1235), Aksaray (13.yy. 1. yarısı), Kastamonu'da Ali bin Pervane Darüşşifası (Yılanlı Medrese 1272), Tokat'ta Muineddin Pervane Darüşşifası (Gök Medrese 1275), Amasya'da Anber bin Abdullah Darüşşifasıdır (1308).¹²⁰

¹¹⁷ *Thema Larousse Tematik Ansiklopedisi*, Cilt 4, Milliyet Yayınları, 1994, s. 236.

¹¹⁸ “Halk Sağlığı Ders Notları”, (Erişim: 23/03/2010)

¹¹⁹ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 38.

¹²⁰ Orhan Cezmi Tuncer, 2009 *Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, s. 91.

Günümüzde bu Selçuklu darüşşifaları Kayseri, Konya, Erzincan, Erzurum, Diyarbakır ve Kahramanmaraş'ta halen ayakta kalan önemli tarihi eserlerdir.¹²¹ Ayakta kalan en eski Selçuklu hastanesi Nurettin Zengi'nin Şam'da kurduğu (1154) darüşşifasıdır.¹²² Bu Hastaneler, Selçuklular devrinin önemli sosyal yardım kurumları olmuşlardır.¹²³

1.4.8. Osmanlı İmparatorluğu

Osmanlı tıbbı, Selçuklularında etkisiyle XIX.YY ortalarına kadar doğulu ve İslami bir özellik göstermektedir. Osmanlı Devleti zamanında genellikle, Selçuklu döneminde hastanesi olmayan kentlere sağlık tesisleri kurulmuştur. Osmanlı sağlık kurumlarını aşağıdaki şekilde tasnif edebiliriz:

- 1- Sağlık Kurumları: Darüşşifalar, Hastaneler, Kaplıcalar.
- 2- Sağlık Kurumu gibi çalışan kurumlar: Miskinler Tekkeleri.(cüzamhaneler)
- 3- Sağlık meselesine dolaylı destek veren müesseseler: Hamamlar, Tekkeler, Tuvalet ve temizlik kültürü, Mesir macunu vb. şifalı halk hekimliği.¹²⁴

Osmanlılarca yaptırılan ilk hastane Bursa'daki Yıldırım darüşşifasıdır (1400). II.Beyazid'in yaptırdığı külliye'nin içinde yer alan bu kurumda darü'tıp adı verilen ve tıp eğitimi yapılan bir dersane bulunuyordu.¹²⁵

Osmanlı Devleti'nin yükselme döneminde daha birçok hastane yapılmıştır. Bunlardan bazıları şunlardır: 1451 yılında kurulan Edirne Cüzamhanesi, 1470 yılında kurulan Fatih Darü's-Şifası (Açıldığı tarihte Avrupa'da ki en büyük hastanelerden biriydi. Yataklı tedavinin yanında poliklinik hizmetleri de veren bu kuruluş, İstanbul Tıp Fakültesi'nin çekirdeği olarak ta kabul edilir), 1488 yılında

¹²¹ Mehmet Kaya, a.g.m., s. 28.

¹²² *Ana Britanica*, Cilt 15, s. 42.

¹²³ “Anadolu Selçuklu Devleti Dönemi Sağlık Kuruluşları”, <http://www.saglicakla.com.tr/index.php/Sayi-2/anadolu-selcuklu-devleti-doenemi-saglk-kuruluslar.html>, (Erişim: 23/03/2010)

¹²⁴ Hayati Binler, 2009 *Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, s. 120.

¹²⁵ *Ana Britanica*, Cilt 15, s. 43.

kurulan Edirne II. Bayezid Darü's-Şifası (Müziğin tedavide önemli bir yeri vardır. Osmanlılar müzikle tedaviyi ve özellikle daha da yeni olan su sesi ile tedaviyi kullanmışlardır. Edirne'de II. Beyazid Külliyesi'nde ilk kez su sesi ile tedavi, özellikle akıl hastalarında kullanılmıştır),¹²⁶ 1514 yılında kurulan Karacaahmet Cüzzamhanesi, 1539 yılında kurulan Manisa Hafsa Sultan Bimarhanesi, 1550 yılında kurulan Haseki Darü's-Şifası, 1583 yılında kurulan Toptaşı (Atikvalide) Bimarhanesi, 1617 yılında kurulan Sultanahmet Darü's-Şifasıdır.¹²⁷

1566 yılında kurulan ve tıp öğretimi de yapılan Süleymaniye Darü's-Şifası, İstanbul'un Osmanlı Devleti'nin başkenti olduğu günlerden başlayarak, başşehrin gelişmesinde ve şekillenmesinde önemli olan külliye kuruluşları gibi, bu külliyedeki medrese yapıları eğitime verilen önemi açıklarken, darüşşifa yapıları ve özellikle tıp medreseleri de insan sağlığına ve tıp bilimine verilen önemi ortaya koymuştur. Bu konuda 16. yüzyıl boyunca Mimarbaşı Sinan, İstanbul'da planlayıp inşa ettiği külliyelerden Haseki Külliyesi ile Üsküdar Atik Valide Külliyesi'nde birer Darüşşifa yapısı planlayıp inşa etmiş, ama Kanunî Sultan Süleyman adına planlayıp inşa ettiği Süleymaniye Külliyesi'nde darüşşifa, tıp medresesi, eczahane ve dâr ül âkâkîr (droglar evi) yapılarını da inşa ederek, külliyenin bütünü içinde bir tıp sitesi meydana getirmiştir.¹²⁸ Süleymaniye Tıp Medresesi 18.YY da hekim yetiştiren en önemli kuruluş olmuştur çünkü o dönemin Osmanlı padişahı diplomasız hekimliği yasaklamıştı.¹²⁹

Osmanlı İmparatorluğu'nda 18.YY sonlarına doğru başlayan modernleşme süreci içerisinde toplumun ve ordunun artan ihtiyaçları göz önünde bulundurularak, tıp eğitimi konusunda da modernleşme teşebbüslerinde bulunulmuştur. İlk olarak Bahriye teşkilatına bağlı olarak Tersane'de bir Tıp Mektebi açılmıştır. Bu küçük

¹²⁶ Recai Yahyaoğlu, a.g.e., s. 308.

¹²⁷ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 39.

¹²⁸ Gönül Cantay, 2009 *Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, s. 38.

¹²⁹ Esin Kahya, 19.Y.Y. 'da Osmanlı İmparatorluğu Tıp Eğitimi ve Türk Hekimleri, Dizi 37, Atatürk Kültür Merkezi Yayınları, 1997, s. 3.

çaptaki tıp mektebi, etkili ve yaygın bir tıp eğitimi sağlamaktan uzak olması yanında, uzun zaman mevcudiyetini koruyamamıştır.¹³⁰

1.4.8.1. Osmanlı İmparatorluğu’nda Sağlık Kurumunun İşleyişi

Darüşşifalarda görevlendirilecek olanlardan beklenen sorumluluklar ve ahlak nitelikleri vakfiyelerde ayrıntılarıyla belirlenmiştir. Mesela; Darüşşifalarda sağlık çalışanı sayısı da son derece önemlidir, Ortalama yirmi hasta yatağı olan bir Osmanlı hastanesinde 20-25 görevli vardır, sağlık çalışanıyla hasta sayısı neredeyse birebir, hatta daha fazla, Sağlık çalışanları, temizlik hizmeti verenler, idari görevliler ayrıdır, Din hizmetlisi ve güvenlik görevlileri vardır, baştabip sağlık işlerinin yürütülmesinden sorumlu, ama mütevellî heyeti ihtiyaçları görürdü, vekilharç da mali işlerle ilgilenirdi. Süleymaniye vakfiyesine göre baştabip, “tababette hizmetin adabını her yönüyle bilen, öngörüsü ve kavrayışıyla seçkin bir kişi” olmalıdır. Haseki ve Atik Valide vakfiyelerine göre görevlendirilecek tabip, “nazari bilgilerini tecrübe ve uygulamalarla sağlamlaştırmış ve kuvvetlendirmiş; nazariyelerle uygulamaları şahıslarında toplamış; çalışma ve tecrübelerle ilmini pekiştirmiş” olmalıdır.¹³¹

Süleymaniye vakfiyesinde, tabiplerin “belirli zamanlarda darüşşifa da toplanıp, hastaların halini konuşmak üzere bir araya gelip, durumu etraflıca tetkik etmeleri” gereği ifade edilir, Atik Valide vakfiyesinde ise, “eğer hastanın hali tabibin tekrar gelmesini gerektirirse, tabip derhal hastaya koşar” şartı getirilmiştir. Kurucuları hanım olan Haseki, Manisa ve Atik Valide Darüşşifalarının vakfiyelerinde tabipte olması beklenen erdemler en güzel ifadelerle tanımlanır; “Tabip her hastaya hastanın velisi gibi merhametle bakar; hastalara şefkatle, esirgeyici, koruyucu kanatlarını indirip gerer, onların üzerine içten yardım ve himaye

¹³⁰ Ekmeleddin İhsanoğlu, *Suriye’de Modern Osmanlı Sağlık Müesseseleri, Hastaneler ve Şam Tıp Fakültesi*, Ankara, 1999, Türk Tarih Kurumu Basımevi, s. 28.

¹³¹ Nil Sarı, *2009 Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, s. 28.

kemerlerini sarar; hastaları merhamet gölgesi altına alarak onları daima şefkatle karşılar.’’¹³²

1.4.8.1.1. Sağlık Personeli

Bizzat sağlık hizmetleri ile uğraşan yani tıbbi bilgi, beceri ve maharetleri ile hizmet eden, hastaları muayene edip onlara gerekli ilaçları vererek tedavi olmalarını sağlayan personeldir. Tıp ilminin inceliklerini yani teorik-pratik yönünü bilen üç kişi tabip olarak görevlendirilmiştir. Arapçada “fazla sürme çeken” anlamına gelen kehhâl Dâru’ş-şifâda göz hastalıklarını tedavi eden kişilerdi. İki kadro tahsis edilmiştir. İki kişi daru’ş-şifada cerrah olarak görevlendirilmiştir. Bunlardan birisinin yevmiesi 6, diğerinin ise 3 akçedir.¹³³

1.4.8.1.2. Daru’ş-şifada İlaç Hazırlamakla Görevli Personel

Dâru’ş-şifâlarda eczacılıkla ilgili görev yapan guruplar, aşşâb, saydelânî, şerbetçiyâa edviye-kûb, edviyeci, tabbâh-ı eşrîbe gibi meslekî unvanları olan kişilerdir. Aşşab; Dâru’ş-şifâ için, özellikle de ilaç hazırlamak için gerekli olan eşyayı almakla görev kişidir. Edviye-kub; Doktorların tarifleri üzere ilaç hazırlayan kişilerdir. İki şahıs olan edviye-kublar günlük olarak bu iş karşılığında üçer akçe alıyorlardı. Tabbah-ı Eşrîbe; Hastalar için şurup gibi sıvı ilaçları hazırlayan görevlilerdir.¹³⁴

1.4.8.1.3. Daru’ş-şifanın Diğer Personeli

Daru’ş-şifâda istihdam edilen diğer kişiler, Dâru’ş-şifânın mutfağı ile yardımcı hizmetleri yürüten kişilerdi. Bu alanda istihdam edilen personel daru’ş-şifâ

¹³² Nil Sarı, a.g.m., s. 29.

¹³³ Yasin Yılmaz, 2009 *Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, s. 104.

¹³⁴ Yasin Yılmaz, a.g.m., s. 105, 106.

mutfağında hastalar için, hastalıklarına uygun doktorların tarifleri ile, yemekler hazırlayıp, servis yaparlardı. Diğer gurup ise dâru's-şifanın tefriş, tezyin ve temizliği ile uğraşırlardı.¹³⁵

XVII.yüzyıl sonlarında başlayan Osmanlı İmparatorluğu'nun gerileme dönemi bu yüzyılda da sürmüştür. Bu nedenle imparatorluğun ekonomik kaynakları çok gerilemiştir. Çünkü uzun yıllar kervan yolların hakim olan Osmanlı İmparatorluğu, İspanya, Portekiz, Hollanda ve İngiltere gibi Avrupa Devletleri tarafından deniz yollarının açılması ile kara kervan yollarının sağladığı ekonomik kaynaklardan yoksun kaldığı gibi, askeri seferlerin de durmuş olması, devleti bunların gelirlerinden yoksun bırakmıştır. Bu bakımdan bu yüzyılda ekonomik yetersizlikler nedeniyle sağlık alanında da yeni bir kuruluş yapılanmasına gidilememiştir.¹³⁶

Osmanlı Devleti'nin duraklama dönemine girmesiyle beraber sağlık hizmetleri de duraklama göstermiş, yaklaşık 200 sene hastane yapılmamıştır. XVIII. Yüzyılın sonlarından itibaren İstanbul'da özellikle askeri hastanelerin yapımına başlanmıştır.¹³⁷

Siviller için hastane yapımına Tanzimat'tan sonra başlanmıştır. Bu hastanelere, önceleri Guraba (garipler) hastaneleri ve II.Abdülhamit döneminde Hamidiye hastaneleri denilmiştir. Sivil hastane bulunmayan yerlerde yoksul ve kimsesiz hastaların askeri hastanelerde bakılması, gereken harcamaların hükümlü ve kimsesizler için ayrılan ödenekten karşılanması hakkında 1877'de bir yönetmelik çıkartılmıştır. XVIII. yüzyılın sonlarından itibaren İstanbul ve İzmir gibi şehirlerde yabancılara ve azınlıklara hizmet sunan hastaneler de yapılmaya başlanmıştır. İstanbul'da açılan sivil hastanelerin en önemlileri şunlardır; Vakıf Guraba veya Bezm-i Alem Guraba-i Müslimin Hastanesi , Beyoğlu Zükur Hastanesi (1893), Şişli

¹³⁵ Yasin Yılmaz, *a.g.m.*, s. 109, 110.

¹³⁶ Mehmet Kaya, *a.g.m.*, s. 31.

¹³⁷ Ayşe Yiğit Şakar, *a.g.e.*, s. 40.

Hamidiye Etfal Hastanesi (1899), Cerrahpaşa Hastanesidir (1910). Gerçek manada Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlık örgütlenmesi 1826'dan önce ve sonra olarak incelenir. 1826'dan önce genel yönetimin merkez ve eyalet örgütleri vardı. Merkezi Örgüt Divan-ı Hümayundur. Eyalet Örgütleri, Anadolu ve Rumeli Eyaletleri olarak ikiye ayrılmıştır. İlk tıp mektebi (Mekteb-i Tıbbiye Nezareti) 1827'de açılmış ve 1839'da faaliyete geçmiştir.¹³⁸

Sultan II.Mahmud'un emriyle, hekimbaşı Mahmud Behçet Efendi'nin gayretleriyle İstanbul'da Topkapı Sarayı'na bitişik bir binada Tıphane-i Amire adı altında açılan tıp mektebi modern tıp eğitiminin ilk nüvesini teşkil etmiştir. Aynı yıl, Şehzadebaşı semtinde Cerrahname adıyla bir mektep daha açılmıştır.¹³⁹ Fakat İstanbul'da 1826'da kolera salgını 1843'te çiçek salgınları ise yeni büyük bir hastanenin gereğini ortaya koymuş, böylece Abdülmecid'in annesi Bezmi Alem Valide Sultan, Çapa'da Yenibahçe çayırında ve günümüzde Vakıf Guraba Hastanesi adıyla işlevini sürdüren hastaneyi, 1945 yılında inşa ettirmiştir. Bu yapıyla birlikte darüşşifa adıyla tanınan sağlık yapıları 'hastahane' adıyla anılmaya başlanmıştır.¹⁴⁰

Bunun hemen ardından Cerrahane kurulmuş, 1831 yılında bu iki okul yeniden düzenlenmiştir. Daha sonra tıp ve cerrah okulları, Avrupa'daki gelişmelere uygun şekilde birleştirilmiştir.¹⁴¹

1835'te de Akdeniz'den gelecek salgının önüne geçmek için Çanakkale'de bir karantina merkezi kurulmuştur. 1838'de İstanbul'da "Karantina Meclisi" kurulmuştur. Konunun tıbbi yönünü bilen fazla sayıda hekim ülkede bulunmadığı gerekçesiyle yabancı sefir vekilleri meclise üye yapılmıştır. Bir Osmanlı Teşkilatı olan Karantina Kuruluşu böylece Uluslararası Kuruluş haline gelmiştir. Osmanlının

¹³⁸ "Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Hizmetleri", <http://www.os-ar.com/modules.php?name=Encyclopedia&op=content&tid=501330>, (Erişim: 23/03/2010)

¹³⁹ Ekmeleddin İhsanoğlu, a.g.e., s. 28.

¹⁴⁰ Adem Şahin, 2009 *Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, s. 41, 42.

¹⁴¹ Haydar Sur, "Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi", <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, (Erişim: 31.03.2010)

son döneminde dejenere olan bu Meclis'te 2 Türk üye 14 yabancı üye yer almıştır. Lozan Antlaşması ile de kaldırılmıştır.¹⁴²

1.4.8.2. Hekimbaşılik

Hekimbaşılik kurumu, Fatih Sultan Mehmet zamanında kurulmuştur. Hekimbaşılar, bugünkü sağlık bakanı yetkilerine sahip kişiler olup, resmi ve özel bütün sağlık kuruluşlarını düzenler ve denetlerlerdi. Hastane hekimlerini atamak ve görevden almak, gereken yerlerde hastane açtırmak, hekimlere muayenehane açma izni vermek hekimbaşılardan bazılarıdır. Hekimbaşılar, görevlerini ilgilendiren fermanları hazırlarlar, sadrazama sunarlar, sadrazam da padişah'tan onay alıp, hekimbaşına iletirdi.¹⁴³

Hekimbaşılar birkaçı dışında medreseden mezun, ilmiye sınıfından tıp sanatına vakıf tanınmış kişiler arasından seçilirdi. Hekimbaşılar, birlikte çalıştığı Padişahın ölümünden sonra yeni gelen görevden uzaklaştırılırlardı. Bunun nedeni tedavide başarısız olduğu inancıydı. Hekimbaşılar her şeyden önce padişahı ve ailesinin sağlığından sorumlu kişilerdi. Gerekli olduğunda başka hekimler de tedavi için çağrılabilirlerdi. Hanım sultanların hastalıklarında, onları muayene ve tedavi ederdi. Bu sırada odada Padişahın cariyelerinden biri bulunurdu. Muayene hastanın başından ayağına kadar kıymetli ince bir şal örtülerek tüller üzerinden yapılırdı. İstanbul'un sağlık işlerinden hekimbaşılardan sorumluydu. Darüşşifa hekimlerinin tayini de hekimbaşılardan tarafından yapılırdı.¹⁴⁴

Mesela III.Ahmed'in tutulduğu çiçek hastalığı sırasında, hekimbaşı Yenibahçeli Mehmed, eski Hekimbaşı Arabzade Mehmed, Hekim Süleyman ve daha sonra Hekimbaşı olan Ömer'i çağırıyordu. Padişahın tedavisinde kullanılacak ilaçlar,

¹⁴² “Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Hizmetleri”, (Erişim: 23/03/2010)

¹⁴³ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 39.

¹⁴⁴ Erdem Aydın, “Osmanlılarda Tıp”, <http://www.yorumla.net/saglik/15017-osmanlilarda-tip.html>, (Erişim: 01/04/2010)

macun ve güçlendirici terkipler, Hekimbaşı Odası'nda (Başlala Kulesi) başlala gözetimi altında hekimbaşı tarafından adamlarına hazırlatılır, özel şişe veya kaplara konup ağızları kapatılarak bezle sarılır, hekimbaşı ve başlala tarafından müştereken mühürlendikten sonar üzerine kullanma tarifesini gösteren 'kulak' tabir olunan etiketler bağlanarak sultana takdim olunurdu. Sarayda tüketilen mum, sabun gibi maddeler de hekimbaşının hazırladığı formüllere göre imal edilirdi. Çoğu zaman padişahın güvenini kazanmış biri olarak müşavir ve muhasiplik görevini de yerine getirebilirlerdi.¹⁴⁵

Saray hizmetlerinde hekimbaşı, 18 saray doktoru, 10 operatör ve eczacıların başı ve maiyetindeki hekimler gibi ilmiye sınıfındandı. En az 2 hekimin ve 2 cerrahın 24 saat müddetçe nöbette kalması kanundu. Ayrıca kelhalbaşı denen göz hekimi ve maiyetinde bir iki hekim vardı. Şehzadelerin sünnetini, cerrahlardan biri yapardı. Hekimbaşı İstanbul'da ki bütün doktorların diploma ve ehliyetlerini kontrole selahitli idi. Saraydan kazasker olarak çıkardı. Saray eczanesi ona bağlı idi ve ilaçların üzeri hekimbaşı tarafından imzalanıp mühürlenirdi.¹⁴⁶

XIX.yüzyılın hekimlerinden bazıları ise şunlardır;

1.4.8.2.1. Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi

Ülkemizde bugünkü anlamda karantina önlemleri alınmasını sağlayanların başında gelmektedir. En önemli kitapları Çiçek Aşısı Risalesi, Frengi Risalesi, Süt Çocuğu Hastalığı, Kolera Risalesi, Tertib-i Ecza gibi kitaplardır.¹⁴⁷

¹⁴⁵ Ali Haydar Bayat, *Osmanlı Devleti'nde Hekimbaşılık Kurumu ve Hekimbaşılar*, Atatürk Kültür Merkezi Yayınları, İstanbul, 1999, Gün Ofset, s. 7, 8.

¹⁴⁶ Yılmaz Öztuna, *Osmanlı Devleti Tarihi 2*, Ankara, 1998, Türk Tarih Kurumu Basımevi, s. 45.

¹⁴⁷ Mehmet Kaya, a.g.m., s. 32.

1.4.8.2.2. Hekimbaşı Abdülhak Molla

Sultan II.Mahmut devri ricalindendir. 1786'da İstanbul'da doğmuştur. Süleymaniye Tıp Medresesinde şer'i ilimler ve tıp tahsili yapmıştır. Hekimbaşılığı zamanında salgın hastalıklara karşı karantina teşkilatını geliştirdi ve zorunlu olarak çiçek aşısı yapılması tedbirini aldı. II.Mahmut 1835'te hat romatizması geçirir İngiliz ve Rum bir hekim tarafından tedavi edilir 1837 de mide bulantısı, iştahsızlık ve yüksek ateş belirtileriyle yatağa düşer. Aynı hekimler durumun vahim olmadığını söyler ve 24 saat geçmeden hükümdarın vefat haberi alınır. Reçeteler incelendiğinde Abdülhak Molla'nın çok önceden doğru teşhisi koyduğu mide ve karaciğer rahatsızlığı olan sultana kuvvet verici, midevi, diüretik, ağrı kesici, kardiyotonik antiromatizmal etkili ilaçlar yazdığı anlaşılmaktadır.¹⁴⁸

Hekimbaşılık 380 yıl sürmüş ve bu süre içerisinde 46 hekimbaşı görev yapmıştır. İlk hekim başı Kutbettin, son hekimbaşı ise II. Mahmut döneminde Abdülhak Molla'dır.¹⁴⁹

Osmanlılarda Fatih Sultan Mehmet zamanında kurulan ve zamanla gelişen Hekimbaşılık müessesesinin yetkilerinden bazıları Tanzimat'ın ilanından sonra başka müesseselere devredilmeğe başlanmıştı, Bunlardan biri 1838 yılında kurulan ve Karantina Meclisi denilen Meclisi Umuru Sıhhiye idi ki burası salgın hastalıkları önleme konusunda birçok yetkileri üzerine almıştı. Hekimbaşı da bu meclistedir ama başkanı değildir. İkincisi; 1840 yılında Mektebi Tıbbiyede kurulan Meclisi Umuru Tıbbiye'dir. Bu meclisin görevi, Osmanlı İmparatorluğu'ndaki bütün hekimleri imtihan ederek yeterli bilgisi olmayanları ayıklamak, satılan ilaçların imalatını kontrol etmek nizama bağlamak ve tıbbiye dair meselelerin tetkiki idi, Bu meclisin başında Hekimbaşı vardır, böylece bu yetkilerini devreden Hekimbaşılık müessesesi Sultan Abdülmecid'in 17 Nisan 1850 tarihinde verdiği bir irade ile lağvedilir.¹⁵⁰

¹⁴⁸ Rengin Dramur, *Osmanlı Devleti Saraylarında Tıp ve Eczacılık*, Aya Kitapevi, 2008, Kurtiş Matbaası, s. 341, 344, 345.

¹⁴⁹ Haydar Sur, “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, (Erişim: 31/03/2010)

¹⁵⁰ Ayten Altıntaş, *2009 Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, Ankara, 2009, Vakıflar Genel Müdürlüğü

1.4.8.3. Memleket Tabiplikleri

1870’de Nezaret-i Tıbbiye-i Mülkiye (Sivil Tıp İşlevi Bakanlığı) kurulmuş buna bağlı olarak ilçelerde Memleket Tabiblikleri, Livalarda Sıhhiye Müfettişlikleri, ihdas edilmiştir.¹⁵¹ Memleket tabipliği uygulaması, sağlık hizmetlerinin ülke düzeyinde devlet eliyle örgütlenmesinin başlangıcı olarak görülmektedir. Bu kişiler Mekteb-i Tıbbiye’yi bitirdikten sonra kura ile atanırlar ve askerlik hizmeti karşılığı olarak 2 yıl kaza, 3 yıl liva olmak üzere toplam 5 yıl zorunlu hizmetle yükümlüdürler. Mahrumiyet bölgesi kabul edilen Hicaz, Bağdat, Basra, Bingazi, Trablusgarp ve Yemen Vilayetlerinde çalışanların, çalıştıkları sürece maaşlarının yarısı kadar ek bir tazminat da aldıkları bilinmektedir.¹⁵²

Bakanlıkta hizmetler 6 üyesi hekim olan bir kurul tarafından yürütülmüştür. 1871 yılında Sivil Tıp Hizmetleri Genel Yönetim Tüzüğü yürürlüğe konulmuştur. Bu tüzük ile ilçelerde memleket tabiplikleri, iller ile livalarda sıhhiye müfettişlikleri kurulmuştur. Bu tüzük, yurt içinde sağlık hizmetlerinin hükümet eli ile etkili bir şekilde yürütmek için örgütlenmede atılan ilk adım olması bakımından önem taşır. İlk kez resmi hekim ataması da bu dönemde yapılmıştır.¹⁵³

Memleket Hekimlerinin görevleri arasında bulaşıcı hastalıklarla savaş, aşı uygulama, hasta bakma, bölgedeki hastane ve eczaneleri denetleme, adli tıp işleri, içme suları, kanalizasyon, besin maddelerinin kontrolü, çocuklar arasında sık görülen ölümlerin sebeplerini araştırma gibi hususların yer alması sağlanmıştır.¹⁵⁴

Memleket tabiplerinin maaşları belediyeler tarafından ödenmiştir. 1888’den itibaren Devlet maaşları ödemeye başlamıştır. Görevdeki hekimlerin sicilleri tutulmuştur. Hekimler bu dönemde kaza, liva, vilayet tabibi ve müfettiş olmak üzere

Matbaası, s. 63.

¹⁵¹ Said Bodur, a.g.e., s. 4.

¹⁵² Haydar Sur, “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”, (Erişim: 31.03.2010)

¹⁵³ “Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Hizmetleri”, <http://www.os-ar.com/modules.php?name=Encyclopedia&op=content&tid=501330>, (Erişim: 23/03/2010)

¹⁵⁴ Said Bodur, a.g.e., s. 4.

4 sınıfa ayrılmıştır. Memleket hekimlerinin aylıkları 6 altın liradan başlar 12 altın liraya kadar yükseltildi. Sağlık müfettişlerinin aylıkları da 20 altın lira idi.¹⁵⁵

1913 Vilayeti İdareyi Sıhhiye Nizamnamesi ile Memleket Tabipliği unvanı yerine Hükümet Tabipliği unvanını kullanılmaya başlanmıştır. İlk kez “Sağlık Müdürlüğü” bu dönemde kurulur. Böylece başta koruyucu ve çevre sağlığı hizmetleri olmak üzere il genelinin tüm sağlık işlerinden idari yönden Sağlık Müdürü sorumlu tutulur. “Sıhhiye Meclisleri” de bu kanunla kabul edilmiştir. Sıhhiye Meclisleri Cumhuriyet döneminde önce “Umumi Hıfzıssıhha Meclisi” daha sonra da sosyalleştirmede “Sağlık Kurulları” olarak sürmüştür.¹⁵⁶

Azınlıkların açtığı hastaneler daha eski tarihlere dayanmaktadır. Örneğin, İzmir’de 1775’te bir Fransız hastanesi, 1748’de Rum Cemaati Hastanesi, 1843’te Yahudi hastanesi açılmıştır. Bunlar her gün poliklinik yaptıkları gibi, yoksul hastalara ilaç da dağıtmışlardır. 1909’da ülkede 1883’ü Osmanlı uyruğunda, 773’ü yabancı olmak üzere 2658 hekim bulunmaktaydı. Bu tarihlerde imparatorluk nüfusunun 54 milyon, yüzölçümünün 6 milyon kilometrenin üzerinde olduğu ve yaklaşık 20,000 kişiye bir hekim düştüğü belirlenmiştir. Hekimlerin genellikle İstanbul, Selanik, İzmir, Bursa gibi büyük kentlerde toplandığı da dikkate alındığında, Anadolu gibi mahrumiyet bölgelerinde bu oranın 50-100 bin kişiye bir hekim olduğunu söylemek mümkündür.¹⁵⁷

Osmanlılar her alanda olduğu gibi sağlık konusunda da Rönesans sonrasında Batı’nın kaydettiği büyük gelişmenin dışında kaldılar. XIX.YY başlarında tıp medreselerinde hala Calinus ve İbn-i Sina’nın eserlerine dayanan geleneksel bir eğitim verilmesi bunun en büyük kanıtıydı.¹⁵⁸

¹⁵⁵ “Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Hizmetleri”, <http://www.os-ar.com/modules.php?name=Encyclopedia&op=content&tid=501330>, (Erişim: 23/03/2010)

¹⁵⁶ “Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Hizmetleri”, (Erişim: 23/03/2010)

¹⁵⁷ Haydar Sur, “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”, (Erişim: 31.03.2010)

¹⁵⁸ *Thema Larousse*, s. 236.

Bir Osmanlı kimliği yaratmanın yolu ilkin, ders programları ve ders kitapları ile gerçekleştirilmek istenmiştir. İkinci olarak da idadi ve yüksekokul düzeyinde karma okullar kurarak, Osmanlı tebaası olması yeterli koşul sayılmış, eğitime girme hakkı herkes için kabul edilmiştir. Buda önce bir yüksekokul olan Tıbbiye ile başlamıştır.¹⁵⁹

Hastaneler fevkalade teşkilatlı, ciddi, klinik derste görülen, muazzam müesseselerdi. Kanuni'nin zevcesi Hürrem Sultan Haseki ve I.Abdülhamid'in annesi Bezmi Alem Valide Sultan'ın Gureba hastaneleri, bugünde İstanbul'un en büyük hastaneleridir. Kanuni'nin Süleymaniye Darüşşifası ise bugün askeri matbaadır. Belirli hastalıklar, yalnız kadınlar içinde hastaneler vardı. Edirne (1451) ve Karacaahmet (1514) cüzam hastaneleri misaldir. Hastanın bakımı, ayakta tedavisi, ilaçlar hayrat idi. Üsküdar Çinili Darüşşifası, Kösem Valide Sultan hayratı ve yalnız kadın akıl hastaları içindi.¹⁶⁰

Osmanlı Devleti geleneğinde darüşşifada veya yeni kurulan hastanede yatan hastadan ücret alınmazdı. Bu askeri hastaneler ve Tıbbiye hastanesi için de geçerli idi, hastalardan ücret alarak hizmet verecek “Özel Hastane” kurulması 1897 yılında yapılan bir nizamname ile yürürlüğe girmişti, böylece parayla hizmet veren sağlık müessesesi de ilk defa geçerlilik kazanıyordu. 1897 yılında hazırlanan Hususi Hastaneler Nizamnamesi'nin 5. maddesinde; “..zıkr olunan hastanelere müracaat edecek hastagandan vakt-i hallerine göre muhtelif ve mutedil ücret alınacak ve fakat hastaganın onda biri nisbetinde olmak üzere ihtiyaç ve fakr u zarureti tahakkuk eden maraza meccanen kabul edilecektir” denilerek bu hastanelerde yatan hasta sayısının onda biri kadar parasız hasta da kabul edilmesi zorunluluğu getirilmişti, parasız hizmet veren hastanelerde bazı hastalardan ücret alınması ilk defa 1910 yılında Tıp Fakültesi hastanesi için gündeme gelmişti. Tıp eğitimi II. Meşrutiyetten sonra hızla değişti. Askeri ve Sivil Tıp okulu birleştirildi ve Haydarpaşa'dan Askeri tıp okulu binasına taşındı. Darülfünuna bağlandı ve Darülfünun Tıp Fakültesi olarak eğitime

¹⁵⁹ Kemal H.Karpat, *Osmanlı Geçmişi ve Bugünün Türkiye'si*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayını, 2005, Sena Ofset, s. 112.

¹⁶⁰ Yılmaz Öztuna, a.g.e., s. 163.

devam etti. Bu arada Sultan Abdülhamid'in desteklediği askeri tıp okulu Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane önemli gelir kaynaklarını kaybetmişti, Harbiye Nezareti askeri tıbbiyenin bütçesini kısmıştı. Tıbbiyenin bütün gelirini Maarif Nezareti verecekti ve bu da çok azdı. Tıbbiye bu şartlarda özellikle hastanenin idaresinde zorlanıyordu. Bu sırada yatan hastaların yoğurt ve süt ücretlerinin karşılanmasında karşılaşılan zorluklar sonucunda Avrupa'daki hastanelerde olduğu gibi verebilecek hastadan ücret alınması teklifi yapılmıştı. Bu teklif ve arkasından gelen yasal düzenleme Osmanlı hastanelerinde ücret almanın kırılma noktası olmuştu.¹⁶¹

İnsanların ömrü uzun değildi. İmparatorluk son yıllarında, Anadolu'da ki Müslümanların ortalama ömrü 27-32 yıldı. 5 yaşına kadar hayatta kalmış-beş yaş ve üstü nüfus arasında ise ortalama ömür 49 yıldı. Ölüm oranlarını olumlu ve olumsuz olarak etkileyen çok çeşitli faktörler vardı. Doğum kontrolü bilgisi yaygındı, ama fiilen ne ölçüde uygulandığı belirsizdi. Devlet 19.yüzyıl sonlarında doğum kontrolünü yasaklayan yasalar çıkardı.¹⁶²

1700-1922 döneminde bir miktar kentleşme gerçekleşti ve kent ve kasabalarda yaşayan nüfus oranı yükseldi. Daha önce 17. yüzyılda ve belki 18. yüzyılın bir bölümünde siyasi istikrarsızlık dönemlerinde kırsal alandan daha emniyetli olan kent ve kasabalara kaçılması nedeniyle kentsel nüfusta artış olduğuna dair bazı bulgular vardır. Ayrıca hijyen ve hıfzıssıhha alanlarındaki gelişmeler sayesinde, kentlerde yaşamak genellikle daha sağlıklı ve cazip bir hale geldi.¹⁶³

¹⁶¹ Ayten Altıntaş, *2009 Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, s. 65, 66.

¹⁶² Donalt Quataert [Çev: Ayşe Berktaş], *Osmanlı İmparatorluğu 1700_1922*, İletişim Yayınları, 2002, Sena Ofset, s. 173, 174.

¹⁶³ Donalt Quataert [Çev: Ayşe Berktaş], a.g.e., s. 179, 180.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN TARİHSEL SÜRECİ VE GENEL BİR DEĞERLENDİRME

2.1. Cumhuriyet'in İlk Yılları (1923-1937 Dönemi)

1923 Türkiye'si; yıllarca süren savaşların ve hastalıkların öğrenim ve üretim çağındaki kuşakları ortadan kaldırdığı, dolayısıyla ekonomisinin de dar boğazlar içinde olduğu bir ülke idi. Cumhuriyetin kurulmasından sonra, savaştan çıkmış, yokluk ve yoksulluk içindeki bir ülkenin sağlık sorunlarını çözmek için hem tüzel hem de örgütlenme düzeylerinde yaygın çalışmalara başlanmıştır. Ulusal boyutta kapsamlı tüzel düzenlemelere Türkiye'nin imza atmasının başlangıcı Cumhuriyetin kuruluşudur.¹⁶⁴

Sağlık hizmetlerinin, birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nin kuruluşu ile. Savaş yıllarında Ankara'da kumlan T.B.M.M. Hükümeti, 2 Mayıs 1920 tarihinde, 3 Sayılı Kanun ile, Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti'ni kurarak, tüm ülkedeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevini bu bakanlığa vermiştir. Böylece sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlıkça yürütülen asli devlet görevlerinden birisi olma niteliğine kavuşmuştur.¹⁶⁵

Sağlık ve Sosyal Yardım'dan sorumlu bakanlık kadrosu ile hizmet alanlardaki nüfus oranı şöyle idi:¹⁶⁶

¹⁶⁴ İlhan Tomanbay, a.g.e., s. 68.

¹⁶⁵ Recep Akdur, "Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri", *Yeni Türkiye Ansiklopedisi cilt III*, s. 1986.

¹⁶⁶ Orhan H.Özkan, "Kendinize İyi Bakın", *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 49.

Tablo 11 : Sağlık Personeli (1923) ve Bunlara Düşen Kişi sayısı

Hekim	554	Hekime	21.660
Eczacı	69	Eczacıya	173.913
Sağlık Memuru	560	Sağlık Memuruna	21.428
Ebe	136	Ebeye	88.235
Hemşire	4	Hemşireye	3.000.000
İdare memuru	332	İdare memuruna	36.144

Kaynak: Orhan H.Özkan, a.g.m., s. 49.

Tablo 12 : 1923’de Bütçe Durumu

Devlet Bütçesi	Bakanlık Bütçesi	Devlet Bütçesindeki Oranı %	Bütçeden Kişi başına Düşen Harcama
137.333.471	3.038.226	2.21	0.25 TL. (liranın ¼’ü)

Kaynak: Orhan H.Özkan, a.g.m., s. 49.

Cumhuriyet’in ilk yıllarında Türkiye, çok ağır sağlık sorunlarıyla karşı karşıyaydı. Halk sağlığını tehdit edecek boyutlara ulaşmış sıtma, verem, trahom, tifo, frengi, çiçek, kızıl gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek gerekiyordu. Öte yandan yataklı tedavi kurumları ile hekim ve sağlık personeli sayısı çok azdı. Bütün ülkede 3 devlet hastanesi, 6 belediye hastanesi, 45 özel idarelere ait memleket hastanesi ile azınlıklara ve yabancı kuruluşlara ait 32 hastane vardı. Genç cumhuriyetin sağlık politikası, özel girişimi reddetmemekle birlikte, sağlıkla ilgili bütün düzenlemelerde devleti temel alıyordu. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele öncelikle ele alındı ve bu alanda çok sınırlı ekonomik imkanlara rağmen küçümsenmeyecek mesafeler kat edildi.¹⁶⁷

¹⁶⁷ *Thema Larousse Ansiklopedisi*, Cilt 4, s. 236.

Atatürk döneminde Cumhuriyetin kuruluşunda Türk tababeti için gerçekleştirilen en önemli reformların biri de Lozan Andlaşması ile kapitülasyonların bir parçasını teşkil eden Karantina Müessesesi'nin (Meclis-i Umun Sıhhiye) kaldırılması ile Türkiye'de tababet icrası hakkının yalnız Türk uyruklu tabiplere tanınması ve eskiden beri hekimlik yapan yabancı uyruklu tabiplerle, ülkemizde yabancı devletler tarafından tesis edilen hastanelerin çalışanlarının bu hükümden müstesna tutulmasıdır. O dönemde yapılan reformlardan biri de Türk kadınına tıp eğitimi yapma hakkının verilmesidir.¹⁶⁸

Büyük Atatürk'ün gerçekleştirdiği reformlarının en önemlilerinden biri de hiç şüphesiz “1933'teki Üniversite Reformu”dur. Zira, Cumhuriyetin ilanının 10. yılında gerçekleştirilen bu üniversite reformu ile, bu Cumhuriyet için gerekli, geleceğin bilim adamları ve devleti yönetecek dirayetli şahsiyetleri yetiştirmek, Türk bilimini çağdaş uygarlık seviyesine ulaştırmak hedef olarak seçilmişti.¹⁶⁹

Dünya Savaşı'ndan sonra, Çanakkale kahramanı Mustafa Kemal Paşa'nın önderliğinde Kurtuluş Savaşı kazanılıp Türkiye Cumhuriyeti kurulunca, artık sıra her alanda yapılması gerekli reformlara gelmişti. Harf inkılâbından sonra Atatürk, İstanbul Darülfünununda da bir reforma gidilmesini gerekli görmekteydi. Atatürk, kurduğu modern Türkiye Cumhuriyeti için gerekli, geleceğin ilim adamları ve yöneticilerini, o devrin en modern metotları ile yetiştirmeyi hedef alarak, Darülfünun'un yerini alacak İstanbul Üniversitesi'nde Avrupa'nın dünyaca ünlü bilim adamlarını toplamayı düşünüyordu. 1929'da genç yaşta Maarif Vekili olan Dr. Reşit Galip, Atatürk'ün arzu ettiği bu Üniversite Reformunu gerçekleştirmek için 1931'de, İsviçre'de Cenevre Üniversitesi eski Rektörlerinden Pedagoji Profesörü Albert Malche'i İstanbul Üniversitesi Reformu için rapor hazırlamakla görevlendirdi. Malche, raporunu tamamlayarak 29 Mayıs 1932'de Türk Hükûmetine

¹⁶⁸ Arslan Terzioğlu, *Cumhuriyet Dönemi Türk Tıbbına ve Tıp Eğitime Kısa Bir Bakış*, İstanbul, 2003, Kavuk Gazetesi Matbaası, s. 11, 12.

¹⁶⁹ Arslan Terzioğlu, a.g.e., s. 19.

sundu.¹⁷⁰1933'deki bu Üniversite Reformu ile ayrılan eski Darülfünun hocalarının yerine Nazi Almanyası'ndan kaçan 42 kadar Alman profesör tayin edilmişlerdi.¹⁷¹

1933 Üniversite Reformu ile İstanbul Üniversitesi'nde ünlü Alman profesörlerden başka diğer yabancı profesörler de tayin edilmişlerdi. Avusturya, Çekoslovakya ve Macaristan'dan kaçmak mecburiyetinde kalan bir çok bilim ve sanat adamı arasında çok sayıda tıp profesörü de Türkiye'ye göç ederek İstanbul Üniversitesi'nde ve Ankara'da Refik Saydam Hijyen Enstitüsü ile Numune Hastanesi'nde görev almışlardır. Viyana Üniversitesi'nden Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Profesörü Dr. Erich Ruttin ile Radyoloji Profesörü Dr. Max Sgalitzer bu dönemde İstanbul Tıp Fakültesi'nde kendi sahalarındaki kliniklerin direktörü ve ordinarius olarak çalışmışlardır.¹⁷²

Atatürk'ün gerçekleştirdiği Üniversite Reformu tarihte benzerine az rastlanacak çapta büyük bir reformdu. Öyle ki, Ankara'ya ve İstanbul Üniversitesine Avrupa'dan çağrılan profesör, doçent ve asistanların sayısı 144 olup, İstanbul Üniversitesinde 27 Türk ordinarius profesöre karşın 38 yabancı ordinarius profesör vardı, İstanbul Tıp Fakültesi'nde, 12 Enstitüden 8'inin başındaki ordinarius profesör yabancı Avrupalı profesördü. Ayrıca 325 üniversite öğretim elemanlarından 85'i yabancı, Avrupalı idi. Bu durumda, bugün Atatürk'ün Üniversite Reformu'nu araştıran Widmann ve Helge Peukert gibi Avrupalı ve Alman bilim adamları bu durumu, o zaman İstanbul Üniversitesinin Avrupa'nın en iyi "Alman Üniversitesi" olduğu şeklinde değerlendirmektedirler.¹⁷³

Bu koşullarda ve büyük olanaksızlıklar içinde; hastalıklarla mücadele için kurumlar kurulmuş, gerekli yasal düzenlemelere gidilmiştir. 1920-1938 arasındaki Atatürk döneminde, bu amaçla, 49 kanun, 2 KHK, 12 Tüzük, ve 21 Yönetmelik yürürlüğe konulmuştur. Çeşitli alanlarda yapılan devrimlerle, sağlık konusunda

¹⁷⁰ Arslan Terzioğlu, a.g.e., s. 21.

¹⁷¹ Arslan Terzioğlu, a.g.e., s. 24.

¹⁷² Arslan Terzioğlu, a.g.e., s. 27.

¹⁷³ Arslan Terzioğlu, a.g.e., s. 34.

çağdaşlaşmanın ilk adımları atılmıştır. Sağlık hizmetleri ile ilgili, 1930'daki, Belediye kanunu (1530 sayılı), Umumu Hıfzısıhha Kanunu (1593), o günlerin gereksinimlerinden çok bugün bile sağlık yönünden büyük değer taşıyan iki güzel örnektir.¹⁷⁴

Ankara'da kurulan Meclis'te oluşturulan ilk hükümette bir Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının olması da yeni dönemin sağlık hizmetlerine verdiği önemin bir göstergesi olmuştur. Cumhuriyetin ilk yıllarında çıkarılan 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu (Toplum Sağlığını Koruma) o dönem için önemli bir başarıyı, bu dönemde Avrupa Ülkelerinin çoğunda sağlıkla ilgili bu kadar kapsamlı yasanın olmayışı konuya verilen önemi göstermektedir. Bu dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam'ın sağlık hizmetlerine bakış açısının ne kadar geniş ve bilimsel olduğu, daha sonra gerçekleştirdiği eserleri ile belgelenmiştir.¹⁷⁵

2.1.1. Refik Saydam Dönemi

Adnan Adıvar'dan sonra, 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli aralıklar dışında, 1937 yılına dek bu görevi sürdürmüştür. Dr. Saydam, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstermiş ve hizmetlerin yapılanmasına damgasını vurarak, sağlık hizmetleri tarihimizde onurlu bir yer edinmiştir. Bu nedenle, Refik Saydam Dönemi diyebileceğimiz bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur.¹⁷⁶

Cumhuriyet'in ilanıyla hükümetin ele aldığı ilk konu nüfusun büyük bir bölümünü etkileyen veremin tedavi edilebileceği sanatoryumlar inşa etmektir. 1924 yılında Sıhhiye Vekili Dr. Refik Saydam bu konuda görevlendirilmişti. Açılan ilk sanatoryum 50 yatak kapasitesi ile Heybeliada Çamlımanı'nda ki muhacirin

¹⁷⁴ Orhan H.Özkan, a.g.m., s. 49.

¹⁷⁵ Remzi Aygün, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri", *Yeni Türkiye Ansiklopedisi Cumhuriyet Sosyal Değerlendirme*, Cilt III, s. 1977.

¹⁷⁶ Recep Akdur, a.g.m., s. 1987.

idaresinin bulunduğu binadır. Yapılan eklerle sanatoryum 1955 yılına kadar gelişimini sürdürür. 1926 yılında ağızdan uygulanan BCG aşısı üretilmeye başlanır. 1948 yılında Prof. Dr. Refik Saydam, Hıfzıssıhha Enstitü'sünde üretilmeye başlanan ilk deri içi BCG aşısını uygular. 1960 yılında çıkarılan yasa ile verem savaş dispanserleri kurulur ve ülke geneline yayılır.¹⁷⁷

5. defa Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekili olarak İnönü Kabinesi'nde 4 Mart 1925'te işe başladığında Dr. Refik Saydam'ın çizdiği çalışma programının esaslarını şunlar teşkil ediyordu: Devletin Sağlık Teşkilâtını islah etmek, fazla sayıda doktor yetiştirmek, numune hastaneleri açmak, ebe ve köy sağlık memurları yetiştirmek, doğum ve çocuk bakımevleri ile verem sanatoryumları açmak, sıtma, trahom, frengi ve diğer hastalıklarla mücadele, sağlık teşkilâtını köylere kadar götürmek ve sağlık ve sosyal yardımla ilgili kanunlar yapmaktır. Dr. Refik Saydam'ın bu program doğrultusunda 1937 yılına kadar Sıhhat ve İctimaf Muavenet Vekili olarak yaptığı büyük hizmetlerin en büyük delili onun zamanında tesis edilen, Emraz-ı Sâriye Mücadele Teşkilâtı, Hıfzıssıhha Enstitüsü, Emraz-ı Sâriye Hastaneleri, Verem Mücadele Dispanserleri, Heybeliada Verem Sanatoryumu, Doğum ve Çocuk Bakımevleri, yurdun çeşitli yörelerinde açılan Kuduz Müesseseleri, İstanbul'dan başka yerlerde açılan Akıl Hastaneleri, sağlık ve sosyal yardımla ilgili onun devrinde çıkarılmış 51 kanun, 18 nizamname ve nihayet İstanbul Tıp Fakültesi'nin reformu ile Ankara Tıp Fakültesinin tesisi projeleri gelir.¹⁷⁸

Sağlık hizmetlerinde başarının vazgeçilmez koşullarından birisi de yeterli sayı ve nitelikte personel bulunmasıdır. Dr. Refik Saydam Dönemi'nde, bu koşulun yerine getirilmesi doğrultusunda önemli adımlar atılmıştır. Bu dizeden olmak üzere; hekimlerin sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirmek amacıyla, Yatılı Tıp Talebe Yurtları kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanmıştır. Hekim dışı sağlık personeli yetiştirmek üzere okullar açılmış kurslar düzenlenmiştir. Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine

¹⁷⁷ Necla Kınık, “Geçmişten Günümüze İnce Hastalık”, *İstanbul'da Sağlık Dergisi*, Ocak_Şubat 2010, Ebru Matbaası, s. 44.

¹⁷⁸ Arslan Terzioğlu, a.g.e., s. 14, 15.

alınarak, sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde toplanmıştır. Böylece personelin eğitimi, tayin, terfi ve atamaları belirli bir sisteme bağlanmış ve disiplinize edilmiştir. Bunlara ek olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek bir ücret rejimi uygulanarak, hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmaları çekici hale getirilmiştir.¹⁷⁹

Dr. Refik Saydam'ın tesis ettiği bu yurttaki bir disiplin altında ve her türlü giderleri devlet tarafından temin edilerek yetiştiriyorlar ve doktor çıkınca da Sağlık Bakanlığı'nın gösterdiği yerlerde hekim veya hükümet tabibi olarak çalışıyorlardı. Böylece Doğu Anadolu il ve ilçelerindeki hükümet tabiplikleri için lüzumlu bir çoğu temin edildiği gibi sağlık kuruluşlarına da uzman hekim temini mümkün olabilmisti.¹⁸⁰

Cumhuriyetle beraber kurulan Sağlık Bakanlığı, bir yandan hastaneler açmak, bir yandan da halk sağlığını koruyucu tedbirler almak zorunda kaldı. Bu tedbirlerin başında bulaşıcı ve salgın hastalıklarla savaş geliyordu. Yurdumuzda ayrıca frengi, sıtma, trahom, verem gibi millet varlığını tehdit eden sosyal hastalıklar vardı. 1925 de Frengi ve trahomla savaş başladı. Memleketin her yeri ayrı ayrı taranarak frengili, trahomlu hastalar tesbit edildi. Ayrıca savaş hastane ve dispanserleri, açılarak hastaların iyileştirilmesine, ve hastalığın önlenmesine çalışıldı. Çiçek, kolera, veba, tifüs gibi bulaşıcı ve salgın hastalıkların memleket içinde yayılmasını önleyici bütün tedbirler alındı. Sıtma ve verem için programlar hazırlandı. 1925 den itibaren, sıtmalık bölgeler ayrılarak savaşa geçildi. Veremin yayılmasını önleyici tedbirler alınmaya başlandı.¹⁸¹

Buna karşılık o günlerin çok yaygın ve önemli bulaşıcı hastalıklarını kontrole almak için bulaşıcı hastalık savaşını köylere kadar götürmüştür. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personeline daha yüksek ücret ödemiş, tabiplerin hastaları tedaviden ziyade, sıhhatli olanların bu hallerinin korunması için çalışma anlayışını

¹⁷⁹ Recep Akdur , a.g.m., s. 1987.

¹⁸⁰ Arslan Terzioğlu, a.g.e., s. 16.

¹⁸¹ Suat Seren , Aliye Seren, a.g.e., s. 4, 3.

savunmuştur. Tıp talebe yurtları açarak hekim ve sağlık memuru yetiştirip mecburi hizmete tabi tutmuşsa da kadın sağlık personeli yetiştirmeye önem vermemiştir.¹⁸²

Türkiye’de kadınların Tıp Fakültesine kabulleri 1922 yılında başlamış, ilk mezunları 1927 de diploma almışlardır.¹⁸³ Teşkilatlanma olarak Hükümet Tabipliği Sağlık Müdürlüğü örgütünü temel birim kabul etmiş zamanında önemli kanunlar çıkarılmıştır. Bu dönemde koruyucu ve tedavi edici hizmetler entegre edildiği ve köylere kadar uzanan bir yapılanma hedeflenmişse de tam bir başarı sağlanamamıştır. Bu dönemde sıtma ve işçi sigortaları kanunları önemli gelişmelerdir.¹⁸⁴

Bu dönemin öne çıkan politikalar şunlardır; Dr. Refik Saydam, zamanın tek tıp fakültesinin cazibesini arttırıp, öğrencilerin okuma, barınma ve giyinme giderlerini karşılamıştır. Böylece, 1923 yılında 554 olan hekim sayısını 1930’da 1182’ye, 1940’da 2387’ye çıkarmıştır. Dikey Örgütlenme ilkesinden hareketle, her hastalık için bir örgüt kurmuştur. Örgüt sisteminde; ilde valilerin sorumluluğunda il müdürleri, ilçelerde kaymakamın sorumluluğunda hükümet tabipleri görev yaparlar ve sağlık işlerini yürütürlerdi.¹⁸⁵

Refik Saydam Dönemi’nde, tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır. Görevler devletin çeşitli organları arasında paylaştırılmış ise de, bunların ürettiği hizmetlerin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı’nda toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir.¹⁸⁶

¹⁸² Said Bodur, a.g.e., s. 4.

¹⁸³ Ferudun Nafiz Uzluk, a.g.e., s. 312.

¹⁸⁴ Said Bodur, a.g.e., s. 4.

¹⁸⁵ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 42.

¹⁸⁶ Recep Akdur, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması”, <http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp>, (Erişim: 13/10/10), s. 13.

2.1.2. Dr. Behçet Uz dönemi

Dr. Saydam Dönemi'nden sonraki, ilk önemli girişim; 1946-1950 yılları arasında bakanlık yapan, Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan “Birinci On Yıllık Sağlık Planı”dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Behçet Uz Planı diye de anılan bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü.¹⁸⁷

2.2. 1950-1960 Dönemi

1950-60 döneminde hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul görmesi, hasta tedavi hizmet standardının yükseltilmesi, her il halkına eşit imkan sağlanması, tedavi ve koruyucu hizmetlerin birarada yürütülmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır. Ancak hastane hizmetleri gelirken koruyucu hizmetler ikinci planda kalmış ve sağlık personeli yetiştirmeye yeterince önem verilmemiştir.¹⁸⁸ Demokrat Parti döneminde sağlık politikasındaki değişiklikler önemlidir ve şöyle özetlenebilir:

Genel Sağlık Sigortası kurulması için çalışmalar başlatılmış ve uzun çalışmalar sonunda bunun mümkün olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Uluslararası kuruluşlar ile, özellikle Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF ile işbirliğine ve bu kuruluşlardan yardım sağlanmasına büyük önem verilmiştir. Ana-çocuk sağlığı ve tüberküloz savaşı gibi koruyucu hekimlik hizmetlerine bu kuruluşlardan destek sağlanmıştır. Hemşire ve

¹⁸⁷ Recep Akdur , “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri ”, s. 1987.

¹⁸⁸ Said Bodur, a.g.e., s. 5.

ebe açığını kapatacak önlemler alınmak islenmiş ama bunda başarı sağlanamamıştır. 1960 yılına gelindiğinde, ülkede hekim sayısı 9826, hemşire ve yardımcı hemşire sayısı 2420, ebe ve köy ebesi sayısı 3126 olmuştur. Ülkede sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için Sağlık Bakanlığı'na önerilerde bulunmak üzere yabancı uzmanlar davet edilmiştir.¹⁸⁹

1952 yılında Ana ve Çocuk Sağlığı Teşkilatı kurulmuş; Ana ve Çocuk Sağlığı merkez, şube ve istasyonları açılmıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, tedavi hizmetleri ile koruyucu hekimlik hizmetlerinin birlikte verilmesi görüşü ağırlık kazanmış ve Sağlık Merkezlerinin kurulması kararlaştırılmıştır.¹⁹⁰

Memleket hastanelerinin bir kısmı zamanla bağlı oldukları mahalli teşkilata mali bir yük teşkil etmeleri ve bu müesseselerin yetersiz bütçeleri sebebiyle hastanelerin randımanlı bir şekilde çalışmamaları yüzünden 1954 yılında çıkarılan yeni bir kanunla yataklı tedavi müesseselerinin pek çoğu SSYB'na devredilmiş, sadece Ankara, İstanbul, İzmir gibi bazı büyük illerde belediyelere, özel idarelere, vakıflara ve üniversitelere bağlı pek az miktarda hastane bu katılışın dışında bırakılmıştır.¹⁹¹

Dr. Refik Saydam tarafından, yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi hizmetleri görevi resmen Sağlık Bakanlığımıza devredilmiştir. Bunu takiben bütün belediye hastaneleri devletleştirilmiş ve işletmeye açılmıştır. Bu uygulama, koruyucu hizmetlerde görev yapan sağlık personelinin hastanelere kaymasına neden olmuş ve koruyucu hizmetlerde giderek personel boşluğu doğmuştur. Bunun yanı sıra, yeterli hemşire olmadığından tedavi hizmetleri de istenen düzeye çıkarılamamıştır.¹⁹²

¹⁸⁹ Haydar Sur, Hacer Gürol, “Cumhuriyetimizin 75 Yıllık Geçmişinde Sağlıkta Yaşananlar”, *Türkiye Ansiklopedisi Cumhuriyet Sosyal Değerlendirme*, Cilt III, s. 2035.

¹⁹⁰ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 42.

¹⁹¹ Şemsi Özdilek, Nejat Akgün, *Hastane İdaresi ve Organizasyonu*, Ankara, 1970, Ankara Yarı Açık Cezaevi Matbaası, s. 21.

¹⁹² Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 42.

2.3. 1960 Sonrası Dönem

27 Mayıs 1960 ihtilalinden sonra Türkiye, planlı Kalkınma Dönemine geçmiştir. Bu dönem, toplumun ve özellikle kırsal yörelerdeki halkın ihtiyaçlarının geleneksel ve gelişigüzel önlemlerle çözülemeyeceğinin bilincine varıldığı bir dönemdir. Planlı Kalkınma Dönemi ile birlikte sağlık sektöründe iki önemli düzenleme getirilmiş olup, bunlar; 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanunlardır.¹⁹³

27 Mayıs 1960 tarihinde Silahlı Kuvvetlerin yönetime el koyusundan sonra planlama uzmanları, Türkiye'deki nüfus artışı kontrol edilmeden yeterli kalkınma sağlanamayacağını görmüşler ve aşırı doğurganlığın önlenmesi gerektiği görüşünü ileri sürmüşlerdir. Bu görüşten hareketle, 1965 yılında, o güne kadar bir devlet politikası olarak sürdürülen nüfusu arttırıcı politikadan vazgeçilerek nüfusu sınırlayıcı politikaya geçilmiştir. Yani, “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” çıkartılmıştır.¹⁹⁴

Anayasa'nın ilgili maddeleri doğrultusunda hazırlanan, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir, Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla ve yeniden örgütlenmesi amacıyla, zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri tarihimizde “Sosyalleştirme Dönemi” olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır.¹⁹⁵

224 sayılı Kanunla; eşit hizmet, öncelikli hizmet, sürekli hizmet, katılımlı hizmet, uygun hizmet, entegre hizmet, ekip hizmeti, nüfusa göre hizmet, kademeli hizmet gibi ilkeleri benimsenmiştir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleşmesinin yanında özel

¹⁹³ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 43

¹⁹⁴ Zafer Öztekin, “Temel Sağlık Hizmetleri”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 62.

¹⁹⁵ Recep Akdur, “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, s. 1988.

teşebbüsler de serbest bırakılmıştır. 224 sayılı Kanunla başlatılan “Sosyalizasyon” programı kademeli olarak uygulanmaya konmuştur. Bu programın başlangıcından itibaren sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması konusunda çok çaba harcanmıştır. 1963 yılında Muş'ta başlatılan uygulama ilk yıllarda beklentilere uygun bir şekilde verimli olmasına rağmen, uygulama alanı genişledikçe başarısı sınırlanmıştır. Bunun sebepleri; geleneksel yapının mukavemeti ve toplum sağlığının korunmasının tüm toplumun katılımıyla gelişecek bir sosyal aktivite olduğu gerçeğinin benimsenmemesi ile sosyo-ekonomik ve politik faktörler, mali kaynak ve insangücü yetersizlikleridir. Bu programın büyük ölçüde başarısız olması nedeniyle sağlık hizmetlerini iyileştirmek için yeni önlemler alınmasına gerek duyulmuş; 1978 yılında, 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Kanunu yürürlüğe girmiştir. Bu Kanun ile, ilgili uygulama yönetmeliğinde il, ilçe, bucak ve köyler 16 mahrumiyet bölgesine ayrılmış ve sağlık personelinin geri kalmış yörelerde görev almasını özendirici koşullar getirilmiştir. Tam gün çalışan hekimlere ek ödenekler getiren bu yasa 1980 yılında kaldırılmıştır.¹⁹⁶

İkinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci beş yıllık kalkınma planlarında sağlık politikasının amacına ulaşabilmesi için Birinci Beş Yıllık Kalkınma planından beşinciye kadar değişmeden öngörülen yaklaşım sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun uygulanmasıdır. Bu kanun bir örgütlenme ve ilkeler kanunudur. Örgütlenme modelinde ilk basmakta tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetini yürüten sağlık ocakları; ikinci basamakta ocakların tedavi ve laboratuvar hizmetlerini destekleyen ve tamamlayan hastaneler, dispanserler ve laboratuvarlar vardır. Bu birimlerin hizmetini yönlendiren, destekleyen ve teknik yönden denetleyen yönetim zinciri de grup başkanlıkları, sağlık müdürlükleri ve Bakanlıktan oluşur.¹⁹⁷

¹⁹⁶ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 43, 44.

¹⁹⁷ Nusret Fişek, “Türkiye’de Sağlık Politikaları”, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/14.html, (Erişim: 24/05/2011)

2.3.1. 1960 Sonrası Sağlık Planlamaları

Türkiye’de 1960’dan itibaren ekonomik, sosyal ve kültürel kalkınmanın hızlandırılması, uygulanan politikalar arasında uyum sağlanması, toplumsal ve kültürel dönüşümün uyumlu yönlendirilmesi ve ekonomiye rasyonel kamu müdahalesinin temini amacıyla Kalkınma Planlarının hazırlanması ve uygulanması fikri benimsenmiştir.¹⁹⁸

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde eşitlikçi bir biçimde sağlanması için 1960’ların başında uygulamaya konulan yaklaşım pek çok incelemeye konu olmuş, bu çalışmalarda sağlık yönetiminin ve politikasının bu dönemi diğer dönemlerden keskin bir biçimde ayrılmıştır.¹⁹⁹

1960 sonrası Kalkınma Planlarındaki sağlıkla ilgili düzenlemelerin bazıları şunlardır. **I. BYKP (1963-1967);** Sağlık sigortasının kurulması için gerekli olan çalışmalara öncelik verilmesi, özel sektörün hastane kurma teşebbüslerinin teşvik edilmesi, hastanelerin döner sermayeli kuruluşlar haline getirilmesi konusunun araştırılması, yerli ilaç sanayinin teşvikidir. **II. BYKP (1968-1972);** Genel sağlık sigortasının kurulmasına kademeli olarak geçilmesi, tedavi hizmetlerinin geliştirilmesinde özel sektörün teşvik edilmesi, diğer alanlarda sınırlandırılması, ilaç üretiminde yerli sanayin teşviki, maliyetleri rasyonelleştirmek üzere, hastane hizmet arzında standartların tespitidir. **III. BYKP (1973-1977);** Genel sağlık sigortasının kademeli olarak gerçekleştirilmesi, ilaç sanayinin kanun denetiminde olması ve ilaç hammaddesi üretiminin yurt içinde sağlanmasıdır. **IV. BYKP (1979-1983);** Sağlık finansman yasasının çıkarılması, ilaçların kalite, miktar ve fiyat denetimlerinde Devletin sorumlu olmasıdır. **V. BYKP (1985-1989);** Genel sağlık sigortasına geçişin ele alınması, mevcut sağlık sigortalarının yaygınlaştırılması, özel sağlık müesseseleri ve hastanelerin teşvik edilmesidir.²⁰⁰

¹⁹⁸ D.P.T., ‘1960 Sonrası Dönemde Planlama ve Devlet Planlama Teşkilatı’, <http://www2.dpt.gov.tr/must/tarihce.asp>, (Erişim: 22/12/2011)

¹⁹⁹ Can Umut Çiner - Gürhan Fişek, ‘‘Sağlıkta Sosyalleştirme: ‘Genel’ ile ‘Yerel’in Önemi’’, <http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=73>, (Erişim: 22/12/11)

²⁰⁰ Erdal Sargutan, ‘‘Türkiye Sağlık Sektörü Sağlık Hizmeti Arz ve Talep Sistemlerinde Mevcut Durum ve Öneriler’’, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 129.

7 Mayıs 1987 tarihinde ise 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Bu Kanun'un temel amacı; sağlık hizmetleri ile ilgili temel esasları düzenlemektir. Ayrıca bu Kanun kapsamına, Milli Savunma Bakanlığı hariç, bütün kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler girmektedir.²⁰¹

1980 yıllarda Türkiye'de ekonomik değişimle birlikte sağlık sektöründe de değişim düşüncesi başlamıştır. Liberal ekonomik görüşün sağlığa yansması, sağlık sektörünün, kar amaçlı gelişebileceği, bu hizmetten kamu sektörünün giderek çekilmesi düşüncesini uygulama olanakları aranmaya başlamıştır.²⁰²

2.4. 1990 Sonrası Dönem

1990'lı yılların başlangıcında, sağlık politikası ile ilgili tartışmalar hem DPT'de yapılan bu çalışma hem de hükümet ile Dünya Bankası arasında imzalanan ikraz anlaşması gereğince başlatılan 1. Sağlık Projesi ile yepyeni bir görünüm almıştır. Bu dönemde ayrıca Dr. Behçet Uz döneminden sonra ilk defa bir ulusal sağlık politikası oluşturma çabaları başlamış ve bu çalışmaların ilk ürünü olarak 2000 Yılında Herkese Sağlık hedefleri ile uyumlu Türk Milli Sağlık Politikası dokümanı yayınlanmıştır. Bu dokümanın hazırlanma nedeninin Türkiye'de değişen hükümet ve sağlık bakanları ile birlikte değişmeyecek bir sağlık politikası oluşturmak ve Türkiye'nin 2000 Yılında Herkese Sağlık amacına bağlılığını göstermek olduğu belirtilmiştir. Dokümanda; sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması, toplum katılımı ve sağlık eğitiminin yaygınlaşması, sektörler arası işbirliğinin sağlanması ve Alma Ata'da belirlenen Temel Sağlık Hizmetleri ilkeleri ile uyumlu bir sağlık hizmetleri sisteminin geliştirilmesi, sağlık politikaları açısından öncelikle atılacak adımlar olarak belirtilmiştir. Bu doküman, Türk sağlık politikasının gelişimi içerisinde yazılı ve uygulamaya konmayan bir doküman olmasına karşın ulusal sağlık politikası

²⁰¹ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 44.

²⁰² Remzi Aygün, a.g.m., s. 1979.

oluşturma yönündeki çabaların önemli bir adımını oluşturması ve özellikle 2000 yılında Herkese Sağlık amacının ilk kez açık ve net olarak gündeme getirilmesi nedeniyle son derece önemlidir.²⁰³

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi doğrultusunda ilk adım, 1990 yılında ANAP hükümeti döneminde Dünya Bankası ile imzalanan Sağlık Projesi Kredi Anlaşması ile atılmıştır. Anlaşma, devletin rolünü koruyucu sağlık hizmetleriyle sınırlayarak, tedavi edici hizmetlerinin özel sektör tarafından yerine getirilmesini öngörmektedir. Bu doğrultuda, sosyalleştirme kanununda değişiklik yapılarak, birinci basamak sağlık kurumlarında döner sermaye işletmesi kurulması zorunlu hale getirilmiş, böylece Türkiye’de sağlık hizmetleri fiyatlandırılmıştır. Ayrıca, hastanelerin özzerkleştirilmesi gerektiği, 1990 sonrası iktidara gelen bütün hükümetler tarafından vurgulanmış ve en son Sağlıkta Dönüşüm Programı içinde de yerini almıştır. Ancak bu konuda hala somut bir adım atılamamıştır.²⁰⁴

2.4.1. 1990 Sonrası Sağlık Kalkınma Planlamaları ve Hedefleri

VI. ve VII. Beş Yıllık Kalkınma Planlarında sağlık konusu oldukça geniş bir şekilde yer bulmuştur.

2.4.1.1. VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)

VI. Beş Yıllık Kalkınma Planının başlıklarını kısaca belirtmek gerekirse; Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerini yaygınlaştıracak, temel sağlık hizmetlerini güçlendirecek, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlamasını etkinleştirilip yaygınlaştırılacaktır. Çevre sağlığı ve gıda kontrolü hizmetleri arttırı-

²⁰³ Mehtap Tatar, “Sağlık Politikası ve Planlaması”, <http://www.belgeler.com/blg/29qs/saglik-politikasi-ve-planlamasi>, (Erişim: 21/06/11)

²⁰⁴ İbrahim Sevim, 1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği, (Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstriyel İlişkiler Anabilim Dalı, *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi*), İstanbul 2006, s. 73-74.

lacak ve halkın bu konularda eğitimine ağırlık verilecektir. Sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında koordinasyon sağlanacak, hizmet bilinci yükseltilecek ve iletişim-kayıt sistemlerinde düzenlemelere gidilecektir. Rehabilit edici hizmetler arttırılacaktır. Hastanelerdeki yığılmaları önlemek amacıyla, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecek ayrıca evde bakım hizmetleri geliştirilecektir. Sağlık hizmetlerinin alınmasında özel kesimlerden yararlanmak için teşvikler getirilecek ve Sağlık sigortası kapsamı geliştirilecektir şeklinde sıralamak mümkündür.²⁰⁵

2.4.1.2. VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)

Sağlıkta kaynakların etkili kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin arttırılması amacıyla sistem, finansman, yönetim ve organizasyon, insangücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutları itibariyle yeniden yapılandırılacaktır. Sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşlarının rasyonel planlama yapabilmeleri, etkili hizmet sunumu ve denetimi gerçekleştirebilmeleri için bu kuruluşlarda hizmet sunumu ile finansman birbirinden ayrılacaktır. Sağlık Bakanlığı halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacak, doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolü giderek azaltılacaktır. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımı sağlanacaktır. Sağlık alanına daha fazla kaynak ayrılacak, etkili bir koordinasyon ve işbirliği sağlanmak sureliyle mevcut kaynaklar daha verimli kullanılacaktır. Kamusal kaynaklar öncelikle maliyet etkililiği yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilecektir. Daha kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunulabilmesi için hastaneler, idari ve mali özerkliğe kavuşturulacak, çağdaş işletmecilik anlayışı ile yönetim yapıları güçlendirilecek, bu çerçevede gerekli yasal düzenlemeler yapılacaktır. Sağlık hizmetleri açısından sosyal güvencesi olmayan kesim sigortalananacak, uzun vadede sigorta kuruluşları arasında norm ve standart birliği sağlanarak genel sağlık sigortası sistemine geçilecektir. Hizmet kademeleri arasında gerçekçi ve doğru bilgi akışının

²⁰⁵ S.Haluk Özseri, Muharrem Varlık, ‘‘Sağlık Hizmetlerinin Cumhuriyet Dönemindeki Gelişimi ve Sağlık da Yeniden Yapılanma’’, *Yeni Türkiye Dergisi*, Cilt III, s. 2002-2003.

sağlanması amacıyla bir sağlık enformasyon sistemi geliştirilecek, bireylerin sağlık sicillerinin yer aldığı tek tip kayıt sistemi oluşturulacaktır.²⁰⁶

2.5. 2002-2011 Dönemi Tek Parti İktidarı

Diğer bütün hizmetler gibi sağlık hizmetlerinin ve sağlığın da genel bütçeye, katma bütçelere ve aile bütçesine bir yükü vardır. Milli gelirimizin az da olsa bir kısmını toplumun sağlığını korumak, hastalarımızı tedavi ve rehabilite etmek için harcamaktayız. Sağlık harcamaları deyince kişilere yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlere yapılan harcamalar anlaşılmakta, buna sağlık personeli yetiştirmek için yapılan harcamalar da eklenebilmektedir.²⁰⁷

Sağlık Bakanlığı'na genel bütçeden ayrılan pay, ülkede sağlığa verilen önemle paralellik gösterir. Cumhuriyetten buyana Sağlık Bakanlığı bütçesinin payı % 3 dolayında olmuş, % 2-6 arasında değişmiştir. En yüksek paya 1950-60 döneminde ulaşılmış (% 5-6), bu pay giderek azalıp 1985'de % 2.6'ya kadar düşmüştür. 1990'da Sağlık Bakanlığı'nın bütçe payı % 4.12'ye çıkarılmıştır. 2010 yılı için ise sağlığa ayrılan pay yüzde 4.86 oranındadır. OECD ülkelerinde sağlığa en fazla para ayıranlar ise yüzde 11.2 ile Fransa, yüzde 10.6 ile İsviçre, yüzde 10.5 ile Avusturya ve Almanya olurken Türkiye'nin bu oranların ancak yarısı kadar bütçeden sağlığa pay ayrılmıştır.²⁰⁸

Bütçeden en fazla payı, Bakanlıklar arasında 72 milyar 182 milyon 862 bin 900 lirayla Maliye Bakanlığı almıştır. Maliye Bakanlığını, 35 milyar 853 milyon 699 bin lirayla Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 34 milyar 112 milyon 163 bin lirayla Milli Eğitim Bakanlığı izlemiştir. 2011 yılı bütçesinde Sağlık Bakanlığına ayrılan ödenekler 2010 bütçesine göre %23,7 artarak 17 milyar 241 milyon 263 bin 630 lira olarak öngörülmüştür. 2011 yılında koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için

²⁰⁶ S.Haluk Özşarı, Muharrem Varlık, a.g.m., s. 2004-2005.

²⁰⁷ Said Bodur, a.g.e., s. 56.

²⁰⁸ Anka, "Türk Sağlık-Sen: Sağlığa Ayrılan Bütçe Yılda Bir Puan Bile Artmadı", <http://www.sondakika.com/haber-turk-saglik-sen-sagliga-ayrilan-butce-bir-yilda-1-2410467/>, (Erişim: 01/06/2011)

ayrılan bütçe 6 milyar 424 milyon TL'dir. Aile hekimliği ödenekleri de 2010 başlangıç ödeneğine göre %146,6 oranında artırılarak, 1,3 milyar TL'den 3,3 milyar TL'ye yükselmiştir. 2011 yılı SGK sağlık harcamalarının 33 milyar 349 milyon TL, toplam kamu sağlık harcamalarının ise 41 milyar 577 milyon TL olacağı tahmin edilmektedir. 2010 yılının ilk sekiz ayında tedavi hizmetleriyle ilgili yaklaşık 184 milyon müracaat olmuştur. 2009 yılının ilk sekiz ayında bu rakam 166 milyon idi. 2009 yılında 63,34 lira olan müracaat başına maliyet 2010 yılında 66,50 liraya çıkmıştır.²⁰⁹

Tablo 13 : SGK Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri (bin TL)

Yıllar	Devlet Katkısı Hariç Prim Gelirleri	Emekli Aylığı Ödemeleri	Sağlık Ödemeleri	Prim Gelirlerinin Emekli Aylıklarını ve Sağlık Ödemelerini Karşılama Oranı (%)
2000	6.575.358	6.756.700	2.633.552	70
2001	9.739.521	10.696.600	4.575.995	63,8
2002	14.821.913	16.687.400	7.629.027	61
2003	21.178.426	25.174.200	10.661.718	59,1
2004	27.423.790	30.660.700	13.150.129	62,6
2005	30.882.405	38.537.100	13.607.884	59,2
2006	41.619.875	45.075.855	17.666.674	66,3
2007	44.051.677	52.311.728	19.983.613	60,9
2008	54.546.453	59.136.539	25.345.913	64,6
2009	54.579.182	68.603.972	28.810.684	56
2010 (ilk 9 ay)	47.818.614	58.596.904	24.148.298	57,8

Kaynak: S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”, s. 10.

SGK'nın sağlık hizmetleri sunucularına yaptığı ödemeler, 2010 yılının ilk sekiz ayında toplam 12 milyar 285 milyon lira olmuştur. 2009 yılının ilk sekiz ayında

²⁰⁹ S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”, s.10.

bu rakam 10 milyar 507 milyon liraydı. Yaklaşık %16,92'lik bir artış söz konusudur.²¹⁰

Tablo 14 : Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Mevcut Göstergeler

Sağlık Kurumlarına Müracaat Sayısı ve Orantısal Artış	2002	2009
Sağlık Bakanlığı (I.ve II.Basamak)	166 Milyon	417 Milyon
Kişi Başına Müracaat Sayısı	2,4	6,1
Üniversite Hastaneleri	9 Milyon	18 Milyon
Kişi Başına Hastaneye Müracaat Sayısı	0,13	0,26

Kaynak: Sağlık-Sen, “Sağlıkta Kadın Emegi Türkiye Araştırması”,
http://www.sagliksen.org.tr/kitap/anket_hmsrlr_gunu_2010.pdf, (Erişim: 1/2/11), s. 7.

Bu verilere göre sağlık hizmetlerinde yaklaşık üç kat artış söz konusudur. Türkiye’de 2003 yılında başlayan ve 7 yılı aşkın süredir uygulamada olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanma oranları ciddi şekilde artmıştır.²¹¹

Dokuzuncu Kalkınma Planında (2007–2013), öncelikle sağlık hizmetlerinin mevcut durumuna ilişkin açıklama ve verilere yer verilmiştir. Bu bağlamda, bir önceki plan döneminde sağlık alanında yatak sayısı ve kullanım oranları, bebek ölüm hızı, sağlık personeli sayısı ve aşılamaya gibi göstergelerde iyileşmeler kaydedildiği ancak henüz istenen düzeye ulaşamadığı belirtilmiştir.²¹²

Bir ülkede izlenen, sağlık politikasının başarı ya da başarısızlığını değerlendirmek için, ulusal gelirini sağlığa ne kadarını harcadığına bakılır.

²¹⁰ S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”, s.10.

²¹¹ Sağlık-Sen, “Sağlıkta Kadın Emegi Türkiye Araştırması”,
http://www.sagliksen.org.tr/kitap/anket_hmsrlr_gunu_2010.pdf, (Erişim: 1/2/11), s. 7.

²¹² İbrahim Sevim, *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi*, s. 83.

Tablo 15 : Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Türkiye, 2007

	Milyon TL
GSYİH	843.178
Cari Sağlık Harcaması	46.495
Yatırım Harcaması	4.409
Toplam Sağlık Harcaması (Cari+Yatırım)	50.904
Cari Sağlık Harcamasının GSYİH'ya oranı (%)	5,5
Yatırım Harcamasının GSYİH'ya oranı (%)	0,5
Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya oranı (%)	6,0

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, “2008 Sağlık İstatistikleri Yıllığı”

http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri2008.pdf, 30/08/2010, s. 115.

Sağlık Bakanlığı ve SSK 2003 İstatistik yıllıklarından edinilen bilgilere göre, Türkiye’deki yataklı sağlık tesislerinin yüzde 56’sını elinde bulunduran Sağlık Bakanlığı, SSK bünyesindekilerin de katılımıyla bu payını yüzde 68’e çıkardı. Devirle birlikte Sağlık Bakanlığı’na ait yatak sayısı da yüzde 17 arttı. SSK’nın 95 hizmet hastanesi, 22 bölge hastanesi, 7 eğitim hastanesi, 5 eğitim-özel dal hastanesi, 16 özel dal hastanesi, 1 meslek hastalıkları hastanesi, 1 meslek-özel dal hastanesi, 1 meslek ve hizmet hastanesi olmak üzere yataklı toplam 148 tedavi kurumu, Sağlık Bakanlığı bünyesine geçti. Ayrıca SSK’nın, 212 dispanser, 202 sağlık istasyonu, 3 ağız diş sağlığı merkezi, 6 dispanser-ağız diş sağlığı merkezi, 2 dispanser-hemodiyaliz olmak üzere toplam 425 yataksız sağlık tesisi de Sağlık Bakanlığı tesislerine eklendi. SSK’nın tüm kurumlarındaki, 6 bin 364’ü uzman, 3 bin 675 asistan ve pratisyen hekim olmak üzere toplam 10 bin 39 doktor da devirle birlikte Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet verecektir. Ayrıca SSK kurumlarındaki 620 diş hekimi, bin 235 eczacı, 12 bin 420 hemşire, 4 bin 148 sağlık memuru, bin 974 ebe ve 21 bin 101 diğer sağlık personeli, 2 bin 193 işçi, 255 sözleşmeli personel olmak üzere toplam 53 bin 985 kişi kadrolarıyla Sağlık Bakanlığı’na kaydırılmıştır.²¹³

²¹³ “Sağlık Bakanlığı’nda Devir Artışı”, <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/kategorisiz/tr-saglik-bakanligi8217nda-8216devir8217-artisi-1-666-148.html>, (Erişim: 19/09/2011)

Özetle AKP'nin iktidarı döneminde önce Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri ile Sosyal Sigortalar Kurumuna ait SSK hastaneleri birleştirilerek, yoğunluk hafifletildi. SSK'lıların doğrudan devlet hastanelerine gitmeleri sağlandı. İkinci radikal adım, sadece devlet memurlarının doğrudan başvurusuna izin verilen Üniversite hastanelerinin kapısı SSK'lılar ile Bağ-Kur'lulara da sevsiz olarak açıldı. Böylece, aile üyeleri de dikkate alındığında yaklaşık 50 milyon kişiyi ilgilendiren bir adım atıldı. Kurum eczanelerinde saatler süren ilaç kuyrukları da AKP iktidarı döneminde atılan bir adımla kaldırıldı.²¹⁴

2.6. Türkiye’de Demografik Yapı

İnsan faktörü ekonomik kalkınmanın hem amacı hem de aracıdır. Bir ülkenin nüfusunda erkek sayısının kadına oranla azlığı yada çokluğu o toplumun kuvvet ve gelişiminde önemli bir etken olmaktadır. Türkiye'nin nüfusunda görülen yaş grupları dağılımı genç ve dinamik bir durum ortaya koymaktadır. Ülkemizin demografik yapısı özellikle 1950'lerden itibaren değişmekte nüfus başlangıçta kırsal alanda yoğunlaşmış iken, bugün kentlerde yoğunlaşmış durumdadır. Nüfus yoğunluğu ya da nüfusun ülke içindeki dağılımının bilinmesi sosyal ve kültürel açıdan önemli olmakla beraber ülkelerarasında karşılaştırma olanağı da vermektedir. Öte yandan nüfus planlaması ülkelerin gelişimi ve bireylerin Milli Gelir'den ne kadar pay alacağını belirleyen etmenlerden birisidir.²¹⁵

2.6.1. Ekonomik Yapı

İnsanların ekonomik koşulları da insan sağlığını, hatta gelecek kuşakların sağlığını gene kendi kusurları olmadan olumsuz etkilemekleedir. Yoksul bir insan sağlıklı beslenmesi için gerekli tüketim maddelerini para verip alamıyorsa, geçim sıkıntısından ötürü sağlık koşullarına uygun bir konut yerine yeterli ışık ve güneş

²¹⁴ “Sağlık Reformları, AK Partiye Zafer Getiren Nedenlerden”, <http://saglikkurumu.com/pg/bookmarks/misafir/read/87511/saglik-reformlari-ak-partiye-zaferi-getiren-nedenlerden>, (Erişim: 20/06/11)

²¹⁵ “Türkiye'nin Demografik yapısı”, <http://www.baktabul.net/ekonomi-isletme/26301-turkiye-nin-demografik-yapisi.html>, (Erişim: 16/01/2012)

alamayan, elektrik ve suyu olmayan daracık bir yerde barınmak zorunda kalıyorsa, hastalandığında doktora gidemiyor, ilaç alamıyorsa, geçinebilmek için normal iş saati yerine sürekli fazla mesai yaparak bedenini ve sinir sistemini yıpratıyorsa, ailesiyle birlikte karın tokluğuna yaşamağa tutsak kılınmışsa bu kişinin ve ailesinin fizyolojik ve ruhsal sağlıklarını ne ölçüde koruyabilecekleri önemli bir soru olarak karşımıza çıkar. Hatta sağlıksız beslenmek zorunda kalan, yeterli protein, karbonhidrat, vitamin üçlüsünü düzenli alamayan bir kadının yarın gebe kaldığında karnındaki çocuğun ne ölçüde sağlıklı olabileceği düşünülebilir? Görülüyor ki ekonomik nedenlerle yoksulluk içinde yetişmiş bir kimsenin durumu bir sonraki kuşağın sağlıklı olup olamayacağını etkilemektedir. Hele ki doğan çocuğun aynı ekonomik yoksunluk ortamına gözünü açması çocuğun sağlıksızlığa doğmadan önce ve doğuştan tutsak kılınması demektir ki onu tutsak kılan, ailenin içinde yaşadığı kötü ekonomik koşullardır. Bozuk ekonomik koşullar içindeki bireyler beslenme ve barınma yetersizliğine düşmelerinin yanısıra düzenli toplumsal ilişkiler de kuramazlar. Toplumsal kültürel olanaklardan gereğince yararlanamazlar. Eğitim olanaklarını kullanamazlar ve giderek salt ekonomik yoksulluktan kaynaklanan bir eğitim ve kültür geriliğinin içine yuvarlanırlar. Eğilim ve kültür geriliğinin de insan sağlığı ve özellikle çocuk yetiştirilmesinde ortaya çıkardığı zararları ayrıca anlatmağa gerek yoktur. Bilgisiz ana ve baba elinde yetişen çocuk birgün kaçınılabilir ve önlenabilir bir hastalıktan ötürü ölürse, durumu “Allah verdi, Allah(c.c.) aldı” kaderciliği içinde kabul eden ailelerin çok olduğu bir toplum sağlıklı sayılamaz.²¹⁶

İnsan sağlığında beslenmenin önemini düşünürken, bedeni biyokimyasal bir makineye benzetebiliriz. Bu makineye verdiğiniz yakıtın kalitesi makinenin yalnız hemen o andaki çalışmasını değil, zamanla makinenin ne şekilde yıpranacağını da belirler. Makinenize benzin yerine parafin koyup da çalışmadığını görürseniz pek de şaşmazsınız. İşte bunun gibi, bedeninize sağladığınız besinlerin niteliği ve niceliği de sağlığımızı etkiler. Unutmamak gerekir ki, hastalıktan korunma, hastalığı tedavi etmekten çok daha ucuzdur.²¹⁷

²¹⁶ İlhan Tomanbay, a.g.e., s. 26, 27.

²¹⁷ Stephen Davies - Alan Stewart, *Hastalanmadan Yaşamak Bizim Elimizde*, Remzi Kitabevi, 2. Baskı, İstanbul, 1993, , Evrim Matbaacılık, s. 167.

Tablo 16 : Gelire Göre Sıralı %20’lik Gruplar Ayrımında Hane Halkı Tüketim Harcaması Türleri , 2009 , Türkiye Aylık Ortalama

TÜKETİM HARCAMASI TÜRÜ	GELİR GRUBU(YATAY %)					
	TOPLAM	1.%20	2.%20	3.%20	4.%20	5.%20
TOPLAM	100.0	9.1	13.4	18.0	22.9	36.6
GIDA VE ALKOLSÜZ İÇECEKLER	100.0	13.5	16.5	19.9	22.4	27.7
ALKOLLÜ İÇECEKLER, SİGARA VE TÜTÜN	100.0	12.2	15.4	20.5	22.8	29.1
GİYİM VE AYAKKABI	100.0	7.9	11.8	16.7	21.6	41.9
KONUT VE KİRA	100.0	9.6	15.0	19.4	23.2	32.7
EV EŞYASI, EV BAKIM HİZMETLERİ	100.0	7.6	13.0	18.1	22.6	38.8
SAĞLIK	100.0	10.5	14.9	15.3	22.4	37.0
ULAŞTIRMA	100.0	5.0	9.1	14.9	23.5	47.5
HABERLEŞME	100.0	7.6	11.7	16.9	24.3	39.5
EĞLENCE VE KÜLTÜR	100.0	5.5	8.4	15.3	24.2	46.6
EĞİTİM	100.0	3.2	4.9	11.9	19.7	60.4
LOKANTA VE OTELLER	100.0	5.4	10.7	16.5	23.3	44.1
ÇEŞİTLİ MAL VE HİZMETLER	100.0	6.5	11.0	15.6	23.3	43.7

Kaynak: *İstatistiklerle Türkiye 2010*, s. 47.

Gelir dağılımı eşitsizliğinin yüksek düzeyde olması yoksul kesimin büyüklüğünü artırır. Yoksul kesim ise gelir düzeyi yüksek gruplara kıyasla yetersiz beslenen ve yetersiz sağlık ve eğitim hizmeti alan bir kesimdir. Yoksulluğa karşı etkin mücadele etmenin yolu özellikle eğitim ve sağlık hizmetlerine erişim attırılmak suretiyle fırsat eşitliğinin sağlanmasıdır. Yeterli olanağa sahip olan yüksek gelirli gruplar eğitim ve sağlık gibi kısmen bedava sunulan hizmetlerden yoksullara kıyasla orantısız biçimde daha fazla yarar elde edebilmektedir.²¹⁸

²¹⁸ Çoşkun Can Aktan - İstiklal Yaşar Vural, “Makro Ekonomik Politikalar, Gelir Dağılımı ve Yoksulluk”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/yoksulluk/birinci-bol/aktan-vural-makro-ekonomi.pdf> (Erişim: 15/05/2011), s. 20.

Tablo 17: İşgücü Durumu

Temel Göstergeler	2008	2009
Kurumsal Olmayan Sivil Nüfus (bin kişi)	69.724	70.542
15 ve daha yukarı yaştaki nüfus (bin kişi)	50.772	51.686
İş gücü	23.805	24.748
İstihdam	21.194	21.277
İşsiz	2.611	3.471
İş gücüne katılma oranı (%)	46,9	47,9
İstihdam oranı (%)	41,7	41,2
İşsizlik oranı (%)	11	14
Tarım dışı işsizlik oranı (%)	13,6	17,4
Genç nüfusta işsizlik oranı (%)	20,5	25,3

Kaynak: Özgür Acar, “TÜİK Hane halkı İşgücü Anketi 2009 Yılı Anketi”, www.ceis.org.tr/dergiDocs/istatistik43.pdf, (Erişim: 27/02/11), s. 1.

Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) Hane Halkı İşgücü Araştırması, “2010 Ağustos Dönemi Sonuçlarına (Temmuz, Ağustos, Eylül 2010)” göre, 2009 yılı Ağustos ayında 3 milyon 429 bin olan işsiz sayısı, Ağustos 2010’da 2 milyon 971 bin oldu. İstihdam ise 22 milyon 108 binden, 23 milyon 195 bine çıktı. Resmi işsizlik rakamları Ağustos 2010’da % 11,4 oldu. Sayıları 4,7 milyona varan genç işgücü alanında, iş bulabilenler 3,7 milyonda kaldığından genç işsiz sayısı bir milyonu aşmış durumdadır. İşsiz gençlerin yaklaşık % 60’ı genç erkeklerden, % 40’ı genç kadınlardan oluşmaktadır.²¹⁹

İşsizlik, bireyler açısından ekonomik ve sosyo-psikolojik boyutları olan bir kayıp olarak önem kazanmaktadır. İşsizlikle birlikte gelirin, statünün, diğer yandan işe bağlı sosyal çevre ve bireysel tatminin yitirilmesi kişiler açısından başa çıkılması zor bir durum olarak algılanmaktadır. İşsiz kalan bireyler İşsizlik süresinin uzaması

²¹⁹ S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”, s. 3.

ile birlikte özgüvenini yitirmeye başlamakta, kendisinden ve toplumdan kaçmanın bir yolu olarak kahvehane ve birahane gibi mekânlara sıklıkla gitmeye başlamaktadır. Bu yerler işsiz insanların genel buluşma ortamlarına dönüşmekte işsizlerin birbirlerine sosyal ve psikolojik terapi uyguladıkları alanlar olarak yeni bir anlam kazanmaktadır. Psikolojik açıdan işsizlerin kendilerini bir derece rahat hissettikleri bu ortamlar genel olarak alkol ve yoğun sigara kullanımına bağlı olarak fiziksel sağlıklarını tehdit eden alanlardır. Bu durum ise birtakım sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir.²²⁰

Tablo 18 : Bölgeler Arası Kişi Başına Harcama ve Gelir Rakamları

Bölgeler	Devletin yaptığı kişi başı harcama	Kişi başı gelir
Güneydoğu	1342,7	327,6
Doğu	2062,1	344,9
Ege	1143,8	1.308,8
Marmara	1228,8	2.944,3
İç Anadolu	1600,8	1116,5
Karadeniz	1538,5	669,4
Akdeniz	1311,4	911,3

Kaynak: S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”, s. 6.

Bölgeler arası kişi başına harcama ve gelir rakamları, merkezden en fazla paranın Doğu Anadolu’ya, en az paranın ise Ege bölgesine harcandığını göstermektedir.

²²⁰ Tuncay Yılmaz - Fatma Fidan - Veli Karataş, “İşsizliğin Sosyo-Psikolojik Sonuçları: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Bireylerin Tutumları, <http://www.iudergi.com/tr/index.php/sosyalsiyaset/article/viewFile/214/204>, (15/05/2011), s. 10.

Tablo 19 : Türkiye Geneli - Doğu ve Güneydoğu'ya Dair Bazı İstatistik Veriler

	Türkiye Geneli (Ortalama)	Doğu ve Güneydoğu (Ortalama)
Hane Başı Gelir	8500 TL	3591 TL
Kişi Başı Yerel İdare Harcaması	366 TL	187 TL
Yeşil Kart Oranı	%13,3	%45,8

Kaynak: S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”, s. 6.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Kasım 2010'da, toplam yeşil kartlı sayısı 9 milyon 388 bin 146'dır. Yoksulluğun bir göstergesi olan yeşil kartla tedavi olanların % 46'sının, Doğu ve Güneydoğu Anadolu'daki 21 ilde yaşadığı görülmektedir. Yeşil kartlılık oranı Hakkâri, Ağrı, Van ve Bitlis'te nüfusun yarısını aşmaktadır. Yeşil kartlı sayısının yüksek olduğu ilk on il ise; Adana, Ağrı, Diyarbakır, Erzurum, Hatay, İstanbul, Kahramanmaraş, Mardin, Şanlıurfa ve Van olarak kaydedilmiştir.²²¹

Bölgenin Mevcut Sorunları şu şekilde sıralayabiliriz; hızlı nüfus artışı, yönetimdeki bozukluklar cihaz yetersizliği, sağlık kurumlarının yer seçimindeki uygunsuzlukları, parasal eksiklikler, içme ve kullanma sularının yetersizliği, göçler, kişilerin ekonomik yönden yetersizlikleridir. Bunlara ilaveten nüfustaki artış, kentleşmedeki artış, aile yapısı gibi sorunlara bağlı olarak bulaşıcı ve sosyal hastalıklarda artış beraberinde sağlık kurumlarına ihtiyacı daha da artıracaktır.²²²

Yeterli geliri olmayan kişilerin sağlık hizmetlerini satın alamaması doğrudan doğruya topluma yayılacak dışsal faydaları sınırlamaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri açısından Yeşil-Kart uygulaması ve sübvansiyonlar sağlanarak sosyal fayda yaygınlaştırılmalıdır.²²³

²²¹ S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”, s. 6.

²²² Alaattin Sever Aydın, “Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Sağlık Sorunları”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 206.

²²³ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 103.

Yeşil Kart uygulaması, Genel Sağlık Sigortası uygulamalarına geçiş niteliği taşımaktadır. 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun ile Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girene kadar, hiçbir sosyal güvencesi olmayan ve sağlık harcamalarını karşılayamayan vatandaşların sağlık giderlerinin devlet tarafından finanse edilmesi kabul edilmiştir. Yeşil Kart, kazançları belli bir gelir düzeyinin altındaki yoksul vatandaşlara verilmektedir. Devletin buradaki amacı, sağlık hizmetlerinin sunumunda vereceği sübvansiyonu gerçekten muhtaç kişilere ulaştırmaktır. 3816 sayılı Kanun'un geçici 2. maddesine göre; Yeşil Kart uygulamasına Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri ile geri kalmış yörelerde başlanacaktır.²²⁴

Tablo 20: Türkiye Geneli - Doğu ve Güneydoğu da Anne Ölüm Oranı, Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar, Doğum öncesi bakıma Dair Veriler

(2008 YILINA AİT)	Anne ölüm oranı (yüz bin canlı doğumda)	Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar %	Doğum öncesi bakım (en az dört ziyaret) %
Türkiye	19.4	8.7	73.7
Güneydoğu Anadolu	22.6	21.9	47.0
Ortadoğu Anadolu	26.1	34.0	44.4
Kuzeydoğu Anadolu	22.9	24.5	45.1

Kaynak: SES, “2010 Yılı Sağlık Raporu”, s. 6.

Anne ve bebek ölüm oranları sağlık düzeyi açısından önemli ölçütlerdir. Anne ölümlerinin bölgede yüksek olmasının başlıca nedenleri, gelir düzeyinin düşüklüğü, eğitimsizlik, sık ve erken yaşta doğumlar, doğumun eğitimli sağlık personeli olmadan uygunsuz koşullarda gerçekleşmesi, anadilde hizmeti sunulmaması, doğum sonrası bakımın yeterli düzeyde alınamamasıdır.²²⁵

²²⁴ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 96.

²²⁵ S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”, s. 6.

Tablo 21 : Türkiye Geneli - Doğu ve Güneydoğu Anadolu Karşılaştırması

	Türkiye Geneli	Doğu ve Güneydoğu Anadolu
Ehil olmayan Ebe oranı	%4,3	%13,9
Evde doğum	%9,7	27,2
Doğum sonrası ilk bakım alamayan %	15,5	32,6
Neonetal ölüm hızı %	1,5	2,4
Bebek ölüm hızı %	2,6	3,9
5 yaş alt ölüm hızı %	3,3	5

Kaynak:S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”, s. 7.

Ancak bebek ölüm hızlarının doğudaki yüksek seyri, sağlık hizmetine ulaşım ve hizmetten faydalanma eşitsizliğinin derinliğini göstermektedir. Doğuda, doğan her 100 bebekten 16,7’si 2,5 kilodan az doğmaktadır. Birçok araştırma, çocuk ölümlerinin en az % 50’sinin yetersiz beslenme ile ilişkili olduğunu, orta derecede beslenme yetersizliği olan çocukların 4,6 kat daha fazla ölme riski taşıdığını göstermektedir. Bebeklerin doğumdan itibaren sağlık kontrollerinin yapılması bebek ölümlerinin önlenmesi bakımından çok önemlidir. Doğum sonrası bakımın bölgede Türkiye ortalamasının altında olması doğumun hastane dışında sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşme oranının yüksek olmasıyla da ilişkilidir. Sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı düşük eğitim ve refah düzeyine sahip kadınlarda %71 iken, en yüksek eğitim ve refah düzeyindeki kadınlarda bu oran %100 dür. Yine refah düzeyi yüksek hanelerdeki çocuk ölüm oranları refah düzeyi düşük ailelerdeki çocuk ölümlerinin üçte biri oranındadır.²²⁶

Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde Gayri Safi Milli Hasıla, Batıya göre çok az olduğu gibi sağlık alanında da Batı illerinin çok çok gerisindedir. Bölgedeki göç, uzun süren çatışma ve şiddet olayları nedeniyle bölgede yoksulluk artmış, sağlık

²²⁶ S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”, s. 7.

düzeyi ise gerilemiştir. Vatandaşın ruhsal problemleri artmıştır. Bölgedeki sağlık sorunlarının temelinde; yoksulluk, işsizlik, beslenme yetersizliği ve göç en önemli faktörlerdir. Sağlık yönünden iyileştirme sağlayabilmek için bu soranların mutlaka çözülmesi gerekmektedir. Bölgede yapılacak yatırımlar ekonomiyi düzeltereği gibi sağlık yönündeki gelişmeleri de çok olumlu bir şekilde etkileyecektir.²²⁷

On bin kişiye düşen hastane yatak sayılarına baktığımızda Türkiye ortalaması 26,3 iken, Güney Doğu Anadolu 15,5 ile Türkiye'nin en eşitsiz bölgesidir. Onu takip eden Ortadoğu Anadolu ve Kuzeydoğu Anadolu'dur. On bin kişiye düşen yoğun bakım yatak sayısı Türkiye'de 2,0 iken, Güneydoğu Anadolu'da 1,4'tür. Yine Güneydoğu'yu Ortadoğu ve Kuzeydoğu Anadolu izlemektedir. Onbin kişiye düşen hemodiyaliz cihaz sayısı incelendiğinde bölge Türkiye'den keskin bir hatla ayrılmaktadır. Aynı durum MR ve BT cihazı içinde geçerlidir.²²⁸

Gelişmiş ülkelerdeki sosyal güvenlik sisteminin içinde bulunduğu krizin ana nedenleri, nüfusun yaşlanması, hayatta kalma beklentisinin yükselmesi ve emeklilik programlarının olgunlaşmasıdır. Oysa Türk Sosyal Güvenlik Sistemindeki kriz döneminin ana nedenleri, finansman açığıdır. Finansman açık nedenlerini, kayıt dışı istihdamın şekli, erken emeklilik uygulamaları, prim alınmadan yapılan sigorta ödemeleri olarak sayabiliriz. Şöyle ki, 64 yaş ve üstü nüfus oranı Türkiye için 2012 yılında % 7 olması öngörülüyor. Tahminlere göre, 2039 yılında da bunun % 100 artışla % 14'e tekabül etmesi bekleniyor.²²⁹ Türk sosyal güvenlik sisteminin karşılaştığı finansman krizi, kamu finansmanı üzerinde yarattığı baskı dolayısıyla, başta enflasyon oranı olmak üzere, temel ekonomik göstergeleri de olumsuz etkilemeye başlamış, bizzat sosyal güvenlik sisteminin kendisi, Türk ekonomisindeki istikrarsızlığı yaratan unsurlardan biri haline gelmiştir.²³⁰

²²⁷ Alaattin Sever Aydın, a.g.m., s. 206.

²²⁸ S.E.S., "2010 Yılı Sağlık Raporu", s. 7.

²²⁹ İ.T.O., *Yeniden Yapılanmanın Eşiğinde Sosyal Güvenlik Reformu*, İ.T.O. Yayınları, No:2006-25, İstanbul, 2006, Prive Matbaası, s. 19, 20.

²³⁰ *Yeniden Yapılanmanın Eşiğinde Sosyal Güvenlik Reformu*, a.g.e., s. 7.

Sosyal sigorta kuruluşlarının en önemli sorunu, gelirlerinin, giderlerini karşılayamamasıdır. Sosyal sigorta kuruluşlarına bütçeden yapılan transfer tutarının GSYİH'ya oranı 2000 yılında yüzde 2,6 iken, bu oran 2009 yılında yüzde 7,79'a yükselmiştir. Ayrıca, sosyal güvenlik sisteminde; tüm nüfusun kapsanamaması, kuruluşlarca sağlanan hakların ve yükümlülüklerin farklı olması, bilgi işlem altyapısının yetersiz olması, ortak bir veri tabanının olmaması ve sistemdeki denetim mekanizmalarının etkin işlememesi gibi sorunlar bulunmaktadır. Sosyal güvenlik sistemindeki bu sorunların giderilmesine yönelik olarak; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ve genel sağlık sigortasının kurulması amacıyla hazırlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, TBMM tarafından kabul edilmiştir.²³¹

2.6.2. Politik Yapı

Toplumlar sürekli olarak sosyal ve ekonomik kalkınma için çalışmaktadırlar. Kalkınmanın önemli amaçlarından biri de insan sağlığının geliştirilmesi ve iyilik halinin sürekli kılınabilmesi yoluyla toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Temel insan haklarından biri olan sağlıklı yaşama hakkı, olanaklı en yüksek nitelikli sağlık hizmetinin sunulmasıyla mümkün olabilmektedir. Her ulusun esas ilgi alanı ve sorumluluğu kendi halkının sağlığını geliştirme ve sürdürmedir. Sağlık hizmeti sisteminin organizasyonunda personel istihdamı ve finansmanı büyük önem taşımaktadır. Toplumun sağlık ihtiyaçlarının optimal düzeyde sağlanabilmesi için, hükümet otoriteleri, sağlık hizmeti organizasyonları, sağlık çalışanları, akademik kurumlar ve sivil toplum, sağlık hizmetinin dağıtımında kalite, dürüstlük, uygunluk ve maliyet etkinlik için, ihtiyaçların karşılanmakta olduğu bir sağlık sistemi içinde açık, net ve bütüncül bir rol oynamak zorundadır. Sağlık hizmetinin dağıtımında çeşitli hizmet sunucular bulunmakla birlikte, sağlık politikası ile ilgili kararlar,

²³¹ D.P.T., “Dokuzuncu Kalkınma Planı [2007-2013], www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/1968/plan9.pdf (24/05/2011), s. 45. ; (“S.G.K’nın Açığı Büyüyecek”, <http://www.sgk-tr.com/sgk-haber/sgknin-acigi-buyuyecek.html>, (Erişim: 24/05/2011))

kaynakların kullanılması ve harcamalar üzerinde önemli etkilerin bulunması nedeniyle hekimler topluma karşı daha özel bir sorumluluğa sahiptir.²³²

Bir ülkenin kalkınması üzerinde etkili olan faktörlerin başında sektör için izlenen milli politikalar gelmektedir. Sağlık Sistemleri; ülkenin sağlıkla ilgili değer yargıları, milli sağlık politikası, sağlık gereksinimi, sağlık fiziksel olanakların ve bu vasıflı özelliklerine bağlı olmaktadır. Bu nedenlerle her ülkenin sağlık sistemlerinde değişik örgütsel yapı, insan gücü, ve kurum türleri, yönetim ilkeleri, teknolojik düzeyi finansman koşulları bulunur.²³³

Sağlık politikalarının, genelde, iki ayrı felsefeden (ilkeler bütünü) yola çıktığı ve dolayısı ile de sağlık politikalarının iki ayrı seçenek halinde netleştiği görülür ve anlaşılır. Bu seçeneklerden birisi; sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini toplumsal bir görev ve sorumluluk olarak gören, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı ise doğuştan kazanılmış temel insanlık hakkı sayan politikadır. Bu politika, tüm temel haklarda olduğu gibi, sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluk ve görevini topluma, onun örgütlü gücü olan devlete verir. Sağlık hizmetlerini toplumsal dayanışmanın bir aracı olarak ele alır ve hizmetlerden yararlanmada eşitliği öngörür. Diğer seçenek ise; sağlığı bireysel bir olgu olarak gören, dolayısı ile de sağlık hakkının gereklerini toplumsal bir görev olarak ele almayan, bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasanın arz ve talep kurallarına bırakarak, insanların bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını öngören, sağlık hizmetlerine de kar aracı olarak bakan politikadır.²³⁴

²³² Aydan Ünsal ve diğerleri, “Aile Hekimliği ve Savunuculuk”, <http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=198>

²³³ Osman Gazi Aksoy, “Sağlık Kavramı ve Bireyin Yaşamında Sağlık Hakkı”, *Yeni Türkiye Dergisi Sayı 40 [Sağlık Özel Sayısı II]*, Temmuz Ağustos 2001, s. 1805.

²³⁴ Recep Akdur, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması”, s. 7.

Tablo 22 : Sağlık Politikalarına Göre Sağlık

SEÇENEK 1	SEÇENEK 2
TOPLUMSAL OLGU/OLAY	BİREYSEL OLGU/OLAY
TEMEL İNSANLIK HAKKI	-
TOPLUMSAL GÖREV VE SORUMLULUK-YARARLANMADA EŞİTLİK	BİREYSEL SORUMLULUK-FİRSATLAR VE PİYASA KURALLARI
HİZMETLER DAYANIŞMA ARACI	HİZMETLER KAR AMACIDIR

Kaynak: Recep Akdur, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması”, s. 8.

Türkiye’nin politik yapısı bütünlük halinde bir görünüm çizmekten uzaktır. Parçalı haldedir. Yetki ve sorumluluklar paylaşılmamış ve bir kargaşaya yol açabilecek şekilde düzensiz dağılmıştır. Politik hayatta var olan bu parçaları tanımlamak da sanıldığı kadar kolay olmamaktadır. Yine de sağlık politikalarının üretimi ve geliştirilmesi alanında söz sahibi olan temel organlar Sağlık Bakanlığı, Genel Kurmay Başkanlığı ve TBMM komisyonları olarak ortaya konabilir. Bu yapıda Sağlık Bakanlığı’nın temel görevi kendi hastanelerinden ve kırsal ve kentsel sağlık kuramlarından sorumlu olmak gibi görünmektedir. Ancak genel planlama, koordinasyon, sağlık kuramlarının geliştirilmesi, kurulması için finansman sağlanması konularında sorumluluk yukarıda vurgulanan organlar arasında dağılmıştır. Sağlık Bakanlığı hükümet tarafından bütçesi onaylandığında aktarılan bu kaynağın kullanılması ve yatırımlar yapılmasında, karar verme yetkisine sahiptir.²³⁵

Ülke nüfusunun sağlık düzeyi, ekonomik gelişmeyi doğrudan etkileyen önemli bir belirleyicidir. Ülkenin sağlık düzeyinin kötüye gitmesi, kişinin sağlıksız günler geçirmesinden ötürü çalışma saatlerini azalttığı için genel üretim miktarı da düşecektir. Nüfus artışı, ve yeni sağlık problemlerinin aciliyeti, sağlık hizmetlerine

²³⁵ Serdar Savaş, “Türkiye’de Sağlık Sistemi Kısa Bir Genel Bakış”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 96.

olan talebi arttırdığı gözlemlenmiştir. Fakat artan talep ve sağlık hizmetleri maliyetleri, Türkiye gibi bir çok gelişmekte olan ülkede karşılanamaz duruma geldiği istatistik yıllıklarında yayınlanan doktor başına düşen hasta sayısı veya yatak başına düşen hasta sayısı gibi verilerden anlaşılabilmektedir. Sağlık altyapısının (binalar, ekipmanlar, tıbbi kadro, ilaçlar ve taşıtlar) yatırım maliyeti fazladır. Ayrıca sağlık hizmetleri yaygın, maliyet-etkili ve ihtiyacı olan insanlara açık olmalıdır. Günümüzde ülke nüfusuna kaliteli, sürdürülebilir ve yaygın sağlık hizmeti sunmak, gelişmekte olan ülkelerin hükümetlerinin karşılaştığı temel problemlerden biridir.²³⁶

Türkiye’de son on yıllarda uygulanan ekonomi politikalar, ülkemizde sağlık alanındaki eşitsizlikleri derinleştirmiştir. Kır ile kent arasında derinleşen sağlık eşitsizlikleri, bölgeler arasında daha da açılmıştır. Anne eğitim durumu açısından da, benzer bir eşitsizlik vardır. Ancak, tüm bu eşitsizliklerin zeminindeki temel eşitsizlik alanı, gelir grupları arasındaki eşitsizliktir. Kır-kent eşitsizliğine kıyasla Doğu-Batı eşitsizliğinin daha fazla derinleşmesi, salt ekonomik gerekçelerle açıklanabilecek kadar basit değildir. Bu derinleşmede, son 15 yılda yaşanan savaş ortamının hem hizmetlerden yararlanma, hem de sınıfsal açıdan inkar edilemez etkisi vardır.²³⁷

Toplumumuzda yaygın olan politikacıların güç göstermeleri alışkanlığı sosyal bir yara olarak devam etmektedir. Özellikle 1980 sonrası değişen siyasi kadrolarla birlikte; sağlık personeli üzerindeki tasarruf arzusu küçük şehir politikacılarının vazgeçilmez karakteristiği olmuştur. Çok önemli bir nokta olarak küçük yerleşim yerlerindeki politikacıların eğitim ve tecrübe yetersizliğinin bu soranlarda önemli bir etmen olduğunu vurgulamak gerekir. Sağlık mensupları, üzerlerinde her an özellikle mahalli siyasilerin baskısını taşımaktadır. Bu baskı kanuni veya gayri kanuni istekler boyutuna kadar ulaşmakta; bazen de ciddi sorunlar doğurmaktadır. Sağlık kurumunda çalışan her yardımcı hizmetlinin idaresinden, muayenesi yapılacak kişilere, kanuni-gayri kanuni rapor isteklerine kadar her sahada mahalli politikacıların

²³⁶ Cenk Sözen, “ Tele-Tıp Ülkemizde Uygulanması Giderek Olanaklı Hale Gelen Bir Teknoloji”, *Sağlıcakla Aylık Sağlık Dergisi*, Sayı 14, Kök Yayınları, Mayıs 2009, s. 25.

²³⁷ Ata Soyer, “Sağlıkta Eşitsizlikler; Nereden Nereye? Hangi Temelde”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 221.

istekleri bitmemektedir. Hatta bu istekler zaman zaman zorlamalar noktasına kadar ulaşmaktadır.²³⁸

Sağlık politikalarının oluşumunda; insan gereksinimleri ile yöneticilerin sağlığa bakış açıları ve sağlık sorunlarına yaklaşımları önemli rol oynamaktadır. Çünkü insanların yarattığı olaylar, sağlık politikalarına yön vermektedir.²³⁹

2.6.3. Toplumsal Yapı

Günümüzde toplumsal yapı çok hızlı bir değişim ve gelişim süreci içindedir. Tıbbın gelişim süreci içinde ise, tanı ve tedavi olanaklarının artması, aşılar, sağlıklı su ve çevre koşullarının sağlanması ile bir çok hastalık toplumsal boyutta geriletilmiştir. Bu durum ülkelerdeki beklenen yaşam sürelerinin ve kişilerin bireysel olarak tıbbi bakım aldıkları sürelerin uzamasını sağlamıştır. Anne ve çocuk sağlığı başta olmak üzere, temel halk sağlığı sorunları önemini korumayı sürdürürken, kronik hastalıklar, şiddet, kazalar, alkol ve tütün kullanımı ve yaşlılık sorunları ön plana çıkmaya başlamıştır. Davranış bilimlerinin gelişmesi ile bazı sorunlar karşısında yeni yaklaşımlar gündeme gelmiş, sağlığın “insanın ruhsal, bedensel ve sosyoekonomik yönden tam bir iyilik halinde olması” şeklinde tanımlanmasıyla birlikte insanın sosyal, kültürel, ekonomik, ruhsal ve biyolojik çevresiyle birlikte düşünülmesi kabul edilmiştir.²⁴⁰

İnternet bağlantısı olmadan önce hastalar, konu ile ilgili bilgilere ulaşamadıkları için hastalıkları ile ilgili olarak sadece hekimlerin kendilerine söylediklerini bilmekte ve bunları vazgeçilmez doğrular olarak kabul etmekteydiler. İnternetin devreye girmesiyle birlikte ise, hastalar hekimlerin söylediklerini sorgular, doğruluklarını rahatça araştırabilir olmuşlardır. İnternet, bilinçli hastaların, sorgulayan, araştıran, bilgi sahibi olan bir hastalar topluluğunun gelişmesine öncülük

²³⁸ Kenan Erzurumlu, “Sağlık Sistemimiz Üzerine”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 161.

²³⁹ Orhan H. Özkan, a.g.m., s. 46.

²⁴⁰ Süleyman Görpelioğlu, *T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları için Kurs Notları Birinci Aşama*, Ankara, 2004, Ata Matbaası, s. 11.

etmiştir. Bu ise hekimlerin, hastalarına karşı davranışlarını olumlu yönden yeniden düzenlemelerine yol açacağı, onlara en iyi hizmeti verebilmek için kendilerini yenileme, geliştirme, değiştirme motivasyonunu da sağlayacağı için olumlu bir gelişmedir.²⁴¹

Yaşam süresinin uzaması, sağlık sisteminin değişmesi, yaşam standardının yükselmesi ve insanların bilinç düzeyinin artması sonucunda kişilerin, grupların ve toplumun tıbbi gereksinimleri çeşitlenmiş ve üst düzeye çıkmıştır.²⁴²

Tablo 23 : Yaş Grubuna ve Cinsiyete Göre Nüfus, 31.12.2009

Yaş Grubu	Toplam	Erkek	Kadın
Toplam	72 561 312	36 462 470	36 098 842
0-4	6 155 321	3 161 153	2 994 168
5-9	6 201 647	3 183 784	3 017 863
10-14	6 502 366	3 336 975	3 165 391
15-19	6 234 620	3 197 293	3 037 327
20-24	6 280 117	3 204 748	3 075 369
25-29	6 508 860	3 306 767	3 202 093
30-34	5 911 032	2 998 464	2 912 568
35-39	5 505 313	2 764 856	2 740 457
40-44	4 676 145	2 379 230	2 296 915
45-49	4 469 953	2 241 542	2 228 411
50-54	3 725 743	1 878 374	1 847 369
55-59	2 945 603	1 461 936	1 483 667
60-64	2 361 178	1 124 584	1 236 594
65-69	1 723 714	803 062	920 652
70-74	1 323 668	586 824	736 844
75-79	1 145 932	516 617	629 315
80-84	611 703	228 954	382 749
85-89	211 567	70 842	140 725
90+	66 830	16 465	50 365

Kaynak: İstatistiklerle Türkiye 2010, s. 12.

²⁴¹ Nazan Bilgel, *İnternet ve Tıp*, Güneş*Nobel Tıp Kitabevi, 1997, s. 39.

²⁴² Erkan Güneri, a.g.e., s. 171.

Nüfusun yaşlanması, bir nüfusun yaş yapısının değişerek o nüfustaki çocukların ve gençlerin oranının azalmasına karşın yaşlı insanların (65 yaş üstü) oranının göreceli olarak artmasıdır, insanların yaşlarının ilerlemesi ya da büyümeleri fizyolojik bir süreçtir. Biyolojik olarak kaçınılmaz olan bu sürecin sağlıkla ilgili, sosyal, kültürel ve ekonomik boyutları bulunmaktadır. Dünya nüfusunun yaş yapısında meydana gelen değişim bakımından insanlık tarihinde bir dönüm noktası olmuş ve yaşlı nüfus özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren dikkat çekici oranlarda artmıştır. Yaşlı nüfusta görülen bu artış, dünyanın birçok bölgesindeki doğum hızlarında kayda değer düşüşlerin gözlemlenmesi, beslenme ve temel sağlık hizmetlerinde gerçekleşen gelişmeler sonucu ortalama yaşam süresinin artması, bebek ve çocuk ölümlerinin kontrol edilebilir düzeylere gerilemesi ile gerçekleşmiştir.²⁴³

Ülkemizde 2007'de % 6 olan yaşlı nüfusumuz, 2030'da % 10.5'e, 2050'de ise % 17.5'e yükselecektir. Önümüzdeki 30-40 sene içinde yaklaşık 17 milyona ulaşacak olan yaşlı nüfusun, sosyal politikalar üzerinde önemli bir baskı oluşturmaması kaçınılmazdır. Bu sorun bizim değil, insanlığın ortak sorunu olmaya başlamıştır. 21. Yüzyıl yaşlılar yüzyılı olarak anılmaya başlanmıştır. Ülkemiz gelecekte potansiyel sorun olmaya aday konumda olan 65 yaş ve üzeri yaş grupları için programlar geliştirmektedir. Yaşlı nüfusun oranı ile yaşlılarda hastalıkların görülme sıklığı da giderek artmaktadır. Türkiye'de 65 yaş üzerindeki kişilerin % 89'unun kronik bir hastalığı bulunuyor. Bu kişilerin % 35'inde 2, % 23'ünde 3, % 14'ünde ise 4 veya daha fazla hastalık bir arada görülüyor. Türkiye'de 65 yaş üstü kişilerde gerçekleşen ölümlerin % 43.2'si kalp-damar hastalıkları, % 10.3'ü kanser, % 8.4'ü ise beyin hastalıklarına bağlı gerçekleşiyor. Bu ölümlerin ana risk faktörleriyse sigara ve alkol kullanımı, yüksek tansiyon, bilinçsiz beslenme ve hareketsiz yaşam tarzıdır.²⁴⁴

²⁴³ Kemal Aydın, “Yaşlanmaya Hazır mıyız?”, *İstanbul'da Sağlık Dergisi*, Ocak_Şubat 2010, Ebru Matbaası, s. 19.

²⁴⁴ Kemal Aydın, a.g.m., s. 19.

Yaşam kalitesini artırmaya yönelik önceliklerin sağlanması özellikle sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı yaygın olan bölgelerde özellikle adolesan çağındaki çocukların bu alışkanlıklarından kurtulması için önlemler alınması gereklidir. Bununla birlikte Türk toplumunda da bir şekilde artan HIV-AIDS virüsü konusunda bilgilendirme çalışmaları öncelik kazanmalıdır.²⁴⁵

Tablo 24 : Demografik Göstergeler

	2011	2015	2020
TOPLAM DOĞURGANLIK HIZI(KADIN BAŞINA)	2.09	2.05	2.01
KATKILI YENİLENME HIZI(KADIN BAŞINA)	1.02	1.00	0.98
NET YENİLENME HIZI(KADIN BAŞINA)	1.00	0.98	0.97
ÇOCUK DOĞURMADA ORTALAMA YAŞ	27.1	26.9	26.8
DOĞUŞTAN BEKLENEN ORTALAMA YAŞAM SÜRESİ (yıl)			
TOPLAM	74.1	74.7	75.4
ERKEK	71.7	72.1	72.7
KADIN	76.6	77.4	78.3

Kaynak: İstatistiklerle Türkiye 2010, s. 19.

Bugüne dek, ülke olarak genç nüfusumuzla övündük ancak sağlık hizmetlerindeki ilerlemenin bir göstergesi olarak, giderek insanlar daha uzun ömür sürmektedir. Buna paralel olarak, ileri yaşlarda yaşanan sağlık sorunları ve toplumsal değişimleri planlamak, sosyal hizmetleri yeni ihtiyaçlara göre ayarlamak gerekmektedir.²⁴⁶

²⁴⁵ Gül Baltacı, “21.Yüzyılda Sağlıkta İnsangücü ve Sağlık Sorunları”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 238.

²⁴⁶ Ceyda Şener, *Hayatın Güzel Yüzü*, Doğan Kitapçılık, 1. Baskı, Mayıs 2007-Mega Basımevi, s. 104.

2.6.4. Coğrafi Durum ve İklim Koşulları

İklim, topografik ve coğrafi vb. tabii ve fiziki özellikler, insan sağlığını direkt olarak etkileyebilmektedir. Kişinin kendisinin neden olduğu, sözelimi barınma şartlarının yetersizliği gibi çevre faktörlerinin de sağlık üzerinde giderek artan bir etkisi vardır. Nüfus artışı ve hayat standardının yükselmesi ile birlikte, kişi başına düşen enerji miktarı da artmaktadır. Bu artışla birlikte ortaya çıkan hava kirliliği, gürültü, plansız ve elverişsiz kentleşme, su ve kanalizasyon problemleri sağlığı olumsuz yönde etkiler ve birtakım sağlık problemlerinin oluşmasına neden olur.²⁴⁷

Türkiye'nin iklim koşullarının, jeolojik ve topografya yapısının farklı olması, tarım ürünlerinin çeşitliliğine imkân sağlamaktadır. Havasıyla suyuyla sağlıklı bir coğrafya bölgesinde yaşayan insanların bulunduğu bir sağlık kuruluşunda ekonomik koşullar da aileler için yeterli düzeydeyse kuruma tedavi hizmetleri için başvuru kendiliğinden azalacaktır. Nüfusun plansız ve aşırı yoğunlaşmasının, yörede çeşitli sağlık sorunlarına yol açtığı açıktır. Nüfus artışı, beslenme, barınma ve başka gereksinimler açısından sağlık koşullarını doğrudan etkilemektedir.²⁴⁸

Şehir hayatımızın sağlık açısından tehlikelerden bir tanesi, bize yiyecek açısından çok çeşit sunması ve bu çeşitliliğin de her zaman bizler tarafından akıllıca ya da sağlıklı bir şekilde kullanılmamasıdır. Çoğu insan, ihtiyacı olandan fazlasını tüketirken bir yandan da bedenini zararlı besinlerle doldurmaktadır. Oysa dağlık alanda yaşayan biri gecenin on birinde pizza, hamburger ya da tatlı bir şeyler yemek istediğinizde gidebileceğiniz bir pizzacı ya da pastane yoktur. Bu da ister istemez beslenmenin düzenli ve bedeniniz için yeterli miktarda olmasını sağlar.²⁴⁹

Sağlık Yatırımlarının yapılacağı bölgelerin seçiminde; o bölgenin doğal özelliklerinin bilinmesi, fiziksel koşullarının tanınması, bölgesel hakim yaşama ve çalışma biçiminin değerlendirilmesi, nüfus hareketlerinin, konut ve yerleşme

²⁴⁷ Bilal Ak, “Kavramlar ve Sağlık Sistemi”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 305.

²⁴⁸ İlhan Tomanbay, a.g.e., s. 170.

²⁴⁹ Cem Şen, *Uzun Yaşamın Sırları*, Klan Yayınları, 1.Basım, İstanbul, Ağustos 2006, Şenyıldız Matbaası, s. 51.

düzeninin bilinmesi, bölgesel sosyal hacim ve yoğunluklarının ölçülmüş olması, bu özelliklerin ne gibi sağlık sorunları doğurduğunun araştırılması, bunlar için en belirgin olanın ortaya çıkarılması gibi özellikler göz önüne alınmalıdır.²⁵⁰

2.6.5. Nüfus Yoğunluğu

Kentleşme, sosyoekonomik nedenlere dayanan, kent-kentli sayısını arttıran, toplum içindeki insanları kent kuralları ile yaşamaya zorlayan bir nüfus hareketidir. Kentleşme ancak ülkenin ekonomik gelişme politikasının bir parçası olarak ele alındığında, akılcı bir denetim ve kademeli bir planlama ile bölgeler arası gelişmişlikteki farklar azaltılarak sağlıklı olabilir.²⁵¹

Kentleşme ve endüstrinin gelişmesi, su kullanımını arttırmış, teknolojik gelişmeye bağlı olarak da su kaynaklarına çeşitli kirleticiler karışmaya başlamıştır. Günümüzde artan su gereksinimine karşılık kirlenmenin artması; içme ve kullanma sularının temini ve temizlenmesi, önemli bir çevre sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.²⁵²

Türkiye’de kentleşme olgusu, ülkenin toplumsal ve ekonomik yapısını biçimlendiren temel öğelerden biridir. Yalnız tarımdaki değişmelerin ve sanayileşmenin bir sonucu değil, toplumsal değişme sürecinin de bir göstergesidir.²⁵³

²⁵⁰ Nermin İdikat, “ Türkiye’de Sağlık Yapıları Tasarım ve Uygulaması”, *Yeni Türkiye Dergisi Sayı 40 [Sağlık Özel Sayısı II]*, Temmuz Ağustos 2001, s. 1793.

²⁵¹ Şen Yüksel - Semra Tokay, *Çevre ve İnsan Liseliler için Ders Kitabı*, Devlet Kitapları, 2.Baskı, İstanbul, 2004, s. 82.

²⁵² Şen Yüksel - Semra Tokay, a.g.e., s. 50.

²⁵³ M.E.B., “ Eğitim Sosyoloji Faydaları: Türkiye - AB Karşılaştırması”, <http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/167/index3-eres.htm>, (Erişim: 20/04/2011)

Tablo 25 : İl/İlçe Merkezi ve Belde/Köy Nüfusu

	2007	2008	2009
TOPLAM NÜFUS	70 586 256	71 517 100	72 561 312
İL VE İLÇE MERKEZLERİ-ERKEK	24 928 985	26 946 806	27 589 487
İL VE İLÇE MERKEZLERİ-KADIN	24 818 874	26 664 917	27 217 732
BELDE VE KÖY-ERKEK	10 447 548	8 954 348	8 872 983
BELDE VE KÖY -KADIN	10 390 849	8 951 029	8 881 110

Kaynak: *İstatistiklerle Türkiye 2010*, s. 10.

Tablo incelendiğinde Türkiye’de kentleşme oranı giderek büyümüş ve gelişmiş ülkeler düzeyine gelmiş görünmektedir. Türkiye kentleşme olgusunun temel sebeplerinden birisi kırsal kesimden kente göçtür. Kırsal kesimlerdeki yaşam koşullarının zorluğu, hızlı nüfusu artışı kente göçe sebep olmuştur. Tarım gelirinin düşük olması ve nüfus artışı, toprak paylaşımında yetersizlikler göç nedenlerinden bazılarıdır. Ayrıca teknolojik gelişmeler, tarımsal üretimde makinenin daha çok kullanılması insan gücü ihtiyacını azaltmıştır. Bununla birlikte kentlerin çekici özelliği, kente göç olayını hızlandırmıştır. Kentlerde iş fırsatları, eğitim ve sağlık olanakları kent yaşamını özendirmiştir. Bu nedenler dışında doğu bölgemizdeki illerin güvenlik ihtiyacı ve terörün etkisi de kırsal kesimden kente göçe zorlayıcı bir neden olmuştur. Kırsal kesimden kente göç ise gecekondulaşmaya neden olmuştur.²⁵⁴

Nüfus artışı ve yaşam düzeyindeki gelişmeler, tarım alanındaki ürün artışını zorlamaya başlamış bunun sonucu olarak da otlak ve meraların tarım alanlarına, barınma ihtiyacını karşılamak için de yerleşim alanlarına dönüşmesine neden olmuştur. Bu durum, her geçen gün, Türkiye’de arazi kullanımının farklılaşmasına neden olmaktadır.²⁵⁵

²⁵⁴ M.E.B., “Eğitimin Sosyal Faydaları: Türkiye - AB Karşılaştırması”, (Erişim: 20/04/2011)

²⁵⁵ Şen Yüksel - Semra Tokay, a.g.e., s. 35.

2.6.6. Sosyo-Kültürel Yapı

Sayırsız hastaneye, sanatoryuma, ilaçlara karşın, gelişmiş ülkelerde hastalıklar azalacağına artmaktadır. Sağlıklı yaşam geleneklerini günümüze taşıyabilen toplumlar bu kurumlara daha az ihtiyaç duymuştur. Öyle anlaşıyor ki, sağlığı korumak için eti ez yemek, ya da hiç yememek, sanayileşmiş besinlerden kaçınmak, uyarıcı maddelerden uzak durmak ve sofradan hiçbir zaman tok kalkmamak gerekiyor.²⁵⁶

Kültür ve hastalık arasında oluşan ilişkinin biçimi de kültüre özgü olup, normal ile hasta arasındaki farklılaşma da bir kültürden diğerine değişmektedir. Günümüzde geleneksel toplumlarda modern tıp ile halk hekimliği arasındaki çatışma, sosyo-kültürel farklılaşmanın bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan hastalığın algılaması, o toplumun kültürünün bir parçasıdır. Bilindiği gibi kültür, toplumun bir üyesi olarak birey tarafından kazanılmış bilgi, inanç, sanat, ahlak, görenek, vb. yetenek ve alışkanlıkları içine alan karmaşık bir bütündür. Toplumun hastalık hakkındaki değer oryantasyonu, vaziyet alış ve inançları kültürün karakterini yansıtır. Kùltürler arasındaki varyasyonlar dolayısıyla, hastalık-sağlık sisteminde bir kültürel görelilik sorunu bulunmaktadır. Her toplumun kültürü, sosyal organizasyonu, sağlık ve hastalık problemini kendi değerler sistemine göre geliştirir. Hastalık, kültür biçimlerine göre anlam kazanır.²⁵⁷

Sosyo-kültürel faktörlerin de sağlık üzerinde etkisi büyüktür. Beslenme, spor, kişisel alışkanlıklar gibi kültürel faktörler insan sağlığını etkilemektedir. Sosyal stresler ve psikolojik baskılar ile kalp-damar, solunum yolları hastalıkları ve mide-bağırsak sistemi hastalıklarının artması arasında önemli bir ilişki vardır. Sigara, içki içme, aşırı beslenme, bilinçsiz ilaç kullanımı, dikkatsiz araç kullanımı, kişisel hijyene önem vermemek ve sağlık talebi konusundaki ihmaller vb. kişisel davranış ve

²⁵⁶ Müheyya İzer, *Bitkisel Proteinle Dengeli Beslenme*, Redhouse Yayınları, 1997, s. 1, 2.

²⁵⁷ *Türk Halk Hekimliği Sempozyumu Bildirileri*, 23/25 Kasım 1988, Ankara, s. 164, 165.

alışkanlıkların sağlığa ve hastalık şekline olan etkisi önemlidir. Öfke, üzüntü, ihtiras gibi psikolojik tepkiler ile hastalıklar arasında önemli bir ilişki vardır.²⁵⁸

Sağlıklı yaşam için beslenme ve sporun önemi çok önceden beri bilinmektedir. Hipokrat M.Ö. 480'de sağlıklı yaşamın temel ilkesini şöyle açıklamıştır. "Sağlıklı yaşam, bireyin beden yapısı (kalıtım) ve çeşitli besinlerin etkilerinin bilinmesini gerektirir, ancak beslenme tek başına sağlıklı yaşam için yeterli değildir, egzersizde yapılmalıdır." Hipokrat aynı zamanda kişinin vücuduna karşı sorumlu olduğunu ve sağlam bir kafanın sağlam bir vücutta olacağını vurgulamıştır. Organizmayı zinde ve sağlıklı kılmak için spor yapma bir zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır. Gerçekten de modern yaşamın zorlamaları sonucu giderek artan hareketsiz yaşam ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları ile ortaya çıkan sağlık bozuklukları insanları egzersiz ve spor yapma ile sağlıklı beslenme konularında bilgilenmeye zorlamaktadır.²⁵⁹

Aile, kolaylıkla kavranabilen küçük bir toplum olarak, büyüyen çocuk için çevre ve topluma doğru uzanan bir köprü görevini yapar ve bu nedenle de, özellikle önemli bir sosyal deneme alanıdır. Aile içindeki yaşantıda, diğer kişilerle olan çeşitli ve karşılıklı ilişkilerle belirlenir. Böylece çocuk, erken çağlarda, farklı alışkanlıkları, yetenekleri, düşünceleri olan çeşitli yaşlarda ve değişik cinsiyetteki kişilerle birlikte yaşamaya alışır. Toplum, ailenin sürekliliğini güvenlik altına alan ve geleceğe ait umudumuz olan çocuğu korumakla yükümlüdür. Bir ölçüde salgın ve bulaşıcı hastalılar kontrol altına alınmış, bir takım yasalarla çocukların kötü yollara itilmesi önlenmiş, bütün çocuklara eğitim ve öğrenim olanakları sağlanmıştır; öte yandan, çocuk küçük yaştan başlayarak en yüksek verimliliğe zorlanmakta ve acımasız bir rekabet içine itilmektedir. Başarı düşüncesi, toplum içinde yükselme arzusu, yarının güvenlik altına alınma zorunluluğu, sürekli olarak artan ihtiyaçların giderilmesi çocuklarımızı doğrudan doğruya etkilemektedir. Günümüzde artan tüketim ihtiyacı anneyi de çalışma hayatına itmiştir. Kadının çalışması çocuğun aleyhine olmuş büyükanne, teyze, hala, dadı çocuk eğitimin uzun döneminde bir annenin yerini

²⁵⁸ Bilal Ak, "Kavramlar ve Sağlık Sistemi", s. 306.

²⁵⁹ Gülgün Ersoy, *Sağlıklı Yaşam İçin, Spor ve Beslenme*, 1998, Damla Matbaası, s. 9.

hiçbir zaman dolduramamıştır. Bugün için çocukların çoğunluğu, istekli ve sürekli televizyon seyircisidir. Bu kültürel erozyon yeni nesillerde ortaya çıkacak sağlık sorunlarının bir habercisidir.²⁶⁰

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte modern tıpta hızlı bir ivme gösterdi. Hızlı değişen ve gelişen bir dünya yaşamının içindeki insan da hayat koşusuna hız vermek zorunda kaldı. Bu faktörler insan yaşamını tehdit eden sağlık problemlerini de beraberinde getirdi. İçerisinde bulunduğumuz mevcut problemlerin ilk sıralarında stres, dengesiz ve düzensiz beslenme, obezite, hareketsizlik, karamsarlık, dinlenememe, uyku sorunları gibi sağlık problemleri geliyor. Bütün bunlar ve beraberinde getirdikleri, insanı bu hızlı tempo içinde çürütmekte, yok etmektedir.²⁶¹

Türkiye'deki beslenme alışkanlıkları yağdan ve şekerden (karbonhidratlar) zengin gıdaların sık tüketilmesi yönündedir. Ayrıca sedenter yaşam, yani fizik aktivitenin az olması (spor/egzersiz yapmama, yürümeme, evlerde otomatik araç-gereç kullanımının yaygınlaşması vb.), sigara içme alışkanlığının yaygınlaşması, yukarıda belirtilen sağlık sorunlarına yol açan en önemli risk faktörlerindendir. Bu sorunların çözümü için bireylerin çocukluklarından itibaren olumlu sağlık davranışları edinmeleri gerekir.²⁶²

2.6.7. Halkın Eğitim ve Bilinç Düzeyi

Eğitimli, sağlık bilinci gelişmiş, dolayısı ile çevre temizliğine ve beslenmesine dikkat eden, yalnızca tedavi hizmetleri değil koruyucu hizmetleri de talep eden ve kullanan toplumlar daha az hastalanır, dolayısı ile de daha az sağlık bakım harcaması yaparlar. Bu tür toplumlarda ev, iş ve trafik kazalarının sayısı ve sonuçlarına da daha az rastlanır. Bundan ötürü de bu tür toplumlarda yönetimlerce uygulanan sağlık politikalarından bağımsız olarak daha az sağlık harcaması beklenir.

²⁶⁰ KlausWechselberg - Ulrike Puyn, *Anne ve Çocuk*, Remzi Kitabevi, 6.Baskı, İstanbul, 1993, Evrim Matbaası, s. 15-17.

²⁶¹ Ali Akben, a.g.e., s. 11, 12.

²⁶² Sabahat Güven Tezcan, “Türkiye’de Sağlık Düzeyi ve Bazı Sağlık Sorunları”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 79.

Bunun tam tersine, bilinçsiz, sağlığına, temizliğine ve beslenmesine dikkat etmeyen, koruyucu hizmet talep etmeyen ve kullanmayan toplumlarda sağlık harcaması daha yüksektir. Örneğin; sağlık açısından olumsuz kültüre sahip, aşılarını düzenli yaptırmayan ve sigara içmenin yaygın olduğu toplumlarda, uygulanan / seçilen sağlık politikasından bağımsız olarak sağlık harcaması daha yüksektir. Toplamların eğitim düzeyi yükseldikçe, tedavi edici sağlık hizmetleri anlayış ve beklentileri de çok değişir. Eğitim düzeyi yüksek toplumlar bir yandan daha çok sağlık hizmeti tüketirken öte yandan da sağlık hizmetlerindeki işlem kaliteye ve kullanılan teknolojiye daha çok dikkat ederler.²⁶³

Hekim ve hastane sayısının yetersiz olduğu ülkemizde, köylümüz genellikle bedeni hastalıklar için hekime, ruhi bozukluklar için daha ziyade tekke, türbe gibi yerlere başvurmaktadır. Daha da önemlisi halk ile bütünleşebilen, onun inançlarını hekimin yetiştirdiği gün, akıl hastalıklarının tedavileri için batıl yolların terk edilebileceğini söyleyebiliriz. Yükselen maddi hayat ve sağlık hizmetlerinin köylere kadar yayılmasına, kanunların bu gibi tedavileri yasaklamasına rağmen, yine de halkın, buralara başvurmaları, inançlardaki değişmelerin çok yavaş seyrettiğini ve folklorik olayların, yasaklamaları hiçe sayarak devam ettiğini söyleyebiliriz.²⁶⁴

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre 31 Aralık 2010 tarihi itibarıyla Türkiye'de 6 yaş ve üzeri nüfusun 66 milyon 133 bin 461 kişi olduğu, 3 milyon 825 bin 644 kişinin okuma-yazma bilmediği anlaşılmaktadır. Aynı zamanda Türkiye'de 6 yaş ve üzeri 5 milyon 45 bin 702 kişinin üniversite mezunu olduğunu, bu kişilerden 4 milyon 566 bin 49'unun yüksekokul veya fakülte, 365 bin 791'inin yüksek lisans, 113 bin 862'sinin ise doktora mezunu olduğu da araştırmalarda vurgulanmaktadır.²⁶⁵

²⁶³ Recep Akdur, "Piyasacı Sağlık Politikası Uygulayan Ülkelerde Sağlık Harcaması Neden Daha Yüksektir", www.recepakdur.com/getfile.asp?file=Utopya...harcamalar%FD_RA.pdf, (02/06/11), s. 3.

²⁶⁴ *Türk Halk Hekimliği Sempozyumu Bildirileri*, 23/25 Kasım 1988, Ankara, s. 73.

²⁶⁵ "Sanayileşmiş Şehirlerde Çarpıcı Gerçek", www.haberpan.com/haber/sanayilesmis-sehirlerdeki-carpici-gercek, (Erişim: 23/04/2011)

Bir ülkenin refah ve mutluluğu; o ülke insanların iyi ve sürekli bir eğitim almaları ve bununla kazandıkları bilgi, beceriyle ekonomik büyümeye yapabilecekleri katma değere bağlıdır. Bunun için, sosyo-ekonomik gelişmenin en önemli itici gücü ve verimlilik artışının en önemli unsuru, toplumun ve işgücünün eğitim düzeyidir. Nitelikli insan gücü ihtiyacının karşılanması, dışa açılma ve uluslar arası rekabet gücü kazanma çabası içinde olan ekonomimiz için hayati önem taşımaktadır. İşgücünün nitelik ve verim düzeyinin yükseltilmesi, sürdürülebilir sosyal ve ekonomik kalkınmanın desteklenmesi ve hızlandırılması, değişimin ve geliştirmenin anahtarı olan eğitimin görevi olduğu bir gerçektir. Halkın, sağlığın algılanması sağlık hizmetlerinin sunulması ile ilgili olarak yeterince bilgilendirilmediği ya da yanlış bilgilendirildiği görülmektedir. Bu durumun getirdiği başka sakıncalarda beraberinde gelmektedir. Halk gereksiz ve kontrolsüz ilaç kullanmakta, hangi aşamada nereye başvuracağını bilememekte, gereksiz teknolojiye başvurmaktadır.²⁶⁶

Türkiye'deki hastanelerin ihtiyaca yetmediği herkesçe bilinen bir gerçektir. Bazı hastanelerde yatacak hastalara aylar sonrası için gün verildiğini duymuş, poliklinik kapılarında sıra bekleyenleri görmüşsünüzdür. Devlet her yıl İmkânlarının büyük bir kısmını sağlık hizmetlerine harcadığı halde hastaların sayısı hiç azalmaz. Hastanelerde veya evlerinde yatanlardan başka, hastalığı ayakta geçiren, çantasında veya cebinde ilaç taşıyıp gerektiğinde kullananlar da var. Netice olarak insanlar sağlık kurallarına kendi mutlulukları için uymalıdır.²⁶⁷

2.7. Sağlık Bakanlığı'nın Amacı, Görevleri ve Teşkilat Yapısı

23 Nisan 1920 günü kurulan Ankara Hükümeti'nde ilk bakanlıklardan birisi “Sıhhat ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti” olmuştur. Bu bakanlık zaman içinde adını değiştirmiş ve günümüzde “Sağlık Bakanlığı” olmuştur.²⁶⁸

²⁶⁶ Resul Buğdayıcı, Tayyar Şaşmaz, Süha Aydın, “Temel Sağlık Hizmetlerinin Anlamı ve Bütünlüğü”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 180.

²⁶⁷ Mustafa Gökmen, *Sağlık Yolu*, 1983, Bayrak Matbaası, s. 11.

²⁶⁸ Mehmet Kaya, a.g.m., s. 37.

3 Mayıs 1920 tarihinde 3 Sayılı Kanun ile kurulmuş olan Sağlık Bakanlığı'nın hizmet amacı; herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarının düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini sağlamaktır.²⁶⁹

Sağlık Bakanlığının 9 Haziran 1936 günü çıkan 3017 sayılı kuruluş yasası ulusun bireysel ve toplumsal sağlığına zarar veren etkenlerle mücadeleyi ereklemiştir. Bu etkenler kültürel gerilik, bilisizlik, (cahillik) yörenin fizik yetersizlikleri, gençlerin başıboşluğu, ekonomik yoksunluk gibi etkenler olabilir ve bakanlık sağlık koruma alanında bu yönlerde sağlığa yönelik görevler üstlenmiştir. Dolayısıyla baştanberi Sağlık bakanlığı kuruluş yasası sosyal hizmetin sağlık alanında çalışma yerini el yordamıyla da olsa belirlemiş bir yasadır.²⁷⁰

2.7.1. Sağlık Bakanlığı'nın Görev ve Yetkileri

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın görev ve yetkileri Bakanlar Kurulu'nun 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamesi ile belirlenmiştir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 2. maddesinde görevler sayılmıştır.

a) Herkesin hayatını bedenlen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,

b) Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,

c) Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,

²⁶⁹ S.Haluk Özseri, Muharrem Varlık, a.g.m., s. 2005, 2006.

²⁷⁰ İlhan Tomanbay, a.g.e., s. 75.

d) İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek,

e) Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak,

f) Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere Tarım Orman ve Köy İşleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,

g) Mahalli idareler ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,

h) Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,

j) Kanser, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,

k) Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek,

l) Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak olarak sayılmıştır.²⁷¹

2.7.2. Sağlık Bakanlığı'nın Örgütlenmesi

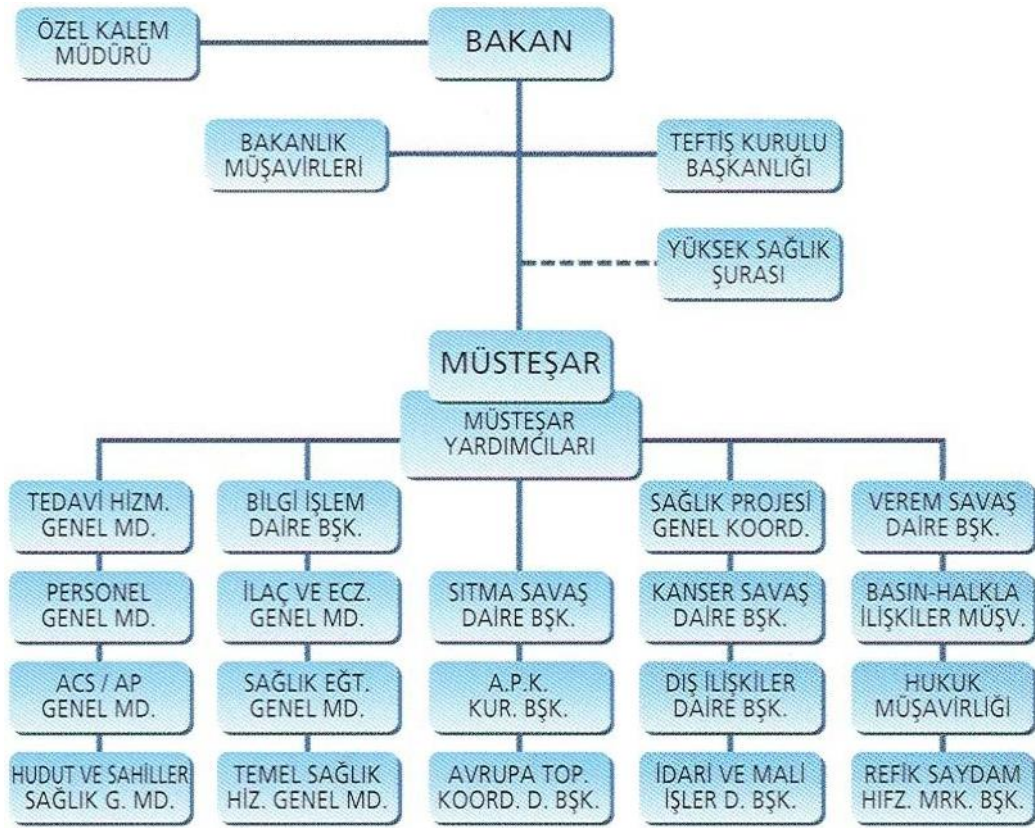
3 Nisan 1920'de sağlık hizmetleri yönetimi meclise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na verildi. Bu dönemde Avrupa ülkelerinde yalnızca üçünde Sağlık Bakanlığı vardır. Ülkede görev başındaki hekimler tespit edildi. Bakanlık çalışmalarına esas olan usul ve kadrolar belirlendi.²⁷²

²⁷¹ Ayhan Erçoşkun, a.g.e., s. 36, 37.

²⁷² Said Bodur, a.g.e., s. 4.

Sağlık Bakanlığı, Türk sağlık sistemi içerisinde, koruyucu hizmetlerde tek hizmet sunucu, birinci basamak ve hastane hizmetlerinde ise en büyük hizmet sunucu durumundadır. Sağlık Bakanlığı örgütü, merkez teşkilatı, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlardan oluşmaktadır.

Şekil 4 : Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı



Kaynak: “Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması Powerpoint Sunum”,
www.eskisehir.saglik.gov.tr/.../saglik_bakanligi_teskilat_semasi.ppt

2.7.2.1. Sağlık Bakanlığı Müsteşarı

Bakanın emrinde ve onun yardımcısı olup, Bakanlık hizmetlerini Bakan adına ve Bakanın direktif ve emirleri yönünde, Bakanlığın amaç ve politikalarını, kalkınma planlarını ve yıllık programları, mevzuat hükümlerine uygun olarak düzenler ve

yürütür. Bu amaçla Bakanlık Teftiş Kurulu hariç Bakanlığın tüm birim ve kuruluşlarına gereken emirleri verir ve bunların uygulanmasını gözetir ve sağlar.²⁷³

2.7.2.3. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Yataklı tedavi kurumları ve bunlara bağlı sağlık kuruluşları açmak ve düzenlemek, kamusal veya özel yataklı tedavi kurumlarına açılış ruhsatı vermek ve ücret tarifelerini tespit etmek, kan merkezi ve istasyonları açmak başlıca görevleridir.²⁷⁶

2.7.2.4. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, 1936 yılına kadar Hıfzısıhha Dairesi, bu tarihten müstakil Genel Müdürlük haline getirildiği 1946 yılına kadar ise, Hıfzısıhha İşleri Umum Müdürlüğü'ne bağlı Eczacılık ve Müstahzarlar Şube Müdürlüğü adıyla görev yürütmüştür. 11 Şubat 1946 tarih ve 4862 Sayılı Kanunla Eczacılık ve Tıbbi Müstahzarlar Genel Müdürlüğü'ne dönüştürülmüş, 28 Şubat 1982 tarih ve 17619 sayılı mükerrer Resmi Gazete'de yayımlanan 27 Şubat 1982 tarih ve 8/4334 sayılı "Bakanlıkların Yeniden Düzenlenmesi ve Çalışma Esasları Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile de İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü adını almıştır.²⁷⁷

İlaç imali, ithali ve piyasaya arz şekillerini izne bağlamak, ilaç üretim, dağıtım ve depolama üniteleri ile eczanelerin çalışma esaslarını tespit etmek ve denetimlerini yapmak başlıca görevleridir.²⁷⁸

²⁷⁶ "Tarihi:13.12.1983 Sayısı:181 R.G. Tarihi:14.12.1983 R.G. Sayısı:18251 Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname", <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-442/tarihi13121983--sayisi181--rg-tarihi14121983--rg-sayisi.html?vurgu=sa%4%9fl%4%b1k+bakanl%4%b1%4%9f%4%b1n%4%b1n+te%4%9fkil+ve+g%4%b6revleri>, (Erişim: 10/06/11)

²⁷⁷ Sağlık Bakanlığı, "İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün Tarihçesi", <http://www.ieg.gov.tr/Default.aspx?sayfa=tarihce&lang=tr-TR>, (Erişim: 19/06/11)

²⁷⁸ "Tarihi:13.12.1983 Sayısı:181 R.G. Tarihi:14.12.1983 R.G. Sayısı:18251 Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname", (Erişim: 10/06/11)

2.7.2.5. Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü

Sağlık personeli yetiştirmek üzere orta ve yüksek dereceli okulların açılmasını sağlamak, denetimlerini yapmak, eğitimin standardizasyonunu temin etmek, halk sağlığı eğitimini yürütmek başlıca görevleridir.²⁷⁹

2.7.2.6. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Annenin ve çocuğun beden ve ruh sağlığının korunmasını sağlamak aile planlaması hizmetlerini planlayıp uygulamaya koymak başlıca görevleridir.²⁸⁰

2.7.2.7. Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı

Sıtma hastalığının önlenmesi hizmetlerini sağlamak başlıca görevidir.²⁸¹

2.7.2.8. Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

Ülkemizde veremin yayılmasına karşı koruyucu tedbirler almak, hastaların kontrol ve tedavi altında bulunmalarını sağlamak ve bu konuda eğitim vermek başlıca görevleridir.²⁸²

2.7.2.9. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı

14 Aralık 1983 tarihinde çıkarılan 18351 sayı ve 181 karar sayılı Bakanlığın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye göre Kanserle ilgili

²⁷⁹ “Tarihi:13.12.1983 Sayısı:181 R.G. Tarihi:14.12.1983 R.G. Sayısı:18251 Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, (Erişim: 10/06/11)

²⁸⁰ “Tarihi:13.12.1983 Sayısı:181 R.G. Tarihi:14.12.1983 R.G. Sayısı:18251 Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, (Erişim: 10/06/11)

²⁸¹ “Tarihi:13.12.1983 Sayısı:181 R.G. Tarihi:14.12.1983 R.G. Sayısı:18251 Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, (Erişim: 10/06/11)

²⁸² “Tarihi:13.12.1983 Sayısı:181 R.G. Tarihi:14.12.1983 R.G. Sayısı:18251 Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, (Erişim: 10/06/11)

istatistiki bilgileri toplamak, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri tespit etmek ve denetlemek, halkın eğitimini sağlamak başlıca görevleridir.²⁸³

2.7.2.10. Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı

Uluslararası kuruluşlar ile Sağlık Bakanlığı arasında yapılacak anlaşmaları ve çalışmaları düzenlemek, konferans ve toplantılar tertip etmek başlıca görevleridir.²⁸⁴

2.7.2.11. Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı

Sağlık Bakanlığı'nın görev ve faaliyet alanına giren konularda Avrupa Topluluğu ile ilişkiler konusunda görevli Devlet Bakanlığı'nın koordinasyon çalışmalarına yardımcı olmak başlıca görevidir.²⁸⁵

2.7.3. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı

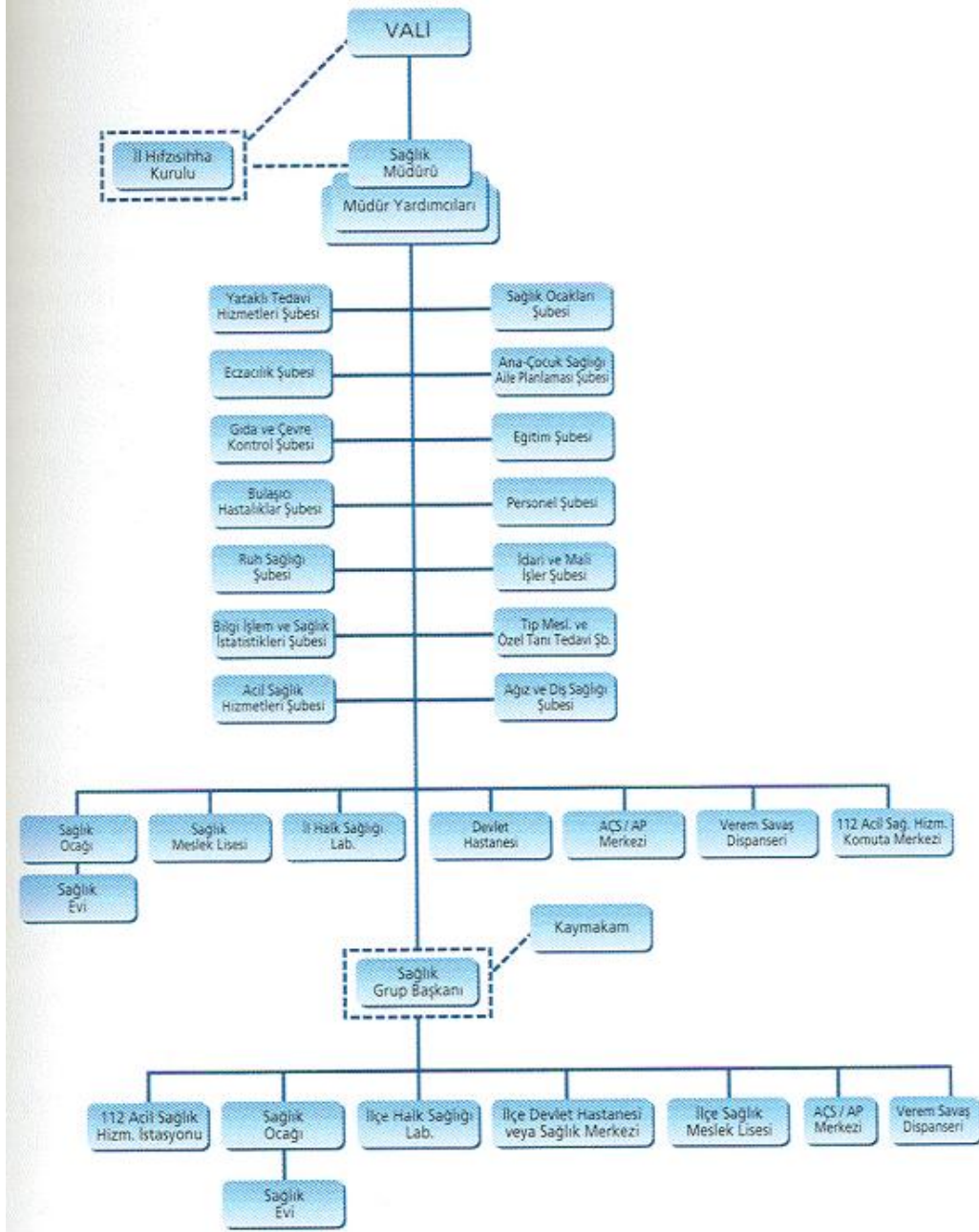
Sağlık Bakanlığı illerde Sağlık il Müdürlüğü adı altında örgütlenmiştir. İldeki sağlık işlerinden birinci derecede il valileri sorumludur. Sağlık Bakanlığı tarafından tayin edilen sağlık müdürleri il valisine karşı sorumludurlar.

²⁸³ “Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının Görevleri”, <http://kanser.gov.tr/index.php?cat=34>, (Erişim: 20/06/11)

²⁸⁴ “Tarihi:13.12.1983 Sayısı:181 R.G. Tarihi:14.12.1983 R.G. Sayısı:18251 Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, (Erişim: 10/06/11)

²⁸⁵ “Tarihi:13.12.1983 Sayısı:181 R.G. Tarihi:14.12.1983 R.G. Sayısı:18251 Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-50816/h/sbteskilatvegorevlerihkhhk.pdf>, (Erişim: 10/06/11)

Şekil 5 : Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı



Kaynak: “Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Şeması”,

http://www.saglik.gov.tr/TR/Dosyalar/teskilat/tasra_files/slide0001.htm

2.8. Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren Sendikalar ve Üye Sayıları

Sendikaların ilk kuruluş aşamasından bu yana, siyasal ve ideolojik görüş ayrılıkları sendikalaşmaya yansımıştır. Siyasal yelpazedeki çokluk ya da çoğulculuk, kamu görevlilerinin sendikalaşmasında, alt ve üst düzey örgütlenmelerinde görülmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sektör tarafından birlikte sunulması, bu alanlarda çalışanların farklı statüde çalışmaları ve statü farklılıklarının giderek çeşitlenmesi (memur, işçi, sözleşmeli personel gibi), sağlık çalışanlarının farklı sendikal haklara sahip olmasına; hatta örgütlenmelerinin özel kesimde yasaklanmasına neden olmaktadır.²⁸⁶

1961 Anayasasının çalışma hayatına kazandırdığı demokratik değerler işçi sendikalarında olduğu gibi kamu emekçileri alanında da toplumsal karşılığını üretmiş 1965 yılından sonra kamu emekçileri örgütlü bir mücadeleye yönelmiştir. Sendikal örgütlülük tarzında başlayan mücadele işkolu örgütlenmelerinden ziyade meslek örgütlenmeleri tarzında gelişmiştir. 1971’de kesintiye uğrayan sendikal mücadele 70’lerin ortalarına doğru dernek tarzı örgütlenmelerle tekrar açığa çıkmış toplumsal mücadele içersinde yerini almıştır.²⁸⁷

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren bağımsız sendikalarla birlikte 8 sendika bulunmaktadır. Ancak üye potansiyeli açısından üç tane güçlü ve etkili sendika bulunmaktadır. Bunlar Türk Kamu-Sen’e bağlı Türk Sağlık-Sen, Memur-Sen’e bağlı olan Sağlık-Sen ve KESK’e bağlı olan SES’dir. Bu üç sendika da bağlı bulundukları konfederasyonların politik görüşlerini ve sendikal anlayışlarını benimsemektedir. Bu sendikaların bağlı bulundukları konfederasyonlar ve üye sayılarındaki değişmeyi gösteren tablo aşağıdadır.²⁸⁸

²⁸⁶ Reyhan Aydoğan, Kamu Hastaneleri Sağlık Çalışanlarının Sendikal Örgütlenme Konusundaki Görüşlerinin Cinsiyet Temelinde İncelenmesi, (Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi*), Ankara, 2007, s. 29.

²⁸⁷ Kazım Yazırlioğlu, *SES Bilgilendirme Broşürü*, Kasım 2001, s. 2.

²⁸⁸ Zuhale İpek, Kamu Çalışanları Sendikaları; Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Sendikalaşması Üzerine Alan Araştırması (Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı, *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi*), Bursa, 2006, s. 137.

Tablo 26 :Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren Memur Sendikaları ve Üye Sayıları

Kamu Görevlileri Sendikasının Unvanı	Bağlı Olduğu Konfederasyon	2006	2007	2008	2009
TÜRK SAĞLIK - SEN	TÜRKİYE KAMU – SEN	69 288	78 472	84 183	91 848
SES	KESK	35 707	36 419	38 548	40359
SAĞLIK - SEN	MEMUR-SEN	35 628	45 584	71 222	93 705
BİRLEŞİK SAĞLIK - İŞ	BİRLEŞİK KAMU –İŞ	1 022	873	703	618
BAĞIMSIZ SAĞLIK - SEN	BASK	934	1 238	1 238	1 069
SAĞLIK HAK-SEN	HAK-SEN	-	-	366	773
TÜM SAĞLIK-SEN	BAĞIMSIZ	-	-	-	9

Kaynak: “Son 8 yılda sendika üye sayısındaki değişim”,

<http://www.memurlar.net/haber/143902/>, (Erişim: 24/02/2011)

17.01.2009 tarih ve 27113 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “2821 Sayılı Sendikalar Kanunu Gereğince İşkollarındaki Tüm İşçi Sendikaları ve Üye İşçi Sayılarına İlişkin 2009 Ocak Ayı İstatistikleri Hakkındaki Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Tebliği’n de yer alan bilgiler incelendiğinde toplam sağlık işçisi sayısı 101.808’dir. Sağlık İş kolundaki üye sayıları ve sendikalaşma oranları aşağıda verilmiştir.²⁸⁹

²⁸⁹ “İş Kollarındaki Toplam İşçi Sayıları, Sendikalar ve Sendikaların Üye Sayıları”, <http://yerelsen.org.tr/?p=236>, (Erişim: 19/06/11)

Tablo 27 : Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren İşçi Sendikalarının Üye Sayıları ve Sendikalaşma Oranları

SENDİKANIN ADI	ÜYE SAYISI	%
SAĞLIK-İŞ (Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası)	17.755	17,43
DEV SAĞLIK-İŞ (Devrimci Sağlık İşçileri Sendikası)	4.396	4,31
SIHHAT-İŞ (Tüm Sağlık Hizmetleri İşçileri Sendikası)	1.855	1,82

Kaynak: “İş Kollarındaki Toplam İşçi Sayıları, Sendikalar ve Sendikaların Üye Sayıları”, <http://yerelsen.org.tr/?p=236> (Erişim: 19/06/11)

2.9. Sağlık Sistemimizdeki Bazı Düzenlemeler

Türkiye’de sağlık ile ilgili düzenleme yapan çok sayıda yasa mevcuttur. Sağlık alanının yazılı hukuk kuralları olarak tanımlanabilecek olan sağlık mevzuatı; kanun, kanun hükmünde kararname, tüzük, yönetmelik, yönerge ve genelgeler ile diğer idari metinlerden oluşur.²⁹⁰

2.9.1. Genel Koruyucu Sağlık Yasası (Umumi Hıfzıssıhha Yasası)

1930 yılında memlekette Koruyucu Hekimlik tedbirlerini almak lüzumu gün geçtikçe daha şiddetle duyulan bir ihtiyaç halini aldı ve (Umumî Hıfzıssıhha Kanunu) çıkarıldı. Bu kanunun muhtelif maddelerinde koruyucu hekimliğin konuları açık olarak yer almış bulunuyordu. Nitekim birinci madde de (Memleketin sağlık şartlarını düzenlemek, milletin sağlığına zarar veren bütün hastalıklar ve zararlı amillerle savaşmak, gelecek nesillerin sağlıklı ve sağlam yetişmesini temin, halkı hekimliğin ve sosyal yardımın her türlü hizmetlerinden faydalandırmak) devletin yapmaya mecbur olduğu işler olarak gösterilmiştir. İkinci maddede (Devlet, Özel idareler ve Belediyelerce yapılacak her türlü sağlık işlerinin, Sağlık Bakanlığının

²⁹⁰ Recep Akdur , “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri ”, s. 1987.

kontrolü altında bulunacağı) yazılmıştır. Bundan sonraki maddelerde Devletin ve Belediyelerin halk sağlığı bakımından yapmakla görevli oldukları işler birer birer gösterilmiştir. Üçüncü madde de Devletin yapacağı işler şöyle sıralanmıştır:

- 1-Doğumu arttıracak, kolaylaştıracak ve çocuk ölümlerini azaltacak tedbirlerin alınması
- 2-Anaların doğumdan önce ve sonra sağlıklarının korunması
- 3-Memlekete bulaşıcı ve salgın hastalıkların girmesini önlemek
- 4-Memlekette her türlü serpici, bulaşıcı ve salgın yapıcı hastalıklarla veya çok ölüm yapan zararlı etkenlerle savaş
- 5-Hekimlik ve hekimlikle ilgili sanatların kontrolü
- 6-Besinlerin, ilâçlıların, bütün zehirli ve uyuşturucu maddelerin, aşı ve serumların kontrolü
- 7- Çocukluk ve gençlik sağlığının korunmasını sağlamak, çocuk sağlığının ve sağlamlığının gelişmesine yardım edecek tesisleri kontrol etmek
- 8- Okul sağlığı, İşçi ve çalışma sağlığı
- 10-Maden suları ve diğer şifalı suların kontrolü
- 11-Hıfzıssıhha müesseseleri, Bakteriyoloji laboratuvarları açmak ve idare etmek
- 12-Hekimlik meslekiyle ilgili dersler verecek, okullar açmak ve idare etmek, (Ebe, hemşire, hastabakıcı, sağlık memuru ve sağlık koruyucuları yetiştirmek)
- 13-Deliler için iyileştirme ve barınma yurtları, hastaneler kurmak
- 14-Göçmenlerin yerleşme işleri ve sağlıklarıyla uğraşma
- 15-Cezaevlerinin sağlık işlerini kontrol etmek
- 16-Sağlık istatistiklerini tutmak ve yayınlamak
- 17-Sağlık, propagandası ve yayınları yapmak
- 18-Ulaştırma araçlarının sağlıkla ilgili işlerini kontrol etmek

Bu hizmetlerin dışında kalan ve şehir, kasaba, köy sağlığını ilgilendiren birtakım meseleler daha vardır ki, bunlar da belediyelere, özel idarelere, köy ihtiyar heyetleri ve hayır kurumlarına bırakılmıştır. Bu kanunun diğer maddelerinde; yukarda sayılan işlerin nasıl yapılacağı ayrı gösterilmiştir.²⁹¹

²⁹¹ Suat Seren, Aliye Seren, a.g.e., s. 4, 3.

2.9.2. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Yasa

1928 tarih ve 1219 sayılıdır. Günümüz Türkçesi'ne, Tıp ve Dallan Sanatlarının Uygulama Biçimine İlişkin Yasa olarak uyarlanabilir. Tıp dalları ile bunlarda nasıl uzmanlaşacağını düzenlemektedir. Bu yasanın 1. maddesine göre Türkiye'de hekimlik yapabilmek için Türk yurttaşı olmak gerekmektedir. Hekimlerin hastalık raporu düzenleme yetki ve süreleri de bu yasada kurala bağlanmıştır.²⁹²

2.9.3. Tıbbi ve İспенçiyari Müstahzarat Yasası

1928 tarih ve 1262 sayılıdır. Yasa, piyasada satılan ilaçların üretim ve denetimine ilişkin düzenlemeleri içermektedir.²⁹³

2.9.4. Türk Kodeksi (Farmakopesi) Hakkında Yasa

1926 tarih ve 767 sayılıdır. Yasa, piyasada satılan ilaçların üretim ve denetimine ilişkin düzenlemeleri içermektedir.²⁹⁴

2.9.5. Özel Hastaneler Yasası

1933 tarih ve 2219 sayılı yasa olup; özel hastanelerin açılma, hizmet verme ve denetlenmelerine ilişkin düzenlemeleri içermektedir. Bu yasa hükümlerine göre bir özel hastane açabilmek için en az 2 hekimin başvurusu, ambulans sağlanması gibi zorunluluklar öngörülmektedir. Ayrıca, konuya ilişkin daha ayrıntılı kurallar koymak

²⁹² “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”,
http://www.burdur.saglik.gov.tr/mevzuatlar/tipmeslek/14041928_863.pdf, (Erişim: 19/06/11)

²⁹³ “İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu”
http://www.tedo.org.tr/TR/kanunlar/63_ispenciari-ve-tibbi-mustahzarlar-kanunu.aspx,7
(Erişim: 01/01/2012)

²⁹⁴ Cemil Özcan, Metin Fikret Genç, “Sağlıkla İlgili Tüm Kanun, Kanun Hükmünde Kararname, Tüzük ve Yönetmeliklerin İncelenmesi ve Özetleri”,
http://www.bayar.edu.tr/hastane/mevzuat/Turk_Saglik_Mevzuati-CBU_Halk_Sagligi_AD.pdf,
(Erişim:19/06/11)

için bir de tüzük çıkarılmıştır. Bu yasaya göre özel hastaneler, belli oranlarda yoksul hasta bakmakla da yükümlüdürler.²⁹⁵

2.9.6. Gözlükçülük Hakkında Yasa

1940 tarih ve 3958 sayılıdır. Hekimlere gözlükçülük yapabilme yetkisi tanımaktadır Ancak bu işi yaparken, hekimlik mesleğinin de aynı anda yürütülmesine yasa izin vermemektedir. Numaralı (Mihraklı) gözlük camı satmak ve gözlükçü unvanını kullanabilmek için öncelikle Türk olmak, yirmi yaşını bitirmiş olmak, en az orta tahsilini ikmal etmiş bulunmak, gözlükçülüğü yapmağa mani vücutça veya akılca bir arızası bulunmamak, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti tarafından verilen gözlükçülük ruhsatnamesini haiz bulunmak gereklidir. Bunun dışında Sağlık Bakanlığı'nca açılan kurslardan belge aldıktan sonra gözlükçü olabilmektedirler.²⁹⁶

2.9.7. Belediyeler Yasası

1580 sayılı bu yasa, 15. maddesi belediyelere çevre sağlığı, yoksullara hizmet, hastane açma, düşkünler yurdu açmak gibi görevler vermiştir. Ancak 1980'den sonra çıkarılan Büyükşehir Belediyeleri'ne ilişkin 3030 sayılı yasa ve diğer mevzuat kapsamında bu belediyelere yeni görevler yüklenmiştir. Sağlıkla ilgili yeni görevlerin kapsamı daha çok çevre sağlığı hizmetleridir. Bu hizmetlerin yerine getirilip getirilmediğinin denetimi ise Sağlık Müdürlüklerine bırakılmıştır.²⁹⁷

²⁹⁵ Habibe Yılmaz Kayar, “Hususi Hastaneler Kanun ve Tüzüğü”
<http://www.turkhukuk sitesi.com/showthread.php?t=6713> (Erişim: 19/06/11)

²⁹⁶ “Gözlükçülük Hakkında Kanun”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-46913/h/155507.pdf>,
(Erişim: 19/06/11)

²⁹⁷ “Belediye Kanunu”, http://www.alomaliye.com/5272_sayili_kanun_belediye.htm,
(Erişim: 19/06/11)

2.9.8. Sıtmanın İmhası Hakkında Yasa

1960 tarih ve 7402 sayılı yasadır. Sıtmanın ülkemizden kökünün kazınması hedeflenmektedir. Bu amaçla Sıtma Bölge Başkanlıkları kurulmuştur. Ancak bu çok iddialı hedef bugüne dek gerçekleştirilememiştir. 1970’te olgu sayısı 1200’lere düşmüş, sorunun çözüldüğü düşüncesine kapılınmıştır. Hizmetler aksayınca 1977’de olgu sayısı 115 000’e ulaşmıştır. Türkiye’de 2003-2007 (2003’te 9 209 iken 2007’de 358) yılları arasında rapor edilen vaka sayısında belirgin bir azalma vardır. Ancak, bu azalmanın ne kadarının kontrol ve tedaviye bağlı olduğu bilinmemektedir. Türkiye’de 1998-2002 yılları arasında sıtma vakalarının %29’u aktif sürveyans %71 ise pasif sürveyans yöntemiyle tespit edilmiştir.²⁹⁸ Sıtma halen özellikle GAP bölgesinde ülkemiz için çok önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir. Gelişen sıtma savaş teknikleri karşısında yeni düzenlemelere gereksinim vardır.²⁹⁹

2.9.9. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkında Yasa

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu, koruyucu ve tedavi hizmetlerinin bir arada köylere kadar yayılmasını, kamu sektöründe hizmetlerin bir elden yürütülmesini öngörmüştür. Buna göre temel ünite 5-10 bin kişiye bir adet hesaplanan sağlık ocağıdır. 2500-3000 nüfusa da bir ebenin görev yaptığı sağlık evleri planlanmıştır. Sağlık ocağı hekiminin başkanlık ettiği sağlık ekibi oldukça detaylı olarak koruyucu hizmetleri yürütür. Ayrıca evde ve ayakta tedavi hizmeti verir. Tedavi hizmetleri devlet hastanelerince desteklenir. Bu hizmet şekli yürürlükte olup sağlık ocakları, AÇS-AP merkezleri, verem savaş dispanserleri ile de desteklenmektedir.³⁰⁰

²⁹⁸ “Sıtma Savaş Daire Başkanlığı’nın Sıtma İle İlgili İstatistikleri”, <http://www.tusp.saglik.gov.tr/HM/belge/1-3416/eski2yeni.html>, (Erişim: 19/06/11)

²⁹⁹ “Yeniden Önem Kazanan İki Enfeksiyon”, <http://www.ato.org.tr/bilgi/hekimler-icin-guncel-tibbi-bilgiler/detay/6>, (Erişim: 19/06/11)

³⁰⁰ Said Bodur, a.g.e., s. 5.

2.9.10. Zorunlu Hizmet Yasası

Türkiye Büyük Millet Meclisi 15 Haziran ve 21 Haziran 2005 tarihlerinde yaptığı iki oturumla Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede değişiklikler yapan yasa teklifini kabul etmiştir. Kanunun Resmi Gazetede yayımladığı gün tıp fakültelerinde öğrenim görenler ile tıpta uzmanlık ve yan dal uzmanlık eğitimi yapmakta olanları kapsayacaktır. Bu düzenleme hali hazırda çalışanları kapsamamaktadır. Mecburi hizmet görevi memur veya sözleşmeli olarak yerine getirilebilecektir. Sürelerin hesabında fiilen çalışma esas olup, hafta sonu ve resmi tatil günleri fiili çalışmadan sayılır. Yıllık, mazeret ve hastalık izinli geçirilen günler ise yükümlülük süresine ilave edilir. Tabip ve uzman tabiplere getirilecek olan mecburi hizmetin ilçelerde tamamlanması öngörülmektedir. İlçeler için de Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığının yayınladığı ilçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması esas alınacaktır.³⁰¹

Tablo 28 : İlçelerde Öngörülen Mecburi Hizmet Süreleri

Hizmet Grupları	Hizmet Süreleri
Altıncı grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerlerinde	200
Beşinci grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerleri ile altıncı grup ilçe merkezlerinde	250
Dördüncü grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerleri ile beşinci grup ilçe mrk.	300
Üçüncü grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerleri ile dördüncü grup ilçe mrk.	350
İkinci grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerleri ile üçüncü grup ilçe merkezlerinde	400
Birinci grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerleri ile ikinci grup ilçe merkezlerinde	450
Birinci grup ilçe merkezlerinde	500

Kaynak: “Mecburi Hizmetin Ayrıntıları”, <http://www.memurlar.net/haber/23223/> (Erişim: 19/06/11)

³⁰¹ “Mecburi Hizmete İlişkin Kanunun Tam Metni”, <http://www.memurlar.net/haber/23735/>, (Erişim: 19/06/11)

2.9.11. Nüfus Planlaması Yasası

Ülkemizde Cumhuriyet'in kuruluşundan 1965 yılına kadar nüfus artış hızını destekleyici politikalar benimsenmiş ve uygulanmıştır. 1965 yılında çıkartılan 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile aile planlaması yöntem kullanımı serbest bırakılarak, antinatalist politikaya geçilmiştir. 1983 yılında yürürlüğe giren, halen konusunda dünyadaki en kapsamlı ve liberal yasalar arasında bulunan, 2827 sayılı aile planlaması hizmetlerini düzenleyen ikinci yasada, getirdiği diğer yeniliklerin yanı sıra sektörler arası işbirliğinin gerekliliği vurgulanmıştır. 2827 sayılı yasa ile getirilen yenilikler; kurs görmüş ebe ve hemşirelere uygulama yetkisi verilmesi, cerrahi kontrasepsiyonun yöntem seçenekleri içine alınması, 10 haftaya kadar gebeliklerin istek üzerine sonlandırılması ve yukarıda belirtilen sektörler arası işbirliğinin zorunlu hale getirilmesidir.³⁰²

2.9.12. Türk Tabipleri Birlik (TTB) Yasası

1953 tarih ve 6023 sayılı yasadır. 1982 Anayasa'sının 135. maddesine göre TTB Anayasal bir Meslek Kuruluşudur. Bu Yasa, TTB'nin görevlerini, yetkilerini, hekimlerin Birliğe üyelik koşullarını, Birliğin organlarını ve seçilme kurallarını düzenlemektedir. Türk Tabipler Birliği, hekimlerin özel muayenahanelerinde ve özel sağlık kuruluşlarındaki her türlü muayene, girişim, operasyon, doğum vb. sağaltım ve tanı girişimlerinin ücret tarifelerini, alt ve üst sınır koyarak belirleme yetkisine sahiptir. Birlik, gelir kaynaklarını üye ödentileri ve gelir getirici etkinliklerden sağlar. Kamu fonlarından bir katkı söz konusu değildir ve tüm organları üyelerinin serbest seçimleri ile işbaşına gelir. Bu özellikleri ile tam anlamıyla Hükümet Dışı bir Sivil Toplum Örgütüdür. Ancak kamu eliyle kurdurulan ve Anayasa ile kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu olarak tanımlanan özelliğini de unutmamak gerekir.³⁰³

³⁰² İbrahim Açıkalın, "Türkiye'de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması", <http://www.saglikisifa.com/332-Aile-Planlamasi.html>, (Erişim: 19/06/11)

³⁰³ <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.3.6023&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>, "Türk Tabipler Birliği Kanunu", (Erişim: 19/06/11)

2.9.13. Türk Diş Hekimleri Birliği Yasası

Diş tabipleri, meslek kuruluşu olarak, bugüne kadar 6023 Sayılı Kanunla kurulan Türk Tabipleri Birliği içinde yer alıyor ve kanundaki belli kontenjanlar oranında Tabip Odaları organlarında görev sahibi olabiliyorlardı. 1953 yılından beri yürürlükte olan Türk Tabipler Kanunu zamanla günün ihtiyaçlarına cevap veremez hale gelmiş ve bu sebeple 6909 Sayılı Kanunla değişikliğe uğradıktan sonra, sırasıyla 1970, 1974 ve 1978 yıllarında yeni kanun tasarıları, başta seçimler olmak üzere, meclislerin yenilenmesi gibi çeşitli nedenlerle kadük olmuştur. Genelde tüm tabiplerin özelde ise diş tabiplerinin halkın sağlığı ve meslekte hizmet vermek açısından, yeterli görmedikleri 6023 Sayılı Kanun ve yarattığı sorunlar her gün artmıştır. 1985 tarih ve 3224 sayılı yasa ile, TTB Yasası'ndakine koşut bir düzenleme yapılmış ve diş hekimliği meslek alanını kurallara bağlamıştır.³⁰⁴

2.9.14. Türk Eczacılar Birliği Yasası

Türk Eczacıları Birliği 2.2.1956 tarih ve 9223 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu ile İstanbul'da kurulmuştur. O tarihte, 1961 Anayasası'nın 122. maddesi ve 1982 Anayasası'nın 135. maddesi ile kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu olarak tanımlanarak Anayasal bir kurum hüviyetini almıştır. TEB, müşterek ihtiyaçları karşılamak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, mesleğin genel menfaatlerine uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ile, halk ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hakim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlakını korumak maksadı ile kanunla kurulan ve organları kendi üyeleri tarafından kanunda gösterilen usullere göre yargı gözetimi altında, gizli oyla seçilen kamu tüzel kişiliğidir.³⁰⁵

³⁰⁴ “ADO tarihçesi”, <http://www.ado.org.tr/content.php?id=52>, (Erişim: 19/06/11)

³⁰⁵ “TEB Tarihçesi”, <http://www.teb.org.tr/?modul=tarihce&mod=ozet>, (Erişim: 01/08/2010)

2.9.15. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Yasa

2238 sayı ve 1979 tarihli. Bu yasaya göre ancak ölüden doku ve organ alınabilir. Tıbbi ölüm durumunun saptanmasını kurala bağlamaktadır. Yasa oto-greftleri, saç, ve deri alınması, aşılması ve aktarımı (nakli, transplantasyonu) ile kan ve ürünleri transfüzyonunu kapsamamaktadır. Bu konularla ilgili reklamlar da yasaktır. Organ ya da doku verecek kişilerin 18 yaşını geçmiş ve yasal haklarını kullanma bakımından ergin ve sezgin olmaları zorunludur. Bununla birlikte vericinin yaşamını mutlak olarak sona erdirecek veya tehlikeye sokacak doku veya organlarının alınması yasaktır. 14. maddeye göre, tersine bir bildirim (beyan) yoksa, kornea gibi ceset üzerinde bir değişiklik yapmayacak dokular alınabilir.³⁰⁶

Tablo 29 : Yıllara Göre Organ Nakli Sayısı, Türkiye

	2002	2006	2007	2008
BÖBREK	550	949	1302	1665
KARACİĞER	159	319	462	592
KALP	20	45	64	50
KALP KAPAKÇIĞI	15	25	20	29
AKCİĞER	0	0	1	0
KALP-AKCİĞER	0	0	1	3
PANKREAS	0	7	14	10
İNCEBAĞIRSAK	0	0	1	3
TOPLAM	744	1345	1865	2352

Kaynak: http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri2008.pdf,

(Erişim: 30/08/2010)

³⁰⁶ “Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun”, <http://www.tond.org.tr/tr/sayfalar/OrganNakliYasasiTR.pdf>, (Erişim: 01/08/11)

2.9.16. Uyuşturucu maddelerin Denetimi Hakkında Yasa

24.6.1933 tarih ve 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanundur. Yasa, esrar üretimi için hint keneviri ekimini yasaklamaktadır. Bileşiminde morfin, kokain ve türevleri ilaçların ithal, ihraç ve ülke içindeki satışı Sağlık Bakanlığı denetimindedir. Bileşiminde bağımlılık yapabilecek droglar içeren preparatların reçeteye yazımı yeşil ve kırmızı reçetelere bağlanmıştır.³⁰⁷

Tablo 30 : İhracı Yasak ve Ön İzne Bağlı Mallar

MADDE	İZNİ VEREN KURUM	YASAL DAYANAK
Afyon ve haşhaş kellesi	Sağlık Bakanlığı	12.6.1933 tarih ve 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun
Uyuşturucu Maddeler ve 1972 tarihli Protokolle değiştirilen 1961 tarihli Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi, 1971 tarihli Psikotrop Maddelere İlişkin Sözleşme ve 1988 tarihli Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Yasadışı Trafikinin Önlenmesine İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi kapsamındaki mallar	Sağlık Bakanlığı	24.6.1933 tarih ve 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun ve 1972 tarihli Protokolle değiştirilen 1961 tarihli Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi, 1971 tarihli Psikotrop Maddelere İlişkin Sözleşme ve 1988 tarihli Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Yasadışı Trafikinin Önlenmesine İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi

Kaynak: “İhracı Yasak ve Ön İzne Bağlı Mallara İlişkin Tebliğ”,

<http://www.aso.org.tr/kurumsal/media/kaynak/TUR/idari-yapi/ihraciyasakoniznebagli.pdf>

(Erişim: 19/06/11)

³⁰⁷ “İhracı Yasak ve Ön İzne Bağlı Mallara İlişkin Tebliğ”,

<http://www.aso.org.tr/kurumsal/media/kaynak/TUR/idari-yapi/ihraciyasakoniznebagli.pdf>, (Erişim: 19/06/11)

2.9.17. Genel Sağlık Sigortası

31/5/2006 tarihinde kabul edilen 5510 no’lu Sosyal sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanunu toplumun tamamını sağlık sigortası kapsamına almayı amaçlayan bir sağlık reformudur.³⁰⁸

Tüm vatandaşlar genel sağlık sigortası kapsamında, hatta Türkiye’de bir yıldan fazla ikamet eden yabancılar, vatansız ve sığınmacılar, 18 yaşın altındaki gençler ve çocuklar ise, hiçbir şarta bağlı olmadan sistemden istifade etmektedir. Kapsam dışındakiler, vatani görevini yapan er ve erbaşlar, tutuklu ve yükümlüler, yabancı ülkenin sigortalısı olanlar, bunlar da farklı mevzuatlara göre bu sigorta sağlık yardımlarından yararlanacaklardır. Yabancı ülkelerin sigortalıları da ikili sosyal güvenlik, mütekabiliyet esasına uygun olarak ikili sosyal güvenlik anlaşmalarıyla bu haklar verilecektir. Yenilik olarak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri de sisteme dahil edilmektedir. Kişiye yönelik sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir. Ağız ve diş muayenesi, laboratuvar tetkik ve tahlilleri, yurt dışında tetkik ve tedavi, buradaki yurt dışında tetkik ve tedavilerde de sınırlama yoktur. Geçici veya sürekli görevle gidenler ile, Türkiye’de tedavisi sağlanamadığı hallerde tüm vatandaşlarımız, sisteme dahil olan tüm şahıslar, bu yurt dışında tetkik ve tedavi yardımlarından yararlanabilmektedir. En temel özelliği, bir basamaklandırılmış sağlık sevk zincirini öngörmesidir.³⁰⁹

Genel sağlık sigortası için öngörülen, Genel Sağlık Sigortasında kısa vadeli sigorta kollarında 506 Sayılı Kanunda öngörülen sorumluluk halleri, genel sağlık sigortası için de aynen korunmuştur. Sistemin finansmanına ilişkin olarak, devlet prim ödeyerek ilk defa doğrudan sosyal güvenlik sistemine katılacaktır. Sigorta kollarına göre prim alma ilkesi benimsenmiştir.³¹⁰

³⁰⁸ “Sosyal sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanunu”, <http://www.ceis.org.tr/images/userfiles/1282493398994.pdf>, (Erişim: 21/06/11)

³⁰⁹ *Yeniden Yapılanmanın Eşiğinde Sosyal Güvenlik Reformu*, s. 17, 18.

³¹⁰ *Yeniden Yapılanmanın Eşiğinde Sosyal Güvenlik Reformu*, s. 26.

Genel Sağlık Sigortası'nda; devletçe belirlenen bir hizmeti üstlenmeden gelir sağlamak amacıyla toplanan vergiler yerine taahhüt edilen, hizmete karşı parafiskal bir gelir olan prim sistemi benimsenmiştir. Toplanan primlerle, hastalık riskinin yarattığı mali külfet topluma dağıtılarak, sosyal güvenliğin asıl amaçlarından biri olan yeniden gelir dağılımı yaygın bir şekilde gerçekleştirilmek istenmiştir.³¹¹

2.9.18. Tam Gün Yasası

657 sayılı kanuna göre Türkiye Cumhuriyeti'nde devlet memurları sadece memurluk yapar, başka bir iş yapamazlar. Sadece bu istisna, zaman zaman çok az sayıda meslek grubuna getirilmiştir. Hekimlere getirilen bu istisna da Cumhuriyet tarihi boyunca gelgitler yaşanmıştır. Kanunlarda sürekli bu tür gelgitler yaşanmasında ana fikir, merkezde hekimlerin ama genelde sağlık hizmeti sunan insanların diğer memurlarla eşit statüde olmasını temin etmektir. Zira buna imtiyaz tanıyan kanunlar, hekimlere ya da ebe hemşire gibi diğer sağlık hizmeti mensuplarına, genel devlet memurlarından farklı olarak mesai sonrasında, vergi mükellefi olarak başka iş yapmaları hakkını veriyordu. İş kanunlarına göre haftalık mesai saati 40 saattir. Doktorların dışarıda muayenehane açmasını temin eden, Sağlık Personelinin Çalışma Usul ve Esaslarını Düzenleyen Kanun'da ise 40 saat çalıştıktan sonra muayenehane açmaya izin veriliyordu. Aslında muayenehane sahibi doktor iki ayrı mesai yapmak durumundaydı. Hekim, hastanesindeki hastasını ihmal etmemek için, muayenehanesinden fedakârlık etmek zorunda kalıyor. Muayenehanesindeki hastasını ihmal etmemek için de hastanesinden fedakârlık etmek zorunda kalabiliyordu.³¹² Bu ikilem Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasını öngören 5947 sayılı Kanunun 21/01/2010 tarihinde TBMM'de kabul edilmesiyle sona erdi.³¹³

³¹¹ Orhan H.Özkan, a.g.m., 58.

³¹² Sabahattin Aydın, "Tam Gün Hekimi İkilemden Kurtarıyor" *İstanbul'da Sağlık Dergisi*, Ocak_Şubat 2010, Ebru Matbaası, s. 13.

³¹³ "TBMM Genel Kurulunda kabul edilen Tam gün yasa tasarısının tam metni" <http://medicine.inonu.edu.tr/iutf/mevzuat/TamGun.pdf>, (Erişim: 26/12/2011)

Uluslararası Sağlık Tüzüğü, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Gıda Maddelerinin Ve Umumi Sağlığı İlgilendiren Eşya Ve Levazımın Hususi Vasıflarını Gösteren Tüzük, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü, Tababet Uzmanlık Tüzüğü, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Tüzüğü, Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük gibi tüzüklerde sağlık alanında yapılan düzenlemelerden bazılarıdır.

Hazırlandıkları dönemin anlayışları, ihtiyaçları ve gelişmişlik düzeylerine uygun düzenlemeler içeren bu eski kanunlar zaman zaman güncelleştirilmeye çalışılmıştır. Sonradan çıkarılan özel kanunlarla da önceki düzenlemelerde bazı değişiklikler yapılmış, bazı ek hükümler konmuş ve bazı hükümler kaldırılmıştır. Ancak yinede çeşitli konularda önceki farklı, hatta çelişen bazı hükümlerin yürürlükte kaldığı da görülmektedir.³¹⁴

³¹⁴ H.Fehim Şimşek, “Sağlık Mevzuatının Temel Esasları”, *Yeni Türkiye Dergisi Sayı 40 [Sağlık Özel Sayısı II]*, Temmuz Ağustos 2001, s. 1865.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK REFORMU DAİR ÇALIŞMALAR

Sağlık sistemleri, temel sağlık hizmetlerinin verilmesi, fiziki şartların ve insan kaynaklarının geliştirilmesi, hizmet ve yatırımların finansmanının sağlanması, planlama ve politika geliştirme için veri toplanması gibi bazı temel fonksiyonları öncelikle yerine getirme özelliğinde olmalıdır. Bu bağımsız işlevlerin koordinasyonu ve yönlendirilmesi sistemin başarısını sağlayacaktır. Sağlık sistemleri, öncelikli ihtiyaçları göz önünde bulundurarak mevcut kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamalıdır. Böyle bir sonuca ulaşabilmek için, hizmetlerin etkili ve eşit sunumunu, maliyet paylaşımını, personel ve kaynakların dengeli dağılımını sağlayacak fonksiyonel alt yapı kurulmalıdır.³¹⁵

Bir yandan halkın sağlık bilgisi, kendi sağlık hakkında olan inancı ve dolayısıyla da sağlık hizmetlerinden beklentileri artarken, diğer yandan sağlık hizmetleri bakım ve tedavi kapasitesi ve aynı zamanda bunların maliyetleri de hızla yükselmektedir. Yükselen maliyetler ve artan beklentiler; hem ülkeler arasındaki sağlık hizmet farklılıklarının daha geç kapanmasına, hem de kamu ve özel sektörün sağlık hizmetleri sunma kapasitesinin aşılmasına yol açmaktadır. Zaten, sağlıkta değişim ihtiyacı sadece ülkemizin problemi değildir. Sağlıklı toplumun sağlıklı bireylerden oluşmasını tehdit eden bu değişim baskıları sonunda geline ortak ilkeler, her ülkenin kendi kaynakları ve öncelikleri doğrultusunda uygulanmalıdır.³¹⁶

Sağlık Reformu için stratejilerin ana çerçevesi, 1980’li yılların sonunda Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülmüş olan Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ile tespit edilmiştir. Master Plan Etüdü, kapsamlı bir raporda, sağlık sektörünün mevcut durumunu tanımlamış ve gelişimi için ana strateji seçeneklerini ortaya koymuştur. Bu politika seçenekleri arasından ülkemiz şartlarına

³¹⁵ Bahattin İltir, “Neden Aile Hekimliği”, <http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=53>, (Erişim: 01/03/2011)

³¹⁶ Erdal Yücel, a.g.e., s. 179.

en uygun olanı seçilmiştir. Aynı dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından Milli Sağlık Politikası da geliştirilmiştir.³¹⁷

Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ile başlayıp, sağlık projeleri uygulama sürecinde olgunlaştırılan ve ayrıntılandırılan “Türkiye Sağlık Sektörü Reform Modeli” Reformun amaçları şu şekilde sıralanmaktadır: Toplumun tamamını kapsayacak bir sağlık sigorta sistemi ile Türk toplumunun sağlık durumunun iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin sağlanması, koruyucu hizmetlere, sağlığın geliştirilmesine ve birincil tedavi hizmetlerine önem verilmesi, hizmet sunumunda verimlilik, Hizmet satın alınması ve hizmet sunumunun ayrılması, hizmet sunucular arasında rekabet oluşturulması, uygun teknoloji kullanımı, sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliğinin güçlendirilmesi, karar verme sürecinde kullanılmak üzere, etkin, zamanında ve doğru bilgi toplanması, insan kaynaklarının yetenek, süre, sayı ve bileşimine göre uygun kullanımı, hizmet birimlerinde karar vericilerin temsilidir.³¹⁸

VII. Beş Yıllık Kalkınma Planına göre, Sağlık Reformu'nun amacı şudur: Sağlıkta kaynakların etkin kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin artırılması amacıyla sistem; finansman, yönetim ve organizasyon, insangücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutları itibariyle yeniden yapılandırılacaktır. Sağlık politikalarına süreklilik kazandırılacak, yasaların kararlılıkla uygulanması sağlanacaktır.³¹⁹

Sağlık reform programı; “Sağlık Finansmanı Reformu”, “Hastane ve Sağlık İşletmeleri Reformu”, “Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Reformu”, “Organizasyon ve Yönetim Reformu”, “İnsan Kaynakları Reformu”, “Sağlık Enformasyon Sistemi Reformu” nu içermektedir.³²⁰

³¹⁷ S.Haluk Özseri, Muharrem Varlık, a.g.m., s. 2016.

³¹⁸ Yusuf Ekrem Özdemir, “Sağlık Reformları*1980 ve 90’lı yılların Sağlık Politikaları”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 287.

³¹⁹ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 89.

³²⁰ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 89.

İşte tüm bu gelişmelere paralel olarak, ülkemiz sağlık sektörünün sorunlarına kalıcı çözümler bulabilmek için, başta Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı olmak üzere, son yıllarda ciddi çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalarda, geliştirilen projelerde, sağlık sektörünün içinde bulunduğu sorunlar dikkate alınmakta ihtiyaçlar tespit edilmekte, tespit edilen bu ihtiyaçların belirli bir zaman dilimi içinde planlı olarak yerine getirilmesi sağlanmaktadır. Bu çalışmalarda dünya deneyiminden faydalanılmakla, konusunda uzmanlaşmış kişi ve kurumların görüşleri ve ülkemiz şartları da dikkate alınarak gereken düzenlemeler yapılmaktadır.³²¹

Sağlık Reformları Projesi'nin ana ilkeleri şunlardır; herkesin hakkaniyet ilkesi doğrultusunda sağlık hizmetlerine ulaşılabilirdiğinin sağlanmasına yönelik olarak, Genel Sağlık Sigortası yoluyla, hizmeti sunanla finanse edeni birbirinden ayırmak ve dolayısıyla hizmetin verildiği kurumun değil hizmete ihtiyacı olanın destekleneceği bir sisteme geçmek, hastaneleri özerkleştirerek kaliteli ve verimli hizmet sunmalarını sağlayan gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, yönetiminde merkeziyetçilikten arınmış sağlık işletmelerine dönüştürmek, dolayısıyla hizmette devlet kontrolünde rekabeti sağlamak, birinci basamak sağlık hizmetleri denilen, hasta ile hekimin ilk karşılaştığı sağlık hizmetlerinde, Aile Hekimliği modeline geçerek, hastalıkların tedavisi kadar kişilerin hasta olmadan korunmalarına ve sağlıklarının geliştirmelerini sağlamak, Sağlık Bakanlığı'nı ülke genelinde sağlık politikaları belirleyen, hizmete yönelik standartlar koyup izleyen, tedavi hizmetlerini değil koruyucu sağlık hizmetlerini sunan bir yapıya kavuşturmadır. Sağlık Reformları Projesi'nin alanları; Sağlık Finansmanı Kurumu kuruluşu, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi, birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği sistemi, Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı'nın yeniden yapılanmasıdır.³²²

³²¹ Erdal Yücel, a.g.e., s. 180.

³²² Erdal Yücel, a.g.e., s. 189.

3.1. Aile Hekimliği Reformu

Sağlık reformunda, birinci basamak sağlık hizmetlerine önem vererek yeniden yapılandırılması hedeflenmiştir. Benzer nitelikteki hizmetlerin aynı nüfus grubuna farklı hizmet birimleri ile sunulmasını engelleyici sade bir örgütlenmeye gidilerek, aynı hizmeti veren değişik temel sağlık hizmet birimlerinin entegre edilmiş sağlık hizmeti sunan tek tip kurumsal yapıya dönüştürülmesi öngörülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemi getirilerek bu tür hizmetlerde kalite ve verimliliğin artırılması arzulanmıştır.³²³

Ülkemizde nüfusun 2/3'ünün şehirlerde yaşadığı, hastaların ulaşımın kolaylaşmasıyla hizmetinden memnun kalmadıkları birinci basamağı atlayarak ikinci basamakta yığıldıkları dikkate alınırsa, şehirlerdeki birinci basamak hizmetlerinin önemi anlaşılır. Ülkemizde devlet hastanelerine başvuranların % 86'sının, o anda ikinci basamağa ihtiyaç duymadıkları, bir başka deyişle, hastaneye gelmeden tedavi edilebilecekleri belirlenmiştir. Hastaneye başvuranların yalnızca %14'ünün gerçekten hastane tedavisine ihtiyaç olmaktadır.³²⁴

Gerek etkili bir sağlık eğitimi yürütebilmek ve gerekse maliyet etkin olması amacıyla kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmeti ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin entegre olarak verilmesi benimsenmiştir. Bu gelişmelerin sonucunda, kişileri ve aileleri, içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak ele alan, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın kesintisiz ve bütüncül sağlık hizmet sunabilen bir hekim tipine ihtiyaç duyulmuştur.³²⁵ Aile hekimleri, mesleksel rollerini sağlığı geliştirerek, kişilerin gereksinimleri ve toplumun kaynakları doğrultusunda doğrudan veya dolaylı olarak tedavi, bakım veya destek sağlayarak ve gerektiğinde hastalarının var olan hizmetlere ulaşmasına yardımcı olarak yerine getirirler.³²⁶

³²³ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 91.

³²⁴ Halûk Çağlayaner, *Aile Hekimliği II*, İletişim Yayınları, 1996, s. 23.

³²⁵ Süleyman Görpelioğlu, a.g.e., 11, 12.

³²⁶ Aydan Unsal ve diğerleri, "Aile Hekimliği ve Savunuculuk", (Erişim: 15/04/2011)

Sağlık Bakanlığınca başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli ayağı Aile Hekimliği Uygulaması İlk kez 2005'te Düzce'de başlatılmıştır. 2006'da 7, 2007'de 14, 2008'de 31, 2009'da 35 il ve 13 Aralık 2011 itibariyle 81 ilde hayata geçmiştir. Öncelik Avrupa Birliği'ne uyum çerçevesinde sağlık ocakları aile sağlığı merkezine dönüştürüldü. Bu sayede 5 bin sağlık ocağı bulunan Türkiye'de sayı 7 bin 200'e çıktı adrese dayalı nüfus kayıt sistem alınarak hekim-hasta eşleştirmesi yapıldı. Sağlık ocaklarının sayısı arttığı için hekim sayısı da artırıldı. Aile hekimliğinin doğası gereği, kişilere yakın yerler tespit edildi. Vatandaşlar hangi semtte, mahallede oturuyorsa, bulundukları yere bir aile hekimi atandı.³²⁷

Türkiye'de şimdilik görev yapan aile hekimi sayısı 21 bin 183'tür.³²⁸ Yani hasta memnuniyetini artıran en önemli etkenler arasında, hastaya daha fazla zaman ayırmak ön sıralarda yer alır. Bu durum, hekim başına düşen hasta sayısı ile yakından ilgilidir. Ülkemizde hâlihazırda aile hekimliği uygulanan illerde aile hekimi başına düşen nüfus, yaklaşık 3500 olup gelişmiş ülkelerde bu sayı 2000 civarındadır. Buradan hareketle açık bir şekilde söyleyebiliriz ki sağlık personelimizin iş yükü fazladır.³²⁹

Araştırma sonuçlarına göre birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin Aile hekimliği olan illerde %82,8, Aile hekimliğinin olmadığı illerde %80,1 ve tüm ülke genelinde %81,2 olduğu bulunmuştur. Memnuniyet düzeylerinin en yüksek olduğu konuların; Aile Hekimliği olan ve gerekse olmayan illerde kayıt ve bilgilerin gizli tutulması (%85,8) ile Hekimlerin hastanın şikayetlerini çabuk geçirmesi (%77,1) maddelerinde olduğu belirlenmiştir. Bu denli yüksek oranlara erişilmesine rağmen Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye'nin; kayıt ve bilgilerin gizliliğinde onyedinci, hastanın şikayetlerini çabuk geçirmesi konusunda da onikinci sırada yer alması bir eksiklik olarak değerlendirilmektedir. Memnuniyet düzeylerinin en düşük olduğu hekime telefonla ulaşabilme (%61,9) ve bekleme

³²⁷ Nursel Dilek, "2011'de Ailecek Onların Hastasıyız", *Aksiyon Haftalık Haber Dergisi*, Sayı 839, Ocak 2011, Çağlayan Basım, s. 43, 44.

³²⁸ Nursel Dilek, a.g.m., s. 46.

³²⁹ "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Hasta Memnuniyeti", <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71241/h/kitap-hsm.pdf> erişim, (Erişim: 17/2/11), s. 6

odasında harcanan zaman (%74,3) konularında Türkiye'nin diğer Avrupa ülkeleri arasında sırasıyla ondört ve dördüncü sırada bulunması olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.³³⁰

Tıp fakültelerinin öğrenci kontenjanları arttırılmaktadır. Ayrıca aile hekimliği uzmanlık kontenjanları da arttırılmaktadır. Bakanlığın nihai hedefi, 2023 yılına kadar 2 bin vatandaşa bir aile hekimliği uzmanı düşmesidir.³³¹

3.1.1. Aile Hekimliğinin Tanımı

Ülkemizde de 24.11.2004 tarih ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun uyarınca Aile Hekimi tanımına göre ise; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yas, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.³³²

3.1.2. Aile Hekimliğinin Amacı

Aile hekimliği uygulamasının amacı Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetlerinin yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapılmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak verilmesidir. Kişilerin aile hekimlerine kaydı başlangıç aşamasında il sağlık müdürlükleri tarafından kişilerin oturdukları bölge göz önünde bulundurularak yapılır. Kişiler isterlerse aile hekimini serbestçe değiştirme hakkına sahiptir. Muayene, aşılama, enjeksiyon, pansuman, birinci basamakta yapılan tahlil ve film hizmetleri tamamıyla ücretsizdir.

³³⁰ “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Hasta Memnuniyeti”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71241/h/kitap-hsm.pdf> erişim, (Erişim: 17/2/11), s. 255

³³¹ Nursel Dilek, a.g.m., s. 49.

³³² “Aile Hekimliğinin Tanımı”, http://www.ailehekimleri.net/index.php?option=com_content&view=article&id=556&Itemid=16, (Erişim: 17/2/11)

Bu işlemler için herhangi bir sosyal güvence aranmamaktadır. Yazılan reçeteler ise kişilerin sosyal güvencesinin durumuna göre ödenmektedir.³³³

3.1.3. Aile Hekimliğinin Görevleri

Aile doktoru kişinin sağlığının emanet edildiği, her türlü sağlık sorununa çözüm bulmayı amaçlayan, çözüm yollarını araştıran ve yol gösteren, kişilerin sağlık sorunlarında ilk başvurdıkları hekimdir. Aile doktorları kendilerine bağlı bireylerin sağlıklarının korunmasından ve hastalandıklarında tedavi edilmelerinden birinci derecede sorumlu kişilerdir.³³⁴

Aile hekimi, doğrudan kendisinin çözemediği sorunlar içinse yapacağı danışmanlık hizmetiyle diğer uzman hekimlere veya dış hekime hastayı yönlendirerek koordinatör görevi üstlenir. Dolayısıyla kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı ve bu konuda onlara yol gösteren ve onların haklarını savunan kişi konumundadır. Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, bu hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir. Gerekğinde kişiyi gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar. Sevk evrakı, reçete gibi belgeleri yazabilir. Ayrıca evlilik, okul, işe giriş gibi durumlarda sağlık raporu aile hekiminden alınır.³³⁵

3.1.4. Aile Hekimliğinin Uygulaması

İl Sağlık Müdürlüğü'nce 3000 kişiye 1 hekim düşecek şekilde, plânlama yapılır. Mümkün olduğu ölçüde kırsal bölgelerde ve mobil hizmette en az 2 aile doktoru birbirine yakın bölgelere bakacak şekilde düzenleme yapılır. Böylece izin, mazeret ve eğitim hizmetleri sırasında birbirlerinin hastalarına bakabileceklerdir. Aile doktorunu değiştirmek isteyen kişiler, istedikleri aile doktoruna kartları ile beraber başvurarak kayıt yaptırırlar. Devlet memuru statüsünde atanan aile doktorları

³³³ Nursel Dilek, a.g.m., s. 44.

³³⁴ Süleyman Görpelioğlu, a.g.e., s. 189, 190.

³³⁵ Nursel Dilek, a.g.m., s. 45.

için İlçe Sağlık İdaresi, aile doktorlarının çalışacağı muayene mekânlarını plânlar. Bir aile doktorunun kaydedebileceği kişi sayısı en fazla 4.500 olarak belirlenir. Zamanla başvuru değişebileceğinden, kaydedilebilecek standart ve azami kişi sayısı Sağlık Bakanlığı tarafından değerlendirilerek tekrar düzenlenir. Aile doktoru ihtiyacının belirlenmesinde, ilin nüfus yapısı, coğrafi özellikleri, hastalık örgüsü ve sağlık istatistikleri ışığında bölünmüş bölgeler dikkate alınır. Aile doktorları ihtiyacı 3000 kişiye bir aile doktoru düşecek şekilde, Sağlık İl Müdürlüğü veya İl Özel İdaresinin/ Belediyenin önerisi ile Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Bu durumda ilk aşamada, uygulamanın bütün ülkeye tamamı ile yaygınlaştırıldığı zaman 3000 kişiye bir aile doktoru olarak hesaplanırsa, yaklaşık 23.300 aile doktoru istihdam edileceği öngörülebilir. Mevcut durumda bu sayı, istekli aile hekimliği uzmanlarından ve diğer istekli hekimlerden karşılanır.³³⁶

Bir yıl süresince aile hekimine gitmeyen kişiler, telefonla aranacak ve alınacak bilgiler doğrultusunda sağlık kayıtları güncellenecek. Aile hekimine gidemeyecek durumda olan hastalara doğrudan ulaşılması ve yerinde sağlık hizmetleri uygulaması yapılacaktır.³³⁷

3.1.5. Aile Hekimliği Finansman ve Ödeme Modeli

Uygulamanın güvenli bir şekilde işlerliğini sağlamak açısından başlangıçta kişi başı ödeme öngörülmektedir. Sistem yerleştikçe kaliteyi ön plâna çıkarmak, koruyucu hekimlik uygulamalarında daha fazla başarılı olmak için belirli hizmetleri özendirici hizmet başı ödemeler sisteme ilâve edilecektir. Kontrollü yerel uygulamalar esnasında bu ek ödeme yöntemleri geliştirilecektir. Sağlık hizmeti bedelinin ücret olarak belirlenmesi için “Bütçe Uygulama Talimatı” kullanılır. Bu fihrist her türlü tıbbî müdahaleyi ve bunların önem derecesi, güçlüğü, alacağı zaman,

³³⁶ Süleyman Görpelioğlu, a.g.e., s. 193, 194.

³³⁷ “Yeni Yönetmelik Neler Getiriyor?”, *1.Basamak Aile Hekimleri Dergisi*, Temmuz Ağustos 2010, Yelken Basım Yayın, s. 32.

yerine getirilmesi için gerekli tıbbî araç gereç gibi hususlar göz önüne alınarak belirlenen tıbbî müdahale ağırlık puanını içerir.³³⁸

3.1.6. Aile Hekimlerinin Çalışma Süresi

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, acil veya olağanüstü durumlar hariç, haftadan 40 saatten az olmamak kaydıyla ile ilgili aile hekiminin talebi ve yerel sağlık idaresinin onayı ile belirlenen çalışma saatleri içinde çalışırlar. Haftada kırk saatten fazla veya hafta sonları çalışma aile hekiminin ve aile sağlığı elemanının talebi üzerine yapılabilir. Çalışma saatleri haftanın tüm günlerine yayılabilir. Aile hekimleri, görev tanımlarında belirlenen nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetlerde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalıştırılabilirler.³³⁹

3.1.7. Aile Hekimliğinin Avantajları ve Dezavantajları

Hastanın aynı hekime devam etmesi, hastalara ve hekimlere önemli yararlar sağlayabilir ancak, bu yararın ne kadar özgül olduğu bilinmemektedir. Özellikle, aynı yararın, ekip çalışmasıyla sağlanıp sağlanamayacağı belirsizdir. Hastanın aynı hekim tarafından görülmesini etkileyen bir politika değişikliği yapılmadan önce, bu uygulamanın verilmesinin farklı yollarının göreceli avantajlarının ve kısıtlıklarının daha iyi anlaşılması gerekmektedir.³⁴⁰

Aile hekimliği uygulamasını eleştiren görüşler de mevcuttur. Bu eleştirileri şöyle sıralayabiliriz: Aile hekimliği ve sağlık ocakları coğrafi yerleşim esasına göre

³³⁸ Süleyman Görpelioğlu, a.g.e., s. 205, 206.

³³⁹ Tülay Ekici - Ziyet Özçelik, *Hekimlerin Çalışma Süresi, Nöbet Fazla Çalışma Ücreti, Dinleme ve İzin Hakları*, TTB Yayınları, Ankara, Ocak 2011, s. 9.

³⁴⁰ Matthew Ridd, Alison Shaw, Chris Salisbury, “ Madalyonun iki Yüzü_Hastanın Sürekli aynı Pratisyen Hekim Trafından Görülmesinin Önemi: Kantitatif Görüşme Çalışması”, *Family Practice an International Journal*, Sayı I, Aralık 2006-Beyaz Sayfa Matbaası, s. 34.

düzenlenen örgütlenmelerdir. Hekimler ısrarla ve özellikle sadece belli bölgelerde, muhtemelen de büyük merkezlerde toplanarak, aile hekimliğini buralarda kabul etme eğiliminde olabilirler. Bu durumda da buraların ihtiyacı dolduğunda hekimler yine işsiz kalacaklar veya ihtiyaç olan yerlere gitmek zorunda kalacaklardır. Serbest pazar şartları da onları en fazla para kazanacakları yerlere gitmeye zorlayacaktır. Ülkemizde aile hekimliği özelliklerine sahip, yeterli sayıda hekim yoktur. Aile hekimliği uzmanlık alanı fazla ilgi çekmediği için, kısa ve orta vadede gerçek aile hekimi yetişmeyecektir. Aile hekimlerinin birbirleriyle rekabet içinde çalışacakları ve bu çerçevede de halka hekim seçme imkanının tanınacağı belirtilmektedir. Bu çerçevede; ilaç ve tıbbi malzeme tüketimini arttırıcı, yanlış ve gereksiz tıp uygulamalarını uyarıcı, hekimi yanlış ve tıbbi gerekçesi olmayan raporlar vermeye zorlayıcı nitelikler taşımaktadır. Üst düzeyde ne kadar sıkı ve iyi işleyen bir denetim mekanizması kurulursa kurulsun, pazar koşullarına göre işleyen bir ekonomide, hasta kaybetmemek kaygısının belirleyeceği bu gibi gelişmeleri engellemek imkansızdır.³⁴¹

Aile hekimliği uygulamasını vatandaş açısından olumlu bulan görüşler de mevcuttur. Bunları şöyle sıralayabiliriz: Kişilerin doğumdan itibaren sağlık kayıtlarının en güncel şekilde tutulabilmesine, kayıtlar doğrultusunda ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini en doğru şekilde alabilmelerine imkân tanındı. Sağlık hizmeti alırken zaman ve iş kaybı asgariye indi. Sağlık hizmetlerine erişim ücretsiz hâle getirildi. Vatandaşların aile hekiminden hizmet alırken herhangi bir belge sunmaları gerekmemektedir. Aile hekimleri yılda en az bir defa hizmet verdikleri kişilere ulaşarak sağlık kayıtlarını güncellemek zorundadır. Aile hekimine ulaşma zorluğu olan gruplara (cezaevi, huzurevi, çocuk bakımevleri vb.) periyodik aralıklarla yerinde sağlık hizmeti veriliyor. Hekime ulaşmakta sıkıntı çekilen kırsal bölgelere periyodik aralıklarla gezici sağlık hizmeti verilmektedir. Bu ziyaret sırasında aşı zamanı gelmiş bebekler aşılanmakta, gebe-lohusa ve bebeklerin takibi yapılmakta, bölgenin sağlık sorunları değerlendirilmekte, gerekli eğitimler verilmekte ve ihtiyacı olan vatandaşların tanı ve tedavileri sağlanmaktadır. Yatalak

³⁴¹ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 93, 94.

olup evde bakım alması gereken kişilere verilecek sağlık hizmeti aile hekimleri tarafından koordine edilmektedir. Tam süreli çalışma ve birinci basamakta daha fazla hekim çalışması sebebiyle hastalara daha fazla zaman ayrılması mümkün olmaktadır. Uygulama ile birinci basamakta daha fazla hasta bakılması ve hastane yığılmalarının önlenmesi hedeflenmektedir.³⁴²

Tablo 31 : Aile Hekimliği Uygulamasının Hekim Açısından Avantajları ve Dezavantajları

Avantajları	Dezavantajları
Sorumlu olduğu birey sayısı belirli olacak	Ciddi ve ağır bir sorumluluk
Yapacağı işlemler belirli olacak, İsterse hastasını değiştirebilecek	Hastaları memnun etmek durumunda
Yanında en az bir sağlık çalışanı bulunacak, ücreti ve vergisini devlet verecek	Hasta her an kendisinden ayrılmak isteyebilir
Hekim çalışmak istediği yeri kendisi seçebilecek, Çalıştığı ortamı kendisi düzenleyebilecek, gider ücretini devlet zaten verecek	Sözleşme şartlarına uymak zorunda
Bireylerini takip edebilecek, doğumundan ölümüne kadar bilgisi olacak Kronik hastalıkların takibini daha sağlıklı yapabilecek Çocukların gelişimini daha sağlıklı takip edebilecek	Grup başkanlığınca her an denetlenmekte olacak
Aile hekimi uzmanlarıyla aynı ilaçları yazma hakkına sahip olacak	Çocuk aşılarını ve gebeleri eksiksiz takip etmek zorunda
Sağlık malzemelerini kendisi alabilecek, gereksiz malzeme alımı olmayacak	Hizmet puanı yüksek olanlar daha öncelikli tercih yapabilecekler
Hekim istediği zaman aile hekimliğinden ayrılabilir, Aile hekimliğinden ayrılan hekim eski çalışma yerine dönebilecek	Aynı zamanda işyeri hekimliği yapamayacaklar

Kaynak: “Aile Hekimliği Uygulama Dosyası”,

<http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=58> &

(Erişim: 15/04/2011)

³⁴² Nursel Dilek, a.g.m., s. 47.

3.1.8. Aile Sağlığı Elemanı

Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuruna denir. Aile sağlığı elemanının görevleri arasında; aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür.³⁴³

3.1.9. Dünya’da Aile Hekimliğine Genel Bir Bakış

Aile hekiminin görevleri, çalışma yöntemi, statüleri, örgütlenme modeli ve hizmetin finansmanı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Farklı uygulamalarla ön plana çıkan ülkelere bazılarını kısaca özetleyelim.

3.1.9.1 Amerika Birleşik Devletleri’nde Aile Hekimliği

Aile hekimliği uzmanları poliklinik muayenelerinin %24’ünü ve birincil bakım hizmetlerinin yaklaşık yarısını yerine getirirler. Çoğu aile hekimliği uzmanı (%82) hastane ve polikliniklerde hizmet vermektedir. Akut sorunu olan (enfeksiyon, travma ve astım gibi) ve kronik sorunu olan (diyabet, kalp hastalığı, renal hastalıklar ve depresyon) hastaları yönetirler. Hastaların sağlıklarını geliştirmek amacıyla genel muayenelere, aşılamalara ve danışmanlık hizmetlerine yer vermektedirler. Hastaların çoklu sorunlarıyla ilgilenirler. Hastane ortamında aile hekimlerinin yarıya yakını koroner ya/ya da yoğun bakım ünitelerinde hizmet verirler, %31’i doğum yaptırır ve %30’u cerrahi yaparlar. Aile hekimliği uzmanları ortalama haftada 52 saat çalışırlar ve haftada 111 hasta görürler (ofis ya da hastanede). Aile hekimliği uzmanlarının %27’si tek başına ya da bir ortak ile beraber çalışırlar, %42’si grup ofisleri bulunur ve %31’i başka uzmanları da dahil eden grup ofisleri işletirler. ABD’de hekim açığı bulunmaktadır ve özellikle birinci basamak hekimlerinde görülmektedir. Tıp

³⁴³ “Aile Sağlığı Elemanı”,

http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=53&Itemid=212, (Erişim: 15/04/2011)

mezunlarının %32'si aile hekimliği uzmanlık eğitimini seçmektedirler ve bu oran giderek düşmektedir. Nedenleri arasında düşük maaşlar, geri ödenmesi gereken borçlar, düşük kariyer düzeyi ve ağır çalışma koşulları sıralanabilir. Şu anda aile hekimliği uzmanlık eğitiminden geçmiş 75000 aile hekimliği uzmanı bulunmaktadır.³⁴⁴

3.1.9.2. Portekiz’de Aile Hekimliği

1982’de AH uygulaması başladı ve 5500 doktor, herhangi bir eğitimden geçmeden aile hekimi olarak görev aldı. Daha sonra hizmet içi eğitim programları ile bilgileri ve becerileri geliştirildi. 1982’de Portekiz Tabipler Birliği AH uzmanları için yeterlilik sistemi kurdu. 1983’de Portekiz Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği ve 1987’de Lizbon Tıp Fakültesinde AH bölümü kuruldu. 1987’den sonra aile hekimi olmak isteyenler zorunlu eğitime alındılar. Nüfusun % 80’i aile hekimlerine kayıtlıdır. Kişilerin doktor seçme hakkı vardır ve bir aile hekimi en az 1500 kişiden sorumludur. Aile hekimleri maaş ile çalışırlar; özel sektörde çalışan doktorlar hizmet karşılığı ücret alırlar. İkinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak aile hekiminin sevkinden sonra mümkündür. Hastalar sevk edilecekleri hastaneyi seçebilirler ancak tedavi edecek uzmanı seçemezler. Genelde sağlık merkezleri laboratuvar, tanı yöntemleri ve röntgen hizmeti vermemektedir. Bunun için hastalar özel kuruluşlara sevk edilir.³⁴⁵

3.1.9.3. Bulgaristan’da Aile Hekimliği

Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde olduğu gibi Bulgaristan’da da sağlık politikaları hızla değişime uğramıştır. Sağlık reformları 2000 yılında başlamış ve hekimler bu tarihten itibaren aile hekimliğine geçmişlerdir. İlk aile hekimleri aile

³⁴⁴ John W. BEASLEY, Craig GJERDE, Hakan YAMAN, ‘‘Amerika Birleşik Devletleri’nde Aile Hekimliği’’, <http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=150>, (Erişim: 15/04/2011)

³⁴⁵ Süleyman Görpelioğlu, a.g.e., s. 25.

hekimliği sertifikası alan iç hastalıkları, ve pediatri uzmanları gibi özel dal uzmanları olmuştur. Günümüzde Bulgaristan'da 5402 aile hekimi çalışmaktadır. Bunlardan %1.01'i aile hekimliği uzmanıdır. Aile hekimlerinin 2/3'ü kadındır. Aile hekimlerinin diğer uzmanlara oranı 0.2'dir. Her bir aile hekimine ortalama 1300 hasta kayıtlıdır. Bunların % 80'i doktorunu yılda bir kez görür. Uzman hekime sevk oranı çok yüksektir (% 60 civarında). Rutin günlük uygulamada aile hekimi her hastaya ortalama 10 dakika ayırmaktadır. Her Bulgar vatandaşı, bir aile hekimini seçmekte özgürdür ve aile hekimini her altı ayda bir değiştirme hakkına sahiptir. Bir aile hekiminin geliri, 1500 kayıtlı hasta için yaklaşık 750 Euro'dur. Bu ücretin yarısı personel, donanım, ofis ödemeleri gibi harcamalara gider. Aile hekimlerinin % 96'sı tek başına ve %4'ü grup halinde çalışırlar. Aile hekimleri yılda 365 gün ve 24 saat hizmet vermekle yükümlüdürler.³⁴⁶

3.1.9.4. İtalya'da Aile Hekimliği

İtalya'da 60 milyon nüfus bulunmakta ve ulusal sağlık sistemi ile yapılan sözleşme ile 47.000 aile hekimi görev yapmaktadır. Ücretlendirme kapitasyon esasına dayanır ve kapitasyon başına alınan ücret günümüzde yetersiz kalmakta ve ofis giderlerini içermektedir. Floransa'da düzenlenen WONCA kongresi İtalya'da aile hekimliğini Avrupa düzeyine çıkaran bir etkinlik olmuş ve eğitim veren ve araştırma yapan bir disiplin olarak tanımlanmasını sağlayan bir disiplin olarak tanımlanmasını sağlamıştır.³⁴⁷

³⁴⁶ Radost Asenova, Gergana Foreva, Melahat Akdeniz, Sercan Bulut, Hakan Yaman, "Bulgaristan'da Aile Hekimliği", <http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=208>, (Erişim: 15/04/2011)

³⁴⁷ Francesco CARELLI, Hakan YAMAN, "İtalya'da Aile Hekimliği", <http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=42>, (Erişim: 15/04/2011)

3.1.9.5. Avusturya’da Aile Hekimliği

Sekiz milyon nüfusu olan Avusturya’da yaklaşık 5000 aile hekimi ile kamu sağlığı sektörüne hizmet etmektedirler. Sağlık sigortaları ile sözleşmeli olarak, sıklıkla tek hekimli ofislerde çalışmaktadırlar. Hekimler tarafından verilen sağlık hizmetleri bir sözleşme çerçevesinde yapılmaktadır. Sözleşme, yerleştirme planı çerçevesinde tüm sigortaları kapsayan 823 adet bir çatı organizasyonu ve yerel tıp meslekleri odaları arasında yapılan uzlaşılar sonunda belirlenir. Avusturyalıların “temel tıbbi bakıma ücretsiz erişimleri” bulunmaktadır. Çoğu hasta aile hekimine ilk olarak başvurur ve gerektiğinde daha sonra ikinci ve üçüncü basamağa sevk edilebilir. Hastalar arzu ederlerse doğrudan uzmana da gidebilirler, diğer bir ifadeyle bir kapı kontrol sistemi bulunmamaktadır. Aile hekimlerinin mecburi çalışma süreleri haftada 60 saattir. (günde 12 saat icapçı olmak gerekir) Hasta başına verilen ödeme yanı sıra özel girişim ve beceriler için hizmet başı ücretlendirmeye yer verilir. Birinci basamak sağlık sistemine yılda 6.7 başvuru/hasta olmakta ve hastaneye sevk hızı % 5.4 olduğu belirtilmiştir.³⁴⁸

3.1.9.6. Almanya’da Aile Hekimliği

Ev doktorlarının 3 aylık hasta kapasiteleri ortalama 1079 hastadır. Hasta başına 50 Euro ve muayenehane masrafları % 50 oranındadır. Çalışma süreleri ise nöbetler ve acil hekimlik hizmetleri dahil ortalama 55,98 saat/haftadır. Hasta görüşmeleri için 32,22 saat/hafta ve idari işleri için 8,18 saat/hafta zaman harcanmaktadır. Hasta üç aylık dönemin başında çipli kartını ev doktoruna kayıt olurken vermektedir. İlk hekim müracaatında hasta 10 Euro ek ödeme vermektedir. Uzmana gitmeden önce ev doktoruna başvuran hasta, sevk edildiği takdirde diğer görüşmeler ücretsizdir. Bu uygulama ev doktorunun kapı kontrol rolünü oldukça güçlendirmiştir. İlk başvurudan sonra hastanın kesin tanısı konulana kadar 2-4 kez muayenehaneye gelmektedir. Kronik hastalıklarda daha sık olmaktadır. Diğer yarısı

³⁴⁸ Heide Lingard, Manfred Maier, Hakan Yaman, “Avusturya’da Aile Hekimliği”, *Aile Hekimliği Bilimsel Tıp Dergisi*, Cilt 2, Sayı 4, 2008, Pulat Basımevi, s. 14, 15.

ise uzun süreli bakım ile ilgilidir. Genelde hastaların sorunları ilk başvuruda çözülür ve hasta gereksiz yere kontrole çağrılmaz. Üç aylık dilimlerin sonunda hekim hastaların kayıtlarını kontrol eder ve gereğinde ücret kodlarını ekler. Ücretini almak üzere faturasını sendikaya gönderir. Hastalar genelde hekimini sık değiştirmedikleri için hastalarının hepsini tanır ve hastalarının %80'i aile hekimlerinden memnundur.³⁴⁹

3.1.9.7. Hollanda'da Aile Hekimliği

Hollanda'da 8500 aile hekimi görev yapmaktadır. Aile hekimlerinin kapı kontrol sorumlulukları bulunur ve hastalar sadece bir aile doktoruna kayıtlıdır. Her bir AH, ortalama 2300 hastadan sorumludur. Hastalarının %73'ü her yıl muayeneye başvurur. Uzman ve hastanelerin sağladığı tedavi edici hizmetler en çok sağlık harcamasına neden olsa da AH'leri kendisine başvuran sağlık sorunlarının %95'ini çözer. Uzmanlara sevk oranı %3 ve diğer birinci basamak çalışanlarına sevk oranı %2'dir (örn. fizyoterapistlere). AH, ortalama bir çalışma gününde hastalar ile 10 dakika görüşür; bu telefon konsültasyonu, ilaç reçeteleme ya da ev ziyaretleri biçiminde olabilir. Gündelik hastaların bakımı yanı sıra, servikal smear alma, astım/hipertansiyon kontrolü ve KOAH diyabet takibi gibi birincil, ikincil ve üçüncül koruma hizmetleri sunmaktadır. AH'leri, sıklıkla kırsalda doğumların %5'ini yaptırmaktadır. Bir AH yılda 40 nöbet tutar ve haftada 47 saat çalışır.³⁵⁰

³⁴⁹ Hagen Sandholzer, Hakan Yaman, “Almanya’da ki Aile Hekimliği Uygulamaları”,

<http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=72>, (Erişim: 15/04/2011)

³⁵⁰ Cam Van WAYENBURG, Chris Van WEEL, Hakan YAMAN, “Hollanda' Da Aile Hekimliği”,

<http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=106>, (Erişim: 15/04/2011)

3.1.9.8. Hırvatistan’da Aile Hekimliği

Ülkedeki 11,800 doktorun 2319’u aile hekimidir. Bu aile hekimlerinin çoğu sağlık ocaklarında görev yapmaktadır. Ülkedeki sağlık örgütlenmesi birinci, ikinci, üçüncü basamak ve halk sağlığı merkezleriyle birlikte özel hastanelerdir. Aile hekimleri muayenelerinde EKG, spirometre, Akciğer solunum fonksiyon testleri yapabilmektedir. Bunun yanında küçük çaplı cerrahi girişimlere de izin verilmektedir. Her aile hekiminin 1600 kişilik kayıtlı bir listesi olması zorunludur. %70’i vardiyalı olarak çalışıyor ve günde ortalama olarak 30 hastaya bakmaktadırlar. Birinci basamak sistemi sayesinde hastalar ve aileleri hakkında düzenli bilgiler alınabilmektedir. Bir hasta yılda ortalama olarak 6.5 kez aile hekimine başvurmakta ve tedavi olmaktadır.³⁵¹

3.1.9.9. Küba Aile Hekimliği

Hükümetin sağlık sistemi tüm ülkede tek tiptir. 3 hiyerarşik yönetim ve hizmet düzeyi vardır. Merkezde Sağlık Bakanlığı politika ve normları belirler, araştırmaları yürütür, bilgi toplar dağıtır. İl düzeyinde sevk ve destek hizmeti sunar. Hastaneler, eğitim kurumları, kan bankaları, kütüphaneler, vs. Yerel düzey, kır sağlık evlerinde ve hastanelerde ve kent polikliniklerinde birinci basamak hizmet sunar ve doğumevlerini de yönetir. Kırsal alan da 7 hekim, 9 diplomalı hemşire, 17 yardımcı ve diğer destek personel (toplam 76 kişi) bir poliklinikte görev yapmakta, tüm temel uzmanlık (dahiliye, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, diş sağlığı) dallarında hizmet vermektedir. Kronik hastalar ve yaşlılar evlerinde aile hekimince ziyaret edilir. Tıpta ileri teknoloji kullanımını savunurlar. İleri teknoloji kullanımının getirebileceği tıpta yabancılaşma tehlikesinin aile hekimliği sistemiyle çözülebileceğini söylemektedirler. Şu anda Küba sağlık sisteminin bel kemiği aile hekimleridir. Özel eğitimden geçmiş, koruyucu ve tedavi edici hizmet veren birinci basamak hekimleridir. 1980’lerin ikinci yarısında başlatılan bu çalışma giderek tüm

³⁵¹ “Aile Hekimliği Tartışılıyor”, *1.Basamak Aile Hekimleri Dergisi*, Mayıs Haziran 2010, Yelken Basım Yayın, s. 15.

ülkeyi kapsamıştır. Aile hekimleri ile en az bebek ölüm hızları kadar övünmektedirler.³⁵²

3.2. Hastanelerin İyileştirilmesine Dair Reform Çalışmaları

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin (Koruyucu ve ayakta teşhis tedavi) etkin bir şekilde verilmemesi, mobil ve evde bakım hizmetlerinin geliştirilmemesi ve uygun bir hasta sevk sisteminin kurulmamış olması hastane hizmetlerine olan talebi artırmakta, buralarda gereksiz yığılmalara sebep olmaktadır. Her kademedeki sağlık hizmet birimlerinin modern işletmecilik esası ile yönetilmeleri, kaynak kullanımının etkinleştirilmesi, döner sermaye işletmelerinin etkinliğinin artırılması ihtiyacı devam etmektedir.³⁵³

3.2.1. Hastanelerin Özerkleştirilmesi

Ülkemizde ve tüm dünyada sağlık sistemlerinin verimsizliği ve sistemde var olan eşitsizlikler yıllardır herkes tarafından bilinmektedir. Az gelişmiş ülkelerin büyük kısmı bağımsızlıklarını kazandıktan hemen sonra kamu tarafından finanse edilen ve büyük ölçüde ücretsiz hizmet veren sağlık sistemleri geliştirmişlerdir. 1970'lerin başında patlak veren petrol krizi ile birlikte Keynesyen politikalara (refah devleti politikaları) son verilmiş ve sağlık, eğitim gibi pek çok önemli alan piyasa mekanizmasına terk edilmiştir. 1970'lerde bu ülkelerin çoğu ağır borçlu duruma gelmişler ve uluslar arası finans kurumlarından çok ağır koşullar altında borç almak zorunda bırakılmışlardır. Dolayısıyla sağlık reformları, reformların içeriği ve koşulları bu bağımlılık ilişkisi çerçevesinde değerlendirilmelidir. Bu kurumların hazırladığı ya da hazırlanılmasına destek olduğu reform paketleri genellikle kamu hastanelerinin özerkleştirilmesini de içermekte ve sağlıkta inisiyatifin yerel yönetimlere devredilmesi gerekliliği ısrarla vurgulanmaktadır. Bu konuda temel referans metni ise Dünya Bankasının 1993 yılında yayınladığı World Development

³⁵² Hikmet Pekcan, Özgür Uğurluoğlu, “Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 841.

³⁵³ Erdal Yücel, s. 35.

Report: Investing in Health başlıklı rapordur (Dünya Gelişme Raporu: Sağlıkta Yatırım). Devletlerin sağlık hizmeti sağlamasının verimliliği düşürdüğü ve desantralizasyonun çözüm olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır.³⁵⁴

3.2.1.1. Sağlık İşletmelerinin Genel Örgütlenme Modeli

Sağlık Reform Programına göre, hastanelerin, etkin, verimli ve kaliteli hizmet sunulabilmesi için idari ve mali açıdan özertleştirilmesi hedeflenmiştir. Çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetim yapıları güçlendirilerek bu bağlamda gerekli kanuni düzenlemeler yapılacaktır. Kısaca, hastaneler sağlık işletmelerine dönüştürülecektir.³⁵⁵

Şekil 6 : Sağlık İşletmelerinin Genel Örgütlenme Modeli



Kaynak: Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 94.

Sağlık işletmesi yönetiminde mali ve idari sorumluluk Yönetim Kuruluna aittir. Yönetim Kurulu yedi üyeden oluşmaktadır. Bu üyelerin dördü hastane yöneticisidir (İşletme Genel Müdürü, Tıbbi Hizmetler Müdürü, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, İşletme Müdürü), üçü dışarıdan (İl özel İdaresi Temsilcisi, Maliye Bakanlığı İl Örgütü Temsilcisi, İl Genel Meclisi Temsilcisi) seçilecektir. İşletme Genel Müdürü

³⁵⁴ “Hastaneler İşletme, Sağlık Emekçileri Köle, Vatandaş Müşteri [Yazı II]”, http://ses.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=1456&Itemid=131, (Erişim: 27/02/11)

³⁵⁵ Ayşe Yiğit Şakar, s. 94.

yönetim kurulu başkanıdır. Burada dikkati çeken önemli bir nokta da, İl Özel İdaresi Temsilcisinin hastane yönetimine katılımı, sağlık hizmetlerinin sunumunda mahalli idarelerin rolünün artmasıdır. Bugünkü sistemde hekimlerin yönettiği hastane sisteminin tersine, reform programında, sağlık işletmelerini profesyonel yöneticiler ve/veya idari yeteneği olan ve zamanının tümünü yönetime ayırmak isteyen hekimler tarafından yönetilmesi düşünülmektedir. Sağlık İşletmeleri, kaynaklarını gerekli gördükleri alanlara ayıracaklardır. Sağlık İşletmelerinin ana geliri, blok sözleşmeler aracılığıyla hizmet sunumundan kaynaklanacaktır. Eğitim vermekle yükümlü olan sağlık işletmelerine ayrıca eğitim ve araştırma için kaynak tahsis edilecektir. Sağlık İşletmeleri personelini seçmekte ve onların ücret düzeylerini belirlemekte bağımsız olacaklardır. Sağlık İşletmelerinin gelir sistemi, İl Sağlık Müdürlükleriyle yapılan sözleşmeler aracılığıyla geleceğe yönelik olacaklardır. Sağlık İşletmeleri ve özel hastaneler bir sonraki yıl sözleşme yapabilmek için rekabet edeceklerdir. Sağlık İşletmesi tarafından sağlanan hizmetlerin fiyatı ve kalitesi, hizmet alacak olan Kurumlar ile yapılacak olan görüşmeler yoluyla belirlenecektir.³⁵⁶

3.2.2. Kamu Hastane Birlikleri Çalışması

Sınıflandırma A,B,C,D ve E olmak üzere 5'e ayrılmaktadır. Birliklerin 5 kategoride (A, B, C, D, E) sınıflandırılan hastanelerden ortalaması C olan ve D'yi de içeren hastanelerden oluşacağı belirtilmektedir. Birlik oluşturulacak illeri bakanlar Kurulu belirleyecektir ve birlikler Sağlık Bakanlığının ilgili kuruluşu olacaktır. Bu sistemde işletme modeli öngörüldüğünden, yönetim kademesinin tamamı sözleşmeli statüde istihdam edilmektedir. Mevcut Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde 657 sayılı kanuna tabi 4/A, 4/B, 4/C, 4924 sayılı kanuna tabi sözleşmeli personel bulundukları ildeki birliklere devredileceklerdir. Mevcut başhekim ve yardımcıları, hastane müdür ve yardımcıları ile başhemşirelerin durumu ise yasa tasarısına göre birlikler kurulduğu andan itibaren mevcut Başhekim ve Yardımcıları, Hastane Müdür ve Yardımcıları ile Başhemşirelerin görev ve yetkileri sona erecek, kadroları iptal edilecektir. Bunların mali hakları sabit tutularak SSK'dan devrolan personel gibi

³⁵⁶ Ayşe Yiğit Şakar, s. 94, 95.

aradaki fark kapanıncaya kadar sabit ücret almaları sağlanacaktır. Bunlar durumlarına uygun kadrolara atanıncaya kadar ihtiyaç duyulan işlerde görevlendirilecektir. Kamu mali sisteminde ilgili kuruluş; kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan, gelirlerinin yetmemesi halinde genel bütçeden sadece yardım alabilen ve esasen de düzenleyici ve denetleyici üst kurullar için öngörülen kategoriye ifade etmektedir. Yasa tasarısı ile tamamen kendi gelirleri ile kendi giderlerini karşılayacak bir işletme modeli kurulması amaçlanmıştır. Yasa tasarısında birlik organı olarak yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticilikleri öngörülmektedir. Yönetim kurulunun oluşumunda atama yöntemi ile 4 kişi, seçim yöntemi ile 3 kişi gelmektedir. Atanan 4 kişiden birini vali, üçünü Sağlık Bakanlığı atamaktadır. Seçilen 3 kişiden ikisini il genel meclisi, birini Ticaret ve Sanayi Odası belirlemektedir. Yönetim Kuruluyla sözleşme yaparak belirli özelliklere sahip kişiler arasından seçilen Genel Sekreterlik öngörülmüştür. Esasen görev ve yetkilerine baktığımız zaman bunun bir işletme müdürü olduğu anlaşılmaktadır. Bunlar da sözleşmeli olarak görev yapacaklardır. Hastane yöneticileri birliğe bağlı hastaneleri yöneteceklerdir. Hastanenin başhekimliği, idari ve mali işleri ve sağlık bakım hizmetleri hastane yöneticisine bağlı olarak çalışacaktır.³⁵⁷

Burada kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, verimlilik ve etkinlik esaslarına göre ve çağdaş işletmecilik anlayışı çerçevesinde yönetilen, idari ve mali açıdan özerk, çalıştırdığı personeli istihdam yetkisine sahip, hizmetlerini sözleşmeler yoluyla sigorta kuruluşlarına sunan, dolayısıyla kendi kendini yöneten özerk sağlık işletmeleri oluşturmak hedeflenmektedir.³⁵⁸

³⁵⁷ “Hastaneler İşletme, Sağlık Emekçileri Köle, Vatandaş Müşteri [Yazı I]”, http://ses.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=1456&Itemid=131, (Erişim: 27/02/11)

³⁵⁸ Erdal Yücel, s. 194.

3.3. Hasta Okulu Uygulaması Çalışması

Hasta okulu, kronik hastalığı olan hasta ve hasta yakınlarına sunulan bir sağlık hizmetidir. Bu okul'un amacı eğitim ve araştırma hastanesinin eğitim salonlarında hasta ve yakınlarına yönelik düzenli ve sürekli eğitim programları düzenleyerek, yaşamında zorluklar ile karşılaşan kronik hastalara gündelik sorunlarının çözümünde yardımcı olmak ve hastalıkları ile birlikte daha kolay yaşamalarını sağlamaktır. Hasta okulu, aynı zamanda benzer problemleri olan hastaların tanışmasını ve dayanışmasını da hedeflemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık eğitiminin temel amacı; bireylere ve topluma sağlığın değerini anlatmak ve inandırmak, bireyleri ve toplumu sağlık sorunlarını kendi kendine çözmeye alıştırmak ve sağlık kuruluşlarından en üst düzeyde faydalanmalarını sağlamaktır. Maliyet-etkinlikle ilgili yapılan çalışmalar, hasta eğitimine yatırılan her doların yaklaşık 3 - 4 \$ tasarruf sağladığını göstermektedir. Astım ve diyabetlilerde yapılan pek çok çalışmada hastaneye yatış, hastanede kalma süresi ve acil servise başvurma oranlarında, eğitimle belirgin azalma olduğu ve maliyetlerin düştüğü saptanmıştır.³⁵⁹

3.4. Sağlık Finansmanı Reformu

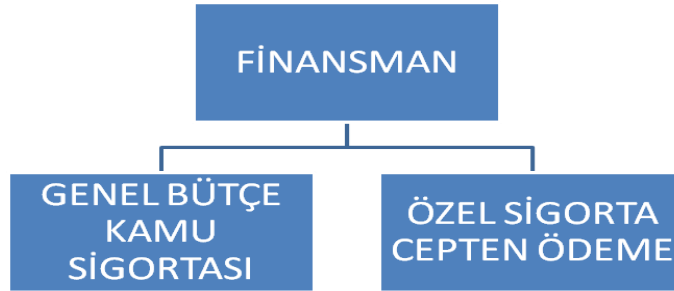
3.4.1. Sağlık Finansmanında Mevcut Durum

Ülkemizde sağlık hizmetleri için kullanılan finans kaynakları; genel vergiler, özel ve tahsisli vergiler, resim ve harçlar, fon gelirleri, iç-dış borçlar ve yardımlar, döner sermaye gelirleri ve sigorta primleri, sağlık amacıyla toplanan yardımlar vb.'dan oluşmaktadır. Sağlık sektörünün finansal yapısını gösteren üç temel gösterge bulunmaktadır. Bunlar; ülkelerin toplam sağlık harcamaları, bu harcamaların gayri safi yurtiçi hasılaya oranı ve kişi başına düşen sağlık harcamalarıdır.³⁶⁰

³⁵⁹ Mahmut Akman , Mukaddes Turan Miral, "Hasta Okullarında Eğitim Devam Ediyor", *İstanbul'da Sağlık Dergisi*, Ocak_Şubat 2010, Ebru Matbaası, s. 56.

³⁶⁰ Orhan H.Özkan, a.g.m., s. 56.

Şekil 7 : Sağlık Finansman Modeli



Kaynak: Recep Akdur., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması”, <http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp>, (Erişim: 13/10/10)

Sağlık politikasına temel oluşturan, bu iki ayrı felsefe sağlık sektörünün finansmanı, örgütlenmesi ve insan gücü gibi maddi yapısını; yani tüm diğer alt politika ve uygulamalarını dolayısı ile de sektörün yapılanmasını belirler. Örneğin; birinci seçenekten yola çıkan sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin finansmanında toplumsal dayanışmayı ön plana çıkararak, sağlık hizmetlerini kamu eliyle (genel bütçe veya kamu sigortası) finanse ederken, hizmet sunumunda da kamu örgüt ve birimlerini benimser. İkinci seçenekten yola çıkan sağlık politikası ise; cepten ödeme veya özel sigortacılığı finansman yolu olarak benimserken, hizmet sunumunda da özel örgüt ve kuruluşları yeğler. Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye’de de sağlık sektörünü tanımlamak ve geçmişten günümüze izlenen sağlık politikalarını anlamak, açıklamak ancak bu ilkeler ve yapılanmalar yumağının gözetilmesi ve çözülmesi ile olanaklı olabilmektedir.³⁶¹

³⁶¹ Recep AKDUR, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması”, <http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp>, (Erişim: 10/03/11)

Tablo 32: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı

YIL	% BÜTÇE İÇİNDEKİ PAYI
1972*	3.3
1980*	3.6
1983*	1.8
1985*	1.8
1986*	2.2
1987*	2.4
1988*	2.4
1989*	2.9
1990*	3.6
1991*	3.0
1992*	3.5
1993*	3.0
1999	4.76
2000	4.94
2001	5.16
2002	5.36
2003	5.57
2004	5.37
2005	5.45
2006	5.81
2007	6.04

Kaynak: *Tuğrul Çubukçu, Ahmet Şahinöz, *Sayılar Diliyle Türkiye*, Ankara 1996, Aydoğdu Ofset, s. 27. ;

http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri2008.pdf, (Erişim:30/08/2010)

Sağlık hizmetlerinin finansmanında ise başlıca dört yöntem vardır.

- a) **Kamu Genel Bütçesi Kaynaklı Finansman:** Bu yöntemde, sağlık hizmetlerinde kullanılacak para genel vergiler yoluyla toplanır ve sağlık hizmetlerinin tüm giderleri kamu bütçesinden karşılanır.
- b) **Zorunlu Sosyal Sigorta Kaynaklı Finansman:** Bu yöntemde, kamu tarafından kurulan sigorta örgütlerine, bireyler aylık ve belli bir ön ödemede

bulunur (prim) ve bir sigorta fonu oluşturulur. Daha sonra, kişilerin sağlık harcamaları bu fondan karşılanır.

c) **Hizmet Sırasında Bedel (ücret) Ödeme :** Bu yöntemde, hizmet alan kişi hizmetin karşılığını o esnada öder, yani satın alır.

d) **Özel Sigorta veya Kapalı Ağ Sistemi:** Bu yöntemde, kişiler herhangi bir özel sigorta şirketi ile sözleşme yaparak, belli bir ödeme takvimine uygun olarak ön ödemede (prim) bulunurlar. Daha sonra sağlık hizmetine gereksinim duyduklarında, şirketle imzaladığı teminat paketinde bulunan hizmetlerin giderleri bu sigorta tarafından karşılanır. Kapalı ağ sisteminin özel sigortacılıktan tek farkı şirketin çoğunlukla hekimler tarafından kurulmuş olması ve bizzat kendisinin sağlık hizmeti üretmesidir.³⁶²

Sektör prim üretimi içerisinde % 13 oranında paya sahip olan hastalık / sağlık alanında 2009 yılında yedisi hayat sigortası şirketi olmak üzere toplam 36 şirket prim üretiminde bulunmuş ve toplam 1.146.695 adet hastalık/sağlık teminatı içeren sözleşme düzenlemiştir. Sosyal güvenlik sisteminde yaşanan dönüşümle birlikte, bireysel emeklilik ve özel sağlık sigortaları ön plana çıkmaya başlamıştır.³⁶³

Ödeme var sayılanların sağlık hizmetlerine katkısını sağlamak amacıyla yataklı tedavi kurumları bünyesinde “Döner Sermaye” müessesesi kurulmuş, günümüzde de faaliyetlerini sürdürmüştür. Ancak bir yönden sağlık için harcama yapmaya, zorunluluklar dışında, alışmamış bir toplumun mukavemeti diğer yönden ödeme gücü konusundaki kat’i kriterler vazetmek zorluğu ve nihayet hastalık gibi toplumun hissi olduğu bir konuda ücret talep etmenin doğurduğu sakıncalar bu teşebbüsü de arzu edildiği kadar başarılı kılamamıştır. Hizmetin gerçek maliyetini karşılayacak bir düzeye ulaşamamıştır.³⁶⁴

³⁶² AKDUR, Recep., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması”, (Erişim: 13/10/10)

³⁶³ S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”, (Erişim: 27/02/11)

³⁶⁴ Orhan H.Özkan, a.g.m., s. 57.

3.4.2. Sağlık Finansman Reformunun Amacı

Hizmetlerin değil, kişilerin sübvansiyonu esasına dayalı bir finansman sistemi kurarak Kişisel Sağlık Sigortası yoluyla, sağlık güvencesi kapsamında olmayan nüfus bırakmamaktır.³⁶⁵

Sistemin temel ögesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması ve iki faaliyetin birbirlerinden bağımsız yönetilmeleridir. Bu faaliyet ayrımı sigortacılık açısından maliyet bilinci ve harcamaların kontrolü konularında verimlilik getireceği gibi, hizmet sunumunda da ortaya çıkacak rekabet sayesinde kalite güvencesini sağlamış olacaktır. Önerilen sağlık finansman sistemi, sağlık sigortası kapsamını toplumun tamamına yaymayı, yani sosyal güvencesi olmayan kesimin sigortalanmasını amaçlayan bir sistem olarak ifade edilebilir. Modelin temel ilkesi sosyal sigortacılığa dayanmaktadır. Üyelik, sosyal sağlık güvencesi bulunmayan bütün vatandaşlara açık olacaktır. Üyeler, kapsamlı ve ekonomik bir güvence paketine kavuşturulacaklardır. Üyelerin sigortaya katkıları ödeme güçlerine göre ayarlanacak, düşük gelir grupları devletçe sübvansiledecektir. Prim miktarını belirlemeye yönelik gelir tespitine hane halkının bütün gelirleri dahil edilmekte ve hizmetlerden de bütün hane halkı yararlandırılmaktadır. (SFK), özerk bir kamu idaresi olarak kurulacak, bu Kurum'un ileride bütün sosyal sağlık sigortası kuruluşlarını tek çatı altında toplaması mümkün olabilecektir. SFK, üyelerinden alacağı primler ile devlet sübvansiyonunu toplayıp, nüfusla orantılı olarak İl Sağlık Müdürlüklerine aktaracaktır. Bu müdürlükler de o bölgedeki üyeler için kamusal veya özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti satın alacaklardır. Bütün sağlık sigortası giderleri, aktüaryal olarak hesaplanmış prim gelirlerinden ve düşük gelirli vatandaşlar için yapılan devlet sübvansiyonundan karşılanacaktır. Bazı hizmetler için katkı payı alınabilecektir.³⁶⁶

³⁶⁵ S.Haluk Özşarı, Muharrem Varlık, a.g.m., s. 2018.

³⁶⁶ Ayşe Yiğit Şakar, s. a.g.e., 95, 96.

3.5. Sağlık İnsan gücü ve Reform Çalışmaları

Sağlık personeli, sağlık hizmetlerinde maaş, ücret, yevmiye ve mukavele ile istihdam edilen ve bu sahada mesleki eğitim görerek yetişmiş olanlardır. Bu hizmet sahasında çalışan ve yüksek eğitim yapmamış olanlar ise yardımcı sağlık personelidir.³⁶⁷

Personel istihdamında, bilinen tüm istihdam biçimleri vardır. Yani; 657 Sayılı Kanun'a tabi devlet memuru, sözleşmeli-ücretli ve özel çalışan her kademededen ve türden personel söz konusudur.³⁶⁸

VII. Beş Yıllık Kalkınma Planına göre, sağlık insan gücünün bölgeler arası ve kır-kent düzeyinde dağılımı ile meslekler ve meslekler içi ihtisas alanları itibariyle dağılımının dengeli hale getirilmesi amacıyla etkili insangücü planlaması yapılacaktır. İşyükü esasına dayalı kadro standartları geliştirilecek, meslek gruplarının görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenecek ve personelin dengeli dağılımını sağlayacak bir ücretlendirme sistemine geçilecektir. Sağlık insangücü reformunda, ülke şartlarına uygun insan gücü yetiştirmek amacıyla, eğitim müfredat programlarının gözden geçirilmesi, mezuniyet sonrası sürekli eğitim ve hizmetiçi eğitimin kurumsallaştırılması, sağlık insan gücünü yetiştiren ve kullanan kurumların birlikte temsil edileceği devamlı bir izleme sistemi geliştirilmesi, ihtiyaç duyulan yeni tip insan gücünün yetiştirilmesi için düzenlemeler yapılması hedeflenmektedir.³⁶⁹

Ülkemizde sağlık insan gücü planlaması konusunda politikaları saptayan başlıca üç kuruluş bulunmaktadır. Bunlar, DPT, Sağlık Bakanlığı ve YÖK'tür. DPT, sağlık insan gücü ile ilgili genel hedefleri ve sağlık insan gücünün eğitimi için bazı sayısal hedefleri belirlemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın ilgili bölümleri ve YÖK,

³⁶⁷ “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz.html?vurgu=sa%c4%9fl%c4%b1k+hizmetlerinin+sosyalle%c5%9ftirilmesi>, (Erişim: 25/10/2010)

³⁶⁸ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 31.

³⁶⁹ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 97.

sağlık insan gücünün arzu edilen nitelik ve nicelik açısından eğitilmesini ve üretilmesini sağlamaktadır. Sağlık insan gücünün istihdamından ise büyük ölçüde sorumlu birim Sağlık Bakanlığı'dır. Kalkınma planlarında gelişmiş ülkelerdeki sağlık personeli başına düşen nüfus esas ele alınarak planlama yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı planlama sürecinde yer almakta, sadece DPT tarafından ihtiyaç duyulan verileri sağlamaktadır.³⁷⁰

Sağlık hizmetlerinin arzının etkinliğinde sağlık insan gücünün önemi büyüktür. Nitelikli insan gücünün yetiştirilebilmesi için sağlık personelinin eğitimi, denetimi, bunların fonksiyonel ve coğrafi açıdan optimum dağılımı, teknolojik gelişmeleri izleyebilmeleri ve uygun bir ücret sisteminin sağlanması önem taşır. Ayrıca, yetiştirilmiş sağlık insan gücünün beyin göçü sebebiyle başka ülkelere transferinin önlenmesi için gereken önlemler alınmalıdır.³⁷¹

Tablo 33 : DSÖ Avrupa Bölge Ortalaması, Avrupa ortalaması, Türkiye ortalamasına Dair İstatistikler, 2010

100.000 Kişiye Düşen					
	Hekim	Uzman hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Eczacı
DSÖ Avrupa Bölge Ortalaması	340	272	60	745	71
Avrupa ortalaması	322	226	52	727	52
Türkiye ortalaması	153	80	27	141	35

Kaynak: S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”, s. 16.

Personel sorunu nicel ve nitel bakımlardan ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Sayısal bakımdan personel yetersizliği hem gerekli hizmetlerin yürütülememesine yol açmakta hem de var olan elemanlara fazla iş yükü bindiğinden bir yandan nitelik düşmekle, bir yandan da personel arasındaki insansal ilişkileri sarsacak sinirsel

³⁷⁰ Gülfer Bektaş, Fatma Aslaner, “Sağlık İnsangücü Planlamasının Önemi ve Hastane Yönetiminde Sağlık İnsangücü Planlaması”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 406.

³⁷¹ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 31.

gerilimleri doğurmaktadır. İlk elde, var olan kadrolar doldurulmalı ve mutlaka nicel bakımdan yetersiz olan kadrolar arttırılmalıdır, bunlar sağlandıktan sonra personelin nitelik sorunu gündeme gelir.³⁷²

Şekil 8 : Sağlık İnsan gücü Piramidi



Kaynak: Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 21.

3.5.1. Hekimler

Hekim, İnsan sağlığının korunması için önlemler alan, hastalıklara tanı koyan, tıbbi ve cerrahi girişimlerde bulunarak hastalığın tedavisini sağlayan kişidir. Bir tıp dalında gerekli ihtisası görüp uzmanlık belgesini alan doktor, uzman hekim olarak tanımlanır.³⁷³

³⁷² İlhan Tomanbay, a.g.e., s. 269.

³⁷³ "Doktorluğun tanım ve Görevleri", <http://www.kalitekontrol.org/forum/pratisyen-hekim-tip-doktoru-tanimi-ve-gorevleri-t1940.0.html>, (Erişim: 09/06/11)

3.5.1.1. Hekimlerin Çalışma Süreleri

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 99. maddesi uyarınca haftalık çalışma süresi 40 saattir. Maddenin devamında özel kanunlarla yahut çıkarılacak tüzük ve yönetmeliklerle, kurumların farklı çalışma sürelerinin belirlenebileceği düzenlenmiştir. Kamu görevlisi hekimlerin günlük çalışma sürelerine yönelik bir üst sınır belirlenmemiştir.³⁷⁴

Yataklı Tedavi Kurumları İletme Yönetmeliği'nin 42 Maddesinde nöbetler, acil, branş, icap ve normal nöbet olmak üzere dört gruba ayrılır. Genel olarak yataklı tedavi kurumlarında nöbet; normal çalışma saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde dışarıdan gelecek hastalarla, kurum içindeki hastaların acil durumlarında tıbbi ve bununla ilgili idari ve teknik yardımları vaktinde sağlayabilmek, olması muhtemel idari ve teknik olay ve kazalara zamanında müdahale edebilmek amacını güder. Nöbet Saat 8.00'den ertesi gün 8.00'e kadar devam eder. İcap nöbeti dışındaki nöbet türlerinde nöbetçi olanlar kurumdan ayrılamaz.³⁷⁵

3.5.1.2. Hekimlerin Sorumlulukları

Hekimlerin yasalar karşısındaki sorumlulukları 4 ana başlıkta toplanabilir: Cezai sorumluluk; Yaralama veya ölüme neden olan durumlarda taksirli suçlar adı altında değerlendirilir. Asliye Ceza Mahkemeleri tarafından incelenir. Hekim sorumluluğunun yasal anlamda koşulları şunlardır; fiilin hukuka aykırı olması, zararın doğmuş olması, kusurlu bir davranışın bulunması, zarar ile sonuç arasında uygun nedensellik bağı bulunmasıdır. Hukuki sorumluluk; Hekimin kusuruyla ortaya çıkan zarar arasında nedensellik ilişkisi varsa, hekim cezadan ayrı olmak üzere maddi veya manevi tazminat yönünden de sorumlu tutulabilir. İdari sorumluluk; Kamu veya özel kurum içi yapılan soruşturmadır. Devlet memurlarını ilgilendiren

³⁷⁴ Tülay Ekici, Ziyet Özçelik, Hekimlerin Çalışma Süresi, Nöbet Fazla Çalışma Ücreti, Dinleme ve İzin Hakları, 1.Baskı, Ankara, Ocak 2011, TTB Yayınları, s. 7.

³⁷⁵ Tülay Ekici, Ziyet Özçelik a.g.e., s. 11, 12.

yasa, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu iken üniversitede görev yapan akademik personeli ilgilendiren yasa ise 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu ve bununla ilişkili olarak Yükseköğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği'dir. Bu yasalar, uyarı, maaş kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması, kurumdan ihraç gibi cezaları içerir. Mesleki sorumluluk; Tabipler Odası ve Onur Kurulu tarafından değerlendirilir. Hekim, kusuruna göre uyarı, para cezası, 15 gün ila 6 ay arasında meslekten men cezasına çarptırılabilirler. Bu kararların temyiz mercii Yüksek Onur Kurulu'dur. Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği'nde hekimlik uygulamaları ile ilgili olarak hekimlerin disiplin suçu olarak kabul edilen kusurlu eylemleri; deontolojiye aykırı davranmak, yasa ve tüzüklere uymamak, haksız çıkar sağlamak, hasta haklarını ihlal etmek şeklinde tanımlanmaktadır.³⁷⁶

3.5.2. Diş Hekimi

Diş sağlığının korunması, Dental Oral diş ve ağız boşluğu hastalıklarının, Ortodonti tedavisi için gerekli çalışmaları yapan kişidir. Görevleri ise; hastanın şikayetlerini dinleyip, dişlerini muayene eder, gerekirse röntgen filmi çeker, inceler ve hastalığı teşhis eder, tedavisi olanaklı olan dişleri tedavi eder, tedavisi olanaklı olmayan dişleri çeker, apseli diş için reçete yazar, çekilmiş dişlerin yerine köprü ve protezle yenilerini takar, kanal tedavisi yapar, ağız ve diş eti hastalıklarını tedavi eder, insanlara, ağız sağlığı ve temizliği konularında bilgi verir, önerilerde bulunmak şeklinde sıralanır.³⁷⁷

3.5.3. Eczacı

Doktorlarca düzenlenen reçetelerde yer alan hazır ilaçları müşteriye satan, hazırlanması gerekli ilaçları hazırlayan, laboratuarda, ilaçların geliştirilmesi ve

³⁷⁶ Özlem EREL, Serpil AYDIN DEMİRAĞ, “Hekimlik ve Yasalar -1: Hekimin Yetki ve Sorumlulukları”, <http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=186>, (Erişim: 15/04/2011)

³⁷⁷ “Dental bilgiler”, http://www.dentalurk.com/dental_bilgiler.asp?bilgiid=176, (Erişim: 09/06/119)

analiziyle ilgili araştırmalar yapan kişidir. Görevleri ise; reçetede yer alan hazır ilaçları hastaya verir, ilaçların kullanımı hakkında müşteriye bilgilendirir, kendisi tarafından hazırlanması gerekli olan ilaçları formüllerine uygun olarak hazırlar veya hazırlanmasını denetler, tıbbi veya diğer amaçlar için kullanılan toksin ve zehirli maddeleri hazırlar ve kurallarına göre dağıtımını yapar, bozulmaya karşı önlem alır, özel zehirli maddeleri içeren reçetelerin kayıtlarını tutar, veteriner ilaçları, tarım ilaçları, tuvalet ve kozmetik ürünlerinin kullanılmaları konusunda önerilerde bulunur, laboratuvarlarda araştırma çalışmaları yapar şeklinde sıralanır.³⁷⁸

3.5.4. Sağlık Memurluğu

Bireyleri hastalıklardan korunma yolları konusunda bilgilendiren beden veya ruh sağlığının bozulması halinde hekim tarafından verilen tedaviyi uygulayan, hasta bakımını planlayan, uygulayan, denetleyen ve izleyen kişidir.³⁷⁹

3.5.5. Hemşire

Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personeli.³⁸⁰

Modern sağlık sistemlerinin en önemli alt bileşeni olan hastanelerde, çalışan tüm meslek grupları arasında hemşireler sayısal olarak çok önemli bir yere sahiptir. Hemşirelik mesleğinin başlangıcında temel amacın, hasta bakımı ve hastaya yardım etmek olduğu bilinmektedir. Ancak zaman içerisinde tüm alanlarda olduğu gibi

³⁷⁸ “Eczacı Tanım ve Görevleri”, <http://www.kalitekontrol.org/forum/eczacı-tanimi-ve-gorevleri-t1938.0.html>, (Erişim: 09/06/119)

³⁷⁹ “Sağlık Memuru”, <http://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=712>, (Erişim: 09/06/2011)

³⁸⁰ “Hemşirelik Kanunu”, <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/hemsirelik-kanunu.aspx>, (Erişim: 09/06/2011)

hemşirelik mesleğinde de gelişme ve değişimler olmuş, hastalık ve sağlıkla ilgili bu yem gelişmeler, hemşirelere yeni roller verilmesini sağlamıştır. 21. yüzyıl hemşiresinden araştırmacı, yeniliklere açık, ekip çalışmasına önem veren, girişimci, kritik düşünme yeteneğine sahip ve hasta bakımı verirken liderlik yeteneklerini de kullanabilen bir kişi olması beklenmektedir.³⁸¹

Dünya Sağlık Örgütünün 2008 verilerine göre Türkiye’de 100 bin kişiye düşen hemşire sayısı 131’dir. Bakanlık kaynakları, 2008-2010 yılları arasında gerçekleşen hemşire ve ebe istihdamı sonucu, Türkiye’de 100 bin kişiye düşen ebe ve hemşire sayısının 208’e yükseldiğini belirtmektedirler.³⁸²

3.5.6. Ebe

Doğum sırasında hekime yardımcı olan, hekim olmayan yerlerde doğum yaptıran, ana ve çocuk sağlığının korunması için yürütülen hizmetlerde diğer sağlık personeli ile işbirliği içinde görev yapan sağlık elemanıdır. Görevleri ise; sağlık kuruluşlarında veya evlerde kadınların hamilelik süresince sağlık kontrollerini yapar, gerekli tavsiyelerde bulunur, hekim olmayan yerlerde doğum yaptırır, hastanelerde hekime doğum sırasında yardımcı olur, yeni doğum yapan annenin bakımını yapar, normal dışı acil doğum vakalarının hastanelere gönderilmesine çalışır, bazı kadın hastalıklarının tedavisinde hekimle işbirliği içinde tedaviyi uygular, aile planlaması, ana-çocuk sağlığı konularında kadınları eğitir, sağlık kuruluşlarında altı yaşına kadar çocukların aşılarını yapar şeklinde sıralanır.³⁸³

³⁸¹ Hatice Sarıkaya, “Liderlik ve Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi”, *Sağlıcakla Aylık Sağlık Dergisi*, Kök Yayınları, Sayı 15, Haziran 2009, s. 22.

³⁸² “Sağlıkta Kadın Emeği Türkiye Araştırması, 2010”, s. 8,9. (Erişim: 01/02/11)

³⁸³ “Meslekler Rehberi”, <http://www.meslekrehberi.org/meslek-tanimlari/ebe.html>, (Erişim: 09/06/11)

Tablo 34 : Sağlık Personelinin Son Yıllardaki Dağılımı

	2006	2007	2008
HEKİM	104 475	108 402	113 151
<i>UZMAN HEKİM</i>	<i>52 868</i>	<i>54 439</i>	<i>56 973</i>
<i>PRATİSYEN HEKİM</i>	<i>33 383</i>	<i>34 559</i>	<i>35 763</i>
<i>ASİSTAN HEKİM</i>	<i>18 224</i>	<i>19 404</i>	<i>20 415</i>
DİŞ HEKİMİ	18 332	19 278	19 959
HEMŞİRE	82 626	94 661	99 910
EBE	43 640	47 175	47 673
SAĞLIK MEMURU	58 743	78 439	83 993
ECZACI	23 140	23 977	24 778

Kaynak: İstatistiklerle Türkiye 2010-Aralık 2010, s. 22.

Sağlık memurluğu kapsamına giren unvanlar; klinik psikolog, fizyoterapist, odyolog, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, anestezi teknisyeni/teknikeri, tıbbi laboratuvar teknisyeni, tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri, ameliyathane teknikeri, yaşlı bakım ve evde bakım teknikeri, adli tıp teknikeri, odyometri teknikeri, diyaliz teknikeri, fizyoterapi teknikeri, perfüzyon teknikeri, radyoterapi teknikeri, eczane teknikeri gibi sağlık mensuplarının meslek tanımları ve yapacakları görevler çıkarılan kanunla açıklanmıştır.³⁸⁴

³⁸⁴ “Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/31015.html>, (Erişim: 10/12/2011)

Tablo 35 : Aktif Çalışan Sağlık Personelinin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı

	Hekim	Uzman hekim	Diş hekimi	Hemşire	Eczacı
Sağlık Bakanlığı	63.622	27.587	5.776	70.288	1.358
Üniversite	25.015	11.726	900	15.335	218
Özel	22.574	18.945	12.588	16.941	23.462
Toplam	111.211	58.258	19.264	102.564	25.038

Kaynak: S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”, s. 16.

3.5.7. Sağlık Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlığına Duyulan İhtiyaç

Tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet mesleğinin en eski alanlarından biridir. Sosyal hizmetin tıp alanına girmesinden sonra tıptaki gelişmeler ve hastalık nedenlerinin çok sayıda olduğunun kabulü sonucu sosyal hizmet elemanları sağlıkla ilgili kurumlarda her geçen gün biraz, daha etkin olmuşlar ve sosyal hizmet, tıp alanında da daha fazla yer almaya başlamıştır. Sosyal hizmetlerin ilk resmi örgütleniş biçimi, Sağlık Bakanlığı kuruluş yapısı içinde yer almıştır. 1958 yılında başlatılan düzenlemelerde, sosyal hizmetler sadece tıp ve sağlık alanında düşünülmeyip, Bakanlığın o zaman isminde yer alan “sosyal yardım” hizmetlerini organize etmek amacıyla da hareket edilmiştir.³⁸⁵

Hastane ortamında sosyal hizmet kişinin kuruluşu başvurusuyla başlar. Çünkü hastaneler, işlevleri itibarıyla, dışa dönük değil, içe dönük kuruluşlardır. Hizmeti içlerinde ve içerdekilere üretirler. Hastanedeki sosyal hizmet uzmanları hastaların, kendilerine yöneltilen tedavinin başarıya ulaşabilmesi için yeterli ruhsal ve toplumsal hazırlığı sağlamakla, hastayı tedaviye hazırlamakla görevlidirler. Hastanın hastalık süresi içinde toplumdan kopmamasını, moralce çökmemesini, gene mutlu ve olabiliyorsa üretken olmasını gözetirler. Hastanın hastane bakımı sonrası izlenmesi, yeni girdiği toplumsal ortama uyum sağlamasında yardımcı olunması

³⁸⁵ Kasım Karataş, a.g.e., s. 168-199.

sosyal hizmet uzmanının görevleri arasındadır. Sosyal hizmet uzmanı hastaya güç vericilik yapar, onu destekler. Sosyal hizmet mesleği sağlık alanında hasta ile dış çevresi arasında iletişim aracı olarak çalışır. Hastanın hastane dışında kalan yakınlarıyla iletişim kurmasına yardımcı olur, bir süre için koptuğu ve özlem duyduğu dış çevresiyle olan ruhsal ve maddesel alışverişinde aracılık yapar. Hastanın yalnız olmadığı duygusunu besler.³⁸⁶

Sağlık alanında sosyal hizmet hastanın içinde yaşadığı ya da kurum bakımı süresi içinde uzak kaldığı aile çevresine giderek onların da sağlık hizmetinin sonuçlarından haberi kılınmalarını ve bu sayede sağlık hizmetinin iki yönlü amaca ulaşmasını sağlar. Koruyucu sağlık hizmetleri içinde sosyal hizmetin yeri daha çok planlayıcı, programlayıcı, örgütleyici ve uygulayıcıdır. Tedavi hizmetlerindeyse sosyal hizmetlerin yeri düzenleyici, programlayıcı ve uygulayıcıdır. Özetle, sağlık alanında sosyal hizmetlerin iki ayrı grupta hizmet verdiği ortaya çıkar: Hasta ve ailesine yönelik hizmetler ve topluma yönelik hizmetlerdir. Bu iki çalışma alanının beklentileri, yaklaşım biçimleri, iki hizmet alanında kullanılan yöntemler birbirinden farklı olacaktır. Birincisi daha çok birey ve grubu ereklerken ikinci grup toplumu erekleyecek, birincisinde tıbbi sosyal hizmetler billurlaşırken, ikincisinde halk sağlığı ağırlık kazanacaktır. Bu iki alanda da hekimle sosyal hizmet uzmanının ve öteki sağlık personelinin takım çalışması esastır.³⁸⁷

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları hastanın hastalığı ve tedavisi ile ilgili olabilecek sosyal, ekonomik ve duygusal faktörlerin önemini sağlık ekibine iletmek; hasta ve ailesine bu faktörleri anlamasında yardımcı olmak, hastanın ve ailesinin moralini arttırmak, onlara güven duygusu vermek, hastanın ve ailenin yararına toplum kaynaklarını harekete geçirmek, hastane işleyişine mesleki açıdan katkıda bulunmak yoluyla hastanenin daha iyi hizmet vermesine çalışmak gibi görevler üstlenmiş ve 1973 yılına kadar çok yataklı devlet hastanelerinde görev alan sosyal hizmet uzmanlarının sayısı 20 civarında iken artan ihtiyaçları karşılamak üzere ve kapsamlı tıp anlayışının gittikçe yerleşmesi nedeniyle

³⁸⁶ İlhan Tomanbay, a.g.e., s.106.

³⁸⁷ İlhan Tomanbay, a.g.e., s.108.

hastanelere atanan sosyal hizmet uzmanı sayısında büyük artış olmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın 1989 istatistiklerine göre Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan 94 sosyal hizmet uzmanı bulunurken bu sayı günümüzde (SHÇEK ile birlikte) yaklaşık 1028'e çıkmıştır.³⁸⁸

Hastanelere yatan hastaların hastaneden çıkıştan sonra karşılaştığı sorunların çözümü için sosyal hizmet uzmanları tarafından verilen hizmetlerde ilk sırayı % 25.1 oranla hastanın ve ailesinin hastanın çıkış sonrası bakımı hakkında bilgilendirilmesi ve ikinci sırada ise % 23.7 oranla hasta ve ailesinin çıkış sonrası yararlanabileceği toplumsal kaynak ve programlardan yararlanmasına yardımcı olma hizmeti görülmektedir. Verilen diğer hizmetler arasında belirgin bir farklılık olmamakla beraber en az yoğunlukta verilen hizmet % 7.6 oranla hastanın çalışma yaşamı ile ilgili düzenlemelerin yapılması hizmetidir. Hastalar ve yakınları için hastalığın ekonomik, sosyal ve psikolojik sonuçları tıbbi bakımın önemli bir boyutu olarak kabul edilmektedir. Bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları bunun önemini anlamışlar ve hastanede buna yönelik olarak mesleki hizmetleri organize etmişlerdir. Burada amaç hasta insanların iyileşme sürecini güçlendirme ve sağlıklı kalmalarını sürekli kılmaktır.³⁸⁹

3.6. Sağlık Bilgi Sistemleri Reformu

Bu reformun amacı; Sağlık Bakanlığı birimlerinin yetki ve sorumluluklarını rasyonelleştirmek, karar alma mekanizmalarını maliyet etkin hale getirmek, karar verme yetkisinin taşra teşkilatı ve ilgili kurumlara dağıtılmasını sağlamaktır. Sağlık Bilgi Sistemlerini geliştirirken kabul edilen temel ilkeler her düzeydeki sağlık yönetimi kararlarının karara temel oluşturacak bilgiye dayalı olarak alınması, verilerin doğru, güvenilir ve sağlıklı olarak toplanması, toplanan verinin erişilebilir olması ve veri toplama yöntemlerinin maliyet etkin hale getirilmesidir. Geliştirilmekte olan Sağlık Bilgi Sistemleri sistemin işlemesi için gerekli bilgileri hem bakanlık birimlerinden hem de diğer ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluş-

³⁸⁸ Kasım Karataş, a.g.e., s. 171.

³⁸⁹ Kasım Karataş, a.g.e., s. 179.

lardan sağlayacak ve yine bu kuruluşlara bilgi aktarmakta kullanılacaktır. İkinci Sağlık Projesi kapsamında gerçekleştirilecek Hastane Bilgi Sistemleri (HBS), sağlık hizmeti sunacak personele, politikaları belirleyen üst düzey yöneticilere ve karar vericilere bilgisayarla desteklenen bir HBS sağlayacak, daha doğru, zamanında ve güvenilir sağlık kaynakları yönetimi ve klinik bilgisi sağlayarak etkinliğin ve verimliliğin daha iyiye götürülmesini temin edecektir.³⁹⁰

3.6.1. Türkiye’de Tele-Tıp

Hastane, yatak, hekim ve hemşire sayılarının nüfusa oranla azlığı gibi sınırlı tıbbi imkan ve kaynağa sahip olan ülkemiz için, telekomünikasyon hizmetleri bu kısıtlan çözebilecek potansiyele sahiptir. Tele-tıp, kaliteyi arttıracak ve coğrafik yerleşimine bakılmaksızın sağlık hizmetini her bölgeye ulaştıracak potansiyeldedir. Tıp ve sağlık uzmanlarına hizmet verilemeyen bölgelerden iletişim hatları üzerinden ulaşılabilecektir. Tele-tıp acil müdahalelerde gerekli olan tıbbi desteğe, uzak konsültasyonlara, yönetim ve lojistik, sağlık görevlilerinin eğitimi ve öğretimine çözüm olarak önerilmektedir. Tele-tıp sistemleri, uzak bölgelerde çalışan sağlık uzmanlarını bulundukları izole durumdan kurtararak bilgiye ulaşımını sağlayabilir. Tele-tıp uygulamaları ile sağlık hizmetlerini ulaştırmada yer, zaman ve mesafe kavramları tarihe karışacaktır. Sağlık sektörü içinde aracı konumunda bulunan kişiler ve kuruluşlar, bu teknolojinin yaygınlaşması durumunda eski konumlarını yitirebilirler. Tele-tıp sistemleri, sağlık görevlilerinin daha donanımlı ve bilgili olmasını gerektirebilir. Ülkemiz nüfusunun önemli bir bölümü kırsal alanlarda yaşamaktadır. Bu bölgelerde yaşayan insanların, büyük sağlık kuruluşlarının kentlerde bulunmasından dolayı sağlık hizmetlerine ulaşımı zor olmaktadır. Kırsal bölgelerde bulunan sağlık ocakları, insanların sağlık ihtiyaçlarını belli imkanlar ölçüsünde karşılayabilmektedir. Tele-tıbbın bu bölgelerdeki insanlara sağlık hizmeti ulaştırmada kullanılabilirliği, spesifik bir tele-tıp uygulamasıyla anlaşılabilir.³⁹¹

³⁹⁰ Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s. 98.

³⁹¹ Cenk Sözen, “Tele-Tıp Ülkemizde Uygulanması Giderek Olanaklı Hale Gelen Bir Teknoloji”, s. 25.

3.7. Hasta Hakları Reform Çalışmaları

Tıptaki son 50 yıldaki değişimler, sağlık çalışanı-hasta ilişkisini çerçeveleyen tıbbi ve toplumsal parametrelerde bir dizi büyük çaplı dönüşüme neden olmuştur. Bu kapsamda, dünyada 70’li yıllarda gündeme gelen hasta hakları, 80’li yıllarda uluslararası alana taşınmış, 90’lı yıllarda yasal düzenlemelerde yaygın biçimde yer almaya başlamış, 2000’li yıllarda ise uygulama protokolleri ile sağlık hizmetinin içinde yer almaya başlamıştır. Ülkemizde, genel olarak hasta haklarıyla ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Yönetmelik (1998) ve Yönergenin (2003, 2005) yanı sıra, özel hasta gruplarının ve hekimlerin ve sağlık çalışanlarının haklarını tanımlayan mevzuat bulunmaktadır. Ancak haklar konusunda yanlışlar ve bilgi eksiklikleri devam etmekte, haklar birbirine karıştırılmakta veya birbirinin karşısı gibi algılanmakta, esasta insan haklarının sağlık hizmetlerine uygulanması ve hizmet sunumu sürecinde insan onurunun güvence altına alınması amacıyla yapılan uygulamalar, bazen engellerle karşılaşabilmektedir. Sağlıkla ilgili hakların kurumsallaşması ve yaygınlık kazanması çağın önemli bir gereğidir. Hakların kurumsallaşması için en önemli adım, toplumun ve sağlık çalışanları tarafından sahiplenilmesi, haklar ve sorumluluklar konusunda bilinç ve farkındalık düzeyinin yükseltilmesidir.³⁹²

Ülkemizde sağlık hizmeti arzının büyük kısmını elinde tutan Sağlık Bakanlığının, merkez teşkilatı, il sağlık müdürlükleri ve bağlı sağlık kurumlarında bu adla birimler oluşturması kavramın sıkça kullanılmasını sağladı. Özellikle bu birimlere sağlık hizmeti alıcıları tarafından yapılan şikayetler, şikayetlerin değerlendirilmesi ve bazı cezaların sağlık çalışanlarına verilmesi başta sağlık çalışanları olmak üzere kavramın yaygınlaşmasına neden oldu. Sağlık Bakanlığının

³⁹² Fatma Önal - İbrahim Topçu, ‘‘2010 Sağlıkta Haklar Yılı’’, İstanbul’da Sağlık Dergisi, Ocak_Şubat 2010, Ebru Matbaası, s. 29.

haricinde araştırmacılar, sivil toplum örgütleri ve hukukçuların da katkılarıyla “Hasta Hakları” kavramı kamuoyu tarafından kabullenildi.³⁹³

Osmanlı döneminde hekim ve hastaların birbirleri üzerindeki hukuksal haklarına büyük önem verilmiştir. Bilindiği gibi o dönemde hasta (kendisi ya da küçük yaşta ise velisi aracılığı ile), rahatsızlığı ile ilgili olarak hekime müracaat ettiğinde ameliyat gibi ciddi bir teşhis konulduğunda ya da ilaç tedavisini gerektirecek bir durum söz konusu olduğunda kadı huzurunda karşılıklı bir anlaşma yapmaktaydı. Anlaşmanın amacı hastanın ameliyat sırasında ya da kullandığı ilaçtan dolayı ölümü halinde hekimin bundan sorumlu tutulmayacağını belirtmektir. Bu durum hem hasta hem de hekim haklarının savunulması açısından son derece önemlidir.³⁹⁴

Başbakanlık Osmanlı arşivlerinde 1622 yılında (Genç Osman dönemi) rastladığımız bir dizi belge, bizi Üsküdarlı bir kadın cerrahla tanıştırmaktadır. Devrin en ünlü ve başı en kalabalık fitik cerrahı, Saliha Hatun’dur. Üstelik bir belgeden öğrendiğimize göre bu kadın, Kıpti, yani çingenedir. Üsküdar da kadın erkek fark etmeden hastalarına hizmet vermektedir, üstelik her hastayla bir sözleşme imzalamak ve tedavi ücretinin yarısından fazlasını peşin almak şartıyla. Hasta tedavi sırasında ölürse sorumluluğu kabul etmediğine ve hasta sahiplerinin herhangi bir sorgu sualine muhatap olmayacağını dair belge düzenletiyor. İşte bunlardan biri: “Uzun zamandır fitik illetine tutulmuştum, tedaviye şiddetle ihtiyacım vardı, Saliha Hatun’u bulup hastalığımı iyileştirmesi için 800 akçe ücretle tuttum, 500 akçesini peşin verdim, kalan 300 akçede yanımdadır ve parada onundur. Allah’ın emri vaki olup da ameliyat masasından kalkamaz ve ölür isem varislerim ve onların çocukları bu kadın beni öldürdü diye diyet uygulamaya kalkıp dava ve kavga meselesi yapmasınlar. Yani ben kendi rızamla doktorumun ellerine teslim oluyorum,

³⁹³ Sedat Bostan, “Neden Hasta Hakları”, <http://haksay.org/?q=node/111>, (Erişim: 27/03/2011)

³⁹⁴ Ömer DÜZBAKAR, “Osmanlı Hukuk Sistemi İçinde Tıp ve Hekimlerin Yeri”, <http://wowturkey.com/forum/viewtopic.php?p=1178412>, (Erişim: 30/03/2011)

sorumluluk tamamen bendedir’’. Osmanlılar buna ‘‘rıza senedi’’ diyorlardı. Bu uygulama bugünde geçerlidir.³⁹⁵

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartı olan hasta onayının (rızanın) geçerliliği, hastanın yeterince ve uygun şekilde aydınlatılmış olmasına bağlıdır. Bu anlamda hasta aydınlatması, rızanın geçerlilik şartıdır ve çok önemlidir. Bu nedenle, aydınlatma yükümlülüğü yerine getirilmeden alınmış bir rıza ile yapılacak bir müdahale de, hastanın geleceğini bizzat tayin hakkına, dolayısıyla kişiliğine yönelik bir saldırı sayılacaktır. Hekimin aydınlatma ödevi, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartı olan hasta onayının (rızanın) geçerlilik şartı olduğundan; aydınlatılan hastanın tıbbi müdahaleye onay vermek üzere bir karar vermesi ve hatta yakınları ile görüşüp başka bir hekime danışabilmesi için gereken uygun bir süre tanınmalıdır. Bu nedenle, durum acil olmadıkça, ameliyat masasında yapılacak bir aydınlatma kabule şayan olamaz.³⁹⁶

3.7.1. Hasta Haklarının Tanımı

Sağlık alanında hasta hakları kavramı, alan ve karmaşıklık açısından son zamanlarda birçok değişiklikler göstermektedir. Birey olarak hastaların haklarının korunmasına ilaveten, tıbbi bakımı verenler, tıbbi bakım sisteminde kişisel özerklik, kişisel değer ve gizlilik gibi önemli insani unsurları korumak konusuyla da ilgi olmalıdırlar.³⁹⁷

Hak sözcüğü, koruma altına alınmış menfaatler anlamına gelmektedir. Hasta hakları, kısaca bir insanın hasta olmasıyla kazandığı haklarının koruma altına alınması demektir. Hasta Hakları yönetmeliği, hasta haklarını, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip

³⁹⁵ Ömer Çoşar Özcan, *Soru ve Cevapla Osmanlı Tarihine Seyahat*, Mayıs 2007, Türk Diyanet Vakfı Matbaası, s. 192-193.

³⁹⁶ Yahya DERYAL, ‘‘Tıbbi Müdahale İçin Hastanın Aydınlatılması ve Onayının Alınması’’, <http://haksay.org/?q=node/111>, (Erişim: 27/03/2011)

³⁹⁷ Kasım Karataş, a.g.e., s. 216.

bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder.³⁹⁸

3.7.2. Hasta Haklarına Uluslararası Bakış

Günümüzde, özgürlük ve demokrasi kavramlarının giderek yaygın biçimde tartışılması ve birçok toplum tarafından bir yaşam biçimi olarak benimsenmesi, insan hakları kavramının önem kazanmasına neden olmuştur. İnsan haklarının bir alt kümesi olarak kabul edilebilecek olan ve onun tıptaki uzantısını oluşturan hasta hakları tıbbın her alanında, tutum ve davranışları belirleyen önemli bir öge durumuna gelmiştir. Klinik alanlardan herbiri, uygulamalarında hastanın yararını sağlamak, onun özerkliğini ve istemini ön planda tutabilmek için gerekli önlemleri almakta, bunu tıp etkinliğinin bir parçası olarak görmektedir.³⁹⁹

Hasta hakları kavramı 1981’de Dünya Tabipler Birliği tarafından yayınlanan ve 6 maddeden oluşan Lizbon Bildirgesiyle gündeme gelmiştir. 28-30 Mart 1994 Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa Bürosu’nca Amsterdam’da gerçekleştirilen toplantılar sonucunda Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, hasta haklarını 6 ana başlık altında yayınladı. 1995 yılında Dünya Tabipler Birliği Bali Bildirgesiyle, Lizbon Bildirgesinde gündeme getirdiği hasta haklarını geliştirerek 11 başlık altında açıkladı. Son olarak Kasım 2002’de, Roma’da Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü Ana Sözleşmesi Avrupa Birliği ülkeleri için temel doküman olarak açıklandı ve hasta haklarını 14 başlık altında açıkladı.⁴⁰⁰

Dünya Hekimler Birliği Hasta Haklarını içeren Lizbon Bildirgesi hasta hakları konusunda şu hükümleri içermektedir: Hastanın hekimini özgürce seçme hakkı vardır. Hastanın dışarıdan herhangi bir karışma olmadan klinik ve ahlaki

³⁹⁸ “Hasta Hakkı İhlallerinin Nedenleri”, <http://www.sagliksiteiz.com/hasta-hakki-ihlallerinin-nedenleri.html> (Erişim: 30/03/2011)

³⁹⁹ Kasım Karataş, a.g.e., s. 215,216.

⁴⁰⁰ Sedat Bostan, “Hasta Hakkı İhlallerinin Nedenleri”, <http://haksay.org/?q=node/111> (Erişim: 26/03/2011)

yargılara özgürce varabilen bir hekim tarafından bakılmaya hakkı vardır. Hastanın yeterli bilgileri aldıktan sonra tedaviyi kabul etmeye ya da yadsımaya hakkı vardır. Hastanın kendisiyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekimden beklemeye hakkı vardır. Hastanın saygın bir şekilde ölmeye (ötenazi) hakkı vardır. Hastanın uygun bir dine bağlı bir din adamının yardımı da içinde olmak üzere, ruhsal ve ahlaki teselliye istemeye ya da yadsımaya hakkı vardır

.⁴⁰¹

Bugün modern sağlık hizmeti alanında hasta hakları konusunda çok fazla metin ortaya çıkmış durumda. Bunlar arasında büyük oranda örtüşmeler mevcuttur. Fazlaca detaya girmeden sadece Sağlık Bakanlığı'nın hasta hakları mevzuatına değinmek gereklidir. Ulusal anlamda kendi ülkemizdeki mevzuat açısından bakılırsa Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Sağlık Bakanlığının yayınladığı Hasta Hakları yönetmeliği ve bunun akabinde yayınlanan onlarca yönerge ve genelgeler mevcuttur.⁴⁰²

3.7.3. Hasta Hakları Yönetmeliği

Hasta hakları kavramı öncelikle uluslararası kuruluşlar tarafından gündeme getirilmiştir. Ülkemizde ulusal sağlık mevzuatında dağınık olarak bulunan hasta haklarıyla ilgili düzenlemeler, uluslararası düzenlemeler ışığında değerlendirilerek, 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği olarak yayınlandı. Sağlık Bakanlığı bu yönetmeliğin Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde uygulanmasını sağlamak için, Ekim 2003'de Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge yayınlandı. Resmi Gazete'de 01.18.1998 tarihinde 23420 sayı ile yayınlanan Hasta hakları yönetmeliğinde hasta hakları, ilkeler, sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması, tıbbi müdahalede hastanın rızasının alınması hakkı, tıbbi araştırmalarda hasta hakları, diğer haklar ve sorumluluk ve hukuki korunma yolları başlıklı bölümlerden

⁴⁰¹“Lizbon Bildirgesi”,<http://turkiyedoktorlari.com/hastalik-rehberi/genel-saglik/saglik-mevzuati/448-lizbon-bildirgesi-.html>, (Erişim: 01/06/2011)

⁴⁰² Sabahattin Aydın, 2009 *Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, s. 56, 57.

oluşmaktadır. Her bölüm kendi içerisinde ifade ettiği hasta haklarını ayrıntılarıyla açıklamaktadır.⁴⁰³

Bu Yönetmeliğin 1. maddesi aynen şöyledir: Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen hasta haklarını somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır. 2. maddesinde; sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurum ve kuruluşları, bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmete katılan her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkını haiz olan bütün fertleri kapsar. Buna göre Hasta Hakları Yönetmeliği tüm Hastanelerde geçerlidir.⁴⁰⁴

Yönetmeliğin İkinci Bölümü Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı ana başlığın da; Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma, Bilgi İsteme, Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme, Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme, Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme, Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım, Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı, Ötenazi Yasağı, Tıbbi Özen Gösterilmesi alt başlıklarından oluşmaktadır. **Yönetmeliğin üçüncü Bölümü** Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı ana başlığında; Genel Olarak Bilgi İsteme, Kayıtları İnceleme, Kayıtların Düzeltilmesini İsteme, Bilgi Vermenin Usulü, Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken Haller, Bilgi Verilmesini Yasaklama alt başlıklarından oluşmaktadır. **Yönetmeliğin Dördüncü Bölümü** Hasta Haklarının Korunması ana başlığında; Mahremiyete Saygı Gösterilmesi, Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama, Bilgilerin Gizli Tutulması alt

⁴⁰³ Sedat Bostan, “Hasta Hakkı İhlallerinin Nedenleri”, (Erişim: 26/03/2011)

⁴⁰⁴ Ahmet Sandal, “Vatandaşları Hasta Hakları Konusunda Bilinçlendirmede Mahalli İdarelerin Rollerini”

http://www.mahalliidarelerdergisi.org/Ahmet_SANDAL+VATANDASLARI_HASTA_HAKLARI_KONUSU_NDA_BILINCLENDIRMEDE_MAHALLI_IDARELERIN_ROLLERI_yazi21.html, (Erişim: 30/03/2011)

başlıklarından oluşmaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği de, **Beşinci Bölümünü** bu konuya ayırarak “Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası” başlığı altında m.24-31’de ayrıntılı hükümler getirmektedir. Hastanın Rızası ve İzin, Küçüğün veya Mahcurun Tıbbi Müdahaleye İştiraki, Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması, Rızanın Şekli ve Geçerliliği, Organ ve Doku Alınmasında Rıza, Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi, Rızanın Kapsamı alt başlıklarından oluşmaktadır. **Yönetmeliğin Altıncı Bölümü** Tıbbi Araştırmalar ana başlığında; Tıbbi Araştırmalarda Rıza, Gönüllünün Korunması ve Bilgilendirilmesi, Rıza Alınmasının Usulü ve Şekli, Küçüklerin ve Mümeyyiz Olmayanların Durumu, İlaç ve Terkiplerin Araştırma Amacıyla Kullanımı alt başlıklarından oluşmaktadır. **Yönetmeliğin Yedinci Bölümü** Diğer Haklar ana başlığında; Güvenliğin Sağlanması, Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma, İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret, Refakatçi Bulundurma, Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi alt başlıklarından oluşmaktadır. **Yönetmeliğin Sekizinci Bölümü** Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları ana başlığında; Müracaat, Şikayet ve Dava Hakkı, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu, Devlet Memuru veya Diğer Kamu Görevlisi Personelin Sorumluluğu, Kamu Personelinin Sorumluluğunu Tespit Usulü, Kamu Personeli Hakkındaki Müeyyideler, Kamu Görevlisi Olmayan Personelin Sorumluluğu alt başlıklarından oluşmaktadır. **Yönetmeliğin Dokuzuncu Bölümü ise Son Hükümdür.**⁴⁰⁵

3.7.4. Hasta Hakları Kurulları

2003 yılında çıkartılan uygulama yönergesinin, 2005 yılında yenilenmesiyle hasta hakları yapılanması, hastaneler dışındaki sağlık kurumlarına da yaygınlaştırdı. Bakanlık hasta hakları şubesinin gayretli çalışmaları sonucunda, yapılanmayla ilgili önemli başarılar sağlandı. Hasta hakları birimleri hasta şikâyetlerini ve sorunlarını alıp yerinde çözmeye çalışmaktadır. Hastane hasta hakları birim sorumlularının, il hasta hakları koordinatörlerinin ve bakanlığın açıkladığı aylık, üç aylık ve yıllık hasta hakları uygulama raporları incelendiğinde, çok sayıda şikâyetin yerinde

⁴⁰⁵ Anıl Çeçen, *İnsan Hakları Rehberi*, Bilim Yayınları, Ankara, 1999, Barışcan Ofset, s. 806..821.

çözümlendiği, az sayıda şikâyetin hasta hakları kuruluna gönderildiği ve çok az sayıda ki şikâyetinde, şikâyet edilen personelin kusurlu bulunduğu görülmektedir. 2006 yılı için bakanlığın açıkladığı istatistiğe göre hasta hakları kurulunda görüşülen dosyalardan sadece %17'sinde, 2007'de ise sadece %11'inde personelin kusurlu bulunmuş olduğu görülmektedir.⁴⁰⁶

3.7.5. Hastanelerde Ortaya Çıkan Hasta Hakları İhlalleri

Sağlık hizmetlerinde, hasta veya yakının sağlık kurumuna müracaatında ilk edildiği intiba, evrak, muayene, tetkik ve tedavi işlemleri süreci, tedavi sonucunda hastanın iyileşme düzeyi ile oluşan tatmin durumu üç aşamayı temsil eder. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini en fazla etkileyen faktörün sağlık kurumu personeliyle kurulan iletişim olduğu söylenebilir. En fazla gündeme gelen hastanelerden sağlık hizmeti alma sürecinde karşılaşılan hasta hakları ihlalleridir. Hastanelerde sağlık hizmeti ayaktan ve yatarak tedavi süreci olmak üzere iki grup hizmetten oluşur. Her ne kadar hastane tanımlanırken hastaların yatarak sağlık hizmeti aldıkları kurumlar olarak tanımlansa da, hastane polikliniklerinde tedavi süreci ayaktan tedavi ile başlar, gerek görüldüğünde yatarak tedaviye dönüşür. Hastanedeki hizmet süreci ayaktan tedavi ve yatarak tedavi olarak ana hatlarıyla ayrılır.⁴⁰⁷

Araştırma kapsamına giren 100 doktor, 140 hemşire ve 34 sosyal hizmet uzmanına göre hastanelere yatan hastaların tıbbi sorunlar dışında karşılaştıkları sorunlara ilişkin bulgular aşağı'da verilmiştir.

⁴⁰⁶ Sedat Bostan, “Hasta Hakları Kurullarının Yeniden Yapılandırılması”, <http://haksay.org/?q=node/111>, (Erişim: 27/03/2011)

⁴⁰⁷ Sedat Bostan, “Hastanelerde Sağlık Hizmeti Alma Sürecinde Ortaya Çıkan Hasta Hakları İhlalleri”, <http://haksay.org/?q=node/111>, (Erişim: 27/03/2011)

Tablo 36 : Hastaların Yattığı Süre İçinde Karşılaştıkları Sorunların Dağılımı

SORUNLAR	Doktor		Hemşire		S.H.U		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Hastalığa ilişkin duygusal(üzüntü,endişe ve korku,depresyon gibi) sorunlar	65	12.2	110	11.0	20	8.4	195	11.0
Hastaneye uyum sorunları	42	7.9	82	8.2	16	6.7	140	7.9
Uygulanacak tıbbi tedavi hakkında bilgi eksikliği	54	10.1	88	8.8	13	5.4	155	8.7
Uygulanacak tıbbi müdahaleye ilişkin(ameliyat öncesi ve sonrası gibi) sorunlar	60	11.3	81	8.1	15	6.3	156	8.8
Hastanın fiziksel olarak bağımlı hale gelmesi	26	4.9	55	5.5	9	3.8	90	5.1
Tıbbi bakım almaya direnç gösterme	20	3.7	46	4.6	11	4.6	47	4.3
Hastanın vücut imajı ile ilgili sorunlar	10	1.9	38	3.8	9	3.8	57	3.2
Hastanın ailesinden uzak kalması nedeniyle sosyal rolünü yerine getirememesi	34	6.4	67	6.7	15	6.3	116	6.5
Hastanın yakınlarıyla iletişim kuramaması	26	4.9	67	6.7	26	10.9	119	6.7
Hasta yakınlarının ziyarete gelmemesi	21	3.9	60	6.0	25	10.4	106	6.0
Hastaneden çıkış ile ilgili sorunları yaşama	47	8.8	89	8.8	25	10.4	161	9.1
Hastanede kalınan süre içinde gelir kaybı	23	4.3	52	5.1	12	5.0	87	4.9
Hastalığın tedavisi ile ilgili gereksinimleri (ilaç, tetkik, kan gibi) karşılayamama	83	15.6	110	11.0	32	13.4	225	12.7
Hastanın çıkış sonrası çalışma yaşamına ilişkin sorunlar	20	3.7	50	5.0	11	4.6	81	4.6
Diğer	2	0.4	7	0.7	-	-	9	0.5
Toplam	533	100.0	1002	100.0	239	100.0	1774	100

Kaynak: Kasım Karataş, a.g.e., s. 182, 183

Çizelgede verilen dağılıma bakıldığında zaman hastaların hastanede kaldığı süre içinde karşılaştığı sorunların yüzdelik dağılımlarında belirgin bir farklılık görülmemekle beraber ilk sırayı % 12.7 ile hastalığın tedavisi için gerekli ilaç, tetkik ve tıbbi malzeme, kan gibi pratik gereksinimleri karşılayamama almaktadır. İkinci sırada % 11.0 ile hastalığa ilişkin duygusal (üzüntü, endişe ve korku, depresyon

gibi) sorunlar bulunmaktadır. Hastaneden çıkış ile ilgili sorunları yaşama % 9.1 oranla üçüncü sırada yer almaktadır. Hastanın hastanede kaldığı süre içinde daha düşük düzeyde karşılaştığı sorunlar arasında % 4.9 ile hastanın hastanede kaldığı süre içinde uğradığı gelir kaybı, % 4.6 oranla hastanın çıkış sonrası çalışma yaşamına ilişkin ve % 3.2 gibi bir oranla hastanın vücut imajı ile ilgili sorunlar almaktadır.⁴⁰⁸

Tablo 37 : Kamu Hizmetlerinden Memnuniyet, 2009

	MEMNUN		ORTA		MEMNUN DEĞİL		FİKRİ YOK	
	ERKE K	KADIN	ERKEK	KADIN	ERKEK	KADIN	ERKEK	KADIN
EĞİTİM HİZMETLERİNDEN	55.8	60.2	22.4	22.1	21.8	17.7	-	-
SOSYAL GÜVENLİK KURUMUNUN HİZMETLERİNDEN	53.5	49.1	14.8	10.7	13.5	8.2	18.2	32.0
SAĞLIK HİZMETLERİNDEN	62.2	67.7	16.0	15.4	21.8	16.9	-	-
ASAYİŞ HİZMETLERİNDEN	74.0	79.9	12.2	12.4	13.8	7.6	-	-
ADLI SİSTEMİN VERDİĞİ HİZMETLERDEN	42.6	35.0	11.8	7.1	14.4	6.3	31.2	51.6
KAMU HİZMETLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ EDİNME HİZMETLERİNDEN	44.3	35.5	15.4	10.2	14.5	7.5	25.8	46.8

Kaynak: *İstatistiklerle Türkiye 2010*, s. 96.

Hasta Hakları Uygulamalarına talep-gerçek bir ihtiyaca seslenmesi nedeniyle talebin sürekli oluşu uygulamanın güçlü yanını oluşturmaktadır. Ancak aynı zamanda, hastaların ihtiyacına cevap vermesi beklenen kesimin yalnızca hasta hakları çalışanları değil, o kurumdaki tüm sağlık çalışanları olması hasebiyle, sağlık çalışanlarının hasta hakları uygulamalarına tepkisi de olabilmektedir; sağlık çalışanları, hasta haklarının gündeme gelmesiyle beraber, kendi haklarını dile getirmeye başlamışlardır. Uygulamanın zayıf tarafını oluşturma riski olan bu eğilim,

⁴⁰⁸ Kasım Karataş, a.g.e., s. 182, 183

hasta hakları faaliyetinin süreklileştirip kalıcı kılındığı ve sağlık çalışanları haklarının da kurumsal olarak kabul edilip dile getirildiği sürece güçlü bir yöne dönüştürülebilir görünmektedir. Bu anlamıyla hasta hakları uygulamaları, aynı zamanda sağlık çalışanı haklarını da kapsayan yeni uygulamaların ihtiyacını gündeme getirmekte ve sağlık hizmetlerinde haklarla ilgili uygulamaların bütünsel ele alınması fırsatını da sunmaktadır.⁴⁰⁹

3.7.6. Hekim Hakları

Hasta haklarının deontoloji kavramı dışına çıkılarak, hukuki bir hak, yaptırım ve kurumsal bir kimlik kazanması, özellikle sağlık çalışanları tarafından farklı algılanmasına sebep olmuştur. Bazı sağlık çalışanları, hasta haklarının sağlık çalışanlarına karşı bir anlam taşıdığını düşünmektedir. Bir kısım sağlık çalışanı ise “hasta hakları varsa hekim veya sağlık çalışanı hakları nerde?” diye sormaktadır.⁴¹⁰

Başlıca hekim haklarını bazılarını şu şekilde sıralayabiliriz: Öncelikle hekimlerin nitelikli bir eğitim görme ve kendilerini yenileme hakkı vardır. Hekimler, aldıkları eğitim ve harcadıkları emeğe uygun ve “yeterli” bir ücret alma hakkına sahiptirler. Hiçbir kişi veya merciden baskı görmeden serbestçe mesleğini icra edebilme hakkına sahiptirler. Çağdaş teknolojiden ve bilimsel gelişmelerden yoksun bırakılmadan yeterli bir donanımla mesleğini icra edebilmelidir. Acil yardım, resmi ya da insani görev hali dışında, makul ve haklı bir gerekçe ile hastayı reddetme hakkına sahip olabilmelidir. Enfeksiyon ve radyasyon riski gibi mesleki risklere karşı korunma hakkına sahiptirler. Hekim, iyileşme garantisi vermeme hakkına sahiptir. Plastik cerrahi ve diş hekimliği uygulamaları istisna edilebilir. Bu sıfatları nedeniyle hasta hakkında öğrendikleri bilgiler nedeniyle tanıklıktan kaçınma hakkına sahiptir. Bir hastalığın tedavisinde uygulanabilecek yöntemlerden birini tercihte serbesttir.⁴¹¹

⁴⁰⁹ Gülsüm Önal, “Hasta Hakları Gelişimi ve Temel İlkeleri”
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/hasak/belge/hasta_haklari_gelisimi_temel_ilkeleri.pdf
(Erişim: 30/03/2011)

⁴¹⁰ Sedat BOSTAN, “Neden Hasta Hakları”, (Erişim: 27/03/2011)

⁴¹¹ Yahya DERYAL, “Hekim Hakları”,
<http://haksay.org/?q=node/110>, (Erişim: 26/03/2011)

3.8. Çeşitli Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Genel Bir Değerlendirilmesi

Dünya Sağlığı Konusunda objektif bir görüş edinebilmek için çeşitli ülkelerdeki sağlık örgütlerinin hizmetlerine, alınan sosyal önlemlere ve sonuçlarına bir göz atmak gerekir. Dünya Sağlık Örgütü'nün dayandığı verilere bakılırsa, ülkelerdeki sağlık düzeyleri arasında büyük farklar vardır. Buna göre, dünya, sanayileşmiş Kuzey ülkeleri ve sanayileşmemiş Güney ülkeleri olmak zere iki büyük bölgeye ayrılabilir. Sağlık durumu, ülkelerin kişi başına GSMH'yle belirlenen zenginlik düzeylerinin yanı sıra bilim ve teknik gelişimleri ile de yakından ilişkilidir. Bu iki bölgenin sağlık konusunda üzerinde durdukları sorunlar da birbirinden farklıdır. Kuzey'in çabası yaşam süresini 70 yılın üstüne çıkarmak, yıldan yıla artan sağlık giderlerini azaltmak ve tıptaki ilerlemelerle rahat yaşamının bir sonucu olarak, ileri yaşlarda ortaya çıkan uygarlık hastalıkları ile savaştırmaktır. Bundan başka, çevre hastalıkları önlemek ve organ nakilleri, genetiğin tıp alanındaki uygulamaları gibi bilim ve teknik alanındaki gelişmeleri izlemek gereklidir. Güney için öncelikli olan sorunlarsa yerleşim bölgelerinde hastalık etkenlerinin gelişimine elverişli koşullarla savaşmak, sağlık donanımının (konutlar, su arıtımı, temizlik) iyileştirilmesini sağlamaktır. Bundan başka, 50-60 yıl ve daha uzun ömür için, özellikle sağlıklı yaşam sağlayacak koşulları geliştirmek, bir beslenme politikası uygulamak, koruyucu ve tedavi edici tıp etkinliklerini yerleştirmektir.⁴¹²

En büyük farklılık sağlık hizmetlerinin dağılımında ve sağlık giderlerinin karşılanmasında ortaya çıkar. Hekim her yerde belirli zihniyet ve uygulama çerçevesinde aynı mesleği icra etmekle birlikte, bunu ülkenin siyasal tutumuna göre değişik yapılar içinde yerine getirir. Tıp ABD de tamamen serbesttir, Fransa ve Türkiye de ise karma bir statüye sahiptir. İngiltere'de tıp devletleştirilmiştir ama ilaç sanayinde ve araştırmalarında devlete bağımlılık zorunlu değildir. İsveç'te bütün sağlık hizmetleri devletleştirilmiştir. Bu durum, Akdeniz'in doğmuş tıp biliminin

⁴¹² *Thema Larousse Tematik Ansiklopedisi*, Milliyet Yayınları, 1993, s. 232

ortak tarihi meyvesidir ve göç veya kültürel aktarım yoluyla başka ülkelerde de (ABD,Kanada,Avustralya,Japonya vb) erişilmiş bir başarıya tekabül etmektedir.⁴¹³

Öte yandan, Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından Sağlık Yeniden Yapılanmada Ortak Kriterler Geliştirilmesi amaçlı, 17-21 Haziran 1996'da Slovenya'da yapılan toplantıda, tüm Avrupa kıtasına üye ülkeler, sağlık hizmetlerinin; insana saygı, sağlık kazanımlar, eşitlik/hakkaniyet gibi değerlere yönelmesi gerektiğini sağlığı hedefleyerek, insan merkezli, kaliteye odaklı, gerçekçi bir finansmana dayanmasını, ve temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik olmasını, öngören bir deklarasyonu kabul etmişlerdir.⁴¹⁴

Tablo 38 : Beveridge Sistemi'ni Uygulayan Bazı Avrupa Ülkeleri ve Uygulamaları

Britanya, İrlanda, Danimarka, Norveç, İsveç, Finlandiya, Yunanistan, İtalya, Portekiz, İspanya	
Vergi ile finansman Devlet kontrolü Devlet bütçesi Özel sektör katkısı az	Bütün vatandaşlara ücretsiz hizmet verilir Devlet kontrolü var Hekimler maaş veya kişi başı ücret alırlar Bireylerden az miktarda katkı payı alınır

Kaynak: Haluk Çağlayaner, a.g.e., s. 50.

Tablo 39 : Bismarck Sistemi'ni Uygulayan Bazı Avrupa Ülkeleri ve Uygulamaları

Almanya, Avusturya, Belçika, Fransa, Hollanda
Vergi veya işveren ve çalışanların zorunlu katkı payları ile finansman Paraların devlet dışı yönetimlerde; sigorta kurumlarında toplanması Bu kurumların sağlık hizmeti sunanlarla (hastane, aile hekimi v.d.) sözleşme yapmaları ya da hizmet birimi karşılığı para ödemeleri

Kaynak: Haluk Çağlayaner, a.g.e., s. 50.

⁴¹³ *Thema Larousse Tematik Ansiklopedisi*, Milliyet Yayınları, 1993, s. 234, 235.

⁴¹⁴ Erdal Yücel, a.g.e., s. 180.

3.9. Mevcut Sağlık Sisteminin Sorunları ve Çözüm Önerileri

Sağlık Hizmeti Sunumunda karşılaşılan Sorunların başında Sağlık hizmetinden yararlanan nüfusun hızlı artışı, sağlığa yapılan yatırımların bu artışa uyumlu olarak gerçekleştirilememesi, sağlık yatırımlarının ve ülke düzeyindeki dağılımının sağlık yardımından yaralanan nüfus ile uyumlu olmaması, yeterli sayıda sağlık personelinin bulunmaması, sağlık personelinin dağılımının sağlık yardımından yararlanan nüfus ile uyumlu olmaması, sağlık tesislerinde çağdaş işletmecilik sistemine geçilememiş olması, sağlığın Kurumdaki merkezi örgütlenmesinin yetersizliği ve yatırım eksikliği gelmektedir.⁴¹⁵

3.9.1. Mevcut Sağlık Sisteminin Ana Sorunları

Türkiye'de sağlık kuruluşlarının, hasta yataklarının; kaynakların ve sağlık personelinin dağılımı hem nitelik hem nicelik olarak eşitsizdir. Diğer taraftan Türkiye'de bugün, çok az sayıdaki ülkede bulunabilecek, konularında özelleşmiş ve uzmanlaşmış, çok üst düzeyde teknolojik olanaklar ile donatılmış ve dünyanın en iyi hekimlerini ve sağlık personelinin bulunduran merkezler vardır. Ama ne var ki bunlar, sağlık sistemimizin içerisinde kural değil kuraldışı uygulamalardır ve bunlara ulaşmak çok az seçilmiş kişiye sağlanabilen bir ayrıcalık olmaktadır. Yeni bir milenyumda Türk tababeti ve sağlık teşkilatının çağdaş düzeye erişmesi için Cumhuriyet Hükümetlerinin gerek toplum sağlığı gerekse tıp alanındaki eğitim ve bilimsel araştırmalara daha fazla mali destek sağlaması, zorunlu bir gerçek olarak ortaya çıkmaktadır.⁴¹⁶

Tıp Fakültesi hastanelerinin asli görevleri olan eğitim ve bilimsel araştırma ağırlıklı hizmetler yerine genel sağlık hizmeti vermelerinin devam etmesi, eğitim ve öğretim hizmetlerinin aksamasına ve hizmet maliyetinin yükselmesine yol açmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki yetersizliklerin yanı sıra dengesiz ve yetersiz beslenme bazı sağlık sorunlarına yol açmakta olup, ağız ve diş sağlığı

⁴¹⁵ Erdal Yücel, a.g.e., s. 137.

⁴¹⁶ Arslan Terzioğlu, a.g.e., s. 52.

hizmetlerinin temel sağlık hizmetlerine entegre edilerek yaygınlaştırılması ihtiyacı devam etmektedir. Hastane yönetimi aşırı merkezileşmiştir ve profesyonel yönetici sıkıntısı vardır. Coğrafi uzaklık ve hizmet kalitesi açısından hastane hizmetlerine ulaşımında zorluklar vardır. Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerine ayrılmış kaynaklar çok düşüktür. Sağlık sektöründe farklı bölümleri hizmete yönelik olarak bazen aynı verileri toplamakta ancak koordinasyon eksikliğinden dolayı bu veriler birleştirilmemektedir.⁴¹⁷

Sağlık çalışanlarının çalışma hayatında meydana gelen şiddet olayları, en fazla sağlık hizmetlerinin sunulduğu ortamlarda gerçekleşmektedir. Yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına göre onaltı kat daha fazla şiddet riski ile karşı karşıya olduğu ve hastalarla birebir görüşme halinde olan sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun sözlü veya fiziksel şiddete maruz kaldığı sonucuna varılmıştır. Tüm sağlık çalışanlarının görev, yetki ve sorumluluk alanlarının net bir şekilde yeniden tarif edilmesi, iş tanımlarının ve iş gereklerinin yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Farklı istihdam modellerine son verilmeli ve sağlık çalışanlarının özlük hakları konusunda uygulama bütünlüğü sağlanmalıdır.⁴¹⁸

3.9.2. Sağlık Sistemine Dair Çözüm Önerileri

Hekimlerin gelişmişlik düzeyi düşük mahrumiyet bölgesi olarak adlandırılan yerlerde çalışmalarını özendirilmesi ve dengeli dağılıma zemin hazırlanması amaçlanmalıdır. Gerek tıp fakültelerinde gerekse kamu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlere yönelik ek ödeme düzenlemelerinde, verilen sağlık hizmetinin niceliğine değil niteliğine ilişkin ölçütleri, bilimsel çalışmaları, toplum sağlığı hizmetleri ile ilgili çalışmaları, sağlık hizmetini sunan ekibin bir bütün olarak verdiği sağlık hizmetinin kurumsal düzeydeki çıktılarını esas alarak çalışmaların özendirilmesi amaçlanmalıdır. Hekimlerin, tıp biliminin gelişimini izleyebilmeleri, bilgi ve becerilerini güncel bilgilere erişerek yenileyebilmeleri için yıllık izinden bağımsız

⁴¹⁷ Erdal Yücel, a.g.e., s. 177, 178.

⁴¹⁸ “Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Yolları Sempozyumu”, <http://www.sagliksen.org.tr/kitap/svsb.pdf> (Erişim: 15/04/2011), s. 31.

olarak mesleki gelişim iznine ilişkin düzenleme önerildiği gibi mesleki gelişimin özendirilmesi amacıyla düzenleme yapılması önerilmektedir.⁴¹⁹

Sağlıkta performansa dayalı ödeme sistemi sağlık çalışanlarına sabit maaşları üzerine performans ücretinin verildiği, personel verimliliğini artıran bir teşvik modelidir. Performans sistemi, Bakanlık tarafından sağlık sistemini daha iyiye doğru sürüklemekte ve sistemin sorunlarının çözümünde bir güç olarak kullanılmaktadır. Ancak bunun dengelenmesi iyi yapılmalıdır. Sadece bireysel performansa dayalı ödemeler puansal suiistimallere sebep olmaktadır. Sadece kurumsal performansa dayalı ödemeler ise kişilerde rehavete neden olmaktadır. İnceleme komisyonları aynı hastaneden değil, farklı hastanelerden çapraz kurulmalı veya profesyonel denetleme birimlerinden istifade edilmelidir. İnceleme komisyonlarının yaptırım gücü artırılmalıdır.⁴²⁰

Sağlık insan gücü için kamu ve özel eğitim kurumları teşvik edilerek, istihdam açığını da dikkate alan bir anlayışla konu çözüme kavuşturulmalıdır.⁴²¹

Sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası temel eğitiminin standartizasyonu sağlanmalı, hizmet içi eğitim ve sürekli eğitim programları geliştirilmeli, bu programların kurumsallaşması amacıyla tüm ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte bu eğitimlerin kredilendirme sistemleri geliştirilmelidir. Tıp Fakültesinde spor hekimliği dersi ve ihtisası verilmelidir. Dış hekimliği fakültelerinde çocuk diş hekimliği verilmelidir. Koruyucu diş hekimliği uygulamaları sağlık sistemi içinde yer almalıdır. Eczacı kalfa ve teknisyeni yetiştirecek okullar kurulmalıdır.⁴²²

⁴¹⁹ Türk Tabipler Birliği, *Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Önerisi 2011*, TTB Yayınları, 2.Baskı, Ocak 2011, Ankara, s. 27, 28, 29, 32.

⁴²⁰ “Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Yolları Sempozyumu” (Erişim: 15/04/2011), s. 35.

⁴²¹ “V.Türkiye Sektörel Ekonomi Şurası”, <http://www.tobb.org.tr/Documents/yayinlar/Vturkiyesektorelekonomisurasi.pdf>, (Erişim 20/2/11), s. 239.

⁴²² Erdal Yücel, a.g.e., s. 203, 204.

Toplumda hastalıkların oluşmaması için yerleşim merkezlerinin altyapılarının düzenli olması önemli bir faktördür. Sağlık hizmeti sorumluluğunu almış yerel yönetimler bu konuya daha çok ağırlık vermelidir.⁴²³

İlaç savurganlığını önleyecek, dışa bağımlılığımızı azaltacak ulusal ilaç politikalarımızı oluşturacak, yerli üretimi artıracak, eczane dağılımını düzenleyecek tedbirler alınmalıdır.⁴²⁴

Sağlık bilgi sistemleri, her düzeyde karar vericilere karar verme sürecinde doğru, güvenilir ve çağdaş enformasyon teknolojisinin kullanımına yönelik biçimde düzenlenmeli, sağlık istatistikleri konusunda merkezi düzeyde entegre ve ortak veri tabanı kullanımını sağlamalıdır. Tıbbi aletler de ülke genelinde her türlü satın almada kullanılacak teknik anlamda ülkemiz şartlarına uygun uluslararası kabul görmüş bir standardizasyon çalışması yapılmalıdır, ülkemizin bir tıbbi alet mezarlığına dönüşmemesi için, tıbbi alet alımlarında satış sonrası bakım onarım hizmetleri düzenlenmelidir.⁴²⁵

Hizmet kalite standartları özel ve kamu hastaneleri için ortak standartlar olarak belirlenip, puanlar kamuoyuna açıklanmalıdır.⁴²⁶

Sağlık hizmetlerinin tüm toplumu kapsayacak bir şekilde yaygınlaştırılması sağlanmalıdır. Sağlık sektöründe aile eğitimi, aile sağlığı konusu yasa ile uygulanma düzeyine geliştirilmelidir. Hasta, hakları ve sorumlulukları olan bir yurttaş olarak ele alınmalı, tedavi ve bakım için gerekli olan destek hizmetlerinin sunulması yönünde çalışmalar yapılmalıdır. Ana çocuk sağlığı alanında varolan tıpsal sağlık politikası ve uygulamasının yanı sıra ruhsal ve sosyal boyutunda da politika ve uygulamalar

⁴²³ Ali Feyzi İnceöz, “Türkiye’de Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 216, 217.

⁴²⁴ Erdal Sargutan, “Türkiye Sağlık Sektörü Sağlık Hizmeti Arz ve Talep Sistemlerinde Mevcut Durum ve Öneriler”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39, s. 155.

⁴²⁵ Erdal Yücel, a.g.e., s. 203.

⁴²⁶ “V.Türkiye Sektörel Ekonomi Şurası”, (Erişim 20/2/11), s. 239.

genişletilmelidir. Her hastanede etik kurallar oluşturulmalı ve bunlara işlerlik kazandırılmalıdır.⁴²⁷

Hastane yataklarının planlanmasında sağlık ihtiyaçlarının yoğunlaştığı ve hizmet açığı bulunan dallara öncelik verilmelidir. Gıda sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin geliştirilip, etkili bir denetimin sağlanmasıdır. Sağlık kuruluşlarında bilimsel kanıta dayalı tanı ve tedavi usulleri ve akıcı ilaç kullanımı yaygınlaştırılmalıdır. Hastaneler ağdaş yönetim ve işletmecilik anlayışıyla yönetilmeli, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayan işletmeler hline getirilmeli ve hastanelerde görev yapan, özellikle genel idare hizmetlerde görev yapan ve idari kademedede hizmet yapanların bir n eğitim almış kurumlardan mezun olanlar tercih edilmelidir. Tıbbi atıkların kontrolü ve imhası için gerekli standartlar oluşturulmalı ve yatırımlar yapılmalıdır. Yoğun kiş şartları ve ulaşım koşulları dolayısıyla Mobil sağlık hizmetleri uygulaması etkinleştirilmeli ve helikopterle acil sağlık hizmetlerinden yararlanılmalıdır.⁴²⁸

Sağlık hizmetleri bir bütün olduğu için bu hizmeti üretenler arasındaki sağlıkçı, sağlıkçı olmayan ayırımına son verilmeli, tüm sağlık çalışanları sağlık hizmetleri sınıfına alınmalıdır. Sağlık hizmetinin tüm sektörlerin katkı ve katılımıyla başarıya ulaşabileceği düşünülerek, yerel yönetimler, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri yönünde güçlendirilmeli ve teşvik edilmelidir. Acil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve daha nitelikli verilmesi için, araç-gereç, personel desteği ve 112 istasyonları arttırılmalıdır.⁴²⁹

⁴²⁷ Ali Erkan Güneri, a.g.e., s. 178, 179.

⁴²⁸ Mustafa Gr ve diğerleri, a.g.e., s. 147, 148

⁴²⁹ Nadir Sevinç ve diğerleri, a.g.e., s. 35, 36, 39.

SONUÇ

Sağlık tek boyutlu bir kavram değildir; kendi içinde sağlık hakkı, sağlık hizmeti, sağlık çalışanı, sağlık kurumları şeklinde bir çok dala ayrılmaktadır. Tarih boyunca tüm medeniyetler sağlıklı bir toplum oluşturabilmenin peşinden koşmuşlardır. Çin, Mısır, Roma gibi medeniyetlerle birlikte dinlerde kendi inanç sistemi içinde benimsendiği toplumlar eliyle o dönemin şartlarında gereken katkıyı sunmuş ve bugüne gelinmiştir.

Türkiye’de sağlık sisteminin gelişim sürecini ele alırsak cumhuriyetin kurulduğu yıllarda ağır savaş koşullarının uzun süre etkisini sürdürmüş olduğu görülmektedir. İlk dönemlerde bulaşıcı hastalıklarla mücadele öncelenirken bu alanda çok sınırlı ekonomik imkanlara rağmen küçümsenmeyecek mesafeler alınmıştır. Refik Saydam dönemin de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılması sağlanmıştır. 1950-60 döneminde hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul görmesi, hasta tedavi hizmet standardının yükseltilmesi, her il halkına eşit imkan sağlanması, tedavi ve koruyucu hizmetlerin birarada yürütülmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır. 1960 ihtilalinden sonra Türkiye, planlı kalkınma dönemine geçmiştir. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri tarihimizde “Sosyalleştirme Dönemi” olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır. 224 sayılı Kanunla; eşit hizmet, öncelikli hizmet, sürekli hizmet, katılımlı hizmet, uygun hizmet, entegre hizmet, ekip hizmeti, nüfusa göre hizmet, kademeli hizmet gibi ilkeleri benimsenmiştir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi doğrultusunda ilk adım, 1990 yılında ANAP hükümeti döneminde Dünya Bankası ile imzalanan Sağlık Projesi Kredi Anlaşması ile atılmıştır. AKP’nin iktidarı döneminde önce Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri ile Sosyal Sigortalar Kurumuna ait SSK hastaneleri birleştirilerek SSK’lıların doğrudan devlet hastanelerine gitmeleri sağlanmış ve Üniversite hastanelerinin kapısı SSK’lılar ile Bağ-Kur’lulara da sevksiz olarak açılmıştır. Hastaların ilaç temini serbest eczanelere bırakılırken, doktorlara özel muayenehane yasağı getirilmiştir. Genel Sağlık Sigortasıyla sağlık hizmeti alamayan kesimde bırakılmamıştır.

Ülkemizde sağlık hizmetleri üç temel esas üzerine kurulmuştur. Bunları koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon şeklinde tanımlamak mümkündür. Bu esaslar birbirlerini tamamlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri hastalıkları önlemeyi odaklanmaktadır. Çünkü korumak tedavi etmekten hem daha az maliyetli hem daha az travmatiktir. Yakın zamanda ülkemizde de aile hekimliği sistemine geçilmiş ve kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmeti ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin görülerek hastanelere yığılmaların önüne geçilmiştir. Araştırmalarda da Türk toplumunun yapılan reformdan memnun olduğu görülürken sağlık çalışanları da oryantasyon sürecini kısa zamanda atlatmıştır. Aile hekimliği uygulamaları devletlerin yönetim biçimleriyle paralel bir seyir izlemiştir. Küba ve eski doğu bloku ülkelerde bu müessese sistemin bel kemiğini oluştururken, Batılı ve sanayileşmiş ülkeler de tedavi edici hizmetlerle birbirini tamamlayan bir seyir izlemiştir. Tedavi edici sağlık hizmetleri dendiğinde akla ilk gelen hastanelerdir. Ülkemizde devlet, üniversite, askeri ve özel hastaneler vardır. Bunların kendine özgü hizmet anlayışı ve hasta profili vardır. Hepsinde nihai amaç hasta memnuniyetidir.

İnsanoğlu sağlığının değerini bildiği ölçüde mutlu olur. Fakat yitirilmiş sağlık kaybedenin kendisine verdiği elem ve acı kadar ailesine, sevdiklerine ve devletine de üzüntü yaşatır. Anayasamız sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkını güvence altına almıştır. Devlet sorumlu olduğu yurttaşlarının sağlık sorunlarını, sağlık kurumlarıyla olan ilişkilerini, kültürel değerlerini ve toplumsal dinamiklerini bildiği ölçüde etkili ve verimli sağlık hizmeti sunabilir. Bu bilgilerden yola çıkarak daha mükemmel bir sağlık sistemi oluşturması için sağlık politikalarını belirleyen merkezin doğru yönlendirilmesi gerekir. Kararların bilgiye dayalı olarak alınması, verilerin doğru, güvenilir ve sağlıklı olarak toplanması, toplanan verinin erişilebilir olması için reform çalışmaları sürdürülmektedir.

İnsanlarımızın demografik özellikleri ve bölgeler arasındaki gelişmişlik düzeyleri nedeni ile sağlık hizmeti sunumunda bir takım sorunlar yaşanmaktadır. Bunların arasında ekonomi, yaş profili, coğrafi durum ve terör başlıcalarıdır. Mesela sağlık çalışanlarını ülkenin bazı bölgelerinde çalıştırmak zordur. Personel dağılımını

dengeli hale getirebilmek için sağlık çalışanlarına verilecek sosyal haklar ve ücret, mutlaka daha cazip hale getirilmelidir. Bölgeler arasındaki ekonomik denge sağlandığı takdirde göç olgusu yavaşlar, şehirlerde yoğunlaşan insanlarımızın altyapı sorunları da azalmış olur. Terör sorununa çözüm bulunduğu takdirde Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgemizin birçok sağlık ve eğitim sıkıntısı da halledilmiş olacaktır. Sağlık güvencesi kapsamında olmayan nüfus bırakmamak için Genel Sağlık Sigortası çıkarılmış bu sıkıntıda ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır.

Sağlık konusunda devleti oluşturan tüm yapıtaşlarının ortak hareket etmesi, dönüşüme katkı vermeleri önemlidir. Mesela Sağlık Bakanlığı, salgınların oluşumuna neden olan faktörlerle mücadeleye odaklanırken, yerel yönetimlerin altyapı sorunlarını önemsememesi yapılan tüm çalışma ve planlamaları sekteye uğratacağı kaçınılmaz bir gerçektir. Sağlık Bakanlığı kendi içinde birimlere ayrılmış ve her birinin yetki ve görev alanı yasalarla belirlenmiştir. Yasalarla sağlık çalışanları mesleki örgütlenmeler kurmuş, mesleki alanları belirlenmiş ve kurallara bağlanmıştır. Geçmişte yapılan düzenlemelerden günümüz şartlarına uygun olanlar değiştirilmeden devam ettirilmiş, bazı maddeler ise yürürlükten kaldırılmıştır.

Ülkemiz son yıllarda sağlıkla ilişkili şüphesiz önemli atılımlar yaptı. Yapılan anketlerde memnuniyet sıralamasında sağlık hizmetleri halkın önemli oranda teveccühünü kazanmış durumdadır. Ancak bu oran sağlık politikalarını oluşturanlar için yanıltıcı olmamalıdır. Her reform çalışmasında sivil toplum örgütlerinin fikirleri alınmalı, reform süreçlerinden etkilenen kesimlerin ise mağdur edilmeyeceği orta bir yol bulunmalıdır.

Modern idarecilik fonksiyonlarına sahip idarecilerin yetiştirilmesi çok önemlidir. Harcamaların arttığı dönemlerde tasarrufa gidilecek seçenekler arasından ilk akla gelen sağlıktır. Bu yüzden kısıtlı bütçeyle kurumu yönetebilecek ekonomiden anlayan yöneticilere olan ihtiyaç devam etmektedir. Bu konuda kamu hastane birlikleri kurulması projesi gündemdedir.

Topluma sağlanan her türlü sağlık hizmeti devletin vatandaşına sadakası değil sosyal devlet olma ödevinden kaynaklanan bir sorumluluğudur. Bu konuda önemli adımlar Bakanlık tarafından atılmıştır. Hasta hakları önemsenmiş sağlık kurumlarında birimler kurularak, düzenlemeler yapılmıştır. Vatandaşlık duygusu bireylerin gönlüne yerleştirdiği ölçüde vatandaşı ile olan bağı kuvvetlenir ve topyekun bir kalkınma gerekleēebilir.

KAYNAKÇA

KİTAP

AĞIRAKÇA, Ahmet., *İslam Tıp Tarihi Başlangıç VII/XIII Y.Y. 'a Kadar*, İstanbul, 2004, Çağdaş Basım

AKBEN, Ali., *Bir Ömür Boyu Sağlıklı Yaşam*, Akis Yayınevi, İstanbul 2006, Kilim Matbaası

AKSU, Bike., Metin Çelik, Ayten Egemen, Çağatay Güler, Güler Karna, Cihangir Özcan, Zafer Öztekin, Gürbüz Turhan, *Sağlık Bilgisi Lise I*, 3. baskı, Milli Eğitim Basımevi, İstanbul, 1986

ANABRİTANNİCA Genel Kültür Ansiklopedisi, Cilt 15, Hürriyet Yayınları, 1994

ANABRİTANNİCA Genel Kültür Ansiklopedisi, Cilt 27, Hürriyet Yayınları, 1994

ARMAĞAN, Servet., *En Son Değişikliklerle 1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*, Çağrı Yayınları, 2007, Enes Ofset

BAYAT, Ali Haydar., *Osmanlı Devleti 'nde Hekimbaşılık Kurumu ve Hekimbaşılar*, Atatürk Kültür Merkezi Yayınları, İstanbul, 1999, Gün Ofset

BİLGEL, Nazan., *İnternet ve Tıp*, Güneş*Nobel Tıp Kitabevi, 1997

BODUR, Said., *Aile Sağlığı Eğitim Serisi*, Başbakanlık Aile Araştırmaları Kurumu Yayınları, 1991, Mn Ofset

ÇEÇEN, Anıl., *İnsan Hakları Rehberi*, Bilim Yayınları, Ankara, 1999, Barışcan Ofset

ÇUBUKÇU, Tuğrul., ŞAHİNÖZ, Ahmet., *Sayılar Diliyle Türkiye*, Ankara, 1996, Aydoğdu Ofset

DAVİES, Stephen., STEWART, Alan., *Hastalanmadan Yaşamak Bizim Elimizde*, Remzi Kitabevi, 2.Baskı, İstanbul, 1993, Evrim Matbaacılık

DRAMUR, Rengin., *Osmanlı Devleti Saraylarında Tıp ve Eczacılık*, Aya Kitapevi, 2008, Kurtiş Matbaası

EKİCİ, Tülay., ÖZÇELİK, Ziyet., *Hekimlerin Çalışma Süresi, Nöbet Fazla Çalışma Ücreti, Dinleme ve İzin Hakları*, TTB Yayınları, Ankara, Ocak 2011

ERÇOŞKUN, Ayhan., *Halk Sağlığı&Çevre Sağlığı ve Gıda Maddeleri Mevzuatı*, Hemay_Petek Yayınları, Ankara, 1987

ERDOĞAN, Mustafa., *İnsan Hakları Teorisi ve Hukuku*, Orion Kitabevi, 2007, Pozitif Matbaası

ERSOY, Gülgün., *Sağlıklı Yaşam İçin, Spor ve Beslenme*, 1998, Damla Matbaası

FOUCAULT, Michel., [Çeviren: İnci Malak Uysal], *Kliniğin Doğuşu*, Epos Yayınları, 2.baskı, 2002

GÖKMEN, Mustafa., *Sağlık Yolu*, 1983, Bayrak Matbaası

GÖRPELİOĞLU, Süleyman., *T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları için Kurs Notları Birinci Aşama*, Ankara, 2004, Ata Matbaası

GÜNERİ, Ali Erkan., [Teknik Yönetmen], *2000'li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleşmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi*, Ankara, 1995, Volkan Matbaası

GÜR, Mustafa., Hikmet Yavuziğit, Birol Ekici, *Türkiye'nin Geleceği*, TODAİE Basım, 2003

GÜVEN, Fatih., *Avrupa Birliği Anayasası*, İlkbiz Yayınevi, 2005, Ayyıldız Matbaası

İ.T.O., *Yeniden Yapılanmanın Eşiğinde Sosyal Güvenlik Reformu*, İ.T.O. Yayınları, No:2006-25, İstanbul, 2006, Prive Matbaası

İHSANOĞLU, Ekmeleddin., *Suriye'de Modern Osmanlı Sağlık Müesseseleri, Hastaneler ve Şam Tıp Fakültesi*, Ankara, 1999, Türk Tarih Kurumu Basımevi

İstatistiklerle Türkiye 2010, Yayın no: 3491, Ankara, Aralık 2010, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası

İZER, Müheyya., *Bitkisel Proteinle Dengeli Beslenme*, Redhouse Yayınları, 1997, Sev Matbaası

KAHYA, Esin., *19.Y.Y.'da Osmanlı İmparatorluğu Tıp Eğitimi ve Türk Hekimleri*, Dizi 37, Atatürk Kültür Merkezi Yayınları, 1997

KARAKAŞ, Mahmut., *8.Yüzyıldan 19.Yüzyıla Müslüman Bilim Adamları*, Mostar Yayınları, İstanbul, Kasım 2009, Şan Ofset

KARATAŞ, Kasım., *2000'li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleşmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi Bildiriler*, Mayıs 1994, Şafak Matbaası

KARPAT, Kemal., *Osmanlı Geçmişi ve Bugünün Türkiye'si*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayını, 2005, Sena Ofset

KARSLIGİL, Şahap., *Sağlık Bilgisi*, İstanbul, 1973, Batur Matbaası

LYONS, Albert S., - PETTUCELLI, R.Joseph., [Çeviren: Nilgün Güdücü], *Çağlar Boyu Tıp*, Roche Yayınları, 1997, Omaş Basım

MEYDAN LAROUSSE, 1972, Meydan Yayınevi Matbaası

ÖZCAN, Ömer Çoşar., *Soru ve Cevapla Osmanlı Tarihine Seyahat*, Mayıs 2007, Türk Diyanet Vakfı Matbaası

ÖZDİLEK, Şemsi., AKGÜN, Nejat., *Hastane İdaresi ve Organizasyonu*, Ankara, 1970, Ankara Yarı Açık Cezaevi Matbaası

ÖZTUNA, Yılmaz., *Osmanlı Devleti Tarihi 2*, Ankara, 1998, Türk Tarih Kurumu Basımevi

PAMPAL, Süleyman., Halil Dindar, Efkan Korgal, *Sağlık ve Trafik Eğitimi*, Gündüz Eğitim ve Yayınları, Ankara, 2004, Ümit Ofset

POLAT, Zeynep., *Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Önlisans Programı Sağlık Bilgisi ve İlk Yardım Ders Kitabı*, Etam Ofset, Mayıs 1993

POLLAK, Kurt., *Ev Doktoru*, Remzi Kitapevi, 3.Baskı, İstanbul, 1993, Evrim Matbaası

QUATAERT, Donalt., [Çev: Ayşe Berktaş], *Osmanlı İmparatorluğu 1700_1922*, İletişim Yayınları, 2002, Sena Ofset

SEREN, Suat., - SEREN, Aliye., *Koruyucu Hekimlik ve Sağlık Bilgisi*, İstanbul, 1953, Milli Eğt.Vek.Tal.Terb.Dairesi Matbaası

SEVİNÇ, Nadir., ÇAĞLAN, Mahir., KAHRAMAN, Devrim., *Türkiye'de Sağlık Politikalarına Eleştirel Bir Bakış Eğitim Dizisi II*, Ekim 2000

SEYİDOĞLU, Halil., *Bilimsel Araştırma ve Yazma El Kitabı*, Güzem Can Yayınları, 9.Baskı, İstanbul, 2003

SÜMBÜLOĞLU, Vildan – SÜMBÜLOĞLU, Kadir., *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*, Hatipoğlu Yayıncılık, 5. Baskı, Ankara, 2004

ŞAKAR, Ayşe Yiğit., *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını, No: 22, 1999, Türk Diyanet Vakfı Matbaası

ŞEHSUVAROĞLU, Bedi., *Eczacılık Tarihi Dersleri*, İstanbul 1970, Hüsnü Tabiat Matbaası

ŞEN, Cem., *Uzun Yaşamın Sırları*, Klan Yayınları, 1.Basım, İstanbul, Ağustos 2006, Şenyıldız Matbaası

ŞENER, Ceyda., *Hayatın Güzel Yüzü*, Doğan Kitapçılık, 1. Baskı, Mayıs 2007, Mega Basımevi

TERZİOĞLU, Arslan., *Cumhuriyet Dönemi Türk Tıbbına ve Tıp Eğitime Kısa Bir Bakış*, İstanbul, 2003, Kavuk Gazetesi Matbaası

Thema Larousse Tematik Ansiklopedisi, Cilt 4, Milliyet Yayınları, 1994

Thema Larousse Tematik Ansiklopedisi, Milliyet Yayınları, 1993

TOMANBAY, İlhan., *Ana Çocuk Sağlığında Sosyal Boyut*, Ağustos 1992, Cantekin Matbaası

Türk Halk Hekimliği Sempozyumu Bildirileri 23/25 Kasım 1988, Ankara, 1989, Ankara Üniversitesi Basımevi

Türk Tabipler Birliği, Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Önerisi 2011, TTB Yayınları, 2.Baskı, Ocak 2011, Ankara

UZLUK, Ferudun Nafiz., *Genel Tıp Tarihi*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Sayı 68, 1959, Güzel İstanbul Matbaası

WECHSELBERG, Klaus., PUYN, Ulrike., *Anne ve Çocuk*, Remzi Kitabevi, 6.Baskı, İstanbul, 1993, Evrim Matbaası

YAHYAOĞLU, Recai., *Tamamlayıcı Tıp Yöntemleriyle Mükemmel Sağlık*, İstanbul, 2003 Tavashlı Matbaası

YAŞAMIŞ, Firuz Demir., *Bebek Ölümünün Çevresel Nedenleri*, Ankara, 1991, Lider Matbaası

YÜCEL, Erdal., *Sistem Analizi I Sosyal Güvenlik ve Sağlık Reformu*, 1990, İlksan Matbaası

YÜKSEL, Şen., TOKAY, Semra., *Çevre ve İnsan Liseliler için Ders Kitabı*, Devlet Kitapları, 2.Baskı, İstanbul, 2004

MAKALE

“Aile Hekimliği Tartışılıyor”, *1.Basamak Aile Hekimleri Dergisi*, Mayıs Haziran 2010, Yelken Basım Yayın

“Yeni Yönetmelik Neler Getiriyor?”, *1.Basamak Aile Hekimleri Dergisi*, Temmuz Ağustos 2010, Yelken Basım Yayın

AK, Bilal., “Hastane Sistemi”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

AK, Bilal., “Kavramlar ve Sağlık Sistemi”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

AKDUR, Recep., “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri ”, *Yeni Türkiye Dergisi Sosyal Değerlendirme [Cumhuriyet 1923-1998 dönemi değerlendirmesi]*, Cilt III

AKMAN, Mahmut., MİRAL, Mukaddes Turan., “Hasta Okullarında Eğitim Devam Ediyor”, *İstanbul’da Sağlık Dergisi*, Ocak_Şubat 2010, Ebru Matbaası

AKSOY, Osman Gazi., “Sağlık Kavramı ve Bireyin Yaşamında Sağlık Hakkı”, *Yeni Türkiye Dergisi Sayı 40 [Sağlık Özel Sayısı II]*, Temmuz Ağustos 2001

AKYILDIZ, Nazlı., “Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

ALTINTAŞ, Ayten., *2009 Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, Ankara, 2009, Vakıflar Genel Müdürlüğü Matbaası

AYDIN, Alaattin Sever., “Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Sağlık Sorunları”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

AYDIN, Kemal., “Yaşlanmaya Hazır mıyız?”, *İstanbul’da Sağlık Dergisi*, Ocak_Şubat 2010, Ebru Matbaası

Aydın, Sabahattin., “Tam Gün Hekimi İkilemden Kurtarıyor” *İstanbul’da Sağlık Dergisi*, Ocak_Şubat 2010, Ebru Matbaası

AYDIN, Sabahattin., 2009 *Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, Ankara, 2009, Vakıflar Genel Müdürlüğü Matbaası

AYDOĞAN, Reyhan., Kamu Hastaneleri Sağlık Çalışanlarının Sendikal Örgütlenme Konusundaki Görüşlerinin Cinsiyet Temelinde İncelenmesi, (Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi*), Ankara, 2007

AYGÜN, Remzi., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, *Yeni Türkiye Dergisi Sosyal Değerlendirme [Cumhuriyet 1923-1998 dönemi değerlendirmesi]*, Cilt III

AZAK, Sedat., “Özel Hastaneler Yoğun Bakımda”, *Yeni Türkiye Dergisi Sayı 40, [Sağlık Özel Sayısı II]*, Temmuz Ağustos 2001

BALTACI, Gül., “21.Yüzyılda Sağlıkta İnsangücü ve Sağlık Sorunları”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

BEKTAŞ, Gülfer., ASLANERER, Fatma., “Sağlık İnsangücü Planlamasının Önemi ve Hastane Yönetiminde Sağlık İnsangücü Planlaması”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

BİNLER, Hayati., 2009 *Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, Ankara, 2009, Vakıflar Genel Müdürlüğü Matbaası

BUĞDAYCI, Resul., ŞAŞMAZ, Tayyar., AYDIN, Süha., “Temel Sağlık Hizmetlerinin Anlamı ve Bütünlüğü”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

CANTAY, Gönül., 2009 *Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, Ankara, 2009, Vakıflar Genel Müdürlüğü Matbaası

Cenk Sözen, “Tele-Tıp Ülkemizde Uygulanması Giderek Olanaklı Hale Gelen Bir Teknoloji”, *Sağlıcakla Aylık Sağlık Dergisi*, Sayı 14, Kök Yayınları, Mayıs 2009

ÇAĞLAYANER, Halûk., *Aile Hekimliği II*, İletişim Yayınları, 1996

DİLEK, Nursel., “2011’de Ailecek Onların Hastasıyız”, *Aksiyon Haftalık Haber Dergisi*, Sayı 839, Ocak 2011, Çağlayan Basım

DİNÇ, Demet., Pemra Ünalın, Pınar Topsever, Sinan Özyavaş, “Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi:Çözüm Ortağı Hekim”, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt 13, Sayı 2, 2009, Birmat Matbaası

DİNÇ, Gülten., “ Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklarla Mücadele Tarihi”, *Mostar Dergisi*, Sayı 58, Aralık 2009, İhlas Basımevi

DURMUŞ, Osman., “2000’lerin Türkiye’sinde Sağlık”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39,

ERKOL, Ümit., “ Sağlık Hizmetlerinde Performans Denetimi”, *Sağlıcakla Aylık Sağlık Dergisi*, Sayı 15, Kök Yayınları, Haziran 2009

ERZURUMLU, Kenan., “Sağlık Sistemimiz Üzerine”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

İDİKAT, Nermin., “ Türkiye’de Sağlık Yapıları Tasarım ve Uygulaması”, *Yeni Türkiye Dergisi Sayı 40 [Sağlık Özel Sayısı II]*, Temmuz Ağustos 2001

İNCEÖZ, Ali Feyzi., “Türkiye’de Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

İPEK, Zuhâl., Kamu Çalışanları Sendikaları; Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Sendikalaşması Üzerine Alan Araştırması(Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı, *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi*), Bursa, 2006

KAYA, Mehmet., “Türk Tıbbı Dünya Tıbbının Neresinde”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

KINIK, Necla., “Geçmişten Günümüze İnce Hastalık”, *İstanbul’da Sağlık Dergisi*, Ocak_Şubat 2010, Ebru Matbaası

LİNGARD, Heide., Manfred Maier, Hakan Yaman, “Avusturya’da Aile Hekimliği”, *Aile Hekimliği Bilimsel Tıp Dergisi*, Cilt 2, Sayı 4, 2008, Pulat Basımevi

ÖNAL, Fatma., TOPÇU, İbrahim., “2010 Sağlıkta Haklar Yılı”, *İstanbul’da Sağlık Dergisi*, Ocak_Şubat 2010, Ebru Matbaası

ÖZDEMİR, Yusuf Ekrem., “Sağlık Reformları*1980 ve 90’lı yılların Sağlık Politikaları”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

ÖZKAN, Orhan H., “Kendinize İyi Bakın”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

ÖZSARI, S.Haluk., VARLIK, Muharrem., “Sağlık Hizmetlerinin Cumhuriyet Dönemindeki Gelişimi ve Sağlık da Yeniden Yapılanma”, *Yeni Türkiye Dergisi Sosyal Değerlendirme [Cumhuriyet 1923-1998 dönemi değerlendirmesi]*, Cilt III

ÖZTEK, Zafer., “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

ÖZTEK, Zafer., “Temel Sağlık Hizmetleri”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

PEKCAN, Hikmet., UĞURLUOĞLU, Özgür., “Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

RİDD, Matthew., SHAW, Alison., SALİSBURY, Chris., “ Madalyonun iki Yüzü_Hastanın Sürekli aynı Pratisyen Hekim Trafından Görülmesinin Önemi: Kantitatif Görüşme Çalışması”, *Family Practice an International Journal*, Sayı I, Aralık 2006-Beyaz Sayfa Matbaası

SARGUTAN, Erdal., “Türkiye Sağlık Sektörü Sağlık Hizmeti Arz ve Talep Sistemlerinde Mevcut Durum ve Öneriler”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

SARGUTAN, Erdal., “Türkiye Sağlık Sektörü Sağlık Hizmeti Arz ve Talep Sistemlerinde Mevcut Durum ve Öneriler”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

SARI, Nil., 2009 *Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, Ankara, 2009, Vakıflar Genel Müdürlüğü Matbaası

SARIKAYA, Hatice., “Liderlik ve Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi”, *Sağlıcakla Aylık Sağlık Dergisi*, Kök Yayınları, Sayı 15, Haziran 2009

SAVAŞ, Serdar., “‘Türkiye’de Sağlık Sistemi Kısa Bir Genel Bakış”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

SEVİM, İbrahim., 1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği, (Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstriyel İlişkiler Anabilim Dalı, *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi*), İstanbul, 2006

SOYER, Ata., “Sağlıkta Eşitsizlikler; Nereden Nereye? Hangi Temelde”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

SÖZEN, Cenk., - ALKAN, Gizem., “Sağlık Kurumlarına Önemli Bir Yönetim ve Organizasyon Sorunu: Koordinasyon,” *Sağlıcakla Aylık Sağlık Dergisi*, Kök Yayınları, Sayı 15, Haziran 2009

SUR, Haydar., GÜROL, Hacer., “Cumhuriyetimizin 75 Yıllık Geçmişinde Sağlıkta Yaşananlar”, *Yeni Türkiye Dergisi Sosyal Değerlendirme [Cumhuriyet 1923-1998 dönemi değerlendirmesi]*, Cilt III

ŞAHİN Adem., *2009 Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, Ankara, 2009, Vakıflar Genel Müdürlüğü Matbaası

ŞİMŞEK, H.Fehim., “Sağlık Mevzuatının Temel Esasları”, *Yeni Türkiye Dergisi Sayı 40 [Sağlık Özel Sayısı II]*, Temmuz Ağustos 2001

TEZCAN, Sabahat Güven., “‘Türkiye’de Sağlık Düzeyi ve Bazı Sağlık Sorunları”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

TUNCER, Orhan Cezmi., *2009 Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, Ankara, 2009, Vakıflar Genel Müdürlüğü Matbaası

UZ, M.Hulki., “Sağlığı Tanımlamak Üzerine Düşünceler”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2001/39

YAZIRLIOĞLU, Kazım., *SES Bilgilendirme Broşürü*, Kasım 2001

YILMAZ, Köksal., *2009 Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, Vakıflar Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2009

YILMAZ, Yasin., *2009 Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, Ankara, 2009, Vakıflar Genel Müdürlüğü Matbaası

İNTERNET KAYNAKLARI

M.E.B, “Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Çocuk Ruh Sağlığı”,
<http://cygm.meb.gov.tr/modulerprogramlar/kursprogramlari/cocukgelisim/moduller/cocukruhsagligi.pdf>, (Erişim: 20/06/11)

M.E.B., “Çevre Ve Hayvan Sağlığı”,
http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/program_pdf/cerceve_programlar/cerceve_hayvan_sagligi.pdf, (Erişim: 20/06/11)

AKDUR, Recep., “Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması”, <http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp>, (Erişim: 13/10/10)

SAĞLIK-SEN, “Tam Güne Bakış”
http://www.sagliksen.org.tr/kitap/t_g_panel.pdf, (Erişim: 02/02/11)

AKDUR, Recep., “Cumhuriyet'ten Günümüze ve Geleceğe Türkiye'de Sağlık”, <http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp>, (Erişim: 13/10/10)

T.C.Sağlık Bakanlığı, “2008 Sağlık İstatistikleri Yıllığı”
http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri2008.pdf, (30/08/2010)

Vikipedi Özgür Ansiklopedi, “Sağlık Ocağı”,
http://tr.wikipedia.org/wiki/Sa%C4%9Fl%C4%B1k_oca%C4%9F%C4%B1, (Erişim: 30/08/2010)

Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, “Dünden Bugüne Başkanlığımız”, <http://www.verem.saglik.gov.tr/index.php?pid=18> (Erişim: 19/05/2011)

Sağlık Bakanlığı “Verem Savaşının Örgütlenmesi, Kuruluş ve Kişi Görev Tanımları”, http://www.verem.org.tr/pdf/sayfa_83-98.pdf erişim, (Erişim: 30/08/2010)

Bursa Sağlık Müdürlüğü, “Aile Hekimliği ve Aile Hekimliğinin Evrensel Tanımı”, http://tuncelisaglik.gov.tr/saglik/dosyalar//ah_tanim.pdf, (Erişim 30/08/2010)

SUR, Haydar., “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”,
<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, (Erişim: 15.12.2009)

“2008 Özel Sektörün Yılı Oldu”,
<http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-2008-de-ozel-sektorun-yili-oldu-676-474-8734.html>, (Erişim: 29/12/11)

TOBB, “Türkiye’de Medikal Sektörü 2009 Faaliyet Raporu”,
<http://www.tobb.org.tr/Documents/yayinlar/medikal.pdf>, (Erişim: 15/10/2010)

SAĞLIK-SEN, “2008 Faaliyet Raporu”,
<http://www.sagliksen.org.tr/kitap/Faaliyetraporu.pdf>, (Erişim: 02/02/11)

“2008 Özel Sektörün Yılı Oldu”,
<http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-2008-de-ozel-sektorun-yili-oldu-676-474-8734.html>, (Erişim: 29/12/11)

“Hastanelerin Çeşitleri Nelerdir”, <http://www.nenedir.net/nedir/genel-tip/5783-hastanelerin-cesitleri-nelerdir.html>, (Erişim: 24/05/2011)

KILIÇ, Mustafa., ÖZTÜRK, Hatice., “Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri: Ankara İli Eğitim Hastanelerinde Bir Alan Araştırması”, <http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Makale/4.79.pdf>, (Erişim: 24/05/2011)

NTV, “2009’da Özel Hastane Sayısı Artacak”,
<http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/458184.asp> (19/05/2011)

ŞAHİN, Ümit., BAKIR, Hasan., “Hastane İşletmeciliğinde Örgütsel Performans Göstergelerinin Bütünsel Boyutu olarak Kalite ve Finans Yönetimi”,
<http://umitsahin.com/>, (12/04/10)

S.E.S., “2010 Yılı Sağlık Raporu”,
http://ses.org.tr/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1,
 (Erişim: 27/02/11)

Hacettepe Üniversitesi, “Ortaçağda Gerçekleşen Büyük Salgınlar”,
<http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D1/4/3825.doc>, (Erişim: 22/03/2010)

Erciyes Tıp Fakültesi, “Halk Sağlığı Ders Notları”,
http://tip.erciyes.edu.tr/Ders_Notlari/Dahili_Tip/Halk_Sagligi/Yusuf_Ozturk/T%C3%BCrkiyede%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Hizmetleri.doc, (Erişim: 23/03/2010)

“Anadolu Selçuklu Devleti Dönemi Sağlık Kuruluşları”,
<http://www.saglicakla.com.tr/index.php/Sayi-2/Anadolu-selcuklu-devleti-doenemi-saglik-kuruluslar.html>, (Erişim: 23/03/2010)

“Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Hizmetleri”, <http://www.os-ar.com/modules.php?name=Encyclopedia&op=content&tid=501330>, (Erişim: 23/03/2010)

AYDIN, Erdem., “Osmanlılarda Tıp”,
<http://www.yorumla.net/saglik/15017-osmanlilarda-tip.html>, (Erişim: 01/04/2010)

FİŞEK, Nusret., “Türkiye’de Sağlık Politikaları”,
http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/14.html, (Erişim: 24/05/2011)

D.P.T., “1960 Sonrası Dönemde Planlama ve Devlet Planlama Teşkilatı”,
<http://www2.dpt.gov.tr/must/tarihce.asp>, (Erişim: 22/12/2011)

CİNER, Can Umut., - FİŞEK, Gürhan., “Sağlıkta Sosyalleştirme: ‘Genel’ ile ‘Yerel’in Önemi”, <http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=73>, (Erişim: 22/12/11)

TATAR, Mehtap., “Sağlık Politikası ve Planlaması”,
<http://www.belgeler.com/blg/29qs/saglik-politikasi-ve-planlamasi>, (Erişim: 21/06/11)

ANKA, “Türk Sağlık-Sen: Sağlığa Ayrılan Bütçe Yılda Bir Puan Bile Artmadı”, <http://www.sondakika.com/haber-turk-saglik-sen-sagliga-ayrilan-butce-bir-yilda-1-2410467/>, (Erişim: 01/06/2011)

SAĞLIK-SEN, “Sağlıkta Kadın Emeği Türkiye Araştırması”,
http://www.saglikksen.org.tr/kitap/anket_hmsrlr_gunu_2010.pdf, (Erişim: 1/2/11)

“Sağlık Bakanlığında Devir Artışı”, <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/kategorisiz/tr-saglik-bakanligi8217nda-8216devir8217-artisi-1-666-148.html>, (Erişim: 19/09/2011)

“Sağlık Reformları, AK Partiye Zafer Getiren Nedenlerden”,
<http://saglikkurumu.com/pg/bookmarks/misafir/read/87511/saglik-reformlari-ak-partiye-zaferi-getiren-nedenlerden>, (Erişim: 20/06/11)

AKTAN, Coşkun Can., VURAL, İstiklal Yaşar., “Makro Ekonomik Politikalar, Gelir Dağılımı ve Yoksulluk”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/yoksulluk/birinci-bol/aktan-vural-makro-ekonomi.pdf> (Erişim: 15/05/2011)

ACAR, Özgür., “TÜİK Hanehalkı İşgücü Anketi 2009 Yılı Anketi”,
www.ceis.org.tr/dergiDocs/istatistik43.pdf erişim, (Erişim: 27/02/11)

YILMAZ, Tuncay., FİDAN, Fatma., KARATAŞ, Veli., “İşsizliğin Sosyo-Psikolojik Sonuçları: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Bireylerin Tutumları”
<http://www.iudergi.com/tr/index.php/sosyalsiyaset/article/viewFile/214/204>, (Erişim: 15/05/2011)

D.P.T., “Dokuzuncu Kalkınma Planı [2007-2013],
www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/1968/plan9.pdf (Erişim: 24/05/2011)

“S.G.K’nın Açığı Büyüyecek”, <http://www.sgk-tr.com/sgk-haber/sgknin-acigi-buyuyecek.html>, (Erişim: 24/05/2011)

ÜNSAL, Aydan., ERDOĞAN, Ahmet Ferit., ÖZŞAHİN, Esin., ÖZŞAHİN, Kürşat., AKPINAR, Ersin., “Aile Hekimliği ve Savunuculuk”
<http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=198>, (Erişim: 15/04/2011)

M.E.B., “Eğitimin Sosyal Faydaları: Türkiye - AB Karşılaştırması”,
<http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/167/index3-eres.htm>, (Erişim: 20/04/2011)

“Sanayileşmiş Şehirlerde Çarpıcı Gerçek”,
www.haberpan.com/haber/sanayilesmis-sehirlerdeki-carpici-gercek, (Erişim: 23/04/2011)

GÖÇGELDİ, Ercan., “Sağlık Bakanlığı ve TSK Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Özellikleri”,
<http://www.gata.edu.tr/saglikbilimleri/saglikhizmetleri/2009%20Ders%20Notlar%C4%B1/%C3%9Cikemiz%20ve%20TSK%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Hizmetlerini%20%C3%96rg%C3%BCtlenmesi%20ve%20%C3%96zellikleri.pdf> (Erişim: 20/06/11)

“İlaç ve Eczacılık Gene Müdürlüğü’nün Tarihçesi”,
<http://www.ieg.gov.tr/Default.aspx?sayfa=tarihce&lang=tr-TR>, (Erişim: 19/06/11)

“Tarihi:13.12.1983 Sayısı:181 R.G. Tarihi:14.12.1983 R.G. Sayısı:18251 Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”,
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-442/tarihi13121983--sayisi181--rg-tarihi14121983--rg-sayisi.html?vurgu=sa%c4%9fl%c4%b1k+bakanl%c4%b1%c4%9f%c4%b1n%c4%b1n+te%c5%9fkilat+ve+g%c3%b6revleri>, (Erişim: 10/06/11)

“Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının Görevleri”,
<http://kanser.gov.tr/index.php?cat=34>, (Erişim: 20/06/11)

“Tarihi:13.12.1983 Sayısı:181 R.G. Tarihi:14.12.1983 R.G. Sayısı:18251 Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”,

<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-50816/h/sbteskilatvegorevleri hkkhk.pdf>,
(Erişim: 10/06/11)

Tababet ve şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”,
http://www.burdur.saglik.gov.tr/mevzuatlar/tipmeslek/14041928_863.pdf, (Erişim:
19/06/11)

ÖZCAN, Cemil., GENÇ, Metin Fikret., “Sağlıkla İlgili Tüm Kanun, Kanun
Hükmünde Kararname, Tüzük ve Yönetmeliklerin İncelenmesi ve Özetleri”,
[http://www.bayar.edu.tr/hastane/mevzuat/Turk_Saglik_Mevzuati-
CBU_Halk_Sagligi_AD.pdf](http://www.bayar.edu.tr/hastane/mevzuat/Turk_Saglik_Mevzuati-CBU_Halk_Sagligi_AD.pdf) (Erişim: 19/06/11)

KAYAR, Habibe Yılmaz., “Hususi Hastaneler Kanun ve Tüzüğü”
<http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=6713> (Erişim: 19/06/11)

“Gözlükçülük Hakkında Kanun”, [http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-
46913/h/155507.pdf](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-46913/h/155507.pdf), (Erişim: 19/06/11)

“Sıtma Savaş Daire Başkanlığı'nın Sıtma İle İlgili İstatistikleri”,
<http://www.tusp.saglik.gov.tr/HM/belge/1-3416/eski2yeni.html>, (Erişim: 19/06/11)

“Yeniden Önem Kazanan iki Enfeksiyon”,
<http://www.ato.org.tr/bilgi/hekimler-icin-guncel-tibbi-bilgiler/detay/6> (Erişim:
19/06/11)

“Mecburi Hizmete İlişkin Kanunun Tam Metni”,
<http://www.memurlar.net/haber/23735/>, (Erişim: 19/06/11)

“Mecburi Hizmetin Ayrıntıları”, <http://www.memurlar.net/haber/23223/>
(Erişim: 19/06/11)

AÇIKALIN., İbrahim, “Türkiye'de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması”,
<http://www.saglikisifa.com/332-Aile-Planlamasi.html>, (Erişim: 19/06/11)

“Türk Tabipler Birliği Kanunu”,
[http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.3.6023&sourceXmlS
earch=&MevzuatIliski=0](http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.3.6023&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0), (Erişim: 19/06/11)

“Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında
Kanun”, <http://www.tond.org.tr/tr/sayfalar/OrganNakliYasasiTR.pdf>, (Erişim:
01/08/11)

“İhracı Yasak ve Ön İzne Bağlı Mallara İlişkin Tebliğ”,
<http://www.aso.org.tr/kurumsal/media/kaynak/TUR/idari-yapi/ihraciyasakoniznebagli.pdf>
(Erişim: 19/06/11)

“Sosyal sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanunu”,
<http://www.ceis.org.tr/images/userfiles/1282493398994.pdf>, (Erişim: 21/06/11)

“TBMM Genel Kurulunda kabul edilen Tam gün yasa tasarısının tam metni”
<http://medicine.inonu.edu.tr/iutf/mevzuat/TamGun.pdf> (Erişim: 26/12/2011)

İLTER, Bahattin., “Neden Aile Hekimliği”,
<http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=53>, (Erişim: 01/03/2011)

“ Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Hasta Memnuniyeti”,
<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71241/h/kitap-hsm.pdf> erişim, (Erişim: 17/2/11)

“Aile Hekimliğinin Tanımı”,
http://www.ailehekimleri.net/index.php?option=com_content&view=article&id=556&Itemid=16, (Erişim: 17/2/11)

“Aile Hekimliği Uygulama Dosyası”,
<http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=58> &, (Erişim: 15/04/2011)

“Aile Sağlığı Elemanı”,
http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=53&Itemid=212, (Erişim: 15/04/2011)

BEASLEY., John W., Craig GJERDE, Hakan YAMAN, “Amerika Birleşik Devletleri’nde Aile Hekimliği”,
<http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=150>, (Erişim: 15/04/2011)

ASENOVA, Radost., Gergana Foreva, Melahat Akdeniz, Sercan Bulut, Hakan Yaman, “Bulgaristan’da Aile Hekimliği”,
<http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=208>, (Erişim: 15/04/2011)

CARELLI, Francesco., YAMAN, Hakan., “İtalya'da Aile Hekimliği”,
<http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=42>, (Erişim:
 15/04/2011)

SANDHOLZER, Hagen., YAMAN, Hakan., “Almanya' da ki Aile Hekimliği Uygulamaları”,
<http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=72>, (Erişim:
 15/04/2011)

WAYENBURG, Cam Van., Chris Van WEEL, Hakan YAMAN, “Hollanda' Da Aile Hekimliği”,
<http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=106>,
 (Erişim: 15/04/2011)

“Hastaneler İşletme, Sağlık Emekçileri Köle, Vatandaş Müşteri [Yazı II]”,
http://ses.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=1456&Itemid=131, (Erişim: 27/02/11)

“Hastaneler İşletme, Sağlık Emekçileri Köle, Vatandaş Müşteri [Yazı I]”,
http://ses.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=1456&Itemid=131, (Erişim: 27/02/11)

“Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz.html?vurgu=sa%c4%9fl%c4%b1k+hizmetlerinin+sosyalle%c5%9ftirilmesi>,
 (Erişim: 25/10/2010)

“Dental bilgiler”,
http://www.dentalurk.com/dental_bilgiler.asp?bilgiid=176, (Erişim: 09/06/119)

“Eczacı Tanım ve Görevleri”, <http://www.kalitekontrol.org/forum/eczacitanimi-ve-gorevleri-t1938.0.html> (Erişim: 09/06/119)

“Sağlık Memuru”,
<http://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=712>, (Erişim: 09/06/2011)

“Hemşirelik Kanunu”, <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/hemsirelik-kanunu.aspx> (Erişim: 09/06/2011)

“Meslekler Rehberi”, <http://www.meslekrehberi.org/meslek-tanimlari/ebe.html>, (Erişim: 09/06/11)

“Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/31015.html>, (Erişim: 10/12/2011)

BOSTAN, Sedat., “Neden Hasta Hakları”, <http://haksay.org/?q=node/111> (Erişim: 27/03/2011)

DÜZBAKAR, Ömer., “Osmanlı Hukuk Sistemi İçinde Tıp ve Hekimlerin Yeri”, <http://wowturkey.com/forum/viewtopic.php?p=1178412> (Erişim: 30/03/2011)

“Hasta Hakkı İhlallerinin Nedenleri”, <http://www.sagliksitiniz.com/hasta-hakki-ihlallerinin-nedenleri.html> (Erişim: 30/03/2011)

BOSTAN, Sedat., “Hasta Hakkı İhlallerinin Nedenleri”, <http://haksay.org/?q=node/111> (Erişim: 26/03/2011)

“Lizbon Bildirgesi”, <http://turkiyedoktorlari.com/hastalik-rehberi/genel-saglik/saglik-mevzuati/448-lizbon-bildirgesi-.html> (Erişim: 01/06/2011)

SANDAL, Ahmet., “Vatandaşları Hasta Hakları Konusunda Bilinçlendirmede Mahalli İdarelerin Rollerini”, http://www.mahalliidarelerdergisi.org/Ahmet_SANDAL+VATANDASLARI_HASTA_HAKLARI_KONUSUNDA_BILINCLENDIRMEDE_MAHALLI_IDARELERI_N_ROLLERI_yazi21.html (Erişim: 30/03/2011)

BOSTAN, Sedat., “Hasta Hakları Kurullarının Yeniden Yapılandırılması”, <http://haksay.org/?q=node/111> (Erişim: 27/03/2011)

BOSTAN, Sedat., “Hastanelerde Sağlık Hizmeti Alma Sürecinde Ortaya Çıkan Hasta Hakları İhlalleri”, <http://haksay.org/?q=node/111> (Erişim: 27/03/2011)

ÖNAL, Gülsüm., “Hasta Hakları Gelişimi ve Temel İlkeleri” http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/hashak/belge/hasta_haklari_gelisimi_temel_ilkele ri.pdf, (Erişim: 30/03/2011)

DERYAL, Yahya., “Hekim Hakları”, <http://haksay.org/?q=node/110> (Erişim 26/03/2011)

“Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Yolları Sempozyumu”, <http://www.saglikksen.org.tr/kitap/svsb.pdf> (Erişim: 15/04/2011)

“V.Türkiye Sektörel Ekonomi Şurası”, <http://www.tobb.org.tr/Documents/yayinlar/Vturkiyesektorelekonomisurasi.pdf>, (Erişim 20/2/11)

“Türkiye’nin Demografik yapısı”, <http://www.baktabul.net/ekonomi-isletme/26301-turkiye-nin-demografik-yapisi.html>, (Erişim: 16/01/2012)

“Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün Görevleri”, http://temelsaglik2.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=27, (Erişim: 01/01/12)

“İş Kollarındaki Toplam İşçi Sayıları, Sendikalar ve Sendikaların Üye Sayıları”, <http://yerelsen.org.tr/?p=236>, (Erişim: 19/06/11)

“Son 8 yılda sendika üye sayısındaki değişim”, <http://www.memurlar.net/haber/143902/> (Erişim: 24/02/2011)

“Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması Powerpoint Sunum”, www.eskisehir.saglik.gov.tr/.../saglik_bakanligi_teskilat_semasi.ppt

“İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu”, http://www.tedo.org.tr/TR/kanunlar/63_ispenciyari-ve-tibbi-mustahzarlar-kanunu.aspx, (Erişim: 01/01/2012)

“Doktorluğun tanım ve Görevleri”, <http://www.kalitekontrol.org/forum/pratisyen-hekim-tip-doktoru-tanimi-ve-gorevleri-t1940.0.html>, (Erişim: 09/06/11)