



**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**1980 SONRASI TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK POLİTİKALARINDA
DÖNÜŞÜM**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YASEMİN BÜYÜKSES

**DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. MEHMET AKTEL**

ISPARTA, 2012



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Tez Savunması I

Tarih: 20/02/2012

Enstitü Yönetim Kurulunun / / tarih ve s aylı kararıyla oluşturulan jürimiz Anabilim Dalını Seçiniz Anabilim Dalı Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS öğrencisi: Yasegerin'in başlıklı tezini incelemek ve değerlendirmek üzere 20/02/2012 tarihinde saat 15.30 da toplanmış ve adayı tez savunmasına almıştır. 1980 sonrası Türkiye'deki Sağlık Politikalarında Dönüşüm

Lisansüstü Yönetmeliği Madde 25 uyarınca adaya dakika süreyle teziyle ilgili Ek'te sunulan sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tezinin aşağıda belirtilen sebeplerle,

Tezin kabul edilmesine

(Öğrenci, varsa jüri tarafından gerekli görülen düzeltmeleri yaparak, tezinin onaylı son şeklini bir (1) ay içinde Enstitü'ye teslim etmelidir.)

Tezde düzeltme verilmesine

(Öğrenci, tezde gerekli görülen düzeltmeleri yaptıktan sonra üç (3) ay içinde savunmasını yineleyecektir.)

Tezin

reddedilmesine

(Öğrenci, yeni tez konusu belirlemelidir.)

*Tez adı değişikliği yapıldı/yapılmadı.

oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.
Gereği için arz olunur.

| Jüri | Adı Soyadı | İmza |
|------------|---------------------------|------|
| Danışman : | Jrd. Doç. Dr. Metin Aktef | |
| Üye : | Doç. Dr. Yakup Altarı | |
| Üye : | Doç. Dr. Fahrettin Önder | |

Ek : Herbir jüriye ait tez değerlendirme jüri raporları

| | | |
|---|--------|-----------|
| Enstitü Yönetim Kurulu Kararı | Tarih: | Karar No: |
| Bu form danışman tarafından düzenlenerek 3 gün içerisinde ilgili Anabilim Dalı aracılığı ile Enstitüye teslim edilir. | | |



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans/ Doktora tezi olarak sunduğum

"1980 SONRASI TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK POLİTİKALARINDA
DÖKÜFÜN....."

adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya'da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

İmza
Öğrenci Adı ve SOYADI
Gün. Ay. Yıl

Yasemin Büyükses

09.10.1977

ÖNSÖZ

Son yıllarda tüm dünya ülkelerinde sağlık alanında ciddi dönüşümler yaşanmaktadır. Özellikle 1970’li yılların sonlarından itibaren etkisini artıran neo-liberal politikaların Türkiye’ye yansması, 28 Ocak 1980 Kararları ile olmuştur. Bu tarihten sonra Türkiye’de yeni liberal ekonomiye geçiş süreci ile birlikte sağlık hizmetleri alanında günümüze kadar sürecek olan reform süreci başlamış ve sağlık politikalarında önemli bir dönüşüm süreci yaşanmıştır. Bu çalışmada 1980 sonrasındaki bu dönüşüm süreci konuyla ilgili literatür taraması yapılarak ortaya konulmuştur.

Çalışmamın her aşamasında engin katkılarından ve yol gösterici fikirlerinden dolayı hocam ve tez danışmanım Yard. Doç Dr.Mehmet AKTEL’e anlayışı ve özverisi için sonsuz teşekkür ederim. Ayrıca öğrenimim süresince karşılaştığım bir takım zorluklarda benden yardımını esirgemeyen hocam Doç. Dr. Yakup ALTAN’a ve emeği geçen tüm hocalarıma teşekkür ederim. Tüm çalışma sürem boyunca beni anlayışla karşılayan Eşim Lütfü BÜYÜKSES’e ve benimle geçireceği zamandan fedakârlık ederek bu çalışmaya en büyük katkıyı sağlayan Kızım Emine’ye ayrıca teşekkür ederim.

Yasemin BÜYÜKSES

ÖZET

1980 YILI SONRASI TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK POLİTİKALARINDA DÖNÜŞÜM

Yasemin BÜYÜKSES
0530203186

Süleyman Demirel Üniversitesi, Kamu Yönetimi Bölümü
Yükseklisans Tezi, 153 sayfa, Ocak 2012

Danışman: Yard. Doç Dr. Mehmet AKTEL

1980'li yıllarla birlikte etkisini artıran küreselleşme ve neoliberal politikaların etkisiyle ülkelerin kamu politikalarında önemli değişimler olmuştur. Demokratikleşme, sivil toplum kuruluşlarının sayısının ve etkisinin artması, medya, internet gibi faktörlerin etkisiyle vatandaşların kamudaki yönetimi anlayışını sorgulamaya başladığı bu dönemde, kamu yönetiminde reforma gidilmesi ihtiyacı doğmuştur. Her kamu politikası alanı gibi kamusal sağlık hizmetleri sunumuna yönelik sağlık politikaları da bu değişimden kaçınılmaz olarak etkilenmiştir. Küresel ölçekli bu değişimin siyasal boyutu Yeni Sağ'm, ekonomik boyutu ise neoliberal politikaların etkisiyle şekillenmiştir. Bu değişimin ana bileşenlerini, özelleştirme, özerkleştirme, desantralizasyon ve deregülasyon oluşturmaktadır.

Dünyada yaşanan gelişmelere paralel ülkemizde de 1980'li yıllar ve sonrası, kamu yönetimi anlayışını değiştirebilmek adına çeşitli reform paketleri uygulamaya konulmuştur. Sağlık alanında yapılmaya çalışılan dönüşümler, bu değişim sürecinin en belirgin örneklerinden biridir. Bu yıllarda başlayan sağlık politikalarındaki dönüşüm çalışmaları, 2002 yılından bu yana tek parti hükümetinin konuyla ilgili kararlılığı sonucu hız kazanmıştır. Ülkemizdeki sağlık politikalarındaki dönüşüm, genel olarak özelleştirmenin teşviki ve devletin hizmet üretiminden çekilerek düzenleyicilik işlevini üstlenmesi yönünde şekillenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kamu Politikaları, Kamu Yönetimi Reformu, Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı, Sağlık Politikalarında Dönüşüm.

ABSTRACT**TRANSFORMATION of the HEALTH POLICIES AFTER YEAR 1980 IN
TURKEY**

Yasemin BÜYÜKSES
0530203186

**Suleyman Demirel University, Department of Public Administration
M.A. Thesis, 153 pages, January 2012**

Supervising Asst. Prof. Dr. Mehmet AKTEL

In the 1980s under the influence of globalization and neoliberal policies that effect with a lot of countries have been important changes in public policies. The impact of the increase in the number of non-governmental organizations and democratization, the media, under the influence of factors such as the internet began questioning the citizens of state management, public management reform was the need for navigating in this period. Presentation to the public health services, such as every public policy field, these changes inevitably influenced by for health policies. The size of the global scale of this change in the political, economic size, while the neoliberal policies of the new Right by Lightworkers everywhere under the influence. This change in the main components, customizing, autonomy, desantralizasyon and deregulation caused.

Also in our country in the world of parallel developments in the 1980s and later, you can only change the concept of public administration reform on behalf of various application packages. In the field of health is one of the most prominent of the process of change, this attempted conversions. During these years, starting with health policies is the transformation of the one-party Government since 2002, on the subject has gained speed as a result of stability. The promotion of health policies in our country and to customize the conversion, in general, and from the service of the State are taking shape in the direction of regulator function.

Keywords: Public Policy, Public Administration Reform, The New Public Management Approach, Health Policies For The Conversion.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----------|
| KISALTMALAR | ix |
| TABLolar DİZİNİ | xi |
| GRAFİKLER DİZİNİ | xii |
| GİRİŞ | 1 |
| BİRİNCİ BÖLÜM | 4 |
| SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK POLİTİKALARI İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR | 4 |
| 1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI ve SINIFLANDIRILMASI | 4 |
| 1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı | 4 |
| 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması | 6 |
| 1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri | 7 |
| 1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri | 8 |
| 1.2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri | 8 |
| 1.2.3. Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri | 11 |
| 1.2.4. Temel Toplumsal Sağlık Hizmetleri | 11 |
| 1.2.5. Evde Bakım ve Tedavi Hizmetleri | 11 |
| 2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ | 12 |
| 3. SAĞLIK POLİTİKALARI | 17 |
| 3.1. Sağlık Politikasını Uygulama Araçları | 19 |
| 3.1.1. Örgütlenme | 19 |
| 3.1.2. Personel Yetiştirme ve İstihdamı | 20 |
| 3.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Finansman | 20 |
| İKİNCİ BÖLÜM | 26 |
| TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ VE 1923-1980 YILLARI ARASINDA İZLENEN SAĞLIK POLİTİKALARI | 26 |
| 1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ | 26 |
| 1.2. Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri | 32 |
| 1.3. Türkiye’de Sağlık Politikalarının Gelişimi | 33 |
| 1.3.1. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları | 34 |
| 1.3.2. 1946-1960 Yılları Arasındaki Sağlık Politikaları | 39 |
| 1.3.3. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları | 41 |
| 1.3.4. 1980 Sonrası Sağlık Politikaları | 45 |
| ÜÇÜNCÜ BÖLÜM | 47 |
| 1980 SONRASI TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARINDA YAŞANAN DÖNÜŞÜM SÜRECİ | 47 |
| 1. NEO-LİBERAL POLİTİKALAR VE KÜRESELLEŞMENİN, DEVLET YAPISI VE KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞINA ETKİLERİ | 48 |
| 2. NEO-LİBERAL POLİTİKALAR VE KÜRESELLEŞMENİN SAĞLIK POLİTİKALARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ | 55 |
| 3. TÜRKİYE’DE 1980 YILI SONRASINDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN BAŞLICA SORUNLARI ve SAĞLIK POLİTİKALARINDAKİ DÖNÜŞÜMÜN GEREKÇELERİ | 61 |
| 3.1. Yönetim ve Örgütlenme İle İlgili Sorunlar | 61 |
| 3.2. Mevcut Sağlık Göstergeleri İle İlgili Sorunlar | 62 |
| 3.3. İnsan Kaynakları Yönetimiyle İlgili Sorunlar | 64 |
| 4. 1980-1988 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI | 64 |
| 5. 1989-2002 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI | 71 |

| | |
|--|-----|
| 5.1. Dünya Sağlık Örgütü ile İşbirliği İçinde Yürütülen Sağlık Projeleri..... | 77 |
| 5.2.Dünya Bankası ile İşbirliği İçinde Yürütülen Sağlık Projeleri | 80 |
| 5.2.1. Birinci Sağlık Projesi | 80 |
| 5.2.2. Sağlıklı Şehirler Projesi | 82 |
| 5.2.3. İkinci Sağlık Projesi | 83 |
| 5.3.Temel Sağlık Hizmetleri Projesi | 87 |
| 6. 2002 SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI | 88 |
| 6.1. Sağlıkta Dönüşüm Projesi | 92 |
| 6.1.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı..... | 93 |
| 6.1.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası | 100 |
| 6.1.3. Yaygın Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti..... | 106 |
| 6.1.5.Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları | 125 |
| 6.1.6.Nitelikli ve Kaliteli Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon..... | 126 |
| 6.1.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma..... | 128 |
| 6.1.8. Karar Verme Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi | 131 |
| SONUÇ | 139 |
| KAYNAKÇA | 146 |
| Kitaplar..... | 146 |
| Makaleler | 149 |
| Diğer..... | 150 |
| Tezler | 150 |
| Kanun, Yönetmelik, Genelge, Mahkeme Kararları vb. | 151 |
| İnternet Kaynakları..... | 153 |
| AK, B. , Türkiye’de Sağlık Bilişimi, < ab.org.tr/ab09/kitap/ak_AB09.pdf >. (15.06.2011) | 153 |
| AKDUR, R., “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”, < http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp?tur=4 >. (04.04.2010)..... | 153 |
| ÖZGEÇMİŞ | 157 |

KISALTMALAR

| | | |
|--------|---|--|
| a.g.e. | : | Adı geçen eser |
| a.g.m. | : | Adı geçen makale |
| AKP | : | Adalet ve Kalkınma Partisi |
| Ar-Ge | : | Araştırma Geliştirme |
| AYM | : | Anayasa Mahkemesi |
| Dr | : | Doktor |
| DSÖ | : | Dünya Sağlık Örgütü |
| DPT | : | Devlet Planlama Teşkilatı |
| DB | : | Dünya Bankası |
| GSMH | : | Gayri Safi Milli Hâsıla |
| GSS | : | Genel Sağlık Sigortası |
| IMF | : | Uluslararası Para Fonu |
| İSM | : | İl Sağlık Müdürlüğü |
| SB | : | Sağlık Bakanlığı |
| SES | : | Sağlık Enformasyon Sistemleri |
| SDP | : | Sağlıkta Dönüşüm Programı |
| SGK | : | Sosyal Güvenlik Kurumu |
| SSK | : | Sosyal Sigortalar Kurumu |
| OECD | : | Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı |
| TBMM | : | Türkiye Büyük Millet Meclisi |
| TTB | : | Türk Tabipleri Birliği |
| WHO | : | Dünya Sağlık Örgütü |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | |
|---|-----|
| Şekil 1. 1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu | 7 |
| Şekil 2 1 Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı..... | 30 |
| Şekil 2 2 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Görev Dağılımı..... | 31 |
| Şekil 2 3 Sağlık Hizmetleri Sunum Modeli | 31 |
| Şekil 3 1 Sağlık Bakanlığı'nın Görev Şeması..... | 94 |
| Şekil 3 2 Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Mevcut Durumu ve Aile Hekimliği Sistemi ile Planlanan Sunum Modeli..... | 107 |
| Şekil 3 3 Sağlık Bakanlığı Sayısındaki Net Değişim (bin) | 118 |
| Şekil 3 4 Sağlık Bakanlığı Sistem Değerlendirmesi..... | 127 |

TABLolar DİZİNİ

| | |
|---|------------|
| Tablo 1 1 Etkili ve Uygulanabilir Sağlık Politikası İçin Ön Şartlar..... | 18 |
| Tablo 2 1 Türkiye'de Sağlık Sisteminde Yer Alan Örgütler..... | 27 |
| Tablo 3 1 Yeni Kamu Yönetiminin Sağlık Sektörüne Yansımaları | 59 |
| Tablo 3 2 Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı (1923-2004) 63 | |
| Tablo 3 3 Değişik Ülkelerde Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (1992-2002) | 64 |
| Tablo 3 4 SSK Kapsamındaki Nüfus, Hastane ve Yatak Sayısındaki Değişim (1980-2004) | 113 |
| Tablo 3 5 2002 Fiyatları İle Kamu İlaç Harcaması (Milyon-TL) ve Tüketilen İlaç Miktarı (Milyon Kutu) | 131 |

GRAFİKLER DİZİNİ

| | |
|--|-----|
| Grafik 3 1 Hekim Seçme Hakkı Olan Hastane ve ADSM Sayısı | 115 |
| Grafik 3 2 Radyolojik Görüntüleme Fiyatları | 116 |
| Grafik 3 3. Uzman Hekim Başına Düşen Nüfus | 120 |
| Grafik 3 4 Uzman Hekim Full-Time Oranı (%) | 122 |
| Grafik 3.5. Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de 100.000 Kişide Hekim Başına Düşen Nüfus | 123 |
| Grafik 3 6 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı Bakımından AB Ortalaması, | 124 |
| Grafik 3 7 Ülkelerin Faiz Dışı Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri..... | 124 |
| Grafik 3 8 OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları İlaç Giderlerinin Oranı | 129 |
| Grafik 3 9 OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları Artışı Karşılaştırması-GSYİH Karşılaştırması | 135 |
| Grafik 3 10 Yıllara Göre Hekime Müracaat Sayısı | 136 |
| Grafik 3 11 Faiz Dışı Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri | 137 |
| Grafik 3 12. İlaç ve Tedavi Masraflarını Cebinden Karşıllayanlar (%)..... | 138 |
| Grafik 3 13 OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Milli Hâsıla İle İlişkili Karşılaştırması (2009 verileri) | 138 |

GİRİŞ

Sağlık en temel insan hakkıdır. Sağlığın, ırk, dil, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayrımı gözetilmeksizin doğuştan kazanılan temel bir hak olduğu, uluslararası bir belge olan Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Anayasası'nda ilk kez 1947 yılında yer almış ve sağlık kavramı “Yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” şeklinde tanımlanmıştır.

Bir ülkedeki sağlık tanımlanırken, sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin düzeyi ve toplumun sağlık düzeyi olarak adlandırılan üç bileşen üzerinde durulur. Bu bileşenlerden birincisine kaynaklık eden sağlık politikası, bir ülkedeki sağlık sektörünü benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak olarak tanımlanabilir¹.

Sağlık politikaları, sağlık sektörünün arz ve talep açısından piyasa koşullarından farklı özellikler içermesi, finansmanında kompleks bir yapıya sahip olması ve pek çok sektörü doğrudan etkilemesinin yanında, tamamıyla özel sektöre devredilemeyecek kamusal özellikleri bünyesinde barındırması gibi nedenlerle günümüzde yalnızca tıp alanını ilgilendiren bir konu olmaktan çıkmış ve pek çok bilim dalının çalışma ve araştırma konusu haline gelmiştir.

Rekabet koşullarının önemli biçimde değiştiği ve yetişmiş insan gücünün en önemli stratejik üstünlüklerden biri haline geldiği günümüz koşullarında, sağlık düzeyini gösteren ölçütler (doğum oranı, ölüm oranı, bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı gibi) teknoloji, sermaye gibi faktörlerden önce değerlendirilmeye başlanmıştır. Sağlık düzeyindeki iyileşmenin işgücü performansına olumlu etki yaparak verimlilik ve ekonomik büyüme performansını artırdığı, yabancı sermaye yatırım girişimini cesaretlendirdiği, sabit sermaye yatırımlarını artırdığı ve eğitim düzeyinde doğrudan etkili olduğu gerçeğinden yola çıkan toplumlar için, sağlık alanında uygulanan politikalar günümüzde önemini artırmaya başlamıştır.

Sağlık hizmetlerinin, etkili ve verimli biçimde sunulması için öncelikle sağlıklı ve işlevsel bir hizmet organizasyonunun oluşturulması ve işlerliği mümkün

¹AKDUR, R., “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”, <<http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp?tur=4>>. (04.04.2010).

sağlık politikalarının uygulanması gerekmektedir. Bir ülkede izlenen sağlık politikalarını, o ülkenin sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyi, ekonomi politikası mevcut sağlık ölçütleri, eğitim düzeyi, GSMH, toplumun beklentileri, nüfus ve nüfusun dağılımı gibi faktörler doğrudan etkilemekle birlikte, uluslararası alandaki gelişmeler de (savaş, salgın hastalık, ekonomik ve siyasal olaylar, krizler, siyasi ve ekonomik düşünce akımları vb.) önemli rol oynamaktadır.

Dünya genelinde 1980'li yıllar ve sonrası, küreselleşme ve yeni liberal akımların etkisiyle kamu yönetiminde yeniden yapılandırılma, kamusal sektörün küçülmesi, piyasa dinamiklerinin kamu yönetimine de entegre edilmeye çalışılması, performans ve kalite değerlendirmelerinin önem kazanması, hesap verilebilirliğin sağlanması gibi değişimlerin yaşandığı ve bu değişime paralel olarak sağlık politikalarının da kendine özgü nitelikleriyle farklılaştığı bir dönem olmuştur. Söz konusu değişimlerle birlikte günümüzde sağlık politikaları belirlenirken, hastalıkların önlenmesi veya tedavi edilmesi gibi faktörlerin yanında verimlilik, kalite, performans artışı ve harcamaların azaltılması gibi faktörler de hedeflerin arasında yerini almıştır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri alanında yürütülen politikaları incelediğimizde dünya genelinde izlenen politikalara paralel bir seyir izlediği görülmektedir. Ülkemizde 1980 sonrası dönem, sağlık hizmetleri ve politikaları tarihinde "sağlık reformları" söyleminin en yoğun gündeme geldiği dönem olmasıyla dikkat çekmektedir. Cumhuriyetin kuruluşundan 1980'li yıllara kadar Türk kamu yönetiminin geneline hâkim olan sosyal devlet anlayışının etkisiyle, devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilen sağlık hizmetleri, 1982 Anayasası ile devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmıştır. Bu tarihten sonra sağlık alanında yürütülen politikalar genel olarak, sağlığın devlet tarafından denetlenmesi ve planlanması, özel sektörün teşvik edilerek sektörde daha aktif yer almasının sağlanması ve piyasa koşullarının geçerli olduğu bir sistemin kurulması anlayışı çerçevesinde şekillenmiş ve sistemde bu yönde değişiklik yapılabilmesi için çeşitli çabalarda bulunulmuştur.

Bu çalışmanın amacı, küreselleşme ve neo-liberal politikalar paralelinde ülkemizde sağlık hizmetleri sunumunda ortaya çıkan gelişmeler ve sağlık

politikalarında 1980'li yıllar sonrasında yaşanan dönüşümü, bu dönüşümün nedenlerini ve aşamalarını ortaya koymaktır.

Çalışma dört bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde genel olarak sağlık hizmetlerinin tanımı ve sınıflandırılması yapıldıktan sonra sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık politikaları ve sağlık hizmetlerinde yapılanma konuları üzerinde durularak kavramsal çerçeve çizilmiştir. İkinci bölümde Türkiye Cumhuriyet'in kuruluşundan 1980 yılına kadar izlenen sağlık politikaları dönemler itibariyle aktarılmıştır. Üçüncü bölümde 1980 yılından günümüze kadar geçen süreçte gerçekleştirilen sağlık reformları ve bu reformlar paralelinde sağlık politikalarında yaşanan dönüşüm süreci incelenmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK POLİTİKALARI İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI ve SINIFLANDIRILMASI

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık, günümüzde toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bir ülkenin kalkınmışlık düzeyini, yakın tarihe kadar kişi başına düşen milli gelir, sanayileşme ve istihdam düzeyi, beslenme, altyapı, temel mal ve hizmetlerdeki tüketim düzeyi, eğitim ve sağlık gibi birçok sosyo-ekonomik ve kültürel göstergeler belirlerken, günümüzde eğitim ve sağlık merkezli göstergeler daha çok dikkate alınmaya başlanmıştır. Ülkelerin gelirinin yüksek olmasının ya da çok mal tüketmesinin gelişmişlik göstergesi olarak yeterli olmadığına farkına varılmasıyla birlikte, eğitim ve sağlık alanındaki sorunlarını çözebilmiş ülkelerin kalkınmışlık anlamında daha ileride oldukları kabul edilmeye başlanmıştır².

Günümüzde sağlık, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri bakımından bir gösterge olmasının yanı sıra, bu gelişmenin elde edilmesinde rol oynayan önemli bir unsur olarak kabul edilmektedir. Bir yönüyle doğrudan toplumların hayat seviyelerinin yükseltilmesi ile ilgili ve tüketim yönü olan bir alan, diğer yönüyle de bu hayat seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunan bir yatırım alanı olarak görülen sağlık, ülke ekonomisinin önemli bir parçası ve büyük bir hizmet sektörü olarak görülmektedir³.

1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2. maddesine göre; "Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların

²SAĞLIK BAKANLIĞI, **Sağlık 2004**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004, s.10.

³ KILIÇ, M. vd., "Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri" **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:9, s. 57, 2006, <<http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Makale/4.79.pdf>> .(04.11.2009).

tedavi edilmesi, beden ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir⁴.”

Kişilerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne de sağlık hizmetleri denmektedir⁵.

Sağlık hizmetleri dünyanın birçok ülkesinde uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde algılanmıştır. Ancak günümüzde bireylerin ve toplumun sağlığının korunmasının, en az hastalıkların tedavisi kadar önemli olduğunun farkına varılmasıyla birlikte, sağlık hizmetleri sadece tedavi edici hizmetler olmaktan çıkmış aynı zamanda koruyucu ve rehabilite edici hizmetler olarak da verilmeye başlanmıştır.

Çağdaş sağlık hizmetlerinin ilkelerini tanımlayan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirisine (Alma-Ata Bildirisi)⁶ göre sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde sunulması hükümetlerin sorumluluğundadır. Alma-Ata Bildirisi'nde sağlığın temel insan haklarından biri olduğu ve bunun seviyesinin yükseltilmesinin sağlık sektörü için olduğu kadar diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörler için de önemli bir amaç olduğu vurgulanmıştır⁷. Bildiride, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin arasında var olan sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin en yüksek derecesine ulaştığının kabulüyle, bunun tüm ülkelerin ortak sorunu olduğu noktasına dikkat çekilmiştir. Ekonomik ve sosyal kalkınmayı devam ettirmede ve dünya barışının korunmasında sağlığın rolü ortaya konarak, sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinin, toplumun ve bireyin hem hak, hem de görevi olduğu ifade edilmiştir. Sonuç olarak, tüm hükümetler, temel sağlığı başlatmak ve yürütmek için gerekli ulusal politika, strateji ve çalışma planlarını yapmaya, bu amaç doğrultusunda iç ve dış kaynaklardan

⁴ R.G., 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, R.G. Tarihi:12.01.1961 Sayı:10705,< <http://www.saglik.gov.tr/>>. (04.11.2009).

⁵ ORAL, A. İ., *Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2002, s. 37.

⁶ALMA-ATA BİLDİRİSİ, “Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı”, < http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=521&Itemid=36>. (04.06.2011)

⁷ÇORUH, M., *1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1995, s.39.

yeterince yararlanmaya çağrılmışlardır. İç kaynakların büyük bir kısmının silahlanma ve askeri anlaşmazlıklar uğruna harcandığına dikkati çeken bildirge, silahsızlanma ve yumuşamanın bu kaynakların barışçı maksatlarla kullanılmasına olanak sağlayacağını vurgulayarak, temel sağlığın en önemli kısmını oluşturan sosyal ve ekonomik kalkınmanın hızlandırılmasının bu yolla mümkün olabileceğini ortaya koymuştur⁸.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, birbirini tamamlayan nitelikte hizmetler olmalarına rağmen, anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak ve hizmet sunumundaki etkinliğini sağlamak gibi amaçlarla sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırma, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış ve ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na da kabul edilmiştir⁹.

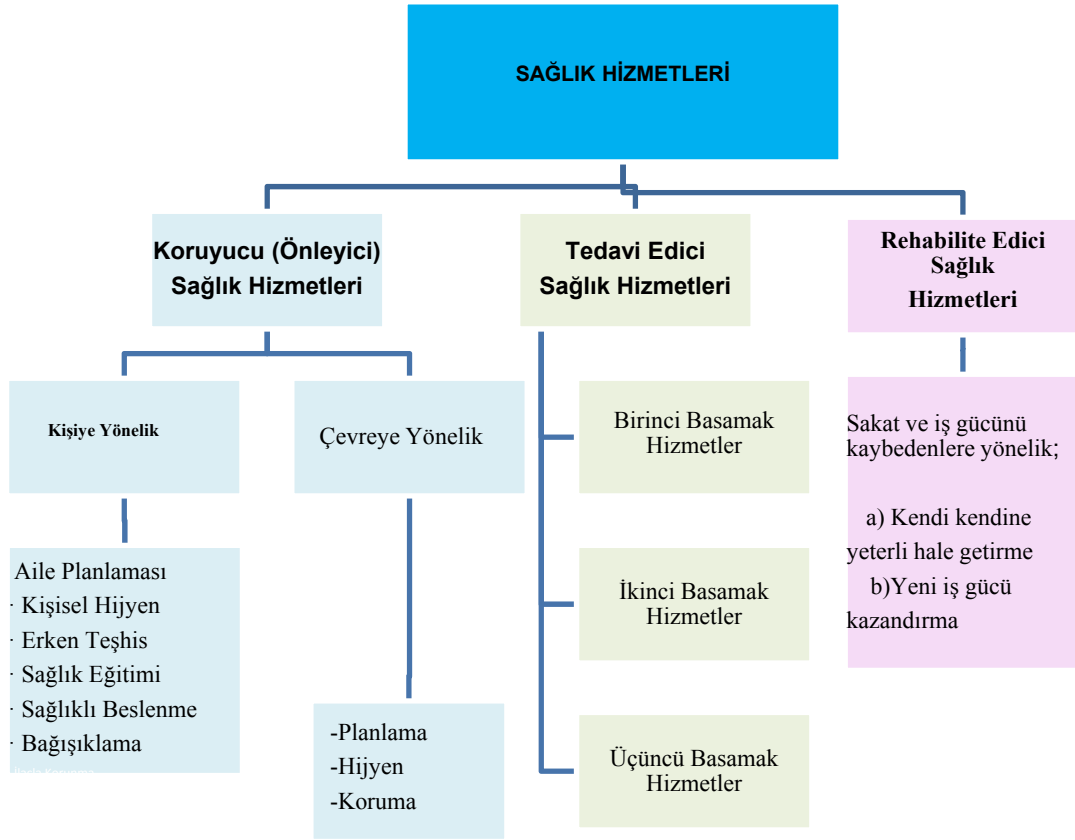
Ülkemizde sağlık hizmetleri, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun doğrultusunda, “koruyucu sağlık hizmetleri”, “tedavi edici sağlık hizmetleri” ve “rehabilitasyon hizmetleri” olarak verilmektedir. Bunlara ilaveten son yıllarda önemlerinin giderek artması üzerine “temel toplumsal sağlık hizmetleri” ve “evde bakım ve tedavi hizmetleri” olarak adlandırılan iki grup alanında da sağlık hizmeti verilmeye başlanmıştır.

Çerçevesi çizilmeye çalışılan sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarının şematik betimlenmesi aşağıdaki gibi sunulabilir:

⁸AKTAN, C.C. vd., “Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış”, <<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf>>. (04.11.2009).

⁹ SEVİM, İ., 1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi, Marmara Üniversitesi, Sos. Bil. Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006, s.20.

Şekil 1. 1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu



Kaynak: SEVİM, 2006: s.21.

1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; toplumdaki bireylerin hasta olmalarını önlemek ve erken dönemde hastalıklarını teşhis etmek için yapılan çalışmalardır. Aynı zamanda, bireyleri hastalıklardan koruma yanında, erken teşhis ve tedavi ile hastalığın nüksetmesinden ve yan etkilerinden korumayı da içermektedir¹⁰. Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta incelenir.

Bağışıklama, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, sağlıklı beslenme, erken teşhis ve tedavi, aile planlaması, kişisel hijyen, ilaçla koruma, erken tanı ve hastalık kayıtları, sosyal yardım hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, zararlı alışkanlıklara karşı mücadele, sağlık eğitimi, işçi sağlığı ve iş güvenliği, toplu yaşam ortamı (kışla, hapisane) sağlık hizmetleri gibi alt bölümleri hizmetler kişiye yönelik koruyucu

¹⁰ FİŞEK, N., "Sağlık Hizmetleri ve İşçi Ailelerinin Sağlık Sorunları", Kitaplaşmamış Yazıları-1, <http://www.tb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html>. (03.02.2010).

sağlık hizmetleridir ve daha çok sağlık personeli tarafından kamu kurumlarınca verilmektedir.

Çevreye yönelik hizmetler ise sağlıkçılarla teknik personelin beraber yürüttüğü hizmetler olup, merkezi yönetim, yerel yönetim, sivil toplum örgütleri ve özel şirketlerin ön plana çıktığı hizmetlerdir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, çevreyi olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal etkenleri azaltmak veya bu etkenlerin kişileri etkilemesini önlemeye yönelik hizmetler verilmektedir. Çevre sağlığı şartlarını düzelterek geliştirerek çevrenin toplum sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltıp olumlu etkilerini artırmak amaçlamaktadır. Çevre ve hava kirliliğinin önlenmesi, katı ve sıvı atıkların hijyenik (sağlıklı) imhası, radyasyon güvenliği, sağlıklı içme suyu temini, endüstri hijyeni gibi hizmetler bu gruba girmektedir¹¹.

1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalanmış kişiye yönelik verilen ve üç farklı basamakta gerçekleştirilen hizmetler olup, genel olarak birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak gruplanmaktadır.

1.2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, ayaktan tedavi hizmetlerini içerir. Bu hizmetler esas olarak yataksız sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada verilir. Birinci basamaktaki imkânlarla tanı ya da tedavisi yapılamayan hastalar ikinci basamağa sevk edilirler.

Dünya genelindeki uygulamalara bakıldığında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri iki başlık altında toplanır. Birinci başlık, ulusal düzeydeki politika öncelikleri ile bağlantılı olan ve ülkenin birinci basamak yönelimli olmasını destekleyen sistem özellikleridir. Bu başlık altında yer alan özellikler birinci basamağın alt yapı ve insan gücü olanaklarının dağılımı, finansman tipi, hizmetlerin verildiği yer ve birinci basamak sağlık hizmetinden sorumlu olan sağlık çalışanı tipidir. İkinci başlık ise birinci basamağın bu sistem özellikleri üzerine kurulu olan

¹¹ ÖZLÜ, T., **Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Kılavuzu**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, Haziran 2007, s.48.

işlevlerini tanımlar: İlk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdüm. Birinci basamağın bireylerin sağlık sistemine ilk giriş aşaması olması ilk başvuru, az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunması kapsayıcılık, hasta ile uzun erimli bir ilişki içinde bulunması süreklilik, sistemin diğer aşamaları ile arasında bilgi aktarımı gerçekleşmesi ise eşgüdüm özelliğini açıklar.¹²

30.5.2003 tarihli Tebliğ¹³ ve Sağlık Bakanlığınca yayımlanan 05.06.2003 tarihli Genelge'de¹⁴ Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer alan hizmet birimlerinin neler olduğu sıralanmıştır. Genelgeye göre birinci basamak resmi sağlık kuruluşu ifadesinden;

- Resmi kurum tabiplikleri,
- Sağlık ocağı,
- Verem savaş dispanseri,
- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi,
- Sağlık merkezi,
- SSK sağlık istasyonu ve dispanseri,
- Aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri¹⁵ anlaşılır.

Birinci basamak özel sağlık kuruluşu ifadesinden ise Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel poliklinikler anlaşılacaktır. Ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) Değişiklik

¹²STARFIELD, B. , **Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology**. New York: Oxford University Press. 1998'den aktaran Z. ÖCEK vd., **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2007, s. 12.

¹³ R.G., **Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkinde İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ**, R.G. Tarihi: 30.05.2003, Sayı:25123. <<http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx>>. (06.10.2010).

¹⁴SAĞLIK BAKANLIĞI, **Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki Genelgesi (2003/63)**, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tarih: 05.06.2003, Sayı: 11392.

¹⁵ 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanuna" istinaden Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmiştir.

Yapılmasına Dair Tebliğ'ine¹⁶ göre, Birinci basamak sağlık kuruluşlarını düzenleyen maddesine eklenen bentle, "serbest eczaneler" de birinci basamak sağlık kuruluşu sayılmıştır. Hekimlerin, mesleklerini serbest icra etmek üzere açtıkları muayenehaneler bu kapsam dışındadır.

1.2.2.3. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlığı ile ilgili şikâyeti olan ve sağlığını kontrol ettirmek isteyen bireylerin sağlık kurumuna yatırılarak, sağlık personeli ve hekim kontrolünde teşhis ve tedavi hizmetlerinin sürekli verilmesidir.

İkinci basamak resmi sağlık kurumu ifadesinden;

- Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri,
- Özel dal hastaneleri ve
- Diğer resmi kurum hastaneleri anlaşılır.

İkinci basamak özel sağlık kuruluşu ifadesinden;

- Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsat almış özel hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleri anlaşılacaktır¹⁷.

1.2.2.4. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak, özel bir yaş grubuna, cinsiyete ya da belli bir hastalığa yakalanan kişilere, o konuda en geniş imkânlarla sahip yataklı tedavi kuruluşlarında verilen tedavi hizmetidir. Bu hizmetler, genellikle özel dal ya da eğitim hastanelerinde verilir. Buralar genellikle en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı, ileri tetkik ve tedavi yöntemleri gerektiren hastaların teşhis ve tedavisi ile hekim ve uzman hekim yetiştirilmesine dönük, gelişmiş tedavi merkezleridir.

Üçüncü basamak sağlık kurumu ifadesinden;

- Eğitim ve araştırma hastaneleri,

¹⁶R.G., Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Resmi Gazete Tarihi: 22.10.2008, Sayı: 27032.

¹⁷SAĞLIK BAKANLIĞI, Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki Hakkında Genelge, Tarih: 05.06.2003, Sayı:2003/63.

-Özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile (Kanser hastaneleri, ruh sağlığı hastaneleri, sanatoryumlar, kalp-damar hastaneleri...)

- Üniversite hastaneleri anlaşılacaktır¹⁸.

Tedavi edici hizmetlerin basamaklar halinde ele alınmasının nedeni, bu basamaklar arasında hasta sevk sisteminin gerekliliğini vurgulamak içindir.

1.2.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri; sakatlık veya işgücü kaybına uğrayanların tıbbi ve sosyal yönden yeniden kazanılmalarına yönelik yapılan sağlık hizmetlerinin tamamıdır. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılır. Kısmi felç geçiren bir hastanın kas gücünü artırmaya yönelik fizik egzersizlerini uygulanması tıbbi rehabilitasyona örnektir. Rahatsızlığından ötürü işini kaybeden hastaya iş bulma ve onu tekrar üretime kazandırmaya yönelik kurumsal faaliyetler ise sosyal rehabilitasyona örnektir¹⁹.

1.2.4. Temel Toplumsal Sağlık Hizmetleri

Temel toplumsal sağlık hizmetleri sigara, alkol, uyuşturucuyla mücadele, sağlıklı kentleşme, çevre sağlığını korumaya yönelik alınan kamusal tedbirler gibi toplum sağlığını olumsuz etkileyen yaygın alışkanlıklar ve faktörlere karşı yürütülmesi gereken kurumsal mücadeleyi ifade etmektedir. Bu sağlık hizmetleri, bireylerde sağlıklı yaşam tarzı geliştirmeye yönelik davranış ve alışkanlıkları kazandırmayı hedefleyen toplumsal çabalardır²⁰.

1.2.5. Evde Bakım ve Tedavi Hizmetleri

Yaşlı veya yatalak hastaların bakım ihtiyaçlarının ve tedavi hizmetlerinin kendi ev ortamlarında sağlık çalışanları tarafından karşılanması olarak ortaya çıkmış olan evde tedavi ve bakım hizmetleri; sonrasında normal birçok hastanın da kendi ev ortamında tedavi edilebileceği düşüncesinden hareketle, hastane koşulları gerekmeyen hastaların, evde tedavi edilmesi şeklinde gelişmiştir. Bu yöntemle hastaların ev ortamında moral seviyesinin daha yüksek tutulması ve sağlık

¹⁸ S.B, 2003: Genelge

¹⁹ ÖZLÜ, a.g.e., s.49.

²⁰ ÖZLÜ, a.g.e., s.49.

harcamalarının azaltılması amaçlanmıştır²¹. Ülkemizde yürütülen, geriatri hizmetleri (yaşlı bakım) ve tüberküloz hastalarına yönelik doğrudan gözetimli tedavi hizmetleri bu hizmetlere örnek gösterilebilir.

2.SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık düzeyini yükseltme amacına yönelik olarak planlanır, uygulanır, izlenir, değerlendirilir ve yeniden planlanır. Genel amaca yönelik olarak hedefler ise sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını, ulaşılabilirliğini, hakkaniyetini, etkililiğini, verimliliğini yükseltmek şeklinde özetlenebilir²².

Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Hizmet sunumunda etkinliğin sağlanmasında öncelikle sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması ve bu bağlamda devletin yarı kamusal mal niteliği olan bu hizmetlere önem vermesi bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok ülkede sağlık hizmetlerinin gerek sunumunda gerek finansmanında özel sektör yer almakla birlikte, sağlığın dışsal faydasının yüksek olmasının getirdiği bir sonuç olarak kamu sektörünün ağırlıklı olduğu bir yapılanma söz konusudur²³.

Herhangi bir piyasada, çıkarları birbirinden farklılaşan ve hatta çelişen bireylerin kendi kişisel faydalarını maksimize etmeleri temeline oturan “rekabet” normal şartlarda piyasaların işleyişinin temelini oluşturmaktadır. Aslında rekabet tüketiciler için seçenekleri artırır ve maliyetlerini minimize ederek kar amaçlı faaliyetlerinde ekonomik etkinlik sağlamaları yönünden görünmez bir el olarak üreticileri yönlendirir. Sonuç en azından piyasanın denge durumunda, sosyal refahın maksimizasyonu ile örtüşmektedir²⁴. Ancak sağlık hizmetleri sektörünün işleyişinde normal piyasalardan oldukça farklı bir şekilde sağlık sektörünün kendine has kurallarının etkili olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri piyasalarının nitelik

²¹ ÖZLÜ, a.g.e., s.50.

²² ÖZSARI, H., “Sağlıkta Yeniden Yapılanma”, <<http://www.saglikpaneli.com/>>. (15.10.2009).

²³ ALTAY, A., “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı: 64, Ocak-Mart, s. 33-57., 2007.

²⁴ WEISBROD, B. A., “Competition in Health Care: A Cautionary View” *Institute for Research on Poverty Discussion Paper*, DP-678-81, University of Wisconsin, s.1, 1991’den aktaran S. KURTULMUŞ, *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998, s.44.

bakımından rekabet piyasalarına göre farklılaşması kimi zaman kaçınılmaz olarak nitelendirilebileceği gibi, sağlık hizmetleri veren kurumların uyguladığı politikaların doğal bir sonucu olarak da ortaya çıkmaktadır²⁵.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık personelinin amacı, hastalıkların önlenmesi, mevcut sağlık düzeyinin korunup geliştirilmesi iken, ekonomistlerin amacı, mevcut kaynakların en iyi şekilde kullanılması ve toplumsal faydanın maksimize edilmesidir²⁶.

Genel olarak kamu mal ve hizmetleri, müşterek nitelikteki ihtiyaçların karşılanmasına yöneliktir. Başka bir deyişle, toplumun müşterek nitelikteki ihtiyaçlarının karşılanması bakımından, devletin yapmak durumunda bulunduğu mal ve hizmetler, kamu hizmeti olarak nitelendirilmektedir. Belirli mallar ve hizmetler, devlet tarafından üretilmezlerse, başka türlü üretilmeyecek niteliktedirler. Bu mal ve hizmetlere tam kamusal mal ve hizmetler ismi verilmektedir. Ancak, günümüzde devletin artan fonksiyonlarına bağlı olarak kamusal mal ve hizmet kavramı, yarı kamusal ve bazı özel mal ve hizmetleri de içine alacak biçimde kullanılmaktadır. Yarı kamusal mal ve hizmetler, nitelikleri itibarıyla piyasa tarafından üretilebilir. Ancak, bu malların toplum açısından taşıdığı önem, toplumsal faydası, en önemlisi de yeterince üretilmedikleri durumlarda ortaya çıkacak maliyetler, piyasanın yanında devletin de üretimde bulunmasına neden olmaktadır²⁷.

Sağlık hizmetlerinin yüksek maliyet içermesi, kullanıcıların, üretim ve tüketim sürecini aralıksız yaşaması, ayrıca, bireyler için en önemli olgu olan yaşam ve ölümlerle doğrudan ilişkili özellik taşıması sebebiyle, sağlık hizmetlerinin, herhangi bir mal veya hizmet grubundan ayrı tutularak değerlendirilmesi gerekmektedir²⁸. Bu özelliği nedeniyle sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu hizmetleri bir tüketicinin kullanımına sunarken, toplumun diğer bireyleri de bu hizmetlerden faydalanmaktadır. Sunulan sağlık hizmeti bireye

²⁵ KURTULMUŞ, a.g.e. , s. 44.

²⁶ AKIN, C.S., “Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, 2007, s. 6.

²⁷ KARAARSLAN, E., **Kamu Harcamaları ve Kamusal Mal ve Hizmetler**, < <http://www.erkankaraarslan.org/bolum/makale/dosya/25.pdf>>. (11.11.2009).

²⁸ YILDIRIM, H. H., “Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler.”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:5, S.1,Kış, s.121- 127, 2000.

özel fayda sağlamakla kalmayıp topluma da sosyal bir fayda sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinden elde edilen bireysel fayda pazarlanabilir nitelikte olmasına karşın, bu hizmetlerin sağladığı sosyal fayda pazarlanamaz niteliktedir²⁹. Nitekim hizmetin niteliği gereği toplumun tamamına sunulması gereken ve bedelini ödeyememe durumunda, bu hizmetten dışlamanın mümkün olmadığı durumlar söz konusudur. Koruyucu sağlık hizmetleri bu açıdan değerlendirildiğinde tam kamusal mallar içinde yer alırlar.

Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli ölçüde pozitif dışsal etkiler söz konusu olduğundan bu hizmetlerin tamamının fiyatlandırılıp pazarlanması mümkün değildir. Bu hizmetler, toplumun tamamına sunulmadığı durumlarda amacına ulaşamaz. Örneğin, bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik tedbirlerin alınmaması, bireysel olduğu kadar toplumsal tehlikeler meydana getirebileceği gibi, aşılama ile ucuz maliyetle bertaraf edilebilecek olan sorun, hastalığın ortaya çıkması ile hem sağlık hem iş gücü kaybı açısından daha büyük sorunlara yol açacaktır. Tedavi aşamasındaki maliyetin korumadan daha yüksek olduğu göz önüne alınırsa bu durum ekonomik anlamda da büyük bir yük getirecektir. Bu tür hizmetlerde devlet üretici olmak ve ödeme gücü olmayanlara da bu hizmetleri sunmak zorundadır.

Ayrıca sağlık hizmetleri bazı özellikleri nedeniyle merit (değerlendirilmiş) mallar olarak da adlandırılmaktadırlar. Genellikle malı tüketen kişiye sağladığı doğrudan faydanın yanı sıra kişinin içinde yaşadığı topluma pozitif dışsallık sağladığı düşünülen bazı mallar değerli mallar olarak kabul edilmektedir. Değerli malların tüketimi kişinin tüketme isteği veya ödeme gücü dikkate alınmadan teşvik edilmekte ve bazen zorunlu kılınmaktadır. Her kişinin tüketme hakkına sahip olduğu düşünülen değerli mallar, ya devlet tarafından sübvansede edilmekte veya doğrudan devlet tarafından sağlanmakta, gerekirse tüketim yasal düzenlemelerle zorunlu hale getirilmektedir³⁰.

İnsanlar devlet çatısı altında ve ortak değerlere sahip olarak bir arada yaşamak zorunda olduklarından onların beden ve ruh sağlığı içinde bulunmalarının

²⁹ NADAROĞLU, H., **Kamu Maliyesi Teorisi**, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 1996, s. 36.

³⁰ AKTAN, C. C. , **Müdahaleci Devletten Sınırlı Devlete**, Yeni Türkiye Yayınları, Ankara, 1999, s. 177.

kendilerinden çok ait oldukları toplum yönünden bir değeri ve önemi vardır. Bilimsel ve teknik gelişmelerin ortaya çıkardığı ve sürekli artarak yoğunluk kazanan birtakım sorunlar (genel olarak çevre sorunları, sanayileşme ve şehirleşme hareketi ve bunların ürünü olan pek çok sorun) sağlık hizmetlerine de yeni bir nitelik ve boyut getirmiştir. Bütün bu sebeplerle bu hizmetlerin ulusal ve uluslar arası çerçevede ve bir bütünlük içersinde ortak tedbirlerle ele alınması ve yürütülmesi gerekli hale gelmiştir. Bu derece önemli olan hizmetlerin tamamıyla piyasasının kaderine terk edilmesi düşünülemez³¹.

Sağlık hizmetlerinin piyasa kaderine terk edilemeyişi ve tamamıyla özel sektör tarafından verilemeyişi, sağlık piyasalarının diğer hizmet piyasalarına göre çok farklı özellikler sergilemesi önemli bir rol oynamaktadır.

Sağlık piyasalarının özelliklerini şöyle sıralayabiliriz:

-Sağlık piyasalarında arz ve talep arasında eşitsizlik vardır. Sağlık piyasalarında tüketiciler satın alacakları mal ve hizmetlerin miktarlar ve kalitesini tayin edemezler. Sağlık hizmetleri, diğer mal ve hizmetlerin aksine standart değildir. Yani aynı konuda verilen sağlık hizmeti başta insani yönü olmak üzere doktorun, sağlık kurumlarının, teşhis ve tedavide kullanılan teknolojinin kalitesi ve niteliği gibi çeşitli faktörlerin etkisi ile oldukça önemli farklılıklar gösterebilir. Şenatalar'a göre, sağlık hizmetlerinin bu özelliği "asimetrik enformasyon" kavramı ile ilişkilidir. Hekim-hasta ilişkisinde tarafların sağlık sorunu ve giderilmesi hakkındaki bilgi düzeyleri arasında çok büyük bir fark vardır. Hasta başka hizmetlerde pek görülmeyen ölçüde kendi gereksinimlerinin ve talebinin belirlenmesini hekime bırakmakta, hekim bir yandan hizmet sunan kişi rolünü, öte yandan hastanın ajanı rolünü oynamaktadır. Bu ilişkide hekim, hizmeti arz eden taraf olmakla birlikte, aynı zamanda talep yaratabilme ve talebi yönlendirme açısından büyük bir güce sahiptir. Bu güç sayesinde sunulan hizmetin kapsamını gereğinden fazla genişletmek ve harcama düzeyini yukarı doğru itmek olanağı vardır³². Dolayısı ile şeffaf bir sağlık piyasasının varlığından söz etmek mümkün değildir.

³¹ DEVRİM, F., **Kamu Maliyesine Giriş**, Anadolu Matbaacılık, İzmir, 1998, s. 49-51.

³²ŞENATALAR, B., Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış, **Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 25 (4), 2003 Özel Eki, s.22-24, 2003.

-Sağlık piyasasında arz miktarı sınırlıdır. Bu nedenle sağlık hizmetlerini arz edenler kendi aralarında tekeller oluşturabilir. Ekonomik getirisi olmayan yerlerde serbest sağlık kuruluşları hizmet vermeyi tercih etmemekte ya da sınırlı hizmet vermektedir. Bu durum özellikle az nüfuslu kırsal kesimde daha çok ortaya çıkmaktadır. Tekel etkisi, mevcut sağlık kuruluşlarının veya sağlık personelinin azlığı nedeniyle ortaya çıkabildiği gibi hizmet arz eden kurum ya da fertlerin muhtemel dayanışmaları sonucu da ortaya çıkabilmektedir³³.

- Sağlık hizmeti ihtiyacının ne zaman, hangi şartlarda ortaya çıkacağı, nasıl seyredeceği ve tedavisinin ne olacağından önceden belirlenmesi mümkün değildir. Bu nedenle sağlık piyasasını diğer piyasalardan ayıran en önemli özelliklerinden birisi belirsizliktir³⁴.

-Sağlık sağlık hizmetinin başka bir tür sağlık hizmeti ile ikame edilebilmesi mümkün değildir³⁵. Pahalıya mal olacağı için kanser tedavisi yerine daha ucuz başka bir tedavi uygulanamaz.

-Sağlık hizmetleri sunumu yüksek maliyet gerektirir. Emek yoğun işletmeler olmasının yanında yüksek sermaye gerektirirler. Tıbbi teknoloji yüksek maliyetlidir. Ayrıca sağlık sektörü çok fazla meslek profesyonelinin olduğu bir hizmet alanıdır. Sağlık çalışanları açısından maliyet ikinci planda olup, öncelikli amaç tedaviyi sağlamak olmalıdır. Bu anlamda sektörün tamamıyla mali kara dönük olarak çalışması mümkün değildir. Sağlık kurumları yöneticisinin temel amacı ise örgütsel performansın sağlanması yani kalite ve verimlilik hedeflerinin gerçekleştirilmesidir. Bu hizmetler özel sektör tarafından verildiği durumlarda bile kurum yöneticisi mali karlılığı düşük ya da negatif olan hizmetleri verme hususunda tamamıyla serbest değildir. İşlevler sağlık hizmetlerinde birbirine bağımlıdır, diğer birçok sektörle ve birimler arası işbirliği gereklidir³⁶.

Sağlık hizmetleri arasında “bölünemeyen” ve çok geniş bir kitleyi ilgilendiren bazı ihtiyaçlar vardır ki, karlı olmadığı için piyasa tarafından üretilmezler³⁷. Sağlık hizmetinin küçük bir bölümü “bölünemeyen hizmet” niteliğindedir. Örneğin sağlığa

³³ KURTULMUŞ, a.g.e., s.46.

³⁴ KURTULMUŞ, a.g.e. , s.59.

³⁵ KURTULMUŞ, a.g.e. , s.51.

³⁶ KURTULMUŞ, a.g.e. , s.52.

³⁷ ALTAY, a.g.m., s.38.

zararlı boyutta bir çevre kirliliğinin önlenmesi amacıyla atılan adımların yararı kişilere bireysel olarak sunulamaz, böyle bir olanak yoktur. Böyle bir hizmetin yararını fiyat karşılığında sunmak ve fiyat ödemeyenleri dışlamak olanaksızdır. Bu tür hizmetleri piyasa mekanizmasının üretmesi olanak dışıdır. Dolayısıyla “bölünemeyen hizmet” niteliğindeki sağlık hizmetleri devletçe üretilmek zorunda olduğundan, bu hizmetlerin maliyetlerinin kamusal finansmanla karşılanması zorunludur³⁸.

3.SAĞLIK POLİTİKALARI

Sağlık, en genel anlamı ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ‘sadece hasta olmamak değil fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali’ olarak tanımlanmıştır. Sağlık kavramının nasıl tanımlandığı, sağlık politikasının ve sağlık planlamasının sınırlarını çizmek açısından önemlidir. Sağlık sadece hasta olmama olarak tanımlandığı zaman sağlık politikası ve planlaması da doğal olarak sadece sağlık hizmetleri ya da tıbbi hizmetler ile sınırlanmaktadır. Oysa DSÖ’ nün tanımı gibi bir tanım, sağlık planlamasının ve politikasının boyutlarını sosyo-ekonomik tüm faktörleri de içerecek şekilde genişletmektedir³⁹.

Sağlık politikası; bir ülkedeki, sağlık sektörünü benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak olarak tanımlanabilir. Sağlık sektörünü yapılandırmanın araçları ise; finansman, örgütlenme ve insan gücüdür. Bu araçları biçimlendirme yöntem ve seçeneklerine alt ya da ikincil sağlık politikaları denilebilir⁴⁰.

DSÖ’ne göre sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlamalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir fiyatta ve sosyal kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülke sağlık sistemini plânlarken bu faktörleri göz önünde tutarak sağlık politikasını kendisi geliştirmelidir⁴¹.

³⁸ ŞENATALAR, a.g.m., s.26.

³⁹TATAR, M. , “Sağlık Politikası ve Planlaması”, s.14, <www.belgeler.com/blg/29qs/saglik-politikasi-ve-planlamasi>. (24.03.2011).

⁴⁰AKDUR, R., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması”, <http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=ab_turkiye_kiyaslama.pdf>. (05.11.2009)

⁴¹ AYDIN, S. vd. , **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004, s.12.

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında uygulanan farklı sistemlerin, hizmetlerin kalitesinde belirleyici bir rolü bulunmaktadır. Vergilerle finanse edilen bir sistem, herkesi kapsayan ulusal sağlık sistemleri, kısmi devlet desteğindeki sosyal sigortalar veya tamamen özel sigortalar sistemi gibi farklı sistemler olmakla birlikte, her sistemin kendine göre avantaj ve dezavantajları vardır. Sağlık sistemlerinde ekonominin genel kuralları ile birlikte, adalet, kapsam, maliyetler, kalite ve kaliteli hizmetin yaygınlığı, etkinlik gibi birbirleri ile çelişen farklı unsurların tamamı göz önüne alınmak zorunda olduğundan, bir ülkede hangi sağlık sisteminin uygulanacağı sadece ekonomik değil, siyasi ve sosyal boyutu da olan bir konudur⁴².

Ekili sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması için bazı ön şartların gerektiği ifade edilmektedir⁴³. Bu ön şartlar Tablo 1.1’de özetlenmektedir.

Tablo 1 1 Etkili ve Uygulanabilir Sağlık Politikası İçin Ön Şartlar

| ÖN ŞART | GEREKÇE |
|---------------------------|---|
| Görünürlük | Bir sağlık probleminin ele alınabilmesi için problemin doğası ve büyüklüğü görünür olmalıdır. Bu, hem verilerin etkili analizi hem de politika belirleyicilerinin problemi etkili sunumunu gerektirir. |
| Kapasite | Sağlık alanında çalışanların sağlık problemlerinin görünür olmasında anahtar rolü oynaması söz konusudur. Bu alanda çalışanların hem analiz hem de uygulamada uygun becerilere sahip olması gereklidir. |
| Sahiplik | Sağlık problemlerini bir ya da daha çok grubun sahiplenmesi durumunda ele alınma olasılığı daha yüksektir. Bu konuda karışıklık olması, problemlerin göz ardı edilmesine neden olabilir. |
| Sektörler arası işbirliği | Birçok sağlık problemi, sektörler arası işbirliğini gerektirir. Bu işbirliğinin geleneksel olarak gelişmediği durumlarda etkili sağlık politikalarını geliştirmek mümkün değildir. |
| Etkili devlet | Devletin sağlık politikalarında çok önemli rolü söz konusudur. Bu hem kanunların yapılması hem de uygulanması ile ilgilidir. Bu sürecin zayıf olması politikanın başarılı olmasını engelleyebilir. |

Kaynak:TATAR, M. , “Sağlık Politikası ve Planlaması”, s.16, <www.belgeler.com/blg/29qs/saglik-politikasi-ve-planlamasi>. (24.03.2011).

⁴² KURTULMUŞ, a.g.e, s.89.

⁴³ TATAR, M., a. g. m, s.15.

Planlama, örgütlenme, personel istihdamı, finansman, koordinasyon, yönlendirme ve denetleme genelde yönetimin, özelde sağlık yönetiminin başlıca öğeleridir. Bunlardan planlama, yönlendirme, koordinasyon ve denetim gibi öğeler yönetim bilim ve becerileri ile ilgili öğeler olup, her türlü sağlık hizmeti yapılanma biçimlerinde, değişmeyen ilkelere sahiptir. Örneğin; sağlık hizmetlerinin kamu kuruluşları ya da özel kuruluşlar aracılığı ile sunulması yönetim biliminin (planlama, yönlendirme, denetleme vb) ilkelerini değiştirmez, değiştirmemelidir. Buna karşılık, seçilen/benimsenen, sağlık politikası hizmetlerin yapılanmasını ya da maddi yapısını; yani örgütlenme, personel istihdamı ve finansman biçimlerini etkiler ve belirler. Buradan hareketle, bu üç öğeye sağlık politikasını uygulama araçları da denilebilir⁴⁴.

3.1.Sağlık Politikasını Uygulama Araçları

3.1.1.Örgütlenme

Bir sektörün, amaçlarını gerçekleştirme doğrultusunda, o sektörü oluşturan tüm öğelerinin karşılıklı ilişkilerini ve her bir öğeye düşen yetki, sorumluluk ve görevlerin açık bir biçimde belirlenmesi ve düzenlenmesi olayına örgütlenme denir⁴⁵.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme evrimi incelendiğinde aslında çok büyük bir çeşitliliğin olduğu görülmektedir. Hizmetlerin türü ve gelişimi bireylerin talepleri, kurumsallaşma, kültür, ekonomik özellikler gibi pek çok etken tarafından belirlenmekte ve toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi için standart bir model oluşturmak mümkün olamamaktadır⁴⁶.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, temel olarak, kamu ve özel olmak üzere, iki örgütlenme biçimi vardır. Bir ülkede, bu örgütlenme biçimlerinden birisi tek başına ve saf olarak uygulanabildiği gibi, ikisi birlikte ve karmaşık olarak da kullanılabilir. Birinci seçenek olarak tanımlanan sağlık politikasını benimseyen ülkelerde hizmet ağırlıklı olarak kamu örgüt ve birimleri aracılığı ile sunulur. İkinci seçenek olarak tanımlanan sağlık politikasını benimseyen ülkelerde ise örgütlenme

⁴⁴ AKDUR, a.g. m, s.9.

⁴⁵ AKDUR, a.g. m, s.9.

⁴⁶SUR, H., “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”, s.2. <<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>>. (17.10.2009).

ve hizmet sunumunda ağırlık özel girişimden yanadır⁴⁷. Örneğin, sosyal refah kavramının geçerli olduğu Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve finansmanı, devletin kontrolünde, sigortacılık temelinde gelişirken, ABD’de büyük ölçüde piyasa kurallarına uygun olarak gelişmiştir⁴⁸.

3.1.2. Personel Yetiştirme ve İstihdamı

Sağlık insan gücünün planlanması, yetiştirilmesi ve özlük haklarının düzenlenmesine kadar uzanan birçok konu ve çalışmayı kapsar. Personele olan ihtiyacın tahmini ve tespiti, personelin bulunması veya yetiştirilmesi, işe alınması, yerinde kullanılması, eğitilmesi, kendilerinden en iyi biçimde yararlanması ve istihdam edilen personelin gereksinimlerinin karşılanması sağlık hizmetlerinde başarının ön koşuludur. Bir örgütün amaçlarına ulaşması için, insan faktörünün oldukça önemli olduğu göz önüne alınırsa, istihdam edilen bu insan gücüne, iyi bir mesleki eğitim, iyi çalışma ortamı ve özlük hakkı temin edilmemesi ise sağlık hizmetlerinde verimliliği düşüren en önemli faktör olmaktadır⁴⁹.

Kamusal sağlık politikasını benimseyen ülkelerde sağlık insan gücünün planlanması, yetiştirilmesi ve istihdamı kamu örgüt ve birimleri aracılığı ile yapılır. Özel sektör aracılığı ile görülen sağlık hizmetlerinde ise personel yetiştirme ve istihdamında ağırlık özel girişime bırakılmış olup, sayı, nitelik ve ücretlendirme gibi personel yönetimi öğeleri piyasa koşullarınca belirlenir⁵⁰.

3.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Finansman

Sağlık politikalarının başarı ile uygulanabilmesi, sağlık sisteminde rasyonel kaynak kullanımı ile yakından ilgilidir. Dünya ülkelerinin genelinde, sağlık politikası üreten kişiler için asıl önemli konu; tüm ülke insanların ihtiyaç duydukları anda ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ulaşmalarının nasıl garanti edileceğidir. Kaynakların sınırlı olması ve sağlık harcamalarının sürekli olarak artış eğilimi göstermesi nedeniyle, ülkelerin sağlık alanında karşılaştığı sorunların başında sağlık hizmetlerinin finansman problemi gelmektedir. Dolayısıyla, başta talebin finansmanı

⁴⁷ AKDUR, a.g.m, s.9.

⁴⁸ SUR, a.g.m. s.2.

⁴⁹ AKDUR, a.g.m. s.9.

⁵⁰ AKDUR, a.g.m. s.9.

olmak üzere; sağlık hizmetleri finansman sorununu, hakkaniyet ve dayanışma ilkeleri doğrultusunda çözmüş olan ülkeler sağlık alanındaki diğer meselelerini çözmeye konusunda önemli bir avantaja sahiptirler⁵¹.

Sağlık sektörü ile ilgili makro düzeyde finansman, sağlık sektöründe sunulan tüm sağlık hizmetleri ile ilgili harcamaların hangi kaynaklardan (kamu veya özel) ve nasıl karşılanacağına, bu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına yeterli düzeyde, miktarda, zamanında ve etkili bir biçimde yönlendirilmelerine ilişkin ilke ve esasları içeren bir kavramdır. Mikro düzeyde finansman ise, her düzeydeki sağlık işletmelerinde, sağlık hizmetlerinin üretimi ve pazarlaması için ihtiyaç duyulan fonların sağlanması, bu fonların yatırımlara yönlendirilmesi ve oluşan gelir veya karların dağıtımı ile ilgili bir dizi karar ve işlemi içeren bir fonksiyondur. İster makro, ister mikro düzeyde olsun sağlık sektörünün finansmanı nedeniyle sağlanan kaynakların, hakkaniyet ölçüleri ile tüm ülke düzeyinde eşit biçimde, etkili, verimli, ekonomik nitelikte sağlık hizmeti üretecek ve ülkemiz sağlık göstergelerini çağdaş ülkeler düzeyine yükseltecek bir biçimde kullanılması da sağlık sektörü finansmanının temel amacı olması gerekir⁵².

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sağlık sistemleri eşit erişim, maliyet-etkili, çok yönlü ve asgari kaliteye dayanan, sürdürülebilir finansman ve kaynak tahsis mekanizmalarına sahip olmalıdır⁵³. Sağlık finansmanı konusunda en iyi olduğu iddia edilebilecek tek bir yaklaşım yoktur. Ülkeler ihtiyaçlarına, tarihi, mali ve demografik bağlamlarına, sosyal öncelik ve tercihlerine göre, yeni gelir toplaması, havuzda biriktirme ve satın alma gibi uygulamaların yalnızca birini kullanabildikleri gibi karma bir sistem de geliştirebilmektedir. Bu açıdan finansman konusundaki düzenlemeler, finansal olarak mümkün olan bir usul içersinde, sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için kaynakların yeniden dağıtılmasını desteklemeli, ihtiyaç duyulan hizmetlerin kullanılmasının önündeki finansal engeller azaltılmalı ve hizmet kullanımı finansal riske karşı korunmalıdır. Ayrıca finansal düzenlemeler, sağlık

⁵¹ YILDIRIM, H. H. “Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Hizmetleri Finansmanı Açısından Bir Sorgulama”, s.1., <www.saglikyonetimi.org>. (04.05.2011).

⁵²DPT, “Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu”, DPT: 2561, ÖİK: 577, Ankara, 2001, s. 117.

⁵³ SAĞLIK BAKANLIĞI, **21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek**, S.B. Yayın No:711, Ankara, 2007, s.154.

hizmeti sunumunun etkili organizasyonu için teşvik sağlamalı, performansları ve toplumun ihtiyaçları temelinde, tedarikçilerle kaynak tahsisini bir araya getirmeli ve tahsisatın güvenilirliğini ve şeffaflığını teşvik etmelidir⁵⁴.

Dünya genelinde sağlık hizmetlerinin finansmanında genel olarak uygulanan dört yöntem vardır:

3.1.3.1.Kamu Genel Bütçesi Kaynaklı Finansman

Bu yöntemde, sağlık hizmetlerinde kullanılacak para genel vergiler yoluyla toplanır ve sağlık hizmetlerinin tüm giderleri kamu bütçesinden karşılanır. Sağlık hizmeti alanlar ile üretenler arasında doğrudan para ilişkisi yoktur⁵⁵.

Vergilerle finansmanın en temel özelliklerinden biri, tüm nüfusu kapsam altına almasıdır. 1938 yılında vergilerle finansman sistemini başlatan Yeni Zelanda “herkes için ücretsiz hizmet” politikasını benimsemiştir. 1948 yılında kurulan İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi “tüm nüfusa, yaygın ve ücretsiz hizmet sunumu” ilkesiyle yola çıkmıştır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edildiği gelişmiş ülkelerin hemen hepsi tüm nüfusa, oldukça kapsamlı bir biçimde sağlık hizmeti sunmaktadır. Vergilerle finansman yoluyla tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak her şeyden önce politik bir tercihtir. Vergilerle finansmanın verimlilik açısından en önemli avantajı, bu yöntemin emek piyasasını ve dolayısıyla ekonomiyi ve uluslararası rekabeti olumsuz yönde etkilememesidir⁵⁶. Ancak sağlık hizmetlerinin finansmanının vergilerle sağlandığı bir sistemin toplumda genel kabul görebilmesi için vergi adaletinin sağlanmış olması ve hizmetin adaletli bir şekilde dağıtılması gerekmektedir.

Sağlık finansmanında kullanılan vergiler, Mossialos ve Dixon tarafından toplanma düzeyleri ve türleri açısından iki farklı kategoride sınıflandırılmıştır:

⁵⁴DSÖ, DSÖ Avrupa Sağlık Sistemleri Bakanlar Konferansı “Sağlık Sistemleri, Sağlık ve Refah”, Tallinn Şartı: Sağlık ve Refah İçin Sağlık Sistemleri, Estonya, 25-27 Haziran 2008, s.4. <<http://www.path.saglik.gov.tr/content/files/genel/talinncharter.doc>>. (20.11.2009)

⁵⁵ AKDUR, a.g.m., s.9.

⁵⁶YENİMAHALLELİ, G. Sağlık Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD. , Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2007, s.42-43.

Toplanma düzeyleri açısından vergiler ulusal ve yerel vergiler olarak iki şekilde ele alınmaktadır. Ulusal düzeyde alınan vergiler Arnavutluk, Yunanistan, Polonya, Portekiz, İspanya, İngiltere gibi birçok ülkede sağlık finansmanının temel kaynağıdır. Ulusal vergilendirme yoluyla kaynak sağlama, sağlık sektörü ve diğer kamu politikası alanlarına yapılan harcamalar konusunda bir tercih yapmayı gerektirmektedir. Vergileri ulusal olarak toplamanın avantajı, yönetimde ölçek ekonomisinden faydalanmaktır⁵⁷.

Yerel vergilendirme, vergilerin genellikle belirli bir coğrafi bölgeye göre belirlenmesidir. Bulgaristan, Danimarka, Finlandiya, Norveç, İsveç, İtalya gibi birçok ülkede sağlık finansman kaynağı olarak kullanılmaktadır. Yerel vergilendirmenin; daha şeffaf, sorumluluğu arttıran, yerel tercihlere yanıt veren ve sağlığa ayrılan kaynakları ulusal önceliklerle rekabet etmekten koruyan özelliklere sahip olduğu iddia edilmektedir. Ancak, bu düşünceye katılmayanlar, sağlık harcamalarının yerel bütçelerden sağlanmasının bir atalet durumu yaratabileceğini savunmaktadırlar. Çünkü yerel politikacılar risk değişimi konusuna pek duyarlı değildir. Ayrıca farklı bölgelerde farklı vergi oranlarının uygulanması durumunda yatay adaletsizlik de söz konusu olabilmektedir⁵⁸.

Türleri açısından vergiler genel amaçlı vergiler ve özel amaçlı vergiler olarak iki sınıfa ayrılmaktadır. Genel amaçlı vergiler çeşitli amaçlar için kullanılmak üzere toplanan vergilerdir. En önemli avantajları; geniş bir gelir tabanı oluşturması ve sağlık sektörü ile diğer kamu harcamaları arasında tercih yapmaya olanak sağlamasıdır. Özel amaçlı vergiler, sadece sağlık sektöründe kullanılmak üzere toplanan dolaysız ve dolaylı vergilerdir ve birçok ülkede uygulanmaktadır. Genel amaçlı vergilere göre birçok avantajı bulunmaktadır. Örneğin; daha görülebilir olduklarından vergi vermeye direnci azaltabilmektedirler ve vergilendirme ile harcama arasındaki gerçek ilişki sağlık hizmetleri finansmanını daha şeffaf ve yanıt verir bir hale getirmektedir. Bu vergiler politik müdahaleye daha az açıktırlar. Diğer yandan, sağlık sektörü için toplanan vergilerin diğer vergilerle birleştirilmesi durumunda, gelir ve harcama arasındaki ilişkiyi zayıflatarak halkın bu vergilere olan

⁵⁷ MOSSIALOS, E., DIXON, A, Funding Health Care: An Introduction, Mossialos, E. Et al (eds.), **Funding Health Care: Options for Europe**, s.15-16, Open University Press, Buckingham – Philadelphia, 2002'den aktaran N. KAYA, **Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi**, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, s.52.

⁵⁸MOSSIALOS, E., DIXON, A. , a.g.e., s.15.'den aktaran, KAYA, a.g.e., s.53.

güvenini azaltması mümkündür. Bunların dışında, sağlık hizmetlerini diğer kamu sektörü harcamalarından ayırmak, diğer sektörlerin de özel amaçlı vergiler talep etmelerine neden olabilmektedir⁵⁹.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanın en önemli uygulamaları Yeşil Kart ve yakın tarihe kadar uygulamada olan 2022 kartı sistemidir. Günümüzde de Genel Sağlık Sigortası kapsamında her hangi bir sosyal güvencesi olmayan 18 yaşına kadar olan çocukların sağlık hizmetlerinin finansmanı, devlet tarafından bu yolla karşılanmaktadır.

3.1.3.2.Zorunlu Sosyal Sigorta Kaynaklı Finansman

Bu yöntemde, kamu tarafından kurulan sigorta örgütlerine, bireyler prim olarak adlandırılan belli bir ön ödemede bulunularak bir sigorta fonu oluşturulur. Ödemeler genellikle aylık olur. Daha sonra, kişilerin sağlık harcamaları bu fondan karşılanır⁶⁰.

3.1.3.3.Özel Sigorta veya Kapalı Ağ Sistemi

Bu yöntemde, kişiler herhangi bir özel sigorta şirketi ile sözleşme yaparlar ve belli bir ödeme takvimine uygun olarak ön ödemede bulunurlar. Sağlık hizmetine gereksinim duyduklarında şirketle imzaladığı teminat paketinde bulunan hizmetlerin giderleri bu sigorta tarafından karşılanır. Kapalı ağ sisteminin özel sigortacılıktan tek farkı, şirketin bizzat kendisinin sağlık hizmeti üretmesidir. Ön ödemede bulunan kişilere doğrudan şirketçe hizmet verilir. Teminat paketinde bulunan ancak şirketin üretmediği türden hizmetler var ise, bu tür hizmetler diğer sağlık kuruluşlardan satın alınır. Özel sigortacılığın bu türünde hizmet üreten ile alan arasında doğrudan para ilişkisi vardır⁶¹.

Teoride özel sağlık sigortasının en büyük avantajı, gelir düzeyi görece olarak daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmelerine izin vererek, kısıtlı olan kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için harcanmasına imkân verebilmesidir. Ayrıca özel sağlık sigortalarının sağlık yatırımları için ek kaynak yaratması, yenilikleri ve verimliliği destekleyerek

⁵⁹ MOSSIALOS, E., DIXON, A., a.g.e. s.15.’den aktaran, KAYA, a.g. e. , s.53.

⁶⁰ AKDUR, a.g. m., s. 10.

⁶¹ AKDUR, a.g.m., s.10.

kamu sektörü reformunu körüklemesi ve tüketicilerin tercihini arttırması da söz konusudur⁶².

3.1.3.4.Hizmet Sırasında Bedel (Ücret) Ödeme

Hizmet sırasında bedel ödeme bir diğer ifade ile cepten ödemeler, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımını için doğrudan ödeme yaptıkları tüm harcamalar olup, hastalık riski için herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır. Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve enformel ödeme olarak üç başlık altında incelenmektedir. Doğrudan ödemeler; sosyal güvence kapsamı dışında kalan bütün hizmetler için yapılan ödemelerdir. Kullanıcı katkıları; güvence kapsamında kalan hizmetlerin kullanımını sırasında yapılan ödemelerdir. Enformel ödemeler ise; sosyal güvence kapsamı içinde olan hizmetler için yapılan ve biçimsel olmayan ödemelerdir⁶³.

⁶² MAYNARD, A. vd. , “Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience, Mossialos, E. Et al., (eds.), **Funding Health Care: Options for Europe**, s.111, Open University Press, Buckingham – Philadelphia, 2002’den aktaran YENİMAHALLELİ, a.g.e., s.23.

⁶³ ⁶³ MOSSIALOS, E., DIXON, A., , a.g.e., s.15.’den aktaran , KAYA, a.g.e., s.16.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ VE 1923-1980 YILLARI ARASINDA İZLENEN SAĞLIK POLİTİKALARI

1.TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

Ülkemizde sağlık hizmetleri, genel olarak kamunun temel hizmet alanı içinde ve toplumun tümünü kapsayacak şekilde yürütülmeye çalışılmakla birlikte, koruyucu sağlık hizmetlerinin dışında kalan tedaviye yönelik hizmetler piyasa ekonomisi tarafından da üretilmektedir.

Türkiye’nin sağlık sistemi 1982 Anayasa’sının 56. maddesi doğrultusunda kamusal, yarı kamusal, özel ve gönüllü örgütlerden oluşan bir yapıya sahiptir. Bu maddeye göre⁶⁴, herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yasama hakkına sahiptir. Ayrıca devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla görevli olup, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimdeki kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Diğer taraftan, Anayasa’ya göre sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurabilir.

Türkiye’de sağlık politikalarının oluşturulması parçalı bir yapı içerisinde gerçekleştirilmektedir. Sağlık Bakanlığı ağırlıklı olmakla birlikte, sağlık sektöründe hizmet sunan ve finansman sağlayan çok sayıda kurum bulunmaktadır. Türk sağlık sisteminin genel görünümü Tablo 2. 1.’de verilmiştir.

⁶⁴ R.G., **1982 Anayasası**, Kanun Numarası: 2709, Kabul Tarihi: 18.10.1982, Resmi Gazete Tarihi: 09.11.1982, Resmi Gazete Sayısı: 17863 Mükerrer, md.56.

Tablo 2 1 Türkiye'de Sağlık Sisteminde Yer Alan Örgütler

| KURUMUN OYNADIĞI ROL | KURUM |
|--|--|
| Politika Oluşturulması | <ul style="list-style-type: none"> • Türkiye Büyük Millet Meclisi • Devlet Planlama Teşkilatı • Sağlık Bakanlığı • Yüksek Öğretim Kurumu • Anayasa Mahkemesi |
| İdari Yetki | <ul style="list-style-type: none"> • Sağlık Bakanlığı • İl Sağlık Müdürlükleri |
| Sağlık Hizmetleri Sunumu: Kamu | <ul style="list-style-type: none"> • Sağlık Bakanlığı • Sosyal Sigortalar Kurumu • Üniversite Hastaneleri • Savunma Bakanlığı • Diğerleri |
| Sağlık Hizmetleri Sunumu: Özel | <ul style="list-style-type: none"> • Özel Hastaneler • Özel Hekimler • Poliklinikler ve Tanı Merkezleri • Laboratuvar ve Tanı Merkezleri • Eczacılar • Diğerleri |
| Sağlık Hizmetleri Sunumu: Hayır Örgütleri, İnsani Yardım Kuruluşları | <ul style="list-style-type: none"> • Kızılay • Vakıflar |
| Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı | <ul style="list-style-type: none"> • Maliye Bakanlığı • SSK • Bağ-kur • Emekli Sandığı • Özel Sağlık Sigortası Şirketleri • Cepten Harcamalar • Uluslararası Kurumlar |

Kaynak: SAVAŞ, S. vd., **Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci**, Kılıçaslan Matbaacılık, Ankara, 2002, s.20.

Hakkaniyetli, etkin ve yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunmak için planlama, koordinasyon, finansman ve sağlık kurumları geliştirme sorumluluğu Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı ve Meclis Komisyonları arasında paylaştırılmıştır.

Tek kanun yapma yetkisine sahip organ TBMM'dir. Tüm hükümet politikalarında olduğu gibi, sağlık hizmetleri alanında da kanun yapıcı ve yürütmeyi sağlayıcı organ olan TBMM, Başbakanlığa bağlı Devlet Planlama Teşkilatı'nca hazırlanıp önerilen kalkınma planlarını onaylamak ile sorumludur⁶⁵.

DPT'nin, kendine özgü iki ayrı planlama görevi vardır. Bunlardan biri 5 yıllık planların hazırlanması safhasındaki stratejik planlama rolüdür. İkinci rolü ise

⁶⁵ SAVAŞ vd., a.g.e., s.21.

yatırımları denetlemek ve planlamaktır. YÖK, tüm üniversite hastanelerinden sorumlu olmasına rağmen sağlık politikalarının oluşumunda DPT ve Sağlık Bakanlığı'na danışmanlık yapmaktan öte bir fonksiyon görmemektedir. Her üniversite hastanesi otonom bir kurum olarak, hiçbir merkezi planlama organizasyonunun otoritesine tabi olmadan çalışır. Bağımsız hastaneler stratejik hedeflerin belirlendiği, kısa dönem ölçütlerin oluşturulduğu, uygulamaların izlendiği ve bu ölçütlerle ilgili düzeltmelerin yapıldığı planlama süreçlerinde yer almazlar. Anayasa Mahkemesi ise yapılan yasaların ve düzenlemelerin Anayasa ile uyumlu olmasını sağlar⁶⁶.

Ülkemizde sağlık hizmeti üreten kurum ve kuruluşlara baktığımız zaman Sağlık Bakanlığı dışındakilerin daha çok tedavi hizmetleri alanında ya da belirli hizmet gruplarına yönelik hizmet ürettiğini görürüz. Tabloda gösterilen SSK'nın sağlık kurumları, "Sağlık Reformu" çerçevesinde, TBMM'de 06.01.2005 tarihinde kabul edilen ve 19 Ocak 2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun" ile Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Böylece SSK'nın sağlık hizmeti sunumu sona ermiş ve sadece sağlık sisteminin finansmanını sağlayan kurumlarından biri olmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat ve görevleri, en son olarak 1983 yılında kabul edilen 181 Sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ve 03.06.2007 tarih 5683 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile düzenlenmiştir. Buna göre Sağlık Bakanlığı'nın görevleri şunlardır:

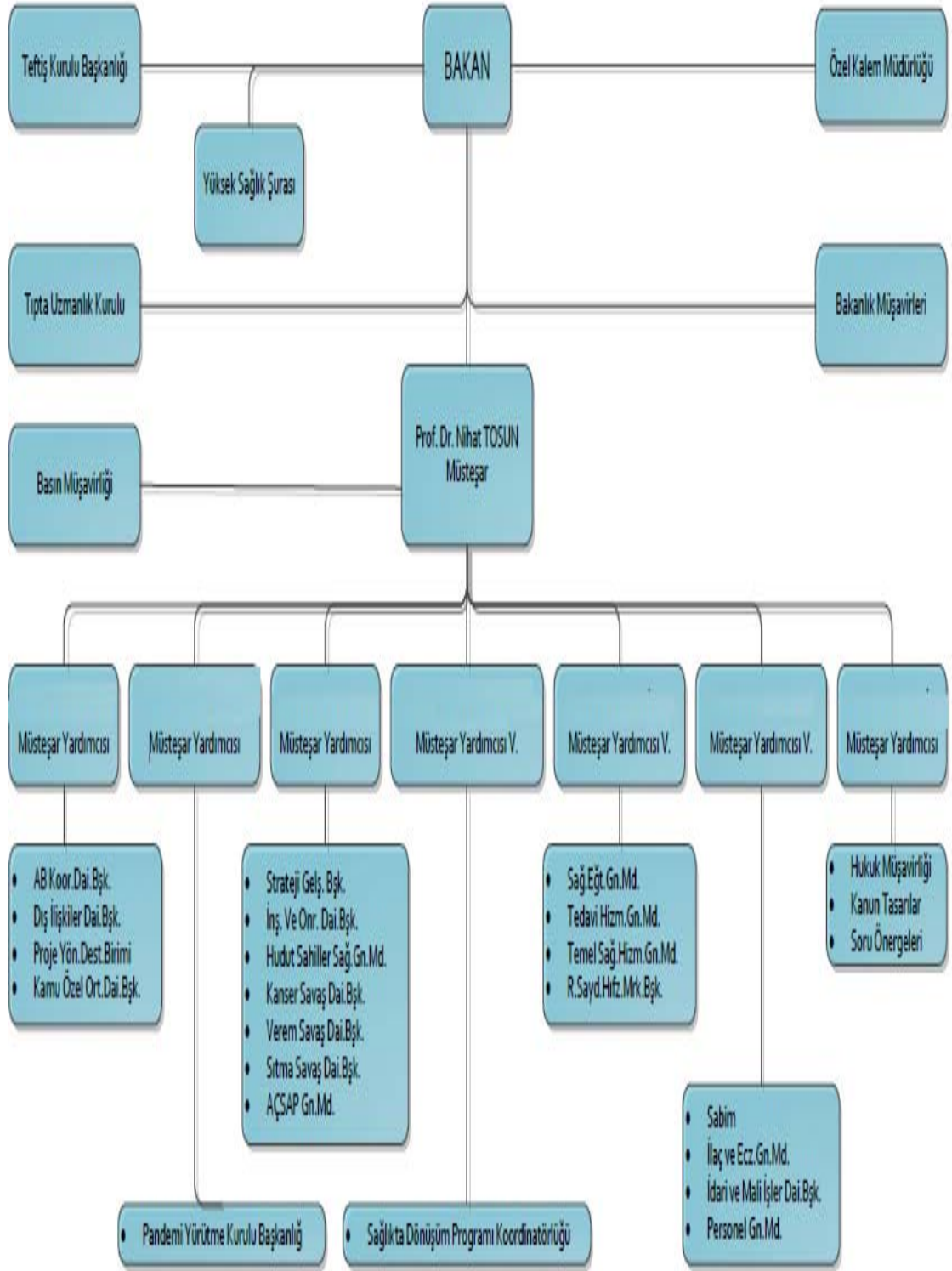
- a) Herkesin hayatını bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,
- b) Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,
- c) Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,

⁶⁶ SAVAŞ vd., a.g.e., s.21.

- 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 Bakanlığı'na 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,
- i) 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.

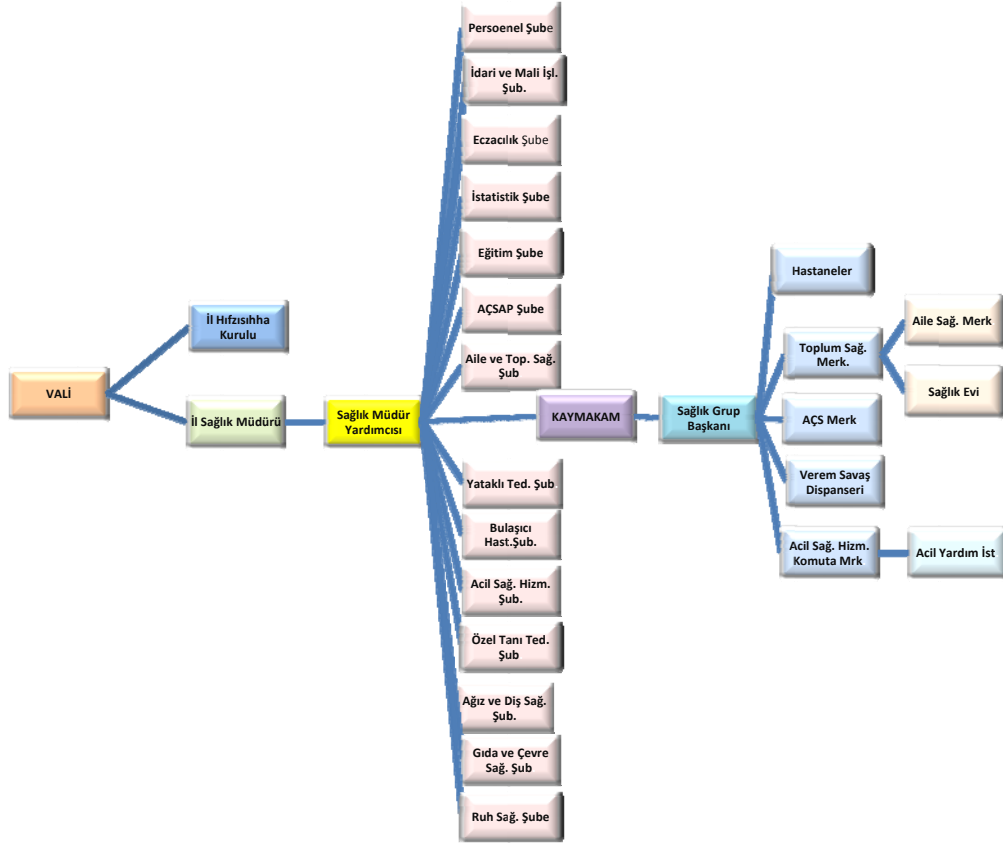
Sağlık Bakanlığı belirtilen sorumluluklarını yerine getirmek üzere ülke çapında yaygın bir örgütlenme gerçekleştirmiştir. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ve taşra teşkilatı örgütlenmesi (bkz. Şekil 2. 1. ve 2. 2.) ve ifade edilen sunum modeli (bkz. Şekil 2. 3.) aşağıda sunulmuştur.

Şekil 2 1 Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı



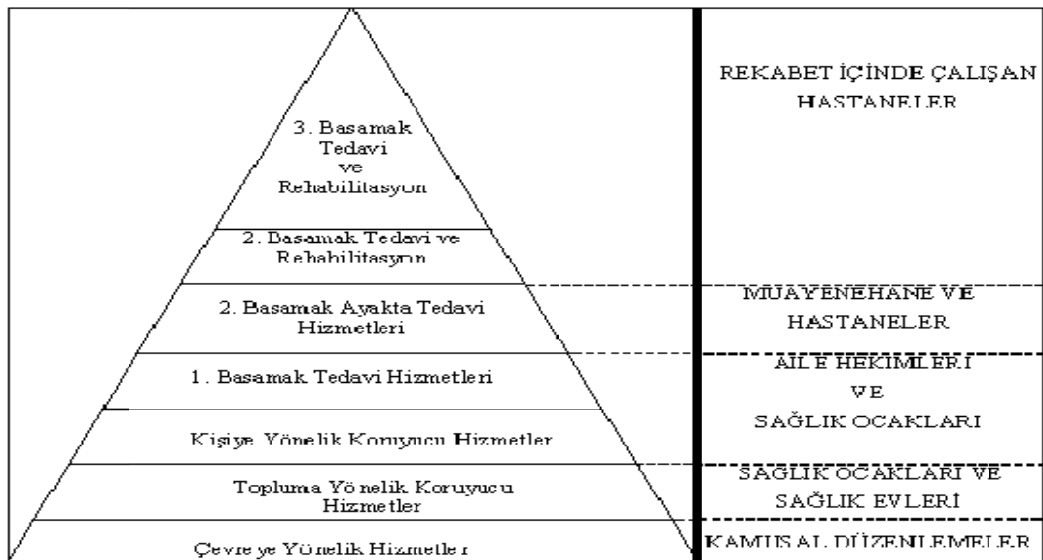
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, < <http://www.saglik.gov.tr/> > (E.T.02.08.2009).

Şekil 2 2 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Görev Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı <<http://www.saglik.gov.tr/>>. (02.08.2009).

Şekil 2 3 Sağlık Hizmetleri Sunum Modeli



Kaynak: TATAR, a. g. e., s. 134.

1.2. Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergenin 5. maddesine göre Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde esas alınacak temel ilkeler şunlardır⁶⁷:

a) Nüfusa göre örgütlenme: Türkiye’de sağlık hizmetlerinin en temel ilkesi, nüfusa göre örgütlenmedir. Her sağlık biriminin hizmet götürmekle yükümlü olduğu coğrafi bir bölge belirlenir. Köy, ilçe, il ve Büyükşehirlerde kurulan sağlık ocaklarının hizmet götürmekle yükümlü olacakları nüfus, hizmeti sunmanın güçlüğü ya da kolaylığı dikkate alınarak farklılık gösterir.

b) Entegre sağlık hizmeti: Bütün sağlık hizmet ve programlarının birlikte ve bir arada yürütülmesidir. Sağlık ocaklarında, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri bir arada yürütülür. Ayrıca, sıtma, frengi, lepra, trahom ve verem gibi farklı hastalıklarla mücadele ya da ana sağlığı, çocuk sağlığı gibi farklı nüfus gruplarına götürülmekte olan her türlü sağlık hizmeti sağlık ocaklarında verilir (dar bölgede çok yönlü hizmet-yatay örgütlenme). Böylece, hizmeti alacak olan kişiler, alacakları hizmete göre farklı kuruluşlara değil, hangi nedenle olursa olsun, her türlü sağlık hizmeti için önce sağlık ocaklarına başvururlar.

c) Ekip hizmeti: Ekip, bilgileri, becerileri, yetkileri ve sorumlulukları yönünden birbirlerini tamamlayarak, aynı amaç için bir arada çalışan farklı meslek üyelerinden oluşur. Sağlık hizmeti ekibi içindeki hiçbir meslek üyesi diğerinden daha önemli ya da daha az önemli değildir. Ancak, ekibin çalışmaları ekip başkanı tarafından yönetilir.

d) Sürekli hizmet: Topluma, yaşadığı ve çalıştığı yerde kesintisiz hizmet sunulmasıdır. Sağlık hizmetlerinin doğuştan kazanılmış bir temel insanlık hakkı olduğu kuralından hareketle, ülke sınırları içinde yaşayan bütün yurttaşlara, her yerde ve her zaman verilmesi ilkesi benimsenmiştir. Sağlık hizmetleri, nerede yaşarlarsa yaşasınlar, kişilerin kolayca ulaşabilecekleri kadar yakınlarında ve ihtiyaç duydukları her zaman erişebilecekleri biçimde örgütlenmiştir.

e) Kademeli hizmet: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşları arasındaki hizmet bölüşümü ve hasta sevk zincirini ifade eder. Hizmet alacak kişilerin önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaları, sağlık personelinin uygun görmesi durumunda ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk esastır.

⁶⁷ Sağlık Bakanlığı, “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge”, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tarih: 20.12.2001, Sayı: 8597.

f) Katılımlı hizmet: Halkın, sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması süreçlerine katılmasıdır. Halkın sağlık hizmetlerine katılımı, özellikle “sağlık ocağı sağlık kurulları” aracılığı ile sağlanır. Böylece, sağlık hizmetleri hizmeti alan kişilerce benimsenecek ve hizmetten yararlanma artacaktır. Bunun yanı sıra, halkın sağlık hizmetine para ya da mal bağışlayarak ya da hizmete insan gücü desteği vererek katkıda bulunmaları da özendirilmiş olacaktır.

g) Kalite yaklaşımı: Hizmetlerde işlem, ürün ve mekân kalitesini yükseltmeyi benimseyen yaklaşımdır. Bu yaklaşımla hizmet sunanların, alanların ve toplumun hoşnutluğunun sağlanması amaçlanır.

h) Risk yaklaşımı: Toplumdaki herkese yeterli hizmet götürülemediği durumlarda, sağlıklı olanların bu durumlarını olumsuzlaştırmamak koşuluyla, sağlığı tehlike altında bulunanların hizmetlerden göreceli olarak daha fazla yararlanmaları esastır. Böylece, herkes yeteri kadar, fakat sağlığı tehlike altında olanlar daha fazla hizmet almış olacaklardır.

1.3. Türkiye’de Sağlık Politikalarının Gelişimi

Yirminci yüzyıla girildiğinde Osmanlı Devleti’nde sağlıkla ilgili bir bakanlık örgütlenmesi yoktu ve sağlık işleri “Dâhiliye Nazırlığı”na bağlı “Sıhhiye Umum Müdürlüğü” adında genel müdürlük tarafından yürütülüyordu. Ekonomik sorunlar nedeniyle devlet sağlık hizmetlerine yeterince ödenek ayıramadığından bilimsel gelişmelerin sağlık alanına getirdiği yeniliklerden de yararlanılamıyordu⁶⁸. Cumhuriyet öncesi sağlık alanında, savaş durumlarında acil sağlık hizmetlerine yönelik birkaç yasa dışında, ciddi bir düzenleme yapılmamıştı⁶⁹.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin, birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınması Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti’nin kuruluşunun ardından olmuştur. Savaş yıllarında Ankara’da kurulan T.B.M.M. Hükümeti, 2 Mayıs 1920 tarihinde, 3 Sayılı Kanun ile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti’ni kurarak, tüm ülkedeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevini bu Bakanlığa vermiş ve ilk

⁶⁸ METİNTAŞ, M.Y. vd., “Cumhuriyetin İlk On Beş Yılında Sağlık Hizmetleri”, **Osmangazi Tıp Dergisi**, S. 29(3), s.161-164, 2007.

⁶⁹ SAVAŞ vd. , a.g.e., s.13.

Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar olmuştur. Böylece sağlık hizmetleri, ayrı bir bakanlıkça yürütülen asli devlet görevlerinden birisi olma niteliğine kavuşmuştur⁷⁰.

Türkiye’de Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar uygulanan sağlık politikaları genel olarak ülkedeki siyasi tercihlerden ve ekonomi politikalarından doğrudan etkilenmiş ve bunların doğrultusunda şekillenmiştir. Bu nedenle Türk sağlık politikaları, birbirinden belirgin farklılıklar gösteren özellikleri göz önüne alınarak;

1. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

2. 1946-1960 Yılları Arasındaki Sağlık Politikaları

3. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

4. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

5. 2002-2011 Yılları Arası Sağlık Politikaları adı altında beş dönem halinde gruplandırılabilir.

1.3.1. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin ilanından sonraki ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam 1937 yılına kadar süren bakanlığı süresince Türkiye sağlık sisteminin kurulmasına öncülük etmiş ve hizmetlerin organizasyonuna önemli katkılarda bulunmuştur⁷¹.

Bakanlık 1925 yılında çözümlenmesi zorunlu sağlık sorunlarını şöyle saptamıştır⁷²:

1. Devlet sağlık örgütünü genişletmek
2. Sağlam insanı korumak
3. Koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermek
4. Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek
5. Numune hastaneleri ile doğum ve bakım evleri açmak
6. Sıtma, Verem, Trahom, Frengi ve Kuduz gibi önemli hastalıklarla savaş
7. Sağlıkla ilgili yasaları yapmak
8. Sağlık örgütünü köylere kadar götürmek

⁷⁰ ASLAN, Y., **TBMM Hükümeti Kuruluşu, Evreleri, Yetki ve Sorumluluğu (23 Nisan 1920 – 30 Ekim 1923)**, Yeni Türkiye Yayınları, Ankara, 2001, s. 62.

⁷¹ KARABULUT, U. , “Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937)”, **Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi (ÇTTAD)**, S. VI/15, s.151-153, 2007/Güz.

⁷² KARABULUT, U. , a.g.m., s.151-153.

9. Hıfzıssıhha Okulu ve Hıfzıssıhha Enstitüleri kurmak.

Bakanlık sorunların tespitinin ardından kendi döneminde yapacakları ile ilgili olarak bir program açıklamıştır. Bu programda öne çıkan unsurlar; devletin sağlık örgütünü genişletmek, doktor ve sağlık personeli sayısını arttırmak, salgın hastalıklarla mücadele etmek, sağlık ve sosyal yardım yasaları yapmak ve örgütlenmeyi köye kadar götürmek, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesini kurmak ve Hıfzıssıhha Okulunu açmak, ulusal tıp kongreleri düzenlemek olarak belirlemiştir. Yapılacak çalışmalar içinse o zamanki ismiyle Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, SSYB) bütçesi 4.860.205 lira olarak kabul edilmiştir. Genel bütçenin 184.000.000 lira olduğu bu yıl, SSYB'nin genel bütçedeki payı %2,64 olmuştur⁷³.

Osmanlı Devleti döneminde sağlık mevzuatıyla ilgili ciddi bir çalışma olmadığı için 1923 – 1938 yılları arasında “Sağlık Mevzuatı” çalışmaları önemli bir yer tutmaktadır. Bu dönemde, sağlık sisteminin kuruluş ve örgütlenmesi amacıyla Bakanlık tarafından 50 yasa ve 18 tüzük hazırlanmış ve yürürlüğe konulmuştur⁷⁴.

1928 yılında, “Tebabet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun” adı ile çıkarılan ve halen yürürlükte olan “1219 sayılı, Sağlık Mesleklerinin Nasıl Yürütüleceğine Dair Kanun” ve 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Yasası, o dönemin uluslararası alanda en ileri sağlık yasaları arasındaydı⁷⁵.

Bu dönemdeki sağlık politikasının en iyi göstergelerinden biri 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun, yasa gerekçesi metninde yer almıştır. Konuyla ilgili gerekçe metninde şöyle denilmektedir⁷⁶:

Aslında ekte sunduğumuz tasarıya benzer genel koruyucu sağlık yasaları pek az devlette vardır. Onlarda tamamen başka gerçeklerden kaynaklanarak düzenlenmiş olduğu anlaşılmaktadır. Öteki birçok devlette sağlık yasaları zaman zaman ve gereksinimler doğrultusunda hazırlanmıştır. Ancak son zamanlarda bütün sağlık konularını bir arada toplayan genel yasalar daha yararlı olduğu kabul edilmektedir.

⁷³ KARABULUT, a.g.m., s.153.

⁷⁴ EREN, N. vd., **Cumhuriyet ve Sağlık**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 1998, s. 10.

⁷⁵ METİNTAŞ vd. , a.g. m. s.166.

⁷⁶ AYDIN, E. , “ Türkiye Cumhuriyetinin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri”, **Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi**, S.31-3, s.187-190, 2002.

Bundan dolayı sağlık düzenlemeleri henüz yapılmamış olan yeni devletlerde kendi örgütlerine göre genel nitelikteki yasalar çoğalmaya başlamıştır. Bizde de bu konuda yapılan araştırmalar sonucunda önemli bütün sağlık konularını kapsayan genel nitelikteki yasanın düzenlenmesi daha yararlı olacağı öngörülmüştür⁷⁷.

Bu yasada Devlet, halkın sağlık sorunlarına çözüm bulmayı etik bir yükümlülük olarak benimsemekte; bu konudaki görev ve sorumluluğu kabullenmektedir. Yasa, sağlığı bir insan hakkı olarak ele almakta ve devleti bu hakkın sağlanmasından sorumlu tutmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde söz konusu yasanın çağının çok önünde kavramlara atıf yaptığı ve dünya genelinde yıllar sonra kabul görecektir pek çok uygulamanın temellerinin daha o dönemlerde Türkiye’de kabul gördüğü ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini farkına varıldığı görülmektedir. Nitekim dünyada sağlık hakkı ile ilgili kavramın kabul görebilmesi 1948 yılında yayımlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirisi ile olmuştur.⁷⁷.

Bu dönemde, koruyucu hekimlik hizmetlerinin örgütlenmesinde, hizmetlerin tümünü birden ele almaya yetecek personel ve maddi kaynakların olmaması nedeniyle, sağlık sorunlarının çözümü için geniş bölgelerde hizmet eden özel örgütler kurulması yöntemi seçilmiş ve sıtma, trahom, frengiyle savaş için ayrı örgütler kurulmuştur. Bunların dışındaki bulaşıcı hastalıklar ile genel sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi de hükümet tabipliklerine verilmiştir⁷⁸.

Bazı salgın ve bulaşıcı hastalıklara karşı geliştirilen "dikey örgütlenme" modeline karşılık Cumhuriyet yönetimi bugünkü "yatay örgütlenme" modelinin de temellerini atmıştır. Hükümet tabipliğinin yalnızca hekim ihtiyacını karşılamak ama bir sağlık hizmet ünitesini oluşturmak gibi bir amacının olmaması nedeniyle bu ihtiyacı karşılamak için taşra ve kırsal kesimde küçük hizmet ünitelerinin kurulması amaçlanmıştır. Hükümet tabiplerinin zaten koruyucu sağlık hizmetleriyle de görevli olması nedeniyle, planlanan bu hizmet ünitelerinde, ilk başta, tedavi edici hizmetlerin sunumu planlanmıştır. Bu amaçla 1924 yılında, dispanser olarak da bildiğimiz "Muayene ve Tedavi Evi" adı altında, taşrada ayaktan tedavi edici hizmet veren

⁷⁷ ERDEM, A., "Atatürk'ün Sağlık Kavram ve Anlayışı", **Ankara Tıp Mecmuası**, 1995, S. 48, s. 49. <<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/36/858/10886.pdf>>. (.04.04.2010).

⁷⁸ FİŞEK, a.g. m. s.6.

hizmet ünitelerinin açılmasına karar verilmiştir. Kurulmasına karar verilen muayene ve tedavi evlerinin sayısı 150 olmuştur⁷⁹.

Bakanlık, her il merkezinde kurulmuş bulunan mevcut devlet hastanelerinin sağlık koşulları ve yönetim yönünden düzeltilmesi için yol göstermiştir. Konuyla ilgili olarak, bütçesine koyduğu yardım ödeneklerinden mali durumları kötü olanlara yardım etmiş ve illere rehber olmak üzere ilk olarak 1924'de Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas Numune Hastanelerini ve bunlardan ayrı 1936'da Haydarpaşa, 1946'da Trabzon ve 1970'de Adana Numune Hastanelerini açmıştır⁸⁰.

Muayene ve tedavi evlerinin sayıları artırılmaya çalışılırken 1930'dan itibaren yeni bir dönem başlamıştır. 1930'da hizmete açılan Etimesgut Numune Dispanseri ötekilerden farklı olarak, hem koruyucu ve hem de tedavi edici hizmetleri birlikte yürütecek şekilde organize edilmiştir. Ülkemizde taşra ve kırsal kesim sağlık teşkilatlanmasında hizmet birimi olarak yer alacak olan bu tür ünitelerden ilki olan Etimesgut'taki söz konusu hizmet ünitesi, 1937'den itibaren Sağlık Merkezi adını almıştır. Böylece ülkemizde "Sağlık Merkezleri" dönemi başlarken, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun aracılığıyla 1961'den sonra sağlık merkezleri "Sağlık Ocakları" adını almışlardır⁸¹.

Savaş koşullarının etkisinin hala sürdüğü Cumhuriyet'in kuruluş döneminde, sağlık hizmetleri alanındaki en önemli sorun yetişmiş insan gücü eksikliği olmuştur. Savaş koşullarının hala etkisinin sürdüğü, ekonomik yetersizliğin hat safhada olduğu bu dönemde, artan bulaşıcı hastalıklarla savaş Bakanlığın öncelikli konusu olmuş, bir taraftan da personel istihdam sorununu çözmek üzere politikalar geliştirilmiştir⁸².

Personel sorununun çözümüne yönelik olarak, ebe, hemşire ve sağlık memuru yetiştiren okullar açılmış, tıp öğrencileri için giderleri devletçe karşılanan yatılı yurt yapılmıştır. Böylece 1923 yılında, 554 olan hekim sayısı 1940 yılında 1500'e, ebe

⁷⁹ **Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası Vekaletin 10 Yıllık Mesaisi**, SİMV Ankara, , s. 47-71, 1933'den aktaran AYDIN vd. , a.g.m., s.190.

⁸⁰ SAĞLIK BAKANLIĞI, **80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003)**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004, s.6.

⁸¹ AYDIN, E. , "Türkiye'de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, S. 12, s. 22, 1997.

⁸² ÖZTÜRK, M. , "Cumhuriyet Döneminde Sağlık, **SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, Sayı:6/1, s. 38, Isparta, 1999.

sayısı 136'dan 600'e çıkmış, 1923'te hiç hemşire yokken 1940 yılına kadar 400 hemşire yetiştirilmiştir⁸³.

Bu dönemde, personel politikalarıyla ilgili yapılan bir diğer düzenleme, koruyucu hizmetlerde çalışanlara daha yüksek ücret verilmesi ve bu hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmış olmasıdır. Ücret politikasının yanında belediye ve özel idarelerde çalışanlar dâhil tüm personelin atama ve yükselmelerinin bakanlıkça yapılması ve bütçelerinin bakanlıkça çıkartılan yönetmeliğe göre düzenlenmesi için yasal düzenleme yapılmıştır. Böylece kamu sektöründe çalışan tüm sağlık personelinin yönetiminin tek elde toplanması sağlanmıştır⁸⁴.

Refik Saydam Döneminde sağlık politikaları şu dört ilke ile belirlenmiştir⁸⁵:

1. Sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
2. Koruyucu hekimliğin merkezi yönetimin, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmet alanı olarak ayrışması,
3. Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, yatılı talebe yurtları açılması, mezunlarına mecburi hizmet konulması,
4. Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.

Bu ilkeler ışığında; sağlık hizmetleri, geniş bölge tek amaçlı hizmet/dikey örgütlenme modeli ile yürütülmüş ve 1923-1946 yılları arasında Türkiye'de sağlık politikası, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birbirinden ayrı olarak örgütlenmesi prensibine dayanmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın (SSYB) esas görevi koruyucu hekimlik olarak kabul edilmiş, özel idare ve belediyeler eliyle tedavi edici hizmetler yürütülmüştür. Öncelikli hedefler arasında bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele yer almış ve her hastalığa özgü sağlık kuruluşlarının hizmet vermesi prensibini taşıyan dikey örgütlenme modeli benimsenmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların önemli bir kısmı da bu alanda kullanılmıştır.

⁸³ ÖZTÜRK, a.g.e., s. 38.

⁸⁴ ÖZTÜRK, a.g.e., s. 38.

⁸⁵ AKDAĞ, R. , **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm 2008 İlerleme Raporu**, Sağlık Bakanlığı Yayın No:749, Ankara, 2009, s.13-14.

Koruyucu sağlık hizmeti veren sağlık personellerinin ücretleri yüksek tutularak bu alanda personel istihdamını artırması ve verimin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Hıfzı-sıhha Kanunu ile bu amaçlar yasal bir temele oturtularak modern halk sağlığı alanında önemli bir adım atılmıştır. Bu dönemdeki sağlık politikası Atatürk'ün modernleşme hareketleri çerçevesinde şekillenirken, sağlık hizmetleri yepyeni bir içeriğe kavuşmuş, Osmanlı İmparatorluğu'nun geleneksel sağlık anlayışı terk edilmiştir⁸⁶.

1.3.2.1946-1960 Yılları Arasındaki Sağlık Politikaları

Bu dönemde, ülkemizin Cumhuriyet Dönemi ilk sağlık planı olarak da adlandırılan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı" 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası'na onaylanmıştır. Bu plan Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946'da açıklanmıştır. Ancak yoğun bir çalışmayla hazırlanan bu plan kanunlaşmadan, Behçet Uz, Sağlık Bakanlığında ayrılmak zorunda kalmıştır. Yaklaşık bir buçuk yılda kanun tasarısı haline gelen Milli Sağlık Planı yeni Sağlık Bakanı olan Dr. Kemal Beyazıt tarafından kanunlaşmadan geri çekilmiştir.

Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı yasal metin haline getirilerek tümüyle uygulanamamış olsa da, içerdiği düşüncelerden büyük bir kısmı ülkemizin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir⁸⁷.

Milli Sağlık Planında ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılmış, her bölgeye (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan) bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personelinin sayısını artırılması düşünülmüştür. Bu planda, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Böylece, koruyucu ve iyileştirici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk ediliyor sağlık hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş oluyordu. Geçmişte yalnızca bazı büyük kentlerin

⁸⁶ AKDAĞ, a.g.e. , s. 14.

⁸⁷ AKDAĞ, a.g.e. , s. 14.

yararlandığı yataklı tedavi hizmetlerinden kırsal bölgelerinde yararlanması hedeflenmişti⁸⁸.

Behçet Uz'un bu dönemdeki Sağlık Bakanlığı'ndan ayrılmadan önceki en önemli gelişmelerden birisi de DSÖ'nün kurulması esnasındaki çalışmalarıdır. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet UZ' un girişimiyle 2 Ocak 1948 tarihinde Türkiye DSÖ'nün Kuruluş ve Anayasa oluşturma çalışmalarına fiilen katılmış ve 26 ülkenin onayı ile Dünya Sağlık Örgütü 7 Nisan 1948 tarihinde kurulmuştur. Türkiye DSÖ Anayasası'nı 9 Nisan 1949 tarih ve 5062 sayılı Kanunla Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde onaylayarak resmen üye olmuştur. Türkiye DSÖ Anayasası'nda yer alan "Bütün uluslar mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaştırılacaktır" ibaresinden hareketle 19 Ekim 1950 tarihinde imzalanan ve 6666 sayılı Kanunla onaylanan Teknik Yardım Anlaşması'nı imzalamış ve bu anlaşma ile ortaklaşa çeşitli sağlık projeleri yapılmıştır⁸⁹.

1950 yılı Türkiye'nin gelişimi açısından önemli bir kilometre taşı olmuştur. Batı tipi demokrasiye bu yıl geçilmiştir. Bu dönem, diğer kamu hizmetleri gibi ulusal sağlık politikalarının ve stratejilerinin kökten değiştiği bir dönem olmuştur. Sağlık Bakanlığı tedavi hizmetleri vermeyi üstlenmiştir. Belediye hastanelerinin hemen hepsi kamulaştırılmış ve Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. Yeni devlet hastaneleri kurulmuş, daha önce kırsal kesimde koruma ve iyileştirme hizmetlerinde görevli sağlık çalışanları kent hastanelerinde görevlendirilmiştir. Daha yüksek ücret ve özel muayene yapma izni verilmesi, çalışanlar açısından kentleri çekici hale getirmiş ve bu durum çoğunun koruyucu hizmetlerdeki görevlerini bırakıp hastanelere geçmesiyle sonuçlanmıştır. 1950'lerin sonunda, insan kaynağının dengesiz dağılımı Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin başlıca sorunu haline gelmiştir⁹⁰.

Dr. Behçet Uz'un 8 Aralık 1954 yılında yeniden Sağlık Bakanlığına gelmesinin ardından açıkladığı ve Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olan "Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler"

⁸⁸ FİŞEK, N. , **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No:2, Ankara, 1983, s. 12.

⁸⁹WHO, "Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İle İlişkileri", <<http://undp.un.org.tr/who/yayinlar/DSO1.html#3.3>>. (25.11.2009).

⁹⁰ÖZTEK, Z. , "Türkiye'de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi" <undp.un.org.tr/who/doc_pdf/saglik_pol.pdf>. (10.11.2009).

ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonunun temel yapı taşlarından olmuştur. Hem Milli Sağlık Planı hem de Milli Sağlık Programında, halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, ilaç, aşı gibi tıbbi malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak gibi hedefler bulunmaktaydı. Bu çerçevede 1947 yılında Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve bir aşı istasyonu hizmete açılmıştır⁹¹.

Yine bu dönemde genel sağlık sigortası kurulması için çalışmalar başlatılmıştır. Uzun çalışmalar sonunda bunun ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olmayacağına, ücret karşılığı çalışan işçiler için bir sağlık sigortası geliştirilebileceğine karar verilmiş, bu amaçla İşçi Sigorta Kurumuna işçilere sağlık sigortası hizmeti sunması görevi verilmiştir. Bu sigorta sisteminin kurulmasında Avrupa'daki sigorta örgütlerinin uygulamasından farklı olarak, sigorta kurumunun kendi sağlık örgütünü kurması esası kabul edilmiştir⁹².

Tüm bu uygulamalardan da anlaşılacağı üzere, Cumhuriyet'in başından beri genel politika ya da resmi görüş sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu ve görevi olması yönünde olmuştur. Buna karşılık, özel sağlık kuruluşlarının kurulması ve hizmet vermesine sıcak bakılmış, özel kurum ve kuruluşların kurulması ve gelişmesini engelleyen herhangi bir yapı bulunmadığı gibi bu kuruluşlar teşvik de edilmiştir. Bir bakıma esas motor ya da gücün kamunun elinde olduğu, karma ekonomi anlayışı sağlık sektörüne de yansımış, bir yandan sağlık hizmetlerine kamunun yatırımları devam ederken öte yandan özel sağlık kuruluşlarının gelişmesi için çaba harcanmıştır⁹³.

1.3.3.1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Türkiye'de 1960 İhtilal'i ile birlikte, dünyada hâkim olan refah devleti uygulamalarına paralel olarak hükümeti sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verme gereği duymuş ve bu doğrultuda hazırlanan 1961 Anayasası'nın 48. ve 49.

⁹¹ AKDAĞ, (2008) a.g.e, s.16.

⁹² FİŞEK, a.g.e, s.3

⁹³ AKDUR, a.g.m. s.14.

maddelerinde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri anayasal bir devlet görevi haline getirilmiştir⁹⁴. Anayasa'nın 48. maddesine göre; "Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak Devletin ödevlerindedir." 49. madde de ise "Devlet'in herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yasayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevli olduğu ve yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alacağı" belirtilmiştir.

1960 yılında, Silahlı Kuvvetlerin hükümeti devir almasının ardından, sektörler arası bir yapı olan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuştur. DPT'nin koordinasyonu ile sağlık da dâhil olmak üzere her sektör planlanan sosyal ve ekonomik hedeflere ulaşmak amacıyla yeniden düzenlenmiştir⁹⁵. Böylece ülkede DPT'nin başkanlığında yürütülen planlı dönem başlamıştır.

1961 Anayasa'sının 48. ve 49. 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. Bu amaca ulaşmak için, tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla, yeniden düzenlenmesi ve örgütlenmesi amacıyla, zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun⁹⁶ (224 Sayılı Kanun) 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri tarihimizde "Sosyalleştirme Dönemi" olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır⁹⁷.

⁹⁴ ÖZTEK, Z. , "Türkiye'de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi" <undp.un.org.tr/who/doc_pdf/saglik_pol.pdf>. (10.11.2009).

⁹⁵ ÖZTEK, Z. , "Türkiye'de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi" <undp.un.org.tr/who/doc_pdf/saglik_pol.pdf>. (10.11.2009).

⁹⁶ R.G., **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**, Kanun No: 224, Kabul Tarihi: 05.01.1961, Resmi Gazete Tarihi: 12.01.1961, Resmi Gazete Sayısı: 10705.

⁹⁷ AKYAY, N. , **Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar**, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü Yayını, No: 20, Ankara, 1982'den aktaran, AKDUR, a.g.m., s.5.

Kanunun 1. maddesinde: “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dâhilinde sosyalleştirilecektir.” denilerek gayesi açıklanmıştır.

Yasa’da karma finansman ilkesi benimsenmiştir. Söz konusu yasaya göre;

...Finansman, vatandaşların ödedikleri prim, kamu kurumlarının bütçeleri ve hastaların hizmeti kullanım anında yapacakları cepten ödemelerle sağlanacaktır. (Madde 2)... Sosyalleştirme kapsamında çalışmayan sağlık personeli mesleklerini serbest olarak icra edebilecektir. (Madde 4). Sosyalleştirilmiş bölgelerde, hastanın ücretini ödemek koşuluyla istenilen sağlık personelini ve kurumunu seçme hakkı vardır. (Madde 5)...Bağlı oldukları sağlık ocaklarına başvurular, bu kurumca sunulan her tür sağlık hizmetinden parasız yararlanacaktır (Madde 14)...

Sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başlamış ve yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışı ile sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Program bundan önceki hizmetin geliştirilme, iyileştirme ve yaygınlaştırma gayretlerinden farklı olarak ilk kez kaliteli hizmet sunumunu hedeflemiş ve dolayısıyla kaliteli hizmet sunumu ve kaliteli hizmet sunumu ile sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi kavram ve düşüncesini benimsemiştir⁹⁸.

Özellikle bu dönemde yayımlanan 154 sayılı yönerge ile her basamak sağlık hizmeti düzeyinde bilgi-veri yönetimi yaklaşımı benimsenmiş ve bu doğrultuda istatistikî çalışmalara ağırlık verilerek daha bilimsel hale getirilmeye çalışılmıştır. Söz konusu yönergede hizmet bütünlüğü, mali kaynakların verimli şekilde kullanılarak hizmet kalitesinin artırılması için il düzeyinde sağlık organizasyonlarının entegre edilmesi, ekip çalışması, hizmet içi eğitim, düzenli kayıt sistemi gibi günümüz kalite anlayışına benzer düzenlemeler yapılmıştır.

1965’te 554 sayılı Nüfus Planlaması hakkında Kanun çıkarılarak, “Pro-natalist” (nüfus artırıcı) politikadan “anti-natalist” (nüfus artış hızını sınırlayıcı)

⁹⁸GÜZEL, S. H. vd. , “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Programına Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı Yönünden Bir Yaklaşım”, **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toptan Kalite Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1995, s.59.

politikaya geçilmiştir. Yine bu dönemde “geniş bölgede tek yönlü hizmet” ilkesinin alternatifi olan “dar bölgede çok yönlü hizmet” anlayışına geçilmiştir. 1967 yılında genel sağlık sigortası için bir kanun tasarısı hazırlandıysa da bakanlar kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş yıllık Kalkınma Planı’nda genel sağlık sigortasının kurulması tekrar öngörülmüş, 1971’de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, TBMM’ne gönderilmiş fakat kabul edilmemiştir. 1974 yılında Meclise tekrar sunulan taslak görüşülmemiştir. 1978’de Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılarak kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklanmıştır. 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılarak tekrar muayenehane serbestliği getirilmiştir⁹⁹.

Bu dönem sağlık politikalarının özelliğine baktığımızda, diğer tüm dönemlerde olduğu gibi, dönemin siyasi tercihlerinin doğrultusunda şekillendiğini görürüz. Özellikle 1961 Anayasası’nın en önemli yeniliklerinden biri olan sosyal devlet ve sosyal adalet kavramı sağlıkta sosyalleşmenin de temelini oluşturmuştur. 27 Mayıs 1960 tarihinden sonra Planlı Kalkınma Dönemi’ne geçmiş olan ülkemizde, sağlık politikaları Beş Yıllık Kalkınma Planları ile belirlenmiştir.

1960’ların sonundan itibaren, ekonomide tercih edilen özelleştirme girişimlerine koşut olarak, sağlık alanında özel sektöre ağırlık verme gayretlerinde belirgin bir artış olmuş, hizmet sırasında ödeme sisteminin yaygınlaşması için ortam hazırlanmış, bunun getireceği etkilenme ve zorlama ile hizmetlerin yapılanmasında da özel sektörün ağırlık kazanması beklenmiştir. Ancak, bu alandaki, karlılığın düşük olması ve bunun bir sonucu olarak kapital birikimindeki yavaşlık, halkın sağlık talebi azlığı, ödeme güçlüğü gibi nedenlerle hızlı bir özelleşme olmamıştır. Hekimlerin tek tek çalıştığı muayenehanelerin sayısında belirgin artışlar olmasına karşın, temel karakteri değiştirecek olan, şirketleşmeler ve büyük hastaneler gelişmemiştir.

1970’li yıllarda dünyada egemen olmaya başlayan neo-liberal politikaların etkisi, Türkiye’de de hissedilmeye başlamış ve sosyal devlet anlayışından uzaklaşmaya başlanmıştır. Bu sorunlar nedeniyle, kanunun ülkemize uygun

⁹⁹ SAĞLIK BAKANLIĞI, *Nereden Nereye, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, No:713, 2007, s.15.

olmadığı ve uygulanamaz olduğu ileri sürülmüş, özellikle 1980’li yıllardan sonra sağlık politikalarında önemli bir dönüşüm sürecine girilmiştir.

1.3.4.1980 Sonrası Sağlık Politikaları

Yeni liberal yaklaşımın etkilerini artırarak refah devletinin yerini almaya başladığı, 1980’li yıllarla birlikte, kamu yönetimi paradigmasında önemli değişimler yaşanmaya başlamıştır. Bu dönemde küreselleşme süreci hız kazanmış ve yeni liberalizmin minimum devlet anlayışının da etkisiyle birlikte, ulus devletin görev ve yetkilerinde önemli değişiklikler gündeme gelmiştir¹⁰⁰. Kamu yönetiminde gerçekleşen bu değişimin, geleneksel kamu yönetiminden yeni kamu yönetimi paradigmasına dönüşümü ifade ettiği ileri sürülmektedir¹⁰¹.

Dünyada kamu yönetimi alanında başlayan bu dönüşüm süreci Türkiye’deki yönetim anlayışını, dolayısıyla sağlık politikalarını da önemli ölçüde etkilemiştir. Türkiye’nin bu tarihlerde içinde bulunduğu siyasi bunalım ve yönetime askeri darbe ile el konması da bu dönüşüm sürecini hızlandıran faktörlerden olmuştur.

1980’li yıllara gelinceye kadar Türkiye’de sağlık sektörü genel olarak kamusal ağırlıklı olarak biçimlenen ve 1961 Anayasası ile devletin sorumluluğunda bir alan olarak belirlenirken, 1980’den itibaren 12 Eylül Rejimi’nin ekonomik tercihleriyle uyum sağlayacak şekilde değişikliğe uğramış ve sağlık alanında köklü değişimler yapılmaya çalışılmıştır.

Pek çok literatürde “Sağlık Reformları Dönemi” olarak da aktarılan bu dönemde sağlık politikaları, ülkede genel olarak uygulanan kamu yönetimi politikalarındaki değişim dinamiklerinin yanı sıra, uluslararası örgütlerin sağlık hizmetleri alanındaki yönlendirmelerinden ve Avrupa Birliği’nin sağlık politikalarından etkilenecek şekilde şekillenmiştir.

Bu nedenlerle Türkiye’de 1980 yılları sonrası, sağlık politikalarında yeni bir dönemin başlangıcı olarak kabul edilir. Çalışmanın asıl konusunu oluşturan

¹⁰⁰ AKTEL, M., **Küreselleşme ve Türk Kamu Yönetimi**, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2003. s. 64.

¹⁰¹ COMMON, R. K. , “**Convergence and Transfer: A Review of the Globalisation of New Public Management**”, The International Journal of Public Management, C.11, s. 6, 1998’den aktaran SÖZEN, S. , **Teori ve Uygulamada Yeni Kamu Yönetimi**, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005, s. 37.

Türkiye’de 1980 yılı sonrası sağlık politikaları, bu dönemdeki değişimin nedenleri, yapılan değişiklikler ve sonuçları üçüncü bölümde incelenecektir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

1980 SONRASI TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARINDA YAŞANAN DÖNÜŞÜM SÜRECİ

Ülkemiz 1980’li yıllardan beri ekonomik ve kültürel ve sosyal alanlarda köklü bir değişim ve dönüşüm içerisinde. Bu yıllardan itibaren ülkemizde etkisini artıran küreselleşme ve hızla uygulamaya sokulan neo-liberal politikaların etkisiyle, devletin sosyal nitelikli hizmetlere ilişkin işlevlerinde önemli değişiklikler olmuştur. 1960’larda kabul gören, yönetim ve siyaset arasında etkin bir işbirliği olması gerektiğine inanan Türk kamu yönetimi anlayışı yerini, siyaset ve yönetimin ayrışması fikrine bırakmıştır. Bu dönemde yönetim olgusu sosyal ve siyasal ortamdaki soyutlanarak, teknik-mekanik bir olgu gibi gösterilmiştir. Bu yöneltte demokrasi, katılım, siyasal etkileşim, sosyal adalet, eşitlik, topluma karşı sorumluluk, kamu çıkarı gibi kavramlar da kullanılmaya başlandı ya da yeni bir içerikle yeniden tanımlanmaya başlanmıştır¹⁰².

24 Ocak 1980 Kararları ile neoliberal görüş, resmi ve yazılı devlet politikası haline gelmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde "Aktif Özelleştirme Dönemi" diyebileceğimiz döneme geçilmiş ve T.C. Anayasası bu yönde yeniden düzenlenmiştir. 1961 Anayasası’nda yer alan ve “sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren” maddeler 1982 Anayasası ile kaldırılarak onların yerine, “bu hizmetleri devletin gözeteyeceğini, düzenleyeceğini” ifade eden maddeler yerleştirilmiştir¹⁰³.

Türkiye’de 1980’den sonraki yılların temel özelliği, sağlık sektörünü, benimsenen bu yeni politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geçirilmiş olmasıdır. Bu amaçla, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmış, hükümetlerce, özde birbirinden farklı olmayan, çeşitli modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur¹⁰⁴. 1980 sonrasında iktidara gelen hükümetlerin tamamında, devletin sağlık hizmetleri sunumundan çekilmesi

¹⁰² SÖNMEZ Ü. vd. , “Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı: Halkın İhtiyaçlarına Yönelik Reform mu? Neoliberal Dönüşümün Kurumsallaşması mı?”, **Ankara Üniversitesi SBF GETA Tartışma Metinleri**, Özel Sayı:2, No.60, s.33, Kasım 2003.

¹⁰³ AKDUR, a.g.e., s.5.

¹⁰⁴ AKDUR, a.g.e., s.5.

sağlanmaya çalışılmış, özel sektörün, boşalan bu alana kanalize edilmesi için teşvikler verilmiş ve sağlık hizmetlerinin finansmanında primli sisteme dayalı Genel Sağlık Sigortası hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda, 1992-1996 dönemindeki “Sağlık Reformu Projesi” ile AKP Hükümeti’nin “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin içeriği ve amaçları aynıdır. Bu reform çalışmaları ile amaçlanan sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir biçimde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır¹⁰⁵.

Çalışmanın bu bölümünde, Türkiye’de 1980 sonrası sağlık politikalarında gözlenen dönüşüm ve bu dönüşüm sonucunda sağlık politikalarında bu gün gelinen durumun değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla çalışmada, 1980 yılından sonra sağlık alanında izlenen politikaları doğrudan etkileyen, devlet ve kamu yönetimi yapısındaki değişim süreci ve nedenlerine kısaca değinildikten sonra, Türkiye’de sağlık hizmetlerinde reform çalışmalarının gerekçeleri üzerinde durulmuş ve günümüze kadar uygulanan sağlık politikalarının dönemler şeklinde incelenmesi yöntemi benimsenmiştir. Dönemler iktisadi, sosyal ve siyasi özellikler de dikkate alınarak 1980-1988, 1989-2002 ve 2002 yılı sonrası olarak belirlenmiştir.

1. NEO-LİBERAL POLİTİKALAR VE KÜRESELLEŞMENİN, DEVLET YAPISI VE KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞINA ETKİLERİ

Kamu yönetiminde değişim arayışları, gerek ülkemizde gerekse dünyada sürekli gündemde olan bir konudur. Toplumsal ve ekonomik yaşamda köklü değişimlerin yaşandığı dönemlerde bu çabalar artmakta; daha durağan bir yapının baskın olduğu dönemlerde konu daha geri planda kalmaktadır. Ancak 1980’li yıllarda başlayan ve 1990’lı yıllarda ivme kazanan reform çabaları, kapsam ve ulaştığı boyut bakımından incelenmesi gereken özellikler taşımaktadır. Yeni bir yüzyılın, dahası yeni bir bin yılın başlangıcının, bilim ve teknoloji yanında ekonomik ve siyasal alanda yaşanan köklü değişimlerle örtüşmesi, bu dönemde yaşanan değişim çabalarına daha farklı bir boyut katmaktadır. 1980 sonrası yıllar, kamu

¹⁰⁵ AKDAĞ, 2004, a.g. e, s.24.

yönetimi reformu ve devletin rolü tartışmalarını da içerecek şekilde, değişim çabalarının hemen hemen tüm ülkelerde gündeme geldiği bir dönemdir.¹⁰⁶.

Dünya genelinde, 1929 yılında ortaya çıkan Büyük Bunalım'ın ardından, 1980'lere kadar, devletin müdahaleci bir yaklaşım benimseyerek ekonomik ve sosyal alana müdahalelerinin sürekli arttığı ve buna bağlı olarak refah devleti uygulamalarının gittikçe genişlediği görülmektedir¹⁰⁷.

1960'lı yıllarda refah devleti anlayışının hâkim olması nedeniyle, kamu yönetiminden beklenenlerin yerine getirilebilmesi için kamunun çok çeşitli konularda faaliyette bulunması kaçınılmaz olmuştur. Bu dönemde kamunun politika belirlemek, düzenleme yapmak, sübvans etmek, finansman sağlamak ya da doğrudan işletme sahibi olup üretimde bulunmak gibi, değişik yöntemlerle yürüttüğü faaliyetleri sıralandığında çok geniş bir yelpaze ortaya çıkmaktadır. Ancak zamanla bu tür harcamalar bütçe üzerinde büyük bir yük oluşturmaya başlamış ve bu harcamaların finansmanı bütçe kaynaklarından karşılanamaz olmuştur. Bu yük sonucu ortaya çıkan açıkların finansmanı nedeniyle de kamu borçları giderek büyümeye başlamıştır¹⁰⁸. Öte yandan, 1973 ve 1979 yıllarındaki petrol fiyatlarındaki artıştan kaynaklanan ekonomik bunalım ise devlet müdahalelerinin azaltılması ve devletin ekonomik ve sosyal alana daha az karışacak şekilde küçültülmesi taleplerini doğurmuştur¹⁰⁹.

Ekonomik bunalımlardan kurtuluş için, neo-liberalizmin öngördüğü politikalar, 1980 yılından itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir biçimde uygulanmaya başlamıştır. Bunun sonucu olarak devletler, refah devleti olma hedeflerinden vazgeçmişler ve kamusal hizmet veren uygulamalardan hızla uzaklaşmaya başlamışlardır. Bir taraftan da gelişmekte olan ülkelerde uygulanmaya çalışılan ithal ikameci politikalar, yerini ihracata dayalı dışa açık büyüme politikalarına bırakmış ve bu ülkelerdeki koruma duvarları kaldırılmıştır. Sonuç itibariyle, 1980'den itibaren; kalkınmanın ve gelişmenin artık piyasa ekonomisinin

¹⁰⁶ YILMAZ, O., **Kamu Yönetimi Reformu: Genel Eğilimler ve Ülke Deneyimleri**, DPT İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, ISBN 975-19-2684-X, Ankara, Şubat 2000, s.24.

¹⁰⁷ ERALP, A. , “Değişen Dünya, Avrupa ve Türkiye”, **Liberalizm, Devlet, Hegomanya**, Everest Yayınları, İstanbul, 2002, s.248.

¹⁰⁸ YILMAZ, a.g.e., s.3.

¹⁰⁹ ERALP, a.g.e., s.248.

devlet müdahalesinden arınarak kendi kendine dengeye gelecek yapısıyla sağlanabileceği yaklaşımı tüm dünyada ekonomik programların temelini oluşturmuştur¹¹⁰.

Bu gelişmelere paralel biçimde seyreden ve teorik temellerini ve uygulanma gerekçelerini klasik liberal ekonomi teorisine dayandıran küreselleşme olgusu da, kamu yönetiminde yeni arayışları desteklemiştir. Dünya genelinde ülkeler, küreselleşme, acımasız uluslararası rekabet, bilişim-iletişim-ulaşım teknolojilerindeki baş döndüren gelişmeler ve artan belirsizliğin dayanılmaz baskısıyla ekonomik, siyasal, toplumsal, kültürel ve yönetsel alanda köklü değişim ve dönüşümler gerçekleştirme yolunda önemli adımlar atmaya başlamıştır. Yeni yaklaşım, devletin toplumsal yaşamdaki rollerinin kısıtlanmasını, ekonomik müdahale alanlarının özelleştirilmesini, küresel sermayenin ulusal sınırlar içindeki alanının genişletilmesi ve etkinliğinin ulusal düzenlemelerle artırılmasını adeta gerekli kılmıştır¹¹¹.

Bu döneme damgasını vuran küreselleşmenin etkisiyle, toplumsal yaşamı her yönüyle kuşatan değişim dinamikleri, genel anlamda yönetim kuram ve uygulamalarını, daha özelden kamu yönetimlerini çok boyutlu olarak etki sahasına almıştır¹¹². Sonuç olarak bir yandan ekonomik krizlerin yaşandığı bir yandan da uluslar arası sermaye ve ürün piyasalarında rekabetin yoğunlaştığı 1980’li yıllar refah devletinin altın çağlarının bittiği yıllar olmuştur.

Küreselleşme süreciyle birlikte yönetim alanında ortaya çıkan en önemli değişimlerden birisi, kamu yönetiminin uymaya çalışmak ve uygulamak zorunda kaldığı uluslar üstü bir hukukun ve örgütlerin ortaya çıkması ve etkilerini artırması olmuştur¹¹³. Bu süreç finansal ve endüstriyel pazarların küreselleşmesi ile birlikte, uluslararası ve kıtalararası yatırım engellerinin büyük ölçüde ortadan kalkması nedeniyle gerçekleşmiştir. Çok uluslu şirketlerin sayısında ve çaplarında meydana

¹¹⁰MÜFTÜOĞLU, Ö. , “Kapitalizmde Dönüşüm Dinamikleri ve Sendikal Kriz”, **TMMOB Sanayi Kongresi 2001 Bildiriler Kitabı**, Yayın no. E/2001/291, s.265.

¹¹¹PIERRE, J. vd. , **Governance, Politics and State**, New York: St.Martin Pres., 2000’den aktaran .NOHUTCU, A. vd. , “Kamu Yönetiminin Yeni Perspektif ve Dinamizmi: Kamunun Yönetilmesinden Kamunun Yönetmesi Anlayışına Doğru”, **Kamu Yönetimine Çağdaş Yaklaşımlar**, Seçkin Yayınları, Ankara, 2003, s.13.

¹¹² PARLAK, B. , “Küreselleşme Sürecinde Modern Ulus-Devlet ve Kamu Yönetimi”, **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2003, s.367.

¹¹³ AYDIN, A. H. , **Türk Kamu Yönetimi Sisteminde Temel Sorunlar ve Çağdaş Yaklaşımlar**, Gazi Kitabevi, Ankara, 2004, s.76.

gelen büyüme, yabancı-yerli, kamu-özel kimliklerin birbirine karışmasına neden olmuş ve bu tür “devletsiz firmaların” vergilendirilmesi, denetimi ve tabi olacakları kuralların düzenlenmesi yetkisi vb. konular, ulusal devletleri ve kamu yönetimlerini büyük ölçüde zorlamaya başlamıştır¹¹⁴.

Küreselleşme süreci uluslararası rekabeti artırdığı ölçüde her devlet uluslararası sermaye döngüsünü sürdürmede gerekli olan devletlerarası koordinasyonu sağlarken aynı zamanda da sermaye yatırımlarını çekmeye ve korumaya dönük düzenlemelere gitmektedir. Bu eğilim ekonomik küreselleşmeyle doğrudan ilişkili yapıları uluslararası birikimin içselleştirilmesi ve arabuluculuk ilişkisinin kurulmasında öncelikli hale getirebilmektedir. Küresel piyasa düzeninin genişlemesine aracılık etmeye dönük olarak devlet aygıtlarının yeniden yapılanması 1990’ların ortalarından bu yana çok daha belirgin bir hal almıştır. Bir yandan bölgeselleşme eğilimleri (AB’nin genişlemesi, Amerikalar Serbest Ticaret Anlaşması-FTAA ve Doğu Asya’da yeni işbirliği bağlantıları) çeşitli ticari görüşmeler etrafında giderek güçlenmektedir. Diğer yandan da DTÖ’nün anayasal etkiye sahip küresel düzenleyici anlaşmalarının (GATT, GATS, TRIMS, TRIPS) bağlayıcılığı öne çıkmaktadır. Dolayısıyla, devletlerarası koordinasyon ve işbirliği aracılığıyla küresel piyasa düzeninin genişlemesi ve derinleşmesi sağlanmakta; bu anlamda da devletin yeniden yapılanması, devletlerarası uluslararası rekabetin yoğunlaşmasını işaret etmektedir¹¹⁵.

Küreselleşmenin beraberinde getirdiği birtakım değişimlerle birlikte, özellikle sivil toplum kuruluşlarının kendilerine özgü örgütlenme ve işleyiş anlayışlarıyla dikkate değer bir güç olma yolunda emin adımlarla ilerledikleri görülmektedir. Devletin otoritesine karşı demokratik baskı aracı olma ve uluslararasılaşma gibi iki önemli eksenle özerk varlıklarını sürdüren sivil toplum örgütleri, bu

¹¹⁴ KÖSE, Ö. , “Küreselleşmenin Devlet ve Kamu Yönetimi Üzerine Etkileri ve Türk Kamu Yönetimine Yansımaları”, **Bilgi Çağında Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması**, Beta Yayıncılık, İstanbul, 2007, s.6.

¹¹⁵ ALBO, G. , “Emperyalizmin Eski ve Yeni Ekonomisi”, **Günümüzde Emperyalizm-Yeni Emperyal Tehdit**, Alaz Yayıncılık, İstanbul, 2004’den aktaran GÜZELSARI, S. , **Küresel Kapitalizm ve Devletin Dönüşümü Türkiye’de Mali İdarede Yeniden Yapılanma**, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi A.B.D., Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2007, s.38.

karakteristikleriyle toplumun ve kamu otoritesinin demokratikleşmesi ve yönetişimin gerçekleşmesi yönünde ciddi bir odak durumuna gelmişlerdir¹¹⁶.

Özellikle bu dönemdeki teknolojik gelişim ile üretim maliyetlerindeki değişiklik, işgücü kompozisyonuna yansımış, üretim ve kalite konusunda da yenilikler yapılma zorunluluğu doğmuştur. Zamanla kalite ve veriminin artması, öte taraftan insan haklarında ve hukuk alanında bireyi ön plana çıkaran düzenlemelerin yapılması ile birlikte bireyler sosyal, siyasal ve iktisadi hayata daha aktif bir şekilde katılmaya başlamıştır. Bu durum, toplumun ihtiyaç mozağini de değiştirerek kamunun yönetim alanında toplumsal talepleri karşılama noktasında yetersiz ve etkisiz kaldığı gerçeğini açığa çıkarmıştır¹¹⁷. Teknolojik gelişmeler ve demokrasi anlayışıyla gelen düşünce özgürlüğü yönetimden beklentileri artırmakta ve vatandaşın kamu yönetimini daha fazla irdeleyerek işleyişle ilgili hesap sormasına olanak tanımaktadır. Küreselleşme başka halklar, kültürler ve kamu yönetimleri konusunda bilgilenmeyi sağlamakta ve kişilere zengin yönetim geleneklerini tanıma fırsatı vermektedir. Bu noktada yönetimden beklenen şeffaflıktır. Yönetimde şeffaflığın artması toplumları hem içe hem de dışa yönelik politikalarda daha tutarlı olmaya zorlamaktadır¹¹⁸.

Kamu yönetimi ile ilgili olarak söz konusu olan önemli bir gelişme de küresel bir gelişme trendi olarak kamu yönetimi sisteminin, merkezîyetçi olmaktan uzaklaşarak, yerelleşmesi ve hatta hükümet dışı kuruluşlara kayarak her türlü hizmetin devletten beklenmesi anlayışından vazgeçilmesi eğilimidir. Dolayısıyla burada birbiriyle zıt gibi görünen iki gelişme trendi ile karşı karşıyayız: Küreselleşme ve yerelleşme. Yani her şey küreselleşirken yönetim yerelleşmektedir. Ancak bu yerelleşme olayı küresel olarak gelişmektedir¹¹⁹. Küreselleşmenin beraberinde getirdiği yerelleşme, halli idari birliklerin küçük ölçekte fakat buldukları atmosferin ihtiyacını karşılama noktasında merkezi idareye göre daha isabetli ve daha temsilci kararlar vermesidir.

¹¹⁶BRAND, L. , “Displacement for Development: The Impact of Changing Statesociety Relations”, **World Development**, s.961, 2001’den aktaran PARLAK, B. , a.g.e. s. 371.

¹¹⁷SARAN, U. , **Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: Kalite Odaklı Bir Yaklaşım**, Atlas Yayınları, Ankara, 2004, s.14.

¹¹⁸KÖSE, a.g. m, s. 9.

¹¹⁹AYDIN, a.g. e, s. 76.

Küreselleşme ile birlikte gündeme gelen yerelleşme eğiliminin en somut uygulaması olan âdemi merkeziyetçilik ilkesi, yerel yönetimlerden önce ulusal yönetimlerin yeniden yapılanmalarını, ülkelerin örgütlenmelerinde yerel yönetimler lehine değişime gitmelerini zorunlu kılmaktadır. Küreselleşme sürecinde ulus devletin küçülmesi, egemenliğini bölgesel ve yerel yönetimlerle paylaşma yoluna gitmesi sonucunu ortaya çıkarmakta, bu da kentlerin ve yerel yönetimlerin ekonomik, sosyal, kültürel ve hatta siyasal alanda temel aktörler konumuna gelmelerini sağlamaktadır¹²⁰.

Klasik anlamda ulus-devlet bütünü içinde merkezi yönetimden yerel yönetimlere doğru yetki, görev ve kaynak aktarımını ifade eden yerelleştirme, yerel yönetimlerin ulus-devlet bütünü içinde merkezi yönetime oranla güçlendirilmesidir. Günümüzde ise yerelleştirme, merkezi yönetimin elindeki planlama, karar verme, kaynak oluşturma ve bunları yürütme gibi yönetsel yetkilerin taşra kuruluşlarına, yerel yönetimlere, yarı özerk kurumlara, meslek kuruluşlarına, gönüllü örgütlere ve şirketlere aktarılması olarak kabul edilmektedir. Yetki genişliği, özelleştirme ve sivilleşme kavramları, modern anlamdaki yerelleştirme teriminin çeşitli uygulamalarıdır. Yerel yönetimler, yerelleştirme politikaları ile güçlendirilmekte ancak asıl olarak yetkilerin buradan piyasa güçlerine transferi amaçlanmaktadır. Modern anlamda yerelleştirmenin yöneldiği bu hedef, onu klasik anlamda yerelleştirmeden ayıran en önemli özelliklerden biridir¹²¹.

Küreselleşen devlet kamu yönetimini çok iş yapmaya zorlamaktadır. Özel sektörden gelen yetersizlik iddiaları yüzünden kamu yöneticileri psikolojik baskı altında bulunmaktadır¹²². Bu nedenle küreselleşme sürecinde özel kesim lehine, kamu ve özel kesim alanlarında ciddi dönüşümler olmaktadır. Devlet ve kamu kesiminin kaynaklarının dağılımı, refahın adil paylaşımı, ekonominin istikrarı, ekonomik gelişme gibi alanlardaki öncü ekonomik rolü, küreselleşen şirket seçkinleri tarafından geçersiz kılınmaktadır¹²³. Kamuya ait kuruluşların sermaye paylarının tamamının ya da önemli bir bölümünün, özel kesim kuruluşlarına, uluslararası

¹²⁰ KÖSE, a.g. m, s. 9.

¹²¹DPT, **Yerel Yönetimler Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, 2001, s.10, www.dpt.gov.tr. (16.11.2009).

¹²² ÖZER, M. A. , **Yeni Kamu Yönetimi: Teoriden Uygulamaya**, Platin Yayınları, Ankara, 2005, s.356.

¹²³ ÖZER, a.g. e, s.356.

ortaklıklara ya da genel anlamda yurttaşlara satılması sonucunda yönetimin kamu yönetiminden özel yönetime doğru dönüşüm gerçekleşmektedir¹²⁴.

Sonuç olarak dünyada yaşanan hızlı değişim dinamiğinin etkisiyle devlet ve kamu yönetimi yapısı da değişime zorlanmış ve eskiden kullanılan yöntemlerle kamusal hizmetin sunumunu sürdürmek olanaksız hale gelmiştir. Küreselleşme ile birlikte artarak bütünleşen dünyamızda, bütün yapı ve süreçler gibi devlet aygıtı da gerek yapı ve gerekse işlevsel boyutlarıyla önemli bir dönüşüme uğramıştır. Devlet yetki kullanmada, düzenleme yapmada, denetim işlevini yerine getirmede giderek artan ölçüde bağımsızlığını yitirmiş, yerel, ulusal, uluslararası ve global ölçekte varlığını sürdüren çok sayıda aktörle iktidarını paylaşmak zorunda kalmıştır. Yine günümüzde devletin rolü ve büyüklüğü ile kullandığı yöntemler sorgulanmaya başlanmıştır¹²⁵.

Şeffaflık, bilgi edinme hakkı, katılım gibi demokratik yönetimin temel değerlerinin hayata geçirilmesi ve güçlendirilmesi, günümüzde hemen her devletin, kuruluş ya da örgütün öncelikli hedefleri arasında yer almaya başlamış ve alışagelmış hantal, bürokratik ve atıl devlet yapısı yerini daha hızlı çalışan, daha şeffaf ve etkili bir ilişki kurabilen devlet modeline bırakma yoluna girmiştir. Yeni kamu yönetimi anlayışı olarak ortaya çıkan bu anlayışta devletin kamu yönetimindeki işlevsel sorunlarını, kaynak israfını, verimsizliğini, yapısal sorunlarını özel sektördeki performans, saydamlık gibi anlayışlar ile çözme amacı güdülmektedir. Bu anlayışta öne çıkan hizmetlerin verimliliği, etkililiği ve ihtiyaçlara uyumluluğudur. Dolayısıyla kamunun hizmet alanını genişletmekten ziyade yaptığı hizmetin istenilen amaçla uyum içerisinde olup olmamasına göre şekil alan bu anlayış devletin küçültülmesi ve temel alanlara kaydırılması gerektiğini savunmaktadır¹²⁶.

Her ülkede amaçlara ulaşmak için değişik yollar izlenmiştir. Ancak genel olarak dört stratejiden bahsedilir. Bunlar¹²⁷:

Piyasa Stratejisi: Rekabeti ve sözleşmeyi esas alır.

¹²⁴ ERGUN, T. , **Kamu Yönetimi: Kuram Siyasa Uygulama**, TODAİE, Ankara, 2004, s.34.

¹²⁵ YILMAZ, a.g. e, s.24.

¹²⁶ ÖMÜRGÖNÜLSEN, U., “Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu İşletmeciliği”, **Çağdas Kamu Yönetimi-1**, Nobel Yayını, Ankara,2003, s. 3-43.

¹²⁷ YILMAZ, a.g. e, s.24.

Yönetmel Reform Stratejisi: Yöneticilerin profesyonel yetenek ve çalışmalarını temel alır ve yöneticilerin güçlendirilmesini esas alır.

Program Stratejisi: Kaynakların yeniden dağıtımını için mevcut politikalar ve bunların uygulanmasına yönelik programların analizine ve yeniden değerlendirilmesi esasına dayanır.

Aşamalı ve Yavaş Değişim Stratejisi: Kamunun daha verimli çalışması için kurallar ve uygulamanın sürekli gözden geçirilmesi esasına dayanır.

Bu dört yaklaşımın da ortak noktaları bulunmaktadır. Hepsinde amaç ortaktır; daha verimli ve etkili çalışan, vatandaşın taleplerine duyarlı bir kamu yönetimi sistemi kurmaktır. Hepsinde hizmetlerin çeşitlendirilmesi ve hizmet sunumunda esneklik teşvik edilmektedir¹²⁸.

2. NEO-LİBERAL POLİTİKALAR VE KÜRESELLEŞMENİN SAĞLIK POLİTİKALARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

1970’li yıllardan sonra dünya genelinde yaşanan gelişmelerle birlikte, kamu yönetiminin yapılandırılması, özel sektörde kullanılan yöntemlerin yaygınlık kazanması, kamu sektörünün küçülmesi, yetkilerin alt birimlere devredilmesi, rekabet ve tercihin geliştirilmesi, hesap verilebilirliğin sağlanması ve performans uygulamalarının yaygınlık kazanması anlayışlarının geliştiği görülmektedir¹²⁹. Bu gelişmeler sağlık alanında uygulanan politikaları da benzer değişimlere zorlamıştır.

Sağlık hizmetleri, II. Dünya Savaşı’ndan başlayarak 1980’lere kadar artarak sunulan kamusal bir hizmet olmuştur. Kamunun arz ettiği ve anayasal bir hak olan sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına açılması, sistemin 1970’lerle başlayan ve 1980’lerde netleşen ve “yeni dünya düzeni” ve/veya “küreselleşme” diye adlandırılan eski ama yeni yapılanması ve buna bağlı “daha çok piyasa” ve “piyasalara özgürlük” anlayışı ile zorunlu hale gelmiştir¹³⁰.

Refah devleti döneminde kapitalist devletler, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında ağırlıklı olarak rol oynamışlardır. Bu dönemde, merkez kapitalist

¹²⁸ YILMAZ, a.g. e, s.24-25.

¹²⁹ BALCI, A. vd. , “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları”, <http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/ykvtssy.pdf> (04.11.2009).

¹³⁰ BAUMAN, Z. , *Çalışma, Tüketim ve Yeni Yoksullar*, Sarmal Yayınevi, İstanbul, 1999, s.67.

lkelerdeki sağlık sistemleri kapsayıcı tip sağlık sistemlerine dnmtr (ABD hariç). Bu durum, refah devletinin düzenleyici ve iktisadi yaşam içindeki aktif rol alıının sağlık alanına da birebir yansıdağını göstermektedir. Ekonomik sistemin devamlılığı açısından, üretimin önemli bir girdisi olan emeğin verimliliği ve toplumun diğer kesimlerinin de sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, sistemin sürekliliği için gerekli grlmtr¹³¹.

Küreselleşme ile birlikte çok uluslu Şirketlerin ilaç ve tıp teknolojileri ürünlerinin üretiminde ve pazarlamalarında egemen güç olmaları sağlık ekonomisini ve politikalarını istedikleri gibi biçimlendirmelerine imkân tanımıtr. Diğer yandan küresel sağlık ekonomisinin gelişimi birçok hastalığın yerel sınırlar dışında ortak geliştirilen programlarla ve teknolojilerle daha az maliyetli tedavisine ve hizmetlerin etkin sunumuna imkân tanımıtr

Küresel sermayenin artmasına ve hızına paralel olarak, birçok alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de zelletirme çabaları ortaya çıkmıştır. Kamu kurumlarının zelletirilmesinin yanı sıra daha çok sağlık sektörünün piyasaya açılması ve böylece yani yatırım ve girişimlerle piyasada üretilen mal ve hizmetler olmaları amalanmıtr¹³².

Bu dönemde etkisini artıran neo-liberalizme göre kamusal sağlık hizmetlerinde verimsizlik, etkinsizlik, yüksek maliyet gibi sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunların nedeni, devlet müdahalesidir ve çözüm de aşamalı bir zelletirme süreci sonunda hizmetin serbest piyasaya mantığıyla üretilmesinde yatmaktadır. 1980'lerden balayarak sağlık hizmetlerinde verimliliğin daha yoğun olarak gündeme gelmesi, sağlık ekonomisi disiplininin gittikçe önem kazanması, ülkelerin diğer ülkelerin deneyimlerinden yararlanma çabaları, sağlık sistemlerinin baştan aşağıya ve ayrıntılı olarak ele alınması ve yeniden yapılandırılması girişimlerini hızlandırmıtr¹³³.

Sağlık sektöründeki değişim hareketlerini tetikleyen dış unsurların başta geleni, uluslararası kuruluşlardır. Özellikle Dünya Bankası bu konuda 1980'lerin

¹³¹ BELEK, İ. , **Sağlığın Politik Ekonomisi-Sosyal Devletin k**, Yazılama Yayınları, İstanbul, 2009, s.232.

¹³² ALTAY, a.g. m, s.9.

¹³³ ALTAY, a.g. m. s.9.

sonlarından itibaren gerek hazırladığı raporlar gerekse bu alanda sağladığı fon ve danışmanlık hizmetleri ile sağlık reform çalışmalarını “piyasa ekonomisi” merkezli yönlendirmiştir. Dünya Bankası’nın bu çabaları özellikle istikrar tedbirleri kapsamında gelişmekte olan ülkelerin ekonomik yapılarını piyasa odaklı bir yaklaşımla yeniden yapılandırmaları için çalışan IMF tarafından da desteklenmiştir¹³⁴.

Dünya Bankası’nın 1994’te hazırladığı bir rapora göre sağlık sektöründe çizilen modelde şu hususlar dikkati çekmektedir¹³⁵:

- Bireyler ve sivil toplum kuruluşları özel sektör sağlık hizmetlerinden sorumlu olmalıdır.
- Sağlık Hizmetlerinde kamu desteği, sağlığın desteklenmesi ve hastalıklardan korunma ile sınırlandırılmalıdır.
- Merkezi hükümetin rolü politika belirleme ve teknik rehberlikle sınırlandırılarak, hizmetlerin sunumu yerel yönetime ve özel sektöre bırakılmalıdır.
- Özel sektör ve sivil toplum kuruluşları, sağlık hizmetlerinin sunumunda temel sağlayıcı olmaları konusunda desteklenmelidir.

Dünya Bankası’nın ortaya koyduğu yeni sağlık sektörü modelinde, sağlıkta paradigma dönüşümü daha açık olarak görülmektedir. Buna göre sağlık hizmetleri kamunun tekeline çıkmakta; bireyler ve sivil toplum kuruluşları sorumlu pozisyona geçmektedir. Sağlık hizmetlerinde kamunun rolü yeniden tanımlanmakta, sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu hizmetlerin daha etkin olarak yerine getirilmesi hedeflenmektedir. Diğer alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da desantralizasyonun etkisiyle hizmet sunumu yerel yönetimlere devredilmekte, merkezi yönetimin rolü politika belirleme, planlama, koordinasyon ve denetimle sınırlandırılmaktadır. Sivil toplum kuruluşlarının ve özel sektörün sağlık hizmetleri sunumunda temel rolü üstlenmeleri konusunda özendirici faktörler devreye sokulmakta ve yeterli destek sağlanmaktadır. Buradan çıkarılacak sonuç olarak, yeni

¹³⁴ ALTAY, a.g. m. s.9.

¹³⁵ HEWISON, A. , **Management for Nurses and Health Professionals: Theory into Practice**, **Blacwell Publishing**, Oxford, s.37, 2004’den aktaran BALCI vd. , a.g. m, s.8.

sağlık sektörü modelini Yeni Kamu Yönetimi anlayışının sağlık hizmetlerine uyarlamak olarak değerlendirilmesi mümkündür¹³⁶.

1980'li ve 1990'lı yıllarda, yeni kamu yönetimi anlayışı, birçok ülkede gerçekleştirilen sağlık sektörü reformlarını da tetiklemiş ve oldukça etkilemiştir. Bunlar üç başlık altında değerlendirilebilir¹³⁷:

- Gerçek anlamda pazar temelli reformlar (tedarikçi rekabetin sağlanması ve kullanıcıların hizmetin bir kısmını ödemesi- yaklaşımları gibi)
- Sözde Pazar temelli reformlar (tedarikçi ve satın alıcı ayrımı, kontratların yapılması, yönetsel otonomi sağlanması ve diğer rekabeti teşvik edici yöntemler gibi)
- Desantralizasyon (Yerinden Yönetim)

Yeni Kamu Yönetimi anlayışının vurgu yaptığı noktalar birçok ülkede hayata geçirilmiştir. Bunları aşağıdaki tabloda özetleyebiliriz:

¹³⁶ HEWISON, A. , **Management for Nurses and Health Professionals:Theory into Practice**, **Blacwell Publishing**, Oxford, s.37, 2004'den aktaran BALCI vd. , a.g. m, s.8.

¹³⁷ BALCI, a.g. e. , s.6.

Tablo 3 1 Yeni Kamu Yönetiminin Sağlık Sektörüne Yansımaları

| Yeni Kamu Yönetimi | Sağlık Sektöründe Reform | Örnekler |
|--|--|--|
| -Verimliliği arttırmak | -Verimlilik göstergeleri -Bench Marking | -Tüm Avrupa ülkeleri -İngiltere Verimlilik Endeksi |
| -Servis kalitesini arttırmak | -Kalite girişimleri -Kalite göstergeleri -Kalite bazında sözleşmeler -Sürekli kalite geliştirmesi | -Tüm Avrupa, BD ve Latin Amerika ülkeleri, -İngiltere sağlık servislerini geliştirme komisyonu |
| -Etkinliği arttırmak | -Önceliklerin belirlenmesi -Delile bağlı tıbbi tedaviye dayalı hizmet | -İsveç öncelik belirleme komisyonu -Hollanda –Dunning komisyonu -İngiltere Ulusal Klinika Etkinlik Komisyonu Katalan -Teknoloji Evulasyon Ofisi Norveç, Yeni Zelanda, Fransa, Almanya, İsrail -Cochrane Kollaborasyonu |
| -Kişi ve servis kullanma odaklı olmak | -Finans değişim kaynaklarından tüketici servis kullanmasından sonra tahsisi -Tüketici haklarının belirlenmesi | -Sözleşme sistemi -Tüketici odaklı servis çalışmaları (Örnek, İngiltere, İsveç, Finlandiya, Hollanda) |
| -Daha çok Pazar piyasasında kullanılan mekanizmaları kullanmak | -Quasi Markets (Piyasa benzeri sistemler) -Bütçelendirme -Stratejik planlama -Çıktı bazında kontratlar | Hollanda, Almanya, İngiltere, İsveç, İspanya |
| -Performans yönetimi | -Performans göstergeleri -Performansa bağlı ödeme sistemleri | -Birçok ülke -İngiltere -Hizmet alıcı ve vericiler için performansa bağlı ödeme |

Kaynak: BALCI, a.g. e. , s.7.

Uluslararası finans kuruluşlarının özellikle IMF'nin belirlediği koşullar çerçevesinde, 1980 sonrasında Türkiye'de uygulamaya konan 24 Ocak istikrar ve yapısal uyum politikaları kısa dönemde dış ödemeler dengesi ve fiyat istikrarının sağlanmasını, uzun dönemde ise ekonomide yapısal dönüşümleri gerçekleştirerek serbest piyasa ekonomisinin yerleştirilmesini ve dışa açılmanın sağlanmasını öngörmektedir. Bu amaçları gerçekleştirmek üzere uygulamaya konan monetarist içerikli istikrar politikalarının temel yönelimleri; ücretlerin kısılması ve dondurulması yoluyla iç talebin kısılması, sosyal amaçlı sübvansiyonların kaldırılması, yapısal dönüşümü gerçekleştirmek üzere ekonomik ve sosyal alandaki devlet müdahalelerinin azaltılması ve sanayi, ticaret ve finans kesimlerinin dışa açılmasını sağlamak olarak özetlenebilir.¹³⁸ Bu gelişmeler doğrultusunda Türkiye'de 1980'den bu yana sağlık alanında yaşanan gelişmeler, devletin sağlık hizmetlerini aşamalı olarak özel sektöre aktarmasından çok, devletin bizzat özel kesimin desteklenmesinde aktif rol alması biçiminde olmuştur.

Türkiye'de 1980'lere kadar uzanan sürede sağlık alanındaki temel problem, daima hizmetin iyileştirilmesi ve bu yönde sağlık altyapısının ve örgütlenmesinin daha iyi duruma getirilmesiyken, 1980'lerden itibaren sağlık örgütünün büyüyüp genişlemesine paralel olarak, sağlık örgütünün bizzat kendisi de problem olarak algılanmaya başlanmış ve sağlık örgütünün yeniden düzenlenmesi yönünde çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Ayrıca bu dönemdeki çalışmaların odaklandığı diğer bir konu, gittikçe gelişen ve büyüyen sağlık hizmetlerinin mali boyutu, yani sağlık finansmanı olmuştur¹³⁹.

¹³⁸ ÖZUĞURLU, Y. , “Yeni Stand-By Anlaşması Çerçevesinde 2005 Bütçesinin Değerlendirilmesi”, <<http://www.e-akademi.org/>>. (24.10.2009).

¹³⁹ ATALAY, S. , “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Yerelleştirme Politikaları”, TODAİE, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2004, s.52.

3.TÜRKİYE’DE 1980 YILI SONRASINDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN BAŞLICA SORUNLARI ve SAĞLIK POLİTİKALARINDAKİ DÖNÜŞÜMÜN GEREKÇELERİ

Türkiye’de sağlık reformunun gerekçeleri arasında; maliyetlerin artması, nüfusun önemli bir bölümünün sağlık sigortasından yoksun olması, toplumun sağlık hizmetlerine ilişkin memnuniyetsizlikleri, uluslararası kuruluşların etkisi ve sürdürülebilir bir kalkınmayı gerçekleştirme çabası sayılabilir. Türkiye’de nüfusun önemli bir bölümünün sağlık sigortasından yoksun olması nedeniyle, tüm nüfusun sigorta kapsamına alınması yönünde tüketicilerden, örgütlü topluluklardan ve sosyal devlet anlayışından ileri gelen baskılar da reformların ülke gündemine alınmasında önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca, 1980’lerin başından itibaren DB ve IMF gibi uluslar arası kuruluşların gelişmekte olan ülkelerde sürdürülebilir bir kalkınmanın sağlanabilmesi için politik ve örgütsel reformlara ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaları da Türkiye’de uygulanan reformların önemli nedenlerinden biridir¹⁴⁰. Tüm bunların yanında yönetim ve örgütlenme, insan kaynaklarının dağılımı, hukuksal boşluk vb. alanlardaki aksaklıklar sağlık hizmetleri alanındaki olumsuzlukların tetikleyicisi olarak görülmüş ve özellikle 1980 yılından sonra bu aksaklıkların düzeltilmesi gereği reform çalışmalarının gerekçesi olarak gösterilmiştir.

1980 sonrası reform çalışmalarına neden olan sağlık hizmetleri alanında yaşanan başlıca sorunlar hükümetlere ve uygulanmaya çalışılan değişim hareketlerine göre küçük farklılıklar gösterse de genel olarak şöyle özetlenebilir.

3.1. Yönetim ve Örgütlenme İle İlgili Sorunlar

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin örgütlenişinin karmaşık bir yapıya sahip olması üzerinde en çok durulan ve tartışılan konulardan biridir. Nüfusun tamamına hizmet vermekle yükümlü olan Sağlık Bakanlığı’nın yanı sıra, Sosyal Sigortalar Kurumu, üniversiteler, birçok bakanlık, kamu kuruluşları, belediyeler ve özel kuruluşlarının sağlık hizmeti vermesi, hizmeti sunan ve finanse eden kurumların bir arada olması başta sağlığın finansmanı olmak üzere, sağlık hizmetlerinin dağılımında ve denetiminde güçlükler yol açmaktadır.

Ülkemizde, Cumhuriyetin ilk yıllarında benimsenmiş olan “geniş bölgede tek yönlü hizmet” ve “dikey” örgütlenme yerine 1961 yılında “dar bölgede çok yönlü

¹⁴⁰YILDIRIM, a.g. m, s.2-3.

hizmet” uygulaması ve “yatay” örgütlenme modeli benimsenmesine rağmen uygulamada dikey örgütlenme modeli terk edilememiş ve her iki örgüt modeli birlikte yürütülmüştür (AÇS merkezleri ve sağlık ocakları gibi).¹⁴¹ Aslında birbirinin alternatifi olması gereken bu iki modelin birlikte kullanılması aynı hizmetin farklı birimlerce yerine getirilmesi sonucunu doğurmakta, bu durum lojistik planlama güçlüklerinin yanı sıra istatistiksel değerlendirmelerde sorunlara neden olmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenmesi de belli başlı sorunların sebebidir. Sağlık Bakanlığı'nın kuruluş kanunu yoktur. Sağlık hizmetlerinin bir bakanlık düzeyinde örgütlenmesi ilk kez 1920 yılında olmuştur. Halen Sağlık Bakanlığı, 1981 yılında çıkartılan 181 sayılı Yasa Hükmündeki Kararnameye (KHK) ve bu kararnamede bazı değişiklikler yapan 210 sayılı KHK ve 5450 sayılı kanuna göre hizmet vermektedir. Ana hizmet birimlerinin oluşturulmasında belirli bir sistematik olmadığından birimler arası görev çakışmaları, belirli birimlerde iş yükünün fazla olması, çok sayıda personel istihdamı gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır¹⁴².

Merkezi yönetim ilkesine göre örgütlenmiş olan Sağlık Bakanlığı bünyesinde binlerce sağlık kuruluşu ve sağlık personeli vardır. Bunların tümü merkez örgütü tarafından idare edilmeye çalışılmaktadır. Hizmette standartlığı sağlamaya çalışılması açısından olumlu sayılabilecek olan bu örgütlenme biçimi iller arasındaki kültürel, ekonomik ve coğrafi farklılıklar göz önüne alındığında beklenen hizmet kalitesinde farklılıklara neden olmakta, ihtiyaçların tespitini zorlaştırmaktadır. Bu durum bürokrasinin artmasıyla birlikte hantallığa ve işlerin yavaş işlemesine neden olmaktadır.

3.2. Mevcut Sağlık Göstergeleri İle İlgili Sorunlar

Türkiye'nin sağlık göstergeleri gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında oldukça kötü durumdadır. Örneğin 1990 yılında bebek ölüm hızı %055,4, beş yaş altı ölüm hızı %060 olarak görülmektedir. Oysa Avrupa Birliği ortalamaları bu oranların oldukça aşağısındadır. Türkiye de önlenebilir bulaşıcı hastalıklar ve bunlara bağlı

¹⁴¹ HASUDER, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu”, Tarih: 10 Temmuz 2007, s.2. <<http://www.hayad.org.tr/content/view/206/2/>>. (06.09.2010).

¹⁴² AKTAN, C. C. , “Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetimde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi”, s.7. <<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf>>. (19.09.2010).

ölümler hala görülmektedir. Buna karşın aşılama oranları kampanyalara rağmen istenilen seviyeye ulaşmamıştır¹⁴³. Türkiye’de hekim ve hasta yatağı açığı bulunmakla birlikte bunun dağılımında da sorun bulunmaktadır. Ülkenin doğusuna ve kırsal bölgelerine doğru gidildiğinde hekim ve yatak sayısı dramatik bir şekilde azalmaktadır. Sağlık hizmetlerine aktarılan kaynak gelişmiş ülkelerin çok gerisindedir. Sağlık hizmetlerine yeterince kaynak gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında oldukça düşüktür (Tablo 3.2 ve Tablo 3.3’de de belirtildiği gibi). Ayrılan kaynaklar da gerektiği alanlara kaydırılamamaktadır.

Tablo 3 2 Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı (1923-2004)

| Yıllar | Sağlık Bak. Bütçesi/Genel Bütçe | Yıllar | Sağlık Bak. Bütçesi/Genel Bütçe |
|--------|---------------------------------|--------|---------------------------------|
| 1923 | 2,21 | 1980 | 4,27 |
| 1925 | 2,64 | 1981 | 3,59 |
| 1930 | 2,02 | 1985 | 2,53 |
| 1935 | 2,54 | 1987 | 2,80 |
| 1940 | 3,05 | 1990 | 4,12 |
| 1945 | 3,12 | 1992 | 4,71 |
| 1950 | 4,08 | 1994 | 3,72 |
| 1955 | 5,18 | 1996 | 2,76 |
| 1960 | 5,27 | 1998 | 2,65 |
| 1965 | 4,10 | 2000 | 2,26 |
| 1970 | 3,08 | 2002 | 2,40 |
| 1975 | 3,54 | 2004 | 3,19 |

Kaynak: HAMZAOĞLU O. vd. , “2006 Sağlık İstatistikleri”, TTB Yayını, s.98, <<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/istatistik2006.pdf>>. (25.09.2010).

¹⁴³BAKAR, C. vd. , “Türkiye de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikâye”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Eylül-Ekim, Cilt.20, Sayı.5, s.343, 2005

Tablo 3 3 Değişik Ülkelerde Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (1992-2002)

| Ülkeler | 1992 | 1994 | 1996 | 1998 | 2000 | 2002 |
|------------|------|------|------|------|------|------|
| A.B.D. | 6,0 | 6,3 | 6,7 | 5,8 | 5,8 | 6,6 |
| Almanya | 8,0 | 8,0 | 8,2 | 7,9 | 8,0 | 8,6 |
| Belçika | 7,2 | 7,2 | 6,9 | 7,9 | 6,2 | 6,5 |
| Danimarka | 5,6 | 5,5 | 5,1 | 6,7 | 6,8 | 7,3 |
| Fransa | 7,0 | 7,6 | 7,8 | 7,3 | 7,2 | 7,4 |
| Hollanda | 6,8 | 6,8 | 6,6 | 6,0 | 5,5 | 5,8 |
| İsviçre | 6,6 | 6,9 | * | 7,6 | 6,0 | 6,5 |
| Yunanistan | 3,4 | 4,2 | 4,7 | 4,9 | 4,6 | 5,0 |
| Türkiye | 2,5 | 2,5 | 2,6 | * | 3,6 | 4,3 |

*Verilere ulaşılamamıştır.

Kaynak: HAMZAOĞLU vd. , a.g. m, s.101.

3.3. İnsan Kaynakları Yönetimiyle İlgili Sorunlar

Ülkemizde sağlık personeli istihdamında en büyük paya Sağlık Bakanlığı sahiptir ve sağlık gücü alanındaki en büyük sorun, insan gücünün bölgeler, kurumlar ve hizmetler arasında dengesiz dağılmış olmasıdır. Dağılımın dengesizliği Doğu-Batı illeri ve merkez- taşra örgütü arasında gözlemlenmektedir. Bunun nedenleri arasında bölgeler, iller ve hatta aynı il içerisindeki kalkınmışlık düzeyindeki farklılıklar ve sosyal imkânlara erişimdeki eşitsizlikler gösterilebilir.

Sağlık personelinin ücretlerinin arasındaki belirgin farklılıklar ve gelişme düzeyi düşük bölgelerde özendirici önlemlerin alınmaması da personelin dengesiz dağılımını etkilemektedir.¹⁴⁴

4. 1980-1988 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

1970'li yılların son dönemi, Türkiye ekonomisi açısından bunalımın iyice arttığı sorunlu yıllar olmuştur. Özellikle 1978-1979 Bülent Ecevit iktidarı döneminde, ülke çapında üretim düşüklüğü ve mal yokluğu yaşanmıştır. Bu dönemde, ödemeler dengesi sürekli açık vermiş, döviz kara borsası genişlemiş ve

¹⁴⁴ AKTAN, a.g. m, s.9.

T.C. Merkez Bankası'nın yerini Tahtakale almıştır. CHP'nin 1979 ara seçimlerini kaybetmesi üzerine Süleyman Demirel başkanlığında kurulan yeni hükümet, Demirel'in müsteşarı olan Turgut Özal'ın da katkılarıyla 24 Ocak 1980'de yeni bir ekonomik politika uygulamaya koymuştur. Böylece, "24 Ocak Kararları" olarak anılan bu uygulamalarla Türkiye'de yeni liberal ekonomiye geçiş süreci başlamıştır¹⁴⁵. 24 Ocak Kararları ile başlayan bu dönem, 1980-1983 dönemi Milli Güvenlik Konseyi yönetimi ve 1983 sonrası Anavatan Partisinin iktidar olduğu dönemdir.

1980-1983 Milli Güvenlik Konseyi yönetimi döneminde, sağlık politikaları alanındaki ilk önemli değişiklik, 1961 Anayasası'nın sağlığı temel bir insan hakkı olarak gören ve bu hakkın devlet tarafından güvence altına alınmasını öngören "sosyal devlet" anlayışının, 1982 Anayasasının 56. maddesi ile birlikte değiştirilmiş olmasıdır. Yeni Anayasa'nın 56. maddesinde "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 sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını 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." denilmek suretiyle devletin sağlık alanındaki görevi düzenleyici ve denetleyici olmak şeklinde dönemin yeni yönetim anlayışına paralel bir şekilde belirlenmiş ve genel sağlık sigortası kurulabileceği belirtilmiştir. Ayrıca Anayasa'nın 60. maddesinde, vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip oldukları ve bu hakkın gerçekleştirilmesinin devletin sorumluluğunda olduğu yönünde düzenleme yapılmıştır.

Anayasa'daki bu değişiklik, temelde "sosyal devlet" anlayışının değiştirilmesi anlamına gelmektedir. Bu temel politika değişikliği dönem boyunca başta MGK Hükümeti Programı olmak üzere tüm resmi belgelere yansımıştır¹⁴⁶.

¹⁴⁵ ÇAVDAR, T., *Türkiye'de Liberalizm (1860- 1990)*, İmge Kitabevi, Ankara, 1992, s.227.

¹⁴⁶ SOYER, A., "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları", *Praksis*, 9, Kış-Bahar, s.305, 2003,

24 Ocak 1980 Kararları'nın bir gereği olarak, bu tarihten sonra, sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu olması düşüncesi değişmeye başlamıştır. Daha önceki yıllarda, serbest piyasanın doğal gelişimine bırakılan sağlık hizmetlerinin özelleşmesi konusu bu tarihten sonra bizzat hükümet müdahaleleri yoluyla teşvik edilmeye başlanmış; bir yandan kamu kaynaklarından sağlığa ayrılan paylar azaltılırken öte yandan da hizmet birimlerinin yapısına müdahale edilerek özelleşme hızlandırılmıştır¹⁴⁷.

1980 sonrası Milli Güvenlik Kurulu (MGK) özel sektörün desteklenmesi konusunda kimi düzenlemeler yapmıştır. Örneğin 1981 sonrası yayınlanan Bakanlar Kurulu kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınmıştır¹⁴⁸. Bu durum 1982, 1983 ve 1984 yıllarındaki programlarda da yenilenmiştir.

Kamu kurumlarında hizmetlerin özelleştirilmesi konusunda ise 27 Eylül 1983 tarihinde çıkarılan ve 209 sayılı yasaya ekleme yapan 2907 sayılı Yasa¹⁴⁹ kapsamında yapılan düzenlemeler önemlidir. Bu Yasa ile döner sermaye gelirleri olan kurumlarda, işlerin yürütülmesi konusunda her türlü araç-gereç, aygıt alımı ile gelir getirici biçimde kullanılmasının önü açılmış ve kamu kurumlarının ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma yetkisi verilmiştir¹⁵⁰.

Bu dönemde sağlıkla ilgili hukuksal altyapı, devletin yeniden yapılanmasının gereklerine uygun olarak önemli ölçüde değiştirilmiştir. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Yasası, Organ Nakli Yasası, Adli Tıp Kurumu Yasası, Nüfus Planlaması Hakkında Yasa, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası, Kan ve Kan Ürünleri Yasası gibi onlarca yasa çıkarılmıştır. Kamuda çalışan sağlık personelinin özlük haklarını düzenleyen “Tam Gün Yasası”nın ücret ve mali düzenlemeler ile ilgili hükümleri yürürlükten kaldırılmakla birlikte, çalışma süresi ile ilgili (diğer

¹⁴⁷ AKDUR, Ulusal Ekonomi ve Sağlık Harcamaları, **Sağlık ve Toplum**, S.3, Saydam Matbaası, s:18 -21, 1990.

¹⁴⁸ SOYER, A., “Dünya Sağlık Örgütü, Alma-Ata Bildirgesi”, **Toplum ve Hekim**, C.15, S.4, s.259-264, 2000.

¹⁴⁹R.G., 209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Yasanın 3. Maddesinin Değiştirilmesi ve Bu Yasaya Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Yasa, R.G. Tarihi.27.09.1983, Sayı:2907. www.performans.saglik.gov.tr/content/files/.../kanunlar/209.pdf. (09.06.2010).

¹⁵⁰ BARAN, E. , **Türkiye’de Sosyalleştirmeden Sağlıkta Dönüşüme Sağlık Harcamaları Mevzuatı**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D., Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2009, s.49.

memurlara kıyasla günde 1 saat fazla çalışma zorunluluğu getirilmesi gibi) hükümler aynen korunmuş ve tüm hekimlere dört yıl “zorunlu hizmet” getirilmiştir¹⁵¹.

Öte yandan I. ve II. ANAP Hükümeti Programları ve bu programlarla büyük oranda örtüşen V. Beş Yıllık Kalkınma Planı (BYKP) da, 1980’li yıllar boyunca kamu sağlık hizmetlerine yöneltilecek neoliberal eleştirilerin ve izlenecek neoliberal politikaların habercisi olmuşlardır¹⁵².

V. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nın sağlıkla ilgili temel ilkesi, toplumun genel sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerini eşit, sürekli, dengeli ve etkili bir şekilde herkese ve her yere ulaştırarak halkın beden ve ruh sağlığını korumak ve tıbbi bakım görmesini sağlamak olarak belirtilmiştir. Bunu gerçekleştirmek için, hizmetin sunulmasında tedavi edici sağlık hizmetlerinden ziyade koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi ve hizmetlerin büyük şehirlerde birikmesinin önlenmesi, yataklı tedavi kurumlarında mevcut kapasitenin daha rasyonel, etkili ve verimli kullanılması, boş yatak kapasitesi olan illerde yeni yatak ilavesine gidilmemesi, sağlık müracaat zincirinin sağlık ocaklarından başlayarak uygulamaya sokulması ve bölge hastaneleri uygulamasının başlatılması hedeflenmiştir¹⁵³.

Beşinci planda ayrıca sağlık kuruluşlarının, hizmet verimliliğinin artırılması için, işletmecilik yönünden ele alınacağı, hastane işletmeciliği açısından rasyonel ve verimli olmayan çok büyük yatak kapasiteli eğitim ve uygulama hastanelerinin yapımının önleneyeceği, özel sağlık müesseseleri ve hastanelerin teşvik edilerek bu müesseselerin sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacağı ve serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak kamunun hizmet satın alması yoluyla sağlık hizmetleri geliştirileceği, kamu kurumlarının ve sigorta kurumlarının kendilerinin sağlık hizmeti vermek üzere teşkilatlanmalarından kaçınılacağı ve sağlık sigortasına geçişin dönem içinde ele alınacağı belirtilmiştir¹⁵⁴.

¹⁵¹ SOYER, a.g.m, s.306.

¹⁵² YENİMAHALLELİ Y. G. “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler”, **Mülkiye**, Cilt: XXXII Sayı:260, s.160-162, 2008.

¹⁵³ DPT, V.Beş Yıllık Kalkınma Planı , <<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan-prg.asp#5>>. (24.12.2010).

¹⁵⁴ DPT, a.g.e, s.150.

DPT V. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda özel sektör teşvikinin artırılması ve kamu sağlık hizmetlerinin modern işletme esaslarına göre yönetilmesi planlanmıştır. Esasen bu durum tüm dünyada etkilerini yoğun olarak gösteren neoliberal politikalar ve globalleşmenin hız kazanmasıyla ortaya çıkan yeni kamu işletmeciliği anlayışına dönüşümün, ülkemizdeki sağlık politikaları üzerindeki etkisinin en somut göstergelerinden biridir. Neoliberal yaklaşım, ekonomik işleyişin tümüyle piyasaya bırakılması gereğini belirlemekte, korumacı politikalarından vazgeçilmesini ve devlet girişimciliği ve düzenleyiciliğine son verilmesini temel politikalar olarak sunmaktadır. Bu plan doğrultusunda yapılmak istenilen düzenlemelerle, yeni anlayışa paralel olarak, devletin rolü hizmet sunumundan düzenleyici ve satın alıcı konuma dönüştürülmektedir. Sağlığı hak olarak gören 1961 Anayasasındaki devlete ödevler yükleyen sosyal devlet anlayışı, düzenleyici devlet anlayışı ile yer değiştirmiştir.

1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Söz konusu kanuna göre: Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları, kamu tüzelkişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülecek ve yeterli işletme büyüklüğünde bulunmayan sağlık kuruluşları tek bir sağlık işletmesi altında toplanabilecektir. Yine aynı maddeye göre hekimler, sağlık işletmesi yönetiminin uygun görmesi halinde mesai saatleri dışında kuruluştaki özel teşhis ve tedavi yapabilecek (Madde 5); özel bir meslek bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç gösteren veya ülke düzeyinde mesleki gelişmeyi sağlayacak Türk uyruklu ve yabancı uyruklu elemanlar da kadro karşılığı aranmaksızın sözleşmeli olarak çalıştırılabilecektir (Madde 7). Ayrıca Geçici Madde 1'de belirtildiği üzere, sağlık işletmesi uygulamasına geçirilen kuruluşun sağlık ve yardımcı sağlık personeli ile diğer personeli istekte bulunmaları halinde ve kuruluşun kabulü şartıyla yeni bir atamaya gerek kalmaksızın, kadro hakları saklı kalmak kaydıyla, sözleşmeli olarak çalıştırılabilecektir¹⁵⁵.

Kanun genel bir sağlık sigortası oluşturmanın ilk adımlarını tanımlaması açısından da önem arz etmektedir. Kanunun Geçici 3 ve 4. maddelerinde Genel

¹⁵⁵R.G., 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, R.G. Tarih: 15.5.1987, Sayı: 19461, <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.3359&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>>. (08.10.2010)

Sağlık Sigortası ile ilgili düzenlemeler de yer almıştır. Söz konusu maddelerde Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girinceye kadar, hiç bir sosyal güvenlik kurumuna tabi olmayanların müracaatları ve talepleri halinde sağlık kütüğüne kaydolarak her yıl Bakanlar Kurulunca tespit edilen miktarda prim yatıracakları, kayıtlarını yaptırmayanlar ile primlerini ödemeyenlerin sağlık kuruluşlarındaki teşhis, tedavi ve rehabilite giderleri kendilerinden veya kayıt oldukları özel sigorta kurumlarından tahsil edileceği; Genel Sağlık Sigortasına geçişi sağlamak ve hiç bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayan vatandaşların sağlık giderleri ile ödeyecekleri prim arasındaki farkı karşılamak amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı T.C. Merkez Bankası nezdinde "Sağlık Hizmetlerini Destekleme ve Geliştirme Fonu" kurulduğu belirtilmiştir.

Soyer'e göre bu yasa, dönemin neoliberal politikalarını en iyi yansıtan belgedir. 3359 sayılı Kanunda sağlık işletmelerinin oluşumu ve işleyişi ile ilgili düzenlemeler yapılmışsa da, zamanın ana muhalefet partisi Sosyal Demokrat Halkçı Partinin Kanun'un çeşitli maddelerinin Anayasaya aykırı olduğu gerekçesi ile açtığı dava sonucu çeşitli maddelerin mahkeme tarafından iptal edilmesi ve geçen süre içerisinde iptal edilen maddelere yönelik yeni düzenleme yapılamaması sebebiyle bu alanlarda yasal boşluk oluşmuştur¹⁵⁶.

Anayasanın iptal ettiği maddelerde düzenlenen konular şunlardır: Sağlık işletmesine geçilen sağlık kuruluşlarında genel idare, teknik, sağlık ve yardımcı sağlık, eğitim ve öğretim, avukatlık, din ve yardımcı hizmetler sınıfına dâhil personel kadro gösterilmek kaydı ile 657 Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılmasına ilişkin sözleşmeli statüde eleman çalıştırılması; bu surette çalıştırılacakların sözleşme usul ve esasları ile ücretleri ve diğer özlük haklarının Sağlık Bakanlığının teklifi ile ve gerektiğinde ilgili bakanlıkların görüşü alınarak Bakanlar Kurulunca tespit edilmesi. Prim dağıtımının esas ve usulleri ile personelin devrine ait usul ve esasların Maliye Bakanlığı ile ilgili bakanlıklar ve Sağlık Bakanlığınca müştereken hazırlanması¹⁵⁷.

¹⁵⁶ SOYER, a.g.m. s.160.

¹⁵⁷ KABLAY, S. , "Sağlık Bakanlığı'nın Hastaneleri Özerkleştirme Politikasına Eleştirel Bakış", **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, Yıl: 3, Sayı: 11-12, s.38-39, Eylül-Aralık 2002.

Bu yıllarda Dünya Sağlık Örgütü ile ilgili işbirliği çalışmalarında da değişimler olmuştur. 1980’li yıllara kadar DSÖ ve DSÖ’nün birlikteliği ile diğer uluslararası kuruluşlardan ülkemize büyük yardımlar sağlanmıştır. Ancak 1980 sonrasında ilişkiler en alt düzeye inmiştir. 1985 sonrası yeni bir ivme kazanmıştır. Türkiye’de yürütülen DSÖ destekli projelerin konusu, genellikle DSÖ tarafından önerilmiştir. Diğer ülkelerde ise tersi olmakta, ülkenin sağlık yetkilileri başlattıkları çeşitli programlara teknik ve mali destek sağlamak için bunları proje haline getirmekte ve DSÖ ile diğer BM Kuruluşlarından yardım istemişlerdir. DSÖ tarafından önerilen projeler çoğu kez ülke koşullarına uymadığı için başarısızlıkla sonuçlanmış, kaynakların gereksiz harcanması sonucunu doğurmuştur. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı’nın DSÖ ile ortak yürüteceği işbirliği programları 1986-1987 döneminden itibaren ikişer yıllık “Orta Dönem İşbirliği Programları” hazırlanarak önceden planlanmış ve projeler iki taraf arasında imzalanan bu programlara göre yürütülmüştür. Ancak bu yıllarda Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı’nın çabaları ile Bakanlığın teknik birimlerince oluşturulan projeler söz konusu Orta Dönem İşbirliği Programları’nda yer almıştır. Böylece geçmiş yıllardakinin aksine ilişkilerde inisiyatif Türk tarafına geçmiştir. Bu dönemdeki işbirliği programları şunlardır¹⁵⁸:

-1986-1987 İşbirliği Programı: Dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Tandoğan TOKGÖZ ile DSÖ Türkiye Temsilcisi Dr. U.B.TOMMASİ tarafından imzalanmıştır. Programın bütçesi, 392.900 ABD Doları düzenli bütçe, 2.532.639 ABD Doları ise diğer kaynaklardan (BM Kalkınma Programı, DSÖ Genel Merkezi, AB) sağlanan bütçeden oluşmaktadır.

-1988-1989 İşbirliği Programı: Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Bülent AKARCALI ile DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Dr. Jo Eirik ASVALL tarafından imzalanan bu Programa, 509.000 ABD Doları düzenli bütçe verilmiştir.

Ayrıca bu dönemde sağlık alanında Dünya Bankası ile işbirliği çalışmaları başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Müsteşarlık arasında, Dünya Bankası tarafından Türkiye’deki sağlık durumunun değerlendirilmesini öngören bir anlaşma yapılmıştır. Değerlendirme 1987’de yapılmış ve bu çalışma Türkiye’de birinci basamak sağlık

¹⁵⁸ WHO, a.g. e. , s.6.

hizmetlerini geliştirmeye yönelik bir başka anlaşmanın yolunu açmıştır. Böylece, 1988’de ilk Dünya Bankası projesinin taslağı hazırlanmıştır¹⁵⁹.

5. 1989-2002 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

1990’lı yıllar, 1980 yılından sonra, Türk sağlık sistemine ilişkin izlenen sağlık politikalarında önemli bir dönüm noktasıdır. Gerek Türk sağlık sisteminin içerisinde bulunduğu sıkıntılar, gerekse değişen ve gittikçe dinamikleşen uluslararası tartışma ve gelişmeler, Türk sağlık sisteminde önemli etkiler yaratmıştır. Bu dönemde yapılmaya çalışılan çalışmalarının başlangıcı DPT’nin sağlık alanındaki raporu ile başlamaktadır¹⁶⁰.

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Müsteşarlığı 1988 yılında sağlık sektöründeki sorunları ve alternatif çözümleri belirlemek amacıyla bir Master Plan etüdü yapmaya karar vermiştir. Çalışma, Türk ve yabancı şirketlerden oluşan bir konsorsiyum tarafından yürütülmüş ve 1990 yılında tamamlanmıştır. Hazırlanan rapor, sektörün varolan durumunu kapsamlı olarak açıklamış ve sağlık hizmetlerinin acil gereksinimlerini ortaya koymuştur. Bunlar; mevcut uygulamayı iyileştirmek, serbest pazar stratejisi ve ulusal sağlık hizmeti ve bir ara stratejidir. DPT Müsteşarlığı’nın başlattığı çalışmanın temelinde Sağlık Bakanlığı’nın 1985’lerde Dünya Bankası ile başlatılan ve 1987 yılında Dünya Bankası’nın Türkiye’deki sağlık durumunu değerlendiren bir anlaşmanın yapılmış olması yatmaktadır¹⁶¹. Bu anlaşma ile Türkiye Dünya Sağlık Örgütü’nün 1984 yılında başlattığı “21. Yüzyılda Herkese Sağlık Politikası ve Stratejisi” çalışmalarına aktif bir şekilde katılmış ve Dünya Sağlık Örgütü uzmanlarının desteğiyle 1990 yılında herkese sağlık hedeflerini belirleyen, Türkiye’de Ulusal Sağlık Politikası” isimli bir taslak belgeyi sunmuştur. Bu çalışmaların devamında Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası arasında sırasıyla Birinci Sağlık Projesi, İkinci Sağlık Projesi ve Temel Sağlık Hizmetleri Projesi ikraz

¹⁵⁹ ÖZTEK, a.g.m. s.5.

¹⁶⁰ ŞAHİN B. vd. , “Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son Yirmi Yıllık Süreç” , **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:7, Sayı:1, s.99-100, Ankara, 2004.

¹⁶¹ ŞAHİN, a.g.e., s.99-100.

anlaşmaları imzalanmıştır. Projeleri yürütmek amacıyla 1990 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün kurulmuştur¹⁶².

Güler'e göre 1990 yılında, WB (Dünya Bankası) projelerini yürütmek amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı, ancak bakanlık bürokrasisini devre dışı bırakan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün kurulmuş olması dikkat çekicidir. Koordinatörlük, Dünya Bankası'nın sağlık kredi anlaşmalarında geleneksel yaklaşımın yerine politika reformu yaklaşımını benimsediği bir dönemde kurulmuştur. Politika reformu yaklaşımı, sektör için kullanılan kredilerin özelleştirme politikalarını desteklemesini öngörmektedir. Bu yaklaşıma göre koruyucu sağlık hizmetlerini devlet, tedavi hizmetlerini ise özel sektör üstlenmelidir. Bu işbölümü için kullanılacak üç araç; yerelleştirme, fiyatlandırma ve özelleştirme olmalıdır¹⁶³.

Birbiriyle ilintili bu farklı çalışmalar, rastlantısal olarak ortak sonuçlara ulaşmıştır. 1991 yılında Sağlık Bakanlığı bu çalışmaları bir projeler paketinde birleştirmeye ve Bakanlıktaki Dünya Bankası Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün görevlerini yeniden tanımlamaya karar vermiştir. Herkese sağlık bölgesel hedeflerini Türkiye koşullarına uyarlaması için Sağlık Bakanlığı içinde bir komite kurulmuş ve daha sonra 10 tane de alt komite oluşturulmuştur. Alt komiteler, tartışmalara katılmak üzere davet edilecek olan uzman ve bilim insanlarını belirlemiştir. Türkiye'den ve diğer ülkelerden uzmanlar bu çalışmalara katılmıştır. Dört yüzden fazla uzman, diğer sektör ve kurum temsilcileri taslak belgeyi tartışmak amacıyla iki gün süren toplantıya davet edilmiştir. Her komite kendi konusuyla ilgili bir rapor hazırlamıştır. Kişiler ve kurumlar da kendi düşüncelerini bildirmiştir. Adı geçen Komite, bu raporlarda yer alan çeşitli seçenekleri, diğer Avrupa ülkelerinin politikalarını ve Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerini değerlendirilerek birleşik bir rapor hazırlanmıştır. Çeşitli kurumların taslakla ilgili düşünceleri alındıktan sonra belge yeniden gözden geçirilmiştir¹⁶⁴.

¹⁶² GÜLER, B. A. , **Yeni Sağlık ve Devletin Değişimi: Yapısal Uyarılama Politikaları 1980-1995**, TODAİE Yayın No: 266, İstanbul 1996, s.48.

¹⁶³GÜLER, a.g.e., s.48.

¹⁶⁴ SOYER (2003), a.g. e, s.307.

Tam bu aşamaya gelindiğinde hükümet değişmiştir. DYP-SHP Hükümeti, 1980 sonrası uygulanan piyasa yönelimli sağlık anlayışının özünü hiç değiştirmeden, “sağlık reformu” çalışmalarını dönemin Sağlık Bakanı Yıldırım Aktuna tarafından gündeme taşımıştır. Bu dönemde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliğinin gündeme getirilmesi, kamu hastanelerinin özzerleştirilmesi, sağlık finansmanı konusunda Genel Sağlık Sigortası’na geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin söz sahibi kılınması ve sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi sağlık reformu tartışmalarında öne çıkan temel konular olmuştur¹⁶⁵.

Yeni Sağlık Bakanı, amaçlanan politika değişikliğini gerçekleştirebilmek için, 1992 yılının Mart ayında sağlık ve diğer sektörlerden beş yüzden fazla kişinin katılımıyla Birinci Ulusal Sağlık Kongresi’ni düzenlemiştir. 23-27 Mart 1992 tarihlerindeki I.Ulusal Sağlık Kongresi’nde sağlık meslek kuruluşları, çeşitli bakanlık, siyasi parti, özel sektör, üniversite, gönüllü kuruluşlar, sendikalar ve yerel yönetimlerden temsilciler ile basın mensupları ve yabancı uzmanlar yer almış ve çeşitli başlıklarda tartışmalar yapmışlardır. Katılımcılar çalışma grupları ve genel oturumlarda 5 gün süreyle ulusal sağlık politikası öneri taslağını ve sağlık sektörü reform taslağını tartışmışlardır. Bu tartışmalardan elde edilen dokümanlar bir araya getirilmiş ve Sağlıkın gelişmesine destek, Çevre sağlığı, Yaşam biçimi, Sağlık hizmetlerinin sunumu ve Sağlıklı Türkiye hedefleri olmak üzere 5 ana başlıkta özetlenmeye çalışılmıştır¹⁶⁶.

Bu dönemdeki önemli uygulamalardan birisi de 1992 yılında 3836 sayılı Kanunla¹⁶⁷ kabul edilen ve hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar Devlet tarafından karşılanması amacını güden Yeşil Kart uygulamasıdır.

¹⁶⁵ SOYER (2003), a.g. e, s.307.

¹⁶⁶ SAĞLIK BAKANLIĞI, **Ulusal Sağlık Politikası**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, ANKARA, 1993, s.49.

¹⁶⁷ R.G., **3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun**, Resmi Gazete, Tarih: 3.8.1992, Sayı: 21273.

Bu dönemin en önemli özelliği, izlenen sağlık politikası üzerinde Dünya Bankası'nın rolü olmuştur. Dünyanın birçok ülkesinde yaşanan gelişmelere paralel olarak Türkiye'de de Dünya Bankasının yapısal uyum politikası çerçevesinde önerdiği politikalar benimsenmiş ve bu politikaları desteklemeye yönelik birçok doküman hazırlanarak araştırmalar yapılmıştır¹⁶⁸.

Toplumun sağlık düzeyini ve sağlık sisteminin etkinliğini arttırmak, ülkedeki coğrafi, kentsel ve kırsal farklılıkları azaltarak hakkaniyetli dağılımı sağlamak, verimliliği arttırıp, etkili sağlık hizmetleri sunumu için kaynaklarda rasyonel kullanımı sağlamak, hasta memnuniyeti için sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak ve hizmetlerde sonuçları geliştirmek konularında bir yıl süreyle ulusal ve başta DSÖ olmak üzere Uluslararası kuruluşların görüşü alınıp detaylarıyla tartışılarak bir sağlık reformu teklifini de kapsayan politika dokümanı hazırlanarak 1993 yılında 2.Ulusal Sağlık Kongresinde sunulmuştur¹⁶⁹. Dokümanda ülke sağlığına ilişkin her alan ile ilgili mevcut durum analiz edilmiş ve stratejiler ve hedefler belirlenmiştir. Bu dokümanın en önemli özelliği, sektörle ilgili tarafların büyük çoğunluğunu temsil eden bir katılımın sağlanması ve yapılan Ulusal Sağlık Kongreleri ile herkesin görüşlerini ifade edebileceği bir platformun oluşturulması olmuştur. Bu dokümanda ve daha sonra geliştirilen politikalarda genel sağlık politikaları açısından aşağıdakiler benimsenmiştir¹⁷⁰:

- Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması. Bu çerçevede, hizmet sunucuları açısından rekabeti teşvik edecek bir 'dâhili piyasanın' kurulması.
- Aile hekimliği ile güçlendirilmiş bir birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi.
- Nüfusun tamamını güvence altına alacak bir genel sağlık sigortası sisteminin kurulması.

¹⁶⁸ TATAR, a.g. m, s.155.

¹⁶⁹BEKİR, M. , "Türkiye'nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde Sağlık Politikaları" <<http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul10bmetinsaglik.htm>>. (03.12.2009).

¹⁷⁰ TATAR, a.g. m, s.156.

- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülerek kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen kurumlar haline dönüştürülmesi.

İkinci Ulusal Sağlık Kongresi'nden sonra, Yapısal Uyum Programı ile Sağlık Reformları'nın bağlantılandırılması gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda, "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanun Tasarısı" ile "Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı" 1995 yılında Bakanlar Kurulu'na sunulmuştur. Yine 1995 yılı içinde ilgili kurum ve kuruluşların görüşleri alınarak hazırlanan, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı" da Başbakanlığa sunulmuştur¹⁷¹.

Bu dönemde, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi 7 Mart 1995 tarihinde 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 5. Maddesine göre 22220 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan (95/6560) Bakanlar Kurulu Kararı ile kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmesi statüsüne dönüştürülmüştür.

1993-1997 yılları arasında Türkiye altı farklı Sağlık Bakanı'na sahip olmuş ve sağlık politikaları açısından istikrar çok az olmuştur. Bu dönemde, çeşitli kalkınma planlarında sağlık reformlarına yer verilmeye devam edilmiştir. Örneğin, 1996-2000 yıllarını kapsayan Yedinci Kalkınma Planı¹⁷², sağlıkta kaynakların etkili kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin artırılması amacıyla sistem; finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutları itibariyle yeniden yapılandırılmasını öngörmüş ve sağlık politikalarına süreklilik kazandırılarak, yasaların kararlılıkla uygulanmasının sağlanacağını belirtmiştir. Bu doğrultuda planda yer alan amaçlar şöyle özetlenebilir:

- Genel sağlık sigortasının olabildiğince çabuk başlatılması,
- Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması,

¹⁷¹ÖZSARI, H. ;"Sağlık Reformu Sürecinde Hastanecilik Hizmetlerinin Yeri", <http://www.saglikpaneli.com/content.asp?content_id=257&connection_id=24&connection_table=1&content_type=1>. (03.12.2009).

¹⁷² DPT, 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı, < <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/vii/>>. (11.11.2009).

- Hastanelerin kaliteli sağlık hizmetleri sunmalarına ve kendilerini merkezi yönetim yapısının kısıtlamalarından kurtarmalarına yardımcı olmak için hastanelere özerklik verilmesi,
- Birinci Basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modelinin benimsenmesi ve koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun güçlendirilmesi,
- Ülkedeki sağlık hizmetlerinin izlenmesindeki rolünü güçlendirmek üzere Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması

7. BYKP'de şu ifadeler yer verilerek projelerdeki piyasacı sağlık yaklaşımının korunduğuna dikkat çekilmiştir:

“Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve koruyucu sağlık hizmetleri kamu hizmeti olarak bedelsiz verilmeye devam edilecek, tedavi hizmetlerinin bedeli ise kullanıcılar tarafından ödenecektir. Daha kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunulabilmesi için hastaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturularak, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetim yapıları güçlendirilecek...”¹⁷³

7.Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da öngörüldüğü üzere, Genel Sağlık Sigortası 1998 yılında, “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı” adı altında Bakanlar Kurulu'na TBMM'ne sunulmuş ancak kanunlaşmamıştır. 2000 yılında Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak “Sağlık Sandığı” adı altında tanımlanan bir kanun tasarısı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderilmiş ancak bu da sonuçlanmamıştır¹⁷⁴.

Kasım 2000 ve Şubat 2001'de, Türkiye büyük çaplı bir ekonomik kriz ile karşı karşıya kalmıştır. Para birimi %100'den fazla değer kaybetmiş, enflasyon oranı %68 olmuş ve ekonomi %8 oranında küçülmüştür. İşsizlik oranı arttıkça, ekonomik kriz sağlık anlamında yoksulluk getirmiş ve sosyal etkileri olmuştur. Artan gıda fiyatları ve enflasyon, daha önceleri korunan haneleri yoksulluğa karşı korunmasız hale getirmiştir. Sağlık sektörü üstündeki en önemli etkisi ise kayıtlı sigortalıların

173 TTB, “7. Beş Yıllık Planın Hekimlerle İlgili Bölümleri”, Toplum ve Hekim, Cilt: 11, Sayı: 71,

Ocak-Şubat, s. 76-77, 1996.

¹⁷⁴SAĞLIK BAKANLIĞI (2007), a.g.e, s.19.

sayısında düşüş ve Yeşil Kart sahiplerinin sayısında bir artış olmasıdır (2000-2001 yıllarında 3,2 milyon yeni Yeşil Kart başvurusu yapılmıştır)¹⁷⁵.

Dönemin sonuna denk gelen ve 2001-2005 yıllarını kapsayan 8. Beş Yıllık Kalkınma Planında Türkiye'nin sağlık profili; koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilemediği ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleriyle birlikte yaygın, sürekli ve etkili sunumunun sağlanamamış olduğu; ayrıca hastanelerin yönetsel ve mali özerkliğe kavuşturulamayarak, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmemiş olduğu yönünde çizilmiş ve Plan'da amaçlar olarak; koruyucu sağlık hizmeti sunumunun birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle birleştirilerek etkinleştirileceği, kentsel kesimde birinci basamak sağlık hizmet kapasitesinin geliştirileceği, semt polikliniği uygulamasının yeniden yapılandırılacağı, piyasa koşullarında hizmet üreten özel sağlık kuruluşlarının olanaklarından yararlanılacağı ve aile hekimliği uygulamasına geçileceği sıralanmıştır.

5.1. Dünya Sağlık Örgütü ile İşbirliği İçinde Yürütülen Sağlık Projeleri

DSÖ Avrupa Bölge Bürosu tarafından 1987 yılında "Herkes İçin Sağlık" hareketi çerçevesinde yerel düzeydeki tüm toplum kesimlerinin sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunmasını amaçlayan "Sağlıklı Şehirler Projesi"ne ilişkin olarak, ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve DSÖ Türkiye Temsilciliği'nin işbirliğiyle 9-12 Kasım 1993 tarihlerinde Birleşmiş Milletler İhtisas Kuruluşları (UNDP, UNICEF, FAO) ve başta Ankara, İstanbul ve İzmir olmak üzere çeşitli illerin belediye başkanlarının katılımıyla bir dizi toplantı düzenlenmiştir. 11-12 Temmuz 1994 tarihlerinde İzmir'de gerçekleştirilen DSÖ Sağlıklı Şehirler Türkiye Uygulaması Bilgilendirme Toplantısı'na Sağlık Bakanlığı ve DSÖ yetkilileri ile 20 ilin belediye başkanları, il sağlık müdürleri ve ticaret ve sanayi odaları temsilcilerinin yanı sıra Çevre Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, İller Bankası ve UNICEF'den temsilciler katılmışlardır. Toplantıda 20 ilin konuyla ilgili en yüksek idarecilerine Sağlıklı Şehirler Projesi ve diğer ilgili projeleri içeren DSÖ'nün ilkeleri ve çalışma metotları hakkında bilgi verilmiş, Türk şehirleri ağının kurulmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Sağlıklı Şehirler Projesi'nin ülkemizde uygulamaya

¹⁷⁵ OECD, **Sağlık Sistemi İncelemeleri- Türkiye** – ISBN 978-975-590-282-1 – © OECD VE IBRD/Dünya Bankası 2008, s.34.

konulmasından sonra Bursa ili ve Ankara/Çankaya ilçesi Sağlıklı Şehirler Ağı'na katılmak üzere DSÖ'ne başvurmuşlardır¹⁷⁶.

Takip eden yıllarda, Sağlık Bakanlığı ile DSÖ Avrupa Bölge Direktörlüğü arasında yürütülen çalışmalar çerçevesinde 30 Ocak 1995 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Doğan BARAN, Dışişleri Bakanlığı Türk İşbirliği ve Kalkınma Ajansı Başkanı Büyükelçi Umut ARIK ve DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Dr.Jo Eirik ASVALL tarafından imzalanan protokol çerçevesinde, Ankara'da "Sağlık Hizmetleri politikaları İçin DSÖ Avrupa Proje Ofisi" kurulmuştur¹⁷⁷.

Söz konusu Proje Merkezi, özellikle yaşanan hızlı değişim süreci nedeniyle sosyo-ekonomik açıdan bir geçiş döneminde bulunan Orta Asya ve Kafkas ülkelerinin ihtiyaçlarına özel önem verecek sağlık hizmetleri politikaları ve sağlık gelişimi analizi ile ilgili alanlarda faaliyet göstermek amacıyla kurulmuştur¹⁷⁸.

Bu dönemde de 1986-1987 döneminden itibaren yürütülen "Orta Dönem İşbirliği Programları"na devam edilmiştir¹⁷⁹:

-1990-1991 İşbirliği Programı: Dönemin Sağlık Bakanı Halil ŞIVGIN ile DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Dr.Jo Eirik ASVALL tarafından imzalanmış ve 420.000 ABD Doları düzenli bütçe ve 476.000 ABD Doları diğer kaynaklardan sağlanan bütçe ayrılmıştır.

-1992-1993 İşbirliği Programı: Resmi olarak yeni bir metin imzalanmamış, ancak geçen yıllarda devam eden projelerin çalışmaları ve mali destek devam etmiştir. 200.000 ABD Doları düzenli bütçe ve 390.000 ABD Doları diğer kaynaklardan sağlanan bütçe ayrılmıştır.

-1994-1995 İşbirliği Programı: Dönemin Sağlık Bakanı Dr.Doğan BARAN ile DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Dr.Jo Eirik ASVALL tarafından imzalanmış olup, 200.000 ABD Doları düzenli bütçesi, 721.000 ABD Doları diğer kaynaklardan sağlanan bütçesi vardı. Bu program 7 öncelikli alanda (herkes için sağlık politikası,

¹⁷⁶ WHO, a.g.e., s.6.

¹⁷⁷ WHO, a.g.e., s.7.

¹⁷⁸ WHO, a.g.e., s.7.

¹⁷⁹ WHO, a.g.e., s.9.

hastalıkların önlenmesi ve hizmet kalitesi, sağlıklı yaşam şekilleri, sağlıklı çevre, sağlık hizmetleri organizasyonu ve idaresi, sağlığın geliştirilmesi için destek ve genel program gelişme) 25 projeyi kapsamaktaydı.

-1996-1997 İşbirliği Programı: Dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr.Aytun ÇIRAY ile DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Dr.Jo Eirik ASVALL tarafından imzalanmış olup, 200.000 ABD Doları düzenli bütçesi vardı.

2000-2001 Orta Vadeli İşbirliği Programı anlaşması DSÖ ile TC Sağlık Bakanlığı arasında 16 Mayıs 2000 tarihinde, Cenevre' de imzalanmış ve 9 Ağustos 2000 gün ve 24135 sayılı Resmi Gazete' de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu Programda, Türkiye'nin sağlık alanında belirlediği öncelikler ile DSÖ'nün önceliklerinin bir ortak noktasını oluşturan projeler ortaya çıkmıştır. Bunlar; Çocukluk Hastalıklarının Bütüncül Yönetimi, Polio' nun Eradike Edilmesi Programı, Afet Yönetimi, Halk Sağlığı Eğitimi, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Sıtma Kontrolü "Ulusal Sıtma Kontrol Projesi, Tüberküloz Kontrolü Projesi, Hipertansiyon Kontrolü, Ulusal Çevre Sağlığı Faaliyet Planı (NEHAP) ,Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı projesi, Temel Sağlık Hizmetleri Sunumu için Organizasyon yapısı ile ilgili Proje, Acil Tıbbi Hizmetlerin Geliştirilmesi Stratejisi, İlaç Politikaları Geliştirilmesi, Halk Sağlığında Kapasite Oluşturulması, Ulusal Sağlık 21 Politikası Belirleme Projesi, Sağlıklı Şehirler Projesi (Bursa Network' e üye oldu), Kaynak Seferberliği, Yönetim, Koordinasyon ve Orta Vadeli İşbirliği Programı Değerlendirilmesinin Uygulanması projeleridir¹⁸⁰.

DSÖ ile Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı arasında sürdürülen çalışmalar sonucu "2002-2003 İki Yıllık İşbirliği Anlaşması" 16 Mayıs 2002 tarihinde imzalanarak yürürlüğe girmiştir. Bunlar; Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele, Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi, Ulusal İlaç Politikaları, Acil Durum Hizmetlerinin Güçlendirilmesi ile Aile ve Üreme Sağlığı projeleridir¹⁸¹.

¹⁸⁰ WHO, a.g.e., s.9.

¹⁸¹ WHO, a.g.e., s.9.

5.2.Dünya Bankası ile İşbirliği İçinde Yürütülen Sağlık Projeleri

Bu çalışmalar, Sağlık Projeleri adıyla, hem geleceğe yönelik model tasarımları geliştirilmesi, hem de mevcut hizmetlerin iyileştirilmesi gibi oldukça geniş kapsamlı ve uzun vadeli hedefleri olan, parça - bütün ilişkili örnek çalışmalardır. Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmaya çalışıldığı tüm dünya ülkeleri gibi ülkemizde de temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi yoluyla halkın sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlayan bu projelerin diğer önemli bir amacı da, Sağlık Bakanlığı'nın yönetim kapasitesinin geliştirilmesi, sağlık sektöründe finansman ve hizmet sunumunda yeni modellerin geliştirilmesini hedefleyen reform çalışmalarının desteklenmesidir¹⁸².

Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası arasında sırasıyla Birinci Sağlık Projesi, İkinci Sağlık Projesi ve Temel Sağlık Hizmetleri Projesi anlaşmaları imzalanmıştır. Projeleri yürütmek amacıyla 1990 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Proje Genel Koordinatörlüğü kurulmuştur.

5.2.1. Birinci Sağlık Projesi

3057 TU Numara ile Dünya Bankası ve Türk Hükümeti arasında 7 Ekim 1990 tarihinde Birinci Sağlık Projesi imzalanmıştır. Sağlık projelerini yürütmek için Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kurulmuştur. 1991 yılında çalışmaları başlatılan ve 1998 sonunda tamamlanacak olan 1. Sağlık Projesi toplam 147.470.000 ABD \$ bütçeye sahip olup, bunun 75 milyon doları Dünya Bankası kredisi, 72.47 milyon doları ise hükümet katkısıdır¹⁸³.

Projenin amacı, 8 proje ilinde (Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Mardin, Muğla, Sivas, Tokat, Yozgat) halkın sağlık düzeyini yükseltmek, sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinlik, verimlilik ve ulaşılabilirliğini artırmak olarak belirlenmiştir. Bu amaç doğrultusunda proje kapsamında tanımlanan her türlü mal, teçhizat ve hizmet alımlarında 2886 Sayılı Devlet İhale Kanununun uygulanmayacağı yönünde Bakanlar Kurulu Kararı alınmış ve ayrıca donanım ve malzeme alınmasına yardımcı olmak, teknik destek sağlamak, Sağlık Bakanlığı bünyesinde, uluslararası satın alma

¹⁸²SAĞLIK BAKANLIĞI, **Gelir Seviyeleri, Hane Halkı Yapısı ve Mal Varlığı Arasındaki İlişkiler Araştırması**, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ağustos, 1996, s.1.

¹⁸³ÖZSARI, Haluk, "Sağlık Projeleri Ve Sağlık Enformasyon Sistemleri Çalışmaları Hakkında Genel Bilgi Notu", **Modern Hastane Yönetimi**, Cilt:2, Sayı:6, Ağustos-Eylül 1998, s. 15.

kapasitesini güçlendirmek ve yönetime destek sağlamak amacıyla Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) çerçevesinde Yönetim ve Destek Hizmetleri Antlaşması (MSA) imzalanmıştır. Söz konusu Karar ve Antlaşma, proje bazında hızlı, esnek ve etkinliğe dayalı inisiyatif kullanabilen bir örgütsel yapı kurulmasını amaçlamıştır¹⁸⁴.

Birinci Sağlık Projesi; il sağlık hizmetlerinin, özellikle de temel sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve güçlendirilmesi (sağlık programları ve hizmet içi eğitimler, temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, yeni inşaatlar, mevcut tesislerin onarımı, satın almalar), kurumsal kapasitenin geliştirilmesi (insan gücü geliştirme, insan gücü planlanması, temel eğitim, yurt dışı eğitim, sağlık bilgi sistemlerinin kurulması, temel istatistik modülü, çekirdek kaynak yönetim sistemi, sağlık bilgi sistemlerini kullanacak personel eğitimi, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının desteklenmesi bölümlerinden oluşmuştur¹⁸⁵.

Günümüzde bu proje kapsamında geliştirilen ve hala uygulaması devam eden faaliyetler mevcuttur. Örneğin, Temel Sağlık İstatistikleri Modüllü (TSİM), 1.Sağlık Projesi İkaz Anlaşması çerçevesinde imzalanan Birinci Sağlık Projesi kapsamında planlanıp, 1997 yılında kullanıma girmiş olup, program 10.01.2005 tarihinden itibaren web tabanlı bir yapıya dönüştürülerek kullanımına devam edilmektedir¹⁸⁶.

Ancak, bu iyi niyetli amaç zaman içerisinde, başta proje genel Koordinatörü olmak üzere bağlı bulunduğu bakanlık yöneticileri tarafından proje dolayısıyla kamu kaynaklarının israfına ve kötü kullanımına dönüşmüştür. Ortaya çıkan şikâyetler üzerine soruşturma yapan Başbakanlık Teftiş Kurulu Başkanlığının raporlarında ve Dünya Bankası tarafından hazırlanan proje kapanış raporunda bu durum açıkça belirtilmektedir. Belgelerde, proje ile hastane inşaatlarındaki keşif artış oranlarının % 300'leri aştığı, ek imalatların önemli bir kısmının işletilemeyecek düzeyde teknolojiyi içerdiği ve bunların proje bütçesine, dolayısıyla hazineye yaklaşık 32 trilyon Türk Lirası (80 milyon ABD doları) büyüklüğünde bir ek yük getirdiği vurgulanmıştır. Bunun yanında Bakanlığın kurumsal kapasitesini artırmak amacıyla

¹⁸⁴KUTBAY, E. , Sağlık Reformları Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye”, **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, S.11-12, s.33-35, Eylül-Aralık 2002. < <http://kamyon.politics.ankara.edu.tr/dergi/belgeler/kydd/55.pdf>>. (E.T.03.06.2010).

¹⁸⁵YILDIRIM, H. H. , Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme, **Hastane Yaşam Dergisi**, Yıl:1, S.3-4, s.16-20, Ekim-Aralık 2004.

¹⁸⁶SAĞLIK BAKANLIĞI, **Tarihçe**, < <http://www.pydb.saglik.gov.tr/node/69>>. (16.03.2010).

Yönetim ve Destek Hizmetleri Antlaşması üzerinden öngörülen ve mevcut kamu personeli arasından temin edilemeyen personelin sözleşmeli istihdamının kötüye kullanılarak teknik yeterlilik yerine siyasî tavassutlara yer verildiği ve fazla sayıda personel istihdamı ile 1 trilyon Türk Lirasının israf edildiği belirtilmiştir¹⁸⁷.

5.2.2. Sağlıklı Şehirler Projesi

DSÖ Avrupa Bölge Bürosu tarafından 1987 yılında “Herkes İçin Sağlık” hareketi çerçevesinde yerel düzeydeki tüm toplum kesimlerinin sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunmasını amaçlayan “Sağlıklı Şehirler Projesi” başlatıldı. Projenin amacı, şehirlerde karar alma sürecinde yer alan yönetici, işadami ile kamuoyunu oluşturan medyanın sağlığı gündemlerine almaları ve yerel düzeyde halk sağlığını geliştirmek için güçlü bir lobi oluşturmalarıdır. En son aşamada proje şehirlerde yaşayanların fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel esenliğinin geliştirmeyi hedeflemektedir¹⁸⁸.

Projeye ilişkin olarak ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve DSÖ Türkiye Temsilciliği’nin işbirliğiyle 9-12 Kasım 1993 tarihlerinde Birleşmiş Milletler İhtisas Kuruluşları (UNDP, UNICEF, FAO) ve başta Ankara, İstanbul ve İzmir olmak üzere çeşitli illerin belediye başkanlarının katılımıyla bir dizi toplantı düzenlenmiştir. Toplantıda 20 ilin konuyla ilgili en yüksek idarecilerine Sağlıklı Şehirler Projesi ve diğer ilgili projeleri içeren DSÖ’nün ilkeleri ve çalışma metotları hakkında bilgi verilmiş, Türk şehirleri ağının kurulmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Sağlıklı Şehirler Projesi’nin ülkemizde uygulamaya konulmasından sonra Bursa ili ve Ankara’nın Çankaya ilçesi Sağlıklı Şehirler Ağı’na katılmak üzere DSÖ’ne başvurmuşlardır¹⁸⁹.

¹⁸⁷ Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurul Tutanağı, 21. Dönem 1. Yasama Yılı 32. Birleşim 13/ Temmuz /1999 Salı, Suat Çağlayan ve 26 arkadaşının Dünya Bankası tarafından desteklenen Birinci Sağlık Projesiyle ilgili iddiaların araştırılarak alınması gereken tedbirlerin belirlenmesi amacıyla Meclis araştırması açılmasına ilişkin önergesi (10/34)

¹⁸⁸ SAĞLIK BAKANLIĞI, **Sağlıklı Şehirler Projesi**, <<http://www.saglik.gov.tr/extras/temelcevreprojeler/ssp.htm>>. (09.05.2010)

¹⁸⁹ WHO, “**Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İle İlişkileri**”, <<http://undp.un.org.tr/who/yayinlar/DSO1.html#3.3>>. (25.11.2009).

5.2.3. İkinci Sağlık Projesi

Hazırlık çalışmaları 1992-1993 yılları arasında gerçekleştirilen proje, Dünya Bankası ile Türkiye arasında 28 Eylül 1994 tarihinde imzalanarak, 22 Aralık 1994 tarihinde 22149 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 3805 no'lu borçlanma sözleşmesi ile birlikte başlamıştır. 1995-2001 yılları arasında gerçekleştirilmesi planlanan 2. Sağlık Projesi için toplam 200.000.000 ABD \$ bütçe öngörülmüş ve bunun 150 milyon doları Dünya Bankası kredisi, 50 milyon doları ise hükümet katkısı olarak belirlenmiştir¹⁹⁰.

23 proje ilde (Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkâri, Iğdır, Kars, Malatya, Kahramanmaraş, Muş, Siirt, Şanlıurfa, Şırnak, Tunceli, Van) yürütülen 2. Sağlık Projesinin temel amaçları ve etkinlikleri:

- Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi
- Sağlık birimlerinin yeniden inşası, onarımı ve yenilenmesi
- Tıbbi cihaz ve donanım desteği,
- Taşıt desteği,
- Temel sağlık hizmetlerinin eğitim ve etkinliğinin ölçülmesi,
- Temel sağlık hizmetleri müdahale alanlarında destek sağlanması,
- Sağlık politikaları ve yönetim geliştirme
- Sağlık hizmetleri yönetim eğitimi,
- Hastane yönetiminin yeniden yapılandırılması,
- Yönetim bilgi sistemlerinin geliştirilmesi şeklinde özetlenebilir¹⁹¹.

Bu çerçevede, ülke çapında sağlık bilgilerinin güncel ve güvenilir olarak elde edilmesi, ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın etkinlik düzeyini artırmak üzere insan gücü, mali kaynaklarının izlenebilmesi ve yönlendirilebilmesi amaçlarıyla Sağlık Enformasyon Sistemleri (SES) alanında da çalışmalar yapılması planlanmıştır.

¹⁹⁰ R.G., **Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (İkinci Sağlık Projesi)**, Resmi Gazete, Sayı: 22149, 22 Aralık 1994, s. 2-3.

¹⁹¹ ÖZSARI (1998), a.g. m, s.15.

SES çalışmalarına 1992-1993 yıllarında gerçekleştirilen planlama aşamasıyla başlanmıştır. Hazırlanan ana planda, SES'in çeşitli bilgi sistemlerinden oluştuğu ve bunların dört ana grupta toplanabileceği saptanmıştır.

Bu gruplar;

1. Temel Sağlık İstatistikler Modülü,
2. Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi,
3. Hastane Bilgi Sistemleri,
4. Üst Düzey Karar Destek Modülü olarak belirlenmiştir.

İkinci sağlık projesiyle planlanan bu modüllerin hepsi hayata geçirilmiş ve konuyla ilgili başarılı çalışmalar yapılmıştır. Günümüzde de geliştirilerek uygulamasına devam edilen bu modüllerin özelliklerini, Sağlık Bakanlığı bilgileri doğrultusunda, şöyle özetleyebiliriz:

5.2.3.1. Temel Sağlık İstatistikleri Modülü

Bu modül 80 ilimizdeki birinci basamak sağlık kuruluşundan başlayarak toplanan sağlık durumu verileri derlenerek, Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve İl Sağlık Müdürlüklerinin aşağıda belirtilen konulardaki sorumluluklarını yerine getirmelerinde gereken temel sağlık bilgilerini sağlamak ve kullanıma sunmak amacıyla oluşturulmuştur¹⁹².

Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) kapsamında sağlık göstergelerini geliştirme çalışmaları yapılmış ve 300'ün üzerinde gösterge (doğum/ölüm istatistikleri, toplam doğurganlık hızı, doktor başına düşen nüfus, çevre sağlığı göstergeleri vb) belirlenmiştir. Bu göstergeler modülün en önemli çıktılarını oluşturmaktadır. Ayrıca, 1963 yılından beri değiştirilmeyen ve TSİM'nün girdilerini sağlayan 128 veri toplama ve bildirim formu revize edilmiş, formlardaki tutarsızlıklar, eksiklikler ve fazlalıklar belirlenerek konsolide edilmiş ve form sayısı 58'e indirilmiştir. TSİM verilerin doğruluk, bütünlük ve tutarlık kontrollerini

¹⁹² ONAY, Zeynep, "Sağlık Sektöründe Bilgi Sistemleri", D.E.Ü.İ.İ.B.F.Dergisi, Cilt:13, Sayı:II, Yıl:1998, s. 35-46

yaparak, ülke, bölge, il, ilçe ve kurum düzeyinde değişik zaman aralıklarının kapsandığı raporlar üretmektedir¹⁹³.

Bu sistem geliştirilmeden önce sağlık istatistiklerinin elde edilmesi amacıyla Bakanlık teşkilatlarınca (Hastaneler, Sağlık Ocakları, Verem Savaş dispanserleri, AÇSAP Merkezleri...) 128 farklı veri formu bulunmakta idi. Pek çoğu 1963 yılında geliştirilen bu formlardan elde edilen veriler günümüzün raporlama sistemine ve ihtiyaçlarına cevap vermekten uzaklaşmıştı. Bu formlar proje çalışmaları ile birlikte revize edilmiş ve form sayısı 58'e indirilmiştir.

5.2.3.2. Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi

1 Eylül 1997 tarihinde İkinci Sağlık Projesi kapsamında başlatılan ve anahtar teslimi bir Dünya Bankası projesi olan Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS) Projesi, Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı (SBMT) ve 81 İl Sağlık Müdürlüğü (İSM) bünyesindeki insan gücü, malzeme, ilaç-eczacılık ve mali kaynakların yönetiminde bilgi teknolojilerini kullanarak daha çağdaş, etkin ve verimli kurumsal bir yapıya geçilmesini amaçlayan bir projedir. Projenin bu amaç doğrultusunda hedefleri¹⁹⁴;

- Sağlık bakanlığı Merkez Teşkilatı ve İl Sağlık Müdürlükleri arası bilgi akışının hızlandırılması,
- Kaynakların izlenmesi ile ihtiyaçların daha çabuk tespit edilmesi,
- Planlamaya yönelik istatistik ve raporların süratli ve eksiksiz bir şekilde alınması,
- Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ile 81 İl Sağlık Müdürlüğü'nün online olarak faaliyet göstermesi ve bu sayede eşgüdüm ve standardizasyonun sağlanması,
- Yönetim Karar Destek mekanizmalarının çalıştırılmasıdır.

Proje kapsamında; Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve tüm 81 İl Sağlık Müdürlüğünde teknolojik altyapının ve donanımın sağlanması ve kurulumu, yazılım geliştirme, eğitim ve yerinde destek hizmetleri yer almıştır. Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS) Uygulama yazılımı İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi

¹⁹³ ONAY, a.g.m., s.39.

¹⁹⁴ S.B., <http://www.saglik.gov.tr/IMID/belge/1-8236/kurumsal.html>, (E.T. 19.04.2010)

(İKYS), Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi (MKYS), Finans Kaynaklar Yönetimi Sistemi (FKYS) ve İlaç ve Eczacılık Bilgi Sistemi (İEBS) olmak üzere dört bilgi sisteminden (ana modülden) oluşmaktadır. Bu bilgi sistemlerinin her birinin altında çok sayıda alt bilgi sistemleri (alt modüller) bulunmaktadır¹⁹⁵.

5.2.3.3. Hastane Bilgi Sistemleri

Sağlık Projesi kapsamında yapılan “Hastane Bilgi Sistemleri” çalışmasının hedefi, ülke çapında tüm hastanelerin Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu olarak yürütülen izlenme ve denetimlerinde, ayrıca kurumlar arası ve kurumlarla bakanlık arasındaki bilgi aktarımlarında tutarlılığı sağlayacak bilgi sistemleri çerçevesinin çizilmesidir. Bu kapsamda temel hastane yönetimi işlevlerini kapsayacak bir bilgi sistemi tanımı yapılmış ve devlet hastanelerine bilgi sistemleri alımında yazılım, donanım, eğitim ve proje yönetimi bakımlarından nitelik güvencesini sağlayacak temel ilkeleri tanımlayan bir doküman (Hastane Bilgi Sistemleri Çerçeve ilkeleri) hazırlanarak tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerine dağıtılmıştır¹⁹⁶.

5.2.3.4. Üst Düzey Karar Destek Modülü

TSİM ve ÇKYS kapsamında oluşacak sağlık bakanlığı bütünlük veri tabanından bakanlık üst düzey yönetiminin gerek duyacağı bilgilerin, rapor, karşılaştırma ve değerlendirmeleri biçiminde çekilebileceği bir karar destek modülü olarak tasarlanan bu modülün, TSİM ve ÇKYS'nin uygulamaya girmelerinin ardından gerçekleştirilmesi planlanmıştır¹⁹⁷.

Birinci ve ikinci sağlık projelerinde belirtilen hedeflere maalesef zamanında ulaşamadı. Bunun üzerine 1999 yılında Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı bünyesinde oluşturduğu bir yazılım ekibi ile Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) uygulama yazılımını yazdırmaya ve pilot hastane olarak Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulamaya başladı. Fakat 2003 yılının sonunda hükümet değişikliği nedeniyle Sağlık Bakanlığı bu projeyi durdurdu ve hastanelerin HBYS ihtiyaçlarını döner

¹⁹⁵SAĞLIK BAKANLIĞI, **Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS) Projesi**, <<http://www.e-saglik.gov.tr/cekirdek-kaynak-yonetimi-sistemi-ckys-id55-18.html>>. (02.12.2009)

¹⁹⁶ ÖZSARI, (1998), a.g.e, s.17.

¹⁹⁷ ÖZSARI, (1998), a.g.e, s.18.

sermaye kaynaklarını kullanarak, özel sektör firmalarından temini yolunda bir politika uygulamaya başladı¹⁹⁸.

5.3.Temel Sağlık Hizmetleri Projesi

Dünya Bankası ile 22 Eylül 1997’de imzalanan proje, 17 Aralık 1997 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Projenin değeri 14.500.000 dolardır. Projenin uygulanacağı iller Bilecik ve Eskişehir’dir. Bu projenin diğer iki sağlık projesinden farkı Türkiye’de Aile Hekimliği sisteminin kurulmak istenmesidir. Projenin alt başlıklarında ise aile hekimliği ve sevk sisteminin oluşturulması için teknik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin sağlanması, eğitim ihtiyaçlarını ve programlarını saptamak, aile hekimliği uygulamalarına destek sağlamak için proje illerinde seçilen kamu sağlığı merkezlerinin iyileştirilmesi vardır. Bakanlık bu yasayla 224 Sayılı yasayı kırsal yörelerde aynen korunmasını, kentlerde ise aile hekimliği sistemini kurmayı amaçlanmıştır¹⁹⁹.

Bu proje kapsamında, Eskişehir ve Bilecik’te mevcut, 33 sağlık evi, 21 şehir tipi sağlık ocağı, 35 köy tipi sağlık ocağı onarılarak, "Aile Hekimi Ofisi" haline ve mevcut birinci basamak sağlık kuruluşlarından 26 adeti de kamu sağlık merkezine dönüştürülmesi planlanmıştır. Proje kapsamında, sağlık hizmetlerinde geliştirilecek sevk sisteminin ve aile hekimliği sisteminin işlerliğini sağlamak üzere, kapsamlı uyum eğitimleri yapılması ve bilgisayar teknolojilerine dayanan birinci basamak sağlık hizmetleri bilgi sisteminin geliştirilmesi ve kurulması amaçlanmıştır. Uygulamaya konulamayan bu sistem ile bilginin il sağlık müdürleri ile birinci basamak sağlık kuruluşları arasında, doğru ve hızlı bir şekilde aktarılması ve hastalarla ilgili sağlık bilgilerinin izlenmesini de amaçlanmıştır. Ayrıca bu proje, çerçevesinde yapılan yatırımların ülke çapında uygulanabilirliğinin sağlanması amacıyla, etkin bir izleme ve değerlendirme sisteminin kurulması ve Sağlık Bakanlığı’nın, sağlık ekonomisi analizleri konusundaki kapasitesinin geliştirilmesi planlanmıştır. Böylelikle, Eskişehir ve Bilecik illerinin temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği konusunda, ABD ve Avrupa Birliği standardında, imkân ve olanaklara ulaşması hedeflenmişti²⁰⁰. Günümüzde uygulamaya konulan aile hekimliği sistemine

¹⁹⁸ AK, B. , **Türkiye’de Sağlık Bilişimi**, < ab.org.tr/ab09/kitap/ak_AB09.pdf>. (15.06.2011)

¹⁹⁹ KUTBAY, a.g. m, s.35.

²⁰⁰ KUTBAY, a.g. m, s.36.

benzer bir sistem bu dönemde de uygulamaya konulmaya çalışılmış ama siyasi kararlılık olmadığı için çeşitli gerekçelerle, plan aşamasından çok öteye gidememiştir²⁰¹.

Türkiye Dünya Bankasından Birinci Proje için 75 milyon dolar, ikinci proje için 150 milyon dolar ve temel sağlık hizmetleri adı altındaki üçüncü proje için ise 14,5 milyon dolar borç almıştır. Sonuca ulaştırılmayan bu projeler ile Türk Sağlık Sistemi kısmen de olsa özelleştirilmeye çalışılmıştır. Ancak alınan kredilerin hem finansal hem de alternatif maliyetinin yüksekliği nedeniyle, ülkenin borç yükünü ağırlaştırmanın dışında bir sonuç elde edilememiştir²⁰².

6. 2002 SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI

3 Kasım 2002 seçimleri ve AKP Hükümeti ile birlikte sağlık politikalarında 1980’li yıllardan beri yapılmaya çalışılan sağlıkta dönüşüm çalışmaları büyük bir hız kazanmıştır. AKP Hükümeti iktidara gelmesinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde Acil Eylem Planı’nı açıklamış ve “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Bu hedefler arasında; Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel olarak yeniden yapılandırılması, tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması, sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının ayrılması, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, genel sağlık sigortası sistemi ve konuyla ilgili kurumunun kurulması, anne ve çocuk sağlığına önem verilmesi, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi, tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri, kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi, sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi yer almıştır²⁰³.

3 Kasım 2002 genel seçimleri sonrasında Adalet ve Kalkınma Partisi tarafından kurulan Hükümet’in Programı, 23 Kasım 2002’de TBMM Genel Kurulu’nda dönemin başbakanı Abdullah Gül tarafından okunmuştur. Okunan

²⁰¹ YILDIRIM, a.g.e, s.125.

²⁰² YILDIRIM, a.g.e, s.125.

²⁰³ GÜL, A. , T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (3 Ocak 2003), <<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/>>. (04.12.2009).

hükümet programının sağlık hizmetleri ile ilgili olan kısmında, Acil Eylem Planı'nda "Herkesine Sağlık" başlığı altında sağlık alanında öngörülen temel hedeflerin program dâhiline alındığı görülmektedir. 58. Hükümet Programı'nda, nitelikli bir sağlık hizmeti için: devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımının kaldırılarak, hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacağı; Sağlık Bakanlığı'nın, oluşturulacak bu yeni sisteme göre yeniden yapılandırılacağı, sağlık sektörüne rekabet getirileceği, sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacağı, sağlık sigortasının, uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılarak nüfusun tamamını kapsayacak şekilde bir Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacağı ve prim ödeme gücü bulunmayanların primleri devlet tarafından ödeneceği açıklanmıştır. Programda ayrıca, aile hekimliği uygulamasına geçilerek, sağlam bir hasta sevk zinciri sistemi kurulacağı, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde bilişim teknolojisinden azami ölçüde yararlanılarak sağlık bilgi sistemi kurulacağı ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nin Dünya standartlarına göre yeniden düzenlenerek, hasta haklarının korunması konusundaki hukuki eksikliğin giderileceği belirtilmiştir²⁰⁴.

Hükümet, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi konusundaki çalışmalarına kanunlarla destek veren uygulamalarla başlamıştır. Konuyla ilgili, öncelikli olarak Özel Hastaneler Yönetmeliği çıkarılmıştır. 27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Özel Hastaneler Yönetmeliği"nin amacı; etkin, verimli ve nitelikli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere, bütün özel hastanelerin kuruluş, hizmet ve çalışan standartlarının saptanmasına, uygun olarak örgütlenmesine ve bunların açılmalarına, çalışmalarına, kapanmalarına ve denetlenmelerine ilişkin ilke ve yöntemleri düzenlemek olarak belirtilmiştir.

Bu gelişmelerin sonrasında, 2003 yılı başında hazırlanarak kamuoyuna sunulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nda sekiz tema etrafında dönüşüm hedeflenmiştir.²⁰⁵

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası

²⁰⁴GÜL, A., 58. Hükümet Programı (23 Kasım 2002), <<http://www.belgenet.com/hukümet/program/58-1.html>>. (04.12.2009).

²⁰⁵ S.B (2007), a.g. e, s.18.

3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti
 - a) Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
5. Sistemi destekleyecek bilim ve eğitim kurumları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi sistemi,

Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) Genel Başkanı Recep Tayyip Erdoğan'ın, 9 Mart 2003 Siirt Milletvekili Yenileme Seçimi'nde parlamentoya girmesinden sonra, AKP Kayseri Milletvekili Abdullah Gül başkanlığındaki 58. Hükümet, 11 Mart'ta istifa etti ve Erdoğan başkanlığındaki 59. Hükümet (2. AKP Hükümeti), 14 Mart 2003'de kurulmuştur. 18 Mart 2003 tarihinde Başbakan Recep Tayyip Erdoğan tarafından TBMM'ye sunulan 59. Hükümet Programı'nda 58. hükümet döneminin sağlıkla ilgili hedeflerinin tekrarlandığı görülmektedir. Başbakan Recep Tayyip Erdoğan tarafından okunan Programa göre; sağlık hizmetleri bütün yönleriyle çağdaş gelişmelerin gerisinde kalmış; maliyetler, sistem kaçakları nedeniyle çok artmış, sağlık hizmetleri ulaşılamaz hale gelmiş, standart birliği kalmamış ve sağlıklı bir nesil yetiştirebilmek için, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği bir yapıya kavuşturulabilmesi kaçınılmaz hale gelmiştir. Ayrıca, sosyal güvenlik kuruluşlarının asıl yapması gereken işlerini engelleyen sağlık işleriyle uğraşması, bu kuruluşları da verimsiz hale getirmiştir. Bu sorunlar nedeniyle; kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibarıyla ihtiyaca cevap veremeyecek hale gelmiş olan sağlık sisteminde, köklü değişiklikler yaparak herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemini oluşturmakta kararlı olduğunu açıklayan hükümet, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesini sosyal devlet anlayışının vazgeçilmez

unsurları arasında görmekte olduğunu ve sağlık hizmetlerinin bütünsel bir anlayışla ele alınarak, yeni bir yapılanma ve işbirliğine gidileceğini açıklamıştır²⁰⁶.

2003 yılında 58 ve 59. Hükümet tarafından sağlık alanında hazırlanan program ve “Herkesin Sağlık” başlığı altında belirlenen temel hedefler ışığında Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı “Sağlıkta Dönüşüm Programını” hazırlamıştır. Aynı yıl Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ortak çalışarak, “Policy and Human Resources Development Fund” (PHRD) ve Dünya Bankası katkıları ile Japon Kalkınma Bankasından hibe olarak “Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Sağlıkta Dönüşüm Projesi” (SDP) hazırlık çalışması yapmışlardır. PHRD hibesinden yapılan çalışmalar, Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) yürürlüğe konmadan önce aile hekimliği, akreditasyon ve sağlık bilişimi alanlarındaki mevcut durumun değerlendirmesi ve paydaş analizlerini kapsamıştır²⁰⁷.

2004 yılında Dünya Bankası ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti 49 milyon Euro’luk bir kredi anlaşması yapmıştır. Anlaşma gereği “Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin yürütücüleri Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarıdır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın projeyi yürütme sorumluluğu Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) kurulması ile birlikte SGK’nın sorumluluğu altına verilmiştir. Halen Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu; Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin ana sorumlularıdır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile genel olarak sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması hedeflenmektedir.

24 Mart 2004 yılında Sağlıkta Dönüşüm Projesinin yürütülmesine yardımcı olmak üzere Proje Yönetim Destek Birimi kurulmuştur. Önceden mevcut olan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünün fiziksel ve insan kaynakları bu tarihten itibaren Proje Yönetim Destek Birimi olarak varlığını ve faaliyetlerini sürdürmüştür²⁰⁸.

²⁰⁶ ERDOĞAN, R.T. , **59. Hükümet Programı (18 Mart 2003)**, <<http://www.belgenet.com/hukümet/program/59-3.html>>. (04.12.2009).

²⁰⁷ SAĞLIK BAKANLIĞI, **Sağlık 2005**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2005, s.188.

²⁰⁸ SAĞLIK BAKANLIĞI, **Proje Yönetim Destek Birimi Tarihiçe**, <<http://www.pydb.saglik.gov.tr/node/69>>. (05.12.2009).

30 Haziran 2009 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı (SGK) tarafından yürütülecek Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi'nin finansmanı için Türkiye Cumhuriyeti ile Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası arasında 56 milyon 100 bin avro tutarındaki krediye dair anlaşma imzalanarak, imza tarihinden geçerli olmak üzere yürürlüğe girmesine ilişkin Bakanlar Kurulu kararı, Resmi Gazete'de yayımlanmıştır²⁰⁹.

Proje kapsamında, hizmet sunumu ödemeleri ve sağlık sistemlerinin performansına ilişkin reformların oluşturulması ve uygulanması konusunda SGK ve Sağlık Bakanlığı'nın etkinliğinin artırılması ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik çıktı bazlı finansmanın pilot çalışmasının yapılması amaçlanmaktadır.

Bu çerçevede, aile hekimliği programının genişletilerek 81 ile yayılması için Sağlık Bakanlığı'na ekipman ve teknik destek sağlanması, hastane reformunun uygulanmasını desteklemek üzere teknik destek ve eğitim sağlanması, Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Ulusal Kanser Enstitüsü ve iç denetim yapısının kurulması ve Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı'nın ülke sınırları içinde yer alan tüm önemli sağlık fonksiyonlarından sorumlu ulusal kamu sağlık kurumuna dönüştürülmesi için bu kuruma mal, teknik destek ve eğitim sağlanması gibi konular hedeflenmektedir²¹⁰.

6.1. Sağlıkta Dönüşüm Projesi

Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları, hizmetlerin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır.

Sağlıkta dönüşüm programı sektörü bütün boyutları ile kavramak üzere başta sekiz tema etrafında dönüşümü hedeflemiş; 60. Hükümetin kurulmasına müteakip 2. beş yıllık hedefler kapsamında 3 yeni başlık daha ilave edilerek dönüşüm hedefleri 11'e yükseltilmiştir. Bunlar²¹¹:

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,

²⁰⁹ R.G., **Milletlerarası Andlaşma, (2009/15359)**, R.G. Tarih:09.09.2009, Sayı:27344.

²¹⁰ R.G. (2009), a.g.e., s.1-21.

²¹¹ SAĞLIK BAKANLIĞI, **Sağlıkta Dönüşüm**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Aralık, 2003, s.8.

2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti
 - a. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği,
 - b. Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c. İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
5. Sistemi destekleyecek bilim ve eğitim kurumları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi sistemi,
9. Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
10. Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,
11. Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleridir.

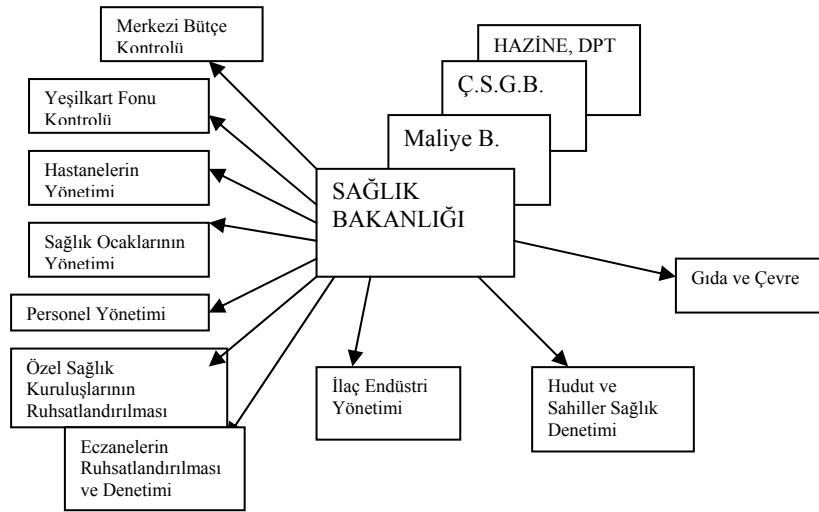
6.1.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Dönüşüm Programına göre Sağlık Bakanlığı, politikalar geliştiren, standartlar koyan ve bunları denetleyen bir konumda olmalıdır. Bakanlıktan, kamu veya özel kurum ve kuruluşların sağlığa ayırdıkları kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir biçimde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapması beklenmektedir. Bu anlayışla programda, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılmasının sağlanacağı ve bakanlığın planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacağı öngörülmektedir. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı'nın Anayasa'da tanımlandığı şekli ile devletin sağlık sektörünü "tek elden planlama" görevini yerine getireceği belirtilmektedir.

Programda Sağlık Bakanlığının yeniden yapılanmasını gerçekleştirirken, hizmet sunumu ve planlanması aşamasında sosyal devlet anlayışı çerçevesinde koruyucu hizmetlere öncelik vereceği ve bundan böyle sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesi, sigortanın düzenlenmesi ve denetimi, halk sağlığı işlevlerinin yönetimi ve salgın hastalıkların gözetimi üzerine odaklanacağı belirtilmiştir²¹².

Sağlık Bakanlığının programın uygulanmaya başlanması öncesindeki görevlerine baktığımızda sorumluluk alanının oldukça kompleks bir yapıya sahip olduğu görülmektedir (Şekil 3.1.)

Şekil 3 1 Sağlık Bakanlığı'nın Görev Şeması



Kaynak: SAĞLIK BAKANLIĞI (2003), a.g.e, s.27.

Dönüşüm öncesi Sağlık Bakanlığının görevleri, şekilde de ifade edildiği üzere, oldukça kompleks bir yapıya sahipti. Sağlık Bakanlığı reform adımlarıyla görevlerini, özellikle icraya dönük görevlerini, olabildiğince farklı desantralizasyon modelleri kullanarak doğrudan ilgili kurumlara devretmeye çalışmaktadır.

Sağlık Bakanlığı konuyla ilgili olarak; yeşil kartın bir sigortacılık fonu olduğunu ve bu yapılanmada Sağlık Bakanlığı'nın asli görevi olmadığından ilgili

²¹² SAĞLIK BAKANLIĞI (2003), a.g.e, s..26.

sigorta çatısı altına gitmesi gerektiğini, hastaneleri yerinden yönetim ilkeleri çerçevesinde özerk hastane birliklerine dönüştürme hazırlığı içinde olduklarını ve bu dönüşüm sayesinde hastanelerin de doğrudan Bakanlık tarafından işletilen kurumlar olmaktan çıkacağını belirtmektedir. Yine Bakanlığa göre sağlık ocakları zaten "aile hekimliği" yapısı içinde şu anda bile desantralize olmaya başlamış durumdadır ve genel sağlık sigortasına tam olarak işlerlik kazandırıldığında sözleşmeler bu kurumla yapılacaktır²¹³.

Sağlıkta dönüşümün bu bileşeni ile ilgili en önemli hedeflerinden birisi olan yerelleşmeye yönelik düzenlemeler “Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı” ile uygulamaya konulmaya çalışılmış ancak konuyla ilgili yasal süreç tamamlanamadığından sonuca ulaşamamıştır. Söz konusu tasarının 5. madde e fıkrasında yer alan “*Görev, yetki ve sorumluluklar, hizmetten yararlananlara en uygun ve en yakın birime verilir.*” ifadesi ve taşra teşkilatı olmayan bakanlıklar arasında Sağlık Bakanlığının da yer aldığı II sayılı cetvele göre; Sağlık Bakanlığı’nın taşra teşkilatı kaldırılarak, Sağlık Bakanlığı personeli, malvarlığı ve görevleri il özel idarelerine devredilecektir. Kanuna göre Sağlık Bakanlığı Ankara’da bir bakanlık merkezine sahip olacak ama il sağlık müdürlüğü, ilçe sağlık grup başkanlığı gibi taşra uzantıları olmayacaktır. Var olan sağlık müdürlükleri il özel idarelerine devredilecekti. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığının personel yönetimi ile ilgili sorumlulukları da azalmış olacak, sadece denetim, koordinasyon ve eşgüdüm hizmetlerini yerine getirecektir²¹⁴.

Söz konusu değişim bu yasa tasarısıyla gerçekleştirilememiştir. Ancak aile hekimliği ve genel sağlık sigortası sistemi ile tam olarak bütünleşme sağlandığı zaman Sağlık Bakanlığının rolü KYTK’da tanımlandığı üzere koordinasyon, danışma, izleme, değerlendirme ve denetleme olarak sınırlandırılacaktır.

Sağlıkta yerelleşme konusundaki önemli olan bir başka düzenleme de 3.7.2005 kabul tarihli 5393 sayılı Belediye Kanunu ile yapılmıştır. Kanununun 14 maddesi b bendinde yer alan “*belediyeler, mahalli müşterek nitelikte olmak şartıyla,*

²¹³ SAĞLIK BAKANLIĞI, **Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Dönüşüm Serisi 6, ISBN 978-975-590-225-8, Ankara, 2007, s.25

²¹⁴ Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı, < <http://www.belgenet.com/yasa/kamu-05.html>>. (06.09.2011).

*sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilir*²¹⁵.” hükmü ile yerel yönetimlere sağlık tesisi kurma yetkisi verilmiştir. Böylelikle genel olarak bir devir söz konusu olmasa da, hem hizmetlerin verilmesi açısından bir paylaşım oluşturulmuş hem de kamuoyunun sağlıkta yerleşme hizmetleri ile tanışması açısından bir geçiş süreci sağlanmıştır.

Bakanlık bu dönüşümler sonunda Dünya Sağlık Örgütü'nün "Sağlık Sistemleri Performansı Çerçevesi"nde belirttiği “stewardship” rolüne ulaşmayı amaçlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü söz konusu yayınında stewardship rolünü, temel konuları ve zorluklarını şöyle ifade etmiştir²¹⁶:

- Stewardship düzenlemeden daha geniş bir kavramdır.
- Bir kişinin yönetimine bırakılan bir şeyin dikkatli ve sorumlu idaresi olarak tarif edilebilir.
- Sektör içindeki etkili olan, toplum sağlığını etkileyebilecek tüm politikalar ve hareketleri içerir.
- Stratejik politika yönlendirme, iyi düzenlemeler oluşturma ve bunları uygulamak için araçlar geliştirmeyi garanti altına alma kabiliyetine ve güvenilirlik ve şeffaflığı temin etme adına sağlık sistemi performansı hakkındaki gerekli bilgiyi temine işaret eder.
- Her ülkede bu işlevin uygun yeri Sağlık Bakanlığı'dır.

Dünya Bankası'nın Türkiye'nin sağlık politikası ile 2002 Haziran ayında yayımlanan “Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” adlı raporunda, Türkiye'deki sağlık hizmetleri dokuz ana başlık altında incelenmiştir. Bunlardan iki madde yerelleştirmeyi önermektedir. Devlet ve SSK hastanelerine ilk aşamada hem idari hem de mali açıdan özerklik tanınmalıdır. İkinci aşamada ise her tesise ayrı ayrı özerklik tanınmaktadır. Sağlık tesislerinde bulunan tüm personel ilgili kurumun sözleşmeli personeli olacaktır. Burada önemli olan özerkleştirmenin sözleşmeli statüyle birlikte ele alınmasıdır. Diğer bir madde de ise Sağlık Bakanlığı'nın başlıca görev ve sorumluluğu “politika hazırlamak ve düzeni denetlemek” olarak açıklanmaktadır²¹⁷.

²¹⁵ R.G., **Belediye Kanunu (2005/5393)**, Kabul Tarihi:03.07.2005, R.G. Tarihi:13.07.2005, Sayı: 25874.

²¹⁶ SAĞLIK BAKANLIĞI (2007b), a.g.e, s.31.

²¹⁷ ÇOBAN, S. , **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi**, Marmara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi, İstanbul, 2007, s.103.

Sağlık Bakanlığı'nın Dönüşüm Projesi, Dünya Bankası politikaları ile uyumlu olarak desantralizasyonu hedeflemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın görevlerinin, yukarıda da bahsettiğimiz üzere, oldukça kompleks bir hale gelmesinin hizmetlerde verimsizliğe ve kalitesizliğe neden olduğu bir gerçektir. Bu durumun bir an önce çözüme kavuşturulması yolunda atılmaya çalışılan adımlar da bu noktada oldukça olumludur. Ama burada önemli olan yapılmaya çalışılan bu dönüşümün ülke gerçekleriyle örtüşüp örtüşmediğidir. Söz konusu desantralizasyon politikaları birçok ülkede olumlu sonuçlar vermiş olabilir. Ancak Türkiye'deki tablo bu ülkelerin pek çoğundan farklıdır. Öncelikle ülkemizde vatandaşlar arasında büyük bir gelir dağılımı dengesizliği mevcuttur. Bölgeler, iller, hatta aynı il içindeki yöreler arasında bile sosyo-kültürel ve ekonomik uçurumlar mevcuttur. Bugün Doğu Anadolu bölgesindeki bir kasaba belediyesinin imkânları ile İstanbul Büyükşehir Belediyesinin imkânlarını karşılaştırmak nasıl mümkün değilse, bunların vereceği sağlık hizmetlerinin kalitesinin aynı olmasını beklemek de imkânsızdır. Mevcut merkezi uygulamalar dâhilinde bile hangi tür teşvik getirilirse getirilsin, zorunlu görevlendirme yapılamadığı sürece, bu dengesizlik çözülemezken, il özel idaresinin kendi imkânları ile Şırnak'ın mezrasına doktor görevlendirebilmesi hayalden başka bir şey değildir. Üstelik bu sorun Şırnak'ta çalışan sağlık personeline daha fazla ücret ya da prim vermekle çözülebilecek kadar basit bir sorun değil, yıllardır çözüme kavuşturulamamış ve çok yakın tarihte de çözümlenmesi mümkün görünmeyen bir ülke gerçeğidir.

Bu nedenle, ülke genelinde eğitim, kültür ve sosyo-ekonomik alandaki farklılıklar azaltılamadığı sürece devlet, dolayısıyla Sağlık Bakanlığı, sosyal devlet anlayışıyla pek çok hizmeti vermeye devam etmek zorunda kalacak ve sadece Sağlık Bakanlığı olarak yapılacak olan desantralizasyon politikaları sonuçta varılmak istenen kaliteli, verimli ve etkin sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda tam bir başarı sağlayamayacaktır.

Konuyla ilgili olarak en son yapılan çalışma 02.11.2011 tarihinde 28301 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin çıkarılmasıdır. Özetle, söz konusu Kararname'de, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak, bakanlığın

sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkartılarak, genel sağlık politikalarının belirlenmesi, koordinasyon ve sağlık piyasasının denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir birim durumuna getirilmesini amaçlamaktadır.

Kararname ile ilgili düzenlemelerin hayata geçirilmesi için bir yıllık bir süre öngörülmüştür. Kararnamede yer alan düzenlemeler özet olarak şöyledir:

-Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere görevlendirilen 11 üye ile Müsteşar ve müsteşar yardımcılarında teşekkül eden Sağlık Politikaları Kurulunun kurulması öngörülmektedir. Kurul bünyesinde, Bakanlığın görev alanı ile ilgili olarak bilimsel ve uzmanlık gerektiren konularda çalışma yapmak ve/veya görüş bildirmek üzere danışma kurulları ve komisyonlar oluşturulabileceği, söz konusu kurul ve komisyonlarda, Bakanlık ve bağlı kurumların personeli ile üniversitelerden ve diğer kamu ve özel kurum ve kuruluşlarından veya yabancı uzmanlardan görevlendirme yapılabileceği düzenlenerek hüküm altına alınmıştır.

-Bakanlık hizmet birimleri yeniden düzenlenecektir. Bazı genel müdürlükler kaldırılmış, birleştirilmiş veya ismi değiştirilerek görev tanımı farklılaştırılmıştır.

- Bakanlığın taşra teşkilâtının; illerde kurulan il sağlık müdürlükleri ile ihtiyaca göre ilçelerde kurulan ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşacağı düzenlenerek hüküm altına alınmıştır. Böylece, ilçelerdeki sağlık grup başkanlıklarının kaldırılması söz konusudur.

- Bakanlığın, 189 sayılı Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Yurtdışı Teşkilatı Hakkında Kanun Hükmünde Kararname esaslarına uygun olarak yurt dışı teşkilatı kurmaya yetkili olduğu düzenlemesine yer verilmiştir.

- Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ülke genelinde koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ile bu hizmetlerin sunulduğu Milli Savunma Bakanlığı ve üniversitelere bağlı olanlar da dahil olmak üzere kamu ve özel sektöre ait yataklı ve yataksız sağlık kurum ve kuruluşları hakkında düzenleme yapmakla görevli, Bakanlığa bağlı, özel bütçeli ve kamu tüzel kişiliğini haiz Türkiye Sağlık Hizmetleri Kurumunun kurulması öngörülmüştür.

-Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak ilaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etkin ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslar arası kontrole tabi maddeler, tıbbi cihazlar, vücut dışı tıbbi tanı cihazları, geleneksel bitkisel tıbbi ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbi ürünler, veteriner tıbbi ürünler, homeopatik veteriner ürünler, özel amaçlı diyet gıdalar ve sağlık beyanı ile satışa sunulan her türlü ürün hakkında düzenleme yapmakla görevli, Bakanlığa bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz, Türkiye İlaç ve Tıbbî Ürün Kurumunun kurulması öngörülmüştür.

- Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, temel sağlık ve laboratuvar hizmetlerini yürütmekle görevli, Bakanlığa bağlı, özel bütçeli ve kamu tüzel kişiliğini haiz Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun kurulması öngörülmüştür.

- Türk boğazları, hudut ve sahilleri ile ilgili uluslar arası sözleşme ve mevzuat hükümlerinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirmekle görevli, Bakanlığa bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Kurumunun kurulması öngörülmüştür.

- Bakanlık politika ve hedeflerine ve Türkiye Sağlık Hizmetleri Kurumunun düzenlemelerine uygun olarak, ülke genelindeki ağız ve diş sağlığı merkezleri, Devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinin açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı, özel bütçeli ve kamu tüzel kişiliğini haiz Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun kurulması öngörülmüştür. Söz konusu Kurumun en üst karar organı Yönetim Kurulu olup, Yönetim kurulu biri üniversite öğretim üyelerinden olmak üzere Bakan tarafından seçilecek altı üye ile Kurum Başkanından oluşmaktadır.

- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından, kaynakların etkin ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletileceği, hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabileceği, bir ilde Birlik kapsamı dışında hastane bırakılamayacağı düzenlenerek hüküm altına

alınmıştır. Aynı düzenlemede, birlik teşkilatının, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşacağı düzenlenmiştir.

- Kamu Hastane Birliklerinde gerek idarecilerin gerekse de diğer personelin esas olarak sözleşmeli statüde istihdamı öngörülmekte olup ayrıca kadrolu ve 4924 sayılı Kanuna tabi sözleşmeli personel istihdamına da kısmen izin verilmektedir.

Kanun Hükmünde Kararname'nin yayınlanması ile birlikte çeşitli sağlık sendikalarının itirazları olmuş ve bazı maddelerinin iptali için mahkemeye başvurmuşlardır. Konuyla ilgili olarak Türk Sağlık Sen'in itirazları şu yöndedir:

Kamu Hastane Birliklerinde esas itibariyle sözleşmeli personel istihdamının öngörülmesi, Anayasa'nın 128. maddesine aykırılık taşımaktadır. Zira Anayasamızın 128. maddesi; "Devletin, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişilerinin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür. Memurların ve diğer kamu görevlilerinin nitelikleri, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işleri kanunla düzenlenir." Hükmünü içermekte olup ilgili Anayasa maddesi, kamu kurum ve kuruluşlarında yönetim kademesinde bulunan personelin "kamu görevlisi" statüsünde bulunmasını gerekli kılmaktadır. Daha önce verilen yargı kararları da, bu hükme aykırılık taşıyan yasa maddelerinin iptali yönünde olmuştur. Ancak, taslakta yer alan personelin statüsüne ilişkin hükümler, sağlığın genel idare esaslarına göre yürütülen bir kamu hizmeti olarak görülmediğini düşündürmektedir²¹⁸.

6.1.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Sosyal Güvenlik kurumlarının sürekli açıklar vermesi ve bunun da devlete olan mali külfetleri, 2002 yılına kadar sıkça dile getirilen ve çözümü yönünde yoğun tartışmaların yaşandığı bir konu olmuştur.

Bu alanda yapılmak istenilen reformlar, partilerin ekonomi politikalarına göre farklılık göstermekle birlikte devletin yaşadığı mali krizin en önemli nedenleri

²¹⁸ Türk Sağlık Sen, <<http://www.turksaglikxen.org.tr/haberler/genel-haberler/9838-saglik-bakanligi-ve-bagli-kuruluslarinin-teskilat-ve-gorevleri-hakkinda-kanun-hukmunde-kararname-ile-ilgili-rapor.html>>. (20.12.2011).

arasında sosyal güvenliğe ayrılan kaynağın gösterilmesi 1980 sonrasında iktidara gelen hemen hemen tüm partilerin ortak savunusu olmuştur. Bu noktada sosyal güvenlik reformu bir “mit” haline getirilmiş ve reform adı altında ard arda tasarılar, taslaklar, paketler ortaya atılarak, sosyal güvenlik reformunun hayata geçirilmesi devletin sosyal güvenlik açıklarını kapatmasının en önemli yolu olarak açıklanmıştır. Nitekim Türkiye'nin IMF ile imzalanan anlaşma ve periyodik gözden geçirme raporlarında da sosyal güvenlik reformunun gerçekleştirilmesi bir ön koşul olarak sunulmuştur²¹⁹.

AKP Hükümeti tarafından gerçekleştirilmeye çalışılan Sağlıkta Dönüşüm Projesinde de sosyal güvenlik reformu değişim bileşenlerinden biri olarak kabul edilmiştir.

Bu bileşen altında hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun tamamını kapsayan zorunlu sigortacılık sistemine olan ihtiyaç olduğu vurgulanmış ve böyle bir sigortacılık sisteminin sağlık harcamaları maliyetini düşürme gayreti içinde, koruyucu sağlık hizmetlerinin teşvikçisi ve zorlayıcısı olacağı belirtilmiştir. Bunun yanında programda, Türkiye'de sağlık finansmanındaki bilgi eksiklerini gidermeye yönelik “Ulusal Sağlık Hesabı” sistemi kurularak sağlık sektöründe kaynakların nereye ve ne kadar harcandığının yıllık bazda takip edilmesi; genel sağlık sigortasının yanında özel sağlık sigortacılığının da desteklenmesi, emeklilik sigortası ve sağlık sigortasının birbirinden ayrılarak sağlık sigortasının tek çatı altında toplanması konuları yer almıştır²²⁰.

Konuyla ilgili, ilk olarak 16.02.2004 tarihinde İlaç Fiyat Kararnamesi yayımlandı. Genel sağlık sigortasının yasal ve kurumsal alt yapısı oluşturuluncaya kadar mevcut sosyal güvenlik kuruluşları arasında harmonizasyon sağlanmasını amaçlayan kararname ile SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı, Maliye Bakanlığı, DPT, ve Hazine görevlilerinin dâhil olduğu geri ödeme komisyonu oluşturulmuştur. Böylece farklı sosyal güvenlik kuruluşlarının uyguladıkları farklı geri ödeme mekanizmaları kaldırılarak ortak bir yapılanma sağlanmıştır.

²¹⁹ YILDIZ, Özkan, “Küreselleşme, Sağlık ve Toplum”, **Gaziantep Tıp Dergisi**, 2008, s.33.

²²⁰ SAĞLIK BAKANLIĞI (2003), s.27.

Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı ile birlikte bütün sosyal güvenlik kurumlarının katılımı ile kamu personeline üniversite hastaneleri ve devlet hastaneleri tarafından verilen hizmetin sunuş biçimi ve fiyatlandırılmasını kapsayan düzenlemeler yapılmıştır. Tıbbi hizmetleri tanımlayan hizmet tanımları yeniden gözden geçirildi, uluslararası hizmet adları kod sistemlerinden de yararlanarak yeni ve detaylı listeler hazırlanmıştır. Böylece yapılan tıbbi hizmetlerin kayıt altına alınmasında, hizmet faturalarının standart hale gelmesinde önemli adımlar atılmıştır²²¹.

Bu düzenleme sağlık kurumlarınca fatura edilen sağlık hizmetlerinin ödeme kurumlarınca denetim altına alınması, böylelikle mükerrer ve yanlış faturalandırılmaların önüne geçilmesi yönünde önemli katkılar sağlamıştır. Geçmiş dönemlerde döner sermaye gelirlerini artırma yönünde illegal yollara başvurarak gelir elde etmeye çalışan bir takım sağlık kuruluşlarının olduğu bir gerçektir. Bu sistem sayesinde bu tür uygulamalar daha kolay denetlenebilir hale gelmiştir.

Bu dönemde sağlık hizmet sunucularının hizmet sunum modelleri ve hedef kitleleri arasında birlik sağlanması amacıyla yönelik olarak kamu sigortacılığı kapsamında olan vatandaşların özel sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmesine yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Konuyla ilgili düzenlemeler şöyledir:

-30 Mayıs 2003 tarih ve 25123 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Maliye ve Sağlık Bakanlıklarının oluşturduğu “Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” ile Devlet memurları ile bakmakla yükümlü buldukları aile üyelerinin sağaltımlarının resmi sağlık kurum ve kuruluşları yanında özel sağlık kurumları ve özel polikliniklerden de sağlanmasına ilişkin ilke ve yöntemler belirlenmiştir.

-1 Temmuz 2003 tarih ve 25155 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “4905 Sayılı Devlet Memurları Yasası ile Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasasında Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa” ile 657 sayılı Devlet Memurları Yasası’nın 209. maddesinin 1. ve 4. fıkrası değiştirilerek Devlet memurları ile herhangi bir biçimde sağlık yardımından yararlanmayan eşlerinin veya bakmakla yükümlü buldukları ana-baba ve ikiden çok da olsa aile yardımı ödeneği hakkı olan çocuklarının

²²¹ SAĞLIK BAKANLIĞI (2007c), s.23.

hastalanmaları durumunda, evlerinde, resmî veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında ayakta veya yatarak sağaltımlarının kurumlarınca sağlanacağı belirtilmiştir (md. 1). Ayrıca 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasası'nın geçici 139. maddesinin 1., 6. ve 7. fıkraları değiştirilmiş ve maddenin sonuna eklenen fıkra ile emekli, basit işgöremezlik (adi malullük) veya görev işgöremezliği (vazife malullüğü) aylığı bağlanmış olanlar ve yasal olarak bakmakla yükümlü oldukları aile bireyleri ile dul ve yetim aylığı alanların, yasayla düzenlenecek genel sağlık sigortası kapsamına alınacakları tarihe dek, hastalanmaları durumunda resmî veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarında yönetmelikle belirlenecek ilke ve yöntemlere göre muayene ve tedavi ettirilebileceği kuralı getirilmiştir (md. 4)

-Memurlara tanınan özel sağlık kurum ve kuruluşlarından yararlanma hakkı, 1 Haziran 2004 tarihinde Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ile Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarını temsil eden dernekler arasında imzalanan Protokol ile tüm sosyal güvenlik kurumlarına bağlı sigortalı ve hak sahiplere de tanınmıştır²²².

- 14 Aralık 2004'te Türk Eczacıları Birliği, Maliye Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında imzalanan "Kamu Kurumlarının Serbest Eczanelerden İlaç Alımı Konusunda Yapılacak Protokole İlişkin Genel Esasların" yayınlanması sonrasında 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı ile yürürlüğe konulmuştur.

-Farklı sağlık sigortası sistemleri ve Yeşil Kart sahiplerine yönelik sağlık teminatlarını birbirleriyle uyumlu hale getirmek amacıyla 2005'te, Yeşil Kart sahipleri ayakta tedavi hizmeti ve ilaçlara erişim hakkının verilmiş, bu değişiklikle birlikte Yeşil Kart sahipleri, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ile aynı haklara erişim sahibi olmuşlardır. Aynı yıl, SSK'lılara tüm devlet hastanelerine ve eczanelere erişim imkânı sağlanmıştır.

²²² Protokol, <www.ssk.gov.tr/wps/wcm/connect/.../20050406_103743.doc?MOD...>. (18.09.2010).

-20.05.2006 tarihli 5502 sayılı Kanunla²²³ Sosyal Güvenlik Reformunda önemli bir adımı atılmış ve bütün sigorta kurumları yeniden yapılandırılarak Sosyal Güvenlik Kurumu adıyla tek çatı altında toplanmıştır. Ardından çıkarılan 5510 sayılı Kanunla bütün nüfusun sosyal güvenlik kapsamına alınmasının yanı sıra, hak ve yükümlülüklerin belirlenmesi ile sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin giderilmesi hedeflenmiştir. Anayasa Mahkemesinin 15.12.2006 tarihli kararı²²⁴ ile yasanın bazı maddelerinin Anayasaya aykırı görülmesi nedeniyle yasanın yürürlük tarihi, önce 01.07.2007 sonra ise 01.01.2008 olarak, daha sonra ise 01.06.2008 olarak değiştirilmiştir. 5510 sayılı yasada değişiklik yapan 5754 sayılı yasa ise 17.04.2008 tarihinde kabul edilip, 08.05.2008 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

Böylelikle Dünya Bankası’nın önerileri çerçevesinde yukarıda saydığımız gerekçelerle ilk adımı 1999’da, 4447 sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu’nun uygulamaya konulması ile atılmış olan reform sürecinin kurumsal ayağını oluşturan ikinci etabı başlamıştır.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık sisteminin hemen her kademesinde olduğu gibi sunulan hizmetlerin finansmanı aşamasında da köklü değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumunun birbirlerinden ayrılmasını öngören genel sağlık sigortası sistemi ile sağlık sigortası kapsamına alınan nüfus daha geniş olarak tanımlanmaya başlanmıştır²²⁵. Ayrıca sağlık finansmanını yürüten sosyal sağlık sigorta kuruluşları Genel Sağlık Sigortası şemsiyesi altında toplanmıştır²²⁶.

Genel Sağlık Sigortası Sistemi ile birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı öncekine göre daha sade bir yapıya bürünmüş ve finansman dört kaynaktan sağlanmaya başlanmıştır. Yeni yapılanmada finansman araçları;

- Sosyal Güvenlik Kurumu’nca sağlanan kaynaklar,
- Merkezi yönetim bütçesince sağlanan kaynaklar,

²²³ Resmi Gazete, **2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı**, R.G. Tarih: 20.5.2006, Sayı: 26173

²²⁴ ANAYASA MAHKEMESİ KARARI, Esas Sayısı: 2006/111, Karar Sayısı: 2006/112; Resmi Gazete Tarihi: 30.12.2006, Sayı:26392

²²⁵PEKTEN, A.,“Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler”, **Sayıştay Dergisi**, No: 61.s.129-138, Nisan-Haziran 2006.

²²⁶SIVACI, C., “Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”, **Bütçe Dünyası**, No: 24, s..33-34, 2007.

-Cepten yapılan ödemeler,

-Özel sağlık sigortası kuruluşlarınca sağlanan kaynaklar, şeklinde tasniflenebilir²²⁷.

Genel Sağlık Sigortası uygulamaları sonucu denetim mekanizmasında da olumlu yönde gelişmeler kaydedilmiştir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan Yardımcısı Acar tarafından şöyle özetlenmiştir:

-Sağlık alanında yaşanan suiistimallerinin önlenmesi ve olağanüstü artış gösteren kurumların önlenmesi amacıyla denetim çalışmaları başlatılmıştır. Pilot il olarak seçilen Ankara ilinde 14 hastanede yapılan denetimlerde önemli suiistimler tespit edilmiştir.

- 2033 özel hastane, 79 üniversite hastanesine dikkat etmeleri gereken hususları içeren mektup gönderilmiştir.

-2008 Yılında kendisi için 10.000 TL ve üzerinde harcama yapılan 86.660 sigortalıya bilgilendirici mektup gönderilmiştir.

-Sağlık hizmet sunucularının denetiminde uygulama birliği sağlayan usul ve esasları içeren 2009/89 sayılı “Denetim Genelgesi” yürürlüğe konulmuştur.

-Denetimlerde etkinlik ve verimliliğin sağlanması, uygulama birliğinin tesisi amacıyla eczane ve hastane denetim rehberi hazırlanarak uygulamaya konulmuştur²²⁸.

Genel sağlık sigortası sisteminin kurulması ile birlikte daha önce farklı sosyal sigorta sistemine tabi olan vatandaşlar aynı hizmetlerden yararlanmaya başlamış, bu şekilde önceki mekanizmanın adaletsiz yapısı giderilebilmiştir. Bunun yanında, genel sağlık sigortası uygulaması ile tüm sigorta primleri rasyonel hareket etme yükümlülüğü bulunan Sosyal Güvenlik Kurumu’nda toplandığından, Kurum elindeki primlerin büyüklüğü ve sektörde tek büyük sigorta kuruluşu olmasının verdiği güç

²²⁷ÇELİKAY, F., **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği**, Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2009, s.113.

²²⁸ACAR, F., “**Sosyal Güvenlik Reformu Sonrası Yapılan Önemli Çalışmalar Ve Kurumun 2010 Yılı Hedefleri**”, <<http://sosyalguvenlikmusaviri.net/haber/134-ana-sayfa-fatih-acar-sosyal-guvenlik-kurumu-baskan-yardimcis.html>>. (04.07.2010).

sayesinde sağlık hizmeti sunanlar ile daha etkin pazarlıklar yapabilir konuma gelmiştir.²²⁹

6.1.3. Yaygın Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti

Ülkenin içinde bulunduğu sosyo-ekonomik, demografik ve epidemiyolojik yapısına uygun olarak, sağlık hizmeti vermeye talip bütün dinamikleri sistem içine alan bir anlayış içinde sağlık ocağını güçlendirirken, vakıf ve dernekler başta olmak üzere, özel teşebbüsün de hizmet ağına yer alması öngörülmüş, sağlık hizmetlerinin dağılımındaki eşitsizlikleri azaltmak için ihtiyaç olan her yerde kamu olanaklarının geliştirilmesi, bunların niteliğinin artırılması ve özel sektör imkânları ile hizmet yarışına girilmesi hedeflenmiştir.²³⁰ Bu hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için; temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği sistemine geçilmesi, sevk zincirine işlerlik kazandırılması ve kamu hastanelerinin özertleştirilmesi öngörülmüştür.

a. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Modeli

Programda temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunun diğer sağlık hizmetleri düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturulması için planlanan hedefler sıralanmıştır. Programın bu hedefi doğrultusunda aile hekimliği sistemine geçişe yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Aile hekimliği uygulamasına geçiş süreci esaslarını belirleyen Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 09.12.2004 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir²³¹. İlgili kanunun 8. maddesi uyarınca uygulama esaslarını belirleyen yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete'de, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığınca çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ve sözleşme şartları hakkındaki yönetmelik ise 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır.

²²⁹AKYEL, H., “Sosyal Güvenlik Sistemi Açısından Sağlık Hizmetlerinin Sorunları ve Genel Sağlık Sigortasının Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006, s.11.

²³⁰ SAĞLIK BAKANLIĞI (2003), a.g.e, s.29.

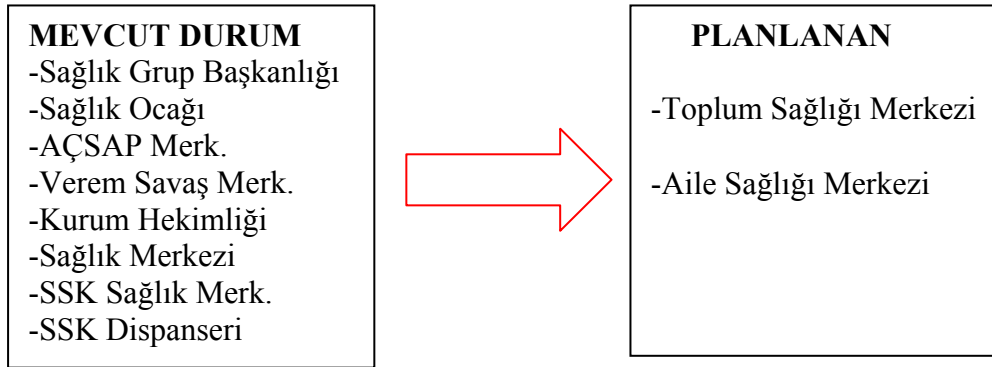
²³¹ R.G, **Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun**, R.G. Tarih: 09.12.2004, Sayı: 25665

Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasasının kabul edilmesiyle birlikte Pilot uygulamaya ilk olarak Düzce ilinde başlanmıştır. Ardından 2006 yılında Eskişehir, Bolu, Edirne, Adıyaman, Denizli, Gümüşhane, 2007 yılında Elazığ, Isparta, Samsun, Bartın, İzmir, Sinop, Amasya ve 2008 yılında da Bayburt, Çorum, Manisa, Osmaniye, Karaman, Karabük, Adana ve Burdur illerinde uygulamaya geçilerek 22 ilde sistem uygulamaya konulmuştur. 2010 yılı sonu itibariyle tüm illerde pilot uygulama başlatılmıştır.

Böylelikle 1989 yılından beri kalkınma planları da dâhil olmak üzere sağlık reformu ile ilgili pek çok belgede ve proje konuları arasında yer alan aile hekimliğine geçiş yönündeki çalışmaların en somut adımı bu kanunla ve bu kanuna dayalı olarak çıkartılan yönetmeliklerle atılmıştır.

Yeni düzenlemeyle birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri olmak üzere ikili bir yapılanmaya gidilmiştir.

Şekil 3 2 Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Mevcut Durumu ve Aile Hekimliği Sistemi ile Planlanan Sunum Modeli



Kaynak: SAĞLIK BAKANLIĞI, **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004, s.72.

.Toplum sağlığı merkezleri, her ilçede en az bir tane olmak üzere görev yapan, toplum sağlığı ve idari hizmetler ile eğitim ve denetim faaliyetlerini yürütecek olan sağlık merkezleri olarak faaliyete geçirilmiştir. Toplum sağlığı merkezlerinin, görev ve yetkileri başlıca topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve Bakanlıkça belirlenen diğer hizmetleri verecek şekilde düzenlenmiştir.

Bu hizmetlerin başlıcaları; toplum beslenmesi hizmetleri, sağlığı ilgilendiren kötü alışkanlıklarla mücadele, içme ve kullanma sularının denetimi, gıda maddelerinin denetimi, gayri sıhhi müesseselerin denetimi, esnaf denetimi, atıkların denetimi, halkın kitlesel sağlık eğitimi, toplumsal araştırmalar, toplum kalkınması çalışmalarına yardım hizmetleri, sosyal yardım hizmetleri, aşı ve kontraseptif ihtiyacının hesaplanması, sağlanması, saklanması, taşınması ve hekimlere dağıtımı, rutin harici aşılama hizmetleri (kampanyalar, kuduz, yılan ve akrep serumları vb), okulların, çocuk bahçelerinin, spor alanlarının denetimi, okul sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, adli hekimlik hizmetleri, ölü muayenesi ve defin ruhsatı düzenlenmesidir.²³².

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'e göre, aile hekimi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir. Aile sağlığı elemanı ise aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe, sağlık memurunu ifade etmektedir. Aile sağlığı merkezi de bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşudur.

Aile hekimliği pilot uygulamasına geçilen illerde yönetmelik gereği, bir aile hekimine ortalama 2500-3000 kişi düşecek şekilde nüfus bölgelere ayrılmış ve bir aile hekimine en az 1000 en çok 4000 kişinin kayıtlı olabileceği şartı getirilmiştir. Aile hekimlerine ücret olarak ise belli bir maaş ve kayıtlı olan nüfusla orantılı ek ödeme yapılması ve nüfusu aralıksız iki ay 1000 kişinin altına düştüğünde sözleşmelerinin fesh edilmesi; 4000 kişinin üstündeki nüfus için ise ödeme yapılmaması düzenlemeleri yapılmıştır. Ayrıca aile hekimlerinin yönetmelikle belirtilen görevleri yerine getirip getirmemesi hususları performans sistemine bağlanmış, hizmetlerde aksama durumunda (örneğin eksik gebe-bebek takibi,

²³² SAĞLIK BAKANLIĞI (2004a.), a.g.e, s.45.

aşılama oranının tutturulamaması, sevk oranının belli yüzdelerin üzerine çıkması gibi) ücretlerinden belli oranlarda kesinti yapılması öngörülmüştür.

Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunmakla görevlendirilmiş ve konuyla ilgili olarak vermesi gereken hizmetler yönetmeliğin 4. maddesinde şöyle sıralanmıştır:

- a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasının yapılmasında yerel sağlık idaresi ile işbirliği yapmak,
- b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları yerel sağlık idaresine bildirmek,
- c) Kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek, önemli/sık görülen toplum sağlığı konularında kişilerin periyodik muayenelerini (meme kanseri, rahim kanseri taraması ve benzeri), ruh sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,
- d) İlk kayıta ev ziyareti ile kendisine bağlı kişilerin sağlık durumlarının tespitini yapmak,
- e) Çalıştığı mekanda ve gerektiğinde (aile hekiminin ev ziyareti esnasında tespit ettiği evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişilere) güvenliği sağlayıcı tedbirlerin alınması kaydı ile evde veya gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- f) Bakanlıkça belirlenen ve uygulamaya konulan kişiye yönelik özel sağlık programlarını yürütmek,
- g) Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu yapmak,
- h) Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
- i) Verdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak,
- j) İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
- k) Gerektiğinde kişiyi kısa süreli gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- l) Gerektiğinde aldığı uzmanlık eğitimi ve bu eğitim sırasında yaptığı rotasyonlar çerçevesinde hastayı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- m) Kronik hastalığı olan kişilerin gerekli sıklıkta takibini yapmak,
- n) Özürlü kişilere yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek,
- o) Doğum öncesi, doğum sonrası loğusa ve bebeğe beraber izlem yapmak ile yetkili ve görevlidir.

Genel olarak bakıldığında Aile Hekimliği tam olarak uygulanabilirse gerçekten olumlu sonuçlar doğurabilecektir. Bu sistem sayesinde hekimler sadece kendilerine bağlı nüfusla ilgilenecekler ve bu nüfusun bireysel sağlık hizmetlerinin tümünü yerine getireceklerdir. Ancak bu uygulama daha önce aile hekimliği uygulanan ve uygulaması devam eden diğer ülkelerle kıyaslandığında maalesef sıkıntılarla başlamıştır. Ülkemizdeki sağlık personeli sayısının eksikliği, sistemin layıkıyla yerine getirilmesini engellemektedir. Ülkemizde aile hekimi başına düşen nüfus sayısı 3500 kişi civarındadır ve bu sayı diğer ülkelerle kıyaslandığında oldukça yüksektir. 3500 kişiye ayrılabilen bir hekim ve bir aile sağlığı elamanı hizmetlerin verilmesinde oldukça yetersiz kalmaktadır. Bu eksiklik aile sağlığı ile görevli sağlık personeline özellikle de hekimlere yüksek ücretler verilerek performansın artırılmaya çalışılması ile çözülmeye çalışılsa da elde edilmeye çalışılan çıktılar açısından olumlu sonuçlar yaratmayacaktır.

Aslına bakılırsa sağlık ocağı sisteminin de çökmesinin en büyük nedeni olan personel sayısındaki eksiklik sorununa çözüm getirilmediği sürece hangi sistem gelirse gelsin mutlak başarımın olmayacağı kesindir. Özellikle Türk Tabipler Birliği ve bazı sağlık sendikalarınınca da sürekli üzerinde durulan sistemin çöküşünün kasıtlı olarak hazırlandığı fikrine burada katılmamak mümkün değildir. Aile Hekimliği uygulaması öncesi Isparta il merkezinde 21.000 nüfuslu Yedişehitler Sağlık Ocağında görev yapan kadrolu hekim sayısı beşti. Ancak, ildeki hekim sayısının azlığından kaynaklı başka sağlık birimlerine yapılan geçici görevlendirmeler nedeniyle, aktif olarak sadece iki hekim görev yapabiliyordu ve günlük poliklinik sayısı ortalama 350-400 idi. Bu günün şartlarıyla bu hekimlerin almış oldukları ücret maaş ve döner sermaye olmak üzere toplam 2500 TL idi. Aile hekimliği uygulaması sonrası bu sağlık ocağı bölgesinde görev yapan hekim sayısı yedidir. Almış oldukları ücret ortalama 6000-7500 TL'dir ve aktif çalışan poliklinik sayısı da yedidir. Yani başka yerlere geçici görevlendirme yoktur. Burada şu sorunun akla gelmemesi mümkün değildir. Sistem değişikliğine gidilmeden önce burada yine aktif yedi hekim çalışabilseydi ve bu gün bir aile hekiminin almış olduğu ücreti alsalardı, birinci basamaktaki tablo bu kadar kötü olur muydu?

b. Etkili Kademeli Sevk Zinciri

Etkin bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartının, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti alması olduğu belirtilen programda, hasta memnuniyetinin esasını oluşturacağı bir aile hekimliği sisteminin oluşturulacağı belirtilmiştir. Bu uygulama ile birinci basamakta tedavisi mümkün olan hastaların ikinci basamakta yığılmaların önüne geçilmesi, hizmet kalitesi ve sağlık harcamalarının azaltılması hedeflenmiştir.

Sağlık Uygulama Tebliği'ne (SUT) dayanılarak 1 Kasım 2008'de Aile Hekimliği uygulamasına geçilen üç ilde Denizli, Isparta ve Gümüşhane'de sevk zinciri uygulaması pilot olarak başlatılmış ve 1 Ocak 2008'de tüm Türkiye'de uygulamaya başlanacağı bildirilmiştir. Ancak iki aylık süre içinde pilot illerdeki sağlık hizmetlerinde yaşanan kaoslar bu uygulamaya geçilmek için henüz hazır olunmadığını göstermiş ve süre belirtilmeksizin durdurulmuştur. Sevk zincirine geçilen üç ilde, birinci basamaktan sevk edilmedikçe ikinci basamağa başvuramayan ve başvurursa sağlık giderlerini cebinden ödemek zorunda kalacak olan vatandaş, hastanelere gidebilmek için aile hekimliği birimlerinin önünde uzun kuyruklar oluşturmuş, aile hekimlerinin günlük hasta sayısı iki katını aşmış ve normal muayene hizmetlerini dahi yerine getiremeyecek hale gelmiştir. Bu durum da göstermiştir ki sevk zincirine geçilebilmesi için öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılmalı böylece, vatandaş zorunlu olmadıkça ikinci basamağı tercih etmemelidir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerindeki sağlık personeli sayısı bu hizmeti karşılamak için gerektiğinden azdır. Özellikle seçilen üç ilin aile hekimliği uygulamasını en iyi yürüttüğü iddia edilen iller olduğu ve personel sayısı ve dağılımı açısından en iyi özelliklere sahip iller arasında oldukları gerçeği göz önüne alınırsa daha uzunca bir süre sevk zinciri uygulamasının yapılması olanaklı görülmemektedir. Nitekim Sağlık Bakanlığı'nın 06.5.2009 tarih, 13530 sayılı yazısında; mevcut durumda ülkemizdeki hekim sayısının Avrupa Birliği ve OECD ülkeleri ile kıyaslandığında çok yetersiz olduğu, bu durumun sevk zinciri uygulaması başlatılacak illerin daha fazla hekim verilmek suretiyle desteklenmesini imkânsız kıldığı, ayrıca mevzuat düzenlemelerinin henüz tamamlanmadığı belirtilerek aile hekimliğine geçilen illerde zorunlu sevk uygulamasının ertelenmesi talep edildiği belirtilmiştir. Böylelikle bu sistemle Bakanlığın ulaşmak istediği en büyük hedefler

arasında olan, vatandaşın bildiği ve güvendiği bir hekimden, kaliteli sağlık hizmeti alması durumunda, ikinci basamağa gidişlerin kendiliğinden azalacağı ve finansman anlamında büyük bir kar elde edileceği yönündeki amacın şu an için gerçekleştirilmesi mümkün görülmemektedir.

c. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Programa göre, ülkemizdeki hastanelerin tümü, aralarında hiçbir ayırım olmaksızın sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydıyla bütün vatandaşlara hizmet verebilecektir. Hastaneler bu hizmeti verirken hizmet kalitesi ve sözleşme esasına uygun fiyat uygulamaları konusunda denetim altında tutulacak ve sağlık finansmanında kurumlar değil bireyler desteklenecektir.

Kamu hastanelerin değişen bu yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için, merkeze bağımlı yapıdan kurtularak idari, mali ve sağlık hizmetlerini yönetip üretmek için gerekli girdilerin temini bakımından özerk bir yapıya kavuşturulacağı belirtilen programda, belediyelerin, özel şirketlerin, vakıfların ve il özel idarelerinin de istemeleri halinde sağlık kuruluşu açabilecekleri vurgulanmıştır²³³.

Kamu kuruluşlarının kendilerini finanse etmelerinin isteneceği ve daha fazla kar için hizmet kalitesinden ödün verilen kurumlar olmalarına izin verilmeyeceği, her hastanenin kendi yönetim kararlarından, hizmet kalitesi ve verimliliğinden sorumlu olacağı belirtilen programda, ülkemizde homojen olmayan nüfus dağılımı ve mahrumiyet bölgeleri dikkate alınarak ekonomik anlamda verimli olmayan sağlık kuruluşlarının, hizmetin sürekliliği ve kalitesi açısından destekleneceği belirtilmiştir. Ayrıca sağlık kuruluşlarının, öncelikli olarak kar amacı gütmeyen her türlü yatırım ve planlamada verimliliği ön planda tutan kuruluşlar olması gerektiği de vurgulanmıştır. Bu bağlamda, maliyetten tasarruf etmek ve hizmet sunumunda kolaylıklar sağlamak için tedavi sırasında yatmasına gerek görülmeyen kişilerin ayakta tedavisinin yapılmasını sağlayacak örgütlenmelere gidileceği ve bu amaçla gelişmiş poliklinik ve laboratuvarların ikinci basamakta yer alacağı da belirtilmiştir²³⁴.

²³³ SAĞLIK BAKANLIĞI (2003), a.g.e, s.31.

²³⁴ SAĞLIK BAKANLIĞI (2003), a.g.e, s.31-32.

Konuyla ilgili olarak, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması, hastanelerde yerinden yönetim, hastane hizmetlerinde yeniden yapılanma ve özel hastanelerin kullanımının herkese açılması yönünde çalışmalar yapılmıştır.

1980 sonrası SSK kapsamındaki nüfusun çok hızlı artmasına karşılık yapılan yatırımların yetersiz kalması ve hastane sayısının gereken oranda artırılmaması, SSK hastanelerinde aşırı yoğunluk nedeniyle bitmeyen kuyruklara ve hizmet kalitesinin çok fazla düşmesine sebep olmuştur. Bu dönemde, yaşanan olumsuzluklar nedeniyle birçok hasta ayakta tedavi hizmetlerinde, sosyal güvencesi olmasına rağmen özel sağlık sektörünü tercih etmeye başlamış ve bu durum toplumda ciddi hoşnutsuzluklara sebep olmuştur²³⁵.

Tablo 3 4 SSK Kapsamındaki Nüfus, Hastane ve Yatak Sayısındaki Değişim (1980-2004)

| Yıl | SSK Kapsamındaki Nüfus | SSK Hastane Sayısı | SSK Hasta Yatağı Sayısı | On Bin SSK'lıya Düşen Yatak Sayısı |
|------|------------------------|--------------------|-------------------------|------------------------------------|
| 1980 | 10.674.172 | 72 | 17.938 | 17 |
| 1985 | 13.576.258 | 77 | 17.820 | 13 |
| 1990 | 19.487.970 | 93 | 21.096 | 11 |
| 1995 | 28.523.960 | 113 | 25.397 | 9 |
| 2002 | 33.089.231 | 115 | 27.900 | 8 |
| 2003 | 35.064.765 | 148 | 33.963 | 10 |
| 2004 | 38.233.739 | 148 | 34.201 | 9 |

Kaynak: SEVİM, a.g.e., s.91.

Söz konusu sıkıntıları ortaya koyan tablo 3.4'e göre, SSK kapsamındaki nüfus 1980 yılında, 10 milyon 674 bin 172 kişi iken, bu sayı 2004 yılı itibarıyla %258 artarak 38 milyon 233 bin 739'a ulaşmıştır. Aynı süreçte SSK hastane sayısındaki artış %105, hasta yatağı sayısındaki artış ise %90 oranında

²³⁵ SEVİM, İ. , a.g.e, s. 91.

gerçekleşmiştir. Ayrıca on bin SSK'lıya düşen yatak sayısı, 1980 yılında 17 iken bu sayı 2004 yılına gelindiğinde 9'a düşmüştür.

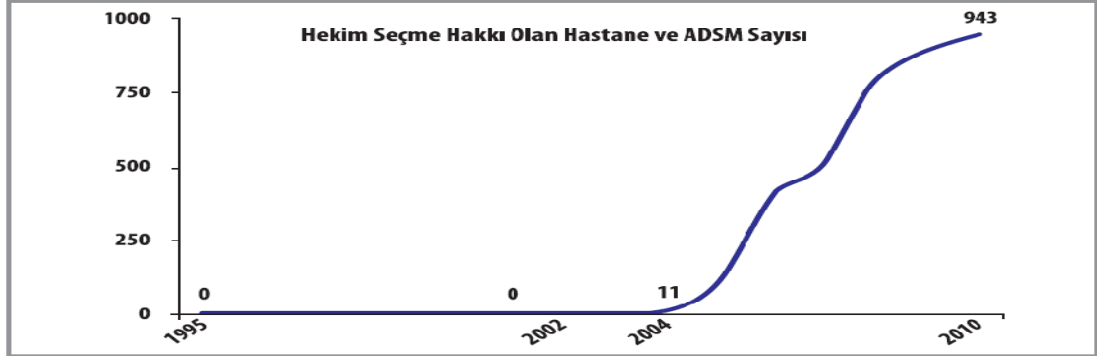
Bu sorunun giderilmesi ve hastanelerin tek çatı altında toplanması ile ilgili olarak, 19.01.2005 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun'un ilgili maddeleri nedeniyle 20.02.2005 tarihinde SSK Hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Söz konusu Kanun uyarınca Kurumun 144 hastane, 11 ağız dış merkezi, 217 dispanser ve 176 sağlık istasyonunun Sağlık Bakanlığı'na devri gerçekleştirilmiştir²³⁶.

Devlet hastanelerinin bilinen yapısını değiştirmek gayesiyle, başta görüntüleme hizmetleri olmak üzere birçok tıbbi hizmetlerde özel sektörden hizmet alınmasının yolu açılmıştır. Hastanelere yetki devri, yönetim esnekliği, kendi kaynaklarını kullanma serbestliği ve döner sermayeden performansa göre katkı payı verilmesi gibi uygulamaları yanı sıra maaşları hastanelerin kendi döner sermayelerinden karşılanmak üzere sözleşmeli sağlık personeli alımı uygulamaları başlatılarak hastanelerin özerk kamu kurumları olmaları yolunda adımlar atılmıştır²³⁷.

Kamu hastanelerinde yeniden yapılanma çalışmaları çerçevesinde kamu-özel ortaklığı şeklinde hizmetler vermeye başlanmıştır. Konuyla ilgili olarak hastanelerdeki tomografi, MR cihazı sayıları artırılmış ve elektronik bilgi sistemlerinin tüm hastanelerde uygulanması sağlanmıştır. Ayrıca hastaların haklarının ihlal edilmediği, her aşamada bilgilendirildiği ve onayının alındığı, mahremiyetin korunduğu, hiçbir ayırım yapılmadan her türlü tedaviyi aldığı, hekimini kurumunu seçebildiği bir sağlık hizmeti hedeflenmiş; bu amaçla ilgili mevzuat doğrultusunda hastanelerin tamamında "Hasta Hakları Birimi" faaliyete geçirilmiştir.

²³⁶ SAĞLIK BAKANLIĞI (2007c), a.g.e., s.52.

²³⁷ SAĞLIK BAKANLIĞI (2007c), a.g.e., s.52-53.

Grafik 3 1 Hekim Seçme Hakkı Olan Hastane ve ADSM Sayısı

Kaynak: AKDAĞ, a.g.e, s.156.

İdari ve mali açıdan özerkleştirilmiş sağlık hizmetleri finansman sorunlarının çözümü ve hizmette rekabet açısından faydalı gibi gözükmeyle birlikte bu konuda gerekli ve yeterli denetim ve koordinasyonun sağlanamaması beraberinde çok önemli sakıncaları da getirecektir.

Nitekim hastanelerin hizmet alımı yoluyla sağlık hizmetlerini temin yoluna gitmesi süreci henüz çok yeni olmasına ve merkezi yönetimin hala faal bir şekilde denetim ve koordinasyon görevini yürütmesine rağmen, konuyla ilgili sorunlar baş göstermeye başlamıştır. Sağlık kurumları hizmet sözleşmeleri ile ilgili olarak ihalelere çıkmış gibi gözükse de siyasi tercihlerle elde edilen makam ve mevkilerin korunabilmesi adına, söz konusu ihalelerde yandaş şirket ve kuruluşların ihaleleri kazanabilmesi için her türlü uygulama yapılmaktadır. Maalesef ihale şartnameleri hazırlanırken, işin gereği için gerekli şartlardan ziyade şirketlerin ihaleleri kazanabilmesi için hangi şartların konulabileceği araştırılır hale gelmiştir. Bu da sağlık hizmetlerinde kalite düşüklüğü sorununu beraberinde getirmektedir.

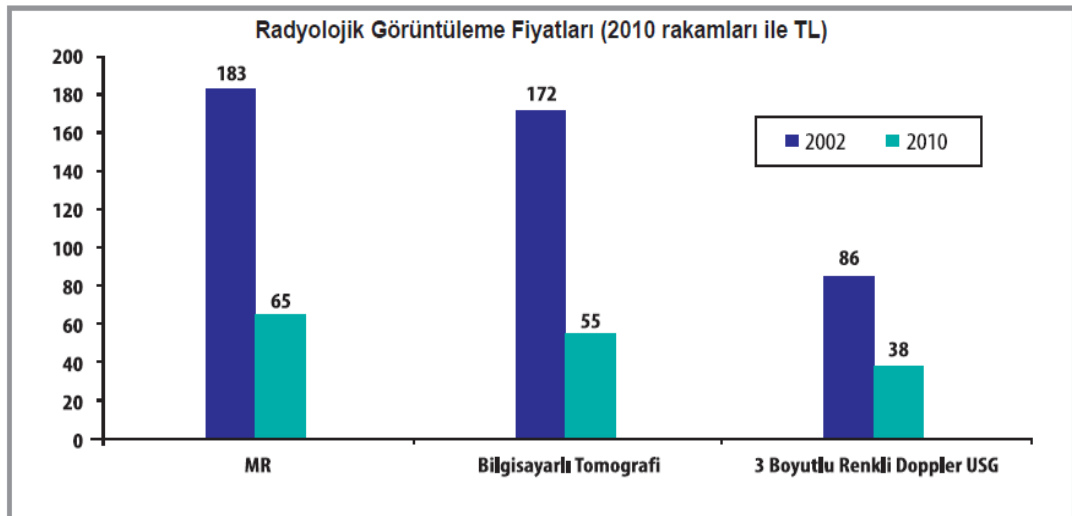
Ortaya çıkan sorunlar bununla da sınırlı değildir. Örneğin laboratuvar hizmeti alımı genellikle KİT karşılığı yapılmakta ve belli bir sayının altında olmamak üzere laboratuvar tetkiki isteminde bulunulacağı şirkete garanti edilmektedir. Vaat edildiği kadar tetkik yapılmasa da sağlık kuruluşu hizmetin bedelini ödemek zorunda olduğundan, bu parayı tahsil edebilmek amacıyla söz konusu tetkikin istemlerini artırmaktadır. Bu şekilde, ihalesi yapılan hizmetin bedeli hastaya ve sosyal güvenlik kuruluşlarına fatura edilmektedir. A hastanesinde yapılan tetkik sonuçlarının B hastanesindeki hekim tarafından kabul edilmeyerek yeniden istenmesinin arkasındaki

nedenlerden birisi kitlerin kullanılması gerekliliği, diğeri de döner sermaye gelirini artırabilmektir. Bu tür uygulamalarda bir diğere önemli husus da ihalelerde genellikle şirketin kendi personelini çalıştırması gerektiği koşulunun yer almasıdır. Sağlık Bakanlığı'na göre böylelikle eksik olan personel açığı bir derece kapatılabilecektir. Sistem doğru işlese ve tam denetimi yapılsa belki bu amaca hizmet edecektir. Ancak bugün laboratuvar ve görüntüleme ile ilgili alanlarda şirketler tarafından hiçbir mesleki eğitim ve deneyimi olmayan insanların çalıştırıldığı bir gerçektir.

Burada sadece bir kaçını saymış olduğumuz bu olumsuz yaklaşımlar hizmetin kalite ve verimliliğini artırmaktan ziyade düşmesine neden olacak sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenle hastanelerin özerkliğe kavuşması yada özelleştirilmesi çalışmalarının henüz başında ortaya çıkan bu sorunlar, daha da derinleşmeden, bir an önce "ülke şartlarına uygun" kontrol mekanizmalarının oluşturulması ve sisteme entegre edilmesi gerekmektedir. Ancak bu şekilde istenilen verimliliğe ulaşılabilir. Yoksa bir süre sonra bu sistemin sorunlarını çözmek için yeni reform arayışlarına gidilmesi kaçınılmaz olacaktır.

Dışarıdan hizmet alımı yoluyla sağlık hizmeti verilmesinin yukarıda sayılan olumsuzluklarının yanında finansal açıdan devlete büyük kar sağladığı ise bir gerçektir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre konuyla ilgili maliyet etkili politikalar sonucu ileri teknoloji kullanımı sebebiyle oluşabilecek yüksek maliyetler önemli ölçüde önlenmiştir.

Grafik 3 2 Radyolojik Görüntüleme Fiyatları



Kaynak: AKDAĞ, a.g.e, 54.

Konuyla ilgili yapılan en son düzenleme 02.11.2011 tarihinde yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin²³⁸ 29-36. maddeleriyle yapıldı. Söz konusu madde ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve İllerde Hastaneler Birliği kurulması ile ilgili düzenlemeler yer almaktadır.

c) Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Dönüşümlerin başarıyla gerçekleştirilmesi, uygun ve nitelikli insan kaynaklarına bağlanmış; program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin Avrupa Birliği'ne uyum süreci de dikkate alınarak görev, yetki ve sorumluluklarının yeniden planlanması, hastayla birebir çalışan meslek mensuplarının uzun yıllardır netliğe kavuşmamış olan görev ve yetkilerinin tanımlanması hedeflenmiştir. Bunların gerçekleştirilebilmesi için:

-İhtiyaç doğrultusunda üniversitelerle işbirliği yapılarak birinci basamak hekimlerin uzmanlaşmasına yönelik müfredat çalışmalarının yapılması, hemşirelik eğitiminin üniversiteye temellendirilerek, uluslararası standartlara çekilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin hasta bakımına yönelik olarak bilimsel bir disiplin halinde gelişmesi için düzenlemelerin yapılmasının yanında birinci basamak hizmetlerine yönelik aile sağlığı hemşireliğinin geliştirilmesi öngörülmüştür.

Programda ayrıca hekimlerin işletme yönetimine istihdam edilmesinin sakıncalarına değinilerek, sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesi için gereken planlama, araştırma ve eğitim faaliyetlerine önem verileceği, desantralize insan kaynakları planlaması ve yönetim yeteneği oluşturularak sağlık yöneticilerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımının sağlanacağı belirtilmiştir.

Sağlık çalışanlarının ülke genelinde dengeli dağılımını sağlamak için, Dönüşüm Programı çerçevesinde dengeli dağılımı teşvik edici gönüllük esaslı politikalar uygulanacağı, bu çerçevede zorunlu hizmetin kaldırılarak, kamu

²³⁸ R.G, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, R. G. Tarihi:02.11.2011 Resmi Gazete Sayı:28103 (Mükerrer) KHK Sayı:663.

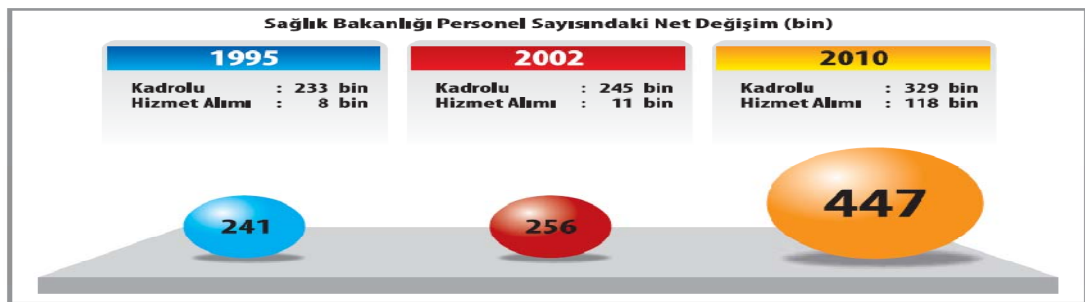
kurumlarında daha istekli ve verimli çalışmayı teşvik edici önlemler alınacağı açıklanmış ve buna örnek olarak çakılı sözleşmeli personel sistemi gösterilmiştir²³⁹.

Konuyla ilgili olarak yapılan çalışmaları şöyle özetleyebiliriz:

10.07.2003 tarihinde kalkınmada öncelikli yörelerde özendirme çerçevesinde sözleşmeli personel istihdamını sağlayan 4924 sayılı kanun²⁴⁰ çıkarılmıştır. Bu kanun ile personel istihdamında zorluk çekilen yerlerde daha fazla özlük hakkı tanınarak ve buralarda görev yapmanın özendirilmesi hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Doğu ve Güneydoğu Bölgelerinde bu yolla 8 bini aşkın yeni sağlık personeli istihdamı sağlanmıştır.

4924 sayılı Kanun'un 11. Maddesine dayalı olarak 05.05.2004 tarihinde yürürlüğe konulan Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gerekli Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Görülmesine İlişkin Esas ve Usuller²⁴¹ isimli düzenleyici işlemle sağlık taşeronlaşmasının önü açılmıştır. 27.05.2004 tarihli bir genelge ile Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler hizmetlerini taşeronlaşmaya açmaya başlamışlardır. Bu tarihlerden itibaren hastaneler bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla satın alınma yolu ile sağlık personeli istihdamına girmişlerdir. Günümüzde pek çok sağlık personeli asgari ücret karşılığı bu yolla hizmet vermektedir.

Şekil 3 3 Sağlık Bakanlığı Sayısındaki Net Değişim (bin)



Kaynak: AKDAĞ, a.g.e., s.204.

²³⁹ SAĞLIK BAKANLIĞI (2003), a.g.e., s.32.

²⁴⁰R.G., Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, R.G. Tarihi: 24.7.2003, Sayı: 25178.

²⁴¹R.G., Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gerekli Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Görülmesine İlişkin Esas ve Usuller, R.G. Tarih:05.05.2004, Sayı:25453.

Personel istihdamı ile ilgili bir başka düzenleme, Sağlık Bakanlığında görev yapan sağlık hizmetleri sınıfına dâhil personelle ilgili tüm atama ve nakilleri, çağdaş insan kaynakları yönetimi, etkili ve verimli istihdam politikaları ile sağlık hizmetinin ülke genelinde dengeli dağılımı temel ilkeleri çerçevesinde kurallara bağlama amacıyla çıkarılan 08.06.2004 tarihinde “Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği” ile yapılmıştır. Söz konusu yönetmelikte, personel dağılımının adaletli olması için; Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığınca hazırlanan il ve ilçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması tabloları esas alınan puanlama sistemi getirileceği, her il için personel dağılım cetvellerinin (PDC) oluşturulacağı ve atamaların puan ve PDC esasları doğrultusunda yapılacağı hükümleri yer almıştır. Söz konusu yönetmeliğin yayınlanmasının ardından her il, ilçe, kasaba, köy ve buralarda bulunan sağlık kurum/kuruluşları (çalışma koşulları nedeniyle aynı yerde bulunan hastane, sağlık ocağı ve sağlık evi puanları farklıdır) için hizmet puanları belirlenmiş ve her personelin göreve başladığı günden itibaren hizmet ettiği yer ve süreler göre hizmet puanı hesaplanmıştır. Yeni sistemle birlikte atamaların önceden belirlenen dönemler halinde yapılması, atama yapılacak yer ve kadroların önceden duyurulması ve başvurular arasında puan sıralaması yapılarak sonuçların duyurulması, itirazların değerlendirilmesi yöntemi uygulanmaya başlamıştır. Geçici görevlendirmeler ve atama ilanına özel şartların konulması gibi yöntemlerle hala bir kısım kayırmacılıklar olsa da yeni uygulamanın, eskiye göre çok daha hakkaniyetli olduğu bir gerçektir.

21 Haziran 2005 tarihinde kabul edilen 5371 sayılı Kanun’la²⁴², 15.5.1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na eklemeler yapılmış ve mecburi devlet hizmeti yükümlülüğü getirilmiştir. Kanunla devlet hizmeti süresi, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tarafından hazırlanan ilçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasına göre 300 ila 600 gün arasında kademelendirilmiş ve hekimlerin bu hizmet sürelerini Sağlık Bakanlığı veya Sağlık Bakanlığınca uygun görülen diğer kuruluşlarda Devlet memuru veya ilgililerin talebi halinde 10.7.2003

²⁴² R.G., 5371 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet Ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararıyla Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, R.G. Tarihi: 05/07/2005, Sayı: 25866

Personel dağılımındaki dengesizliği gidermek amacıyla yapılan bir başka düzenleme de 24.06.2006 tarih ve 26208 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak Atama ve Nakil Yönetmeliğine eklenen “Personel Dağılım Cetveli Dağılım İlkeleri”dir. Söz konusu Dağılım İlkeleri doğrultusunda her bir il için birimler bazında Personel Dağılım Cetveli hazırlanarak 29.06.2006 tarihinde Bakanlığın duyurulmuştur. Bu uygulama ile sağlık birimlerinde hangi branştan kaç kişinin çalışacağı belirlenerek atamaların buna göre yapılacağı esası getirilmiştir. Söz konusu yönetmelikle mazeret tayinlerine daha sıkı denetim getirilmiş, mazeret durumu kalkanlar eski görev yerlerine tayin edilmiş, böylelikle sadece tayinini daha iyi yerlere çıkarmak için mazeret bulmaların önüne geçilmiştir. Böylelikle belirli bölge ve sağlık kuruluşlarında uygulama öncesi meydana gelen personel yığılmalarının ve eksik istihdamların önüne geçilmesi hedeflenmiştir.

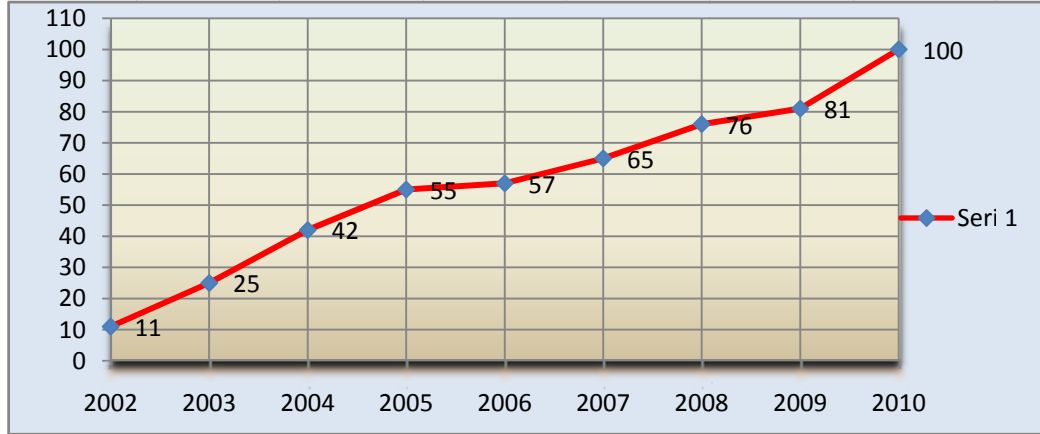
Konuyla ilgili olarak yapılan önemli bir düzenleme de performans sisteminin getirilmiş olmasıdır. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin (PDEÖ) temel amacı, kamudaki sağlık personelinin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmektir. SDP başlatıldığı zaman, kamu sektöründeki insan kaynakları krizinin SDP hedeflerine ulaşılmasını engelleyebilecek önemli bir etken olacağı fark edilmiştir. SDP'nin başlatılması aşamasında, nüfus başına düşen sağlık personeli oranı, diğer orta gelirli ülkeler ve OECD ülkelerinden daha düşüktü. Kamudaki doktorların çoğu yarı zamanlı olarak çalışmaktaydı ve doktorlar özel sektörde çalışmayı tercih etmekteydi. Sonuç olarak, devlet hastaneleri aşırı kalabalıktı; doktoru görmek için uzun bekleme süreleri söz konusuydu. Hasta ve hizmet sunucularının sağlık sistemine ilişkin memnuniyetleri düşüktü. PDEÖ bu sorunları çözebilecek kilit bir müdahale olarak düşünülmüştür²⁴³.

Performansa dayalı döner sermaye uygulaması getirilmesi sayesinde, özel muayenesi olan hekimlerin döner sermaye katkılarından %70 kesinti olduğu için pek çok hekim özel muayenehanesini kapattığı gibi, hekim sayısı fazla olan yerlerde hekim başına düşen performans puanı az olduğundan daha fazla döner sermaye geliri

²⁴³ OECD, a.g.e., s.41.

elde edebilmek için hekim sayısının az olduğu yerlere gönüllü tayin talebinde bulunan pek çok hekim olmuştur.

Grafik 3 4 Uzman Hekim Full-Time Oranı (%)



Kaynak: AKDAĞ, R., **Sağlık Bakanlığı 2010 Mali Bütçesinin TBMM'ye Sunumu**, Aralık 2009, <www.saglik.gov.tr>. (04.03.2011).

Grafik 3.2'de Full-Time çalışan uzman hekim oranı verilmiştir. 2010 yılında full-time çalışan oranının %100 gösterilmesinin nedeni Tam Gün Yasası'nın yürürlüğe girmesiyle birlikte sağlık personelinin kamu yada özel sektörden birini tercih etmek zorunda olması, kamuda çalışan uzman hekimlerin serbest çalışmasının engellenmesidir²⁴⁴. Ancak Danıştay 5. Dairesi'nin, Kanun'un "Kamuda görevli hekimlerin muayenehane açamayacaklarına" ilişkin bölümünü iptal etmesi²⁴⁵ bu oranın %100 olarak gerçekleşmesini engellemiştir.

Ayrıca performans ölçümü, artan hizmet talebinin karşılanmasında motivasyonu artıran önemli bir unsur olmuş, aynı zamanda düzenli bir kayıt sisteminin sağlanmasında önemli bir katkı sağlamıştır.

Personel dağılımının adaletli olması adına yapılan tüm bu çalışmalar sağlık hizmetlerinin verim ve kalitesi adına olumlu uygulamalar olmasına rağmen tüm bunların başarıya ulaşabilmesi için personel memnuniyetinin de sağlanması gerektiği unutulmamalıdır. Ülkemizde sağlık personelinin dağılımı konusunda sorunların

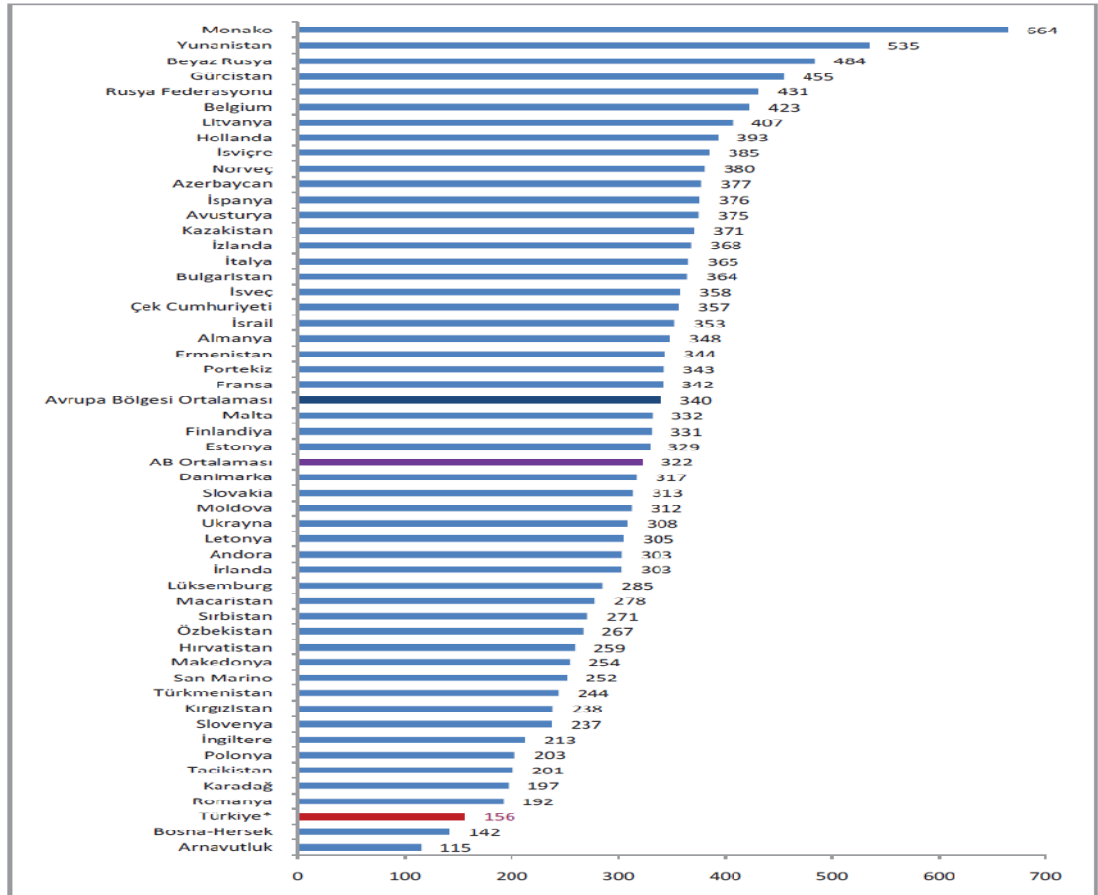
²⁴⁴R.G., **Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun**, Kanun No:5947, Kabul Tarihi:21.01.2010.

²⁴⁵ Danıştay 5. Dairesi, Tarih: 06.04.2011 [E:2010/4406, K:2011/1696](http://www.danistay.gov.tr)

olduğu muhakkaktır. Ancak daha önemli olan bir nokta daha vardır ki o da hizmet kalitesinin sağlanabilmesi için yeterli sağlık personelinin mevcut olması gerektirir.

Yapısal kalitenin en belirgin göstergeleri kişi başına düşen sağlık personeli sayılarıdır. Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ konuyla ilgili “Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türkiye’de doktor ve hemşire sayısında fazlalık olduğu şeklinde yanlış bir düşüncenin sürekli gündemde tutulduğunu, gerçekte ise her yüz bin kişiye düşen doktor sayısı itibariyle Türkiye DSÖ Avrupa bölgesinin en alt sıralarında yer aldığı” Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporunda ifade etmiştir. Nitekim Aralık 2010 itibariyle ülkemizdeki toplam hekim sayısı 115.321 ve her 1.000 kişiye düşen hekim sayısı 1,56’dır (bkz. Grafik 3.3 ve 3.4). Hemen bir basamak üzerimizde yer alan Romanya’da ise yüz bin kişiye düşen hekim sayısı 192’dir²⁴⁶.

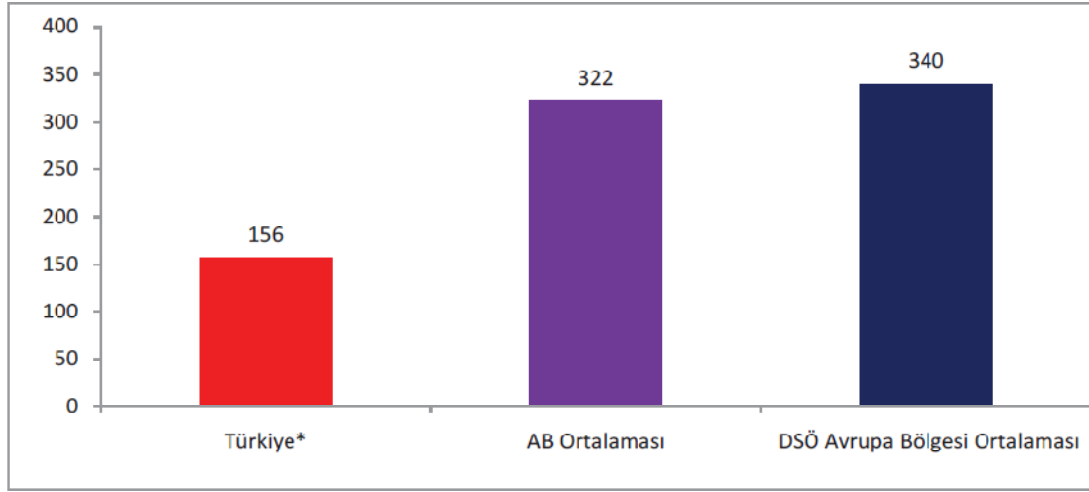
Grafik 3.5. Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de 100.000 Kişide Hekim Başına Düşen Nüfus



Kaynak: AKDAĞ, a.g.e, s.188.

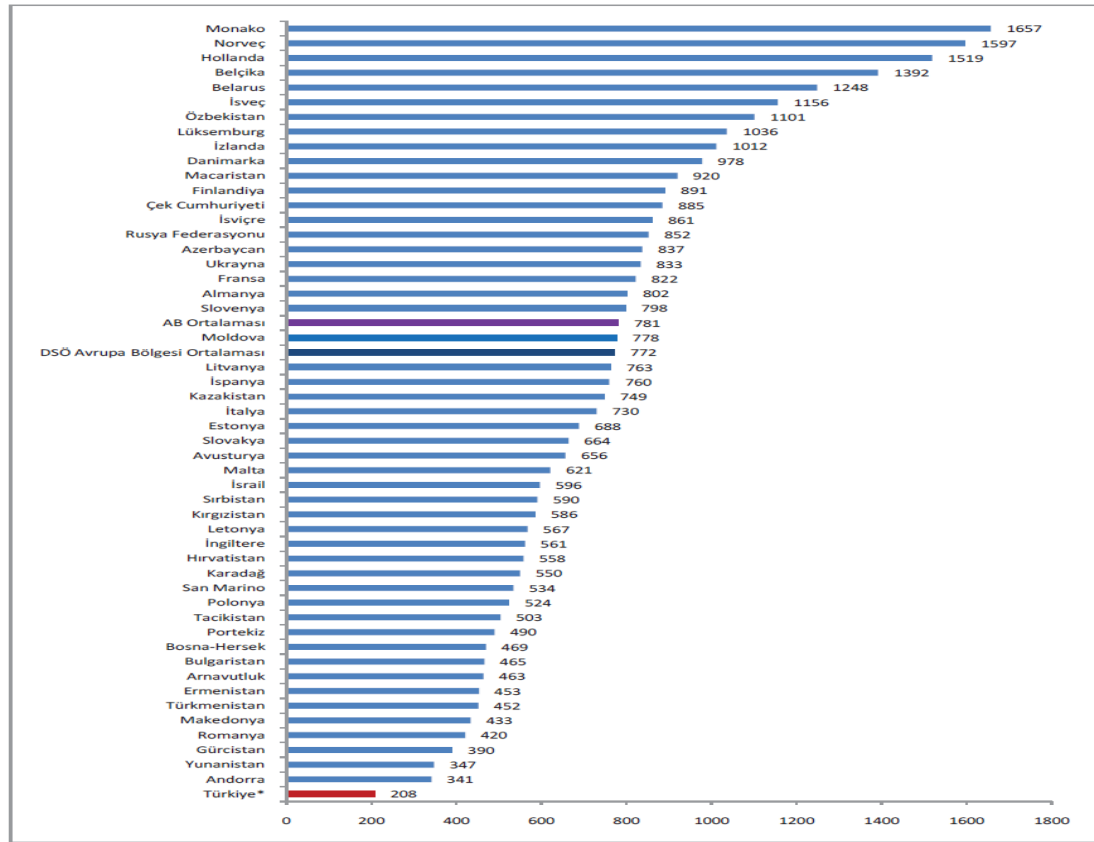
²⁴⁶ AKDAĞ, a.g.e, s.188.

Grafik 3 6 100.000 Kişiyi Düşen Hekim Sayısı Bakımından AB Ortalaması,



Kaynak: WHO/European HFA Database, Ağustos 2009'den aktaran AKDAĞ (2011), a.g.e, s.189.

Grafik 3 7 Ülkelerin Faiz Dışı Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri



Kaynak: AKDAĞ, a.g.e, s.203.

Her yüz bin kişiye düşen doktor sayısı itibariyle de Türkiye DSO Avrupa bölgesinin en alt sıralarında yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesinde her 100 bin kişiye 340 doktor düşerken, Türkiye'de 156 doktor düşmektedir. Yine bu bölgede her 100 bin kişiye 700 hemşire düşerken, Türkiye'de ebelerle birlikte 208 hemşire ve ebe düşmektedir²⁴⁷. Bu durum personel dağılım politikalarını olumsuz etkilemesinin yanı sıra, hizmet kalitesi ve verimliliğini de düşürmektedir.

6.1.5.Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Dönüşüm Programında, dönüşümün başarılı sürdürülmesini sağlamak için gerekli olan, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip özellikle sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen, sektörel analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verebilecek bir okulun açılması öngörülmüş ve bununla ilgili olarak Hıfzısıhha Okulunun çağdaş anlayışla yeniden işlerlik kazandırılması gerektiği vurgulanmıştır.

Programda ayrıca tıp fakültelerinin ve tıpta uzmanlık eğitimlerinin müfredatlarında ve eğitim hastanelerinin organizasyonunda Sağlık Dönüşüm Hedefleri doğrultusunda düzenlemeler yapılacağı belirtilmiştir.

Programda sağlık ekonomisi, planlaması, işletmeciliği konusunda yetişmiş insan gücü eksikliği var gibi gösterilmesi bu alanda Hıfzısıhha okulunun yeniden işlerlik kazandırılması gerektiğinin vurgulanması söz konusu programın en gerçekçi olmayan maddelerinden biridir. Bu madde ile ülkemizdeki idarecilikle ve özellikle de sağlık idaresi konusunda eğitim veren üniversitelerin varlığı inkâr edilmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde hiçbir zaman sağlık idaresi ile ilgili eğitim almış personel istihdamı amacıyla memur alımı yapılmamıştır. Yeni memur alımı bir tarafa mevcut personellerinin içinde konuyla ilgili eğitim almış yüzlerce kişi bulunmasına rağmen görevlendirmelerde bu hususlar çoğu zaman dikkate alınmamış, sağlık idarecileri liyakat ve hakkaniyetten uzak kriterlere göre görevlendirilmişlerdir.

²⁴⁷ Sağlık Bakanlığı 2011 istatistiklerinden yararlanılmıştır. <www.saglik.gov.tr>, (03.08.2011).

Konuyla ilgili yeni okulların açılması elbette gereklidir. Ama asıl önemli olan bu okullardan mezun olanların istihdamına yönelik uygulamaların yapılmasıdır.

6.1.6. Nitelikli ve Kaliteli Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Bu çerçevede ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını düzenleyecek, özerk yapıda, sektörün taraflarının yönetiminde söz sahibi olduğu bir “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumunun” ve sağlık hizmetlerinin sunumunda etik değerlerin korunabilmesi için güçlü yaptırım yetkisi olan bir etik kurulunun kurulması hedeflenmiştir²⁴⁸.

Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan hizmetlerin etkili, verimli ve kaliteli hizmet anlayışıyla sunulabilmesi için başlatılan kalite yönetimi projelerinin koordinasyonunu sağlamak ve ülkede ulusal sağlık akreditasyonu konusunda birlik sağlamak amacıyla önce Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörlüğü kurulmuş, ardından Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütlerini Geliştirme Başkanlığı oluşturulmuştur²⁴⁹.

Bakanlığın 2004 yılında başlattığı uygulama ile sağlık personeline ücret dışında performans kriterlerine bağlı olarak döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmaya başlanmıştır. Söz konusu uygulama ile hekimlere gerçekleştirdikleri işlem ve girişimler üzerinden puan verilirken hekim dışı personel kadro, derece, unvan, eğitim durumu gibi kriterler baz alınarak ödeme yapılmaktadır.

27.06.2008 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti olarak, sağlık sistemlerinin performansının izlenmesi ve değerlendirilmesini amaçlayan “Tallinn Sözleşmesi” Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesindeki diğer üye ülkeler ile birlikte kabul edilmiştir. Sözleşme ile üye ülkelerin sosyal, kültürel ve ekonomik farklılıklarının dikkate alınarak sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve insan sağlığının daha iyi duruma getirilmesi hedeflenmektedir. Tallinn Sözleşmesi’ne göre sağlık sistemi performans değerlendirmesi üç başlık altında yapılmaktadır.²⁵⁰ Sağlık Bakanlığı da sistemin değerlendirilmesini Şekil 3.5’de belirtilen başlıklar altında yapmayı amaçlamıştır.

²⁴⁸ SAĞLIK BAKANLIĞI (2003) a.g.e, s.32.

²⁴⁹ SAĞLIK BAKANLIĞI (2007c), a.g.e, s.69.

²⁵⁰ AKDAĞ, Recep. , “Sağlık Bakanlığı 2010 Mali Bütçesinin TBMM’YE Sunumu”, Ankara, Aralık, 2009, s.20, <www.saglik.gov.tr>. (04.04.2011)

Şekil 3. 4. Sağlık Bakanlığı Sistem Değerlendirmesi



Kaynak: AKDAĞ (2009), a.g.e., s.20.

Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon çalışmaları günümüzde yoğun olarak uygulamaya konulmuştur. Sağlık Bakanlığı “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın bileşenlerinden biri olarak “Sağlık Tesislerinin Kalite Güvencesi ve Akreditasyonu” kapsamında Bakanlığa bağlı hastanelerde uygulanacak kalite kriterlerini geliştirmek, ülkemizdeki hastanelerde uygulamak ve “Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi” kurmak amacıyla Joint Commission International (JCI) ile çalışma başlatmıştır. Bu çalışmalar kapsamında bakanlıkça hazırlanan ve uygulamada olan “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” ile özellikle Bakanlığa bağlı hastanelerde kaliteyi geliştirirken performans, etkinlik ve verimliliğin ölçümü ve artırılması amaçlanmıştır. Bu yönerge zaman içinde geliştirilip, değiştirilerek son olarak “Sağlıkta Performans ve Kalite” yönergesi 01.09.2008 tarihinden itibaren uygulanmaya başlamak üzere yayınlanmıştır. Halen Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane ve sağlık kurum ve kuruluşlarında bu yönerge usul ve esasları uygulanmaktadır²⁵¹.

“Sağlıkta Performans ve Kalite” yönergesi eklerinde yer alan ve her dört ayda bir hesaplanan; ‘Kurum Verimlilik Göstergeleri’ ile Bakanlıkça kurumların performansları değerlendirilmektedir. Kurum verimlilik göstergeleri katsayısı içinde Sezaryen Oranı, Günlük Cerrah Başına Düşen Ortalama Ameliyat Puanı, Günlük Ameliyat Masası Başına Düşen Ortalama Ameliyat Puanı, Toplam Giderin Toplam Gelire Oranı, Toplam Borcun Toplam Gelire Oranı, Personel Gideri Destekleme

²⁵¹ SAĞLIK BAKANLIĞI (2007c), a.g.e., s.68-70.

Oranı, Yatak Doluluk (İşgal) Oranı(%), Ortalama Kalış Gün Sayısı, Yatan Hasta Oranı göstergeleri yer almaktadır.

Sağlık kurumlarında verimlilik ve etkililik analizleri, sanayi işletmelerinde yapıldığı kadar kolay değildir. Sanayi işletmeleri tarafından ortaya konulan çıktı, fiziksel boyutları olan, belirli biçimlerde ölçülebilen ve tüketilmesi sonucunda bireylere belirli yararlar sağlayan bir mal veya hizmettir ve buna parasal bir değer atfedilebilir. Buna karşılık, sağlık hizmetlerinde ortaya konulan çıktılar, fiziksel boyutları içermediği gibi belirli standartlar ile ölçülmesi de oldukça güç olan hizmet türüdür.²⁵² Günümüzde sağlık hizmetlerinin sonuçlarını değerlendirmek için kalite analizleri genellikle tıbbi çıktılar, maliyet analizleri, hasta ve personel memnuniyeti üzerinden yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı, konuyla ilgili bilimsel değerlendirme verileri elde edebilmek amacıyla toplam 261 gösterge belirlemiş ve bu göstergelerin en doğru şekilde ölçümünün yapılabilmesi için “Balans Skorkart Sistemi” ve “Skor Performans Değerlendirme Sistemini” oluşturmuştur.

Skor Performans Değerlendirme Sistemi ile stratejik hedefler ve stratejik performans göstergelerinin hızlı ve kolay bir şekilde organizasyon içerisinde iletişimini sağlamak amaçlanmıştır. Sağlık Bakanlığı vizyon, misyon ve değerleri doğrultusunda sürekli ilerlemeyi sağlamak için Vekilharçlık, Hizmet Sunumu, Kaynak ve Finansman olmak üzere dört perspektif, her bir perspektif için belirlenen üçer alt perspektif bazında Sağlık Bakanlığı stratejik hedefleri belirlenmiş; belirlenen 21 stratejik hedefin başarıyla başarılmadığını ölçmek için bu hedeflere bağlı 261 anahtar performans göstergesi tespit edilmiş ve bu göstergelerin birim bazında performans takibini yapabilmek adına göstergeler birimler seviyesine indirgenmiştir. Böylelikle Bakanlık, her bir göstergenin hedefe ve üst göstergeye etki oranlarını belirleyerek stratejik hedefin başarı seviyesini takip edebilir hale gelmiştir.²⁵³

6.1.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de ciddi bir sorun olan etkisiz, yanlış ve gereksiz ilaç kullanımının giderek artması, bu konuda yaşanan sorunlara daha ciddi yaklaşılmasını bir zorunluluk haline getirmiştir. Bu nedenlerle, Program'ın bu

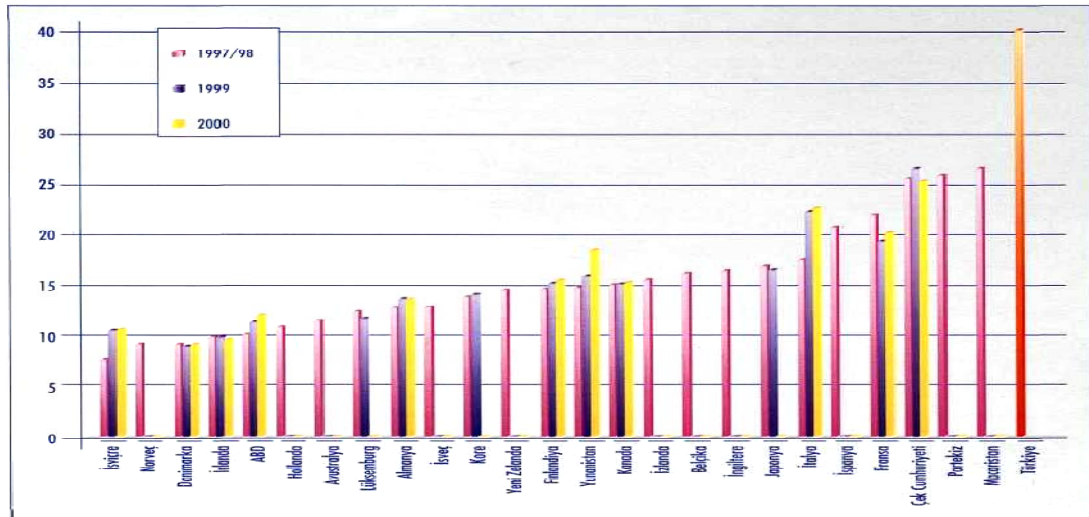
²⁵² ÇIRAKLI, Z. vd. , **Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı**, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Cilt 2., Ankara, 2009, s.360.

²⁵³ AKDAĞ, 2011, a.g.e., s.247.

bileşeni altında, ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi konusunda uluslararası normları yakalayacak, siyasi kaygı ve yaptırımlardan bağımsız özerk kurumların örgütlenmesi sağlanması hedeflenmiştir²⁵⁴.

OECD'nin 2000 yılı verilerine göre, ülkemizde kişi başına düşen sağlık harcaması 255 ABD doları olup, bunun GSYİH'ye oranı % 4'tür. Gelişmiş ülkelerde ise bu oran % 7 ile % 11 arasında değişmektedir. Buna rağmen, ülkemizde genel sağlık harcaması içerisinde toplam ilaç giderlerinin payı ise % 40 civarındadır ki, bu oran diğer OECD ülkeleriyle kıyaslandığında oldukça yüksektir (bkz. Grafik 3.6).²⁵⁵

Grafik 3 8 OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları İlaç Giderlerinin Oranı



Kaynak: SAĞLIK BAKANLIĞI (2003), a.g.e, s.82.

Yine 1999-2000 yıllarında gerçekleştirilen Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Araştırması'na göre, ülkemizin 2000 yılı için toplam ilaç ve dayanıksız tıbbi tüketim malzemesi harcaması 2 katrilyon 763 trilyon TL (4,4 milyar ABD Doları) olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmaya göre toplam ilaç ve dayanıksız tıbbi tüketim malzemesi harcamasının, toplam sağlık harcamasındaki payı da %33,5 olmuştur.

²⁵⁴ SAĞLIK BAKANLIĞI (2007c), a.g.e., s.73.

²⁵⁵ SAYIŞTAY, "Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi Hakkında Performans Denetimi Raporu", <<http://www.sayistay.gov.tr/rapor/perdenrap/2005/2005-1Saglik/Saglik.pdf>>. (04.05.2011).

2005 yılı toplam ilaç harcaması 13 milyar 248 milyon YTL (9,813 milyar ABD Doları), 2006 yılı toplam ilaç harcaması ise 13 milyar 782 milyon YTL (9,571 milyar ABD Doları) olarak gerçekleşmiştir²⁵⁶.

İlaç fiyatlandırmasıyla ilgili olarak 6 Şubat 2004 tarihinde AKP Hükümeti'nin yaptığı "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar"²⁵⁷ ile ülkemizde konuyla ilgili var olan kargaşa ve olumsuzlukların ortadan kaldırılması ve ilaç fiyatlandırılmasında şeffaflık sağlanması amaçlanmıştır. Karar sonrası uygulanan "Referans Fiyat Sistemi" ile ilaç fiyatları en ucuz olan ve takip edilen AB üyesi ülke referans alınmış, fiyatlar Uluslararası İlaç İstatistik (IMS) verileri ile takip edilerek gerektiğinde ilgili ülkeden onaylı belge istenmeye başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Ağustos 2008 İlerleme Raporuna göre, bu yöntemle bine yakın üründe %1 ile %80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleştirilmiştir.

Kamu maliyesinin yükünü hafifletmek üzere Maliye Bakanlığı'nın başkanlığında Geri Ödeme Komisyonu oluşturularak "Tek Geri Ödeme Sistemi" imkânı sağlanmıştır. Geri ödeme kurumlarının ortak kararı ile reçetelenen ilaçlar için en ucuz eş değer ilacın %22 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralı getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'na göre, bu uygulama ile sepetin dışında kalan bazı ilaçların firmaları kamunun ödeme kapsamına girebilmek için fiyatlarını gönüllü olarak tekrar düşürmüşler ve kamu maliyesi için önemli bir tasarruf sağlanmıştır. Ayrıca ilaçta %18 olan KDV fiyatı %8'e düşürülerek ilaç fiyatlarında önemli bir düşüş daha sağlanmıştır²⁵⁸.

2009 yılında Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Kararname'de bir değişiklik daha yapılarak; "Orijinal bir ürünün jeneriği piyasaya çıktığında, ürünün fiyatı mevcut fiyatın %66'sını geçemez (hem orijinal hem de jenerik ürün için)" kuralı getirilmiştir.

²⁵⁶ SAĞLIK BAKANLIĞI, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı "Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştay Raporu, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2007, s.2.

²⁵⁷R.G., **Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar**, Sağlık Bakanlığı'nın 21.1.2004 tarihli ve 003149 sayılı yazısı üzerine, Bakanlar Kurulu'nca 6.2.2004 tarihinde kararlaştırılmıştır. Resmi Gazete, Tarih: 14 Şubat 2004, Sayı: 25373

²⁵⁸ AKDAĞ, (2008), a.g.e, s.89.

Tablo 3 5 2002 Fiyatları İle Kamu İlaç Harcaması (Milyon-TL) ve Tüketilen İlaç Miktarı (Milyon Kutu)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2010 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Kamu İlaç Harcaması (Milyon TL) | 5.232 | 5.428 | 5.601 | 5.173 | 5.944 | 6.056 | 15.400 |
| Tüketilen İlaç (Milyon Kutu) | 699 | 769 | 856 | 1.212 | 1.272 | 1.399 | 1570 |

Kaynak: AKDAĞ, (2008) , a.g.e. ve AKDAĞ (2011), s.171.'den derlenmiştir.

Tablo 3.6'da da görüldüğü gibi ilaç politikalarındaki yeni uygulamalarla birlikte 10 yılda tüketilen ilaç miktarı %125 artarken, kamu ilaç harcaması artış oranı %21 olarak gerçekleşmiştir.

6.1.8. Karar Verme Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için bütünleşik ve doğru bilgiye dayanan bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç olduğu gözlemlenmiş ve buradan hareketle Sağlık Bakanlığı tarafından bir e-sağlık projesi olan Sağlık-NET devreye almıştır. Sağlık-NET, sağlık kurumlarında üretilen her türlü veriyi, doğrudan üretildikleri yerden, standartlara uygun şekilde toplamayı, toplanan verilerden tüm paydaşlar için uygun bilgiler üretmek sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi artırmayı hedefleyen, entegre, güvenli, hızlı ve genişleyebilen bir bilgi sistemi olarak tasarlanmıştır²⁵⁹.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık-NET sistemi ile sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli veri toplayacak ve işleyecek bir fonksiyona ulaşmayı amaçlamıştır²⁶⁰.

²⁵⁹ SAĞLIK BAKANLIĞI (2003), a.g.e, s.36.

²⁶⁰ SAĞLIK BAKANLIĞI (2003), a.g.e, s.36.

Günümüz iletişim olanaklarını kullanarak uygulanabilecek bir ortak veri tabanı üzerinden işleme öngörülen sistem ile sevk zincirinin daha etkin, hızlı ve güvenilir bir hale gelmesi ve vatandaşlık numarası gibi özgün bir referans numarası ile farklı veri tabanlarında tutulan verilerin karşılıklı eşleştirilmesine olanak tanınması planlanmıştır²⁶¹.

Bahsedilen unsurları içeren Sağlık-NET'in ana hatları şöyledir²⁶²:

- Web teknolojisine dayalı, aile hekimliği, hastane ve diğer bileşenlerin bağımsız yazılımlarından standart veri transferi yapabilen altyapı,
- Karar mekanizmasında rol alacak, hastalık yüküne ve sağlık harcamalarına, epidemiyolojik ve demografik analizlere yönelik yeterli ve gerekli bilgiye merkezden ulaşılabilme olanağı sağlayan Karar Destek Sistemi,
- Ülke düzeyinde sağlıkla ilgili verilerin toplanması ve sağlık hizmeti sunumunda elde edilen verilerin doğrultusunda hizmet planlanması yapılabilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı olanakları kullanarak veri toplanması, toplanan bu verilerin kurumsal bir yapı dâhilinde değerlendirilmesi ve aksayan noktalarda sorun gidermeye yönelik geri bildirim mekanizması,
- Uluslar arası kurumlar (WHO, EUROSTAT, OECD) tarafından istenen göstergelerin takip edilmesini sağlayacak raporlama sistematiği,
- Ulusal Sürveyans sistemini destekleyecek uygulamalar ile sağlıkla ilgili olaylarda erken uyarı sistemleriyle entegrasyon,
- Elektronik kimlik kartının kullanıma başlamasıyla birlikte internet üzerinden vatandaşın kendi sağlık kayıtlarına erişim imkânı sağlanması.

Sağlık-NET sistemi ile ilgili uygulamalar 2009 yılında uygulamaya konulmuş ve önceden sadece istatistiki ve matbu form olarak toplanan veriler, hastanın doğumdan-ölüme tüm sağlık bilgilerini kapsayacak şekilde toplanmaya başlamıştır. Vatandaşların elektronik sağlık kayıtlarının sağlık kurumları arasında paylaşılabilirliğinin temeli de Sağlık-Net sayesinde atılmıştır²⁶³.

²⁶¹ SAĞLIK BAKANLIĞI (2003), a.g.e, s.36.

²⁶² SAĞLIK BAKANLIĞI (2003), a.g.e, s.36.

²⁶³ SAĞLIK-NET, Sağlık Net Nedir? <www.sagliknet.saglik.gov.tr/>. (09.10.2010)

Konuyla ilgili Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık-Net portalı hazırlanmış ve hizmete açılmıştır. Sağlık-NET portalı, Sağlık-NET sisteminin dışa açılan yüzü olarak tasarlanmıştır. Vatandaşlar portalı kullanırken, bağlı bulunduğu aile hekimini görebilecek, ayrıca ileride Elektronik Kimlik Kartı devreye alındığı zaman portal vasıtasıyla Merkezi Hastane Randevu Sistemi üzerinden randevu alıp hastanelere gidebilecek, kendilerine ait sağlık kayıtlarını görebilecek, bağlı buldukları aile hekimine bilgi alma amaçlı danışabileceklerdir²⁶⁴.

27 Şubat 2003 tarih ve 3416 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile DPT koordinasyonunda E-Dönüşüm Türkiye Projesi'nin başlatılması ve bu çerçevede Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda e-Sağlık çalışma grubunun oluşturulması oldukça önemli bir başka gelişmedir.

Bu kapsamda, Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS), Minimum Sağlık Veri Setleri (MSVS) ve Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS) gibi kaynaklar ve referans sistemler geliştirilerek hizmete açılmış ve bu standartlar, belirli usul ve esaslar çerçevesinde; illerden veri toplanması ve analiz edilmesine başlanmıştır²⁶⁵

Sağlık Bakanlığı'nın konu ile ilgili bir başka çalışması, Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin kurulmasıdır. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi aracılığıyla, ülke standartlarına uygun kodlamalarla, her vatandaşın Elektronik Sağlık Dosyası oluşturularak Sağlık Bakanlığı'nın kurduğu veri merkezine bilgilerin aktarılması sağlanmıştır. Böylelikle, gebe izlem başarı oranları, bebek izlem başarı oranları, aşılama başarı oranları, sevk oranları ve gezici hizmete tabi kişi sayısı gibi çok sayıda hizmetin ayrıntılı rapor ve değerlendirmesini yapılabilir ve aile hekimlerinin çalışmaları denetlenebilir konuma gelmiştir²⁶⁶.

Yeşil kart reçetelerinin serbest eczanelerden temin edilebilmesine imkân sunmak üzere 2004 yılında Yeşil Kart Bilgi Sistemini (YKBS) kurulmuştur. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü (SYDGM) tarafından nüfusun en muhtaç kesimine dâhil olan ailelerin çocuklarının ve anne adaylarının temel sağlık hizmetlerine tam olarak erişimini hedef alan bir uygulama olan “Şartlı Nakit Transferi (ŞNT)” ile maddi yardımların adil ve hakkaniyetli bir şekilde yerine ulaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla kurumlar arası koordinasyon

²⁶⁴SAĞLIK-NET, Sağlık Net Nedir? <www.sagliknet.saglik.gov.tr/>. (09.10.2010)

²⁶⁵ AKDAĞ (2011), a.g.e, s.179.

²⁶⁶ AKDAĞ (2011), a.g.e, s.182.

sağlanarak ve SYDGM ‘nun Sağlık Bakanlığı Yeşil Kart Bilgi Sistemi ile eşgüdüm içerisinde çalışması yönünde düzenlemeler yapılmıştır²⁶⁷.

Sağlık bilgi sistemlerinin düzenlenmesi ile ilgili bileşenin altında yukarıda sayılanların dışında;

- Hastane Bilgi Sistemleri
- Organ Bilgi Sistemi
- Özürlü Bilgi Bankası
- Doküman Yönetim Sistemi
- Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi
- Karar Destek Sistemi konusunda uygulamalar hayata geçirilmiştir.

6.1.9. Sağlıkta Finansal Yönetim

1980 sonrasında sürekli gündemde olan sağlık reformlarının gerekliliği konusunda en önemli gerekçeler arasında sağlık hizmetlerindeki harcamaların etkin ve verimli yapılmaması olmuş ve bu durum sürekli olarak bütçe açıklarının gerekçesi olarak gösterilmiştir. Bu nedenle Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde konuyla ilgili yapılan düzenlemeler ve elde edilen çıktılar yeni sistemin değerlendirilmesi açısından oldukça önemlidir.

6.1.9.1. Sağlık Harcamaları

Geçtiğimiz birkaç on yıllık zaman içinde pek çok ülke sağlık hizmeti harcamalarının genel zenginlik seviyesinden daha hızlı büyümesi olgusu ile mücadele etmiştir²⁶⁸.

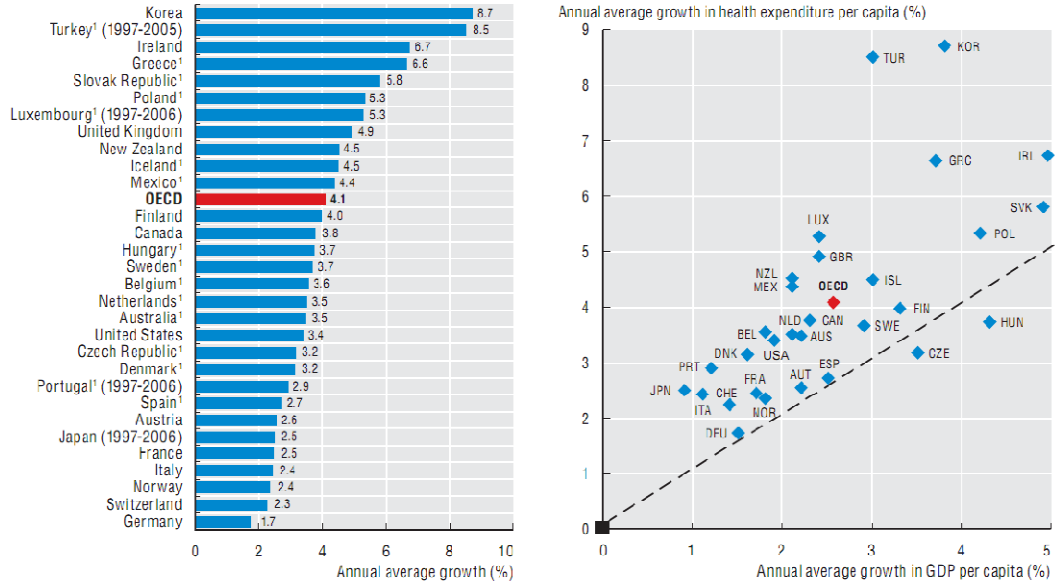
Grafik 3.9’a göre, tüm OECD ülkeleri içinde, Çek Cumhuriyeti ve Macaristan dışındaki tüm ülkelerin GSYH artışı, sağlık harcamaları artış hızının altındadır. Türkiye için 1997-2005 dönemi verileriyle yapılan bu analize göre sağlık harcamalarının kontrol altına alınması gerekliliği ortaya koyulmaktadır. Nitekim sağlık harcamaları artışının sadece Türkiye’nin sorunu olmadığı ortadadır. Fakat bu verilere göre Türkiye merkez eksenden oldukça uzakta yer almaktadır²⁶⁹.

²⁶⁷ AKDAĞ (2011), a.g.e, s.183.

²⁶⁸ ANNEMANS, L. , **Health Economics for Non-Economists; An Introduction to the Concepts, Methods and Pitfalls of Health Economic Evaluations**. Gent: Acedemia Press, 2008’den aktaran ERSÖZ, D. , **Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ABD, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010, s.102.

²⁶⁹ ERSÖZ, a.g.e., s. 103.

Grafik 3 9 OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları Artışı Karşılaştırması- GSYİH Karşılaştırması



NOT: Annual average growth: Yıllık ortalama artış; Annual average growth in health expenditure per capita (%): Kişi başına sağlık harcamalarının yıllık ortalama artışı (%); Annual average growth in GDP per capita (%): Kişi başına GSYİH artışı (%).

Kaynak: OECD, **Health a Glance 2009: OECD Indicators**, S.161. < <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8109111e.pdf?expires=1324657095&id=id&accname=guest&checksum=AB39DF2438BB4B9DDAF9FCA84993A4E2> >. (12.10.2011).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte en çok tartışılan konular arasında sağlık harcamalarında çok büyük artış olacağı ve bunun karşılanamayarak sistemin kısa sürede çökeceği yer almıştır. Sağlık Bakanlığı ise Program ile birlikte kaynakların optimum kullanımını sağlayarak etkili, verimli ve hakkaniyetli bir sağlık sistemi oluşturduklarını ifade etmektedir.

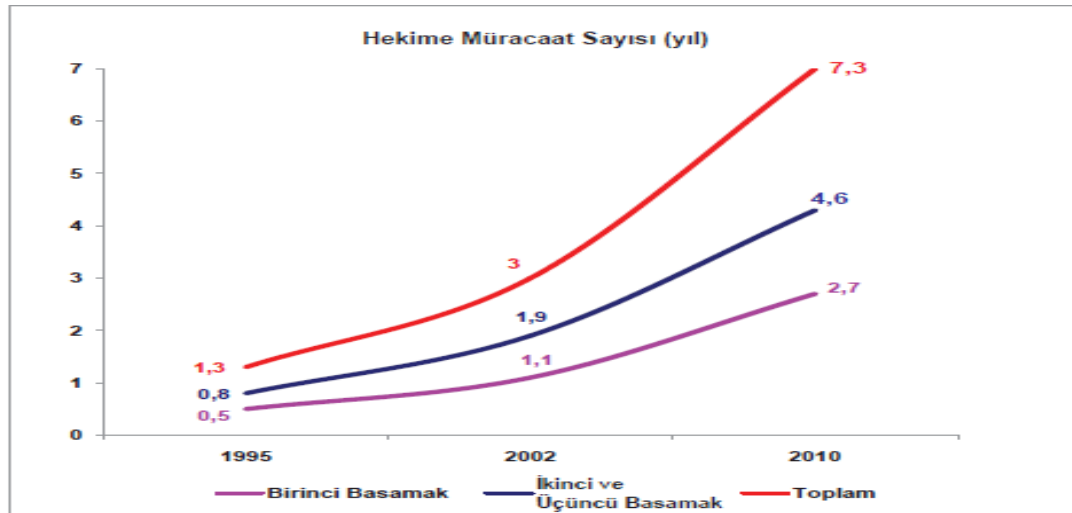
Sağlık Bakanlığı'nın TÜİK, Maliye Bakanlığı ve DPT verilerine dayanarak hazırlanan 2008 Sağlıkta Dönüşüm Programı Raporu verilerine göre;

Kamu sağlık harcamalarının GSYİH' ya oranı 1995 yılında %1,8 iken 2002 yılında % 3,8'e ulaşmıştır. 2008 yılında ise bu rakam % 4,4 olmuştur. Toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık harcamalarının payı 1995 yılında % 0,7 iken 2002 yılında % 1,6'ya ulaşmış, 2008 yılında ise bu rakam 1,7 olarak gerçekleşmiştir. Satın

alma gücü paritesine göre kişi başı kamu sağlık harcaması 1995 yılında 122 ABD Doları iken 2002 yılında 330 ABD Dolarına ulaşmıştır. 2008 yılı için bu rakam 618 ABD Dolarıdır²⁷⁰.

Bu verilere göre ülkemizin sağlık harcamalarının Sağlıkta Dönüşüm ile birlikte oldukça arttığı sonucu ortaya çıkmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerine harcanan kaynağın sadece harcanan paralara bakılarak az ya da çok diye nitelendirilmesi mümkün değildir. Nitekim, sağlık hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak daha fazla iyileştirilmesi, hem kaynakları optimum kullanmaya devam etmek hem de sağlık hizmetleri için ayrılan kaynağı artırmakla mümkündür. Bu yüzden yıllara göre harcama oranlarında değerlendirme yapılırken, verilen hizmette ve kalitesinde artış olup olmadığı yönündeki verilerin de göz önüne alınması gerekir. Grafik 3.10'a göre ülkemizde kişi başına ortalama hekime müracaat sayısı toplamda 1995 yılında 1,3 iken 2010 yılında 7,3'e yükselmiştir. Bu durum vatandaşların daha fazla hizmet talep etmeye başladığının bir göstergesidir.

Grafik 3 10 Yıllara Göre Hekime Müracaat Sayısı



Kaynak: AKDAĞ (2011), a.g.e, s.266.

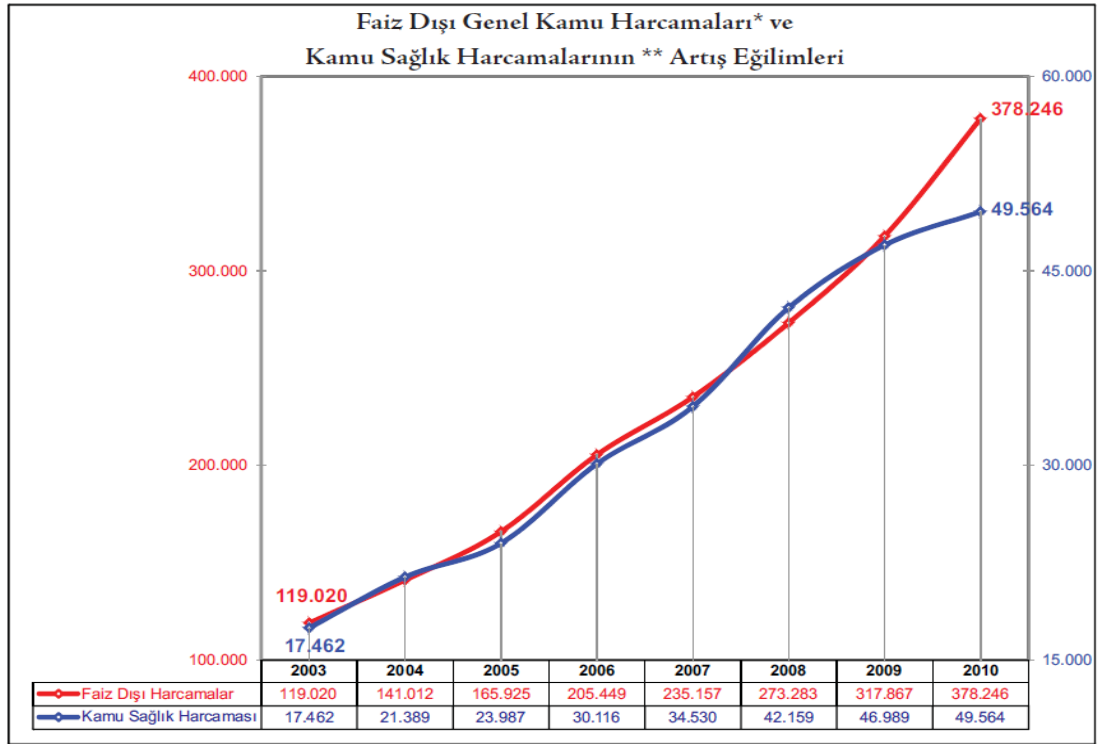
Konuyla ilgili bir başka gerçek ise yüksek teknoloji kullanımının sağlık hizmetleri maliyetini artırmasıdır ve bu teknolojinin kullanımının kısıtlanması sağlık

²⁷⁰ AKDAĞ (2011), a.g.e, s.266.

hizmetleri açısından mümkün değildir. Grafik 1’de²⁷¹ de yer alan Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de maliyet etkili politikalar sonucunda yüksek teknoloji kullanımı sebebiyle oluşabilecek yüksek maliyetler önlenmiştir²⁷².

Sağlık Harcamaları değerlendirilirken göz önüne alınması gereken bir başka nokta faiz dışı genel kamu harcamalarındaki artışın nasıl seyrettiğidir. 2003–2010 yılları arasında faiz dışı genel kamu harcamalarındaki artış % 218 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış % 184’dur.

Grafik 3 11 Faiz Dışı Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri



Kaynak: AKDAĞ (2011), a.g.e, s. 265.

Sağlık harcamaları ile ilgili değerlendirmeye katılması gereken bir başka husus vatandaşın cebinden doğrudan yapılan harcamaların oranındaki değişimdir. TÜİK verilerine göre²⁷³ 2003 yılında ilaç ve tedavi masraflarını kendi cebinden

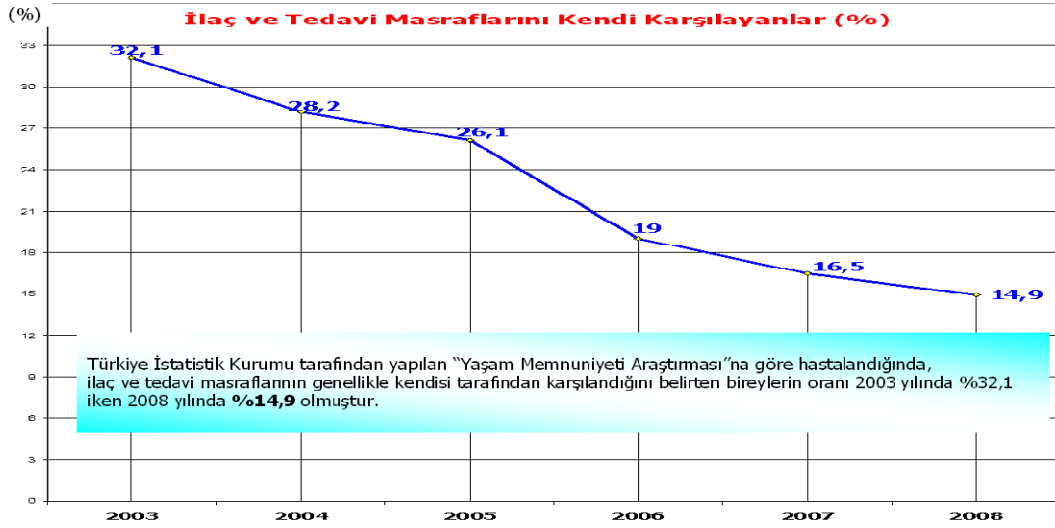
²⁷¹Bölüm 3’de İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri başlığı altında sayfa 112’de verilmiştir.

²⁷² AKDAĞ (2011), a.g.e, s. 266.

²⁷³TÜİK, Sağlık Harcamaları, < http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1>. (03.02.2010).

karşılایanların oranı % 32,1 iken, 2008 yılında 14,9 olmuş ve Sağlık Bakanlığı'nın Raporu'na göre 2010 yılında bu oran % 11,7'ye düşürülmüştür.

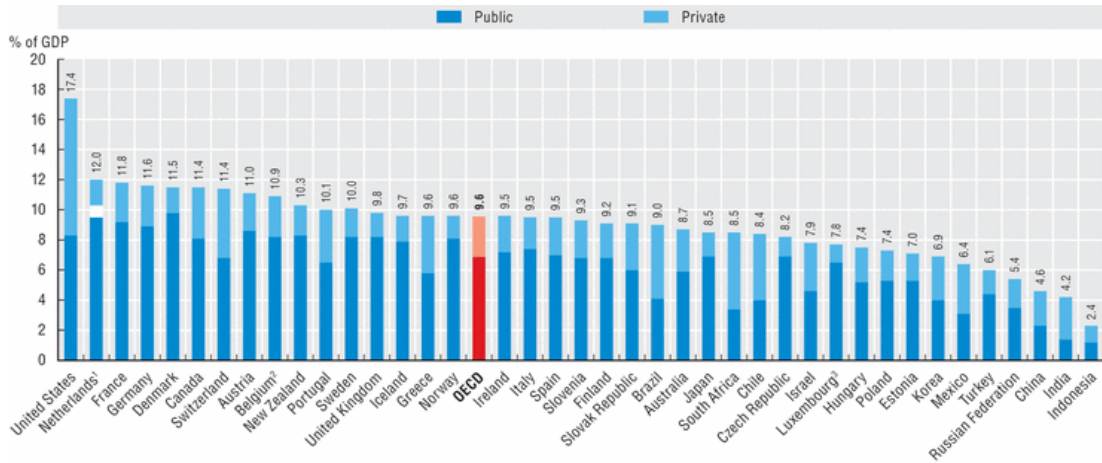
Grafik 3 12. İlaç ve Tedavi Masraflarını Cebinden Karşılایanlar (%)



Kaynak: TÜİK

Kaynak: TÜİK verilerinden aktaran SUR, H. vd., Sağlık Hizmetleri ve Etik (Yolsuzluğun Önlenmesi İçin Etik Projesi Akademik Çalışması), <http://www.etik.gov.tr/duyurular/digerleri/proje2006_etik/akademik_arast%C4%B1rma_konf.ekim2009/Saglik_Hizmetleri_ve_Etik.pdf>. (03.02.2010)

Grafik 3 13 OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Milli Hâsıla İle İlişkili Karşılaştırması (2009 verileri)



Kaynak: OECD, Health and Glance 2011, <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/07/02/g7-02-1>. (20.10.2011)

Sonuç olarak, grafiklerdeki rakamlar Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık harcamalarının aşırı arttığı iddialarının doğru olmadığını göstermektedir.

SONUÇ

Türkiye’de Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar izlenen sağlık politikaları, genel olarak ülkede izlenen ekonomi politikaları doğrultusunda şekillenmiş ve değişen ekonomi politikalarıyla beraber izlenen sağlık politikaları da değişmiştir. Nitekim Cumhuriyetin kuruluş yıllarında ekonomik yetersizlikler nedeniyle izlenen devletçi sağlık politikası, salgın hastalıklarla savaş ve yeniden örgütlenme üzerine oluşturulmuştur. 2. Dünya Savaşı sonrasında, yani refah devleti dönemi sağlık politikalarında ise, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında devletin ağırlıklı olduğu düzenlemelerin yer aldığı görülmektedir. Bu durum refah devletinin düzenleyici ve iktisadi hayattaki aktif rol almasının ülkemiz sağlık politikalarına da aynen yansıdığına göstergesidir.

1980’li yıllara kadar kamusal hizmetlerin ağırlıklı olduğu ancak özel sektörün de kısmen yer aldığı sağlık hizmetleri sektöründe, 1980’lerden sonra piyasa enstrümanlarının kamusal kaynaklar içinde kullanılması düşüncesi ve bunu sağlamaya yönelik çalışmalar ağırlık kazanmıştır. Dünya genelinde, küreselleşme ile birlikte başlayan kamu yönetimindeki değişim rüzgârları, sağlık alanında da etkisini göstermiş ve 1980 sonrası Türkiye’de sağlık politikalarında sürekli bir reform anlayışı içine girilmiştir. Sağlık politikalarında yer alan bu değişim süreci, dünyada etkisini hızla hissettiren küreselleşme ile birlikte neo-liberal iktisat politikalarının beraberinde getirdikleri “Yeni Kamu Yönetimi” anlayışının bir sonucudur.

Ülkemizde 1980 sonrası sağlık politikaları incelendiğinde, birbirini takip eden sağlık reformlarının hepsinin gerekçelerinde sağlık harcamalarının mevcut sistemle karşılanamaz boyutlara ulaştığı, sağlık hizmetlerinin verimsiz ve düşük kalitede olduğunun vurgulandığı görülmekte ve çıkış noktası olarak; temel sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, desantralizasyon, hizmet sunum ve finansmanının ayrılması gösterilmektedir. Bu hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için Türkiye’de izlenen sağlık politikalarındaki temel dönüşüm, özel sektöre yer açılması adına yapılan kanuni düzenlemeler ve bunları takip eden uygulamalar olmuştur.

Değişim sürecinin en önemli göstergelerinden biri, 1961 Anayasası’nın sağlığı temel bir insan hakkı olarak gören ve bu hakkın devlet tarafından güvence

altına alınmasını öngören “sosyal devlet” anlayışının, 1982 Anayasasının 56. maddesi ile birlikte değiştirilmiş olmasıdır. Bu madde ile devletin sağlık alanındaki görevi, dönemin yeni yönetim anlayışını yansıtan bir şekilde, düzenleyici ve denetleyici olarak belirlenmiştir. Ayrıca Anayasa’nın 60. maddesinde, vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip oldukları ve bu hakkın gerçekleştirilmesinin devletin sorumluluğunda olduğu yönünde düzenleme yapılmıştır. Anayasa’daki bu değişiklik bundan sonra yapılacak sağlık reformlarının habercisi olmuş ve temel dayanağını oluşturmuştur.

1982 Anayasası’nı temel alan sağlıkta dönüşüm çalışmaları, yedinci (1996–2000), sekizinci (2001-2005) ve dokuzuncu (2007-2013) kalkınma planlarının temel belirleyeni olmuştur. Hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturularak işletme haline dönüştürülmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek için etkin sevk sistemi dâhilinde işleyen aile hekimliğinin kurulması, prim temelli genel sağlık sigortası uygulanması, emeklilik ve sağlık sigortası hizmetlerinin ayrılması ve sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, özel sağlık ve hayat sigortalarının teşvik edilmesi, özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımların teşvik edilmesi gibi hedefler, kalkınma planlarına bu çerçevede alınmıştır.

Kalkınma planlarında yer sağlık alanında dönüşümün, Anayasa’dan sonra ikinci önemli yasal düzenlemesi 1987 tarihinde yayımlanan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’dur. Bu Kanun’da, genel sağlık sigortasına ilişkin düzenlemeler yer almış ve kamu hastanelerinin, sağlık işletmesine dönüştürülmesinin, hastane birliklerinin kurulmasının, kurum dışından her türlü sağlık ve laboratuvar hizmeti alınabilmesinin, Türk uyruklu ve yabancı uyruklu elemanların kadro karşılığı aranmaksızın sözleşmeli olarak çalıştırılabilmelerinin önü açılmış; böylelikle kamu ve kamu/özel sektör odaklı sağlık politikaları, bu dönemden itibaren özel sektörün lehine değişim göstermeye başlamıştır.

1980’lerin sonlarından itibaren, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü Türkiye’de sosyal güvenlik ve sağlık sektörünü yeniden yapılandıracak bir reform programının uygulanmaya konması için politikalar üretmeye başlamış, hükümetlere projeler ve araştırma raporları ile destek vermiştir. Türk sağlık politikalarında asıl dönüşüm süreci bu dönemde başlamış ve günümüzde halen devam etmektedir.

DPT'nin 1990 yılında yayınlamış olduğu Master Plan Etüdü sonucu hazırlanan raporda, sağlık hizmetleri alanında acil olarak mevcut uygulamanın iyileştirilmesi, serbest pazar stratejisi ve ulusal sağlık hizmeti stratejisinin uygulamaya konulması gerektiği yönünde görüş bildirilmiştir. 1990'lı yılların başlangıcında, sağlık politikası ile ilgili tartışmalar hem DPT'de yapılan bu çalışmada 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 tarihte Sağlık Bakanlığı, bu dokümanın hazırlanma nedenini Türkiye'de değişen hükümet ve sağlık bakanları ile birlikte değişmeyecek bir sağlık politikası oluşturmak ve Türkiye'nin 2000 Yılında Herkese Sağlık Amacına bağlılığını göstermek' olarak açıklamıştır.

Bu dönemdeki bir başka önemli gelişme, 1993 yılında yayınlanan 'Ulusal Sağlık Politikası' dokümanıdır. Dokümanda ülke sağlığına ilişkin her alan ile ilgili mevcut durum analiz edilmiş, stratejiler ve hedefler belirlenmiştir. Bu dokümanın en önemli özelliği, sektörle ilgili tarafların büyük çoğunluğunu temsil eden bir katılımın sağlanması ve yapılan Ulusal Sağlık Kongreleri ile herkesin görüşlerini ifade edebileceği bir platformun oluşturulması olmuştur. Buna göre, 1960 sonrasında, yukarıdan aşağıya bir yaklaşımı temsil edilirken, 1980 sonrası dönemde katılımcı bir yaklaşım benimsenmiştir.²⁷⁴

1980'li yıllarda başlayan ve günümüzde hala devam eden sağlıkta dönüşüm süreci içerisinde hastane hizmetleri ile ilgili olarak verimlilik, erişim, kalite ve etkinliğin yükseltilmesi sürekli olarak hedefler içerisinde yer almış ve konunun çözüm noktası olarak hastanelerin özertleştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Hastanelerin özertleştirilmesi süreci 1993 yılında çıkarılan 3917 sayılı kanuna dayanılarak SSK'nın çeşitli illerdeki 216 taşınmazının satılması için Emlak Bankası'na devredilmesiyle başlamıştır. SSK'nın tasfiyesi olarak da nitelendirilen bu süreç, 1996 yılının sonlarında SSK hastanelerinin şirketlere dönüştürülerek özertleştirilmesi girişimiyle devam etmiştir. 1998 yılında SSK hastanelerinin, daha

²⁷⁴ TATAR, Mehtap, "Sağlık Politikası ve Planlaması", <http://www.belgeler.com/blg/29qs/saglik-politikasi-ve-planlamasi>, E.T.04.04.2011.

etkin ve süratli bir çalışma için, “yerinden yönetim modeli” benimsenerek özerkleşeceği açıklanmıştır. Ancak konuya ilişkin kanun tasarısı, CHP’nin karşı çıkması üzerine geri çekilmiştir. 1995 yılında başlattığı uygulamayla, bazı ameliyat ve tetkikler için hastalarını özel hastanelere sevk edebilen SSK, ilerleyen süreçte sigortalıların ayakta tedavi ve poliklinik hizmetlerinin de özel hastanelerden satın alınması uygulamasını başlatmıştır. Böylece, SSK’nın ayakta tedavi hizmetlerini, sözleşmeye uyan ve en uygun fiyatı veren özel sağlık işletmelerine devretmesi ve poliklinik hizmetlerinin özelleştirilmesi öngörülmüştür. Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastaneleri, 1987 tarihli 3359 sayılı kanuna dayanarak ve 11.1.1995 tarihli Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerini Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik ile işletme haline getirilmiş; böylece ilk fiili hastane özelleştirmeleri gerçekleşmiştir. Ardından, 31 Ekim 2000 günü Resmi Gazete’de yayınlanan SSK Sağlık İşletmeleri Yönetmeliği’ne dayanılarak 1 Kasım 2000’de SSK Paşabahçe, Denizli ve Mersin SSK Hastaneleri sağlık işletmesine dönüştürülmüştür.

2002 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile birlikte Kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması, hastanelerde yerinden yönetim, hastane hizmetlerinde yeniden yapılanma ve özel hastanelerin kullanımının herkese açılması yönünde, 1980 yılından beri ulaşılmak istenen hedefler, hayata geçirilmeye başlanmıştır.

Hastanelerin tek çatı altında toplanması ile ilgili olarak, 19.01.2005 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 5283 sayılı "Bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesine dair kanunun ilgili maddeleri nedeniyle 20.02.2005 tarihinde SSK Hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Devlet hastanelerinin bilinen yapısını değiştirmek gayesiyle, başta görüntüleme hizmetleri olmak üzere birçok tıbbi hizmetlerde özel sektörden hizmet alınmasının yolu açılmıştır. Hastanelere yetki devri, yönetim esnekliği, kendi kaynaklarını kullanma serbestliği ve döner sermayeden performansa göre katkı payı verilmesi gibi uygulamaları yanı sıra, maaşları hastanelerin kendi döner sermayelerinden karşılanmak üzere sözleşmeli sağlık personeli alımı uygulamaları başlatılarak hastanelerin özerk kamu kurumları olmaları yolunda önemli adımlar atılmıştır.

1980 sonrası sağlık politikalarındaki bir başka önemli gelişme, genel sağlık sigortasına geçilmesidir. Genel Sağlık Sigortası kurulmasının gerekliliği ilk kez 1963 yılında Beş Yıllık Kalkınma Planında ele alınmış ve takip eden kalkınma planlarında ve sağlık reformu belgelerinde sürekli olarak yer almıştır. Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programına kadar konuyla ilgili yapılan çalışmalar oldukça kısıtlı kalmış, 1971 yılında uygulanmaya başlayan BAĞKUR, 1983 yılında tarım işlerinde hizmet akdiyle süresiz olarak çalışanların sosyal güvenliğinin sağlanması amacıyla çıkarılan 2925 sayılı yasa ve 1992 yılında başlayan Yeşilkart uygulamaları ile sosyal güvenlik kapsamına giren nüfus daha da genişletilmiş, en son 1999'da 4447 sayılı kanunla işsizlik sigortası getirilmiştir. Ancak tüm nüfusun sosyal güvenlik kapsamına alınması ve genel sağlık sigortasına geçiş amacına Sağlıkta Dönüşüm Programı sürecine kadar ulaşılamamıştır. 2008 yılında uygulamaya başlanan Genel Sağlık Sigortası ile hizmet finansmanında önemli bir reform gerçekteşirilmifitir. Bu reform ile güvence altında olmayan nüfusun kapsam altına alınması ve hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması hedefine ulaşılmıştır. Yine Genel Sağlık Sigortası ile herkese eşit kapsam ve kalitede hizmet verebilen, katılımın zorunlu olduğu, primlerin gelire göre alındığı, hizmetin ihtiyaca göre verildiği, yoksulların primlerinin devlet tarafından karşılandığı koruyucu hizmetlerin temel olduğu bir sağlık sigortacılığı hedeflenmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerçekteşirilen en önemli dönüşüm ise Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesidir. Bu uygulamaya geçilmesi hususu 1980 sonrası her reform programında yer almakla birlikte, belgelerde ulaşılması gereken bir hedef olarak yerini korumakla kalmış, konuyla ilgili 2004 yılına kadar önemli bir ilerleme kaydedilememiştir. Aile hekimliği uygulamasına geçiş süreci esaslarını belirleyen Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Günümüz itibariyle tüm illerimizde sistem pilot olarak uygulanmaktadır.

Türkiye'de AKP Hükümeti tarafından uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Projesi, 1980'li yıllarda başlayan ve 1990'lı yıllarda somutlaşan sağlık politikalarının neo-liberal ilkeler ve kamu işletmeciiği yaklaşımı çerçevesinde dönüştürülmesi çabalarının en somut göstergesidir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi

kapsamında gerçekleştirilen tüm yapısal reformlar, 1990'lı yıllardaki Sağlık Sektörü Master Planı'ndan bu yana Dünya Bankası'nca finanse edilmektedir.

Genel olarak baktığımızda sağlık alanındaki bu değişim kamucu bir anlayışla verilen sağlık hizmet sunumunu her geçen gün daha artan bir şekilde piyasa odaklı hale dönüştürmekte, bunun neticesinde de yapı ve süreçler verimlilik ve etkililik ilke ve söylemleriyle biçimlenmektedir. 2002 yılına kadar olan sağlık reformlarının hedeflerinin hemen hepsinde aynı söylemler olmasına karşın çeşitli sebeplerle sonuca ulaşamadığı görülmektedir.

Sağlıkta dönüşüm sürecine, toplum, politikacılar, üniversiteler, medya, çıkar grupları, profesyoneller ve bürokratlar gibi birçok aktör etkide bulunmaktadır. Dönüşüm sadece teknik değil, aynı zamanda siyasi bir süreçtir. Siyaset dönüşüm döngüsünün tüm aşamalarına yayılmaktadır. Bu, dönüşüm programının arkasında politik kararlılığın olmasını ve politik strateji geliştirmeyi zorunlu kılmaktadır. Etik, çıkarlar ve inançlardaki farklılıklar kaçınılmaz olarak dönüşüm programı hakkında farklı görüşlere neden olmaktadır. Bu anlaşmazlıkları çözmek için şu veya bu politik süreçler, kaçınılmaz olarak kullanılmaktadır. Türkiye'de genellikle siyasilerin, kariyer dönemleri içersinde halkın öncelik verdiği tedavi hizmetlerine ve sağlığın finansmanı konularına ağırlık verilmesi ve sorunların çözümü noktasında halkın gördüğü alanlara yönelik iyileştirmelere gidilerek siyasi rant elde edilmek istenmesi başarıdan çok soruların derinleşmesine yol açmış, sağlık sistemi ve sorunları bütün olarak ele alınmadığı için reformlardan başarılı bir sonuç elde edilememiştir.

2003 yılında uygulanmaya başlayan, Sağlıkta Dönüşüm Projesi'ni diğer reformlardan ayıran en önemli farklılığı, AKP Hükümeti'nin ve Sağlık Bakanlığı'nın konuyla ilgili kararlılığı ve yapılmak istenilen değişimlerin, sağlığın aksayan her alanına yönelerek bir bütün olarak ele alınmasıdır. Nitekim geçmişteki uygulamalara baktığımızda bütünsel bir reform hareketinin başlatılamadığı görülmektedir.

Konuyla ilgili bir başka husus da toplumun değişim fikrine alışması ile ilgilidir. Halk, sağlık reformlarını benimser ve ona sahip çıkarsa başarı artar. Bu nedenle, hizmetlerin planlanması ve uygulanması aşamalarında o hizmetleri alacak kişilerle ilişki kurmak ve onları karar mekanizmasına katmak esas olmalıdır. AKP Hükümeti'nin Sağlıkta Dönüşüm Projesini başlatmasına kadar olan süreçte, 1980'li yıllardan beri sürekli gündemde olan değişim söylemleri ve yapılan küçük çaplı

uygulamalar halkın değişim fikrine alışmasını ve değişimin gerekliliğine inanmasını sağlamış, aynı zamanda yaşanan deneyimler en iyi uygulamayı ortaya çıkarabilmek adına örnek oluşturmuştur. Böylelikle büyük bir muhalefetle karşılaşmayan hükümet dönüşüm konusunda daha kararlı hareket edebileceği bir ortam bulmuştur.

Sağlık reformlarının başarılı bir şekilde uygulanabilmesi sonucu Türkiye’de sağlık alanındaki birçok aksaklığın giderileceği muhakkaktır. Nitekim kalite, verimlilik ve performansa dayalı uygulamaların pek çoğu günümüzde etkin olarak sağlık kurumlarında uygulanmaya başlamış ve olumlu sonuçlar vermeye başlamıştır. Getirilmeye çalışılan yeni sistemin de aksayan yönlerinin olduğu ve olacağı muhakkaktır. Ancak ülkemizde sağlık hizmetlerinin, günümüz şartlarında artan talebe karşılık veremez hale geldiği, verimsizleştiği, finansal anlamda çökmek üzere olduğu gerçeği karşısında sağlık alanında bir paradigma değişiminin gerekliliği de kaçınılmaz olmuştur. Bu noktada Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında başlattığı ve günümüzde birçok parametresini uygulamaya koymayı başardığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile sağlık hizmetlerindeki sorunların giderilmesi anlamında önemli bir adım atmıştır. Programın uygulanmaya başlamasıyla birlikte, ismiyle de paralellik gösteren tam bir dönüşüm süreci ortaya çıkmış bu güne kadar Türk sağlık sisteminde mevcut olan yönetim ilkeleri kökten değişikliğe uğramaya başlamıştır. Bu açıdan bakıldığında, ülkede 1980’li yıllarda başlayan sağlık politikalarındaki dönüşüm çabalarının, bu dönemde fiiliyata geçtiğini söylemek yanlış olmayacaktır.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- AKDAĞ, R. , **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm 2008 İlerleme Raporu**, Sağlık Bakanlığı Yayın No:749.
- AKTAN, C.C., **Müdahaleci Devletten Sınırlı Devlete**, Yeni Türkiye Yayınları, Ankara, 1999.
- AKTEL, M., **Küreselleşme ve Türk Kamu Yönetimi**, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2003.
- AKYAY, N., **Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar**, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü Yayını, No: 20, Ankara, 1982'den aktaran R. AKDUR, Ulusal Ekonomi ve Sağlık Harcamaları, **Sağlık ve Toplum**, S.3, Saydam Matbaası, s:18 -21, 1990.
- ALBO, G., "Emperyalizmin Eski ve Yeni Ekonomisi", **Günümüzde Emperyalizm-Yeni Emperyal Tehdit**, Alaz Yayıncılık, İstanbul, 2004'den aktaran S. GÜZELSARI, **Küresel Kapitalizm ve Devletin Dönüşümü Türkiye'de Mali İdarede Yeniden Yapılanma**, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi A.B.D., Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2007.
- ANNEMANS, L. , **Health Economics for Non-Economists; An Introduction to the Concepts, Methods and Pitfalls of Health Economic Evaluations**. Gent: Acedemia Press, 2008'den aktaran D. ERSÖZ, **Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ABD, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- ASLAN, Y., **TBMM Hükümeti Kuruluşu, Evreleri, Yetki ve Sorumluluğu (23 Nisan 1920 – 30 Ekim 1923)**, Yeni Türkiye Yayınları, Ankara, 2001.
- AYDIN, A.H., **Türk Kamu Yönetimi Sisteminde Temel Sorunlar ve Çağdaş Yaklaşımlar**, Gazi Kitabevi, Ankara, 2004.
- AYDIN, S. vd., **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004.
- BAUMAN, Z., **Çalışma, Tüketim ve Yeni Yoksullar**, Sarmal Yayınevi, İstanbul, 1999.
- BELEK, İ., **Sağlığın Politik Ekonomisi-Sosyal Devletin Çöküşü**, Yazılama Yayınları, İstanbul, 2009.
- BRAND, L., "Displacement for Development: The Impact of Changing Statesociety Relations", **World Development**, s.961, 2001'den aktaran B. PARLAK, "Küreselleşme Sürecinde Modern Ulus-Devlet ve Kamu Yönetimi", **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2003.
- COMMON, R. K. , "Convergence and Transfer: A Review of the Globalisation of New Public Management", *The International Journal of Public Management*, C.11, s. 6, 1998'den aktaran SÖZEN, S. , **Teori ve Uygulamada Yeni Kamu Yönetimi**, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005.

- ÇAVDAR, T. , **Türkiye’de Liberalizm (1860- 1990)**, İmge Kitabevi, Ankara, 1992.
- ÇIRAKLI, Z. vd. , **Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı**, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Cilt 2, Ankara, 2009.
- ÇORUH, M., **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1995.
- DEVİRİM, F., **Kamu Maliyesine Giriş**, Anadolu Matbaacılık, İzmir, 1998.
- DPT, “**Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**”, DPT: 2561, ÖİK: 577, Ankara, 2001.
- EREN, N. vd., **Cumhuriyet ve Sağlık**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 1998.
- ERGUN, T., **Kamu Yönetimi: Kuram Siyasa Uygulama**, TODAİE, Ankara, 2004.
- FİŞEK, N., **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No:2, Ankara, 1983.
- GÜLER, B. A., **Yeni Sağ ve Devletin Değişimi: Yapısal Uyarılama Politikaları 1980-1995**, TODAİE Yayın No: 266, İstanbul 1996.
- GÜZEL, S. H. vd., “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Programına Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı Yönünden Bir Yaklaşım”, **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toptan Kalite Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1995.
- KÖSE, Ö. , “Küreselleşmenin Devlet ve Kamu Yönetimi Üzerine Etkileri ve Türk Kamu Yönetimine Yansımaları”, **Bilgi Çağında Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması**, Beta Yayıncılık, İstanbul, 2007.
- MOSSIALOS, E. and DIXON, A., Funding Health Care: An Introduction, Mossialos, E. Et al (eds.), **Funding Health Care: Options for Europe**, s.15-16, Open University Press, Buckingham – Philadelphia, 2002’den aktaran N. KAYA, **Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi**, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2008.
- NADAROĞLU, H., **Kamu Maliyesi Teorisi**, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 1996.
- OECD, **Sağlık Sistemi İncelemeleri- Türkiye** – ISBN 978-975-590-282-1 – © OECD VE IBRD/Dünya Bankası 2008.
- ORAL, A. İ., **Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2002.
- ÖMÜRĞÖNÜLSEN, U., “Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu İşletmeciliği”, **Çağdas Kamu Yönetimi-1**, Nobel Yayını, Ankara,2003.

- ÖZER, M. A., **Yeni Kamu Yönetimi: Teoriden Uygulamaya**, Platin Yayınları, Ankara, 2005.
- ÖZLÜ, T., **Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Kılavuzu**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, Haziran 2007.
- PARLAK, B., “Küreselleşme Sürecinde Modern Ulus-Devlet ve Kamu Yönetimi”, **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2003.
- PIERRE, J. and PETERS, B.G., **Governance, Politics and State**, New York: St.Martin Pres., 2000’den aktaran A. NOHUTCU vd. , “Kamu Yönetiminin Yeni Perspektif ve Dinamizmi: Kamunun Yönetilmesinden Kamunun Yönetmesi Anlayışına Doğru”, **Kamu Yönetimine Çağdaş Yaklaşımlar**, Seçkin Yayınları, Ankara, 2003.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, **21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek**, S.B. Yayın No:711, Ankara, 2007a.
- _____, **Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Dönüşüm Serisi 6, ISBN 978-975-590-225-8, Ankara, 2007b.
- _____, **Nereden Nereye, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, No:713, 2007c.
- _____, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı “Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştay Raporu”, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2007d.
- _____, **Sağlık 2005**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2005.
- _____, **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004a.
- _____, **Sağlık 2004**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004b.
- _____, **80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003)**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004c.
- _____, **Sağlıkta Dönüşüm**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Aralık, 2003.
- _____, **Gelir Seviyeleri, Hane Halkı Yapısı ve Mal Varlığı Arasındaki İlişkiler Araştırması**, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ağustos, 1996.
- _____, **Ulusal Sağlık Politikası**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, ANKARA, 1993.
- SARAN, U., **Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: Kalite Odaklı Bir Yaklaşım**, Atlas Yayınları, Ankara, 2004.
- SAVAŞ, S. vd. , **Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci**, Kılıçaslan Matbaacılık, Ankara, 2002.
- STARFIELD, B. , **Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology**. New York: Oxford University Press. 1998’den aktaran Z. ÖCEK vd., **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2007.
- WEISBROD, B. A., “Competition in Healt Care:A Cautionary View” **Institute for Research on Poverty Discussion Paper**, DP-678-81, Universty of

Wisconsin, s.1, 1991'den aktaran KURTULMUŞ, S., **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998.

YILMAZ, O., **Kamu Yönetimi Reformu: Genel Eğilimler ve Ülke Deneyimleri**, DPT İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, ISBN 975-19-2684-X, Ankara, Şubat 2000.

Makaleler

AKDUR, R., Ulusal Ekonomi ve Sağlık Harcamaları, **Sağlık ve Toplum**, S.3, Saydam Matbaası, s:18 -21, 1990. ALTAY, A., "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", **Sayıştay Dergisi**, Sayı: 64, Ocak-Mart, s. 33-57., 2007.

AYDIN, E., "Türkiye'de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, S. 12, s. 22, 1997.

AYDIN, E., " Türkiye Cumhuriyetinin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri", **Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi**, S.31-3, s.187-190, 2002.

BAKAR, C., AKGÜN, S., "Türkiye de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikâye", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Eylül-Ekim, Cilt.20, Sayı.5, s.343, 2005

ERALP, A., "Değişen Dünya, Avrupa ve Türkiye", **Liberalizm, Devlet, Hegomanya**, Everest Yayınları, İstanbul, s.248, 2002.

KABLAY, S., "Sağlık Bakanlığı'nın Hastaneleri Özerkleştirme Politikasına Eleştirel Bakış", **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, Yıl: 3, Sayı: 11-12, s.38-39, Eylül-Aralık 2002.

KARABULUT, U., "Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937)", **Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi (ÇTTAD)**, S. VI/15, s.151-153, 2007/Güz,

METİNTAŞ, M. Y., .ELÇİOĞLU Ö. , "Cumhuriyetin İlk On Beş Yılında Sağlık Hizmetleri", **Osmangazi Tıp Dergisi**, s.161-164, S. 29(3), 2007.

MÜFTÜOĞLU, Ö., "Kapitalizmde Dönüşüm Dinamikleri ve Sendikal Kriz", **TMMOB Sanayi Kongresi 2001 Bildiriler Kitabı**, Yayın no. E/2001/291, s.265.

ONAY, Zeynep, "Sağlık Sektöründe Bilgi Sistemleri", **D.E.Ü.İ.İ.B.F.Dergisi**, Cilt:13, Sayı:II, Yıl:1998, ss:35-46

ÖZTÜRK, M., "Cumhuriyet Döneminde Sağlık, **SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, Sayı:6/1, Isparta, s. 38, 1999.

PEKTEN, A.,"Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler", **Sayıştay Dergisi**, No: 61.s.129-138, Nisan-Haziran 2006.

Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası Vekaletin 10 Yıllık Mesaisi, SİMV Ankara, , s. 47-71, 1933'den aktaran AYDIN vd. , a.g.m., s.190.

- SIVACI, C., “Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”, **Bütçe Dünyası**, No: 24, s.33-34, 2007.
- SOYER, A., “Dünya Sağlık Örgütü, Alma-Ata Bildirgesi”, **Toplum ve Hekim**, C.15, S.4, s.259-264, 2000.
- SOYER, A. , “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, **Praksis**, 9, Kış-Bahar, s.305, 2003
- SÖNMEZ Ü., DİNLER M., , “Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı: Halkın İhtiyaçlarına Yönelik Reform mu? Neoliberal Dönüşümün Kurumsallaşması mı?”, **Ankara Üniversitesi SBF GETA Tartışma Metinleri**, Özel Sayı:2, No.60, s.33, Kasım 2003.
- ŞAHİN B., TOP, M., “Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son Yirmi Yıllık Süreç” , **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:7, Sayı:1, , s.99-100, Ankara, 2004.
- ŞENATALAR, B., Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış, **Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 25 (4), 2003 Özel Eki, s.22-24, 2003.
- TTB, “7. Beş Yıllık Planın Hekimlerle İlgili Bölümleri”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 11, Sayı: 71, Ocak-Şubat, s. 76-77, 1996.
- YENİMAHALLELİ Y. G. “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler”, **Mülkiye**, Cilt: XXXII Sayı:260, s.160-162, 2008.
- YILDIRIM, H. H. , “Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler.”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:5, S.1,Kış, s.121- 127, 2000.
- YILDIRIM, H. H. , Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme, **Hastane Yaşam Dergisi**, Yıl:1, S.3-4, s.16-20, Ekim-Aralık 2004.
- YILDIZ, Ö., “Küreselleşme, Sağlık ve Toplum”, **Gaziantep Tıp Dergisi**, s.32-35, 2008.

Diğer

Tezler

- AKIN, C. S. , “Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, 2007.
- AKYEL, H., “Sosyal Güvenlik Sistemi Açısından Sağlık Hizmetlerinin Sorunları ve Genel Sağlık Sigortasının Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- ATALAY, S. , “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Yerelleştirme Politikaları”, TODAİE, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2004.

- BARAN, E. , **Türkiye’de Sosyalleştirmeden Sağlıkta Dönüşüme Sağlık Harcamaları Mevzuatı**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D., Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2009.
- ÇELİKAY, F., **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği**, Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2009.
- ÇOBAN, S. , **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yerelleşmesi**, Marmara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
- GÜZELSARI, S. , **Küresel Kapitalizm ve Devletin Dönüşümü Türkiye’de Mali İdarede Yeniden Yapılanma**, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi A.B.D., Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2007.
- KAYA, N. , **Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi**, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2008.
- SEVİM, İ., **1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi**, Marmara Üniversitesi, Sos. Bil. Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
- YENİMAHALLELİ, G. **Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve End. İliş. ABD. , Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2007.

Kanun, Yönetmelik, Genelge, Mahkeme Kararları vb.

- ANAYASA MAHKEMESİ KARARI, Esas Sayısı: 2006/111, Karar Sayısı: 2006/112; Resmi Gazete Tarih: 30.12.2006, Sayı:26392
- DANIŞTAY KARARI, Danıştay 5. Dairesi, Tarih: 06.04.2011 E:2010/4406, K:2011/1696
- R.G., **Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**, R. G. Tarihi:02.11.2011 Resmi Gazete Sayı:28103 (Mükerrer) KHK Sayı:663.
- _____, **Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun**, Kanun No:5947, Kabul Tarihi:21.01.2010.
- _____, **Milletlerarası Andlaşma, (2009/15359)**, R.G. Tarih:09.09.2009, Sayı:27344.
- _____, **Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ**, Resmi Gazete Tarihi: 22.10.2008, Sayı: 27032.

_____, **2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı**, R.G. Tarih: 20.5.2006, Sayı: 26173

_____, **5371 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun**, R.G. Tarihi: 05/07/2005, Sayı: 25866

_____, **Belediye Kanunu (2005/5393)**, Kabul Tahi:03.07.2005, R.G. Tarihi:13.07.2005, Sayı: 25874.

_____, **Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun**, R.G. Tarih: 09.12.2004, Sayı: 25665

_____, **Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gerekli Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Görülmesine İlişkin Esas ve Usuller**, R.G. Tarih:05.05.2004, Sayı:25453.

_____, **Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar**, Sağlık Bakanlığı'nın 21.1.2004 tarihli ve 003149 sayılı yazısı üzerine, Bakanlar Kurulu'nca 6.2.2004 tarihinde kararlaştırılmıştır. Resmi Gazete, Tarih: 14 Şubat 2004, Sayı: 25373

_____, **Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun**, R.G. Tarihi: 24.7.2003, Sayı: 25178.

_____, **Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkinde İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ**, R.G. Tarihi: 30.05.2003, Sayı:25123.

_____, **Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (İkinci Sağlık Projesi)**, Resmi Gazete, Sayı: 22149, 22 Aralık 1994.

_____, **3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun**, Resmi Gazete, Tarih: 3.8.1992, Sayı: 21273.

_____, **3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu**, R.G. Tarih: 15.5.1987.

_____, **209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Yasanın 3. Maddesinin Değiştirilmesi ve Bu Yasaya Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Yasa**, R.G. Tarihi.27.09.1983, Sayı:2907.

_____, **1982 Anayasası**, Kanun Numarası: 2709, Kabul Tarihi: 18.10.1982, Resmi Gazete Tarihi: 09.11.1982, Resmi Gazete Sayısı: 17863 Mükerrer, md.56.

_____, **1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**, Tarih:12.01.1961 Sayı:10705.

_____, **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**, Kanun No: 224, Kabul Tarihi: 05.01.1961, Resmi Gazete Tarihi: 12.01.1961, Resmi Gazete Sayısı: 10705.

SAĞLIK BAKANLIĞI, **Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki Genelgesi (2003/63)**, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tarih: 05.06.2003, Sayı: 11392

_____, **“Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge”**, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tarih: 20.12.2001, Sayı: 8597.

İnternet Kaynakları

ACAR, F., **“Sosyal Güvenlik Reformu Sonrası Yapılan Önemli Çalışmalar Ve Kurumun 2010 Yılı Hedefleri”**, <<http://sosyalguvenlikmusaviri.net/haber/134-ana-sayfa-fatih-acar-sosyal-guvenlik-kurumu-baskan-yardimcis.html>>. (04.07.2010).

ALMA-ATA BİLDİRİSİ, **“Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı”**, <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=521&Itemid=36>. (04.06.2011)

AK, B. , Türkiye’de Sağlık Bilişimi, < ab.org.tr/ab09/kitap/ak_AB09.pdf>. (15.06.2011)

AKDAĞ, R., **Sağlık Bakanlığı 2010 Mali Bütçesinin TBMM’ye Sunumu**, Aralık 2009, <www.saglik.gov.tr>. (04.03.2011).

AKDUR, R., **“Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”**, <<http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp?tur=4>>. (04.04.2010).

, **“Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması”**, <http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=ab_turkiye_kiyaslama.pdf>. (05.11.2009)

AKTAN,C. C. vd., **“Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış”**, <<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf>>. (04.11.2009).

AKTAN, C. C. , **“Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetimde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi”**, s.7. <<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf>>. (19.09.2010).

BALCI, A. vd. , **“Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları”**,s.5, <www.performans.saglik.gov.tr/content/files/...yeni/.../ykytssy.pdf>. (05.09.2010).

BEKİR, M. , **“Türkiye’nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde Sağlık Politikaları”** <<http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bull10bmetinsaglik.htm>>. (03.12.2009).

- DSÖ, **DSÖ Avrupa Sağlık Sistemleri Bakanlar Konferansı “Sağlık Sistemleri, Sağlık ve Refah”, Tallinn Şartı: Sağlık ve Refah İçin Sağlık Sistemleri**, Estonya, 25-27 Haziran 2008, s.4.
<<http://www.path.saglik.gov.tr/content/files/genel/talinncharter.doc>>. (20.11.2009)
- DPT, **Yerel Yönetimler Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, 2001, s.10, www.dpt.gov.tr. (16.11.2009).
- DPT, V.Beş Yıllık Kalkınma Planı , <<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan-prg.asp#5>>. (24.12.2010).
- DPT, 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı, < <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/vii/>>. (11.11.2009).
- ERDEM, A., “Atatürk'ün Sağlık Kavram ve Anlayışı”, **Ankara Tıp Mecmuası**, 1995, S. 48, s. 49. <<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/36/858/10886.pdf>>. (.04.04.2010).
- ERDOĞAN, R.T. , **59. Hükümet Programı (18 Mart 2003)**, <<http://www.belgenet.com/hukümet/program/59-3.html>>. (04.12.2009).
- FİŞEK, N., “Sağlık Hizmetleri ve İşçi Ailelerinin Sağlık Sorunları”, Kitaplaşmamış Yazıları-1, <http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html>. (03.02.2010).
- GÜL, A. , **T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (3 Ocak 2003)**, <<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/>>. (04.12.2009).
- HAMZAOĞLU O. vd. , “**2006 Sağlık İstatistikleri**”, TTB Yayını, s.98, <<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/istatistik2006.pdf>>. (25.09.2010).
- HASUDER, “**Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu**”, Tarih: 10 Temmuz 2007, <<http://www.hayad.org.tr/content/view/206/2/>>. (06.09.2010).
- HEWİSON, A. , **Management for Nurses and Healt Professionals:Theory into Practice**, Blacwell Publishing, Oxford, s.37, 2004’den aktaran **Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları**”, www.performans.saglik.gov.tr/content/files/...yeni/.../ykytssy.pdf. (05.09.2010).
- KAMU YÖNETİMİ TEMEL KANUN TASARISI, < <http://www.belgenet.com/yasa/kamu-05.html>>. (06.09.2011).
- KARAARSLAN, E., **Kamu Harcamaları ve Kamusal Mal ve Hizmetler**, < <http://www.erkankaraarslan.org/bolum/makale/dosya/25.pdf>>. (11.11.2009).
- KILIÇ, M. vd., “Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri” **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:9, s. 54, 2006, <<http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Makale/4.79.pdf>> .(04.11.2009).
- KUTBAY, E. , **Sağlık Reformları Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye**”, **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, S.11-12, s.33-35, Eylül-Aralık 2002. < <http://kamyon.politics.ankara.edu.tr/dergi/belgeler/kydd/55.pdf>>. (E.T.03.06.2010).

- OECD, **Health a Glance 2009: OECD Indicators**, S.161. < <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8109111e.pdf?expires=1324657095&id=id&accname=guest&checksum=AB39DF2438BB4B9DDAF9FCA84993A4E2> >. (12.10.2011).
- OECD, Health and Glance 2011, < http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/07/02/g7-02-1 >. (20.10.2011)
- ÖZSARI, H., “**Sağlıkta Yeniden Yapılanma**”, <<http://www.saglikpaneli.com/>>. (15.10.2009).
- ÖZSARI, H., “**Sağlık Reformu Sürecinde Hastanecilik Hizmetlerinin Yeri**”, <http://www.saglikpaneli.com/content.asp?content_id=257&connection_id=24&connection_table=1&content_type=1>. (03.12.2009).
- ÖZTEK, Z., “**Türkiye’de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi**” <undp.un.org.tr/who/doc_pdf/saglik_pol.pdf>. (10.11.2009).
- ÖZUĞURLU, Y., “**Yeni Stand-By Anlaşması Çerçevesinde 2005 Bütçesinin Değerlendirilmesi**”, <<http://www.e-akademi.org/>>. (24.10.2009).
- PROTOKOL, <www.ssk.gov.tr/wps/wcm/connect/.../20050406_103743.doc?MOD...>. (18.09.2010).
- SAĞLIK BAKANLIĞI, **Tarihçe**, < <http://www.pydb.saglik.gov.tr/node/69> >. (16.03.2010).
- _____, **Sağlıklı Şehirler Projesi**, < <http://www.saglik.gov.tr/extras/temelcevreprojeler/ssp.htm> >. (09.05.2010)
- _____, **Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS) Projesi**, < <http://www.e-saglik.gov.tr/cekirdek-kaynak-yonetimi-sistemi-ckys-id55-18.html> >. (02.12.2009)
- _____, **Proje Yönetim Destek Birimi Tarihçe**, < <http://www.pydb.saglik.gov.tr/node/69> >. (05.12.2009).
- SAĞLIK-NET, **Sağlık Net Nedir?** <www.sagliknet.saglik.gov.tr/>. (09.10.2010)
- SAYIŞTAY, “**Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi Hakkında Performans Denetimi Raporu**”, <<http://www.sayistay.gov.tr/rapor/perdenrap/2005/2005-1Saglik/Saglik.pdf>>. (04.05.2011).
- SUR, H. , “**Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi**”, s.2. <<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>>. (17.10.2009).
- SUR, H. vd., **Sağlık Hizmetleri ve Etik (Yolsuzluğun Önlenmesi İçin Etik Projesi Akademik Çalışması)**, <http://www.etik.gov.tr/duyurular/digerleri/proje2006_etik/akademik_arast%C4%B1rma_konf.ekim2009/Saglik_Hizmetleri_ve_Etik.pdf>. (03.02.2010)
- TATAR, M. , “**Sağlık Politikası ve Planlaması**”, s.14, <www.belgeler.com/blg/29qs/saglik-politikasi-ve-planlamasi>. (24.03.2011).
- TÜİK, **Sağlık Harcamaları**, < http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1 >. (03.02.2010).

YILDIRIM, H. H., “Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Hizmetleri Finansmanı Açısından Bir Sorgulama”, s.1., <www.saglikyonetimi.org>. (04.05.2011).

WHO, “Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İle İlişkileri”, <<http://undp.un.org.tr/who/yayinlar/DSO1.html#3.3>>. (25.11.2009).

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı ve Soyadı : Yasemin BÜYÜKSES

Doğum Yeri : Çal

Doğum Yılı : 1977

Medeni Hali : Evli

Eğitim Durumu:

Lise : Denizli Sağlık Meslek Lisesi (1992-1996)

Yüksek Okul :a)Pamukkale Üniversitesi S.H.M.Y.O., Ebelik Bölümü (1996-1998)
b)Anadolu Üniversitesi Halkla İlişkiler Bölümü (2008-2010)

Lisans : Süleyman Demirel Üniversitesi Kamu Yönetimi Bölümü (1998-2002)

Yüksek Lisans: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Bölümü (2009-2012)

Yabancı Dil ve Düzeyi: İngilizce (Orta)

İş Deneyimi:

1997-2005 Sağlık Bakanlığının çeşitli kurumlarında Ebe olarak görev yaptım.

2005-2012 Isparta İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğünde görev yapmaktayım.