



JOURNAL OF SOCIAL AND HUMANITIES SCIENCES RESEARCH

Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Dergisi

Open Access Refereed e-Journal & Refereed & Indexed

Article Type	Research Article	Accepted / Makale Kabul	22.10.2019
Received / Makale Geliş	08.08.2019	Published / Yayınlanma	24.10.2019

TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ YAPISININ ÖRGÜTLENMESİ¹ TURKISH HEALTH ORGANIZATION STRUCTURE

Yüksek Lisans Öğrencisi Yakup KORKMAZ

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya / TÜRKİYE,
ORCID: 0000-0002-5037-4428



Doi Number: <http://dx.doi.org/10.26450/jshsr.1455>

Reference: Korkmaz, Y. (2019). Türkiye Sağlık Hizmetleri Yapısının Örgütlenmesi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 6(43): 3107-3128.

ÖZET

Sağlık sektörü ülke açısından değerlendirilmek istendiğinde, gelişmiş bir toplum sadece sağlıklı bireylerle meydana gelecektir. Bu sebeple sağlık; toplum ve idarecileri tarafından öncelikli hedef olmalıdır. Kişiler; yaşamak, öğrenmek, çalışmak, aile kurmak, kısacası her şey için sağlıklı olmak zorundadır.

Ülkeler için sağlık sektörü ekonomik yönünün dışında stratejik bir öneme de sahiptir. Bu sebeple ülke idarecileri sağlık sektörünü doğrudan takip etmek zorundadır. Hemen hemen tüm sağlık sektörü harcamalarının önemli bir kısmı devlet tarafından karşılanır. Ülkelerde bu sebeple her dönem kamu müdahaleleri ve reformlar gündeme gelmektedir.

Ülkemizde de kurulduğu günden bu güne kadar sağlık seviyemizin yükseltilmesi ve etkili bir tedavi hizmeti amacıyla reformlar yapılmıştır. En son olarak 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde reformlar yapılmıştır. Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda değişiklikler meydana gelmiştir.

Bu çalışmada Türkiye’de sağlık sektöründeki yapılan değişim ve reformların tarihsel gelişimi incelenmiştir. Ülkemizdeki son reform çalışması olan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bu tarihsel gelişim içindeki yeri analiz edilmiştir. Amaç sadece politika değişikliklerini ve reformları görmek değil, toplumdaki memnuniyet, hizmete erişim, kaliteli hizmet gibi esas aldığı konularda reformların etkinliğinin incelenmesidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Sektörü, reform.

ABSTRACT

When the health sector is to be evaluated in terms of the country, an advanced society will occur only with healthy individuals. For this reason, health; should be a priority target by the community and its administrators. Persons; living, learning, working, forming a family, in short, must be healthy for everything.

For the countries, the health sector has a strategic importance outside the economic aspect. For this reason, country administrators must follow the health sector directly. Almost all of the health sector expenditures are covered by the state. For this reason, public interventions and reforms are brought to the agenda every year.

In our country, reforms have been made since the day it was established in order to increase our health level and to provide an effective treatment service. In 2003, reforms were made within the framework of Health Transformation Program. Changes in the financing and delivery of health services have occurred.

In this study, made changes and reforms in the historical development of the health sector in Turkey were examined. The recent reform work in our country, the Health Transformation Program, has been analyzed in this historical development. The aim is not only to see policy changes and reforms, but also to examine the effectiveness of the reforms on the issues such as satisfaction in society, access to services and quality service.

Key Words: Health, Health Transformation Program, Health sector, reform

¹ Bu makale Prof. Dr. Şebnem ASLAN danışmanlığında hazırlanan Ülkemiz Sağlık Hizmetleri Yapısının Örgütlenmesi isimli yüksek lisans seminerinden üretilmiştir.

1. GİRİŞ

Her insanın dünya ülkeleri arasında koruma altına alınmış temel hakları mevcuttur. Gelişmiş ve gelişmekte olarak nitelendirebileceğimiz ülkelerde bu haklardan sağlık hakkı ön sıralardan yerini almaktadır. Türkiye Cumhuriyeti devleti de bu doğrultuda gerek kültür yapısı gerekse uluslararası yarıştaki yerini alabilmek adına gerekli uygulamaları yapmaktadır. Ülkemizde sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla yapılan harcama, politika ve uygulamalar büyük önem arz etmektedir.

Hiçbir toplumdaki uygulama ve gelişmeler geçmişten bağımsız olarak düşünülemez. Ülkemiz çok köklü bir geçmişe sahiptir. Fakat bu köklü yapısını etkin kullanamamış, yaşananlardan ve ata öğütlerinden yeterince ders çıkaramamıştır.

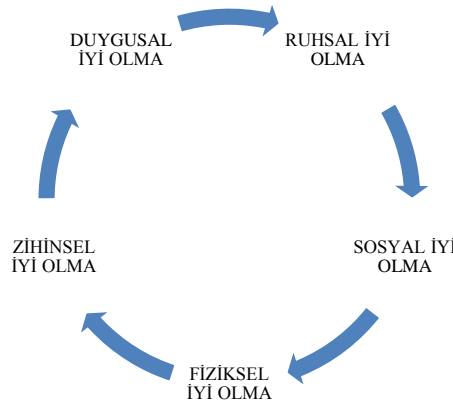
Zamanla çok daha iyi şeylerin olmaya başladığını görerek, ilerleyen zamanda daha da iyilerinin olmasını umut ederek bu çalışmayı kaleme aldık. Ülke sağlık politikalarımızın, bulunduğu zamana göre şekillenerek hep geliştiğini ve kendi kültür yapımıza uygun, halkın beklentilerine karşılık veren bir sağlık sistemi olarak karşımıza çıkmaya başladığına yavaş yavaş şahit olmaktayız. Ülkemizdeki sağlık politikalarının araştırılması doğrultusunda yaptığımız bu çalışmada literatür taramasından yararlanılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altına uygulanan reform sonrası Sağlık Bakanlığı “herkese sağlık” başlığı altında yeni ve köklü reformlar uygulamaya başlamıştır. Tüm bu reformlara ve ülkede yarattığı etkiler çalışmamızda ele alınacaktır. Fakat tüm bunlara gelmeden önce genel çerçevede sağlık ve sağlık hizmetlerini ele alıp, ülkemizde uygulanan sağlık politikalarının dönemleri kronolojik olarak açıklayarak gitmek daha doğru olacaktır.

1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık; toplum içinde hasta olmama durumu olarak tanımlansa da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Fişek, 1963).

Bu tanıma kısaca açacak olursak fiziksel yönden iyilik beden en kişinin iyi olması, herhangi bir sakatlık ve hastalık etkeni bulunmaması, fiziksel sıkıntılar yaşamamasıdır. Ruhsal yönden iyi olmak terimine bakarsak kişinin psikolojik ve ruhsal boyutunu tanımlar. Ölçülmesi en zor olan kavramdır. Kişi beden en sağlıklı ama ruhsal bir çöküntü veya bunalımdaysa, çevresiyle uyum içinde hayatını devam ettiremiyorsa bu kişi sağlıklıdır diyemeyiz. Sosyal yönden iyilik terimi ise kişilerin toplum içerisindeki konumu veya oynadığı roldür. İnsan sosyal bir varlık olduğu için çevresiyle etkileşiminin olması kaçınılmazdır ve sağlık durumu da çevreden ayrı tutulamaz.



Şekil 1.1. Sağlıkın Boyutları (Kaynak: Sönmez ve Bilir Seyhan, 2016).

Sağlığa başka bir yönden yaklaşacak olursak, sağlık diğer hizmetlerden farklıdır. Çünkü insan hayatı ön plandadır ve geç kalındığı bir durumda ölüm meydana gelebilmektedir.

Toplumlarda gelişmişlik seviyesi arttıkça ortaya çıkan düzenli ve zamanına göre eksiksiz kontrol olma davranışı geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde fazla görülmemektedir. Yani sağlık terimi sağlık elden gitmeye başladığı zaman ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde bu davranış şeklinin ortaya çıkışında da siyasi politikalar, kültür, maddi durum, eğitim durumu hatta cinsiyet faktörü bile etkilidir. Kısaca sağlık, mevcut toplumsal sistemin bir parçası olarak düşünülmelidir.

Bununla beraber sağlık, tıbbi bakış açısının ötesinde önem kazanmakta ve toplumsal yönü ile de ön plana çıkmaktadır (Türkdoğan, 2006). Buradan da anlaşılacağı gibi sağlık terimi değerlendirilirken veya açıklanmak istediğinde o toplumun sosyal hayatı göz ardı edilmeden iç içe araştırılıp, değerlendirilmelidir.

“Pek çok kimse sağlık hizmeti deyince sadece hasta tedavi hizmetini anlar. Sağlık hizmetleri, önem sırasına göre, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici hizmetlerdir. Koruyucu hekimlik hizmetleri hastalıklardan koruma yanında erken tanı ve tedavi (ikincil koruma) ve hastalığın nüküs ve komplikasyonlarından korumayı (üçüncül koruma) da kapsar.” (Fişek, 1963).

Bu ifadeler kısaca açıklanırsa; ilk olarak koruyucu sağlık hizmetleri: sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi amacıyla yapılan uygulamalardır. Çevreye yönelik ve kişiye yönelik olarak iki kısımda incelenir (İzmit Seka Devlet Hastanesi, 2018).

Çevreye yönelik koruyucu hizmetleri temelde insan sağlığını tehdit eden unsurların giderilerek daha yaşanılabilir bir çevre oluşturmaktır. Örnek olarak hava ve gürültü kirliliğinin denetimi, içme sularının temizlenmesi, çöplerin düzenli toplanması gibi.

İnsana yönelik koruyucu hizmetler kişisel bakım, bağışıklama, dengeli beslenme, sağlık konusunda bilinçlendirme gibi hizmetlerin verilmesidir. Örnek olarak; sağlık ocağı, dispanserler, laboratuvarlar örnek verilebilir.

İyileştirici sağlık hizmetleri; kişi, sağlığını kaybettikten sonra ortaya çıkan tedavi hizmetleridir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üçe ayrılır (Sıraç, 2016).

Birinci basamak sağlık hizmetleri; ayaktan tedavilerin yapıldığı; sağlık ocakları, dispanserler, poliklinikler gibi birimlerde pratisyen doktor, hemşire ve ebeler tarafından verilen sağlık hizmetleridir.

İkinci basamak sağlık hizmetleri; birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı, daha çok yatarak tedavinin uygulandığı, uzman hekim ve sağlık personellerince verilen sağlık hizmetleridir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; belirli alanda uzmanlaşmış kurumları ve eğitim araştırma hastanelerini kapsayan, akademisyen ve uzman hekimlerin görevlendirildiği ve yüksek sağlık teknolojilerinin kullanıldığı sağlık hizmetleridir.

Rehabilite edici sağlık hizmetleri; herhangi bir sebeple iş yapabilme yetisini tam veya kısmi olarak kaybetmiş kişilere verilen hizmetlerdir. Bu hizmetler ile kişinin tedavisi, toplumsal yaşama uyum sağlayabilmesi ve kendilerine uygun iş yapabilmeleri istenir (Ersöz, 2015).

Hizmetler değerlendirilip kıyaslandığında sağlık hizmetleri diğer hizmet dallarına göre çok farklı bir hizmet türüdür. Her şeyden önce kişilerin can güvenliği ve sağlığı ön plandadır. Hizmetlerin ortak ve farklı yönlerine bakılacak olursa bu daha iyi gözlemlenebilir.

Hizmetlerin ortak özellikleri (Sarı, 2016):

- Hizmetler soyut işlemlerden oluşur (Elle tutulup gözle görülemezler).
- Hizmetler kaynağından ayrılamazlar (mallar gibi her yerde satılıp alınmaz, sahiplik alınan yerdedir sadece).
- Hizmette kalite standart değildir (kişi, zaman, mekân vs. kalite algısında etkendir).
- Hizmetler depolanamaz, stok edilemez.

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklı olarak, sağlık hizmetlerine has özelliklerine bakılacak olursa (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2017):

- Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısalıdır.
- Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur.
- Sağlık hizmeti ertelenemez.
- Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hekim belirler.

- Hizmetten sağlanan doyum kaliteyi önceden belirlemek çok zordur.
- Diğer özellikler(garantisi yoktur, önceden test edilemez, dışsal fayda ya da zarar söz konusudur) vb.

Dünya üzerindeki geri kalmış ülkeden gelişmiş ülkeye tüm insanlar hayatlarını gerek devam ettirmek gerekse daha kolay hale getirmek için hizmetlerden faydalanmaktadır. Hizmetler içinde bulunulan topluma, ekonomik duruma, cinsiyete, eğitime düzeyine vs. kişiden kişiye farklı haz ve fayda sağlamaktadır. Ancak sağlık hizmetleri genel geçer bir kuralla hizmet dallarının en önemli kısmıdır. Kişinin yaşamını veya bundan sonraki hayatının nasıl olacağını belirlemesi kişi için en değerli hazine yapar sağlık hizmetlerini.

Dönemin sultanı olan Kanuni Sultan Süleyman, elinin altında her şey bulunmasına rağmen bu önemi şu dizelerinde dile getirmiştir: “Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi, olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi” (Haliloğlu, 2011).

1.2. Sağlık Sistemi

Sistem bir sınır içerisinde birbirleri ile etkileşim içinde bulunan ve ortak bir amaca yönelik olarak bir araya gelmiş ahenkle işleyen parçalar bütünü şeklinde tanımlanabilir (Gökçen, 2005).

Daha genel bir tanımla bir amaç için karşılıklı etkileşim içinde bulunularak oluşturulan bütündür. Sistem açıklanırken kullanılan bazı terimler, sistemin daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır. Bunlardan alt sistem sistemi ele alırsak, kurumumuzun yapısını oluşturan daha küçük ve yapının çalışmasında etkili olan kısımlardır. Örnek verirsek hastaneyi bir sistem olarak ele aldığımızda hastane içindeki poliklinikler, ameliyathane, müdürlükler vs. hepsi alt sistemdir. Üst sistem ise bizimde içinde bulunduğumuz parçaların tümünün oluşturduğu bütündür.

Hastaneyi ele alırsak; hastaneler, sağlık müdürlükleri vesaire birleşerek Sağlık Bakanlığı'nı oluşturur. Burada Bakanlık yapısı üst sistem, hastaneler alt sistem olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca sistem ile çevre arasında bir bilgi alışverişi varsa açık, sistem dışarıdan etkilenmiyorsa kapalı sistem olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık sistemleri genel çerçevede ele alındığında açık ve karmaşık sistemlerdir. Çünkü tamamen o anki duruma odaklı olmanın yanında daha iyi bir hizmet için sağlık teknolojisi ürünlerini de etkin kullanıp daha iyi hizmet verebilmelidir. Sağlık sistemi tamamen kişiyle iç içe olduğu için sistem sınırlarını çizmekte zordur.

Fiziksel ve biyolojik sistemlerde sınırları çizmek sosyal sistemlere göre nispeten daha kolay olmaktadır. Sosyal sistemlerde sınır, araştırmanın amacına göre belirli değişkenleri içine alacak şekilde kuramsal olarak çizilebilir (Koçel, 2005).

Sosyal ve karmaşık bir sistem olan sağlık sisteminin de girdi, döngü ve çıktı dönütleri bulunmaktadır.

Çizelge 1.1. Sağlık Sistemi Girdi ve Çıktıları

GİRDİ:	SÜREÇ:	ÇIKTI:
<ul style="list-style-type: none"> • Tıp Teknolojisi • Binalar • Tıbbi Personel • İdari Personel • Hukuk Sistemi • Ödeme Gücü • Sosyal Dengeler • Sosyal Güvenlik • Arkadaş, Akraba Grubu 	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlığın Korunması • Tıbbi Tedavi ve Bakım • Rehabilitasyon • Sağlığın Geliştirilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın Tedavisi • Sağlığın Bozulmasının Önlenmesi • Sağlık Düzeyini Geliştirme

Kaynak: Akbolat, 2018

Sağlık sistemi, ülke genelindeki tüm sektör kaynaklarına halkın katılımı ile bireye sağlıklı, mutlu, üretken ve nitelikli bir yaşam sağlamayı hedefleyen, sağlık sorunlarını en aza indiren örgütsel ve çoğulcu

bir sistemdir (Sabuncu, Babadağ, Taşocak ve Türkinaz, 1994) şeklinde tanımlanabilir. En geçerli tanım ise DSÖ'nün 2000 yılında hazırladığı Dünya Sağlık Raporu'ndaki tanımdır. Bu tanıma göre sağlık sistemi; sağlık durumlarını korumak ve geliştirmek için faaliyet gösteren bütün organizasyon ve kaynakların toplamıdır (Bulakbaşı, 2015).

Sağlık sisteminin amaçlarına bakacak olursak temel çerçevede üç ana başlık altında toplandığını görürüz. Bunlar; sağlık durumu, kuruma başvuran hasta veya müşterinin beklentilerinin karşılanması ve kişinin aldığı hizmet sonunda adil bir ücret ödemesidir (Okursoy, 2010).

Bunlardan ilk madde olan sağlık kişinin hayatı boyunca sağlıklı olması ve sağlığını tehdit eden unsurların ortadan kaldırılmasını ifade eder. Beklentilerinin karşılanması ise kişinin özel olarak nitelendirip beklediği işlemlerdir. Hasta gizliliğine saygı, kişi itibarına saygı, sürecin hızı vs. buna örnek verilebilir. Adil ücret politikasında ise gerek sigortalıca gerekse hastane ücret politikasında yer alan ödeme koşullarına göre işlemlerin ücretleridir. Fakat bu ücretlendirme hizmetlere olduğu kadar kişilerin maddi durumlarıyla da doğru orantılı olmalıdır. Sağlık sisteminin amaçları başka sistemlerle de iç içedir.

Ülkenin siyasi, ekonomik, sosyal ve kültürel boyutları sonucunda oluşan Sağlık sistemleri, finansman ve hizmet sunumlarıyla şekillenmektedir. Yönetimler sistemini korumak ve oluşan aksaklık ve eksiklikleri gidermek için varlıklarını sürdürmek zorundadırlar. Tüm koşullar uygun olduğu zaman etkili, verimli ve liyakat ile çalışan sağlık sistemi tüm bireyler için eşit sağlık, beklentilerin karşılandığı ve adil bir finansman yapısının oluşturulduğu bir sistem olacaktır.

Sağlık sistemleri ödeme şekillerine göre üç ana başlıkta toplanır (Yıldız, 2011):

- Kamu Yardımı Sistemi
- Sağlık Sigortası Sistemi
- Ulusal Sağlık Hizmeti Sistemi

Kamu Yardımı Sistemi: Devletin gelir seviyesi düşük kişilere bedava hizmet vermesi fakat gelir seviyesi yüksek kişilerin belirli bir ödeme yaparak kendi adına sigorta yaptırması veya hizmeti doğrudan satın almasını temel alır.

Sağlık Sigortası Sistemi: Ülke içindeki kişiler belirli bir sigorta primi ödeyerek kendilerini sigorta ettirip sisteme finansal katkıda bulunurlar. Ödediği prim ve sigorta kurallarına göre aldığı sağlık hizmeti karşılığında cüzi miktarda ücret ödeyebilir.

Ulusal Sağlık Hizmeti Sistemi: Bu sistemde tüm sağlık hizmetleri giderleri devletçe karşılanmaktadır. Sağlık kuruluşları da tamamen devlet bünyesi ve kontrolindedir. Bu tarz uygulamalar sosyal devlet anlayışının hakim olduğu ve gelir seviyesi yüksek ülkelerde uygulanmaktadır.

Ülkemiz göz önüne alındığında ise üç sisteminde karma bir yapıda kullanıldığı görülmektedir. Ülkemizde belirli bir kesim için zorunlu sigorta modeli uygulanmakta, diğer yandan da maddi durumu kötü olan nüfus için kamu yardımı modeli uygulanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ise sosyalleştirmeye tabi tutulup finansmanı devletçe yapılmaktadır. Ayrıca tüm bunlar dışında kişiler istedikleri özel kurumlardan da sağlık hizmeti satın alabilmektedirler.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin kökeni ve gelişmesi tarihsel olarak cumhuriyet öncesi ve sonrası olarak ana iki başlık altında gruplandırılır. Cumhuriyet öncesi dönemde zamanın şartlarına göre yüksek bir sağlık hizmeti sunumu vardır. Dönemim ünlü hekimleri sağlık konusunda devleti ihya edebilmişlerdir. Cumhuriyet öncesi dönemdeki sağlık hizmetlerini Selçuklu ve Osmanlı devleti sağlık sistemi olarak ikiye ayırabiliriz.

2. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

2.1. Cumhuriyet Öncesi Sağlık Sistemi

2.1.1. Anadolu Selçuklu Devleti Sağlık Sistemi

Selçuklu sultanları sadece fetih ve akınlarla uğraşmamış ülkenin imar ve refahı için din ve eğitim için medreseler, imarethaneler, toplum sağlığı için hastane ve şifahaneler yaptırmışlardır. Türkler asker bir millet olduğu için ordularında da seyyar hastaneler oluşturmuş ve gittikleri yerlere bu seyyar hastaneleri

beraber götürmüşlerdir. Örneğin: Sultan Mahmud'un ordusunda tabipleri, ilaçları, tıbbi aletleri vs. bulunan seyyar hastanesi vardı ve bu hastane 200 deve ile taşınmaktaydı (Terzioğlu, 1992).

Selçukluların ilk hastanesi Sultan Alparslan'ın veziri Nizamül Mülk (1063-1072) tarafından Nişabur'da yapılmıştır (Türker, 2012).

Selçuklular çoğu bölgelere hastane ve darüşşifalar yapmış ve sağlık hizmetlerinin yanında uyguladıkları tedavi ile de modern tıbbın gelişmesinde öncülük etmişlerdir. Yerli ve yabancı tüm seçkin tabiplerden yararlanılmış, hatta saraydaki şifahaneyle bile işinde uzman yabancı doktorlar tayin edilmiştir (Çelik, 2017).

Ayrıca darüşşifalar dışında cüzamlı kişilerin tecritlerinin ve bakımının yapıldığı cüzzamhaneler ve akıl hastalıklarının tedavisi için de merkezler kurulmuştur. Ayrıca tüccar, yoksul, kimsesiz ve yolcular için de özel olarak şifahaneler inşa ettirilmiş ve bu kimselerin hizmetine sunulmuştur (şifahane.org, 2018).

Hemen hemen Selçuklu Devletinin ulaştığı tüm kesimde şifahaneler yaptırılmıştır. En son olarak sağlık sistemi vakıflar aracılığıyla sunulmuştur ve bu süreç Osmanlı İmparatorluğunun ilk dönemlerine kadar süregelmiştir. Osmanlı'nın diğer dönemlerinde de vakıflar çoktur, ancak bu alanda daha az etki sahibi olmuştur dersek daha doğru söylemiş oluruz.

Günümüze kadar ulaşan Selçuklu hastane yapıları şunlardır (TÜRKŞAD, 2013):

- Şam'da Nurettin Hastanesi (1154)
- Kayseri'de Gevher Nesibe Darüşşifası ve Gıyaseddin Keyhüsrev Tıp Merkezi (1206)
- Sivas'ta Keykavus Darüşşifası (1217)
- Divriği'de Behram Şahin Kızı Turan Melik Hastanesi (1228)
- Çankırı'daki Atabey Ferruh Hastanesi (1235)
- Tokat'taki Gök Medrese ve Pervane Bey Darüşşifası (1275)
- Kastamonu'da Ali b. Pervane Hastanesi
- Amasya Darüşşifa Hastanesi

2.1.2. Osmanlı Devleti Sağlık Sistemi

Türk usulüne uygun olarak Osmanlı Devletinde de hizmetler vakıflar aracılığıyla sürdürülmüştür. Osmanlı zamanında devletin büyük taht şehirleri dışında az sayıda hastane kurmuşlardır. Ancak Selçuklu döneminden kalan hastaneler vakfileriyle birlikte aktif olarak çalışmaktadır. Ayrıca sadece yatarak tedavi edilmemiş, ayaktan sağlık hizmeti de verilmiştir. Ayrıca durumu yetersiz kalan kişiler bedava ilaç ve tedavi hizmetinden faydalanmıştır.

Merkezde hekim başı, taşralarda ise Darüşşifa hastaneleri yer almaktaydı. Ayrıca büyük camilerin yanında Bimarhane vardır. Bunlar doğrudan ruh sağlığının tedavi edildiği merkezlerdir ve bu merkezler de tedaviler doğal yollarla yapılmıştır. Örneğin: kuş sesiyle, su sesiyle (Ocak, 2012).

Hekim başı denilen kişi günümüzdeki Sağlık Bakanındır ve tüm ülkenin sağlık işlerinden sorumlu kişidir. Ülke hekimleri bu merkezlerde usta çırak ilişkisi içinde yetiştirilmektedir. Tabii düzenli bir eğitim ve okulun olmaması da hekimlerin özgür çalıştığı ve denetimlerinin yeterli olmadığını gösteriyor.

Şifahaneler incelendiğinde ise içinde konaklayacakları bir yer, cami, hamam, medrese gibi yapıların da bulunduğu külliye şeklindeki yapılar vardır. Burada gelen hastalara hem konaklama, sağlık eğitim vs. hizmetlerde verilmekteydi (Ocak, 2012).

Osmanlı tıbbı da Selçuklular gibi klasik İslam tıbbı niteliğindedir. 12. Yüzyıl sonlarına doğru İslam tıbbı gerilemiş, batı tıbbı ilerlemeye başlamıştır. Bu bağlamda şöyle bir yorum yapılabilir. Sağlık sistemi sürekli gelişen bir yapıda olmalıdır. Zamana ayak uydurulamazsa çok basit hastalıkların bile üstesinden gelinemeyebilir. Bu yüzden Osmanlı sağlık alanındaki örgütlenmesini 1827'de açtığı ve 1839'da faaliyete geçen ilk tıp mektebi (Mekteb-i Tıbbiye Nezaretî) ile başlatmıştır.

1898'de açılan Gülhane Askeri Hastanesi, ilk modern hastanedir. Bu hastanede Alman hocalarca (Rieder öncülüğünde) verilen tıp eğitim büyük önem arz etmektedir. Bu eğitimler sırasında batılılarca çok önce tespit edilen tıbbi bilgilerin, Osmanlıda bilinmediği Rieder ve yetiştirmiş olduğu hekimlerde tespit edilmiştir (Başustaoğlu, 2016).

2.2. Cumhuriyet Sonrası Sağlık Sistemi

2.2.1.1920-1938 Dönemi Türkiye Sağlık Sistemi

Ülkemiz daha yeni kurtuluş savaşından çıkmış ve yüce önder Mustafa Kemal Atatürk eşliğinde yeni kurulan devletimizin bir ferdi olarak gerek savaşın yorgunluğu, gerek yeni devlet kanunları ve gerekse savaşta ortaya çıkan engellilik ve hastalıklarla boğuşmaktaydı. Her ne yapılacaksa toplumca kabul edilip yapılmalı, toplum ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıydı.

Tüm yaşananlar toplumu tamamen yormuş ve bitap düşürmüştü. Bu yüzden birçok yasal düzenleme ile çok hızlı bir şekilde ülke ayağa kalkıp, önünü görmek zorundaydı. Bu sebeple de birçok yasa ve tasarı çok hızlı bir şekilde kabul edilmiştir. Bunlardaki amaç ise savaş sonrası sorunların çözülmesi, koruyucu sağlık hizmetleri ve hizmetlerin taşraya doğru yapılanmasını sağlamaktır. Bunlar içinde en önemli görülen koruyucu sağlık hizmetleri; özellikle sıtma, tüberküloz ve cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele için dikey programlar uygulanmasıdır.

3 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı kanun ile Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesini üstlenip sağlık hizmeti sunma ve politika üretmekten sorumlu temel kurum da Sağlık Bakanlığı olmuştur (Sağlık Bakanlığı 2015).

Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı olarak göreve atanmıştır. 10 Mart 1921'de Dr. Adnan Adıvar görevden ayrılmış yerine Dr. Refik Saydam bakan olarak atanmıştır.

Bu dönemde koruyucu ve tedavi edici hizmetler birbirinden ayrılarak, ayrı bir hizmet olarak ele alınması gerektiği ilkesi benimsenmiştir. Bakanlığın asıl görevinin de koruyucu hekimlik olduğu kabul edilmiş ve bakanlık işlemleri bu doğrultuda uygulanmıştır.

1923 verilerine bakıldığında ülkemizde 6437 hasta yatağı ve 86 hastane bulunmaktadır. Ve bu kurumlardan sadece 3 hastane merkezi yönetimin elindeydi kalan çoğunluk ise yerel yönetimlerde, özel sektörde ve yabancılara aitti. Sağlık Bakanlığı 1923 yılında tüm ülkede 554 hekim, 60 eczacı, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile hizmete başlamıştır (Saltık, 2014).

Burada en dikkat çeken husus; hiç hemşire olmamasıdır.

1935'te hekim sayısı 1625'e, ebe sayısı 400, sağlık memuru sayısı 1365'e ulaşmış, başlangıçta hiç olmayan 202 hemşire hizmete koyulmuştur. Gelişme süreci o denli hızlıdır ki, dışarıdan getirilenler ile 1940'ta hekim sayısı 2378'e (1923'e göre 17 yılda 4 katı), hemşire sayısı 405'e ulaşmıştır. Almanya'dan ülkemize gelen seçkin hocaların katkıları ile yeniden yapılandırılan İstanbul Tıp Fakültesi'nden yılda 150-250 hekim mezun oluyordu (Saltık, 2014).

İstanbul, Ankara, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da Numune Hastaneleri açılmıştır. Yerel yönetimler de hastane açmaya özendirilmiştir.

1924 yılında sağlık personelinin yönetimi Sağlık Bakanlığında, tek elde toplanmıştır.

Ülkemizde ilk sağlık -Tıp Kongresi, 2 Eylül 1925'te Ankara'da toplanan I. Ulusal Türk Tıp Kongresi'dir (Saltık, 2014).

1928'de "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Yasa" kabul edilip sağlık personeli yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir (Resmi Gazete, 1928).

1930 yılında 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Yasası" ile sağlık politikalarının esasları belirlenmiştir (Resmi Gazete, 1930).

1936 yılında 3017 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Yasası" ile bakanlık örgüt çatısı kurulmuştur (Resmi Gazete, 1983).

2.2.2. 1938-1960 Dönemi Türkiye Sağlık Sistemi

Bu dönemde ilk akla gelen ve en önemli faaliyet Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 1946'da gerçekleştirilen ve kendisinin adıyla da anılan " Birinci Sağlık Planı" uygulamasının yapılışdır (Kasapoğlu, 2016).

Tedavi edici hizmetler ve koruyucu sağlık hizmetleri tekrar bir çatı altında toplanıp, yerel yönetimlere bırakılan sağlık hizmetlerini de bakanlık tamamen üstlenmiştir.

Ayrıca Türkiye 7 sağlık bölgesine ayrılıp, bu bölgeler kendisini idame ettirecek seviyeye getirilecekti. Tüm bu işlemler bitince her bölgeye bir Tıp Fakültesi açılması planlanmıştı. Fakat program tam olarak uygulanamamış, uygulanmadığı içinde başarı sağlanamamıştır. Örneğin: Her 40 köye 10 yataklı hastane yapılmak istenmiş ama zamanla bu her ilçede tek hastane yapımına dönüşmüş (Kasapoğlu, 2016).

Ücret politikaları yüzünden kamuda doktor sayısı azalmış ve doktorlar özel hizmete yönelmiştir. Ancak Behçet Uz dönemi; Verem Savaş, Sıtma Savaş gibi dernekler aracılığıyla bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli adımların atıldığı bir dönem olarak da tarihe geçmiştir (Dirican, 1970).

Ayrıca ilk olarak 1945 yılında onaylanarak 1952 yılında çalışmaya başlayan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuştur.

1953 yılında Emekli Sandığı kurulmuştur.

1954 yılına gelindiğinde devlet SSK, Milli Savunma Bakanlığı ve Üniversite Hastaneleri dışında tüm sağlık kurumlarının denetleyicisi olmuştur.

Sağlığı toplum ve hükümet politikalarından ayrı tutmamamız gerektiğini belirtmiştik. Dönemin hükümeti Demokrat Parti büyük kentlerdeki sağlık kurumlarına olan fazla talebi ve yığılmaları önlemek için hastane açma politikası izlemiştir. Ayrıca özel kesime de hastane açılması için teşvikler verilmiştir. Tüm bunlar neticesinde sağlık sektöründe koruyucu sağlık hizmetleri daha geri plana atılarak çoğunlukla tedavi edici hizmetler ön plana çıkmıştır.

Tabii bu teşvikler sonucunda SSK, Üniversite ve Milli Savunma Bakanlığı Hastanelerinde tedavi olan kişilere özel hizmet verecek kişiler ve kurumlar ortaya çıkmaya başlamış. Tabii buda sağlık bakanlığının otoritesini kaybetmesine ve sağlık sektöründeki tek baş olan Sağlık bakanlığının statüsünü sarsmıştır. Sağlık sektöründe tek başlılık ortadan kalkmış ve buda kaynak israfına neden olmuştur.

Büyük kentlerden kırsal kesimlerdeki halka döndüğümüzde ise sağlık sorunlarına geçici tedbirler çözüm üretmez hale gelmiştir. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında, sağlık idaresinin temel ilkesinin halkın sağlık seviyesini yükseltmek olduğu ve bunun için halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verileceği belirtilmiştir (Dirican, 1970).

İlerleyen zamanda yaşanan sıkıntı ve beklenenler neticesinde "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir.

2.2.3. 1960-1980 Dönemi Türkiye Sağlık Sistemi

1960 askeri müdahale ile kurulan İhtilal Hükümeti sağlık hizmetlerine önem vermiştir. Bu düzlemde de sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri devletin asli ve anayasal görevi olarak kabul edilmiştir (Fişek, 1963).

Ayrıca bu iki madde doğrultusunda hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında, sağlık hizmetlerinin temel amacının halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncülük verilmesi gerekliliği belirtilmiştir. Bu amaçla da tedavi hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamlayıcısı olarak görülmüştür.

Bu düşüncelerle sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi istenilmiş ve "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" 5 Ocak 1961 yılında kabul edilip yürürlüğe girmiştir.

Sağlık hizmetlerinde sosyalleşme temelde İngiltere'de uygulanan "Toplum Hekimliğine" dayanır. Sağlık hizmetinin sadece hekimlik değil bir ekip işi olması, herkese sağlık hizmeti götürülmesi ve son

olarak sağlığın sosyo-ekonomik kalkınmanın bir parçası olduğunun kabulü toplum hekimliği yaklaşımının temel ilkeleridir (Kasapoğlu, 2016).

224 Sayılı Kanun'un genel maddelerinde (Resmi Gazete, 1961):

- Tüm lke kesiminin eşit derecede sağlık hizmetinden faydalanması
- Sağlık personellerinin kendi amirlerinin oluşu ve onlara uyumlu alışması
- Nüfusa göre örgütlenme kurulacaktır. Örneğin: Sağlık Ocağı 5000-10000 kişinin olduğu yerde hizmet verecektir.
- Kişilerin hekim ve kurumu seçme zgrlğ.
- Sağlık sisteminin birkaç ilde oluşturulacak bölgelere ayrılıp, yetki verilmesi.
- Hedef olarak denetim için sağlık hizmetlerinin tek çatıda toplanması esas alınmıştır.
- Sağlık personelinin eğitimi ve
- Sağlık örgütlerinin halkla kaynaşması, halka sağlık örgütlerinin benimsenmesinin sağlanmasıdır.

Sosyalleştirme Dönemi de denilen bu uygulama 1963 yılında Muş ilinde başlamış ve 1983 yılında tüm ülkeye yayılmıştır. Geniş bölgelerdeki tek yönlü hizmet yerine bu uygulamayla dar bölgelerde çok yönlü hizmet sağlanmaktadır. Ayrıca tam gün doktor çalıştırılması amacıyla, doktorların özel muayenehane amaları yasaklanmıştır (Kasapoğlu, 2016).

Fişek'in kendi değerlendirmeleri incelendiğinde ise yeterli maddi yatırımın ayrılamaması sebebiyle köylere yeterince yatırım, ilaç, teçhizat gnderilememiştir. İl içinde sevk zinciri oluşturulamamış, halkın katılımı yeteri düzeyde sağlanamamıştır. Ayrıca atanan hekim sayısının ve eğitim seviyesinin yetersizliği de merkezle olan bağı tam sağlayamamış ve sistem tam anlamıyla uygulanamamıştır. Sistem bir noktada başarılıdır ancak beklentilerin hepsini karşılayamamıştır.

2.2.4. 1980-2000 Dönemi Türkiye Sağlık Sistemi

1980 darbesi sonrası yeni askeri yönetimler kurulmuş ve bu yönetimler tüm alanlarda olduğu gibi sağlık sektörünü de kökten etkilemiştir. 60'lı yıllarda kabul edilen tasarı ve yasalardan birçoğu değiştirilmiştir. Özellikle sağlık hizmetlerinde Aktif zelleştirme Dönemi olarak adlandırılan döneme girilmiş ve T.C. Anayasası bu yönde yeniden şekillendirilmiştir. Yapılan değişiklikler ve dönemin uygulamalarına bakacak olursak 1989'da Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı olarak değişmiştir (Kasapoğlu, 2016).

Sağlık hizmetlerini devletin resmi görevi olarak kabul eden 1961 Anayasası değiştirilmiş ve devletin bu hizmeti denetleyip, düzenleyeceği ifadeleri eklenmiştir.

Genel çerçevede bu döneme bakılırsa, süreç yeni sağlık sektörünün benimsenen neoliberal görüşe uyumlu hale getirilmesinin çabası, hatta zorunlu getirme işlemleri olarak düşünülebilir. Bununla alkalı çeşitli programlar ortaya atılmış, modeller geliştirilmiştir. Geline son zm konuları ise şunlardır;

- Sağlık ocakları kaldırılıp yerine muayenehane temelli "aile hekimliği" uygulamasının getirilmesi,
- Devlet Hastanelerinin önce zerkleştirilip daha sonra da zamanla zelleştirilmesi,
- Finansman kaynaklarında ise devlet sigortası Genel Sağlık Sigortası (GSS) zerinde özel sigortacılık ve şahsi ödeme şekilleridir.

Bu maddelere genel çerçevede bakılırsa Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin temelleridir diyebiliriz.

Bu düzenlemelerle Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini vermektten ve ülke sağlık politikasını üretmekten sorumlu merciidir.

Ülkemizde sağlıkta özelleştirmeye ilk kez değinilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan tüm engeller giderilerek tüm hastalar nezdinde eşitlik sağlanarak özel sağlık kurum ve kuruluşlarının kurularak hizmet vermesi ve kamu kurumlarıyla rekabet içinde olarak sağlıktaki hizmet kalitemizin ve müşteri memnuniyetinin artırılması hedeflenmiştir.

Bu dönemde Türk Tabipler Birliği (TTB) dört yıl kapanmıştır. Sadece özel çalışan hekimlere ise buraya üye olmasının zorlandığı bu dönem birlik etçin etkisiz bırakma politikalarının uygulandığını da göz önüne sermektedir (Kasapoğlu, 2016).

Ayrıca Uluslararası finans örgütleri iktidarlara sağlıkta reform adı altında özelleştirmeyi dayatıyorlardı. Neo-liberal politikalar gereği 1994 den itibaren uluslararası kuruluşların denetimine giren Türkiye ekonomisi, International Monetary Fund (IMF) ile “stand by” denilen anlaşmalar imzalamaktaydı.

Bu anlaşmalar “acı reçete” olarak metaforik bir biçimde topluma anlatılırken esas büyük darbe sağlık alanında yaşanmış, iki büyük hastane (Ankara’da Yüksek İhtisas ve İstanbul’da Koşuyolu hastaneleri) 5 Nisan 1994 Kararları çerçevesinde birer işletmeye dönüştürülerek, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin doğrudan özelleştirilmesinin ilk somut örneği verilmiştir (Soyer, 2003).

Bu dönemde “Ulusal Sağlık Dokümanı” olarak adlandırılan programın 4 maddesi bu döneme damga vuran sağlık politikalarıdır. En göze çarpan kısım Süleyman Demirel’in eline aldığı yeşil kartı miting meydanlarında sallayarak, kullanımını anlatıp seçim propagandası yapmasıydı. Bu dört maddeler kısaca;

- Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan kişinin, sigorta güvencesine alınması (Yeşil Kart uygulamasına geçilmesi),
- Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Hastanelerin özertleştirilmesi,
- Kamu ve özel sigorta şirketlerinin kaynaklar için dahili bir rekabet içine sokulması.

2.2.5.2000 Sonrası Dönem Türkiye Sağlık Sistemi

Kişilerin sağlık hakkı en temel haktır ve bu hak devletçe korunmak zorundadır. Zamanın şartlarına göre de nüfus artışı, gelişen sağlık teknolojileri ve bunların kullanım zorunluluğu, sağlık harcamaları, sistemdeki aksaklıklar vs. yeni bir sağlık sistemi düzenlemesini gerektiriyordu.

Ayrıca halkın önemli bir bölümünün sağlık güvencesi olmaması, verimsiz kaynak kullanımları, hizmete erişimdeki adaletsizlikler gibi sebepler de sistemin tamamen sorgulanmasına neden olmaktadır.

Bu yüzden Sağlık 2002 yılında bazı sıkıntıları belirledi ve 2003 yılında SDP başlığı altında yeni bir sisteme geçiş için uygulamalar başlatılıp, yeni sağlık sistemine geçilmiştir. Bu sistemin temel amaçları etkililik, verimlilik ve hakkaniyet olarak belirlenmiştir (Akdağ, 2003).

Bu doğrultuda Etkililik; toplum sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve kişileri tedavi etmek yerine asıl politikanın kişilerin hasta olmasını önlemek olduğudur. Verimlilik; az girdi ile daha çok çıktı sağlamak yani az miktarda girdi ile daha çok fayda üretmektir. Hakkaniyet ise; kişilerin ihtiyaçları oranınca sağlık kurumlarına ulaşmaları ve finansman konusunda kendi durumlarınınca katkıda bulunmasını öngören bir amaçtır.

SDP’nin temel ilkeleri şu şekilde açıklanmıştır.

İnsan Merkezilik: Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyacını, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir (Akdağ, 2003).

Kişilere kendilerine has bir tedavi uygulanmalı yani hizmet kişisel olmalı denebilir.

Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sistemin ülke şartları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir (Akdağ 2003).

Bir anlamda sistemin kendi kendini öncelikle maddi yönden döndürebilmesidir.

Sürekli Kalite Gelişimi: Vatandaşlara sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir (Akdağ, 2003).

Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır (Akdağ, 2003).

Burada sadece kurum çalışanları o işin uzmanı olan tüm kişilerden görüş ve öneri almak sistemin bütüncül yaklaşımını da gösterir niteliktedir.

Uzlaşmacılık: Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır (Akdağ, 2003).

Gönüllülük: Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir (Akdağ, 2003).

Değişik bir bakış açısıyla konulara bakarsak hem bölümler arası hem de çalışan ve müşteri arasında uyumlu çalışan, katılımın ve işlerin aksamamasının herkesçe bir ortaklık sağlanarak yapılacağı diyebiliriz.

Güçler Ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir (Akdağ, 2003).

Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.

Desantralizasyon: Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen şartlara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir (Akdağ, 2003).

O bölgeye ve o anlık verilecek hizmete göre merkezden alınacak bir karar yerinde ve zamanında olmayabilir. Ancak bu maddeyle büyük kurumlar acil olarak verilecek kararları verip, daha etkin ve hızlı bir hizmet verebileceklerdir.

Hizmette Rekabet: Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır (Akdağ, 2003).

Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri (Sağlık Bakanlığı 2003):

- Planlayıcı Ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
- Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
- Yaygın, Erişimi Kolay Ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi
- Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
- Sistemi Destekleyecek Eğitim Ve Bilim Kurumlar
- Nitelikli Ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite Ve Akreditasyon
- Akılcı İlaç Ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
- Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim, Sağlık Bilgi Sistemi

Planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığı: Bakanlık politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir devlet kurumu yapısına kavuşmuştur. Ayrıca kamu, vakıf ve özel kurumları da kaynakların kullanımı konusunda yönlendirecek planlayıcı, politikalar belirleyen bir kurum yapısına dönüşmüştür.

Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası: vatandaşların ödeme gücü ile doğru orantılı olarak katkıda bulunacakları ve ihtiyaçları oranınca da hizmet alabilecekleri bir yapı, sigorta modeli oluşturulmak istenmektedir. Diğer tüm Bağ-Kur, GSS gibi kurumlar birleştirilerek tek çatıda toplanmıştır.

Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi: burada önemli olan ve işin püf noktasını oluşturan kısım aile hekimliğidir. Bu bileşenin maddeleri aile hekimliği, etkili, kademeli bir sevk zinciri ve idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleridir.

Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü: Uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının oluşturulması, eğitimlerin ülkemiz ihtiyaçlarına uygun verilmesi hedeflenmiştir.

Ayrıca bu sadece sağlık alanında kalmayacak yönetimde de etkili kişilerin olması gerektiği belirtilmiş, eğitimlerin verilirken bunlara da önem verileceği kararlaştırılmıştır.

Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları: Dönüşümü gerçekleştirmek ve devamlılığını sağlamak için halk sağlığı konusunda bilgili ve tecrübeli kişilere ihtiyacın olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Ülkemizde de araştırmalar yapacak, kurumlara danışmanlık yapabilecek, sağlık sektöründeki kişilere eğitimler verebilecek bir kurumun varlığı zorunludur.

Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon: Hizmet birimi, sunum süreci ve çıktının değerlendirileceği "Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu" kurumu kurulacak ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularında yetkili kurum olacaktır.

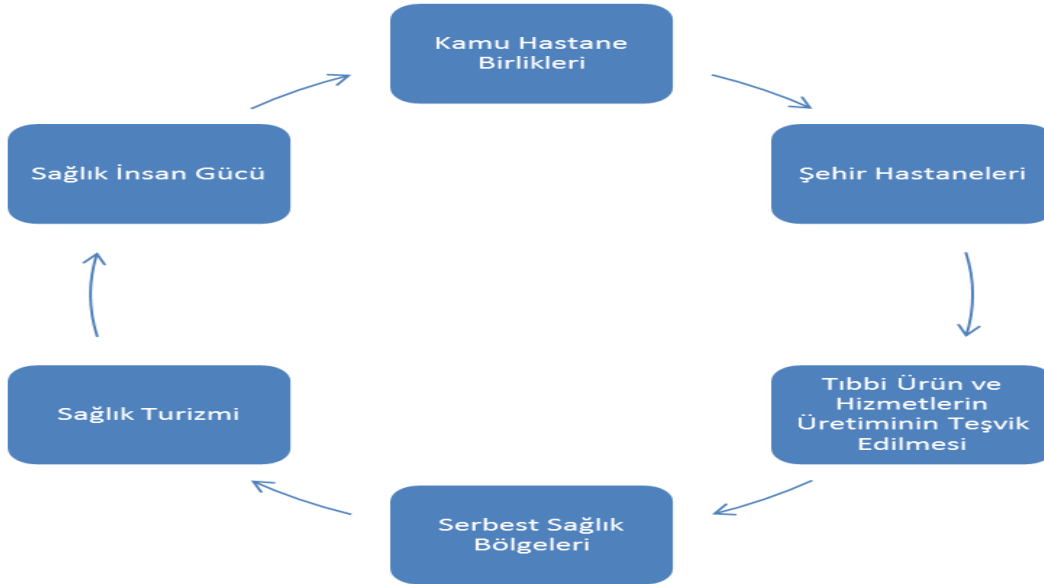
Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma: İlaç, malzeme ve tıbbi cihazlarda standardizasyon, ruhsatlandırma ve bunların akılcı kullanımı konularında uluslararası kuralları yakalayıp uygulayacak kurumsal yapılanmalara ihtiyacımız vardır.

Karar sürecinde etkili bilgiye erişim, Sağlık Bilgi Sistemi: Kişi sağlığı hakkında karar verilirken doğru bilgilere ulaşıp verilmeli, yoksa kişiye faydadan ziyade zarar verebiliriz. Bu yüzden doğru bilgilerin toplanıp, kolayca ulaşılabileceği sağlık bilgi sistemleri kurulmalı ve bu sistem ülke sağlık sistemine entegre olarak ilerlemelidir. Örneğin Sağlık sektörü içindeki farklı kurumlar birbirleri arasında bilgi alıp gönderebilmeli, zararlı bir ilaç tespit edilmiş ve kullanımı yasaklanmışsa sistem uyarıyı tüm kullanıcılara ulaştırmalıdır.

3. BULGULAR

SDP sonrası veriler incelendiğinde Doğumda beklenen yaşam süresi 2002 yılında 72,5 iken 2012 yılında 76,8'e yükselmiştir. Bebek ölüm oranı 2002 yılında binde 31,5'ten 2012 yılında binde 7,4'e gerilemiştir. 2002 yılında 5 yaş altı ölüm oranı binde 40'ken 2012 yılında binde 11'e düşmüştür. Sağlık sigortası kapsamında 2002 yılında ülkemizin %70'lik kısmı dahil iken, 2012 yılında bu oran %98,3'e yükselmiştir. Sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı %39,5 ten 2012 yılında %74,8'e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Bilindiği üzere SDP'nin ikinci aşaması 2009 yılından bu yana uygulanmaya başlanmıştır. Recep Akdağ bu bağlamdaki konuları aşağıdaki başlıklar ile ortaya koymuştur.



Şekil 3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yeni Ufuklara Doğru (Akdağ, 2012).

Türkiye Cumhuriyeti 2003'te başlattığı SDP sonrasında sağlık hizmet ve alanlarında önemli atılımlar yapmış, iyileştirmeler kaydetmiş, halkın sağlık düzeyi geliştirilmiş ve ülke içiyle kalmayıp, sağlık turizmi içinde uluslararası hastalara da hizmet vermeye başlamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı bu yolda kilit nokta olmuş, beklentilere cevap vermiş hatta ülkemizin sağlık sektöründe öncü olmasını sağlamıştır.

Çizelge 3.1. Yıllara Göre Türkiye’de Sağlık Hizmeti Alan Uluslararası Hasta Sayıları

	2008	2009	2010	2011	2012
Kamu Sağlık Kuruluşları	17.817	21.442	32.675	41.847	43.904
Özel Sağlık Kuruluşları	56.276	70.519	77.003	114.329	218.095
Toplam	74.093	91.961	109.678	156.176	261.999

Kaynak: Kaya, Yıldırım, Karsavuran ve Özer, 2013.

Çizelge 3.1’e göre; Kamu hastanelerinde hizmet alan uluslararası hasta sayısı 2008 de 17,817 iken 2012 yılında 43,904 kişiye çıkmıştır. Özel sağlık kuruluşlarında 2008 yılında 56,276 kişiden 2012 yılında 218,095 kişiye kadar artmıştır. Toplam verilerde 2008 yılında 74,093 kişi sağlık hizmetinden faydalanırken, 2012 yılında 261,999 kişiye hizmet almıştır. Bu fark SDP’nin ve akredite olmuş kaliteli ve batıya göre daha ucuz sunduğumuz hizmetin ürünüdür. Bu tabloda görülmek istenirse :

Çizelge 3.2. Sağlık Harcamalarında Toplam Turizm Geliri

Yıllar	Turizm Geliri (Milyon ABD\$)
2005	343
2006	382
2007	442
2008	486
2009	447
2010	433
2011	488
2012	628
2013	773
2014	838
2015	639
2016	715

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, (TÜİK), 2018.

Türkiye kaliteli hizmet sunumunun yanında maliyet avantajı sağladığı için de tercih edilmekte, sağlık turistlerinin ilgisini çekmektedir. Türkiye’de verilen hizmetlere bakarsak, kalp kapakçığı değişimi, kalça protezi, diş tedavileri ön plandadır. Ayrıca Sağlık harcamalarında toplam turizm geliri sürekli artarak gitmiş, 2015 yılında ani bir düşüş gözlemlenmiştir. Bunun sebebi ise 2015 senesinde uygulanan vize gereklilikleri olarak göze çarpmaktadır.

Çizelge 3.3. Ziyaret Amacı Sağlıkla İlgili Olan Giden Ziyaretçi Sayısı

Yıllar	Ziyaretçi Sayısı(Bin)
2005	220
2006	194
2007	199
2008	225
2009	201
2010	163
2011	187
2012	216
2013	267
2014	415
2015	360
2016	377

Kaynak: TÜİK, 2018.

Türkiye sağlık turizminde önemli noktalara gelmiş, %15’lik büyümeyle sadece kamu değil özel hizmet sunucuları için de önemli kapıları aralamıştır.

Ülkemize gelen sağlık turistlerinin, geldiği bölümlere bakılacak olursa:

Çizelge 3.4. Bölümlere Göre Gelen Sağlık Turist Sayısı

	Göz	Diş	Ortopedi	Kardiyoloji	Onkoloji	Plastik Cerrahi	Beyin Cerrahisi
Kamu	4.179	44.191	24.361	20.268	17.862	12.269	21.845
Özel	95.281	55.809	75.639	79.732	82.138	87.731	78.155

Kaynak: Özşarı ve Karatana, 2013.

Genel çerçevede bakacak olursak Özel hastanelere kamu hastanelerine oranla daha yoğun olarak sağlık turisti gelmiştir. Sağlık turizminden sonra hemen hemen tüm dönemlerde ele alınan ancak en belirgin uygulamasının görüldüğü SDP programındaki koruyucu sağlık hizmetlerine bakılacak olursa;

Çizelge 3.5. 1986-2000 Yılları Arası 0 Yaş Aşılama Oranları

	BCG	DPT/OPV3	Kızamık
1986	27	45	34
1987	34	71	50
1988	16	68	59
1989	16	74	67
1990	16	74	67
1991	59	81	73
1992	67	78	74
1993	68	76	76
1994	72	81	76
1995	65	67	68
1996	69	84	84
1997	73	79	70
1998	78	80	76
1999	79	80	78
2000	77	81	80

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2001.

1986 yılında BCG Aşısı %27 iken 2000 yılında %77 olmuştur. 1986 yılında DBT/OPV3 Aşısı %34 iken, 2000 yılında %80 olmuştur. 1986 yılında Kızamık Aşısı %45 iken, 2000 yılında %81 olmuştur. Yani %90 idealine ulaşılmasa da %80'lere kadar bu oran getirilmiştir. Aşılama oranının en az %90 olması hedeflenmiştir.

Çizelge 3.6. Yıllara Göre Aşılama Hızları, (%)

	DaBT 1	DaBT 2	DaBT 3	KKK	BCG	HBV3	KPA 3
2002	82	80	78	82	77	72	-
2012	97	97	97	96	96	97	97
2013	97	98	98	98	96	97	97
2014	97	96	96	94	95	95	96
2015	98	97	97	97	96	97	97
2016	96	97	98	98	96	98	98

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2017.

Türkiye Aşılama hızları da uygulamalar kadar gelişmiştir. Ayrıca Türkiye Dünya Ülkeleri arasında, aşılama hızları karşılaştırıldığında ilk sırayı almıştır.

Çizelge 3.7. Yıllara Göre Uygulanan Aşı Antijen Sayısı

Yıllar	1960	1963	1970	1981	1998	2002	2006	2008	2011	2012	2016
Antijen Sayısı	5	6	7	6	7	7	10	11	11	13	13

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2017.

1960larda uygulanan aşı antijen sayısı 5 iken 2016'da bu sayı 13'e yükselmiştir. 3 kata yakın bu artış gerek döneme has yeni hastalıkların önlenmesi, gerekse daha fazla hastalık hakkında bağışıklık kazandırması açısından oldukça önemlidir. Bağışıklama uygulamalarının günümüzdeki takipçi ve görevli doktorları aile hekimlerine bakılacak olursa:

Çizelge 3.8. Aile Hekimlerinin Sayıları

Yıllar	2005	2007	2008	2009	2010	2013	2015
Aile Hekimi Sayısı (Bin)	0	2.5	4.6	6.0	19.1	20.2	21.7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2015.

2005 yılında pilot aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Tablodan anlaşılacağı gibi 2010 yılında ülke genelinde yaygınlaşmıştır. Ayrıca aile hekimliğinde performansla dayalı ödeme sistemine 2010 yılında geçilmiştir. 2015 yılına gelindiğinde ülkenin %95'ine hizmet edilir oldu. 7000 merkez ve 22.000 aile hekimi sayısına ulaşılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişimini görebilmek ve verilen önemi anlamak için birkaç tabloya bakmamız daha uygun ve yararlı olacaktır.

Çizelge 3.9. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Sağlık Ocağı	5.055	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği Birimi	-	20.811	21.175	21.384	21.696	24.428
Aile Sağlığı Merkezi	-	6.600	6.756	6.829	6.902	7.636
Toplum Sağlığı Merkezi	-	957	971	970	970	970
Sağlık Evi	2.899	5.691	5.594	5.572	5.544	5.419
AÇSAP Merkezi	298	189	183	182	182	181
Verem Savaş Dispanseri	277	179	177	179	181	180
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (Ketem)	84	124	134	132	156	159
112 Acil Yardım İstasyonu	481	1.863	2.072	2.186	2.323	2.400
Halk Sağlığı Laboratuvarları	-	-	83	83	83	83

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2017

Sağlık ocağı terimi ortadan kalkmış, sağlık evi ve 112 acil yardım istasyonlarında yüksek seviyede artış görülmüştür. Öyle ki 2002 yılında 481 olan 112 acil yardım istasyonu 2016 yılında 2400'lere kadar yükselmiştir. Ayrıca 2002 yılında ülkemizde olmaya halk sağlığı laboratuvarları, aile hekimliği birimi, aile sağlığı merkezi ve toplum sağlığı merkezi kurulmuş ve kuruldukları adet dışında son beş yıldır miktarınca fazla artıp-azalmadan hizmet vermeye devam etmektedirler.

Ayrıca incelendiği zaman 1967 yılında Türkiye'de sağlık kurumu sayısı 664 iken 2016'da 32980'e ulaşmıştır. Ayrıca 1999 yılında 4985 milyon Türk lirası olan sağlık harcamaları 2016 yılında 119.756 milyon Türk lirasına ulaşmıştır ve gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı 4,7 iken 4,6'ya düşmüştür. Buradan tabii paranın değer kaybına uğradığı düşünülebilir. Veya ülkenin gelir ve gider seviyesinin arttığı, daha büyük ekonomisi olan bir ülke olduğu düşünülüp, harcamaların o yüzden aynı değerlerde olduğu düşünülebilir.

Çizelge 3.10. Difteri Morbidite ve Mortalite Hızları

Yıllar	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (100000)	Ölüm Sayısı	Mortalite Hızı (1000000)
1970	1.110	3,14	63	1,78
1973	821	2,16	58	1,52
1977	142	0,34	5	0,12
1980	86	0,19	8	0,18
1983	361	0,75	37	0,77
1985	145	0,29	7	0,14
1990	20	0,03	0	0
1992	8	0,01	1	0,02
1996	22	0,04	3	0,05
2000	4	0,01	1	0,01

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2008.

1970 yılında difteri kaynaklı morbidite hızı 100.000'de 3'ten fazlayken 200 yılında 0 seviyelerindedir. 1970 yılında difteri kaynaklı mortalite hızı 1.000.000'de 2,5 iken 2000 yılında o da o seviyelerine

inmiştir (Sağlık Bakanlığı 2012). Her zamana göre önemli hastalıklar ortaya çıkmış, bunlar bitirilmiş ancak yeni hastalıklar türemiştir. AIDS hastalığı bu türeyen hastalıklara örnek verilebilir.

Çizelge 3.11. AIDS Vaka ve Taşıyıcılarının Dağılımı, Türkiye, 1985-2000

Yıllar	Vaka	Taşıyıcı	Toplam
1985	1	1	2
1986	2	3	5
1987	7	27	34
1988	9	26	35
1989	11	20	31
1990	14	19	33
1991	17	21	38
1992	28	36	64
1993	29	45	74
1994	34	52	86
1995	34	57	91
1996	37	82	119
1997	38	105	143
1998	29	80	109
1999	28	91	119
2000	46	112	158
Toplam	364	777	1141

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2001.

AIDS gerek yeni çıkan bir hastalık olması gerekse bulaşma ortamlarının sayısal oranda daha çok olması sebebiyle büyük uğraşlar verilse de en aza indirgenememiş, her yıl aratarak gitmiştir.

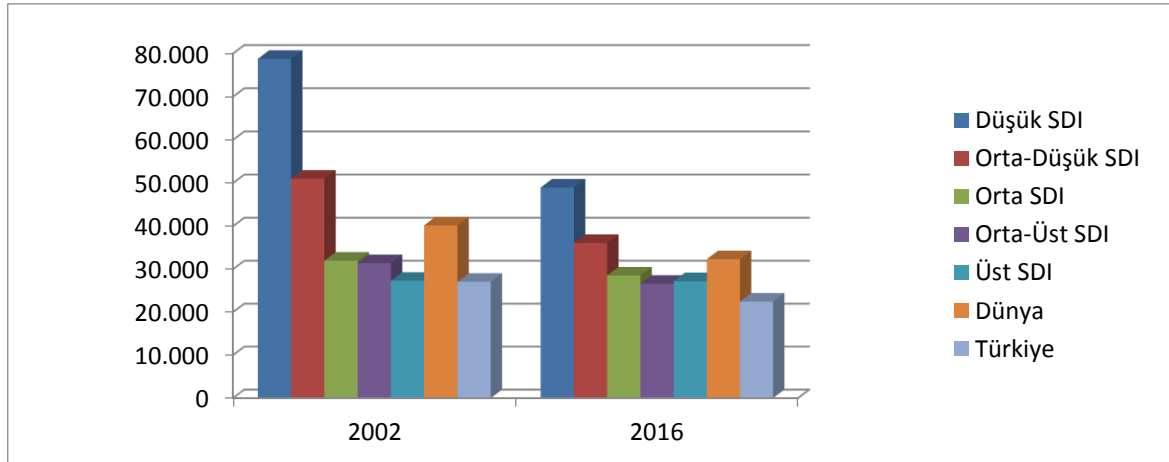
Çizelge 3.12. Yıllara ve Cinsiyete Göre Toplam Kanser İnsidansı (100.000'de Dünya Standart Nüfusu), Türkiye.

	2002	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Erkek	154,2	269,7	261,4	275,0	277,7	267,9	246,8
Kadın	113,0	173,3	168,7	182,2	188,2	186,5	173,6
Toplam	133,5	221,5	215,1	228,6	233,0	227,2	210,2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017.

2013 yılından sonra düşüşler gösterse de kanser hastalığı da zamanla artmış ve yayılmakta olan bir hastalık türüdür diyebiliriz. Tabii iyi yönde ve kötü yönde giden durumlar illaki olacaktır. Bu bağlamda kaliteli bir yaşam incelenmek istendiği zaman:

Çizelge 3.13. 100.000 kişiye düşen Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY)'nın Uluslararası Karşılaştırılması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016.

Sosyo-Demografik Endeks (SDI); kişi başı düşen gelir, doğurganlık hızı ve eğitim seviyesi göstergeleriyle oluşturulan bir indekstir. Türkiye'de bu grupta Orta-Üst SDI'dadır. 0-1 arası puanlama

yapılır ve 1'e doğru değer yaklaştıkça ülke gelişmişliği artmaktadır. Ülkemiz DALY sayılarına bakarsak 2016 yılında Üst SDI ülkelerinden bile daha iyi durumda olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.14. Cinsiyete Göre Seçilmiş Bazı Risk Faktörlerine Atfedilen 100.000 Kişiye Düşen DALY-(2000-2016)

Risk Faktörleri	2000			2016		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Yüksek Vücut Kitle Endeksi	2.236	2.336	2.287	2.293	2.465	2.380
Tütün Kullanımı(Aktif ve Pasif)	4.710	1.353	3.005	3.643	904	2.250
Yüksek Sistolik Kan Basıncı	2.898	2.059	2.472	2.317	1.779	2.043
Yüksek Açlık Kan Şekeri	2.024	1.781	1.901	1.965	1.815	1.889
Beslenmeyle İlgili Riskler	2.666	1.491	2.069	1.886	1.193	1.533
Çocuk ve Annede Malnütrisyon	4.485	3.630	4.051	1.164	1.124	1.143
Mesleki Riskler	1.875	469	1.161	1.634	399	1.005
Yüksek Total Kolesterol	1.787	787	1.279	1.229	669	994
Böbrek Fonksiyon Bozukluğu	1.108	856	980	930	813	871
Hava Kirliliği	1.774	927	1.344	1.103	484	788
Alkol ve Madde Kullanımı	1.129	639	880	781	472	624
Yetersiz Fiziksel Aktivite	450	256	351	342	226	283
Çevreyle İlgili Diğer Riskler	289	111	199	221	85	152
Güvenli Olmayan su, Sanitasyon ve El Yıkama	667	488	576	111	101	106
Korunmasız Cinsel İlişki	101	106	104	118	85	101
Düşük Kemik Mineral Yoğunluğu	95	65	79	98	82	90
Cinsel Taciz ve Şiddet	15	142	80	15	144	81

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016.

Çizelge 3.14'e bakıldığında; 2000 yılında çocuk ve annede malnütrisyon çok fazla etkiliyken, hava kirliliği ve korunmasız cinsel ilişki de şimdiye göre daha etkili risk faktörleridir. Zamanla bu faktörlerde değişmiştir. 2016 yılına bakarsak da yüksek vücut kitle indeksi, yüksek açlık kan şekeri, mesleki riskler, tütün kullanımı ve yetersiz fiziksel aktivite risk faktörleridir.

Çizelge 3.15. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Sağlık Bakanlığı	774	832	854	866	865	876
Üniversite	50	65	69	69	70	69
Özel	271	541	550	556	562	565
Diğer	61	45	44	37	36	
Toplam	1156	1483	1517	1528	1533	1510

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016.

Çizelge 3.15 incelendiğinde genel olarak aşırı bir artma görünmemektedir. Yalnız 2002 yılı sonrası özel kesim baya yükselmiş son yıllarda ise özel şubelerde az miktarda artmaktadır. Sadece diğer diye bahsettiğimiz Örneğin Vakıf Hastaneleri gibi hastanelerin sayısı hep azalmıştır.

Ülkemiz 112 Acil Yardım İstasyonu başına düşen nüfus 2002 yılında 137.231 kişiye, 2016 yılında 33-34.000 kişilere kadar düşürülmüştür. Buna bölgesel olarak bakılmak istendiğinde;

Çizelge 3.16. 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus (2016)

İstanbul	58.055
Doğu Marmara	37.853
Batı Anadolu	37.276
Akdeniz	34.635
Güneydoğu Anadolu	34.589
Türkiye	33.256
Ege	32.382
Batı Marmara	26.277
Ortadoğu Anadolu	26.038
Kuzeydoğu Anadolu	25.597
Orta Anadolu	22.955
Batı Karadeniz	21.987
Doğu Karadeniz	19.743

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016.

Ülke sınırlarını ve nüfusunu dikkate alınarak yorum yaparsak, nüfus yoğunluğu ve nüfus sayısının fazla olduğu bölgelerde acil yardım istasyonu başına düşen kişi sayısı fazla, diğer bölgelerde daha azdır. İllere göre bir başka değerlendirme yapılmak istenirse;

Çizelge 3.17. İllere Göre Hastane, Yatak, Nitelikli ve Yoğun Bakım Yatak Sayıları

İller	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı	Nitelikli Yatak Sayısı	Yoğun Bakım Yatak Sayısı	Nitelikli Yatak Oranı (Yoğun bakım yatakları dahil edilmemiştir)	10.000 Kişiye Düşen Yoğun Bakım Yatağı Sayısı
Adana	27	6428	29,2	2.729	1.058	50,8	4,8
Afyonkarahisar	22	1.918	26,8	1.569	227	92,8	3,2
Ankara	86	18.840	35,2	8.265	2.523	50,7	4,7
Isparta	16	1879	44,0	894	335	57,9	7,8
İstanbul	238	36.124	24,4	18.536	6.355	62,3	4,3
Sinop	7	505	24,6	179	56	39,9	2,7
Osmaniye	10	1.290	24,7	716	294	71,9	5,6
Muş	7	715	17,6	570	92	91,5	2,3
Samsun	28	4.416	34,1	2.392	642	63,4	5,0
Toplam Türkiye	1510	217.771	27,3	113.166	33.063	61,3	4,1

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2017.

Buradaki iller rastgele olarak seçilmiştir. Genel bir değerlendirme yapmak gerekirse nüfus yoğunluğu ve miktarının fazla olduğu kesimlerde hastane sayıları fazlalığına karşın, nüfusla bağlantılı olarak ise kişi başı düşen yoğun bakım yatağı vs. nitelikli yatak seviyesi oransal olarak aynı doğrultuda fazla değildir.

Diğer bir açıdan bakacak olursak nüfus yoğunluğu az ancak nitelikli yatak seviyeleri yüksek oranlı diyebileceğimiz illerimizde de karşımıza ayaktan tedaviye daha çok önem verilen ikinci derece hastane yapılarının çok olduğu çıkmaktadır. Rastgele seçmiş bile olsak bazı iller karşımıza farklılıklarıyla çıkmaktadır. Örneğin Isparta ili. Nitelikli Yatak Sayısı ve Yoğun Bakım Yatak Sayısı az olmasına karşın 10.000 Kişiye Düşen Yoğun Bakım Yatağı Sayısı belki ülkemizdeki en yüksek orandadır. Buda genel çerçevede nüfus yoğunluğunun azlığıyla açıklanabilir. Bu örnekle nüfusun etkisini de açıkça görmekteyiz.

Tüm bunların dışında hasta memnuniyeti seviyesi nedir diye bir soru karşımıza çıkıyor. Yani gerek sağlık kurum ve yapılarındaki değişiklikler, gerek ilaç ve satın almadaki değişiklikler ve gerekse daha kaliteli ve akredite bir sağlık hizmet anlayışı politikasının hastalar üzerindeki pozitif yönlü etki derecesi, tatmin düzeyleridir. Bu konuyla alakalı olarak ülkemizdeki sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerine bakılacak olursa;

Çizelge 3.18. Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri

Yıllar	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hasta Memnuniyet oranı(%)	47	55	52	67	63	65
Yıllar	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hasta Memnuniyet oranı(%)	73	76	75	75	70,6	72,3

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016.

Sağlıkta dönüşüm programı sonrası ülkemizdeki hasta memnuniyeti sayısında son yıllarda bir durgunluk yaşansa da ciddi manada bir artış söz konusudur. Bu sistemin başarılı olduğu kadar toplumun ihtiyaç ve beklentilerine karşılık verip, tatmin olmalarını da sağlamıştır.

4. SONUÇ

Türkiye Cumhuriyeti kuruluşundan bu yana gerek ihtiyaçlar doğrultusunda gerekse yönetim değişikliği, hükümet politikaları doğrultusunda her alanda çeşitli ve bazen de köklü değişiklikler uygulamaya koymuştur. Tabii bunların başında sağlık sektörü her zaman öncü konumda olmuştur. Özellikle 60'lı yıllarda öngörülen ve çalışmaları bile başlanan devletin her alanda etkin olması politikası 80'li yıllarda terkedilmeye başlanmıştır. Hatta 80'li yıllarda kurumların özerk bir yapıda olması öngörülmüş ancak ne kadar istense de bu başarılamamıştır.

Ancak 2003 SDP ile bu özerkleştirme ve devamında özelleştirme işlemi başlatılmıştır. Devlet denetleyici ve politika belirleyici konuma getirilmek istenmektedir tabi ki bu özerkleştirmelerle. Bunlar adına yerinden yönetim gücünü artırmak için Kamu Hastane Birlikleri Kurulmuş ve hastaneler bu kurumun yönetimine bırakılmıştır.

2003 yılından bu yana ülkemizin sağlık sistemi SDP ile yeniden tasarlanmak istenmiştir ve bu konuda önemli yollar kat edilmiştir. Fakat burada önemli olan bu yoldaki politika ve stratejilerin sürdürülebilir olmasıdır. Sistem özerk bulunduğu yapıda kendi kendini döndürebilmelidir.

Programın amaçlarının başında olan birinci basamak sağlık hizmetleri alanında da aile hekimliği uygulamasına geçilmiş ve bu modelle birinci basamak sağlık hizmetleri daha iyi ve toplum sağlığı seviyesi daha üst seviyelere çıkmıştır. Küçük aksaklık ve sistem dışında uygulamalar görülsede aile hekimliği modeli başarıya ulaşmıştır diyebiliriz. Başarısız olduğu konulara örnek verecek olursak: sevk zincirinin olduğu şekilde işlememesi diyebiliriz.

Yıllara göre 2002 yılında 124 milyon kişi hastaneye başvururken, 2012 yılında 354 milyon kişi başvurmuştur. Başvurulan kurumlar incelenirse özel hastanelere başvuru sayısı 13 kat artmıştır. Buda sağlık kurumlarındaki özel sektörlerin artışını bariz şekilde ortaya koymaktadır ve özerkleştirme ve özel sektörlere destek verme anlayışı da başarılıdır denebilir. Bunlara en iyi örnek olarak şehir hastaneleri de verilebilir.

TÜİK 2003 Yaşam memnuniyeti %39.5 iken bu sayı günümüzde %75'lere ulaşmıştır. Tabii burada da SDP etkilidir diyebiliriz. Çünkü daha kaliteli ve etkin tedavi yöntemleri, tüm kesimin sigortalanması gibi uygulamalar özellikle SSK kuyruklarında bekleyen ve sadece kendi kurumunda tedavi olmaya zorlanan halkı rahatlatmış ve kendilerine olan hizmeti her alana yayarak memnuniyetleri tüm alanda yansımalarını göstermiştir.

Sağlık turizmi konusunda SDP ile çok büyük atılımlar yapılmıştır. Gerek kaliteli hizmet gerekse maddi yönden hesaplı hizmetle birçok turist sağlık kurumlarına başvuru yapmaktadır. Tek eksiğimiz ise bu konuda sadece sağlık bakanlığı değil, ekonomi ve kültür ve turizm bakanlığı da buna dahil edilip, bu konuyla bağlantılı tüm kuruluş ve örgütlerden yardım alınıp ortak bir politika oluşturulmalıdır. Sağlık turizmi için bir milli politika oluşturulup tanıtım ve markalaşmaya önem verilmelidir (Kaya ve ark., 2013).

Yapılan tüm politika ve uygulamalar sonucunda önemli kademeler atlamış bir ülke olan Türkiye'ye genel bir eleştiri yapılmak istenirse, SDP diğer sistem hata ve eksikliklerinin bir neticesi olarak zorunlu uygulanmış ancak gerçekten çok etkin bir sistem olarak karşımıza çıkmıştır. Ancak eksikliği veya hatalarının olduğu kısımlar illaki vardır.

“Sağlık konusunda yapılan köklü düzenlemeler, (ilk bakışta mükemmel görünmesine rağmen) gün geçtikçe sağlık çalışanları, hasta ve hastane yöneticileri için farklı savunma mekanizmalarını, kötüye kullanımları, ticaret mantığının hastane yönetiminde, hekim-hasta ilişkilerinde hâkim kılınmasını beraberinde getirmiştir.” (Sert, 2013).

Tabii ki ülkemizde din, dil, ırk vesaire birçok farklı millet ve topluluk yaşamaktadır. Tüm bu kitleye uygun, hepsini aynı anda ele alıp sorunları bir çırpıda çözecek bir sistem veya uygulama yapamayız. Bu yüzden bazı küçük aksaklıklar olması normaldir. Örneğin: Akılcı ilaç kullanımı. Politika belirleyiciler ne kadar üzerinde dursa da, zararlarını anlatsa da, kamu spotlarıyla halkı bilinçlendirse de ülke içinde halâ ilaç yazmayan doktoru kötöleyen, kocakarı ilaçları denen tedavi metodları ve ilaçlarına daha çok yönelen, tüm çevresine benzer hastalıklarda ilacını paylaşan bir topluma sahibiz. Bu yüzden Sağlıkta Dönüşüm Programı bizimle beraber daha uzun bir zaman dilimi içinde tam anlamıyla sonuçlanacaktır.

Ancak genel bir sonuç olarak ülkemiz Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altındaki reformları küçük hatalar olsa bile başarıyla uygulamış ve ülkemizin sağlık düzeyini yükseltmeyi başarmıştır. İnanıyoruz ki bu sistem kendini akredite edip sürdürülebilirliği sağlanacak, daha da geliştirilerek uygulanmaya devam edecek ve daha ileriki yıllarda ülkemizde hata payı olmadan daha da kaliteli bir hizmet ağı olarak kullanılacaktır.

KAYNAKÇA

- AKBOLAT, M. (2018) Karşılaştırmalı sağlık sistemleri, Sistem Yaklaşımı Ve Sağlık Sistemi sunumu. <https://slideplayer.biz.tr/slide/10860542/> Erişim tarihi: 15.09.2018
- AKDAĞ, R. (2003). Sağlık Bakanlığı, *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı, (2003)*. Ankara.
- AKDAĞ, R. (2012). Sağlık Bakanlığı, *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*, Ankara.
- BAŞUSTAOĞLU, A. (2016). *Bir Nefes Sıhhat Tevfik Sağlam’ın Yaşamı*. İş Bankası Yayınları. İstanbul.
- BULAKBAŞI, M. (2015). Sağlık Tanımı, Sağlık Hizmetleri, Türk Sağlık Sistemi. <https://neu.edu.tr/wp-content/uploads/2015/11/Sağlık-Tanımı-Sağlık-Hizmetleri-Türk-Sağlık-Sistemi1.pdf>. Erişim Tarihi: 17.09.2018,
- ÇELİK, R. (2017). Selçuklu’da Bir Sosyal Hizmet Kurumu Örneği: Kayseri Gevher Nesibe Şifahanesi. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*. 7(15),158-164, DOI: 10.17828/yalovasosbil.372778
- DİRİCAN, R. (1970). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni*. 2(7),185-195.
- ERSÖZ, N. (2015). Sağlık hizmetleri nelerdir? <http://necdetersoztip.blogspot.com/2015/07/saglk-hizmetleri-nelerdir.html>, Erişim tarihi: 18.09.2018.
- FİŞEK, N. (1963). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi üzerinde çalışmalar. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/20.html. Erişim tarihi: 18.10.2018.
- GÖKÇEN, H. (2005). *Yönetim Bilgi Sistemleri*. Ankara: Epi Yayınları.
- HALİLOĞLU, M. (2011). Dinimizde Sağlığın Önemi. <http://www.sokeekspres.com/Makale/2408-dinimizde-sagligin-onemi.aspx>, Erişim tarihi: 11.10.2018.
- İZMİT SEKA DEVLET HASTANESİ (2018). *Koruyucu Sağlık Hizmetleri*. <http://sekadh.saglik.gov.tr/TR,236309/koruyucu-saglik-hizmetleri.html>. Erişim tarihi: 07.10.2018
- KASAPOĞLU, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 19(2),131-174.

- KAYA, S., YILDIRIM, H., KARSAVURAN, S. ve ÖZER, Ö. (2013). *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013*. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara.
- KOÇEL, T. (2005). *İşletme Yöneticiliği*. Arkan Basım Yayım Dağıtım. İstanbul.
- OCAK, E. (2012). *Osmanlı Sağlık Sistemi Teşkilatlanması*. <https://www.derslerikurtaranadam.com/Universitelim/u/emine.ocak/Ders-Notlari>, Erişim tarihi: 19.10.2018.
- OKURSOY, A. (2010). *Türkiye'de sağlık sistemi ve kamu hastanelerinin performanslarının değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- ÖZSARI, S. ve KARATANA, Ö. (2013). Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 24(2), 136-144. doi: 10.5505/jkartaltr.2013.69335.
- TABABET VE ŞUABATI SAN'ATLARININ TARZI İCRASINA DAİR KANUN. Resmi Gazete, 1928. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>_Erişim tarihi: 11.10.2018.
- UMUMİ HIFZISSİHHA KANUNU. Resmi Gazete, 1930. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>. Erişim tarihi: 11.10.2018
- SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ HAKKINDA KANUN. Resmi Gazete, 1961. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf>, Erişim tarihi: 02.10.2018.
- BAKANLIKLARIN KURULUŞ VE GÖREV ESASLARI HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME. Resmi Gazete, 1983. http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/18251_1.pdf, Erişim tarihi: 11.10.2018,
- SABUNCU, N., BABADAĞ, K., TAŞOCAK, G. ve TÜRKİNAZ, A. (1994). Sağlık Bakım Sistemi, Sağlık Ekibi ve Hemşirenin Rollerini. Hemşirelik Esasları. Anadolu Üniversitesi.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları:1999-2000*. Ankara
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2016). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2001). *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 1996-1999*. Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2001).*Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2000*. Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*. Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2008). *Difteri vaka ve ölüm sayıları, morbidite ve mortalite hızları, Türkiye, 1970-2000*. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/2008,102htm.htm?0>.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2012). *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2000 yılı istatistik yıllığı*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11601/temel-saglik-hizmetleri-genel-mudurlugu-2000-yili-istatistik-yilligi.html>.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2015). *Sağlık Bakanlığının tarihçesi*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2016). *Genel sağlık istatistikleri özet bilgileri*. <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>.
- SALTIK, A. (2014). *Türkiye'de erken cumhuriyet dönemi sağlık hizmetleri*. http://ahmetsaltik.net/arsiv/2014/06/Erken_Cumhuriyet_Donemi_Saglik_Hizmetleri1.pdf., Erişim tarihi: 17.09.2018,
- SARI, H. (2016). Hizmet Pazarlaması. <https://docplayer.biz.tr/20455625-Hizmet-pazarlamasi-hizmetlerin-ozellikleri-hizmet-pazarlama-karmasi.html>., Erişim tarihi: 19.09.2018,
- SERT, İ. (2013). *Sağlıkta dönüşüm programı sonrası durum tespiti*. <http://sahipkiran.org/2013/05/12/sdp-sonrasi-durum-tespiti/>. Erişim tarihi: 20.10.2018

- SİRAÇ, (ed.) (2016). *Temel sağlık hizmetleri nelerdir*. <https://www.frmartuklu.org/konu/temel-saglik-hizmetleri-nelerdir-kisaca.277966/>, Erişim tarihi: 09.10.2018,
- SOYER, A. (2003). 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları. *Praksis Sosyal Bilimler Dergisi* (9),301-319.
- SÖNMEZ, S. ve BİLİR SEYHAN, G. (2016). MEB 2013 Okul Öncesi Eğitim Programının Sağlık Kavramı Açısından İncelenmesi. *Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry (TOJQI)*. 7(1),146-174. DOI: 10.17569/tojqi.67144.
- ŞİFAHANE, (2014). *Selçuklu dönemi*. <http://sifahane.org/selcuklu-donemi/>. Erişim tarihi: 18.10.2018.
- TENGİLİMOĞLU, D., AKBOLAT, M. ve IŞIK, O. (2017). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel yayınları.
- TERZİOĞLU A. (1992). Bîmârîstan. http://www.islamansiklopedisi.info/dia/ayrmetin.php?İdno=060168_ Erişim tarihi:18.10.2018
- TÜRKDOĞAN, O. (2006). *Tophumsal Yapı ve Sağlık-Hastalık Sistemi*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- TÜRKER, K. (2012). *Selçuklu Devletinde Hastaneler*. <http://www.ansiklopedi.biz/saglik/selcuklu-devletinde-hastaneler>. Erişim tarihi: 18.10.2018,
- TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2015). Sağlıkta Stratejik Planlama: Türkiye Örneği. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık.
- TÜRKŞAD, (2013). *Selçuklu dönemi, Osmanlı dönemi Türk tıp tarihi*. http://www.turkcuturanci.com/turkcu/saglik/turklerde-saglik-ve-temizlik/?prev_next=prev. Erişim tarihi: 18.10.2018.
- YILDIZ, S. (2011). *Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması*., <https://saglikmevzuat.wordpress.com/2011/09/29/saglik-sistemlerinin-siniflandirilmesi/> Erişim tarihi: 14.09.2018.